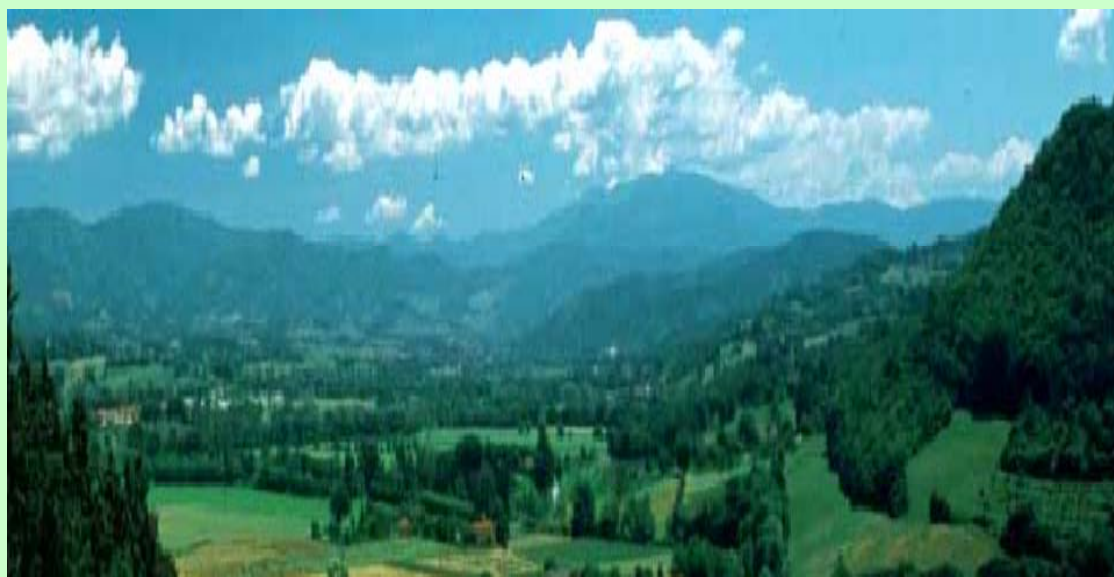


PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2005-2007

Società della Salute del Mugello



“Questi sono gli uomini che sono andati a prendere il sole e lo hanno fatto splendere ancora.
Un passo in alto! Un altro passo...
Un passo in alto! Un altro passo...il sole splende!”

HAKA MAORI



INDICE

PREMESSA

1	LA SOCIETA' DELLA SALUTE DEL MUGELLO	8
1.1	Istituzioni e soggetti coinvolti, concertazione e partecipazione.....	8
1.2	Il Processo.....	16
1.3	Verso il Piano Integrato.....	19
2	PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO INTEGRATO.....	21
3	LA PARTECIPAZIONE: DAL PROFILO DI SALUTE ALL'IMMAGINE	24
3.1	Aspetti demografici	24
3.2	Aspetti socio-economici	26
3.3	Aspetti ambientali	26
3.4	Stato di salute.....	26
3.5	Tematiche sociali e sanitarie di alcuni gruppi di popolazione	27
3.6	Criticita' e opportunità.....	29
4	PRIORITA' ED OBIETTIVI DI SALUTE.....	31
5	DEFINIZIONE DELLE AZIONI/PROGRAMMI	41
5.1	I PROGETTI DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE	46
6	AMBITI DI SUCCESSIVA PROGRAMMAZIONE.....	134
6.1	I PROGETTI ATTIVI	138
7	LE RISORSE DISPONIBILI.....	159

ALLEGATO 1 - Relazione sullo stato di Salute (*in fase di elaborazione*)

ALLEGATO 2 - I progetti attivi

PREMESSA

Il documento di candidatura alla sperimentazione della Società della Salute ed il Profilo di Salute della Zona Mugello richiamano, come introduzione, un progetto fondamentale che nel 1999 sancì un vero e proprio patto con gli stessi soci dell'attuale Consorzio, sul versante dell'assistenza domiciliare integrata e cure palliative. Patto che consentì di dare una risposta ad un vero bisogno: un primario percorso assistenziale letteralmente ripensato per renderlo coerente alle specificità del territorio. Ci sembra significativo - e vuole essere, visto l'esito del precedente, anche un auspicio - cominciare anche questo documento facendo riferimento ad uno solo fra i progetti che vogliono caratterizzare, sia pure in un "momento" ancora di prima programmazione, questa SdS.

Il progetto è stato intitolato "Anziani fragili" ma abbiamo, man mano che lo stesso si andava esplicitando, maturato il convincimento che fosse più giusto denominarlo "Insieme". Il cambiamento terminologico ci aiuta anche a motivare la ragione della enfaticizzazione del progetto, non tanto per il suo merito pure rilevante (ambizione comune a tanti programmi), ma per la dinamica della sua integrazione e del suo sviluppo che possiamo sintetizzare nel concetto del fare rete. Fare rete, infatti, deve diventare parola d'ordine della SdS se, effettivamente, questa nuova soluzione organizzativa, adottata dalla Regione Toscana per riaffermare il ruolo strategico dell'assistenza territoriale, vorrà diventare protagonista della tutela della salute e del benessere sociale. Dicevamo quindi fare rete ed in tal senso elenchiamo, senza per ora descrivere gli ambiti di intervento, quali sono o possono essere i protagonisti od i promotori del progetto "Insieme": Medici di famiglia, Volontariato, Sindacato dei pensionati, Cooperative sociali, Confederazione nazionale artigiani, Conferesercenti, Parrocchie.

Non abbiamo ricordato gli operatori della sanità e degli enti locali e le loro rappresentanze sindacali; non è una dimenticanza, è giusto un passaggio dedicato poichè essi da sempre costituiscono una dotazione formidabile del territorio del Mugello, ovviamente non come numero, ma come spirito di appartenenza.

Le energie positive, così rappresentate nella società civile, arricchiscono l'intervento come qualità e potenzialità di offerta realizzando emblematicamente una sintesi della scelta strategica del PSR di valorizzare la partecipazione.

Questo concetto ci porta ad un passaggio fondamentale che vuole superare le pur importanti evidenze epidemiologiche, i dati demografici, sociali, sanitari ed ambientali del Mugello (già indicati nei precedenti documenti e che troveranno ulteriori specifiche nel capitolo 3). Esso trae origine dai valori fondanti della comunità del Mugello, dai suoi punti di forza, già utilizzati nel percorso per la costruzione della cittadinanza sociale, quali l'evidente tenuta della rete parentale, il forte senso dell'identità territoriale, la notevole presenza ed efficacia del terzo settore, la capacità di accogliere la diversità. Rispetto ad essi siamo oggi ad un bivio: questi valori che abbiamo ricevuto, se non incalzati da un nuovo slancio che rinnovi nella collettività la loro fedeltà, rischiano di essere dati per scontati, di farci scivolare in una generica, trita nostalgia, in una semplificazione priva di spessore, totalmente appiattita sul presente, precludendoci di aprirci al futuro.

Ci dobbiamo rendere conto che i primati degli "ismi", quelli che non costituiscono sistema in questo territorio, sono da superare: quello dei campanilismi, che possono tradursi in progettualità chiuse, ripiegate su se stesse; degli aziendalismi che possono tradursi in eccessi economicistici troppo sbilanciati sull'efficienza; quello degli associazionismi che possono tradursi in eccessiva attenzione al particolare. Ciò non incide sul diritto alla differenza: una comunità più ampia che si riconosce come tale,

non preclude la diversità, l'essere particolari, anzi mira ad estendere le condizioni di normalità. Il documento della Consulta del terzo settore sul Profilo di Salute sintetizza efficacemente così il concetto: *"Crediamo che sia normale e non eccezionale che una persona condivida l'esistenza insieme a persone diverse o radicalmente differenti da lei. Riteniamo normale fare la propria storia con gli altri. Una parabola racchiude questa tensione: dalla emarginazione alla condivisione, per una diversa normalità"*. E allora c'è bisogno di un Soggetto che con credibilità faccia sistema, rilanci il valore della vita, dell'ospitalità, del rapporto con gli altri, che dia sostanza ad un messaggio anche culturale da trasmettere alla società, che tocchi l'io e affronti anche il tema della coesione sociale, ricercando l'indispensabile rapporto tra solidarietà e responsabilità. Proprio in questo senso, nella possibilità di scelta, nel richiamare al senso collettivo della solidarietà ed al senso individuale del dovere, la SdS deve costituire una opportunità e raggiungere la massima espressione e realizzazione attraverso una partecipazione non a parole. Il problema quindi non è tanto di fondare una organizzazione, quanto di favorire il senso della comunità evitando che si ripropongano vecchi e mai sopiti conflitti fra gli attori anche istituzionali. Ed allora i progetti concertati o condivisi devono diventare non solo parte fondamentale del PIS, ma un allegato di garanzia per il cittadino utente.

Essere protagonisti della propria vita, grazie alla libertà di scegliere, sarà il segno che questa 'provincia' non intende farsi cancellare dalle trasformazioni della società e dal villaggio globale, ma al contrario, intende resistere alle mode, cullare la sua identità attraverso storie che tengono unito questo mondo, appunto..... insieme.

1 LA SOCIETA' DELLA SALUTE DEL MUGELLO

1.1 Istituzioni e soggetti coinvolti, concertazione e partecipazione

Gli Enti Locali

Gli 11 Comuni della Zona Socio-Sanitaria Mugello, la Comunità Montana Mugello e la ASL sono gli attori principali 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 nei Comuni. 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.

Il consorzio assicura la vigilanza e la verifica dei risultati da parte dei Consigli Comunali, dell'Assemblea della C.M. Mugello tramite una costante informazione agli Enti associati e attraverso formali comunicazioni o consultazioni dirette.

L'Azienda Sanitaria di Firenze

L'ASL è l'altro attore fondamentale della SdS. Oltre alle attività sanitarie territoriali che confluiscono nella sfera di competenza del Consorzio, alla ASL fanno capo anche gli ambiti relativi alla prevenzione ed alla assistenza ospedaliera.

La SdS in riferimento ai fabbisogni espressi definisce l'atto di concertazione annuale con l'ASL in relazione al presidio ospedaliero di riferimento del Mugello.

L'accordo annuale con il presidio ospedaliero 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.

Naturalmente, particolare rilievo per la programmazione della SDS riveste la presenza del presidio ospedaliero nel territorio, come punto di riferimento per la popolazione del Mugello per la presa in carico nella fase acuta delle problematiche del cittadino utente che ha bisogno di cura;

Partner indispensabile nel:

- percorso di continuità assistenziale ospedale - territorio, che si sta realizzando con la predisposizione di protocolli tra reparti ospedalieri e punto unico di accesso, per l'integrazione tra risposte ospedaliere e territoriali, al fine di eliminare, per quanto possibile, le problematiche di svantaggio sociale, che sono tra i determinanti di salute più rilevanti per la popolazione.
- progetto Telemedicina che collega in rete i MMG e PLS con laboratorio, radiologia e DEA del Presidio Ospedaliero attraverso sistemi telematici sicuri;
- progetto Telecardiologia per la collaborazione del reparto di Cardiologia con i MMG per la predisposizione dei protocolli necessari.

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie

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

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.

La Provincia

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

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

E' inoltre da approfondire il tema delle interrelazioni fra i livelli di pianificazione provinciale su

tematiche di impatto per i determinanti di salute (Piano Territoriale di Coordinamento Territoriale, Piano provinciale di gestione dei rifiuti, Gestione integrata della mobilità sull'area vasta, ecc.).

L'avvio del PIS permette inoltre di definire il sistema delle relazioni con l'Osservatorio sociale

provinciale, nel quadro della implementazione della funzione dell'Osservatorio della Provincia

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 e alle conoscenze epidemiologiche, ma per allargare il concetto di integrazione ai determinanti di salute non sanitari.

La collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione relativa alle prestazioni attinenti la prevenzione collettiva si concretizza nei numerosi progetti del piano integrato di salute ai quali partecipano le UU.FF. afferenti all'Area funzionale della Prevenzione del Mugello relativi in particolare alla prevenzione nei luoghi di lavoro, all'igiene e sanità pubblica, alla prevenzione del doping, alla medicina dello sport, alla Sanità pubblica veterinaria, all'igiene e sicurezza alimentare ed in generale alla promozione di stili di vita sani. Nello specifico i progetti che vedono la partecipazione attiva del Dipartimento della Prevenzione sono i seguenti:

- 1) Sicurezza stradale nel Mugello - contributo relativo all'utilizzo degli strumenti di ritenuta (cinture e seggiolini) ed al non utilizzo del telefono cellulare
- 2) Campagna di prevenzione sulla sicurezza domestica nei confronti della popolazione anziana
- 3) Campagna di prevenzione sui rischi igienico sanitari conseguenti alla diffusione della zanzara tigre nei comuni del Mugello
- 4) Corso di micologia finalizzato alla prevenzione sanitaria ed alla tutela ambientale

- 5) Interventi finalizzati alla lotta contro la diffusione del fenomeno doping nel mondo dello sport giovanile e adulto amatoriale. Coinvolgimento degli Enti territoriali
- 6) Sicurezza del lavoro e prevenzione nelle cave
- 7) Sicurezza nella deforestazione e prevenzione incendi
- 8) Prevenzione in edilizia
- 9) Corso di formazione per veterinari libero professionisti che intendono lavorare nel Mugello e attivazione di un canile sanitario e canile rifugio
- 10) Formazione della popolazione per l'acquisto in sicurezza di prodotti alimentari direttamente dai produttori .

Il Dipartimento della Prevenzione, che ha mostrato piena disponibilità in tal senso, fornirà inoltre collaborazione per la realizzazione di altri progetti del piano integrato di salute per i quali siano ritenute importanti le competenze presenti nel Dipartimento con particolare riferimento a quelle relative alla educazione alla salute, alla formazione, alla comunicazione, alla epidemiologia ed alla tossicologia ambientale ed occupazionale. Infine il Dipartimento della Prevenzione si è dichiarato disponibile a collaborare, sulla base di una programmazione concordata, a tutte le attività che coinvolgano le proprie strutture organizzative a valenza sovrazonale (Laboratorio di Sanità Pubblica, Medicina Legale, Medicina dello sport, Verifica impianti e macchine, Indirizzo e vigilanza per le strutture di ricovero e di diagnostica, Igiene urbana veterinaria, TAV e Grandi Opere). Continuerà ovviamente l'intervento mirato di prevenzione finalizzato alla prevenzione degli infortuni e delle patologie da lavoro e l'impatto sulla popolazione residente dei lavori di realizzazione della tratta ad Alta Velocità Bologna Firenze e della variante autostradale di Valico.

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 quali il corso di laurea in Infermieristica, da 2 anni attivato nel Mugello in collaborazione anche con l'Azienda Sanitaria di Firenze. Naturalmente è superfluo rimarcare la rilevanza della relazione con le facoltà di Medicina e Chirurgia, Psicologia, Scienza della Formazione - compresi i corsi di laurea di Assistente Sociale - , Architettura, Statistica, Scienze Politiche.

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 percorsi formativi delle professioni sanitarie e sociali, con particolare riferimento all'area della integrazione sociosanitaria;
- nell'ambito della programmazione del contributo dell'offerta universitaria, di supporto alla definizione di percorsi formativi
- nell'ambito dell'operare per obiettivi di salute, con particolare riferimento alle tematiche della contaminazione degli strumenti di programmazione;
- nell'ambito della determinazione di un sistema di crediti formativi per le realtà provenienti dal Terzo Settore operanti nell'ambito delle attività della Società della Salute;

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

Le istituzioni scolastiche territoriali

Il rapporto con le Istituzioni scolastiche è sempre stato al centro delle politiche territoriali, in un'ottica di progettazione condivisa sul diritto allo studio. La legislazione regionale, attraverso la legge 32/2002 che ha legato gli interventi di istruzione, educazione, formazione, orientamento e lavoro, ha valorizzato il rapporto tra scuola e territorio e le Istituzioni scolastiche proprio in quest'ottica hanno costituito l'Associazione scuole Mugello, il 13 aprile 2005, tra tutte le scuole di ogni ordine e grado del territorio.

Nello Statuto, l'Associazione si pone come finalità principale quella di "affrontare e risolvere problemi comuni alle istituzioni scolastiche, valorizzare le potenzialità di ognuna e promuovere insieme agli enti territoriali iniziative atte a migliorare e potenziare il servizio scolastico e l'offerta formativa".

La Società della salute ritenendo fondamentale il rapporto con le Istituzioni scolastiche ha iniziato rapporti di collaborazione, invitando rappresentanti designati dall'Associazione a tavoli di progettazione condivisa su tematiche riguardanti l'integrazione scolastica degli alunni disabili, su comportamenti legati alla sicurezza stradale ecc. E' stata inoltre chiesta la partecipazione di rappresentanti della componente genitori all'interno del Comitato di partecipazione.

Saranno da prevedere in quest'ambito le modalità di rapporto da instaurare con l'Istituto Comprensivo di Dicomano competente per le scuole dei tre Comuni di Dicomano, Londa, San Godenzo, i quali per l'area educativa svolgono le attività di programmazione con la C.M. Montagna Fiorentina.

L'Agenzia Regionale Prevenzione Ambientale Toscana

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, offre servizi di controllo, di informazione, ricerca e consulenza per la protezione dell'ambiente, attraverso una rete di laboratori e uffici presenti in tutte le province della Toscana. 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 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

Medicina generale e pediatria

Il progresso tecnologico e i mutamenti socio-economici ed epidemiologici che sono intervenuti negli ultimi tempi, hanno fatto riscoprire il ruolo centrale della medicina generale e più in generale delle cure primarie peraltro già riconosciuto dalla legge 833 del 1978, di istituzione del servizio sanitario nazionale.

Il modello di assistenza primaria si fonda sulla figura del medico di medicina generale, liberamente scelto dalla persona, che ha il compito di fornire assistenza non specialistica, di guidare il paziente nell'accesso ai livelli di assistenza specialistici, ai servizi ospedalieri e di ri-accoglierlo al momento della dimissione.

Il medico di medicina generale ha funzioni di filtro e di governo della domanda; queste funzioni devono essere recuperate appieno e devono essere sfrondate da quegli eccessi

di burocratizzazione che negli ultimi tempi si verificano sempre più frequentemente e che vedono il medico di medicina generale trasformato troppo spesso in mero trascrittore di richieste e prescrizioni di medici specialisti e ospedalieri.

Ma il medico di medicina generale, in virtù del rapporto continuativo e di fiducia con gli assistiti, è chiamato anche a svolgere una vera promozione della salute.

Nel mondo occidentale sviluppato, il progresso della medicina, tecnologica e specialistica, ha messo in evidenza che un servizio sanitario per essere equo, solidale, universale e sostenibile deve investire maggiori risorse nella prevenzione - intesa nella sua più ampia accezione - e deve raggiungere le fasce di popolazione che presentano maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi.

La medicina generale chiede alla Società della Salute Mugello di sostenere la centralità della medicina generale e di guardare con particolare interesse alle nuove forme di associazionismo dei professionisti come le cooperative e le unità di cure primarie e di condividere le finalità che queste nuove modalità organizzative rappresentano in particolare per:

- governare l'utilizzo dei servizi specialistici ed ospedalieri per ridurre il loro uso inappropriato
- realizzare nel territorio una effettiva presa in carico dei pazienti bisognosi di assistenza
- raggiungere una reale continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio
- attuare una assistenza di iniziativa per ridurre gli ostacoli per un accesso tempestivo ai servizi da parte delle fasce di popolazione più svantaggiate e più a rischio.

Per raggiungere questi obiettivi, oltre alle nuove forme di associazionismo dei professionisti, sarà importante prevedere anche l'estensione di nuove forme assistenziali come le cure intermedie, con la disponibilità di posti letto sanitari in RSA estendendo a tutta la zona quanto previsto dal progetto montagna.

Per quanto attiene alla realtà del Mugello, già da anni sono in atto forme di collaborazione fra medicina generale e altri servizi dell'Azienda Unità Sanitaria Locale per rendere più tempestivi e appropriati gli accessi dei pazienti ai servizi specialistici (diagnostica per immagini, endoscopia digestiva, ambulatori oncologici, cardiologia) e per studiare patologie particolarmente rilevanti (studio sul carcinoma gastrico in cui i medici di medicina generale hanno effettuato la selezione e l'arruolamento dei pazienti).

L'esperienza di questi anni ha tuttavia evidenziato la necessità di effettuare una valutazione, attualmente assente, periodica e costante delle attività per mantenere elevata nel tempo la loro correttezza, appropriatezza ed efficienza.

In base all'analisi epidemiologica riportata nel profilo di salute della zona Mugello, si evidenzia la necessità di sviluppare azioni più incisive di prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari che determinano un importante svantaggio in salute della popolazione del Mugello.

Su questi aspetti la medicina generale sarà impegnata nella elaborazione e attuazione di progetti specifici.

Altro elemento fondamentale, in relazione alle caratteristiche geografiche della zona, alla dispersione della popolazione e alla difficile viabilità, dovrà essere lo sviluppo di una rete di relazioni e comunicazione tra la medicina generale e gli altri servizi per superare le difficoltà di accesso alle prestazioni.

Per questo sarà di fondamentale importanza superare le difficoltà all'adesione e all'avvio del progetto di telemedicina.

La SdS del Mugello ha istituzionalizzato il rapporto con i MMG che, inseriti nello staff del Direttore e nel Collegio di Direzione, hanno anche proposto i progetti da loro ritenuti prioritari.

La rete delle Farmacie

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.,

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

Le Associazioni di categoria

Particolare attenzione è stata posta alle Associazioni di categoria ai fini della costruzione e della realizzazione del Piano Integrato di Salute: (Confesercenti, Confcommercio, CNA, Associazione degli Industriali, Col diretti, ecc.).

Si è ritenuto che un coinvolgimento diretto negli organismi di partecipazione avrebbe rappresentato allo stato attuale un'interpretazione troppo estensiva del dettato statutario, la loro partecipazione appare comunque appropriata nell'ambito di un processo di confronto analogo a quello sino ad oggi svolto per la definizione del Piano di Zona, in uno specifico tavolo di collaborazione programmata.

Agenzia Regionale Sanità (ARS)

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana rappresenta un punto di riferimento importante per la Società della Salute del Mugello anche per il lavoro di coordinamento sulle varie tematiche.

L'ARS, attraverso il proprio Osservatorio di Epidemiologia fornisce in primo luogo un contributo fondamentale per la costruzione del Profilo di Salute e le valutazioni di carattere epidemiologico che ne dovranno scaturire. Inoltre, vista la collaborazione già in essere riguardo alla sperimentazione delle Società della Salute, si potranno valutare eventuali forme di collaborazione in materia di processi partecipativi, e atti di programmazione.

Si potranno prevedere con l'ARS forme di coordinamento e pianificazione strategica delle azioni e studi epidemiologici finalizzati alla elaborazione delle strategie miranti a costruire idonei processi partecipativi e un supporto tecnico scientifico alla implementazione delle scelte operative della SdS nell'ambito del Piano Integrato di Salute.

Gli organismi di partecipazione

Con l'attuazione della fase sperimentale della Società della Salute stanno prendendo forma i due organismi di partecipazione previsti nello statuto: la Consulta del terzo settore e il Comitato di partecipazione.

Questi organismi fanno riferimento alle indicazioni e direttive del Piano Sanitario Regionale ed alle linee guida dell'atto d'indirizzo del Consiglio Regionale n. 155/2003 che avvia la sperimentazione delle Società della Salute e agli Statuti delle stesse e permettono alle organizzazioni di volontariato e terzo settore e alle associazioni della Zona di rappresentare sia le categorie sanitaria, socio-sanitaria e sociale che quelle che agiscono sui determinanti della salute. La Consulta del Terzo settore partecipa alla costruzione del Piano integrato di Salute (PIS) attraverso l'espressione di pareri o specifiche proposte mentre il Comitato di Partecipazione svolge funzioni di valutazione sull'attuazione del PIS e sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate.

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

La composizione della Consulta

Ai sensi dell'articolo 35 dello Statuto, istitutivo della Consulta del Terzo Settore, la Società della Salute "favorisce e valorizza la massima partecipazione delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore operanti nel proprio territorio e coinvolte, a vario titolo, nel campo dell'assistenza socio-sanitaria". La traduzione letterale del testo statutario limita quindi la possibilità di partecipare alla Consulta ai soggetti impegnati nei settori sanitario, socio - sanitario e sociale (escludendo quindi quelli operanti in aree culturali, sportive, ricreative o ambientali). Con deliberazione n. 8 del 06/12/2004 e successive integrazioni, si provvedeva ad istituire, verificati i requisiti contenuti nella documentazione prodotta dalle Associazioni interessate, l'Albo del Terzo Settore finalizzato alla nomina della Consulta. Con deliberazione n.15 del 01/08/2005 sono stati nominati i componenti ed il coordinatore della Consulta del Terzo Settore individuati dalle organizzazioni iscritte all'albo, per n. 7 aree tematiche.

La composizione del Comitato

Per il Comitato di partecipazione l'art. 36 dello Statuto della Società della Salute prevede componenti che siano "espressione di soggetti della società, con sede in maniera stabile nel territorio di competenza della Società della Salute del Mugello, rappresentativi dell'utenza, dell'associazionismo di tutela, purché non erogatori di prestazioni". E' attraverso tale organismo che i cittadini "partecipano" alla Società della Salute, beneficiando di un meccanismo di tutela che supera il tradizionale confinamento agli aspetti gestionali (nelle forme del reclamo e della rimostranza), per affermarsi anche nell'ambito della progettazione, della vigilanza e della verifica dei risultati, dell'accesso ai dati, ecc.. Viste le richieste di adesione per la nomina in seno a detto Comitato pervenute a seguito di apposita informativa da parte dei rappresentanti della comunità locale e verificati i requisiti contenuti nella documentazione prodotta dalle

Associazioni necessari per essere rappresentati in seno al Comitato di partecipazione, con deliberazione n.5 del 28/02/2005 è stato istituito il Comitato di Partecipazione, composto da n. 6 componenti e da essi è stato individuato il presidente

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 è oggetto di confronto, di concertazione e/o di contrattazione con le delegazioni delle OOSS 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.

1.2 Il Processo

Attraverso la candidatura della Zona-Distretto del Mugello alla Società della Salute si è inteso arricchire il patrimonio culturale ed organizzativo dei percorsi di alta integrazione cui si è già dato vita, promuovendo la graduale implementazione, in tutti i percorsi assistenziali, di sistemi qualità che producano, in stretta sinergia con il modello di accreditamento istituzionale, la migliore soddisfazione delle persone, operando nella massima trasparenza, con affidabilità ed efficacia. La volontà era di sperimentare:

- una maggiore integrazione fra i settori di programmazione che si occupano delle varie categorie di "determinanti della salute" dei cittadini, per consentire la definizione di una strategia condivisa orientata agli "obiettivi di salute" da conseguire;
- un nuovo ruolo di governo congiunto dei Comuni, della Azienda Sanitaria n. 10, della Comunità Montana Mugello per tutti gli interventi di sostegno alle persone (sociali, sociosanitari e sanitari) in ambito zonale;
- un pieno coinvolgimento dei cittadini e delle varie espressioni sociali: oltre la concertazione prevista con le Organizzazioni Sindacali, deve essere attuato un continuo rapporto con il Terzo Settore (Volontariato, Associazionismo, Cooperazione Sociale), nelle modalità previste dal Piano Integrato Sociale Regionale, dal Piano Sanitario Regionale, dal Documento di Indirizzo per la sperimentazione della Società della salute;

- una programmazione unitaria e condivisa che si orienti alla verifica dell'offerta, che si incroci con i bisogni rilevati, e consenta una valutazione di esito dei servizi, nonché la definizione degli obiettivi di salute individuati attraverso relazioni formali e sistematiche fra tutti coloro che si occupano delle azioni riconducibili ai vari determinanti di salute
- un modello di impiego delle risorse che sappia unire i punti di forza presenti nelle amministrazioni, metta allo stesso tempo in luce i punti di debolezza per consentire una "mappatura delle disuguaglianze" e sia capace di orientare l'organizzazione al loro superamento; consentendo, attraverso una visione pienamente unitaria, il raggiungimento di maggiore appropriatezza delle prestazioni e di razionalizzazione dell'uso delle risorse;
- una sistematizzazione delle tre tipologie progressive di programmazione sotto indicate, procedendo alla messa in atto di un "dialogo" strutturato tra i Sistemi Informativi esistenti. Si tratta di garantire in partenza le necessarie "Integrazioni fra Piano Sociale di Zona e Piano Attuativo Locale", passando successivamente ad una "Programmazione congiunta orientata alla valutazione degli esiti delle azioni" ed infine predisponendo una "Programmazione orientata ad obiettivi di salute collettiva" adottando il sistema budgetario come metodologia e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative previste dalla programmazione;
- una attività della Società della Salute, in aderenza all'atto d'indirizzo regionale, in piena continuità con l'esperienza già operante presso la Comunità Montana Mugello in seguito alla Convenzione tra Comuni di Zona e Comunità Montana Mugello e all'Accordo di programma con la ASL;
- la predisposizione di strumenti organizzativi idonei all'interno del consorzio e in accordo con gli Enti partecipanti, al fine di ampliare, attivando adeguate forme di concertazione, l'attività gestionale a tutte le materie del Settore sociale e sociosanitario e sanitario, a partire dalla fine della sperimentazione.
- la definizione e l'attuazione di un sistema informativo dei servizi sociali integrati zionali. A questo scopo sarà determinante la implementazione già avviata del sistema informativo dei servizi sociali zionali, nell'ambito del progetto "Mugello sociale". Il sistema dovrà essere in grado di fornire elementi di conoscenza sui bisogni della comunità, sui servizi erogati e i relativi aspetti finanziari e di bilancio, attraverso la predisposizione di nomenclatori condivisi. Il sistema dovrà possedere caratteristiche tali da permettere la connessione con gli altri sistemi presenti sul territorio, attinenti agli interventi sociali e relativi ai soggetti costitutivi della Società della Salute, quali ad es. la rete civica predisposta dalla Comunità Montana Mugello, il sistema informativo della ASL e dei Comuni. Inoltre dovrà fornire elementi per le periodiche analisi epidemiologiche sociali finalizzate alla programmazione zonale, alle indagini provinciali e regionali, con i cui sistemi informativi dovrà essere in grado di dialogare. Particolare attenzione dovrà essere posta alla possibilità di connessione e di omogeneità con i sistemi informativi sociali delle zone limitrofe, già strutturati o in via di definizione, per realizzare una rete informatica sociale di area vasta in grado di connettersi con omogeneità con l'Osservatorio provinciale e la Regione, contribuendo a sviluppare una epidemiologia sociale di ampio respiro che orienti la programmazione delle zone.

Il monitoraggio della sperimentazione

La sperimentazione sarà monitorata sulla base di indicatori di qualità delle azioni assunte a partire dall'atto fondamentale che è il Piano Integrato di Salute, sia in termini di organizzazione, entità dell'offerta, qualità e compatibilità finanziaria, sia in termini di sviluppo dei percorsi di presa in carico e coinvolgimento degli attori sociali per la piena affermazione della cittadinanza sociale.

La sperimentazione sarà inoltre monitorata tenendo conto anche delle seguenti fasi:

- trasferimento ed assunzione da parte della Società della Salute delle funzioni di governo per favorire le gestioni associate attualmente svolte presso la Comunità Montana Mugello;
- elaborazione degli strumenti organizzativi, regolamentari e procedurali finalizzati alla completa realizzazione dell'attività gestionale, nei tempi previsti dalle indicazioni regionali.

Il processo di sperimentazione dovrà svilupparsi con la necessaria gradualità pur garantendo, fin dalla prima fase di sperimentazione, l'unitarietà della visione del governo programmatico attraverso l'attivazione dei necessari strumenti di coordinamento finalizzati alla definizione del Piano Integrato della Salute.

Ognuno dei soggetti garantisce inoltre in ogni fase del processo di sperimentazione i necessari collegamenti (formalizzati attraverso Protocolli, Accordi di Programma, ecc.) con le altre componenti di cui gli enti stessi continuano ad essere titolari (per i Comuni i collegamenti con tutti i settori che concorrono a sostenere la salute globale dei cittadini, anche se non coinvolti direttamente nella Società della Salute; per la Azienda Sanitaria di Firenze i collegamenti con le attività ospedaliere, con l'area vasta, ecc.). Congiuntamente saranno garantiti anche i collegamenti con i soggetti esterni da coinvolgere nella programmazione degli obiettivi di salute.

Gli effetti attesi già dall'avvio della sperimentazione della Società della Salute nella Zona-Distretto del Mugello sono:

- Riprogettazione contestuale ed integrata dei processi "critici" di presa in carico delle persone. Immediata attenzione sarà dedicata all'insieme delle attività e prestazioni a favore degli Anziani e dei Disabili, aree su cui l'integrazione, i progetti realizzati o in via di completamento appaiono già una solida base di lavoro.
- Miglioramento della capacità di lettura dei bisogni della popolazione.
- Superamento delle discontinuità nella erogazione della assistenza identificando i principali problemi di coordinamento tra diverse strutture e tra strutture e servizi.
- Definizione dei rapporti ospedale / territorio in modo da garantirne una efficace integrazione.
- Valorizzazione di un nuovo approccio culturale di tutti gli attori coinvolti, per orientare le azioni verso una integrale "Promozione della salute" (benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini), secondo i seguenti orientamenti:
 - a) difendere la causa della salute dei cittadini affinché vengano modificati in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che hanno influenza sulla salute;
 - b) mettere in grado le persone e la comunità di esprimere il loro massimo potenziale di salute;
 - c) costruire un patto mediando fra i diversi interessi della società, affinché la salute sia considerata un valore centrale da tutti i settori della società stessa.

1.3 Verso il Piano Integrato

L'importanza di politiche sociali adeguate ai bisogni, sottolineata da tutte le recenti normative europee, nazionali e regionali e idea guida della Sds, può essere rilevata anche ponendo l'attenzione alle conseguenze che derivano dalla mancanza o insufficienza di strategie politiche integrate, e dei costi che si determinano per la comunità. Tali costi possono essere misurati in termini di debiti informativi e formativi, (vedi ad esempio i bassi tassi di scolarizzazione della zona); di disuguaglianze nell'accesso ai servizi (aggravati dalle caratteristiche geomorfologiche del territorio); di squilibrate opportunità di apprendere nel corso della vita (mancanza di un sistema complessivo della informazione e della comunicazione al cittadino, situazioni di isolamento sia per età che per collocazione geografica); disuguaglianze di genere (vedi in particolare la disoccupazione femminile, le condizioni delle donne immigrate); di deficit di partecipazione (come emerge in particolare per i giovani, per le famiglie e per gli immigrati); di una rigidità dei processi formativi e occupazionali (strutturati in larga parte nel contesto fiorentino e difficili da delocalizzare, soprattutto nell'alta montagna). Ciascuno di questi elementi può essere considerato come un "determinante di salute", poiché incide sulle condizioni di benessere della comunità, sulla salute complessiva e di conseguenza anche sui costi sociali e sanitari.

Ulteriori fonti di disuguaglianza e squilibri sociali riguardano alcuni settori di welfare che sono ormai parti integranti e irrinunciabili della società: prestazioni valutate o percepite come insoddisfacenti, in particolare nel sistema sanitario, generano quindi delle tensioni tra le parti sociali e una ulteriore crescita della spesa sanitaria privata, elemento quest'ultimo in genere precluso alle categorie più deboli e generatore di ulteriori disuguaglianze

I processi culturali ed economici che hanno contribuito al passaggio dal concetto di sanità al concetto di benessere, hanno contestualmente posto l'accento sul valore della comunità e sul passaggio dalla categoria dell'assistenza ad una visione del sociale come espressione della qualità della convivenza delle famiglie, dei cittadini. In quest'ottica viene ridimensionata la sola connotazione problematica del sociale come ambito della esclusione, della disuguaglianza, della marginalità e vengono sviluppate connotazioni positive e produttive di cittadinanza, cioè di capitali sociali da valorizzare e incrementare nella logica della sussidiarietà, come condivisione di diritti fondamentali di cittadinanza, come sviluppo di una comunità solidale. La riduzione dei conflitti, delle disuguaglianze, in una dimensione di comunità attiva e promozionale, migliora la coesione sociale e "libera" la risorsa costituita dal capitale sociale, identificato nell'accezione europea come l'insieme di sensibilità, culture e disponibilità che rendono una società solidale nei confronti del portatore del bisogno e interlocutrice attiva nei confronti dei tecnici cui altrimenti sarebbe delegata risposta.

Si pone quindi l'attenzione alla "manutenzione" del capitale che va perseguita promuovendo le competenze dei cittadini, ripensando i Servizi in modo che siano disponibili alle interazioni e sostenendo l'impalcatura politico-istituzionale e tecnica perché possa esprimere le sue potenzialità. Intervenire su questi aspetti diventa un elemento prioritario per una SdS orientata a governare attraverso le opportunità connesse al modello partecipativo, in una prospettiva di benessere e non solo di sanità e di sicurezza sociale.

Lo strumento di programmazione che inizia a realizzare tali intenti è il Piano integrato di Salute, che in una logica di comunità viene connotato come esito dei percorsi culturali, organizzativi, professionali, metodologici, di cittadinanza, di programmazione concordata degli attori, istituzionali e non, ad oggi coinvolti. Deve essere valorizzata la

dimensione del PIS come processo e in quanto tale, conseguente al profilo di salute, agli indirizzi politici, alle indicazioni emerse dai tavoli della partecipazione, alle valutazioni tecniche.

Il processo di sviluppo del PIS segue (secondo la normativa regionale) il principio di gradualità nel triennio con la finalità di promuovere la salute attraverso la programmazione integrate di politiche settoriali, che fino ad oggi vedevano specifici percorsi e modalità programmatiche e che non attengono ai soli ambiti sanitari e sociali, bensì a tutte le tematiche che incidono sul benessere e sulla coesione sociale.

Il presente documento integra quindi un fondamentale momento di avvio: infatti il respiro triennale della programmazione troverà i necessari adeguamenti annuali anche su specifiche parti costitutive (es. budget).

Questi aspetti connotano il PIS nella sua dimensione di patto per la salute e la coesione sociale della comunità: la visione del patto collegata ad uno strumento di programmazione consente di coniugare la dinamicità e il rigore metodologico dello strumento con le azioni di condivisione e integrazione istituzionale, professionale e gestionale ma soprattutto comunitaria rispetto a tutte le fasi della programmazione, dal profilo di salute alle definizioni delle priorità, alla valutazione sugli esiti dei progetti, nella consapevolezza delle reciproche influenze.

2 PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO INTEGRATO

Il Percorso di avvio del Piano Integrato di Salute è individuato dalla normativa di seguito elencata .

La L. R. 24.2.2005 n. 40 "Disciplina del Servizio Sanitario regionale" prevede all'art 21 che:

- Comma 1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.
- Comma 2. Nel caso di sperimentazione della Società della salute di cui all'articolo 65, il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto.
- Comma 5. L'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci che sancisce l'accordo in merito con la azienda unità sanitaria locale; l'accordo ha ad oggetto, in particolare, le risorse rese disponibili dagli enti locali e dalle aziende sanitarie; queste ultime quantificano tali risorse con riferimento al documento economico di cui all'articolo 120, comma 2.
- Comma 7. Il PIS è approvato dalla articolazione zonale della conferenza dei sindaci; nel caso di sperimentazione delle Società della salute, la competenza all'avvio del processo e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima.

Parallelamente la L.R. del 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale." nell' art 36 "sostiene ed incentiva forme innovative di gestione unitaria dei servizi sociali e sanitari denominate Società della salute", e all'art 29 ribadisce che "nel caso di sperimentazione delle Società della salute, di cui all'articolo 65 della l.r. 40/2005,il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto".

La deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 12.07.2004, in cui vengono individuati, tra gli elementi necessari del Piano Integrato di Salute , l'adozione di un primo Profilo di Salute e l'individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità del territorio, attraverso gli strumenti della partecipazione ovvero l'Immagine di Salute.

La deliberazione 827 dell' 8 agosto '05 della Regione Toscana sulla "identificazione percorsi di avvio del piano integrato di salute" che riassume i fattori indispensabili per l'avvio del processo e più in particolare

- a) il principio di gradualità in ordine alla scelta di obiettivi di salute iniziali da sviluppare e potenziare nel tempo, con la finalità di promuovere la salute attraverso la programmazione di politiche settoriali integrate, secondo la disciplina recata dall'articolo 6 della richiamata L.R. 40/2005;
- b) Gli elementi minimali costituiti del PIS;
- c) I raccordi con gli altri strumenti di programmazione locale nelle materie sanitarie e sociali territoriali, nonché con gli atti di programmazione esecutiva degli enti locali;

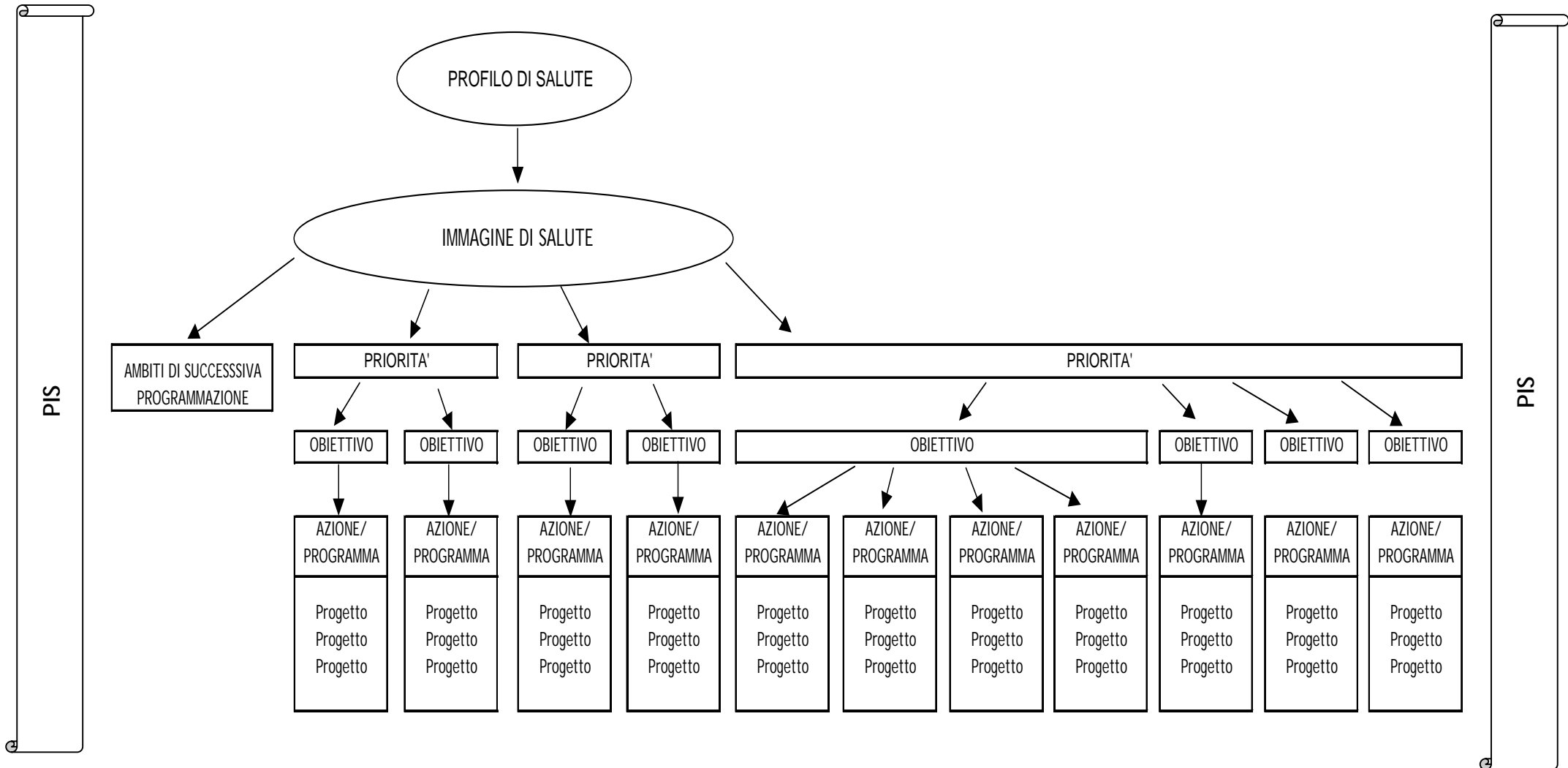
Con delibera n. 9 del 6/12/2004 questa Società della Salute ha approvato il profilo di salute, che è stato sottoposto alla valutazione per la consultazione delle rappresentanze

di partecipazione della S.d.S. del Mugello, alla Consulta del terzo settore, e Comitato di partecipazione e per la concertazione alle Organizzazioni Sindacali confederali.

Il percorso, come sopra descritto si è concluso con l'adozione della delibera n. 22 del 7/11/2005, che rappresenta l'avvio del PIS con l'approvazione dell'Immagine di Salute.

Sulla base dei problemi, bisogni, opportunità espressi dal mondo della partecipazione, dei primi obiettivi indicati dall'Assemblea nel Profilo di Salute, delle ulteriori evidenze rilevate dall'aggiornamento dei dati demografici, ambientali, socio-economici, ecc., sono stati individuati gli ambiti prioritari di intervento ed i obiettivi da raggiungere in questa prima fase di programmazione.

I problemi da affrontare e la ricerca delle relative soluzioni ci ha portato a definire le azioni che sostanziano il piano con progetti specifici.



3 LA PARTECIPAZIONE: DAL PROFILO DI SALUTE ALL'IMMAGINE

Per costruire il PIS è innanzitutto necessaria una conoscenza adeguatamente chiara dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili. Una simile conoscenza è possibile se sono disponibili informazioni oggettive sugli aspetti rilevanti della realtà sociale, sanitaria, ambientale e se sul territorio è presente una rete di soggetti locali in grado di contribuire all'arricchimento e alla valutazione di tali informazioni. Infatti, le informazioni fornite da flussi statistici e da ricerche scientifiche sono essenziali ad ogni processo decisionale razionale ma da sole non sono sufficienti per una programmazione veramente democratica, sia perché colgono solo alcuni aspetti di fenomeni altrimenti complessi, sia perché richiedono, per essere comprese, competenze specifiche pochissimo diffuse tra la popolazione. La definizione di un quadro conoscitivo adeguato ad una programmazione integrata richiede dunque che le informazioni oggettive siano condivise con la popolazione e che siano accolte quelle conoscenze soggettive, frutto dell'esperienza e della percezione di cui i soggetti della partecipazione sono portatori.

La Società della Salute del Mugello, muovendosi in questa logica ha prodotto nel dicembre 2004 il proprio Profilo di Salute che fornisce un quadro descrittivo dei principali aspetti demografici, epidemiologici, ambientali e delle problematiche sanitarie e sociali di alcuni gruppi di popolazione.

Attraverso una graduale analisi condivisa con gli organismi di concertazione e partecipazione è successivamente scaturita l'Immagine di Salute che rappresenta dunque la fase iniziale del percorso di progettazione del PIS.

La principale indicazione/criticità emersa dal processo di condivisione è stata la mancanza di informazioni relative a problematiche specifiche ed al loro aggiornamento. Dunque, preso atto delle suddette indicazioni è stato fornito un aggiornamento delle evidenze quantitative delle condizioni sanitarie, sociali, ambientali della zona sociosanitaria Mugello (Allegato 1 - Relazione sullo Stato di Salute), nuovamente discusse con gli organismi di partecipazione.

E' stata la condivisione di quest'ultimo documento la base di partenza per l'individuazione delle priorità e dunque la definizione degli obiettivi di salute che la Società della Salute del Mugello si è prefissata di raggiungere.

Si riporta in questo paragrafo una revisione sintetica degli aspetti più rilevanti emersi dall'analisi dell'Immagine di salute nei vari ambiti: demografico, sanitario, sociale, ambientale, ecc.

3.1 Aspetti demografici

Nei comuni della zona sociosanitaria Mugello, ormai dagli anni '80, si assiste ad un aumento della popolazione residente, in particolare negli ultimi 5 anni si è registrato un incremento pari al 6,8% degli individui residenti. Al 2004 la popolazione residente nei comuni del Mugello ammonta a 63.744 individui, diversamente distribuiti sull'intero territorio: dagli 11-12 individui per Km² residenti nei comuni montani ai circa 115 individui per km² nel comune di Borgo san Lorenzo.

Tale saldo positivo è dovuto essenzialmente al maggior afflusso di persone, provenienti prevalentemente dalla città di Firenze e dall'estero, che vogliono risiedere nel nostro territorio; infatti, benchè i saldi naturali siano superiori alla media regionale, questi continuano a rimanere negativi.

Una lettura più attenta della piramide per età della popolazione residente al 31/12/2004, ci segnala una situazione pressoché equilibrata tra gli individui di sesso maschile e quelli di sesso femminile nella fascia di età relativa alla popolazione attiva (tra 15 e 64 anni) e quella nell'età giovanile (età inferiore ai 14). La situazione, invece, cambia profondamente nell'altra fascia estrema (comprendente persone con più di 65 anni), in cui le donne sono prevalenti, ad evidenziare la maggiore longevità.

Il forte ridimensionamento delle coorti dei bambini e degli adolescenti, la tenuta della fascia di popolazione in età lavorativa e la crescita degli anziani determinano dunque l'andamento di tutti gli indicatori classici di struttura.

In sintesi, negli ultimi anni si assiste ad una leggera diminuzione dell'indice di vecchiaia¹ (da 172,44 nel 2002 a 162,87 nel 2004), ad un lieve aumento dell'indice di dipendenza² (da 53,56 nel 2002 a 54,02 nel 2004) ed una diminuzione dell'indice di ricambio³ (da 142,60 nel 2002 a 130,40 nel 2004). Queste lievi modificazioni sono dovute essenzialmente ai nuovi arrivi di immigrati in età attiva che contribuiscono significativamente all'innalzamento del tasso di natalità e quindi ai residenti nella fascia di età giovanile. Tuttavia questi fenomeni non comportano modifiche sostanziali nella struttura della popolazione, che si mantiene sostanzialmente "vecchia", ma influiscono indubbiamente su quella futura.

Infatti gli anziani residenti nel Mugello al 31/12/2004 sono 13.852, il 21,73% del totale dei residenti; questa percentuale, più alta di quella nazionale (19%), è in aumento progressivo e costante nel tempo. Nello stesso modo è in aumento il numero di anziani anagraficamente soli, che al 2004 costituisce il 25% del totale anziani residenti; percentuale che aumenta all'aumentare della fascia di età. Dunque questo dato se da una parte, è indice di salute, dall'altra fa assumere maggiore rilevanza alla necessità assistenziale.

Anche i dati relativi alla struttura familiare ci confermano la presenza rilevante di famiglie unipersonali (pari al 28% sul numero totale di nuclei familiari residenti in Mugello) che per il 52% risultano costituite da anziani ultrasessantacinquenni.

La dimensione media della famiglia è di 2,5 componenti; dato sostenuto dall'elevato numero dei componenti delle famiglie straniere che risultano essere il 7% delle famiglie residenti.

Quanto alla tipologia, come abbiamo già anticipato, il 28% dei nuclei familiari risulta essere costituito da una sola persona, il 12% da un genitore con figli, il 17% da coppie senza figli ed il 35% da coppie con figli.

Come anticipato gli immigrati, in particolare quelli stranieri, hanno una certa rilevanza nella popolazione residente; nel Mugello risiedono 3.554 stranieri, il 5,6% del totale della popolazione residente. Questa percentuale, che risulta più alta dell'incidenza che gli stranieri hanno nell'intera Provincia e Regione, è aumentata significativamente nel corso di pochi anni (incidenza pari al 2,9% nel 2001). Gli immigrati nella nostra zona sono per il 65% provenienti dai paesi europei non comunitari in particolare di origine albanese (51%). Analizzandoli per classe di età e sesso, si rileva una elevata presenza di individui in età attiva non riscontrando sbilanciamenti per genere.

¹ **Indice di vecchiaia:** rapporto tra popolazione con età ≥ 65 anni e popolazione con età compresa 0-14 anni; indica quanti anziani ci sono per ogni bambino con età 0-14.

² **Indice di dipendenza:** rapporto tra popolazione con età compresa 0-14 anni + popolazione con età ≥ 65 anni e popolazione con età compresa 15-64 anni; indica quanti bambini ed anziani ci sono per la popolazione in età attiva.

³ **Indice di ricambio:** rapporto tra popolazione con età compresa 60-64 anni e popolazione con età compresa 15-19 anni; indica il rapporto tra la popolazione della classe di età 60/64 anni in uscita dalla popolazione attiva con quella 15/19 anni in ingresso nella popolazione attiva

3.2 Aspetti socio-economici

Un primo indicatore da analizzare per valutare il benessere economico è rappresentato dal PIL pro capite, utile a comprendere a quanto ammonta mediamente la ricchezza prodotta da ogni cittadino.

Il PIL pro capite del SEL⁴ del Mugello, così come il valore aggiunto pro-capite, è mediamente più basso di quelli medi provinciale e regionale. Inoltre, se operiamo un confronto fra il valore del 1995 e quello del 2004 si può osservare che solo il Mugello e l'area urbana fiorentina hanno fatto registrare tassi di crescita superiori alla media regionale. Anche il rapporto fra unità di lavoro e popolazione ci conferma che il Mugello è al di sotto della media provinciale mentre quello tra valore aggiunto e unità di lavoro è allineato. Tuttavia, se operiamo un confronto tra il PIL pro-capite del 1995 e del 2004, il Mugello ha fatto registrare tassi di crescita superiori alla media regionale.

Il tasso di disoccupazione dei comuni del Mugello è inferiore a quello provinciale che a sua volta risulta esserlo anche rispetto al tasso regionale. I dati relativi alle assunzioni ed alle cessazioni del rapporto di lavoro, rilevate dal centro per l'Impiego di Borgo San Lorenzo, evidenziano un saldo ancora positivo nel 2004 ma peggiore del dato 2003 e una riduzione della forma contrattuale a tempo pieno ed indeterminato; il contratto a termine dunque rappresenta ormai la tipologia di gran lunga più frequente.

Anche il livello di istruzione superiore ed universitaria del Mugello non è molto elevato; gli indici di non conseguimento della scuola dell'obbligo per i comuni del Mugello sono superiori alle medie provinciale e regionale.

3.3 Aspetti ambientali

Per quanto concerne i dati ambientali si riscontrano alte produzioni pro-capite di rifiuti urbani (in crescita evidente dal 1999), ma anche una crescita consistente di raccolta di rifiuti differenziata che al 2004 arriva ad essere pari al 30,5% sul totale dei rifiuti prodotti.

I consumi energetici sono per lo più di tipo domestico così come quelli idrici che hanno registrato un aumento negli ultimi anni.

La valutazione dei livelli di inquinamento dei principali corsi d'acqua che attraversano il territorio del Mugello hanno rilevato una buona qualità delle acque.

Inoltre anche rispetto alla qualità dell'aria il Mugello detiene ottimi risultati dalla valutazione della stessa in ogni comune.

3.4 Stato di salute

I tassi di mortalità generale, standardizzati per età, mostrano valori significativamente superiori alla media regionale solo tra le femmine ed in entrambi gli ambiti territoriali dell'alto (Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio, San Godenzo) e basso Mugello (Borgo San Lorenzo, Barberino di Mugello, Dicomano, San Piero a Sieve, Scarperia, Vicchio); tuttavia, come abbiamo evidenziato precedentemente, questo non comporta modificazioni della struttura in quanto le donne continuano ad essere più longeve rispetto agli uomini.

⁴ Entità territoriale coincidente con il territorio della Comunità Montana.

Le patologie più diffuse sono rappresentate, in termini di mortalità, da malattie circolatorie, tumori, malattie respiratorie, traumi e malattie dell'apparato digerente. La frequenza delle forme morbose più diffuse 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 rilievo per gli effetti sullo stato di salute o il ricorso alla assistenza ospedaliera.

Dai tassi specifici di mortalità standardizzati per età, si rileva un eccesso di mortalità per malattie circolatorie, significativamente elevata rispetto alla media regionale, per i maschi residenti nei comuni dell'alto Mugello e per tumore allo stomaco tra i residenti nei comuni del basso Mugello. L'elevata frequenza dei tumori dello stomaco è confermata anche dai tassi di ospedalizzazione significativamente superiori alla media regionale che si registrano per entrambi i sessi nel territorio sia del basso che dell'alto Mugello.

Inoltre per quanto concerne l'ospedalizzazione, dai dati epidemiologici si osservano eccedenze significative rispetto alla media regionale, per le malattie cerebrovascolari (in particolare negli individui di sesso maschile), per malattie circolatorie e cardiopatia ischemica (negli individui di sesso maschile residenti nei comuni del basso Mugello), per tumore al polmone (in particolare negli individui di sesso femminile residenti nei comuni alto Mugello).

Infine dai dati sulla mortalità si rileva che tra i residenti del Mugello si verificano ogni anno circa 7 decessi per incidente stradale, per la maggior parte riguardanti i maschi (circa il 70%). Il tasso di mortalità per incidente stradale rilevato in Mugello è in diminuzione già dagli anni 1999-2000 anche se continua ad essere sopra la media provinciale. Dunque seppur con la cautela dovuta al fatto che si tratta di eventi "rari", tale dato va guardato con attenzione: gli incidenti stradali sono prevedibili ed evitabili con comportamenti appropriati e dunque i decessi, le invalidità e l'ospedalizzazione da essi derivanti possono essere ridotti.

3.5 Tematiche sociali e sanitarie di alcuni gruppi di popolazione

➤ Minori

I minori residenti nella zona sociosanitaria Mugello al 31/12/2004 sono 10.133, il 16% circa della popolazione totale. L'incidenza degli stranieri su tale valore è abbastanza elevata (8% circa) in particolare sulle prime fasce di età.

Un dato da esaminare è il numero di minori vittime di maltrattamenti ed abusi in famiglia segnalati all'Autorità giudiziaria; il tasso medio annuo, sia per abusi che maltrattamenti, è superiore al quello regionale.

Inoltre, il tasso di mortalità infantile della Zona Mugello (3,2), pur mantenendosi al di sotto della media regionale, eccede quello dell'intera ASL 10.

Relativamente ai dati riguardanti l'attività consultoriale pediatrica del 2004, ci risulta che ogni minore nell'arco dell'anno ha usufruito in media di n. 3 prestazioni quali visite e/o vaccinazioni.

Per quanto riguarda altri servizi di tipo più sociale si segnala la presenza sul nostro territorio di un paio di comunità residenziali per minori e di un centro di pronto accoglimento convenzionato con la Comunità Montana Mugello.

➤ **La popolazione anziana**

Già dall'analisi demografica emerge la presenza al 31/12/2004 di n.13.852 individui ultrasessantacinquenni, che costituisce circa il 22% dell'intera popolazione residente. Un dato molto rilevante riguarda inoltre gli anziani anagraficamente soli che costituiscono il 24,5% della popolazione ultrasessantacinquenne e che meritano specifica considerazione vista la peculiarità geografica del nostro territorio.

A tale proposito il nostro territorio, oltre ad offrire servizi (attraverso progetti specifici) che mirano a promuovere il ruolo attivo dell'anziano, sostiene e tutela la vita indipendente dell'anziano e l'appropriatezza della risposta. Nel territorio si contano infatti circa 600 posti residenziali distribuiti nelle varie RSA dislocate sul territorio ed un' elevata diffusione dei servizi domiciliari.

Gli utenti residenti nei comuni della zona sociosanitaria Mugello inseriti nelle RSA del nostro territorio costituiscono circa il 13% degli anziani residenti; i comuni pagano 177 quote sociali ad integrazione delle rette per anziani inseriti in RSA sia del territorio che fuori dalla zona sociosanitaria.

➤ **La popolazione immigrata**

Analizzando l'andamento delle immigrazioni degli ultimi 7 anni si riscontra un'evidente crescita fino al 2002, un andamento costante nell'anno successivo e una leggera diminuzione nel 2004.

Gli individui immigrati sono per lo più celibi in età attiva, provenienti per il 58,8% da altre regioni italiane (di cui il 17% dalla città di Firenze), il 13,1% da altri paesi europei, il 2% da paesi dell'Africa, l'1,5% da paesi facenti parte dell'Unione Europea, ecc.

Il 55% del totale delle famiglie immigrate sono costituite da individui soli, il 25% sono famiglie i cui componenti sono immigrati nello stesso momento ed il 20% famiglie i cui componenti si sono ricongiunti in momenti diversi.

Per quanto riguarda gli immigrati stranieri, le provenienze sono prevalentemente di origine albanese (40%) e rumena (15%). A differenza del dato generale sugli immigrati del 2004 (sia italiani sia stranieri) dal quale si rileva la maggiore presenza di celibi e nubili rispetto ai coniugati, se si analizza solo il dato degli immigrati stranieri risulta una presenza leggermente maggiore dei coniugati rispetto ai celibi/nubili.

Un altro aspetto da analizzare è l'emergenza alloggiativa degli immigrati, rilevabile dalle richieste di inserimento in ERP, da richieste di contributi economici per l'alloggio, e i dati rilevabili da Agenzia Casa e prestiti d'onore.

➤ **Disabilità e salute mentale**

La popolazione disabile presente sul territorio ammonta a 455 individui con età compresa tra 0 e 64 anni portatori di handicap accertati secondo la L 104/92 e/o in possesso di certificazione neuropsichiatrica. Degli stessi, n. 171 disabili frequenta un istituto scolastico (di ogni ordine e classe) presente sul territorio mentre il 17% del totale usufruisce del servizio domiciliare.

Per questa tipologia di utenza esiste sul territorio una fitta rete di servizi attivi, di strutture residenziali e/o diurne, di associazioni e cooperative che svolgono attività di vario genere.

Per quanto concerne i dati sulla salute mentale, l'Unità Funzionale Salute Mentale ha rilevato per gli ultimi 5 anni un numero medio di casi in carico pari a 900 utenti; mentre gli accessi rilevati per gli stessi anni hanno mostrato un leggero aumento; le prestazioni

specialistiche ambulatoriali erogate si sono mantenute intorno alle 6.000, anche se sono variate nella tipologia, con aumento di prestazioni psicoterapeutiche con prestazioni rivolte alle famiglie e collettive.

➤ **Le dipendenze**

Dai dati relativi agli utenti del Servizio Tossicodipendenze al 31/12/2004 si rileva n. 288 casi di utenti in carico di cui l'88% residenti in comuni esterni alla zona sociosanitaria Mugello. Considerando quelli residenti nei comuni della zona il 70% dei casi conosciuti sono seguiti dal servizio per dipendenze da droghe, mentre il 30% per dipendenze da alcool. Per alcuni degli utenti sono previsti inserimenti socio-lavorativi, servizi di aggregazione, ascolto, mutuo-aiuto, ricoveri in strutture residenziali o inserimenti in centri diurni.

Sul nostro territorio sono presenti diverse di comunità terapeutiche, associazioni e progetti attivi.

➤ **Le responsabilità familiari**

Infine per quanto concerne la tipologia delle strutture familiari residenti nei comuni del Mugello, si rileva come premesso un consistente numero di famiglie costituite da un unico individuo, il 35% del totale delle famiglie sono coppie con figli, ma ancora più considerevole dal nostro punto di vista, è il 12% delle famiglie costituite da un unico genitore con almeno 1 figlio e il 17% di coppie senza figli.

Per quanto concerne l'attività consultoriale presente sul territorio si rileva un trend crescente tra il 1999 a 2004 delle visite domiciliari a bambini nati, a fronte di una leggera diminuzione di donne partorienti; mentre le visite ambulatoriali degli ultimi 2 anni registrano un aumento sia per nati che per donne.

3.6 Criticità e opportunità

Nell'analisi condivisa con gli organismi di concertazione e partecipazione del Profilo di salute da cui è scaturita l'Immagine di Salute, prima tappa del percorso di progettazione del PIS, sono state evidenziati alcuni elementi di criticità, la cui elaborazione ha orientato le fasi successive della programmazione. I pareri scaturivano dai gruppi di lavoro suddivisi per aree tematiche e hanno proposto per ciascuna area una coppia di "problema - ipotesi di soluzione" che sono diventate parte integrante dell'Atto di avvio del PIS della SdS Mugello.

Alcuni temi trasversali sono stati: la necessità di definire un Accordo di ampio respiro con tutte le Associazioni di volontariato del territorio, all'interno del quale ricomprendere le diverse attività svolte da ciascuno e evidenziare ulteriori sinergie di sistema, in collegamento con i servizi pubblici, in particolare come supporto alla domiciliarità e nell'area del welfare leggero. Un altro tema trasversale è stato quello della necessità di produrre e divulgare una informazione adeguata e corretta ai cittadini, accanto all'importanza di promuovere l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati e la sensibilizzazione del sistema economico locale, dei centri per l'impiego oltre agli attori del sociale. Significativo rilievo è stato riconosciuto al miglioramento degli strumenti metodologici dell'integrazione sociosanitaria, quali i PARG, i protocolli di presa in carico integrata, la progettazione individuale integrata e la tutela della continuità assistenziale degli interventi nei diversi contesti di vita (domiciliare, scolastico, residenziale, del tempo libero). Una sottolineatura importante è stata

evidenziata per alcuni strumenti regolamentari, quali quello per l'applicazione dell'ISEE, e per la necessità di operazioni di governo integrato per quanto riguarda le risorse del sistema della residenzialità per gli anziani. Un altro aspetto di particolare rilevanza riguarda la tematica della salute mentale, sia nei suoi aspetti trasversali di integrazione per le situazioni multiproblematiche, sia per lo sviluppo di una dimensione culturale che sposta l'attenzione dalla malattia mentale alla salute mentale.

La maggior parte di queste proposte hanno potuto trovare una collocazione progettuale all'interno del PIS, quali ad esempio l'attivazione di un Tavolo per l'Accordo con il volontariato, il progetto "Mugello sociale" per l'attività informativa e il Piano della Comunicazione, il Tavolo per gli inserimenti lavorativi, i progetti riguardanti la presa in carico del bisogno complesso e per la continuità assistenziale, il progetto per l'assistenza all'handicap in ambito scolastico, il progetto per l'aggiornamento del testo unico per le prestazioni sociali, il tavolo sulla residenzialità per gli anziani, il tavolo per la salute mentale.

Altre proposte necessitano di ulteriori approfondimenti prima della definizione di soluzioni operative, soprattutto negli ambiti individuati "di successiva progettazione".

Maggiori elementi di conoscenza dovranno essere acquisiti sulle situazioni di povertà che coinvolgono con diverse modalità alcune fasce di popolazione, con particolare riferimento alle connessioni tra basso reddito e condizioni di salute degli anziani mentre il mondo della immigrazione interroga non solo i servizi sociali e sanitari ma l'intera struttura comunitaria, le politiche della casa e del lavoro, con una significativa caratterizzazione di genere rispetto alle condizioni delle donne immigrate.

Rimane molto forte nella comunità la forza della coesione interna, la tenuta della rete parentale da cui deriva una buona capacità di accoglienza e di gestione di eventuali carichi assistenziali, che necessita però di ulteriori forme di sostegno, in particolare per le giovani coppie trasferite dalla città per un costo più accessibile delle abitazioni, ma che non possono usufruire in caso di difficoltà di nessun sostegno da parte della rete parentale.

4 PRIORITA' ED OBIETTIVI DI SALUTE

La realizzazione del processo di programmazione tipico della SdS così come è stato disegnato dall'Atto di indirizzo, dalle linee guida e dal manuale della Regione Toscana richiede un tempo di maturazione e radicamento territoriale più ampio di quanto realizzato in questo primo anno di attività della SdS Mugello e di conseguenza allo stato attuale per alcuni ambiti (che sono stati definiti nello schema "Ambiti di successiva programmazione) si ritiene indispensabile avviare un approfondimento per esprimere una programmazione fondata su dati significativi, realmente condivisa e concordata.

Lo schema metodologico rappresentato indica il percorso ideale fatto proprio dalla SdS Mugello come garanzia di appropriatezza dell'intervento programmatorio, anche se nella fase iniziale di questo primo PIS non è naturalmente stato possibile applicarlo in maniera rigorosa.

La maggiore capacità conoscitiva della SdS rispetto al territorio deve permettere di operare scelte di programmazione che contemperino la necessaria continuità dei percorsi attivi su problematiche conosciute, con la proiezione verso i nuovi fenomeni emergenti, sui quali attivare livelli di osservazione, studio e successive fasi di più mirata programmazione, creando le condizioni necessarie per un utilizzo rigoroso dello schema metodologico presentato.

La dimensione del fenomeno immigratorio, ad es., sta modificando come si è visto il tessuto della zona, incide sulla struttura della popolazione, interroga non solo il mondo delle politiche sociali e sanitarie, ma soprattutto quello delle politiche del lavoro, della casa, del sistema culturale, scolastico e formativo, con forti caratterizzazioni di genere (donne immigrate) e richiede approcci maggiormente integrati e proiettati verso i bisogni e le risorse emergenti.

Le scelte iniziali delle SdS Mugello circa gli obiettivi di salute e le priorità esprimono quindi la necessaria continuità con gli indirizzi della precedente programmazione, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza, realizzando un più strutturato e incisivo livello di integrazione nella progettualità condivisa per gli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.

Nel contempo individua aree di successiva programmazione sociale e sanitaria, indicando strumenti e modalità di accordo con le diverse realtà territoriali che non fanno parte della SdS ma i cui apporti in termini di elementi conoscitivi e gestionali del territorio le rendono partner necessari per l'elaborazione di profili di salute più completi e la successiva realizzazione di politiche territoriali integrate governate dalla SdS.

Sarà necessario in una fase successiva del PIS sviluppare un'importante attività di collegamento con tutti gli attori necessari, in un quadro di governace che è al momento in via di strutturazione.

Il potenziale di intervento della SdS infatti si esprime fortemente nella dimensione delle strategie di governo del sistema, non solo in termini di alleanze istituzionali, ma di regia complessiva dei diversi percorsi organizzativi, professionali, metodologici attraverso cui si realizzano nella operatività quotidiana le scelte della programmazione e i diritti di cittadinanza.

Il percorso realizzato e condiviso tra gli attori politici, tecnici e comunitari per la scelta delle priorità fa riferimento, come è già stato detto, non solo alle evidenze epidemiologiche, ma agli indirizzi di programmazione espressi dalla Assemblea che miravano alla tutela del livello dei servizi costruito in questi anni nella zona e al consolidamento e approfondimento di percorsi e approcci integrati già avviati per alcune problematiche.

In questa logica sono state individuate come priorità le aree:

- anziani,
- disabilità
- azioni trasversali e di sistema.

AREA ANZIANI

La problematica del progressivo invecchiamento della popolazione è da diversi anni una priorità della programmazione sociale e sanitaria del territorio, nella consapevolezza che il fenomeno interessa ed interpella l'intera comunità nella logica della fruizione di diritti di cittadinanza senza discriminazione di età.

L'intento della SdS Mugello è quello di provocare un mutamento nell'approccio ai problemi della popolazione anziana, che sia caratterizzato da :

- Una forte integrazione delle politiche territoriali;
- Il superamento di un modello di welfare fondato esclusivamente su politiche di settore e sulla rete dei servizi con risposte principalmente di tipo socio-sanitario come conseguenza dello stereotipo che connota la popolazione anziana essenzialmente come portatrice di patologie e bisognosa di cure
- Una visione che affronti e governi non solo i problemi del welfare, ma anche la possibilità dell'abitare in sicurezza, del vivere solidale, delle cure appropriate, del viaggiare, del fruire di cultura, del divertirsi, del fare sport, dell'utilizzo delle nuove tecnologie. L'attenzione è centrata sul creare le condizioni per un invecchiamento attivo attraverso un equilibrato stile di vita
- Un sistema di servizi sociali e sanitari integrati rivolti non solo all'anziano ma anche alla sua famiglia, in grado di elaborare valutazioni multidimensionali con criteri di scientificità e di condivisione e di attivare un ventaglio di risorse da quelle del volontariato per bisogni di welfare leggero a risposte sanitarie specialistiche

Il valore fondante è quello di un territorio, di una comunità che conosce ed è consapevole delle potenzialità e delle problematiche degli anziani e che attraverso la qualità delle relazioni sociali ed economiche mira a rinforzare il tessuto della solidarietà in un contesto sociale consapevole ed accogliente. Si creano in tal modo le condizioni per migliorare la qualità della vita degli anziani nei diversi contesti di vita (nelle propria casa, in struttura, da solo, in condizioni di salute, di fragilità o di disabilità) . Ma la caratterizzazione più significativa espressa dalla SdS si esprime attraverso un approccio di sistema nel governo delle diverse azioni progettuali, che permette di strutturare sinergie organizzative tra i progetti e tra gli attori del sistema, sviluppando non solo una logica di incrementi quantitativi delle risposte, ma di valutazioni di appropriatezza e di efficacia delle risposte, di integrazione delle risorse, in una logica di rete.

Il governo del sistema anziani permette inoltre di mantenere l'attenzione agli obiettivi non solo nei progetti settoriali bensì nella realizzazione di alcune azioni sui modelli organizzativi dei servizi che contribuiscono in maniera trasversale allo sviluppo della comunità nel suo insieme. Progetti quali il Punto Unico di Accesso, la disponibilità di posti sanitari nelle RSA del territorio, l'implementazione degli sportelli sociali, i percorsi per la qualità e l'accreditamento sono rivolti alla generalità della popolazione ma con una connotazione di particolare attenzione alle fasce deboli in una logica di promozione di equità nell'accesso ai servizi e nella informazione ai cittadini.

Un altro aspetto su cui la SdS Mugello intende attivare dei percorsi integrati riguarda un rinnovato approccio alle politiche e agli interventi in grado di evitare lo spopolamento delle frazioni; il fenomeno riguarda con particolare gravità la popolazione anziana ma rappresenta un sintomo importante di un disagio diffuso che impoverisce l'intero territorio e la qualità della vita della comunità. Le conseguenze infatti sono molteplici:

dal ricorso al ricovero in RSA o lo sradicamento dell'anziano in altri contesti; al concentramento in alcune aree di maggiore urbanizzazione; alla creazione di contesti urbanizzati "artificiali" con le conseguenti difficoltà di inserimento e di sostegno ai nuovi nuclei; al degrado di strade non più percorribili in sicurezza soprattutto nel periodo invernale; alla diminuzione del trasporto pubblico su alcune tratte. Anche su questo fenomeno le possibili soluzioni non si esauriscono in alcuni ambiti (sociali, edilizi etc) né possono essere affrontate per logiche settoriali (interventi per i minori o per gli anziani) ma in un approccio di sistema governabile da una regia zonale che colleghi i diversi aspetti e tutti gli interlocutori istituzionali, del terzo settore, del volontariato che in maniera sinergica percorrano obiettivi concordati.

I due obiettivi di salute per gli anziani indicati dalla SdS Mugello mirano a creare le condizioni per la realizzazione dei valori espressi, attraverso i progetti specifici per il supporto nei diversi contesti di vita.

Il primo obiettivo è:

- "Promozione del ruolo attivo della popolazione anziana e dell'atteggiamento positivo verso l'invecchiamento"; si intende orientare i progetti già individuati e gli altri che potranno essere realizzati nei successivi aggiornamenti del PIS, verso una attenzione al bisogno di cittadinanza attiva espresso dagli anziani, intervenendo sugli stili di vita sani e sulle modalità di partecipazione al contesto sociale attraverso i diversi contributi che il sistema dei servizi può mettere a disposizione. Si può ipotizzare che nel corso del triennio dovranno essere maggiormente incrementate proposte che emergano direttamente dal mondo degli anziani, riguardanti la loro autopercezione del contesto sociale e la loro valorizzazione come componente attiva/risorsa, nel riconoscimento della caratteristica di "generazione solidale" sensibile e aperta ai valori e ai bisogni della comunità. A questo scopo potranno essere utilizzati anche gli esiti di alcune ricerche in atto (quale la "Ricerca-azione sugli anziani soli" in via di realizzazione sperimentale nel Comune di Dicomano e l'elaborazione degli indicatori per delineare il concetto di fragilità prevista dal progetto "Anziani fragili") mirate ad approfondire la conoscenza delle condizioni di vita e i bisogni degli anziani soli la cui evidenza epidemiologia impone un necessario approfondimento per un'attività di prevenzione rispetto ai rischi e alle ricadute assistenziali. Importanti saranno anche le loro opinioni circa le risorse e le opportunità del territorio.

L'azione che si sviluppa da questo obiettivo si caratterizza come:

- "Favorire il rapporto intergenerazionale e interculturale, realizzare occasioni per l'attività motoria intesa anche come risorsa relazionale e di benessere; favorire il protagonismo dell'anziano anche attraverso le associazioni di volontariato e di tutela; incrementare stili di vita attivi e sani.

Il secondo obiettivo è:

- "Tutela e sostegno nella vita indipendente e nei diversi percorsi del sistema dell'offerta"; si intende tutelare il valore della autonomia della persona anziana da sostenere nei diversi contesti della vita quotidiana e correlata alle diverse condizioni di salute di ciascuno, nella consapevolezza della complessità che sottende ai bisogni di salute, legati sia a fattori personali che relazionali e sociali e alle capacità adattive di ciascuno. Spostare l'ottica sul cittadino e i suoi bisogni permette di ripensare i percorsi di accesso ai diversi servizi/risposte/prestazioni in una logica di integrazione complessiva, non solo sociale-sanitario, ma anche pubblico-privato sociale, pubblico-privato, ospedale-territorio, residenzialità-domiciliarità, in una ricomposizione dei numerosi binomi che rappresentano ad oggi la frantumazione delle risorse e che ogni cittadino è

costretto a ricomporre per conquistarsi faticosamente la risorsa necessaria alla propria autonomia. La tutela si declina quindi attraverso azioni orientate alla qualità e alla appropriatezza in ciascuna risposta data dal sistema dei servizi (pubblici, privati, domiciliari, residenziali, sanitari, sociali, abitativi, etc) ma anche attraverso alcune azioni di governo dei diversi sistemi, con particolare attenzioni a garantire la flessibilità nell'uso delle risorse; la specificità di ogni anziano; la continuità nei percorsi; la complessità dell'approccio; la necessità di distinguere le diverse condizioni di bisogno per intervenire con una ottica di prevenzione.

L'azione con cui si intende perseguire tale obiettivo si può definire come:

- o "Prevenire stati di emarginazione, di cronicità, di disabilità in particolare verso i soggetti fragili; rendere concreta la libertà di scelta dell'anziano nei diversi contesti di vita; sostenere gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie; tutelare la qualità delle risposte domiciliari e residenziali; promuovere la circolarità delle risposte residenziali e il collegamento nella rete dei servizi; sviluppare la capacità di governo del sistema delle risposte.

AREA DISABILITA'

La disabilità ha sempre rappresentato un punto centrale delle politiche territoriali zonali, in quanto problematica complessa, a cui si è cercato di far fronte con una serie articolata di servizi e interventi sanitari e sociali. Un'area nella quale è fondamentale sperimentare politiche sociosanitarie che pongano come base i principi fondamentali espressi anche nella Carta della cittadinanza sociale della zona Mugello e cioè:

- una nuova visione della persona nella sua globalità
- la necessità di far convergere i progetti professionali in progetti dei servizi
- l'esigenza di valorizzare le diverse soggettività sociali
- l'importanza di promuovere responsabilità istituzionali e sociali.

E' stata una delle prime aree nel settore sociale ad essere gestita in forma associata, con delega alla Comunità Montana Mugello, riconoscendo l'importanza di una maggiore qualificazione e diversificazione dell'offerta di opportunità e servizi. Inoltre si è sperimentato un confronto tra le istituzioni, i gestori dei servizi, gli operatori, le associazioni di tutela per la condivisione dei percorsi e delle priorità.

Tale confronto ha dato vita a momenti di progettazione concordata già nella passata legislatura, nella quale si era concordato con le associazioni di tutela, una serie di obiettivi e di contenuti su cui lavorare. Il cambiamento di amministratori ha segnato una pausa e la costituzione della Società della salute ha dato una nuova cornice e nuovi punti di riferimento al lavoro pregresso. L'azione fondamentale in quest'area risulta quindi l'identificazione di modalità che consentano la partecipazione di tutti gli attori interessati che, partendo dalla consapevolezza della necessità di creare sinergie tra i servizi e i soggetti del volontariato, lavorare in rete, individuare opportunità e risorse aggiuntive, possano avere un ruolo propositivo, nelle risposte ai bisogni dei cittadini disabili e svantaggiati, puntando alla qualificazione dei servizi, all'integrazione in ambito scolastico, extrascolastico, lavorativo e nel tempo libero

L'evoluzione culturale, tecnologica, telematica e di domotica avvenuta in questi ultimi decenni ha creato le condizioni affinché si possano migliorare le prospettive di qualità di vita delle persone con disabilità gravi e gravissime. Oggi esiste la possibilità di trovare soluzioni compensative o sostitutive delle attività umane attraverso strumenti di ausilio semplici come le facilitazioni per la vita quotidiana o ad elevata complessità tecnologica come il telecomando che consente di guidare un autoveicolo.

E' importante però tener sempre presente che la persona con difficoltà fisiche o sensoriali è sì un disabile, ma la sua condizione di handicap rispetto alla persona normodotata deriva dalla inadeguatezza dell'ambiente ad essere fruito: se gli spazi vengono correttamente progettati e realizzati per soddisfare le esigenze di ogni possibile utente, è possibile eliminare o mitigare i disagi di chiunque, e realizzare le condizioni affinché ognuno possa utilizzare l'ambiente in condizioni di autonomia e sicurezza

E' quindi importante trovare le soluzioni per riabilitare, reinserire e consentire le autonomie che la patologia rende possibili, sia nelle attività di vita quotidiana, che nel lavoro, negli spostamenti e nelle attività sportive e/o di tempo libero, si pongano l'obiettivo di affrontare il problema ad ampio raggio. Occorre affrontare la questione partendo dalla valutazione della qualità dello spazio costruito, considerando l'adeguamento dell'ambiente alle esigenze degli utenti come prima e indispensabile risorsa, e successivamente valutare quali possono essere gli ausili personali, specifici per ogni persona, che possono aiutarla nello svolgimento autonomo delle proprie azioni di vita.

Inoltre deve essere considerato tutto ciò che può facilitare l'inclusione sociale: una propria casa, un vero lavoro, la possibilità di godere del tempo libero e di potersi spostare in modo autonomo.

A tal fine, oltre a quelli già in atto, si stanno ipotizzando alcuni progetti che potrebbero essere realizzati, ma che necessitano ancora di un'attenta discussione.

I temi che si intende affrontare in tali eventuali progetti riguardano le autonomie nella vita quotidiana, valutando le reali condizioni di difficoltà e le possibili soluzioni all'interno della casa, della scuola, del posto di lavoro e del centro abitativo dove la persona vive e si sposta ogni giorno, dando così risposte qualificate e complessive ai suoi problemi, e le barriere architettoniche che, nonostante se ne parli da tempo, continuano ad essere presenti non solo nelle vecchie costruzioni ma purtroppo anche nelle nuove. Bisogna lavorare per una città realmente accessibile, indispensabile non solo per persone su sedia a ruote, ma anche per l'anziano con ridotte capacità motorie, per la mamma che si sposta nella città spingendo la carrozzina del suo bambino, per il giovane che ha avuto un infortunio, per il cardiopatico, per la persona ipovedente o non vedente, per chi soffre di ipoacusia ecc.... e realizzare come condizione naturale quella di avere di avere città e case accoglienti, accessibili, confortevoli e sicuri.

Partendo dalle precedenti considerazioni il primo obiettivo che si è data la Società della salute è quello di tutelare e sostenere la vita indipendente del disabile, nell'ottica del mantenimento delle capacità residue, dello sviluppo delle proprie potenzialità e capacità.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, prendendo spunto dalle considerazioni del Comitato di partecipazione e della Consulta del terzo settore, risulta importante lavorare per un'informazione alle famiglie sui diritti e le opportunità normative e riguardanti i servizi territoriali attraverso sia la conoscenza qualitativa e quantitativa del fenomeno della disabilità sia la predisposizione di agende informative messe a disposizione di tutti gli sportelli sociali e delle Associazioni, curandone il periodico aggiornamento, anche secondo le segnalazioni ricevute.

Elemento essenziale, nell'ottica della centralità della persona risulta la presa in carico delle situazioni complesse, attraverso il Punto unico di accesso, uno dei progetti fondamentali della Società della salute, che trova nell'area della disabilità uno dei primi ambiti di sperimentazione.

Nel territorio della SDS sono attivi tre centri di socializzazione, gestiti dal 2000 in forma associata con delega alla Comunità Montana Mugello. La gestione unitaria di questi servizi ha permesso di lavorare per una qualificazione, razionalizzazione e

diversificazione dell'offerta. Tale organizzazione potrà essere ridiscussa e ripensata alla luce anche delle nuove strutture relative al "Dopo di noi", all'interno del tavolo sulla disabilità che affronterà nei tempi e secondo le modalità indicate nel progetto, le tematiche ritenute come prioritarie da tutti gli attori coinvolti sia sui temi riguardanti la tutela della vita indipendente sia sul fronte dell'integrazione e sul ben-essere individuale.

Per quanto riguarda l'integrazione e la promozione anche di un sistema dell'agio, riferito al secondo obiettivo della Società della salute, oltre a quanto detto in precedenza sulla fruizione degli spazi, delle opportunità legate al tempo libero ecc., risulta fondamentale il buon inserimento del disabile nel percorso scolastico, per poi arrivare, attraverso attività di orientamento e di preformazione, a condividere un percorso individuale appropriato.

Il tema degli inserimenti lavorativi verrà affrontato nel tavolo trasversale che riguarderà l'intera problematica che si riferisce non solo alla disabilità ma anche ad altre aree.

AREA TRASVERSALE E DI SISTEMA

La scelta di identificare come priorità l'ambito degli interventi trasversali e sul sistema dei servizi si pone in continuità con l'analisi svolta dall'assemblea della SdS e l'indicazione di priorità contenute nel Profilo di salute, con il contributo dei tavoli della partecipazione che costituisce l'immagine di salute, su due tematiche su cui più tipicamente può realizzarsi l'approccio integrato della SdS.

La *prima* si riferisce ad un'area trasversale, che si rivolge all'intera popolazione del Mugello per un'azione di salute e che fino ad oggi è stata programmata da singoli servizi di competenza spesso non in contatto tra loro. La visione d'insieme che la SdS è in grado di realizzare offre una migliore possibilità di analisi di ciascun intervento nelle sue relazioni con gli altri, di valutazione degli esiti che nella comunità, soggetto intero, non sempre possono essere ricondotti ad ogni singola azione bensì all'intreccio di fattori su piani diversi. Su alcune patologie, ad es, si interviene con approcci specialistici o farmacologici, ma anche con il cambiamento di stili di vita, con una adeguata alimentazione, con un supporto relazionale nei casi di solitudine.

La *seconda* area si riferisce all'approccio di sistema che la SdS consente di realizzare e viene ritenuto strategico nel miglioramento delle risposte al cittadino. Poter sperimentare modelli organizzativi dei servizi e di progettazione integrata consente di non limitarsi ad operare sull'aspetto quantitativo delle risorse e sulla gestione di singole prestazioni, ma di aprire nuovi punti di vista, nuove collaborazioni e sinergie sempre più necessarie in un quadro di risorse decrescenti che in quanto tali non consentono sovrapposizioni di interventi accanto a zone d'ombra di bisogni non affrontati.

Il percorso di elaborazione del PIS ha evidenziato come siano possibili modalità di incontro tra tecnici, amministratori e esponenti del terzo settore che siano anche operative, come nel caso del tavolo di lavoro; il progetto del punto unico di accesso propone un percorso governato da una regia unica organizzativa per le situazioni multidisciplinari complesse; il collegamento tra la SdS e le gestioni associate del sociale presso la CM Mugello permette di realizzare rapporti duttili anche in fase gestionale per gli interventi sociosanitari che rispondono alle situazioni più complesse e che riguardano sempre di più le fasce deboli e per collegare l'ambito sociosanitario a quello del sistema formativo integrato, alla protezione civile, alla cultura. In una zona come il Mugello, caratterizzata da una conformazione geomorfologia che rende più difficili gli accessi, gli spostamenti, lo scambio di informazioni, diventa quindi fondamentale poter collegare

tra loro le reti esistenti sul territorio, prima di attivarne delle nuove replicandole per ogni servizio e riuscire a valorizzare le diversità di ogni Comune in un governo zonale in grado di sviluppare ricadute sugli enti in termini di ottimizzazione delle risorse a tutela della qualità professionale degli operatori.

Per valutare l'appropriatezza, l'equità, l'efficacia e l'efficienza delle risposte si deve operare il passaggio fondamentale dalla logica della erogazione di prestazioni a quella di strutturazione di percorsi, aperti al bisogno portato dalla persona, valutato con criteri di professionalità e scientificità, monitorato nei suoi esiti, aperto a tutte le connessioni e integrazioni necessarie per risolvere o comunque affrontare il problema nella sua interezza. Lo sguardo in questo caso non è centrato sul mondo dei servizi aziendali o comunali, bensì è rivolto al cittadino, ai suoi bisogni, alle possibilità di accesso che devono essere garantite a tutti con particolare riferimento alle fasce deboli. Gli organismi della partecipazione avevano segnalato questi problemi nell'Immagine di salute, con particolare riferimento all'accesso, alla comunicazione, alla necessità di "fare rete" tra i diversi servizi e interventi, a governare con ottica di sistema risorse afferenti a strutture diverse. L'identificazione di questa area come priorità consente alla SdS Mugello di indirizzare risorse e progetti verso quattro obiettivi:

1. Tutela della centralità del cittadino nelle politiche e nei servizi, attraverso il governo unitario del sistema
2. Miglioramento dello stato salute ed allungamento delle prospettive di vita
3. Definizione di un sistema di governance locale:
4. Sviluppo del principio di appropriatezza attraverso il miglioramento delle competenze nella comunità

Con il primo obiettivo: "Tutela della centralità del cittadino nelle politiche e nei servizi, attraverso il governo unitario del sistema" si intende realizzare un insieme di azioni che concretizzino i diritti di cittadinanza in relazione ai percorsi di accesso, alla loro modalità e alla continuità assistenziale, con particolare riferimento alle caratteristiche del territorio montano e alle difficoltà che questo comporta per i cittadini, soprattutto in condizioni di disagio, malattia, isolamento

Il rapporto tra il cittadino e il sistema dell'offerta si sostanzia anche attraverso una esaustiva informazione rispetto ai servizi in atto, ai diritti esigibili e alla attenzione non rivolta soltanto alla quantità delle risorse, bensì anche alla loro qualità.

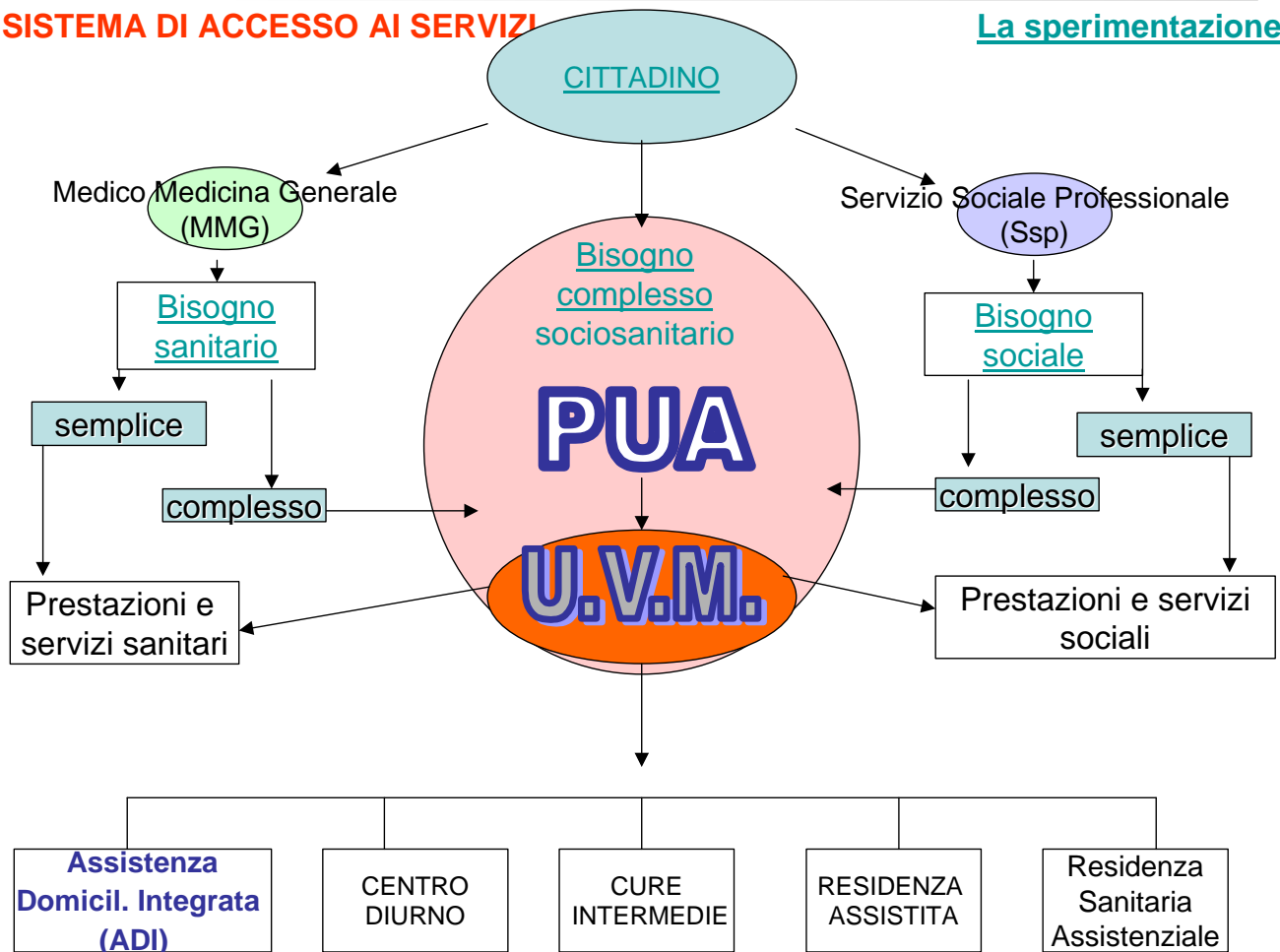
Le azioni scelte rispetto al primo obiettivo quindi sono:

- o Promuovere diritti di cittadinanza attraverso lo sviluppo di una adeguata informazione/comunicazione
- o Valorizzare e sviluppare la qualità dei servizi
- o Sviluppare e consolidare il Sociale Integrato Mugello
- o Promuovere l'equità nei servizi in particolare nelle modalità di accesso e nella continuità assistenziale.

Rispetto questa azione fondamentale nello schema che segue si delineano relazioni e passaggi del governo del sistema.

SISTEMA DI ACCESSO AI SERVIZI

La sperimentazione



Il modello di governo sopra schematizzato permette di garantire equità nell'accesso, fruibilità dei servizi e monitoraggio delle prestazioni; inoltre, attraverso l'UVM, permette la realizzazione della continuità assistenziale e l'implementazione della rete di assistenza sociosanitaria territoriale, garantendo la presenza di molteplici modalità di risposta ai bisogni complessi dei cittadini.

Il secondo obiettivo "Miglioramento dello stato salute ed allungamento delle prospettive di vita" e la conseguente azione "Promuovere una prevenzione attiva nella popolazione rispetto le patologie più rilevanti nel territorio" evidenziando l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di screening.

Le strategie operative individuate per le malattie considerate di particolare interesse per la Zona Mugello come risulta anche dalle evidenze epidemiologiche, si prefiggono di raggiungere, attraverso un approccio definito di prevenzione attiva, la massima adesione della popolazione candidabile ai diversi programmi di prevenzione in particolare per le seguenti aree:

- Rischio cardiovascolare
- Complicanze del diabete
- Screenings oncologici

La prevenzione attiva rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, caratterizzati dal coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, largamente praticati da molti decenni ed improntati in molti casi all'obbligatorietà e controllo, la prevenzione attiva si pone in un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino.

Il ruolo attivo ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura. Questo approccio appare molto significativo per gli interventi mirati alla casistica degli incidenti stradali, problema rilevato anche dai dati epidemiologici ed affrontato con uno specifico progetto.

In tale prospettiva, gli interventi preventivi individuati, non attengono in modo esclusivo a singole strutture sanitarie ma pervadono l'intera rete dei servizi della Zona, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: sono coinvolti i Medici di Medicina Generale, alcune strutture ospedaliere e specialistiche ed i servizi sociosanitari territoriali. Si tratta quindi di interventi di natura trasversale finalizzati ad incrementare la diffusione dei programmi e l'adesione degli assistiti arruolabili.

L'obiettivo successivo "Definizione di un sistema di governance locale" rappresenta chiaramente un intento prioritario della SdS di strutturare con atti formali relazioni stabili con i soggetti definiti, anche nel primo capitolo, sia pubblici che privati che consentono la realizzazione degli obiettivi di benessere condivisi e la mission della SdS Mugello. Possiamo definire la governance secondo le indicazioni europee come la formalizzazione di modalità di collaborazione e di corresponsabilizzazione di natura sia verticale che orizzontale idonee a valorizzare l'apporto di tutti i soggetti sociali e territoriali, istituzionali e del terzo settore, interessati alle politiche integrate per il benessere. Un aspetto particolare della governance può essere declinato attraverso le modalità di rapporto con i rappresentanti eletti dai cittadini (consigli comunali, etc) degli undici Comuni e della C.M. Mugello; lo Statuto della SdS Mugello riconosce loro un'azione di vigilanza e verifica dei risultati ribadita anche nel Piano della Comunicazione, progetto prioritario della SdS Mugello, insieme ad una sottolineatura sulla importanza delle relazioni collegate alla programmazione e ai suoi aggiornamenti.

L'azione corrispondente si svilupperà attraverso la stipula di accordi/convenzioni o di altre intese con i soggetti e attori coinvolti tra i quali si possono intanto citare: La Provincia di Firenze, l'Università di Firenze, il Presidio Ospedaliero di riferimento, l'Azienda Ospedaliera di Careggi, Azienda Ospedaliera Meyer, l'Agenzia regionale di Sanità, l'Agenzia Regionale Prevenzione Ambientale Toscana, le Associazioni e/o Cooperative dei MMG, l'Istituto Innocenti di Firenze, Rete delle farmacie, Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (UNCHEM), Conferenza zonale del sistema formativo integrato, Associazione Scuole Mugello, la Comunità Montana Montagna Fiorentina, ecc.

E' importante citare in questo senso i due accordi già stipulati dalla società della Salute con la Prefettura per lo Sportello Immigrati e con il Dipartimento di Prevenzione della ASL10 che ha già reso possibile la stesura di progetti integrati all'interso del PIS.

Un altro aspetto dell'azione prevista riguarda il necessario collegamento tra il PIS e gli altri strumenti di programmazione territoriali che incidono sui settori di competenza della SdS o che comunque hanno attinenza con il benessere e gli obiettivi di questo primo triennio di programmazione. Dai Piani Strutturali dei Comuni, al Regolamento Urbanistico; dai Piani commerciali a quelli ambientali; dal Piano della formazione al Piano di sviluppo; alle progettazioni che riguardano lo sport, il tempo libero, la cultura, elaborati da tutti i soggetti istituzionali che insistono sul territorio: i Comuni, la CM Mugello, la ASL. E' necessario che vi siano corrispondenze formali tra i diversi strumenti al fine di riuscire a governare le diverse scelte e risorse in una logica di condivisione degli obiettivi che non potranno essere raggiunti senza l'apporto strategico di ogni segmento del sistema che attiva gli interventi.

Infine la SDS Mugello intende affrontare il quarto obiettivo "Sviluppo del principio di appropriatezza" con la relativa azione: "Mettere le persone nelle condizioni di aumentare il controllo di ciò che determina la loro salute al fine di migliorarla".

Si vuole promuovere un nuovo rapporto con i cittadini che, nel vivere quotidiano ed anche durante le loro attività lavorative, aiuti a maturare una coscienza civile con l'assunzione di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale in termini di diritti come di doveri.

Il piano della comunicazione dovrà assumere in questo senso una valenza ulteriore per favorire l'acquisizione di una maggiore competenza delle persone a mantenersi in buona salute rispetto gli stili di vita .

Costituiscono quindi una priorità le iniziative pubbliche di sensibilizzazione su tali argomenti come quelle realizzate insieme al Sindacato dei Pensionati gli interventi di educazione alla salute legati alla promozione della cultura relativa, che valorizzino gli aspetti di integrazione e di intersectorialità nonché la logica dell'autodeterminazione.

Si ritiene significativa una riflessione sul tema di una terapia insostituibile per molte malattie gravi che non possono beneficiare di altri sistemi di cura, quella del trapianto.

Il donatore (e per molti aspetti ciò vale anche per chi con la sua civiltà e solidarietà permette di soddisfare il fabbisogno trasfusionale), che con libera scelta si inserisce tra cittadino paziente e il sistema sanitario pubblico, rappresenta da una parte una realtà da interpretare, ma, soprattutto, un'ottima opportunità di partecipazione sociale alla gestione diretta delle persone alla salute pubblica. In sostanza la donazione, il trapianto possono rappresentare l'emblema del coinvolgimento diretto del cittadino rispetto la propria salute. Statisticamente abbiamo quattro volte più probabilità di diventare un potenziale ricevente in lista di attesa che un potenziale donatore. Invece ognuno di noi quando sente parlare di trapianto e di donazione di organi o tessuti, si vede nella veste del potenziale donatore e non in quella, più concreta, di un potenziale ricevente.

Favorire un approccio diverso a tali temi dovrebbe cambiare la prospettiva di valutazione e di coinvolgimento.

5 DEFINIZIONE DELLE AZIONI/PROGRAMMI

Successivamente alla definizione delle priorità e degli obiettivi di salute con le relative azioni sono stati identificati i progetti necessari al raggiungimento degli obiettivi e alla realizzazione delle azioni indicate, secondo i due criteri di continuità con alcuni interventi già in atto e di innovazione per i nuovi bisogni emersi sia dal profilo che dall'immagine di salute e dalla evidenza epidemiologica.

I progetti sono stati elaborati in due diverse schede che presuppongono livelli diversi di approfondimento e di condivisione e non ovviamente di importanza. I progetti identificati come "prioritari della SdS Mugello" oltre a caratterizzarsi per il loro radicamento nella comunità, o per la loro rilevanza strategica rispetto agli obiettivi, hanno seguito un percorso di progettazione condivisa che li ha definiti "prioritari".

Gli organismi della partecipazione avevano indicato sia nell'immagine di salute che nella giornata di approfondimento la necessità di organizzare dei tavoli misti con la presenza di amministratori, delle associazioni e dei tecnici su alcune tematiche rilevanti che sono poi state identificate come prioritarie: residenzialità e semiresidenzialità degli anziani, disabilità, salute mentale adulti, accordo con il volontariato, inserimenti lavorativi. L'attività dei cinque tavoli è stata organizzata secondo la metodologia della progettazione e quindi hanno assunto veste di progetto prioritario; tale scelta strategica consente di valorizzare pienamente una attività non soltanto consultiva e di analisi dei problemi ma di caratterizzarla come strumento di governo del sistema che, attraverso la partecipazione, è in grado di definire anche le soluzioni operative.

Gli "altri Progetti" riguardano interventi attivati da precedenti programmazioni che non hanno potuto essere sottoposti al processo di condivisione approfondito ma che intervengono in maniera significativa sugli obiettivi e nelle azioni scelte e che verranno successivamente monitorati negli esiti per una successiva riprogettazione nelle fasi di aggiornamento del PiS.

I progetti quindi sono stati raggruppati negli schemi secondo la loro attinenza con gli obiettivi e le azioni e provengono sia dalla programmazione aziendale sanitaria, sia dai Medici di Medicina generale, sia dal Dipartimento della prevenzione ed educazione alla salute aziendale, sia dalla programmazione sociale di zona.

PRIORITA'	ANZIANI
OBIETTIVO	PROMOZIONE DEL RUOLO ATTIVO DELLA POPOLAZIONE ANZIANA E DELL'ATTEGGIAMENTO POSITIVO VERSO L'INVECCHIAMENTO
AZIONE	Promuovere stili di vita attivi e solidali, favorire il rapporto intergenerazionale e interculturale, realizzare occasioni per l'attività motoria intesa anche come risorsa relazionale e di benessere; favorire il protagonismo dell'anziano anche attraverso le associazioni di volontariato e di tutela
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Attività fisica come sano stile di vita</i> 2. <i>Sicurezza domestica</i>
	<u>Altri Progetti</u> 1. <i>Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica, riabilitazione e riabilitazione ambulatoriale</i> 2. <i>Erogazione gratuita delle protesi odontoiatriche ai soggetti ultrasessantacinquenni</i> 3. <i>Progetto Old-Man, interventi a tutela della domiciliarità per gli anziani</i> 4. <i>Attività di promozione per la popolazione anziana</i>

PRIORITA'	ANZIANI
OBIETTIVO	TUTELA E SOSTEGNO NELLA VITA INDIPENDENTE E NEI DIVERSI PERCORSI DEL SISTEMA DELL' OFFERTA
AZIONE	Prevenire stati di emarginazione, di cronicità, di disabilità in particolare verso i soggetti fragili; rendere concreta la libertà di scelta dell'anziano nei diversi contesti di vita; sostenere gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie; tutelare la qualità della risposte domiciliari e residenziali; promuovere la circolarità delle risposte residenziali e il collegamento nella rete dei servizi; sviluppare la capacità di governo del sistema delle risposte.
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. Tavolo anziani sulla residenzialità e semiresidenzialità 2. Tutela anziano fragile
	<u>Altri Progetti</u> 1. La risposta domiciliare assistenziale sociosanitaria nella Società della Salute Mugello 2. Centro diurno alzheimer 3. Centro diurno anziani Le Cento Primavere Dicomano 4. Lista unica per ingressi in RSA 5. Progetto assistenza domiciliare di base ed integrata 6. Posti temporanei in RSA 7. Il geriatra in montagna: fruibilità del servizio, soddisfazione dei bisogni

PRIORITA'	DISABILITA'
OBIETTIVO	TUTELA E SOSTEGNO DELLA VITA INDIPENDENTE
AZIONE	Sostenere le persone disabili e le loro famiglie, anche attraverso un'adeguata informazione; diversificare e qualificare i servizi domiciliari e semiresidenziali, con particolare riferimento ai Centri gestiti in forma associata, tendendo alla definizione di un sistema integrato di risposte, correlato ai singoli bisogni; consolidare il percorso di presa in carico dei bisogni complessi.
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. Tavolo sulla disabilità
	<u>Altri Progetti</u> 1. Servizi trasporto per disabili 2. Centri di socializzazione, gestiti dei servizi a regime diurno per disabili CUS, S. Agata, Marradi 3. Progetto Aiuto Personale 4. Definizione percorso presa in carico soggetti 0-64 anni portatori di disabilità accertata L104/92 e non in situazioni di evidente bisogno complesso 5. Minori disabili UFMI

PRIORITA'	<i>DISABILITA'</i>
OBIETTIVO	SOSTEGNO ALL'INTEGRAZIONE SOCIALE E NEL SISTEMA DELL'AGIO
AZIONE	Promuovere l'integrazione in ambito scolastico, lavorativo e nel tempo libero; adoperarsi per la partecipazione attiva alle opportunità offerte dal territorio attraverso la possibilità di fruire degli spazi, dei luoghi, dei servizi rivolti al ben-essere del singolo e della comunità
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Disabilità ed integrazione</i> 2. <i>Tavolo sulla disabilità</i>
	<u>Altri Progetti</u> 1. <i>Interventi domiciliari di tipo assistenziale ed educativo a favore di soggetti portatori di handicap (ex L.285/97)</i> 2. <i>Progetto psicomotricità</i> 3. <i>Gestione interventi assistenza handicap</i>

PRIORITA'	<i>TRASVERSALE E DI SISTEMA</i>
OBIETTIVO	TUTELA DELLA CENTRALITA' DEL CITTADINO NELLE POLITICHE E NEI SERVIZI ATTRAVERSO IL GOVERNO UNITARIO DEL SISTEMA
AZIONE	Promuovere l'equità nei servizi in particolare nelle modalità di accesso e nella continuità assistenziale
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Attivazione del Punto Unico di Accesso</i> 2. <i>Tavolo interistituzionale sulla salute mentale adulti</i>
	<u>Altri Progetti</u> 1. <i>Progetto Benessere</i> 2. <i>Utilizzo di 3 posti letto cure intermedie RSA Villa Ersilia</i> 3. <i>Utilizzo di 2 posti letto cure intermedie in una RSA di Firenzuola</i> 4. <i>Il percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio</i>
AZIONE	Promozione dei diritti di cittadinanza attraverso lo sviluppo di una adeguata informazione/comunicazione
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Piano della comunicazione: dai servizi sociosanitari alla Società della Salute</i> 2. <i>Realizzazione sistema informativo servizi sociali e socio-sanitari</i> 3. <i>Progetto Mugello sociale: sviluppi e implementazioni nel sistema dei servizi zonali</i>
AZIONE	Valorizzazione e sviluppo della qualità dei servizi
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Qualità ed accreditamento</i>
AZIONE	Sviluppo e consolidamento del Sociale integrato Mugello
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. <i>Progetto per l'aggiornamento del testo unico delle prestazioni sociali zonali</i> 2. <i>Sviluppo e consolidamento dell'Accordo di programma 2002 - Sociale Integrato Mugello</i>

PRIORITA'	TRASVERSALE E DI SISTEMA
OBIETTIVO	MIGLIORAMENTO DELLO STATO SALUTE ED ALLUNGAMENTO DELLE PROSPETTIVE DI VITA
AZIONE	Promuovere una prevenzione attiva nella popolazione rispetto le patologie più rilevanti nel territorio
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. Sicurezza stradale
	<u>Altri Progetti</u> 1. Apertura ambulatori infermieristici nei presidi di Londa e San Godenzo 2. Asma 3. Prevenzione malattie cardiovascolari 4. Prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari - sottoprogetto diabete mellito 5. Rianimazione cardiopolmonare di base con defibrillazione precoce BLS-D 6. Prevenzione di disturbi da carenza iodica 7. Diagnosi precoce tumore gastrico nell'area del Mugello 8. Screening tumore della cervice uterina 9. Screening per tumore del colon retto distretto Mugello 10. Screening tumore della mammella zona Mugello 11. Telemed 12. Riduzione dell'esposizione a polveri silicee lavoratori cave pietra serena 13. Prevenzione infortuni in cantieri nelle opere edili

PRIORITA'	TRASVERSALE E DI SISTEMA
OBIETTIVO	DEFINIZIONE DI UN SISTEMA DI GOVERNANCE LOCALE
AZIONI	Stipula di accordi/convenzioni o altre intese con i soggetti e attori coinvolti
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> 1. Tavolo per Accordo Volontariato 2. Tavolo per Inserimenti lavorativi
	<u>Altri Progetti</u> 1. Intervento di sostegno abitativo - Agenzia Casa 2. Creazione di un polo formativo nella Società Salute Mugello

PRIORITA'	TRASVERSALE E DI SISTEMA
OBIETTIVO	SVILUPPO DEL PRINCIPIO DI APPROPRIATEZZA
AZIONE	Mettere le persone nelle condizioni di aumentare il controllo di ciò che determina la loro salute al fine di migliorarla.
PROGETTI	<u>Progetti prioritari della Società della Salute</u> <ol style="list-style-type: none">1. Piano della comunicazione: dai servizi sociosanitari alla Società della Salute2. Sanità pubblica veterinaria sul territorio3. Linee guida: l'informazione per la prevenzione nel comparto selvicoltura4. Interventi coordinati e finalizzati alla lotta contro la diffusione del fenomeno doping nel mondo dello sport giovanile e adulto amatoriale
	<u>Altri Progetti</u> <ol style="list-style-type: none">1. Rischio psico-sociale e sue possibili conseguenze nei cantieri di grandi opere di edilizia stradale ed abitativa2. Progetti di educazione alla salute3. Donazione e solidarietà

5.1 I PROGETTI DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE

TITOLO	
"ATTIVITÀ FISICA COME SANO STILE DI VITA"	
<i>DATI GENERALI DEL PROGETTO</i>	
Soggetto proponente	Staff della direzione
Strutture coinvolte	Educazione alla Salute, U.O. Cardiologia, UFMA Salute Mentale, U.O. Riabilitazione Funzionale
Soggetti che hanno partecipato alla progettazione	MMG, Sindacato dei pensionati, Palestra Gymnasium
Responsabili del progetto	Giulia Banchi, Referente U.F. Educazione alla Salute
Durata del progetto	Due anni

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI

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.

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

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

Partendo dal concetto che l'inattività fisica nuoce alla salute e consapevoli del fatto che una popolazione in salute alleggerisce le spese sanitarie, si ritiene utile coinvolgere la popolazione anziana in attività tese a migliorare lo stile di vita, con interventi che inducano a superare sedentarietà, alimentazione scorretta, fumo e stress.

Numerose ricerche evidenziano l'importanza del movimento costante nell'arco della vita, prima come momento evolutivo attraverso il gioco, poi come mantenimento dell'efficienza psicofisica nell'età adulta ed anziana.

Il rallentamento dei processi degenerativi dovuti all'età può essere stupefacente se si mantengono costantemente allenate abilità motorie ed interessi mentali.

La popolazione con età superiore ai 64 anni nel Mugello al 31/12/2003 è pari al 21,65% della popolazione totale residente con percentuali maggiori (30%) nei Comuni montani (S. Godenzo, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio).

Le pubbliche amministrazioni del Mugello da molti anni organizzano in collaborazione

con le palestre del territorio corsi di attività motoria per anziani, in particolare nel Comune di Borgo San Lorenzo la palestra Gymnasium ha avviato questa collaborazione da 15 anni con una utenza media di circa 120 anziani ogni anno.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Questo progetto sperimentale nasce dalla collaborazione tra il Sindacato Unitario Pensionati della Zona Mugello, l' Azienda Sanitaria e il Comune di Borgo S. Lorenzo che nel 2000 hanno promosso delle conferenze-dibattito tese ad affrontare il "Passaggio da una stagione all'altra della vita" con l'obiettivo di contribuire a far riflettere gli anziani e a modificare comportamenti errati che potrebbero nel tempo, produrre patologie o danni invalidanti e quindi forme di non autosufficienza precoce.

Da qui l'esigenza di affrontare il tema dell'attività fisica come elemento che favorisce il benessere psico-fisico, la prevenzione per le cadute e per le varie patologie caratteristiche nell'anziano.

Con questo progetto ci proponiamo di consolidare le iniziative fino ad oggi svolte e di favorire la formazione di un gruppo di riferimento per gli anziani con il quale promuovere attività e iniziative finalizzate al benessere e ai corretti stili di vita. Questo progetto verrà rivalutato e adeguato in base alle norme che la Delib.GRT n.595/05 stabilisce per i percorsi riabilitativi vedi punto 1 "attività motoria adattata" per la promozione della salute e di stili di vita sani.

Attività previste

Il progetto prevede l'individuazione di 15 soggetti di età compresa tra i 60 e 80 anni con deambulazione autonoma e autonomia motoria complessiva sufficiente alle loro comuni attività quotidiane.

Questi soggetti non devono aver effettuato attività fisica negli ultimi anni.

Al momento dell'arruolamento viene effettuata anamnesi ed esame obiettivo con valutazione di test di funzionalità motoria, le valutazioni morfologiche individuali dello stato di immobilità delle principali articolazioni, test sulla flessibilità muscolare, la forza dei principali muscoli posturali.

Sarà effettuata una valutazione medica iniziale da poi riproporre alla fine del corso per avere un programma scientificamente corretto e una diagnosi medica dei cambiamenti ottenuti.

Il progetto inoltre prevede l'effettuazione di filmati dei primi giorni di lavoro, dove si noteranno le incapacità motorie di equilibrio, coordinazione e mobilità articolare, per poi fare lo stesso alla fine del programma dove potremo notare i risultati e i miglioramenti ottenuti.

Parallelamente verranno effettuate una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza sui temi della salute e sull'adozione di corretti stili di vita .

Destinatari

Partecipanti di età compresa tra i 60 e gli 80

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1	Fornire informazione e consapevolezza sui corretti stili di vita nella popolazione anziana e sui fattori di rischio delle cadute accidentali
2	Promuovere attività fisica preventiva su una popolazione di soggetti anziani di età compresa fra i 60 i 70 anni
3	Migliorare l'efficacia fisica, per raggiungere maggiore benessere psico-fisico e per abituare la popolazione anziana all'utilizzo di comportamenti e stili di vita più sani e corretti

4	Dare alle amministrazioni locali gli strumenti per valorizzare e potenziare gli interventi proposti alla popolazione anziana.
---	---

<i>INDICATORI DEL PROGETTO</i>	
1	Almeno tre incontri entro l'anno 2006
2	Almeno 10 anziani partecipanti al progetto
3	Punteggio dei test fisici finali > del 10% rispetto al punteggio dei test prima del percorso
4	Relazione di fine progetto redatta entro fine 2006

<i>FASI DEL PROGETTO</i>		
Fase 1		Creazione gruppo di lavoro formato da Società della Salute, ASL, Educazione alla Salute, MMG, Sindacato pensionati, operatore palestra
Fase 2		Protocollo d'intesa tra Società della Salute e Sindacato pensionati
Fase 3		Individuazione del gruppo dei partecipanti al corso e effettuazione delle visite mediche e dei test motori previsti dal progetto.
Fase 4		Attività motoria con il gruppo anziani
Fase 5		Organizzazione degli incontri sui temi di Educazione alla Salute e corretti stili di vita
Fase 6		Valutazione finale attraverso i test e le visite mediche previste dal progetto
Fase 7		Divulgazione dei risultati ottenuti

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												
Sesta												
Settima												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
palestra		
	Collaborazione per la realizzazione del progetto	3.600,00
Collaborazioni professionali		
	MMG	1.000,00
Organizzazione eventi	Convegni, seminari	1.000,00
Produzione di materiale informativo		
	opuscoli	500,00
Personale e analisi	Operatori dei servizi coinvolti	
		/
TOTALE GENERALE		6.100,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
FONDI ENTI LOCALI *	LOCALI, STAMPE MATERIALE INFORMATIVO	1.500,00
ASL 10	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
FONDI FINALIZZATI R.T		4.600,00
TOTALE FINANZIAMENTO		6.100,00

*Quantificazione dei servizi messi a disposizione

TITOLO DEL PROGETTO
CAMPAGNA DI PREVENZIONE SULLA SICUREZZA DOMESTICA NEI CONFRONTI DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Dipartimento di Prevenzione
Strutture coinvolte	Dipartimento della Prevenzione (U.F. Igiene e Sanità Pubblica , U.F. V.I.M.); Attività Sanitarie di Comunità; Servizi Sociali; Educazione alla Salute, Pronto Soccorso, MMG, Epidemiologia, Comunità Montana Mugello
Altri soggetti coinvolti	Volontariato; media
Responsabili del progetto	Dr.ssa Gianna Ciampi, Responsabile U.F. ISP zona Mugello
Durata del progetto	Due anni

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Gli incidenti domestici rappresentano in Italia la quinta causa di morte (oltre 5000 decessi) e una delle principali cause di malattia (oltre 1.800.000 accessi ai p.s.). Il Ministero della Salute stima che siano circa 6.000 ogni anno i casi di incidente domestico mortale, e poco più di un terzo di questi hanno chiaramente indicato l'abitazione come luogo di occorrenza dell'evento accidentale. Se i dati di mortalità sono piuttosto attendibili , i dati relativi alle patologie e agli esiti conseguenti a un incidente domestico , non sono ancora oggetto di una registrazione sistematica da parte dei Pronto Soccorsi. Molto poco infine è noto sugli incidenti che sono risolti con automedicazione o comunque senza ricorso a cure mediche, che costituiscono il " sommerso" del fenomeno. Tuttavia i dati disponibili sono più che sufficienti a considerare il tema della sicurezza domestica fra i temi di maggior rilievo , in particolare per la popolazione anziana. La problematica della sicurezza domestica inoltre ricomprende anche la sicurezza legata al consumo di alimenti. Segnalazioni attendibili indicano che l'alimentazione dell'anziano è spesso molto trascurata e inadeguata . L'anziano , soprattutto l'anziano che vive solo, tende ad alimentarsi in modo economico , scarso , poco variato , con alimenti spesso mal conservati, che possono essere all'origine di gravi tossinfezioni alimentari.</p> <p>Poiché l'incidentalità domestica è fenomeno che può essere evitato , o quanto meno ridimensionato attraverso misure di prevenzione di tipo individuale , collettivo e ambientale, opportuno che il tema sia considerato prioritario e affrontato in modo integrato.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<p><u>Contesto e motivazioni</u></p> <p>La Legge n.493 del 3 dicembre 1999 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzioni delle assicurazioni contro gli infortuni domestici" (G.U. 28/12/1999) ha rappresentato nel nostro Paese un importante traguardo permettendo il riconoscimento formale del valore e dell'importanza del lavoro domestico nonché della rilevanza dei</p>

rischi connessi a tale attività lavorativa. Tale legge ha anche istituito un Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA) presso l'Istituto Superiore di Sanità, di cui, già nel 2001, è stato pubblicato un primo Rapporto (Taggi, 2001). Da tale Rapporto si evince che in Italia il numero di eventi accidentali che comportano l'utilizzo almeno del pronto soccorso ospedaliero risulterebbe pari a 3.200 per 100.000 abitanti, e di questi il 15% sarebbe sottoposto a ricovero ospedaliero.

Una parte degli eventi accidentali rimane comunque silente: (i) per la loro minore gravità e così pure le prestazioni sanitarie che vengono fornite per tali eventi, per lo più al di fuori della struttura ospedaliera; (ii) o perché così gravi da comportare l'immediato decesso e pertanto la loro rilevazione è possibile solo tramite le statistiche di mortalità. Indagini effettuate nell'ultimo decennio hanno mostrato l'importanza a fini di prevenzione di raccogliere informazioni sulle modalità di accadimento dell'evento accidentale. Quelli con esito mortale, in Italia stimati pari a 6.000 ogni anno, risultano a tutt'oggi poco indagati e pertanto di particolare rilevanza risulta la conoscenza delle motivazioni che sono alla base del loro accadimento. In Toscana, sulla base dei dati archiviati dal Registro di Mortalità Regionale (RMR) negli anni 1997-2000 emerge che circa 160 casi mortali ogni anno presentano sul certificato di decesso la notazione del luogo di accadimento "*abitazione o annessi*". Tale numero comunque, benché rilevante, è presumibilmente sottostimato per la non frequente compilazione di tale voce sul certificato di decesso da parte del medico certificatore.

E' stato quindi proposto uno studio da effettuarsi in Toscana sui casi di incidente mortale domestico identificati tramite il Registro di Mortalità Regionale. Su 284 decessi attribuibili con certezza ad incidente domestico accaduti nella regione Toscana nel biennio 2001-2002, 47 si sono verificati nella ASL 10. Nell'80% dei casi i soggetti coinvolti erano ultra75 e l'occasione dell'incidente era rappresentata da caduta. Inoltre in molti casi il soggetto era affetto da polipatologia, tale pertanto da essere definito anziano fragile.

Sono individuabili vari fattori di maggior rischio di incidente domestico per la popolazione anziana:

1. fattore tempo

risultano più a rischio le persone che trascorrono molte ore in casa come gli anziani, in particolare se affetti da patologie croniche o comunque in condizioni fisiche compromesse

2. fattore umano

l'organizzazione delle attività domestiche con la concomitante diminuzione delle capacità (visiva, uditiva, motoria etc..) e la modifica del modello famiglia (anziani soli) può incidere sul rischio

3. fattore spazio

le abitazioni degli anziani, soprattutto nei comuni montani, sono caratterizzate da presenza di barriere architettoniche e da manutenzione carente

4. fattore agente vulnerante

nelle abitazioni sono presenti attrezzature (elettrodomestici), tecnologie (impianto elettrico, impianto termico), spesso non adeguate o non mantenute, prodotti chimici pericolosi; alimenti mal conservati

5. fattore culturale

l'insufficiente conoscenza e l'inosservanza delle norme di sicurezza da parte della popolazione;
bassa percezione del rischio

Attività previste

1. monitoraggio e sorveglianza

Il fenomeno infortunistico dovrà essere monitorato nel tempo , al fine di avere dati locali attendibili e costruire su tali dati iniziative di prevenzione sempre più puntuali. L'attività di rilevazione dovrà essere realizzata attraverso la collaborazione con i P.S. , con la U.O. Epidemiologia e con tutti gli altri soggetti che possono fornire dati in merito (MMG, Sociale , etc .)

2. comunicazione e sensibilizzazione

diffusione di materiale informativo (vd. Opuscolo ASL "Anziani sicuri")
comunicazione del rischio attraverso mezzi d'informazione (notiziari locali , trasmissioni radiotelevisive , etc.)

3. prevenzione , educazione , formazione alla sicurezza

progetti di formazione per operatori socio sanitari
progetti di formazione per operatori del volontariato
progetti di educazione alla sicurezza rivolti agli anziani

Destinatari

Operatori socio sanitari (operatori sociali ASL e Comuni, operatori cooperative sociali)

Volontariato

Anziani

Il presente progetto si inserisce come articolazione del progetto OLDMAN e ANZIANI FRAGILI

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1	Rilevare attraverso fonti routinarie la numerosità e la tipologia degli incidenti domestici
2	Realizzare una strategia di comunicazione del rischio
3	Realizzare progetti di formazione e di educazione alla salute

INDICATORI DEL PROGETTO

1	Banca dati realizzata entro l'anno 2006
2	Materiale informativo e didattico entro giugno 2006
3	Effettuazione di incontri almeno n. 1 incontro di educazione alla popolazione in ogni Comune della zona Mugello nell'anno 2006

FASI DEL PROGETTO

Fase 1	Revisione del materiale didattico e informativo(nel I semestre 2006 , possibilmente entro maggio)
Fase 2	Diffusione del materiale informativo (attraverso strategie di diffusione concordate fra tutti i partecipanti) . Eventuale trasmissione televisiva su rete locale

Fase 3		<p>Realizzazione degli incontri . Per quanto riguarda le iniziative destinate agli anziani , si propone realizzare 1 o 2 incontri a B.S.Lorenzo e 1 incontro negli altri comuni; tali incontri della durata di 2 ore potrebbero tenersi presso case del popolo o salette comunali, cinema o teatri. Per quanto riguarda le iniziative destinate agli operatori sociali e sanitari , si propongono incontri della durata di 4 ore per un massimo di 25 - 30 partecipanti per ogni edizione. Tali iniziative dovrebbero avere il carattere di aggiornamento obbligatorio e potrebbero essere realizzate preferibilmente in orario pomeridiano. Il numero delle persone da formare dovrà essere definito anche in collaborazione con le Attività Sanitarie di Comunità e i Servizi Sociali</p>
Fase 4		Valutazione degli interventi

fasi	Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima								
Seconda								
Terza								
Quarta								

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	materiale didattico , materiale informativo e sua distribuzione	5.000,00
Strutturali		/
Di attrezzature	P.C. , data show, programmi grafici	1.000,00
Di personale	Docenze fuori orario di servizio	3.000,00
TOTALE GENERALE		9.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE TOSCANA		9.000,00
TOTALE FINANZIAMENTO		9.000,00

<i>TITOLO DEL PROGETTO</i>
TAVOLO ANZIANI SULLA RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ

<i>DATI GENERALI DEL PROGETTO</i>	
Soggetto proponente	Staff del Direttore
Strutture coinvolte	P.U.A., ASC, UVM, Servizi Sociali
Altri soggetti coinvolti	RSA profit e non profit della zona, privato sociale, Associazioni di volontariato
Responsabili del progetto	Paola Beagley Irenei Responsabile U.F. Sociale
Durata del progetto	Un anno per conclusione del tavolo ed eventuale riprogettazione

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI

La zona sociosanitaria Mugello è impegnata da molti anni nella costruzione di percorsi di condivisione con gli attori della comunità per quanto riguarda le scelte di politica sociale e di integrazione. Elementi forti sono stati l'elaborazione della Carta della cittadinanza, la progettazione condivisa, le consultazioni relative alla stesura del piano di zona, la collaborazione attivata con le Associazioni di volontariato su un ampio ventaglio di attività .

Nell'incontro della società della salute con la consulta del terzo settore e il comitato di partecipazione del 24.10.2005, nel quale sono stati ripresi i contributi forniti in precedenza da questi organismi in relazione alle principali criticità emerse dal Profilo di salute, è stata espressa una sostanziale condivisione del percorso intrapreso per superare tali criticità.

E' stata ribadita la necessità di operare affinché si crei una relazione tra residenzialità e domiciliarità.

La Società della salute, ha istituito un gruppo tecnico di lavoro per evidenziare i bisogni di residenzialità e semiresidenzialità, la mappatura e le caratteristiche dell'offerta, evidenziando anche alcune criticità legate all'esubero dell'offerta rispetto alla domanda, alla limitatezza delle risorse e alla necessità di definire i percorsi di accesso e di uscita, alla definizione di criteri oggettivi per l'individuazione della retta sociale

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni:

La zona Mugello è caratterizzata da un'alta presenza di strutture residenziali per anziani non autosufficienti (n.11 per un totale di 674 posti letto), a fronte di una disponibilità di quote sanitarie pari a 210. Il gruppo tecnico che ha lavorato sull'argomento ha presentato all'assemblea della società della salute del 13.6.2005 la documentazione relativa alla sintesi normativa, alla situazione degli ingressi in RSA, della lista d'attesa, della spesa sociale e un documento contenente alcune riflessioni sulle principali criticità emerse.

In particolare la sperimentazione della lista unica d'ingresso nelle strutture che ha introdotto la possibilità da parte dell'utente di spendere la propria quota sanitaria in

residenze di proprio gradimento, ha portato una diminuzione degli ospiti in quelle strutture con collocazioni periferiche o comunque con una tipologia di servizi non adeguata, e quindi alla necessità di riorganizzare tutto il sistema, in rapporto a quello della domiciliarità e semiresidenzialità.

Per quanto riguarda la semiresidenzialità, la Comunità Montana Mugello gestisce in forma associata il centro diurno di Dicomano, e segue la sperimentazione del centro diurno per Alzheimer S. Giuseppe di Ronta (Borgo San Lorenzo), per il quale sono stati ottenuti finanziamenti regionali. I due centri sono pensati e organizzati in rapporto con il sistema della domiciliarità,

Attività previste: attivazione di un tavolo incentrato su due problematiche principali: la residenzialità e la semiresidenzialità viste in rapporto con il sistema della domiciliarità

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
2)	definizione delle tematiche, del calendario degli incontri e di altri eventuali interlocutori entro febbraio 2006
3)	Definizione di un accordo con le strutture del territorio per realizzare una rete di servizi e razionalizzare l'offerta

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2)	Verbale primo incontro con condivisione tematiche, calendario e eventuali altri interlocutori
4)	Accordo definito entro dicembre 2006

FASI DEL PROGETTO

Fase 1	Entro febbraio 2006	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo
Fase 2	Entro giugno 2006	prime consultazioni e stesura della bozza di Accordo
Fase 3	Entro dicembre 2006	Definizione e approvazione dell'Accordo. Eventuale riprogettazione

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dalla ASL, dagli enti locali zonali, dal privato sociale, dagli Enti gestori RSA e centri diurni	50 gg/uomo
	Volontari dell'associazionismo	
TOTALE GENERALE		/

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	
TOTALE FINANZIAMENTO		/

<i>TITOLO DEL PROGETTO</i>
TUTELA ANZIANO FRAGILE

<i>DATI GENERALI DEL PROGETTO</i>	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Strutture coinvolte	MOM ASC, U.O Infermieristica territoriale, MMG, Punto Unico di Accesso (PUA) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), Coordinamento Sociale, Dipartimento Prevenzione, U.O. Riabilitazione Funzionale, Servizio di protezione civile associato
Altri soggetti coinvolti	Provincia, Volontariato, SPI, Parrocchie, CNA, Confesercenti, ; Cooperative sociali , Pubbliche Assistenze, Misericordie, Associazioni di tutela
Responsabili del progetto	Merj Cai Coordinatore SIM, Maurizio Timpanelli Resp. MOM Strutture complesse
Durata del progetto	Due anni

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI

L'invecchiamento della popolazione è una delle più profonde trasformazioni sociali ed economiche che interessa i paesi sviluppati ed è significativamente presente anche nella zona Mugello. Il fenomeno è presentato quasi sempre come un "problema", mentre esso rappresenta un'importante conquista, che certamente pone dei problemi ma offre anche opportunità che la comunità intende cogliere. Il progetto "Tutela dell'anziano fragile" nasce dalla consapevolezza che l'invecchiamento interessa ed interpella l'intera popolazione e non solo una parte di essa, richiede un profondo mutamento, anzitutto culturale, nelle attitudini, nelle politiche, nelle pratiche a tutti i livelli ed è un angolo di osservazione privilegiato per verificare l'effettiva fruizione dei diritti di cittadinanza senza discriminazioni di età o di genere. Il sistema socio-sanitario è chiamato infatti ad un profondo cambiamento organizzativo per rispondere alle esigenze specifiche poste dalla condizione di comorbilità e perdita funzionale che caratterizza per un lungo periodo la vita degli anziani fragili o a rischio di fragilità. Mutano gli obiettivi (non più solo la guarigione) ed i parametri di valutazione (il benessere possibile) ed anche i tempi delle cure. Ciò richiede una riorganizzazione professionale nel settore sanitario e sociale, nel perseguimento di alcune opzioni fondamentali:

- sostenere e promuovere la domiciliarità: continuare a vivere in casa e nel proprio tessuto sociale costituisce uno stimolo continuo al mantenimento dell'autonomia, prevenendo elementi di isolamento, del senso di inutilità, di depressione. E' necessaria la diffusione di una cultura, tra tutti gli attori coinvolti, indirizzata al riconoscimento del valore civile della permanenza dell'anziano al proprio domicilio.
- rendere flessibile, integrata e qualificata l'offerta dei servizi: l'intento è quello di costituire un ventaglio di supporti alla domiciliarità, che comprenda interventi

professionalizzati e del volontariato gestiti con una regia zonale e particolarmente integrati con gli aspetti sociosanitari.

- migliorare le condizioni di vita degli anziani che vivono nelle aree montane o isolate, utilizzando anche nuove tecnologie.
- attivare strategie che valorizzino tutte le risorse del territorio, sensibilizzando associazioni di sostegno e l'associazionismo in genere
- realizzare un approccio ai problemi della popolazione anziana caratterizzato da: forte integrazione delle politiche territoriali; visione non settoriale né "speciale" o principalmente socio-sanitario, conseguenza dello stereotipo sociale che connota la popolazione anziana essenzialmente come bisognosa di cure, con ricollocazione anche degli interventi nel contesto più generale del benessere del territorio e della vita delle persone.

Un tale approccio, di carattere sperimentale, connota il progetto "Tutela anziani fragili" che prevede una sinergia con altri progetti attivi sul territorio a favore della popolazione anziana, quali:

- il "Progetto Montagna" che prevede interventi specifici sanitari sui territori montani della zona
- progetto di sperimentazione regionale dello strumento di valutazione multidimensionale denominato "Schema polare";
- il progetto OLD MAN , che prevede interventi mirati da parte di artigiani a favore degli ambienti domestici per renderli adeguati ai bisogni dell'anziano;
- il progetto "Sicurezza domestica" che offre la possibilità di momenti formativi mirati sulla sicurezza domestica, l'igiene degli alimenti etc;
- il Progetto regionale "Sorveglianza attiva per anziani fragili", che si realizza in un arco temporale collegato ai disagi invernali con interventi di vigilanza attiva
- Progetti di telesoccorso e teleassistenza e telefonia sociale già attivi nel territorio da parte delle Associazioni di volontariato
- Interventi di sostegno domiciliare e amicale già in essere da parte di associazioni di volontariato della zona.

Anche il Piano sanitario 2005-2007 al p. 3.2.2 individua come secondo progetto speciale di interesse regionale, l'intervento denominato "Sorveglianza attiva alla persona anziana fragile". Si tratta di modellare e di sperimentare una nuova tipologia di intervento da collocare nella rete dei servizi territoriali sociosanitari della Zona Mugello. L'attivazione di un sistema di prevenzione("Sorveglianza attiva alla persona anziana fragile") ha lo scopo di "prendere in carico" situazioni che, in caso contrario, porterebbero inevitabilmente alla non autosufficienza

L'intento strategico del progetto è quindi quello di ricondurre ad un'unica strategia zonale interventi attivati su programmazioni e finanziamenti diversi ma riconducibili ad una complessiva sinergia di rete a sostegno della domiciliarità, anche per rendere possibili scambi e confronti tra i diversi soggetti sugli aspetti innovativi che ciascuno è in grado di sperimentare

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Il progetto si indirizza in una prima fase agli anziani soli, ultrasettantenni residenti nei Comuni Montani e nelle frazioni e case sparse. Per la sua costruzione è qualificante avvalersi della collaborazione e dell'impulso di tutti gli attori identificati nell'ambito degli interventi prima descritti.

Contestualmente verrà attivata un regia comune del progetto regionale già citato per una sinergia con le associazioni di volontariato rispetto alle iniziative e alle prestazioni da attivare.

Lo scopo è garantire la presa in carico di persone anziane effettivamente svantaggiate da parte della comunità e delle istituzioni, con progetti personalizzati e interventi volti anche al miglioramento della situazione abitativa.

Azioni del progetto

1. Individuare criteri che definiscano la "fragilità" nell'anziano, condividerli con gli attori comunitari che intervengono nell'universo "anziani" (MMG, servizi, associazioni, privati etc), utilizzarli per ulteriori studi, segnalazioni, interventi che evidenzino le situazioni a rischio e il sommerso. Nella prima fase della sperimentazione si opererà all'interno dei casi già seguiti sia pure in modo parziale dai servizi sociali e sanitari;
2. Successivo ampliamento della casistica con aperture a segnalazioni degli altri partner del progetto (MMG, Volontariato, SPI, Parrocchie), in connessione con i sistemi anagrafici comunali per verifica della condizione di solitudine e utilizzo di altri strumenti diagnostici già posseduti anche per verificare relativamente alla situazione dell'ambiente domestico (es schede VGA, dati ADP, etc).
3. Costituzione di una rete tra i diversi partners previa formalizzazione di protocolli operativi del progetto per costruire sinergie di intervento sul singolo caso ed incidere sulla crescita di una cultura legata alla sicurezza domestica sia della comunità che degli operatori coinvolti (CNA e Provincia per interventi legati alla verifica delle condizioni abitative e patto con gli artigiani; ADI/ADB; Cooperative Sociali; Misericordie per telesoccorso; Pubbliche Assistenze per telefonia sociale; Dipartimento di Prevenzione etc).
4. Utilizzo finanziamenti per: attivazione interventi sanitari e sociosanitari sul nuovo target "fragilità", sia potenziando gli interventi su situazioni conosciute sia per nuovi casi, secondo la metodologia di un progetto personalizzato con valenza annuale e verifiche intermedie. La complessità che sta alla base di questa strategia di salute richiede infatti di agire congiuntamente sui diversi fattori in gioco, personali e sociali, integrando responsabilità e risorse di diversa natura; ne deriva che un sistema di servizi destinati alle "cure" della fascia anziana della popolazione - cioè ai soggetti in cui è facile il sopraggiungere di uno scempenso per ragioni di varia natura - dovrà essere caratterizzato da una stretta integrazione fra prevenzione, diagnosi, terapia ed assistenza, dovrà garantire una continuità, pur in presenza di una estrema flessibilità e dovrà, inoltre, essere organizzato secondo un sistema "a rete", all'interno della quale l'individuo "fragile" e/o scempenso possa trovare la risposta al suo specifico bisogno.

Lo strumento per rendere concretamente operativo un progetto basato su questa premessa è la valutazione multidimensionale: valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati quando possibile, e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un quadro coordinato di cure specifico e orientato per problemi. A questo proposito è in atto

in ambito interregionale, una ricerca finanziata dal Ministero della Salute, della quale è titolare la Regione Toscana, e nella quale è coinvolta anche la Zona Mugello. La sperimentazione ha lo scopo di definire criteri e modalità di definizione delle prestazioni e dei processi assistenziali e nell'ambito di questo studio è stata messa a punto una specifica metodica definita "Schema polare". Lo "Schema polare" permette, nella prima fase di valutazione dei bisogni, di identificare le aree sulle quali incanalare l'intervento assistenziale e consente, nella rivalutazione periodica della situazione della persona, una agevole valutazione di efficacia degli interventi attivati, confrontando le variazioni delle scale che compongono lo schema polare in diverse unità di tempo" (Del. 26/04/04, n.402). Iniziative di formazione e comunicazione.

5. Collegamento nella regia gestionale del Presente progetto con il Progetto regionale "Sorveglianza attiva anziano fragile"

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- 1) Individuare criteri che definiscano la "fragilità" nell'anziano, condividerli con gli attori comunitari che intervengono nell'universo "anziani" (MMG, servizi, associazioni, privati etc), utilizzarli per ulteriori studi, segnalazioni, interventi che evidenzino le situazioni a rischio e il sommerso.
- 2) Verifica condizione solitudine utilizzando altri strumenti diagnostici già posseduti che comprendano la situazione ambientale (es schede VGA, dati ADP, etc) e aprendo la segnalazione a tutti i partner del progetto per la realizzazione di un primo elenco di anziani interessati
- 3) Attivazione interventi sanitari e sociosanitari sul nuovo target "fragilità", sia potenziando situazione conosciute sia per nuovi casi, secondo metodologia del progetto individuale, organizzati dai Servizi distrettuali socio sanitari in collaborazione con i Comuni, con il volontariato e il Terzo Settore;
- 4) Costituzione di una rete tra i diversi partner del progetto per costruire sinergie di intervento tra i diversi progetti sul singolo caso
- 5) Verifica della disponibilità degli esercizi commerciali a portare la spesa a casa degli anziani in difficoltà,
- 6) Stipula di accordo con gli esercizi commerciali per portare la spesa a casa degli anziani in difficoltà entro l'anno 2006;
- 7) Collaborazione alla redazione del Piano Intercomunale di protezione civile con l'Ufficio associato di protezione civile, in particolare per la georeferenziazione, utilizzando il programma regionale "Augustus", dei disabili e anziani non autosufficienti, entro l'anno 2006.

INDICATORI DEL PROGETTO	
	1) Protocollo condiviso riportante i criteri concordati per individuare l'anziano fragile 2) Numero soggetti segnalati d'ufficio (VGA, ADP, P.U.A.) e dalle Associazioni > di 0 3) n. situazioni in carico al progetto 4) n. situazioni seguite in maniera integrata con il volontariato; 5) Verbali riunioni con rappresentanze degli esercizi commerciali effettuati entro il settembre 2006 6) Formalizzazione accordo con esercizi commerciali entro l'anno 2006 7) georeferenziazione avvenuta entro l'anno 2006

FASI DEL PROGETTO		
Il progetto si articolerà in 12 mesi con previsione di prosecuzione ed eventuale riprogettazione		
Fase 1	Entro dicembre 2005	Incontri con Associazioni di volontariato, terzo settore ed altri soggetti del territorio per adesione al progetto
Fase 2	Entro gennaio 2006	Definizione e condivisione dei criteri di fragilità, segnalazioni e definizione di una prima lista di anziani interessati
Fase 3	Entro febbraio 2006	Attivazione degli interventi secondo la metodologia indicata
	Entro marzo 2006	Espletamento attività connesse alla georeferenziazione
Fase 4	Entro settembre 2006	Definizione accordi con esercizi commerciali
Fase 5	Entro ottobre 2006	Prime verifiche sui progetti individuali e sull'utilizzo dei finanziamenti
	Entro novembre 2006	Formalizzazione accordi con esercizi commerciali.
Fase 6	Entro dicembre 2006	Verifica del progetto ed eventuale riprogettazione, contestualizzata agli eventuali cambiamenti istituzionali previsti (stipula Accordo con il volontariato, etc)

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												
Sesta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Progetti personalizzati per anziani fragili secondo criteri mondanità (circa 50 casi) ed iniziative di sensibilizzazione	101.318,16
	Progetti personalizzati per anziani fragili secondo criteri progetto regione toscana (circa 50 casi) ed iniziative di sensibilizzazione	47.598,65
Strutturali	Non valutabile	/
Di attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Non valutabile	/
TOTALE GENERALE		148.916,81

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE (FONDI SANITARI)		91.435,86
COMUNITA' MONTANA		9.882,30
REGIONE (FONDI SOCIALI)		47.598,65
TOTALE FINANZIAMENTO		148.916,81

TITOLO DEL PROGETTO
TAVOLO SULLA DISABILITÀ'

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Strutture coinvolti	
Altri soggetti coinvolti	Associazioni di tutela, privato sociale, associazioni di volontariato Provincia di Firenze
Responsabili del progetto	Lucilla Borselli Dirigente Settore Sociale C.M. Mugello, Paola Beagley Irenei Resp. U.F. Sociale
Durata del progetto	2006-2007 - Un anno per conclusione del tavolo ed eventuale riprogettazione

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI

La zona sociosanitaria Mugello è impegnata da molti anni nella costruzione di percorsi di condivisione con gli attori della comunità per quanto riguarda le scelte di politica sociale e di integrazione. Elementi forti sono stati in passato l'elaborazione della Carta della cittadinanza, la progettazione condivisa, le consultazioni relative alla stesura del piano di zona, la collaborazione attivata con le Associazioni di volontariato su un ampio ventaglio di attività. Con la costituzione della Società della salute questo processo si è rafforzato.

Nell'incontro del 24 ottobre 2005 della Società della salute con la Consulta del terzo settore e il Comitato di partecipazione, nel quale sono stati ripresi i contributi forniti in precedenza da questi organismi in relazione alle principali criticità emerse dal Profilo di salute, è stata espressa una sostanziale condivisione del percorso intrapreso per superare tali criticità. In particolare è stata riconosciuta l'attenzione della zona Mugello alle problematiche della disabilità, attenzione che si è espressa in un miglioramento qualitativo dei servizi, nella loro diversificazione e nella sperimentazione di un protocollo integrato socio-sanitario di presa in carico delle situazioni complesse. Nell'incontro citato è emersa la necessità di creare sinergie tra i servizi e i soggetti del volontariato, lavorare in rete, individuare opportunità e risorse aggiuntive, tenendo presenti anche le difficoltà che la limitatezza delle risorse determinerà nel prossimo futuro.

La Conferenza dei sindaci della Zona Mugello aveva concordato nel 2004, con le associazioni di tutela, una serie di obiettivi e di contenuti su cui lavorare. Il cambiamento di amministratori ha segnato una pausa e la costituzione della Società della salute ha dato una nuova cornice e nuovi punti di riferimento al lavoro pregresso. Dalla riunione del 24 ottobre è scaturita la proposta di prevedere un tavolo di lavoro sui temi legati alla disabilità con particolare riferimento alla semiresidenzialità, Dopo di noi e integrazione scolastica e post-scolastica.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni: Il dibattito sviluppato nella programmazione sui livelli essenziali di assistenza da garantire nella zona ha posto l'accento sui servizi di sostegno alla domiciliarità, che ha condotto alla riorganizzazione dei centri semiresidenziali per l'handicap gestiti in forma associata dalla Comunità montana Mugello. Da novembre 2005 è gestito in forma associata anche il servizio di assistenza all'handicap nella scuola e in questo settore il tavolo dovrebbe confrontarsi sulla condivisione di linee guida zonali relative alla tipologia e alle modalità degli interventi, coinvolgendo tutti gli attori interessati: gli Istituti scolastici, i servizi socio-sanitari della Asl, il servizio sociale professionale integrato (SIM), gli Enti locali.

La Regione Toscana ha finanziato quattro progetti per il "Dopo di noi" (due a Borgo San Lorenzo, uno a Scarperia e uno a Marradi), la cui realizzazione si sta completando per quanto riguarda le strutture. Alla luce di questa nuova tipologie dell'offerta occorre ripensare tutto il sistema dei servizi.

Attività previste: attivazione di un tavolo incentrato su due problematiche principali: l'integrazione scolastica e post-scolastica e la riorganizzazione della risposta semiresidenziale e residenziale, anche in relazione ai progetti "dopo di noi".

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
2)	definizione delle tematiche, del calendario degli incontri e di altri eventuali interlocutori entro febbraio 2006
3)	Condivisione delle linee guida per l'integrazione scolastica e predisposizione di una proposta di protocollo d'intesa con l'associazione degli istituti scolastici del territorio della Comunità Montana del Mugello in rete e con l'Istituto comprensivo di Dicomano
4)	Definizione di un protocollo d'intesa sulle tematiche della disabilità e dell'handicap

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2)	Verbale primo incontro con condivisione tematiche, calendario ed eventuali altri interlocutori
3)	Linee guida formalizzate con atto congiunto entro giugno 2006
4)	Protocollo formalizzato con atto congiunto entro dicembre 2006

FASI DEL PROGETTO

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1	Entro febbraio 2006	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo
Fase 2	Entro maggio 2006	Stesura delle linee guida per l'integrazione scolastica e prime proposte per il sistema della residenzialità e smiresidenzialità

Fase 3	Entro giugno 2006	Definizione e approvazione del protocollo con gli Istituti scolastici.
Fase 4	Entro dicembre 2006	Definizione di un protocollo d'intesa, anche a titolo sperimentale, sulle tematiche della disabilità e dell'handicap

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASE	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Di attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dalla ASL, dagli enti locali zonali, dal privato sociale, dall'istituzione scolastica	50 gg./ uomo
	Volontari dell' associazionismo	
TOTALE GENERALE		/

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO (NON RILEVABILE)		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO
DISABILITA' E INTEGRAZIONE

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Staff del Direttore
Strutture coinvolte	Servizio Sociale , gruppo handicap, Riabilitazione, UFMI, UFMA, U.F. EAS.
Altri soggetti coinvolti	Associazioni di persone con disabilità, Associazioni di famiglie di persone disabili, Organizzazioni di volontariato, di utilità sociale e di promozione sociale, Fondazioni e Organizzazioni e cooperative del privato sociale, Provincia.
Responsabili del progetto	Giulia Banchi, Referente U.F. Educazione alla Salute
Durata del progetto	Annuale

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI

L'handicap ha sempre rappresentato un punto centrale delle politiche territoriali, in quanto problematica complessa, a cui si è cercato di far fronte con una serie articolata di servizi e interventi sanitari e sociali, che vanno dall'assistenza educativa in ambito scolastico, alla frequenza di centri di socializzazione, all'attuazione di progetti sperimentali per la fascia extra scolastica (Legge 285 /97), agli inserimenti socio terapeutici e lavorativi.

Tutti questi interventi fanno parte di un progetto globale di vita per il portatore di handicap, che deve porsi necessariamente come riferimento il suo territorio di appartenenza.

Questo significa innanzi tutto accogliere il disagio nelle reti comunitarie, evitando quanto più possibile soluzioni separate, "speciali".

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

La tematica della socializzazione rappresenta un nodo centrale per l'handicap in tutte le fasce di età ed è quella su cui questo progetto intende concentrarsi. In particolare la fascia evolutiva che appare più carente da un punto di vista di servizi specifici è quella adolescenziale ; con il compimento dell'obbligo formativo il ragazzo esce infatti dal contesto di "normalità" rappresentato dalla scuola, senza trovare occasioni socializzanti di uguale importanza.

L'esigenza maggiore risulta quella di integrare al meglio i servizi esistenti e di consentire il più possibile anche ai soggetti con handicap la fruizione di tutte le occasioni sociali, educative, culturali, sportive presenti sul territorio, intensificando al meglio lo scambio con i pari.

Attività previste

La proposta è quella di costruire un progetto sull'integrazione dei disabili con la partecipazione di tutti i soggetti che operano nel settore, per garantire la condivisione delle esperienze ed il coinvolgimento degli attori sociali interessati.

Il progetto si pone nella logica integrata della nuova programmazione locale, con l'obiettivo di Educazione alla Salute in armonia ad una delle aree in cui si sperimenta la società della salute .

Nello specifico l'obiettivo è quello di :

- realizzare iniziative che favoriscano l'integrazione nelle scuole e nei giardini e spazi pubblici per assicurare l'accessibilità e la fruibilità delle aree di svago e delle strutture per il gioco anche a bambini e a disabili con accompagnatori
- individuare percorsi che permettano l'inserimento in attività sportive, culturali, del tempo libero presenti nel territorio
- costruire eventi culturali, sportivi ecc. che vedano il coinvolgimento dei vari soggetti che operano nel settore e rappresentino un momento di integrazione .
- coinvolgere la scuola nella realizzazione di questo progetto (eventualmente con la realizzazione di manifesti o slogan per la pubblicizzazione degli eventi).

Destinatari

Disabili del territorio del Mugello
appartenenti in particolare alle fasce di età:
dai 6 -12 anni
dai 13-20 anni

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1	Sensibilizzare alla diffusione della cultura ed alle buone pratiche sull'integrazione sociale e sul giusto approccio alla persone disabili, attraverso azioni di comunicazione, promozione ed educazione alla salute, formazione ed informazione, sensibilizzazione e socializzazione.
2	Realizzare una collaborazione fra tutti gli attori sociali che operano sul territorio, per costruire una rete che colleghi tutti gli interventi in atto.

INDICATORI DEL PROGETTO

1	Almeno 4 iniziative di informazione/formazione e 2 iniziative di comunicazione
2	Protocollo di comunicazione formalizzato

FASI DEL PROGETTO

Fase 1	Creazione gruppo coordinamento del progetto con partecipazione di soggetti pubblici e privati
Fase 2	Individuazione in base alle risorse esistenti le iniziative congiunte che possiamo realizzare
Fase 3	Realizzazione iniziative
Fase 4	Costruzione di un evento pubblico

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Iniziativa di integrazione	Locali , materiale informativo, collaborazioni,	3.000,00
Realizzazione evento	Locali , materiale informativo, collaborazioni, noleggio attrezzature per iniziativa.	4.000,00
Di personale	Personale dei servizi coinvolti nel progetto	/
TOTALE GENERALE		7.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
FONDI REGIONE TOSCANA		4.500,00
FONDI ENTI LOCALI *	Locali, stampa materiale, operatori	1.500,00
FONDI AZIENDALI	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
FONDI PRIVATO SOCIALE *		500,00
FONDI ASSOCIAZIONI *		500,00
TOTALE FINANZIAMENTO		7.000,00

*Quantificazione dei servizi messi a disposizione

TITOLO
ATTIVAZIONE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Strutture coinvolte	UVM, tutti i Servizi Territoriali afferenti alla SdS
Altri soggetti coinvolti	MMG, Medici Specialistici, Pediatri di libera scelta, Consulta del Terzo Settore, Comitato di Partecipazione
Responsabili del progetto	Benito Martelli, GAST Vicario
Durata del progetto	Tre anni

<p><i>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</i></p> <p>La sperimentazione proposta dalla RT ai sensi della Del. GRT 402/04 per l'anno 2005, in particolare per quanto attiene alle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno assistenziale e alla sperimentazione di un modello organizzativo di cure domiciliari, trova collocazione nell'area dell'integrazione sociosanitaria e in particolare nell'ambito dell'Accordo di programma tra la ASL, i Comuni della Zona/Distretto, la C.M. Mugello.</p> <p>La SdS Mugello intende sviluppare la sperimentazione regionale in una logica di sviluppo, coordinamento e sinergia con i progetti di valenza sociosanitaria già attivi nella zona, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ il progetto dimissioni ospedaliere programmate, ➤ il progetto di sviluppo del gruppo-handicap; ➤ il progetto sportelli informativi sociosanitari "Mugello sociale"; ➤ il progetto di interventi domiciliari per la montagna; ➤ i servizi ADI integrati con quelli comunali; ➤ il progetto qualità anziani; ➤ la riorganizzazione Unità di valutazione Multidimensionale Zonale. <p>Lo scopo è di contribuire, anche attraverso la sperimentazione regionale, a strutturare e governare un "Sistema Zonale della domiciliarità" previsto dalla programmazione zonale sociale e sanitaria e ricompreso nel profilo di salute della SdS Mugello.</p> <p>Il progetto scaturisce dalla necessità di permettere ai cittadini un facile accesso alle prestazioni ed ai servizi sociali e sanitari pubblici necessari per la soluzione delle proprie problematiche, in particolare nelle situazioni di sostanziale fragilità dei soggetti portatori di bisogni complessi, che talvolta rappresentano situazioni di altissima drammaticità, la cui soluzione spesso richiede tempi rapidi di presa in carico integrata.</p> <p>Oltre a questi casi, fortunatamente meno frequenti ma di difficile soluzione, il progetto affronta il problema rappresentato dalla più comune esigenza di garantire la presa in carico globale, in maniera uniforme ed unitaria, per quei cittadini portatori di bisogni multiproblematici che non possono trovare soluzione nel contesto delle attività delle singole strutture sociali o sanitarie del servizio pubblico.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Sperimentare le nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e un modello organizzativo di cure domiciliari che preveda l'attivazione di percorsi di accesso integrati sociosanitari, previsti dalla normativa sociale e sanitaria, nazionale e regionale, in grado di garantire per gli interventi territoriali funzione di orientamento, accompagnamento, filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzioni di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi. Lo scopo è inoltre di diminuire le difficoltà nella richiesta d'assistenza o l'attivazioni duplicate d'intervento, con spese aggiuntive per interventi non appropriati. Di particolare significato strategico è l'allocazione di un punto unico di accesso per l'accoglienza della domanda inerente bisogni complessi che richiedono competenze professionali integrate oppure per interventi /prestazioni erogate da più strutture o con titolarità finanziarie molteplici. In questi casi il cittadino spesso viene rimandato da un servizio all'altro in una ricerca di risposte che nessun servizio da solo può esaurire.

Si intende quindi sperimentare un PUA che non si sovrapponga ai servizi sociali e sanitari esistenti ma si configuri come una prima accoglienza/ascolto del bisogno indistinto multiproblematico, con una successiva attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Zonale, i cui professionisti definiscono una prima valutazione del bisogno, identificando le professionalità competenti in relazione ai bisogni e, all'interno di queste, la figura del case manager. Dopo questa fase la persona verrà presa in carico dalle figure professionali competenti e verranno attivati i servizi territoriali e/o residenziali individuati necessari e congrui nel progetto di assistenza, elaborato attraverso gli strumenti valutativi proposti dalla sperimentazione.

Rispetto ai percorsi attivati, il PUA, come già precisato, dovrà svolgere funzioni di monitoraggio e di valutazioni di esito, tenendosi in relazione con il responsabile del caso. Inoltre verrà attivato uno studio per la semplificazione delle procedure di accesso unificato a livello zonale e la definizione condivisa dei criteri di urgenza.

Strategiche sono le sinergie e le collaborazioni che il PUA può attivare con il gli sportelli sociali, il terzo settore e il volontariato per un avvicinamento ai bisogni del cittadini espressi sul territorio

Attività previste

E' prevista una fase iniziale di sperimentazione del progetto durante la quale verranno messe in atto attività di monitoraggio e di verifica per le opportune valutazioni ed eventuali correzioni o integrazioni. Vi sono comunque alcuni punti fermi del progetto, uno riguarda la strutturazione del Punto Unico di Accesso che è considerato composto da due poli:

1. un polo tecnico amministrativo di accoglienza
2. un polo professionale di progettazione dell'intervento, rappresentato dall'Unità di valutazione Multidimensionale

Nel polo di accoglienza sono presenti tre profili professionali: Amministrativo, Infermieristico e Assistente Sociale. Questa piccola équipe è in grado, oltre che di ricevere le richieste dei cittadini e di predisporre gli atti amministrativi necessari, di accompagnare gli utenti più in difficoltà durante l'intero percorso assistenziale sociosanitario e di costituire punto di riferimento e di raccordo per il personale operativo relativamente all'applicazione delle procedure e delle prassi stabilite, in particolare relativamente ai percorsi socioassistenziali integrati. Inoltre tale squadra garantisce, nel medio periodo, la rilevazione sul territorio delle esigenze meno espresse dai soggetti portatori di bisogni complessi, in maniera da favorire la

definizione delle opportune azioni da intraprendere.
L'Unità di Valutazione Multidimensionale svolge la propria attività sia nella fase iniziale di presa in carico del cittadino, attraverso una valutazione del caso da parte dei professionisti coinvolti, sia durante lo sviluppo delle situazioni di maggior problematicità, garantendo il necessario coordinamento.
Durante questa fase iniziale il polo di accoglienza garantisce un orario di apertura di quattro ore al giorno per cinque giorni alla settimana, mentre per l'UVM è prevista una calendarizzazione ed anche la possibilità di attivazioni estemporanee per situazioni di particolare urgenza.

▪ **Destinatari:**

tutti i cittadini portatori di bisogni complessi, con particolare riferimento agli ultra sessantacinquenni ed ai portatori di disabilità

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
Obiettivo	Tempi
a) Formalizzare i protocolli operativi relativi ai percorsi integrati relativi agli anziani, ai disabili ed alla salute mentale.	Gennaio 2006
b) Sperimentare le nuove procedure di valutazione multidimensionale	Anno 2006
c) Sperimentare l'attivazione di percorsi di accesso integrato sociosanitario	Anno 2006
d) Disporre di dati e di valutazioni d'esito	Anno 2006
e) Apertura del PUA con attività di front-office per i cittadini	Anno 2006

INDICATORI DEL PROGETTO	
a) protocolli deliberati	100%
b) Percentuale dei casi trattati secondo le nuove procedure rispetto al totale di bisogni complessi trattati	80%
c) Percentuale delle prese in carico di bisogni complessi attraverso PUA rispetto al totale di bisogni complessi trattati	80%
d) Banca dati attiva	100%
e) Apertura front-office entro tempi definiti	100%

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Condivisione dei criteri e del metodo di attivazione della fase sperimentale del P.U.A. con tutti i Responsabili delle strutture operative interessate
Fase 2		Formalizzazione dei protocolli operativi riguardanti i percorsi integrati relativi agli anziani, ai disabili ed alla salute mentale, elaborati e condivisi nel contesto del percorso formativo finalizzato ad individuare le migliori strategie professionali e di servizio per garantire continuità assistenziale ed efficacia agli interventi sociosanitari
Fase 3		Apertura del polo tecnico/amministrativo P.U.A. per gli utenti interni del SSN o dei Comuni (Ospedale, MMG, Sportelli sociali, Operatori sanitari o sociali). Le attività fornite sono di tipo amministrativo (segreteria, registrazione e raccolta dati) e di tipo tecnico (raccordo con gli operatori del Territorio e dell'Ospedale, informazione interna ed esterna, valutazione delle richieste per l'inoltro negli opportuni percorsi)

Fase 4		Realizzazione del polo progettuale del P.U.A. con l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale
Fase 5		Valutazione e confronto con le Associazioni di volontariato, di tutela, con i sindacati circa le sinergie e le collaborazioni da attivare per l'apertura del PUA ai cittadini, agli eventuali collegamenti con altri punti informativi territoriali del terzo settore e la condivisione delle procedure
Fase 6		Apertura del polo tecnico/amministrativo ai cittadini con ampliamento alle funzioni di informazione, orientamento e accompagnamento dell'utente nel percorso individuato, soprattutto per i casi di maggiore complessità
Fase 7		Verifica delle attività e delle criticità che emergono nello svolgimento delle attività del P.U.A. e conseguente definizione delle eventuali azioni correttive
Fase 8		Verifica ed eventuale progettazione di forme innovative per favorire l'informazione ai cittadini con particolare riferimento alle fasce deboli e multiproblematiche, in collaborazione con i punti informativi sociali e sanitari presenti sul territorio, avendo a riferimento le caratteristiche geo morfologiche del territorio di riferimento
Fase 9		Riprogettare per il futuro prevedendo stabilità delle le risorse e delle figure

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

<i>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</i>		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO IN EURO
Economiche	Acquisizione nuova figura di Assistente Sociale	20.000,00
Strutturali	Non valutabile	/
Di attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Circa 3.000 ore/uomo/anno per il polo di accoglienza	/
	Circa 1.200 ore/uomo/anno per il polo progettuale UVM	/
	Figure professionali coinvolte: Amministrativo, Assistente Sociale, Infermiere.	/
	Formazione	5.000,00
TOTALE GENERALE		25.000,00

<i>FINANZIAMENTO DEL PROGETTO</i>		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO IN EURO
REGIONE TOSCANA		20.000,00
SOCIETÀ DELLA SALUTE		5.000,00
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		25.000,00

TITOLO	
TAVOLO INTER-ISTITUZIONALE SULLA SALUTE MENTALE ADULTI	

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Staff del Direttore
Strutture coinvolte	UFMA e Servizi sociali
Altri soggetti coinvolti	Consulta del Terzo Settore, Comitato di Partecipazione, Forze dell'Ordine, Provincia
Responsabili del progetto	Antonia Cimarossa Resp. Servizi Sociali Comune di Vicchio, Massimo De Berardinis Resp. U.F. Salute Mentale Adulti
Durata del progetto	Un anno

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>La zona sociosanitaria Mugello è impegnata da molti anni nella costruzione di percorsi di condivisione con gli attori della comunità per quanto riguarda le scelte di politica sociale e integrazione.</p> <p>È ormai consolidata la necessità di creare dei percorsi di forte integrazione fra i servizi istituzionali e il terzo settore sulle tematiche che riguardano la prevenzione, la tutela e la cura della salute mentale dei cittadini, al fine di dare risposte concrete ad una fascia crescente di popolazione a rischio di marginalità e che quindi richiede la condivisione di saperi professionali diversi e la messa in rete di tutte le risorse presenti sul territorio.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<p>Contesto e motivazioni:</p> <p>Per una effettiva collaborazione ed integrazione su una materia di così particolare delicatezza, è necessario esercitare a livello comunitario intendiamo prassi fondate sul riconoscimento dell'idea che la salute e la malattia siano le risultanti di complesse interazioni multi fattoriali che solo in parte possono essere ricondotte alla competenza dei Servizi Sanitari.</p> <p>Solo tramite un'azione coordinata e congiunta di tutti i livelli istituzionali (formali ed informali) operanti a livello comunitario è possibile incidere sui fattori determinanti la salute e la malattia dei cittadini.</p> <p>E' pertanto di importanza fondamentale che i Servizi pongano il massimo impegno nel favorire queste pratiche di collaborazione interistituzionale, pur nella consapevolezza delle enormi resistenze che il percorso riserva.</p> <p>Attività previste:</p> <p>realizzazione di un tavolo che preveda incontri periodici con tutti gli attori del progetto per discutere le problematiche espresse dai cittadini, dalla Consulta del Terzo Settore e dal Comitato di Partecipazione e dai servizi per progettare insieme possibili soluzioni sulle casistiche complesse.</p> <p>Il tavolo vuole favorire una progettualità che scaturisca da effettive sinergie non solo istituzionali grazie alla partecipazione attiva ed integrata degli attori coinvolti.</p>

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
1.	Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
2.	Definizione delle tematiche, del calendario degli incontri, e di altri eventuali interlocutori.
3	Definizione dell'accordo entro settembre 2006

INDICATORI DEL PROGETTO	
1.	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2.	Verbale riunione del tavolo con individuazione delle tematiche, del calendario degli incontri, e di altri eventuali interlocutori entro gennaio 2006
3.	Accordo formalizzato entro settembre 2006

FASI DEL PROGETTO	
Fase 1	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo, modalità di convocazione.
Fase 2	Lavori del tavolo e stesura di un protocollo d'intesa
Fase 3	Prime verifiche sul lavoro svolto

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
1												
2												
3												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Di attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dell'ASL, dei Comuni Zona Mugello, delle Associazioni di volontariato, delle Forze Pubbliche.	50 giorni/uomo
TOTALE GENERALE		/

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
COMUNI - ASL	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO
PIANO DELLA COMUNICAZIONE: DAI SERVIZI SOCIO SANITARI ALLA SOCIETÀ DELLA SALUTE

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Staff del direttore
Strutture coinvolte	Tutte le strutture territoriali afferenti alla SdS, segreteria Tecnica
Altri soggetti coinvolti	UNCEM e facilitatori
Responsabili del progetto	Maria Antonia Cimarossa, Resp. Servizi Sociali Comune di Vicchio
Durata del progetto	Novembre 2005 - Settembre 2006

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>Con l'avvio della sperimentazione della Società della Salute, gli Enti Locali e l'ASL si sono ritrovati ad affrontare un cambiamento organizzativo di notevoli dimensioni. Per rendere questo cammino più agevole è stato promosso un corso di formazione che permettesse a chi vi ha partecipato di svolgere una funzione di "facilitazione" nella diffusione delle informazioni verso gli amministratori ed i colleghi.</p> <p>Uno dei punti fondamentali per la comprensione di tutte le attività connesse alla Società della Salute è legata al concetto di informazione da esplicitare come diritto riconosciuto alle persone, ai gruppi sociali e alle comunità. La non conoscenza delle opportunità offerte rappresenta il primo ostacolo alla fruizione dei servizi. Per informare diventa indispensabile il ruolo della comunicazione e dei diversi strumenti informativi e conoscitivi per coinvolgere le persone in merito alle modalità di funzionamento e di accesso al sistema dei servizi, alle procedure di valutazione e a quelle di tutela.</p> <p>Informazione, quindi, come strumento per l'esercizio dei diritti di cittadinanza, come strategia comunicativa soprattutto a favore dei soggetti a maggior rischio sociale e di isolamento. Per una buona informazione occorre individuare un sistema di comunicazione a rete tra i flussi informativi dei diversi soggetti della comunità, quali cittadini, associazioni, servizi sociali e sanitari che si integrano e si collegano arricchendosi reciprocamente.</p> <p>La redazione del progetto di comunicazione per il 2006 nasce dalla consapevolezza che tale strumento sia un presupposto fondamentale per realizzare a pieno i principi di trasparenza, pubblicità, semplificazione, efficacia, partecipazione e autonomia.</p> <p>In questa prospettiva, la comunicazione svolge una vera e propria funzione di interesse pubblico per la tutela dei diritti dei cittadini.</p>
--

DESCRIZIONE DEL PROGETTO	
<p>Contesto e motivazioni: Il progetto prevede una comunicazione interna, che costituisce uno strumento fondamentale non solo per tutte le attività di informazione e comunicazione rivolte all'esterno, ma per l'efficacia e l'efficienza dell'azione della SdS nel suo complesso. In un sistema di integrazione socio-sanitaria lo scambio di informazioni e notizie facilita l'attività dei servizi e la comunicazione favorisce una maggiore motivazione e partecipazione di ogni singolo operatore, una reciproca conoscenza con l'obiettivo precipuo di dare vita a collaborazioni sinergiche. La comunicazione costituisce la porta di accesso per l'attività, deve essere sia interna che esterna, rivolta cioè agli operatori interni, agli organi istituzionali, ai cittadini. Ciò richiede una pianificazione strategica in grado di rendere riconoscibili e coordinate fra loro le varie iniziative. Partendo da queste considerazioni il progetto presentato concerne un piano di comunicazione generale che sarà organizzato sulla base del corso effettuato. La partecipazione a questo corso ha dato gli strumenti necessari per l'attuazione di quanto sopra. Inoltre, verrà utilizzato il percorso previsto nel protocollo d'intesa tra l'UNCEM e la Società della Salute del Mugello</p> <p>Attività previste: Seminari informativi rivolti ai destinatari individuati sulla base delle competenze acquisite e/o avvalendosi anche del percorso effettuato da UNCEM rispetto al piano di comunicazione relativo alla SdS.</p> <p>Destinatari: Consiglieri Comunali, Assessori Comunali, Operatori comunali e ASL, Cittadinanza</p>	

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
1	Attivare la funzione di "facilitazione" che il corso ha promosso per garantire ai cittadini, alle istituzioni e agli operatori dei servizi un'adeguata conoscenza della Società della Salute in maniera omogenea, ma adeguata alle quattro diverse realtà locali.
2	Motivare in maniera forte e consapevole tutti i soggetti coinvolti nel progetto per fornire una forte informazione esterna che sia portatrice di principi di trasparenza, pubblicità e semplificazione dei percorsi.
3	Evidenziare l'importanza dell'integrazione socio sanitaria come strumento per il miglioramento dei benefici e della soddisfazione degli Utenti.
4	Favorire la pianificazione strategica e sinergica che porti alla elaborazione di attività ed iniziative ben coordinate fra di loro.

INDICATORI DEL PROGETTO	
1	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione del folder informativo • Divulgazione di materiale informativo a domicilio di almeno il 50% degli abitanti • Effettuazione di affissioni di materiale informativo in tutti i Comuni per almeno 3 mesi con intervalli di 6 mesi • Effettuazione di almeno 3 comunicati stampa per ogni anno • Effettuazione di una campagna di informazione ogni anno su una testata di giornale locale, oppure di una radio o TV locale

	<ul style="list-style-type: none"> Inserzione di articoli finalizzati nei giornalini comunali con cadenza almeno trimestrale
2	<ul style="list-style-type: none"> Predisposizione e somministrazione, agli Amministratori ed ai Funzionari coinvolti, nell'anno 2006 di un questionario dal quale emergano elementi di comprensione, riflessione e spunti per il miglioramento
3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione di almeno 5 seminari entro il 2006 aperti agli Amministratori ed ai Funzionari coinvolti

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Predisposizione del progetto, Elaborazione materiale didattico e elementi conoscitivi scritti per i partecipanti
Fase 2		Attività didattica relativa alla diffusione delle informazioni e dei procedimenti con lo scopo di raccogliere e sistematizzare, all'interno di un unico contenitore, una serie di informazioni relative alla Società della salute
Fase 3		Aggiornamenti sull'evolversi di ciascuna sperimentazione, report di coloro che hanno partecipato agli incontri, eventuali chiarimenti su richieste che possono pervenire, comprensione delle diverse funzioni inerenti soprattutto l'integrazione socio-sanitaria. Ruoli all'interno della SdS. Inizio incontri pubblici rivolti ai consiglieri comunali ed ai cittadini sotto forma di assemblee pubbliche.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Materiale didattico e divulgativo	2.000,00
Strutturali		/
Attrezzature		/
Personale	Collaborazioni esterne	6.000,00
TOTALE GENERALE		8.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
SOCIETÀ DELLA SALUTE		8.000,00
TOTALE FINANZIAMENTO		8.000,00

TITOLO	
REALIZZAZIONE SISTEMA INFORMATIVO SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI	

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Soggetti istituzionali coinvolti	
Altri soggetti coinvolti	Strutture Tecniche di ASL e Comunità Montana Mugello
Responsabili del progetto	Merj Cai Coordinatore SIM
Durata del progetto	Tre anni

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>L'integrazione socio-sanitaria si realizza sia operando attraverso la collaborazione di Istituzioni diverse operanti in una stessa area, sia mediante l'uso integrato delle risorse umane e materiali delle diverse istituzioni, sia mediante la definizione di percorsi socio-sanitari tali da rispondere al bisogno globale di salute dei cittadini.</p> <p>Per quanto riguarda i servizi sociali della zona mugello, la riorganizzazione avviata con l'Accordo di programma del 2002 (SIM) ha consentito di progettare, la realizzazione del sistema informativo del servizi sociali zonali, nella consapevolezza della centralità di tale strumento gestionale, anche come seconda fase di implementazione del progetto "Mugello sociale" in via di realizzazione. La prima fase operativa, finalizzata all'analisi funzionale del sistema informativo del servizio sociale, dei dati e dei requisiti è già stata realizzata e prevedeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'analisi dei dati e dei requisiti per le interfacce con Provincia e Regione - La determinazione delle specifiche tecniche del sistema informatico a supporto del sistema informativo e delle interfacce suddette - L'individuazione di un prodotto conforme alle specifiche suddette <p>Negli obiettivi di una reale integrazione posti inizialmente dalla Conferenza dei Sindaci vi era la possibilità di comunicazione tra i Sistemi informativi e tale obiettivo ha trovato riscontro anche nel progetto di candidatura della Società della Salute Mugello come uno degli elementi qualificanti; infatti l'utilizzo congiunto dello stesso sistema sia per i servizi territoriali sanitari che per quelli sociali (socio-sanitari e socio-assistenziali) è in grado di produrre notevoli sinergie di integrazione, anche in relazione alla lettura dei bisogni del territorio e alla individuazione degli obiettivi di salute;</p> <p>La A.S.L. Firenze 10 ha in dotazione un sistema informativo denominato "Sistema Informativo Socio Sanitario" (S.IN.S.S.), acquistato nell'ambito del "Progetto di informatizzazione e potenziamento dei servizi di prossimità, domiciliari e territoriali nella zona montana e rurale del Mugello" presentato dalla Zona Mugello con del. D.G. n. 15 del 27-02-2002 e finanziato dalla Regione Toscana;</p> <p>Il sistema è attualmente già utilizzato dai servizi sanitari territoriali della zona Mugello, in particolare per quanto riguarda il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e le attività della U.F. salute mentale adulti; tale sistema inoltre è già utilizzabile anche per la gestione dei servizi socio-sanitari territoriali e, con le opportune personalizzazioni, può essere esteso ai servizi socio-assistenziali.</p>
--

A seguito di esplicita richiesta presentata dal Presidente della Conferenza dei Sindaci articolazione Zona Mugello circa la possibilità di utilizzare congiuntamente il programma informatico acquisito dalla A.S.L. di Firenze, è stata assicurata dalla Direzione della A.S.L. 10 di Firenze la disponibilità all'utilizzo della soluzione individuando nell'uso integrato delle informazioni di tipo sociale e socio-sanitario: tale scelta strategica consente una lettura facilitata dei bisogni del territorio e degli obiettivi di salute, finalizzata ad una puntuale elaborazione dei Piani integrati di salute e attiva una decisiva spinta verso l'integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari derivante dall'integrazione ab initio del sistema informativo. E' stato stipulato un protocollo operativo tra la ASL, la CM Mugello e i Comuni della Zona per la gestione integrata del sistema.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Le motivazioni e gli obiettivi a carattere informatico che si intendono raggiungere con l'adozione di un sistema informativo dei servizi sociali e socio-sanitari sono:

- la parziale automazione di alcuni processi, ad esempio la raccolta della domanda e la presa in carico dei singoli casi da parte degli assistenti sociali secondo opportuni criteri come la sub area di competenza o la tipologia del caso;
- la creazione di un repository informatico centralizzato e condiviso delle informazioni sociali e socio-sanitarie;
- la possibilità di gestire in forma di workflow più o meno strutturato il "Progetto" sociale o socio-sanitario legato ad una persona che comprenda la possibilità di definire la diagnosi, definire gli obiettivi, stabilire le azioni da intraprendere, stabilire le prestazioni (sia di tipo assistenziale che di tipo economico), gestire il processo autorizzativo all'erogazione delle prestazioni, gestire l'erogazione delle prestazioni, effettuare la verifica;
- la possibilità di ottenere in modo flessibile informazioni sulla domanda e sull'erogazione delle prestazioni e la possibilità di definire e rendere automatizzati i flussi informativi verso altri Enti;

Possiamo quindi definire un macro-obiettivo ovvero:

l'integrazione dei servizi sociali nonché del sistema più specificamente sociale con quello socio-sanitario attraverso la centralizzazione dell'informazione sociale e socio-sanitaria su un unico repository informatico e la contestuale offerta di opportuni strumenti che permettano di accedervi, sia a scopi prettamente "informativi" che "gestionali", da un ambito geograficamente distribuito in forma differenziata e scalabile in termini di articolazione e complessità a seconda del ruolo giocato all'interno del sistema, protetta e sicura in modo da rispettare il corretto trattamento di tutti i dati sensibili ai sensi delle normative vigenti.

Tra i vantaggi che da una tale integrazione / centralizzazione possono scaturire si mettono in evidenza:

- la possibilità di condividere la definizione e l'impiego di metodologie comuni
- la possibilità di accedere alle informazioni secondo standards condivisi e comuni
- la possibilità di una gestione omogenea della problematica sociale e socio-sanitaria attraverso una cabina di regia affidata ad un unico responsabile che ne coordina le attività secondo un progetto opportunamente strutturato e condiviso con una eventuale molteplicità di attori
- l'adeguato trattamento di tutte le informazioni sensibili
- un dettagliato ed esauriente monitoraggio della domanda, dell'offerta e dell'effettiva erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari secondo criteri ed indicatori standards comuni e condivisi all'interno del sistema e con terze parti

come Regione e Provincia

Attività previste:

Individuazione di un progetto di personalizzazioni per permettere al SinSS di raggiungere gli obiettivi previsti nell'ambito della SdSMugello, e che dovrà offrire un insieme di strumenti/componenti/servizi tra loro integrati così riassunti:

1. Uno strumento che consenta agli sportelli sociali ed al segretariato sociale la raccolta sul *repository* informatico centralizzato e condiviso delle domande di accesso ai servizi che permetta da un lato di inserire e quindi poi di ricavare il maggior numero di informazioni sulla domanda secondo gli *standards* accettati e dall'altro di gestire le domande ovvero di decidere quali possano essere quelle suscettibili di una presa in carico da parte del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari.
2. Un meccanismo che permetta la parziale automazione del processo della presa in carico dei casi da parte del *pool* degli assistenti sociali; tale parziale automazione dovrebbe realizzarsi in prima istanza garantendo all'assistente sociale la visibilità preferenziale dei casi di propria competenza secondo i criteri di appartenenza alla sub-area (raggruppamento di comuni) e alla tipologia (adulto, anziano, minore, ...) di proprio riferimento e fornendo un meccanismo automatico di segnalazione di avvenuta presa in carico a tutti i componenti del *pool*.
3. Uno strumento che consenta la gestione unificata dei dati anagrafici, sociali e socio-sanitari della persona che indicheremo come cartella della persona, ove oltre ai suddetti dai possano anche essere registrate tutte le occasioni di contatto tra la persona stessa (o eventuali suoi rappresentanti) ed il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari
4. Uno strumento che, all'interno della cartella della persona, consenta la gestione unificata della problematica sociale e socio-sanitaria della persona attraverso la definizione del progetto sociale e socio-sanitario unico in ordine temporale che, se da un lato potrà essere condiviso secondo opportuni criteri di visibilità e modificabilità da una molteplicità di attori, dall'altro dovrà avere un unico responsabile/coordinatore garantendo così l'esistenza di una cabina unica di regia. La gestione del progetto dovrà prevedere la possibilità di:
 - definire la diagnosi
 - definire gli obiettivi
 - stabilire le azioni da intraprendere
 - allegare tutta la documentazione necessaria
 - stabilire le prestazioni (sia di tipo economico che di tipo assistenziale/servizi)
 - gestire il processo autorizzativo all'erogazione delle prestazioni
 - gestire l'erogazione delle prestazioni
 - effettuare e validare la verificaAl fine di garantire l'effettiva univocità della cabina di regia il sistema non dovrà permettere in alcun modo l'apertura di più progetti simultanei ed ove vi sia un progetto aperto dovrà sempre automaticamente segnalarne l'esistenza ogni qual volta si tenti un'operazione relativa alla persona al di fuori della gestione del progetto stesso, fornendo eventualmente la possibilità di azioni alternative secondo opportuni criteri.
5. Uno o più strumenti per la reportistica e l'attività di *intelligence* che permettano di ottenere in modo flessibile e personalizzabile informazioni sulla domanda, sull'offerta e sull'erogazione effettiva delle prestazioni/servizi e la possibilità di definire e rendere più o meno automatizzati dei flussi informativi verso enti come Provincia e Regione.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
1)	Elaborazione da parte di un esperto informatico delle personalizzazioni da prevedere rispetto al SinSS esistente. Convalida e formalizzazione da parte del gruppo tecnico ASL- CM Mugello previsto dal protocollo
2)	Elaborazione e consegna delle personalizzazioni da parte della Società
3)	Formazione agli operatori sull''utilizzo del nuovo sistema organizzato in due fasi: <ul style="list-style-type: none"> • Formazione di base condivisa tra operatori sociali, sanitari e gli altri utilizzatori del sistema in ambito zonale • Formazione specifica sui segmenti specialistici del sistema
4)	Implementazione del nuovo sistema nei servizi.
5)	Validazione dinamica del sistema

INDICATORI DEL PROGETTO	
1)	Atto di convalida formalizzato entro il 31/03/06
2)	Consegna personalizzazioni entro un mese dalla convalida
3)	Attestati di formazione rilasciati entro tre mesi dalla convalida
4)	Implementazione del nuovo sistema nei servizi entro un mese dal termine della formazione
5)	Verbal di verifica con miglioramenti proposti almeno trimestrali

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Elaborazione da parte di un esperto informatico delle personalizzazioni da prevedere rispetto al SinSS esistente. Convalida e formalizzazione da parte del gruppo tecnico ASL- CM Mugello previsto dal protocollo
		Entro gennaio 2006
Fase 2		Elaborazione e consegna delle personalizzazioni da parte della Società
		Entro marzo 2006
Fase 3		Formazione agli operatori sull''utilizzo del nuovo sistema
		Entro giugno 2006
Fase 4		Implementazione del nuovo sistema nei servizi
		Entro novembre 2006
Fase 5		Verifica ed eventuale indicazione dei miglioramenti
		Entro gennaio 2007

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Costo personalizzazione software	18.000,00
Strutturali		/
Di attrezzature		/
Di personale	Incarico a informatico	5.360,00
TOTALE GENERALE		23.360,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE TOSCANA	PROGETTAZIONE ZONALE	11.158,00
S.D.S.	BILANCIO 2005	12.202,00
TOTALE FINANZIAMENTO		23.360,00

TITOLO DEL PROGETTO
PROGETTO MUGELLO SOCIALE: SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI NEL SISTEMA DEI SERVIZI ZONALI

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Staff del Direttore
Strutture coinvolte	Servizi Sociali
Altri soggetti coinvolti	Associazioni del Volontariato e di Tutela, Terzo Settore
Responsabili del progetto	Merj Cai, Coordinatore SIM
Durata del progetto	Due anni

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>Nell'ambito dei servizi sociali, vista la peculiarità dei cittadini che ne usufruiscono e la specificità degli interventi non standardizzabili bensì definiti in progetti individuali, gli elementi della informazione e della accessibilità diventano nodi strategici dell'effettivo riconoscimento dei diritti di cittadinanza.</p> <p>La legge nazionale di riforma dei servizi sociali n. 328/2000 all'art 3 ribadisce l'importanza e le caratteristiche dell'accesso, confermato poi nell'art 22 relativamente alla predisposizione di strutture organizzative idonee a garantire l'accesso ai servizi quali il segretariato sociale.</p> <p>E' soprattutto il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 che nella parte III riconosce "... l'esigenza primaria dei cittadini di: avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi; conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita". Si prefigura in tal modo un accesso in grado di "... garantire: ... capacità di ascolto, funzione di orientamento, capacità di accompagnamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzioni di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi. E' quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. A questo scopo occorre in particolare evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso".</p> <p>In Toscana la normativa regionale aveva anticipato alcuni contenuti e la filosofia della legge nazionale e prevede esplicitamente il diritto all'accesso ai servizi disciplinati nella stessa, riaffrontando la problematica nei Piani Integrati Sociali Regionali.</p> <p>Mancano al momento indicazioni e normative precise sui criteri, le priorità, le modalità organizzative e regolamentari sull'accesso, che rimangono di titolarità comunale</p> <p>Analizzando in questa logica la tematica dell'accesso, intesa non come verifica delle disponibilità finanziarie o dei requisiti richiesti all'utente (età, invalidità, etc), bensì subordinata solo alla valutazione professionale della necessità di interventi, l'elemento fondamentale è garantire l'universalità dell'accesso, valorizzando l'utilizzo del</p>
--

“bisogno” come criterio di accesso: la diversificazione dei diritti e delle modalità di accesso è basata esclusivamente sulla diversità dei bisogni. L'equità del sistema non si fonda più sulla garanzia di accesso a tutti gli interventi necessari per soddisfare qualsiasi bisogno, bensì nel garantire ai membri della comunità pari opportunità di accesso a quell'insieme di prestazioni e servizi che la comunità stessa stabilisce di potersi permettere, in particolare per quei bisogni individuati come prioritari, per i soggetti fragili, con bisogni gravi e urgenti, non differibili.

Emergono chiaramente due importanti poli che sostanziano l'accesso così delineato: l'attività informativa e quella di segretariato sociale

L'informazione è un diritto riconosciuto alle persone, ai gruppi sociali e alla comunità, poiché la non conoscenza e l'ignoranza delle opportunità del sistema di welfare rappresenta il primo ostacolo alla loro fruizione e quindi alla esigibilità di tale diritto. Il percorso svolto nel Mugello per la carte della cittadinanza ha reso evidente che, se si intende l'informazione come strumento per l'esercizio dei diritti di cittadinanza, come strategia comunicativa per ridurre gli ostacoli conoscitivi soprattutto a favore dei soggetti a maggiore rischio sociale ed isolamento, allora devono essere introdotte modifiche al percorso fin dalla costruzione delle informazioni, con una maggiore attenzione all'essere riferite al sistema dei servizi e non alle singole prestazioni, alla necessità di un loro continuo aggiornamento, oltre che alla loro formulazione e diffusione più adatta in relazione alle fasce deboli della popolazione. Deve essere sottolineato come la funzione informativa non va considerata a senso unico, dai servizi verso i cittadini, ma piuttosto con un modello di comunicazione a stella, dove il punto unico di accesso costituisce parte della rete delle risorse ed uno snodo tra i flussi informativi dei diversi soggetti della comunità, quali cittadini, associazioni, servizi sociali e sanitari, in un passaggio di informazioni, segnalazioni, richieste e risposte che si integrano e si collegano, arricchendosi reciprocamente registrando non solo le domande rispetto ai servizi esistenti, bensì anche le richieste dei cittadini che non trovano adeguata risposta nella rete delle risorse pubbliche o private esistenti in quella data comunità e che quindi verranno valutate nel loro significato all'interno del percorso di analisi dei bisogni che orienta la programmazione

La valutazione professionale del bisogno diviene un elemento regolatore dell'accesso e garante della equità che non viene misurata nella uniformità della risposta bensì nella presenza di percorsi metodologici e criteri formalizzati gestiti da Assistenti Sociali professionisti per la valutazione mono o multiprofessionale del bisogno e la successiva presa in carico, garantendo una prima analisi dei bisogni condivisa con la persona e il successivo orientamento e, se necessario, accompagnamento, verso la risorsa più appropriata.

Ogni fase dell'attività dello sportello deve essere documentata e, per quanto possibile, informatizzata.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Il progetto denominato Mugello Sociale aveva preso l'avvio nel 2000, nell'ambito delle attività di ricerca svolte all'interno del Progetto di Interesse Regionale “Integrazione delle politiche sociali” per il quale la zona sociosanitaria Mugello aveva richiesto di sperimentare nuovi assetti dei servizi sociali, introducendo approcci e strumenti innovativi di intervento

La riorganizzazione zonale dei servizi socio assistenziali e sociosanitari (SIM) e la realizzazione dello Sportello unico del sociale si presentarono come aspetti sinergici e complementari del processo di rinnovamento e potenziamento della capacità di gestione zonale degli interventi e dell'integrazione dei servizi offerti dai Comuni, dalla

Comunità Montana Mugello, dalla Azienda Sanitaria.

L'obiettivo del progetto è quindi la definizione di modelli di accoglienza che sappiano coniugare un approccio differenziato, per rispondere alla varietà dei casi presentati, con una standardizzazione delle procedure, per offrire gli stessi livelli di servizio in tutto il territorio. Per evitare che le domande dei cittadini vengano convogliate impropriamente verso l'A.S. oppure disperse tra i diversi uffici comunali viene organizzata una accoglienza in sede di sportello che definisce e snellisce alcuni percorsi orientandoli verso l'operatore di primo livello, il quale opera secondo procedure definite, in rete con altre figure professionali ed uffici comunali. In tal modo si valorizzano le specificità professionali e si realizzano risposte al cittadino meno burocratizzate, in tempi di attesa ridotti, in uno "spazio" organizzativo unico di accesso al sistema dei servizi; nel contempo si garantisce al cittadino un intervento professionale sia per quanto riguarda il fabbisogno informativo, sia per l'immediata attivazione di procedure amministrative, sia per un ascolto professionale da parte dell'A.S., una prima valutazione del bisogno e un eventuale accompagnamento e orientamento alla presa in carico.

Il progetto, realizzato nella programmazione zonale dal 2002 ad oggi, si collega con la riorganizzazione dei servizi sociali SIM che dal livello di coordinamento e organizzativo zonale, si articola per 3 sub-aree geografiche (gruppi di Comuni), all'interno delle quali il pool di Assistenti Sociali assegnato alla sub-area (dipendenti sia della ASL che dei Comuni) gestisce le prese in carico (back office) per i settori dei minori, adulti, anziani, con particolare attenzione e flessibilità per le situazioni familiari multiproblematiche.

Il pool di Assistenti Sociali così organizzato si connette poi con il livello comunale attraverso l'attività di segretariato sociale all'interno dello sportello unico, collocato in ogni Comune come luogo più vicino al cittadino, non solo in senso simbolico ma anche come vicinanza rappresentativa poiché è il primo luogo dove si esplicano i processi di confronto tra gli amministratori, i cittadini, i servizi.

Il SIM quindi si collega allo Sportello Unico del Sociale che si propone come punto informativo del sociale rivolto alla cittadinanza e come porta unificata di accesso ai servizi sociali attraverso la presenza del segretariato sociale zonale

Il progetto si è articolato successivamente su due fasi:

1. Individuazione del modello organizzativo di sportello Sociale

Dall'analisi incrociata tra le funzioni previste per lo sportello e l'organizzazione degli uffici e delle competenze negli 11 Comuni della zona, sono emersi tre possibili modelli organizzativi per lo Sportello Sociale, soprattutto in relazione alla collocazione della funzione informativa/amministrativa:

- o come funzionalità aggiuntiva/integrativa dell'URP
- o come emanazione degli uffici servizi sociali
- o come sportello itinerante. In questo caso si prevede del personale messo a disposizione dalla C.M. Mugello che svolge una attività itinerante tra i Comuni montani, consentendo l'apertura dello sportello per almeno un giorno la settimana. Vengono mantenute le stesse caratteristiche e funzioni degli altri sportelli e l'operatore individua come riferimento interno al Comune l'A.S. di segretariato e il Responsabile dei Servizi Sociali. Questa presenza non deve rimanere separata dai percorsi e dalle sinergie interne ai Comuni con cui collabora, diventandone parte integrante e sviluppando la responsabilizzazione del Comune verso le attività dello sportello.

L'operatore dedicato allo sportello itinerante deve essere coinvolta nei processi del sociale a livello zonale. e svolge quindi il compito di referente per l'attività informativa di tutti gli sportelli

2. Individuazione del Profilo professionale dell'operatore di sportello sociale

L'operatore di Sportello Sociale di primo livello è una figura professionale innovativa e polivalente, in quanto si propone come punto di primo accesso all'intero sistema dei Servizi Sociali. Il suo ruolo è quindi fortemente innovativo, sia in termini di risposta per quanto riguarda le informazioni sia come snodo attivo verso il sistema dei Servizi.

Ha una conoscenza approfondita del "territorio sociale" di riferimento e, in stretto accordo con il Segretariato Sociale, facilita l'accesso ai servizi e l'attivazione di risorse e/o di provvedimenti per coloro che, per varie motivazioni, si trovano a vivere in situazioni di "marginalità sociale".

Il suo ruolo fondamentale è quello di fornire le informazioni necessarie su tutto il sistema di servizi sociali del territorio - con particolare riferimento a soluzioni di accesso a welfare leggero - e di attivare quelle pratiche di tipo amministrativo che non richiedono, in senso generale, la prestazione professionale di ascolto e valutazione dell'AA.SS.

Ha quindi il compito di fungere da 'filtro' per il II livello dello Sportello Sociale in modo che - senza entrare nel merito dell'individuazione del bisogno - possa individuare il disagio latente/inespresso ed indirizzare il cittadino al Segretariato Sociale.

Ha una competenza tecnica specifica nelle varie attività dello sportello in cui opera, conosce approfonditamente le modalità tecniche relative alla organizzazione ed alla gestione del proprio back office amministrativo ed è in grado di rapportarsi con l'organizzazione zonale dei Servizi Sociali.

La sua competenza a "valore aggiunto" risiede nella elevata capacità di accoglienza del cittadino e di ascolto empatico delle varie problematiche, espresse o parzialmente inesprese, in modo da poter gestire in maniera efficace le numerose ed imprevedibili variabili materiali e personali che la situazione relazionale di sportello comporta.

È, quindi, un operatore in possesso di conoscenze, competenze, capacità ed abilità specifiche. In ogni caso, poiché la terminologia utilizzata potrebbe ingenerare alcuni equivoci di ruolo, è opportuno sottolineare che le competenze specifiche proprie dell'AA.SS. (i.e. ascolto professionale, individuazione del bisogno assistenziale, avvio al sistema dei servizi...) rimangono esclusivamente in carico al II livello dello sportello ovvero al Segretariato Sociale, secondo le modalità organizzative definite per lo Sportello.

Il profilo in sintesi è così composto:

Competenze accoglienza del cittadino; riconoscimento di bisogni/aspettative dell'utente; orientamento verso i servizi amministrativi o di welfare comunitario più idonei per una specifica risposta; attuazione delle strategie e gestione del caso; interazione in sinergia con i colleghi (integrando il proprio comportamento ed il proprio operato ed assumendo un atteggiamento caratterizzato dall'ottica della qualità del servizio); utilizzo della strumentazione informatica per la gestione dei dati; corretto utilizzo dei dati forniti dagli utenti del servizio (secondo prassi impostate dal metodo di lavoro interno allo sportello e da procedure predefinite); classificazione, gestione ed archiviazione della documentazione e gestione della modulistica relativa ai servizi offerti; gestione di rapporti di collaborazione con i servizi pubblici del territorio;

Conoscenze approfondite delle diverse risorse attivabili; tecniche di comunicazione e gestione dei rapporti; conoscenze delle procedure organizzative interne afferenti alle tematiche sociali (agio e disagio); tecniche per la gestione del front office e back office amministrativo; quadro organizzativo del sistema dei Servizi Sociali; realtà locali di welfare leggero e comunitario; nozioni di legislazione relativa alle attività di intervento; normativa inerente la privacy (legge 675/96)

Capacità capacità comunicative e relazionali; capacità di ascolto empatico; capacità di soddisfare il bisogno di informazione; capacità di organizzare e gestire informazioni; capacità di affrontare con flessibilità le varie situazioni possibili.

Attività previste

A) Lo Sportello Informativo/Amministrativo

E' il punto di accesso unico per la domanda sociale ed ha il ruolo cruciale di recepire la domanda e di operare da filtro nel senso di:

- o dare risposte immediate nel caso di quesiti ben definiti ovvero nel caso in cui il cittadino richieda informazioni
- o indirizzare il cittadino al Segretariato Sociale quando la domanda è riferita ad un bisogno indistinto collegare il cittadino all'operatore competente in caso di richiesta specifica

Il 1° Livello del front office risponde a due esigenze:

- o la prima di fornire le informazioni necessarie su tutto il sistema di servizi sociali del territorio (non solo relative a forme acute di disagio)
- o la seconda di attivare quelle pratiche di tipo amministrativo (vacanze anziani, buoni libro, etc) che non richiedono - in senso generale - la prestazione professionale di ascolto e di valutazione dell'A.S.

Un compito trasversale è quello di fungere da 'filtro' per il Segretariato Sociale in modo che l'operatore, senza entrare nel merito, possa individuare il disagio latente/inespresso ed indirizzare il cittadino al Segretariato Sociale.

In sintesi le attività individuate per lo sportello di primo livello sono relative alle seguenti domande sociali: Richiesta modulistica e requisiti di accesso. Richiesta informazioni Richiesta di colloquio con assistente sociale. Richiesta di attivazione di procedure amministrative relative ad aree specifiche.

In sintesi l'operatore ha il compito di:

- o accogliere il cittadino;
- o fornire informazioni circa l'offerta dei servizi ed i requisiti di accesso;
- o indirizzare il cittadino al Segretariato Sociale, ove il cittadino ne faccia richiesta o ove l'operatore ne rilevi la necessità;
- o acquisire dati sull'utenza ai fini di un monitoraggio della qualità del servizio;
- o orientare l'accesso ai servizi interni
- o attivare e gestire (secondo le modalità definite) le procedure amministrative relative alle specifiche aree del sociale e non (Servizi per l'infanzia (asili nido); Vacanze anziani; Assegni studio; Buono libro; Assegnazione alloggi; Invalidità civile; Assegni di maternità e nuclei familiari numerosi; Affitti onerosi; Richieste di agevolazioni tariffarie (TARSU, Consiag, etc.); Posteggi e tessere di circolazione per invalidi.)

Per la funzionalità dello Sportello è fondamentale il radicamento di questo nell'insieme degli uffici comunali, al fine di realizzare le strategie di collaborazione finalizzate allo snellimento delle procedure e alla semplificazione dei percorsi per il cittadino, all'aggiornamento della banca dati e alla circolarità delle informazioni

B) Il Segretariato Sociale

Ruolo ricoperto a rotazione da una delle AA.SS della sub-area. Vi si rivolgono i cittadini che ne facciano esplicita richiesta, o che siano stati inviati dal 1° livello dello sportello o per situazioni segnalate da terzi. Fornisce un ascolto e una accoglienza di tipo professionale ed una prima valutazione del bisogno, anche in termini di emergenza e di urgenza, valutata secondo criteri condivisi e formalizzati. In quest'ultimo caso può attivarsi anche a livello zonale o di sub-area. Individua gli operatori competenti alla presa in carico e si collega con il back office per curarne l'attivazione. Predisporre, se necessario, l'orientamento e l'accompagnamento alla presa in carico. E' competente per tutte le problematiche sociali, anche collegate a patologie o disabilità, con la sola eccezione di quelle connesse ai problemi di dipendenza, seguite dai servizi sociali dei

Ser.T.

Sistema informativo dello sportello

A livello zonale è attiva una modalità di monitoraggio dei flussi informativi, in particolare per quanto riguarda la rilevazione della domanda e il funzionamento degli sportelli.

Attività di informazione dello sportello:

Un aspetto di particolare interesse è la costruzione dell' "agenda informativa", ovvero la mappatura dei servizi pubblici e privati che costituiscono delle risorse di welfare territoriale. La mappatura realizzata rappresenta una importante valorizzazione di tutte le risorse, anche quelle di singoli Comuni o attivate da gruppi di famiglie e cittadini, esperienze semplici ma di alto valore solidaristico che in questo modo vengono portate all'attenzione dell'intera zona.

Le potenzialità di questo patrimonio informativo sono molteplici: la lettura integrata zonale può attivare sinergie e scambi tra le stesse associazioni, può arricchire la conoscenza stessa della comunità e contribuire alla lettura dei bisogni e alla programmazione delle risorse, con aspetti propositivi sia sul piano politico, tecnico e nei percorsi di cittadinanza.

Inoltre la costruzione dell'agenda si sta connotando come strumento di integrazione sociosanitaria: sono stati realizzati degli incontri tra il personale informativo e i Responsabili del centralino aziendale di zona, già sensibilizzato al miglioramento delle informazioni verso i cittadini da un progetto di recente realizzazione. Negli incontri sono stati individuati i "set" informativi in possesso della azienda e che possono essere gestiti anche dallo sportello e sono state concordate le modalità per lo scambio, l'arricchimento e l'aggiornamento reciproco della mappatura delle risorse di welfare territoriale.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Verificare periodicamente l'attività degli 11 sportelli in relazione ai compiti definiti e a nuove esigenze maturate nella esperienza in atto, attraverso report, riunioni periodiche e l'aggiornamento del sistema informativo dello sportello
2)	Potenziare l'attività informativa degli sportelli, aggiornando la banca dati esistente, curandone eventuali connessioni con altri soggetti portatori di informazioni, ampliando i settori di interesse, progettando forme diversificate di contatto con il cittadino
3)	Attivare un collegamento più stretto con il terzo settore e gli altri punti informativi presenti sul territorio, allo scopo di costruire una rete non solo informativa condivisa ma anche culturale in grado di diminuire la separazione tra i servizi e i soggetti comunitari e operare sinergie funzionali nella maturazione del senso di cittadinanza

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	Almeno tre verifiche l'anno agli sportelli
2)	<ul style="list-style-type: none"> • Banca dati aggiornata all'ultimo mese • Aumento dei settori d'interesse rispetto all'anno precedente • Aumento del numero di interventi per i cittadini extra sportello (es pubblicazione informazioni giornalini comunali, etc)
3)	Formalizzazione di un protocollo di accordo entro l'anno 2006

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1	Entro aprile 2006	Verifica sui punti 1), 2), 3)
Fase 2	Entro agosto 2006	Verifica sui punti 1), 2), 3)
Fase 3	Entro dicembre 2006	Verifica sui punti 1), 2), 3)
		Riprogettazione aggiornamento per 2007

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
Fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche		/
Strutturali		/
Attrezzature		/
Di personale	Un operatore della CM Mugello per l'attività dello sportello itinerante e per il coordinamento degli aspetti informativi degli sportelli	25.000,00 annue
	Operatori dipendenti dei singoli comuni per la quota tempo da dedicare agli sportelli secondo la progettazione di ogni singolo comune	/
TOTALE GENERALE		25.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE TOSCANA	PROGRAMMAZIONE SOCIALE	19.203,00
SDS	BILANCIO 2005	5.797,00
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		25.000,00

TITOLO
QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Strutture coinvolte	Tutte le strutture territoriali afferenti alla SdS
Altri soggetti coinvolti	RSA, Privato Sociale
Responsabili del progetto	Benito Martelli, Resp. Qualità Società della Salute
Durata del progetto	Tre anni

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Nel momento attuale si percepiscono e vengono rappresentate a tutti i livelli pressanti esigenze di adeguare i settori della Pubblica Amministrazione, tra cui in particolare quello sanitario e sociosanitario, alle continue e rinnovate richieste dell'Utenza e del mercato, nell'ottica di collaborare all'eccellenza ed alla competitività dell'intero "Sistema Paese Italia". Questo aspetto di grande interesse sociale è accompagnato dalle altrettanto pungenti esigenze di contenere la spesa pubblica per evitare disavanzi.</p> <p>Questa situazione determina la necessità, per tutte le strutture pubbliche che progettano ed erogano servizi, di intraprendere in maniera sempre più prioritaria ed efficace un percorso continuo di miglioramento della qualità finalizzato a produrre risultati in termini di soddisfazione dell'Utenza e di ottimizzazione organizzativa, principalmente finalizzata all'individuazione ed alla riduzione dei possibili sprechi.</p> <p>La Regione Toscana ha fornito importanti indicazioni in merito a quanto sopra, tra l'altro promuovendo l'implementazione per step del sistema di Accreditamento Istituzionale delle strutture che erogano prestazioni sanitarie.</p> <p>L'Azienda Sanitaria di Firenze ha investito notevoli risorse per rispondere alle indicazioni regionali, raggiungendo così dei buoni risultati in questo campo; in particolare nel Mugello ha realizzato negli ultimi anni, in collaborazione con la Conferenza dei Sindaci della zona, uno specifico percorso per il miglioramento della qualità finalizzato a raggiungere tutti gli obiettivi sopra individuati ed a perseguire il raggiungimento di risultati di eccellenza, sia professionale che organizzativa.</p> <p>Non tutti i servizi sono stati interessati nel processo, che infatti è stato inizialmente sperimentato, con ottimi risultati, solamente in un percorso di alta integrazione sociosanitaria, ma oramai si possono considerare maturi i tempi per l'estensione del Sistema a tutte le attività territoriali impegnate nel fornire la globale risposta alle richieste dei cittadini.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contesto e motivazioni - le problematiche, percepite sul territorio, che costituiscono input e riferimento per il presente progetto attengono principalmente ad aspetti organizzativi, che risultano non essere sempre ben adeguati per supportare le buone performances professionali garantite dai professionisti che

operano nella zona. In particolare le criticità di maggior impatto negativo sono rappresentate dalla sovrapposizione di attività, dalla mancanza di chiarezza dei ruoli, delle responsabilità e dei compiti, dalla insufficiente trasparenza e dall'immagine ancora inadeguata che il Servizio Sociosanitario Pubblico offre alla cittadinanza.

Da alcuni anni l'Azienda Sanitaria ha intrapreso un percorso di miglioramento della qualità impegnandosi sul versante dell'Accreditamento Istituzionale, dove ha conseguito eccellenti risultati superando l'esame in tutte le strutture sottoposte a verifica da parte della specifica Commissione Regionale. A questo percorso, obbligatorio per alcune strutture organizzative territoriali, nel Mugello ne è stato affiancato uno più specificamente finalizzato a favorire l'integrazione organizzata di tutti gli attori coinvolti nel processo di progettazione ed erogazione del servizio a tutela dell'anziano. Si tratta di un primo passo necessario per valutare la riproducibilità del Sistema Qualità adottato a tutti gli altri Servizi e le altre attività territoriali; l'individuazione del target di riferimento, gli anziani, discende da criteri di priorità politiche, legati alle esigenze e le caratteristiche della zona, ed a criteri di strategia organizzativa, legati al necessario coinvolgimento di molti operatori appartenenti a strutture diverse per favorire la maggior diffusione possibile della cultura della Qualità finalizzata alla individuazione e soddisfazione delle esigenze dell'Utenza. In effetti da oltre un anno è stata ottenuta e recentemente confermata, la certificazione a norma ISO 9001:2000 per ciò che riguarda le attività ad altra integrazione sociosanitaria a tutela dell'anziano sul territorio. La facilità di integrazione tra questo Sistema e quello previsto dall'Accreditamento Istituzionale favorisce una serie di sinergie che sono state percepite dagli operatori dei Servizi coinvolti, deponendo a favore della possibilità di estendere l'esperienza ad altre strutture ed attività. Sono già stati mossi alcuni passi in questa direzione, realizzando un corso di formazione nel contesto del quale sono stati individuati i termini di riferimento e le procedure operative relative alla gestione dei casi da gestire in maniera integrata.

- Attività previste - l'individuazione del responsabile delle attività per la Qualità all'interno del Collegio di Direzione della SdS, garantisce di potersi rapportare e coordinare efficacemente con la Sezione VRQ aziendale e di svolgere nella zona i compiti di promozione, monitoraggio e verifica della Qualità indispensabili per supportare l'intero progetto.

Sul versante interno alle strutture operative, saranno realizzati interventi di formazione, in aula e "in job", mirati a diffondere ad ogni livello ed in maniera sistematicamente progressiva la cultura della qualità e le conoscenze tecniche necessarie per raggiungere gli obiettivi del progetto. Verranno inoltre promosse tutte le iniziative necessarie per vincolare il sistema premiante al raggiungimento di risultati in quest'ambito.

Sul versante della gestione complessiva della SdS è prevista un'attività di monitoraggio e verifica relativamente alla costituzione, all'attivazione ed all'operatività di tutte le articolazioni istituzionali ed organizzative previste, in particolare finalizzandolo alla realizzazione degli obiettivi ed il raggiungimento degli indicatori definiti dalla Regione. Tale azione di monitoraggio e verifica permetterà di fornire all'Assemblea della SdS ed al Collegio di Direzione gli spunti per le azioni di miglioramento ed adeguamento necessarie per condurre e concludere il periodo di sperimentazione nel modo più efficace in relazione agli scopi della sperimentazione stessa.

Sul versante del raffronto con gli altri attori e gli stakeholders, saranno individuati, messi in atto e mantenuti attivi tutti i meccanismi di divulgazione e concertazione

finalizzati alla condivisione dei criteri di riferimento per la progettazione e realizzazione dei percorsi sociosanitari. Verrà proseguita e rafforzata l'attività iniziata da alcuni anni di coinvolgimento delle altre strutture, non direttamente afferenti alla Società della Salute, che compartecipano al percorso di erogazione complessiva del servizio al cittadino, in particolare Ospedale, RSA, Privato Sociale,; saranno a questo scopo promossi e realizzati specifici "patti" finalizzati al miglioramento complessivo del servizio.

L'aspetto che coinvolge trasversalmente i tre versanti sopra descritti, che costituisce il collante operativo e che favorisce la nascita di un "Sistema Società della Salute", è rappresentato dalla individuazione dei requisiti e delle norme di Qualità che saranno di riferimento per tutte le strutture direttamente coinvolte nella SdS con compiti di programmazione, direzione, progettazione, realizzazione e controllo dei servizi. Le fonti principali dalle quali attingere, in questo caso, sono rappresentate dal Manuale di Accreditamento Istituzionale della Regione Toscana, la normativa ISO, il metodo di autovalutazione CAF.

- Destinatari - lo Staff di Direzione della SdS; tutti gli operatori dei servizi territoriali aziendali e comunali, gli operatori del Privato Sociale coinvolto nelle attività

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

a) Individuare le esigenze, espresse e non, dell'Utenza e delle altre parti interessate
b) Misurare la soddisfazione dell'Utenza
c) Accrescere la soddisfazione dell'Utenza
d) Valutare la Qualità delle prestazioni
e) Valutare la Qualità dell'organizzazione delle strutture che erogano le prestazioni
f) Migliorare la Qualità delle prestazioni e dell'organizzazione delle strutture che erogano le prestazioni
g) Realizzare l'integrazione con gli attori del sistema sociosanitario del territorio e con le altre parti interessate
h) Rispondere compiutamente agli indicatori individuati dalla Regione Toscana per la valutazione delle SdS

INDICATORI DEL PROGETTO

	obiettivo
a) - 1) PIS condiviso con il Comitato di Partecipazione e la Consulta del Terzo Settore - 2) Somministrazione questionario all'Utenza negli anni 2006 e 2007	SI
b) Percentuale di risposte sul totale dei questionari somministrati nel 2006	50%
c) Percentuale risposte positive al questionario anno 2007 rispetto al 2006	25%
d) Risultati di benchmarking uguali o superiori alla media	70%
e) Verbali delle verifiche interne annuali	SI
f) Percentuale strutture certificate o accreditate nel 2007	70%
g) Percentuale percorsi integrati realizzati sui proposti	70%
h) Indicatori non soddisfatti in sede di verifica a fine periodo sperimentazione	< 20%

FASI DEL PROGETTO		
Fase A	1	Stesura del P.I.S. di concerto con le parti sociali individuate
	2	Valutazione dei parametri di qualità del P.I.S. con particolare riferimento alle congruenze con gli obiettivi dichiarati nel documento di candidatura della SdS, nel Profilo di Salute, nei verbali delle Assemblee, dello Staff e del Collegio di Direzione della SdS, nonché con i riferimenti del PSR e degli indicatori approvati dalla regione.
	3	Trasmissione dei risultati al Direttore della SdS per la definizione degli eventuali correttivi e/o integrazioni
	4	Correzione ed integrazione del P.I.S.
Fase B	1	Effettuazione di una verifica complessiva all'impianto organizzativo della SdS per la valutazione della rispondenza agli indicatori regionali
	2	Effettuazione di una verifica alle strutture operative territoriali coinvolte nella SdS per una valutazione della rispondenza ai requisiti richiesti dall'Accreditamento Istituzionale ed alle indicazioni della norma ISO e del sistema di autovalutazione CAF, riconosciuto dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio
	3	Effettuazione di una verifica specificatamente finalizzata a rilevare la sussistenza di programmi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici del presente progetto
	4	Comunicazione di risultati al Direttore ed al Collegio di Direzione
	5	Individuazione, da parte della Direzione, delle priorità da affrontare, per risolvere le eventuali Non Conformità rilevate con le attività di cui ai precedenti punti 1,2 e 3
	6	Sviluppo di un programma di adeguamento da parte del Collegio di Direzione
	7	Approvazione del programma da parte dell'Assemblea della SdS
	8	Realizzazione delle attività per il miglioramento
	9	Verifica dei risultati e dell'efficacia delle azioni
Fase C	1	Individuazione ed applicazione dei questionari di rilevazione delle esigenze e della soddisfazione dell'Utenza, per un periodo definito
	2	Verifica e Comunicazione all'Assemblea della SdS dei risultati
	3	Individuazione, da parte della Direzione, delle priorità da affrontare relativamente alle esigenze rilevate ed agli aspetti negativi
	4	Realizzazione delle attività per il miglioramento in coerenza con le priorità individuate
	5	Verifica dei risultati attraverso la somministrazione di identico questionario ad un identico target
Fase D	1	Valutazione della qualità delle prestazioni attraverso attività di benchmarking, autovalutazione ed audit clinici
	2	Verifica e Comunicazione all'Assemblea della SdS dei risultati
	3	Individuazione, da parte della Direzione, delle priorità da affrontare per il miglioramento di concerto tra la SdS, i professionisti e gli stakeholder
	4	Realizzazione delle attività per il miglioramento
	5	Verifica dei risultati attraverso meccanismi di autovalutazione e benchmarking

Fase E	1	Individuazione, di concerto con gli altri attori coinvolti e le parti interessate, di percorsi assistenziali o socio assistenziali da potersi realizzare in maniera integrata e congiunta, per favorire le maggiori sinergie ed ampliare il quadro delle risposte alla cittadinanza
	2	Realizzazione dei percorsi integrati sulla base di priorità condivise e coerenti con le risorse
	3	Valutazione dei risultati e dell'efficacia degli interventi effettuati
	4	Eventuale replicazione dell'esperienza
Fase F	1	Predisposizione del piano annuale delle verifiche intene finalizzate a riscontrare la coerenza sia rispetto al percorso di accreditamento e di certificazione, sia rispetto agli indicatori individuati dalla regione Toscana
	2	Effettuazione delle verifiche
	3	Trasmissione dei risultati al Direttore SdS per l'analisi e conseguente individuazione delle azioni correttive da intraprendere per rimuovere le cause delle non conformità riscontrate
	4	Realizzazione delle azioni correttive
	5	Verifica dei risultati
	6	Accreditamento o certificazione delle strutture coinvolte

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO													
FASI		Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
		I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
A	1												
	2												
	3												
	4												
B	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
C	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
D	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
E	1												
	2												
	3												

	4												
F	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Ente di Certificazione	20.000,00
	Percorso formativo anno 2006	25.000,00
	Percorso formativo anno 2007	10.000,00
Strutturali		/
		/
		/
Di attrezzature		/
		/
		/
Di personale	Circa 3.000 ore/uomo/anno	/
		/
		/
TOTALE GENERALE		55.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO IN EURO
SOCIETÀ DELLA SALUTE		55.000,00
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		55.000,00

TITOLO
PROGETTO PER L'AGGIORNAMENTO DEL TESTO UNICO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI ZONALI

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzione
Soggetti istituzionali coinvolti	Segreteria Tecnica, Responsabili Servizi comunali
Altri soggetti coinvolti	
Responsabili del progetto	Gruppo di lavoro istituito dalla SDS
Durata del progetto	Un anno

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Dal 1997 in tutti i Comuni della zona Mugello è in vigore un regolamento unico delle prestazioni sociali, che regolava gli interventi di assistenza sociale. Il regolamento non prevedeva l'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari erogati dalla ASL. Nel corso degli anni si è provveduto agli adeguamenti al costo della vita per la definizione della soglia economica (minimo vitale) per l'accesso a contributi economici e/o a benefici di altro tipo.</p> <p>La zona si è poi data altri regolamenti specifici di settore e per singoli servizi, con il progressivo allargamento delle funzioni gestite in forma associata presso la C. M. Mugello, come il Regolamento unico sull'assistenza domiciliare di base e integrata e il Regolamento unico ISEE.</p> <p>Ad oggi sono intercorsi rilevanti mutamenti in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuove normative nazionali e regionali, ➤ Istituzionali, con l'avvio del consorzio della SdS Mugello, con un governo integrato delle attività di tipo sanitario, sociale territoriale, ➤ Organizzativo, con la riorganizzazione del servizio sociale integrato nel Sistema integrato Mugello (SIM), la definizione di un sistema informativo dei servizi sociali e la relativa necessità di uniformare la modulistica e le procedure utilizzate per le prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie per l'intero territorio della SdS Mugello. <p>E' stata quindi rilevata la necessità di una revisione del regolamento in oggetto che riporti in un quadro unitario e organico anche tutti i regolamenti o gli indirizzi attuativi dei servizi, attualmente in vigore (Servizio di educativa domiciliare, aiuto personale Ecc.) e preveda percorsi metodologici e procedure unitarie per tutte le attività sociali.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<p>Contesto e motivazioni:</p> <p>Il regolamento deve essere considerato come un testo unico che contenga i principi ispiratori, le finalità, le metodologie, le procedure degli interventi di servizio sociale professionale, delle prestazioni sociali e le modalità di accesso ai servizi. Per servizi sociali si intendono, come definito dalla normativa regionale, " tutte le attività relative</p>

alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nella vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia". Sono previste anche le funzioni di servizio sociale ad alta integrazione con quello sanitario.

Il regolamento, basato sul concetto della libertà di scelta dell'individuo e della formulazione di un progetto individuale condiviso, è inteso come composto da un testo unico a carattere generale e di una parte più dettagliata suddivisa in tre macroaree: sistema della domiciliarità, sistema della residenzialità e sistema delle contribuzioni economiche; all'interno di ogni macroarea sono previste singole schede nelle quali sono definiti i criteri di accesso, di intervento e della eventuale compartecipazione ai servizi erogati, come definita nel Regolamento ISEE approvato dai Comuni della zona sociosanitaria.

Attività previste:

E' stato individuato un gruppo di lavoro composto da componenti della segreteria tecnica e da altri funzionari, con il compito di redarre il testo unico, confrontandolo con gli operatori del SIM.

E' stato portato all'attenzione della Conferenza dei sindaci articolazione socio-sanitaria una bozza del regolamento, per la condivisione politica della struttura, delle finalità e dell'articolazione del regolamento. L'assemblea ha dato parere positivo per quanto riguarda la parte generale e l'assenso a continuare a sviluppare le schede regolamentari per ciascun servizio.

Il gruppo di lavoro deve quindi procedere approfondendo le tematiche relative ai singoli servizi, predisponendo una proposta di regolamento definitiva da sottoporre all'assemblea della SDS.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Predisposizione delle schede regolamentari per ciascun servizio/attività entro marzo 2006
2)	Presentazione del testo unico e delle schede dei servizi all'assemblea della SDS entro aprile 2006
3)	Approvazione da parte della SDS entro maggio 2006

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	100% delle schede predisposte
2)	Predisposizione del testo entro la data indicata
3)	Approvazione entro data indicata

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Ricognizione delle schede da predisporre per ogni servizio attivato, compreso di relativa modulistica e procedura entro gennaio 2006
Fase 2		Definizione di una proposta da sottoporre all'assemblea SDS entro marzo 2006
Fase 3		Presentazione delle proposte alla SDS
Fase 4		Approvazione

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
Fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dalla ASL, dagli enti locali zonali,	30 gg./ uomo
TOTALE GENERALE		

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO (NON RILEVABILE)		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO DEL PROGETTO
SVILUPPO E CONSOLIDAMENTO DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA 2002 SOCIALE INTEGRATO MUGELLO

<i>DATI GENERALI DEL PROGETTO</i>	
Soggetto proponente	SdS Mugello
Soggetti istituzionali coinvolti	Comuni, CMM, ASL 10 zona Mugello
Altri soggetti coinvolti	
Responsabili del progetto	Segreteria tecnica e coordinamento dei segretari
Durata del progetto	2006-2007

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Nel 2001 la Conferenza dei Sindaci e la direzione zonale della ASL concordarono sulla necessità di approfondire le problematiche organizzative, amministrative e formali dei servizi sociali zonali e di elaborare uno specifico modello organizzativo, indicando allo scopo un gruppo di operatori sia dei Comuni che della ASL. Del documento prodotto e successivamente presentato all'approvazione della Conferenza se ne cita un sintetico estratto:</p> <p>"DEFINIZIONE DEL PROBLEMA"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si riscontrano nella zona alcuni tratti di <i>municipalismo che ostacolano un pieno processo di gestione associata</i>, con diffidenze da parte dei Comuni piccoli verso quelli più grandi e con un <i>coinvolgimento ancora insufficiente</i> sia verso i consigli comunali sia verso altri tecnici quali i segretari comunali. • E' significativa la <i>assenza di un adeguato ufficio amministrativo zonale</i>, con conseguente disorganizzazione e appesantimento nei tempi e nei modi delle procedure amministrative che riguardano in particolare: la realizzazione dei progetti approvati nei Piani di Zona, di interesse e carattere zonale (studio e gestione di gare, bandi, rendicontazione, rapporti amministrativi con strutture aggiudicatarie di servizi etc); tutte le attività amministrative riguardanti lo studio ed elaborazione dei nuovi progetti, la loro gestione trasversale, lo studio di fattibilità, la stesura del Piano di Zona e tutte le attività amministrative di supporto allo Staff tecnico; • I servizi sociali comunali e aziendali esercitano delle <i>prese in carico legate alle competenze (proprie o in parte delegate) del proprio ente di appartenenza giuridica</i>: tale frammentazione induce una moltiplicazione e ripetizione dei percorsi per il cittadino, la sovrapposizione delle competenze e degli interventi, sprechi di risorse, esistenza di "zone d'ombra " su bisogni non affrontati da nessun servizio. A fronte della presenza di più assistenti Sociali sulla stessa situazione, si riscontra <i>l'assenza di un operatore che sia responsabile dell'intero percorso assistenziale</i> e si rapporti con la famiglia su una progettazione complessiva degli interventi. Spesso infatti la presa in carico del sociale comunale accanto a quello della ASL non è funzionale all'utente, ma al controllo della spesa da parte del Comune competente alla prestazione. <i>L'operatività segue il modello per prestazioni.</i> • <i>Le modalità dell'accesso ai servizi sociali sono del tutto disomogenee</i>, come risulta anche dallo studio elaborato dalla Fondazione Zancan nell'ambito della sperimentazione regionale sui LIVEAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ le Assistenti Sociali della ASL intervengono con persone seguite dai gruppi multidisciplinari sociosanitari in cui sono inserite, quali salute mentale,

dipendenze, disabilità, oppure per particolari percorsi valutativi delegati alla ASL, quali il percorso di valutazione della non autosufficienza anziani (ai sensi della Delib R.T. 214/2000) o l'accertamento di handicap (L 104/93).

- nei Comuni le AA.SS. intervengono su tutte le problematiche sociali presenti nel territorio del proprio comune di dipendenza, con modalità diversificate di "ricevimento" al pubblico: alcuni previo appuntamento a cura dell'ufficio sociale, altri della A.S. stessa, in altri Comuni con libero accesso in giorni della settimana dedicati.
- *I regolamenti sono differenziati* per le specifiche prestazioni, non presenti in maniera omogenea negli undici Comuni, erogate con criteri e modalità diverse. Mancano protocolli e procedure omogenee delle prestazioni, in particolare sociosanitarie.
- *Il livello professionale risente della carenza organica delle AA.SS. e del modello organizzativo*, in particolare nei singoli Comuni; l'attività è in prevalenza legata all'urgenza e orientata dalla domanda, a causa dalla presa in carico di tutti i bisogni sociali nel territorio comunale; l'isolamento dei singoli operatori all'interno di ciascun Comune non permette momenti di confronto, approfondimento, formazione e progettualità professionale sia sulle specifiche situazioni problematiche sia per le scelte e la condivisione di aggiornamenti professionali; si rileva la mancanza di circolarità nelle informazioni tra Comuni e ASL; è evidente l'assenza di uno sviluppo omogeneo e condiviso della professionalità dei servizi sociali nella zona, delle metodologie utilizzate, dei valori condivisi con il conseguente "ripiegamento" e impoverimento professionale, visto anche il forte scollegamento dai livelli decisionali e programmatori zonali
- *Relativamente all'integrazione sociosanitaria* la frammentazione dei servizi sociali comporta una maggiore difficoltà nella definizione e gestione di percorsi e procedure di integrazione sociosanitaria per i casi complessi : la presa in carico di tali problematiche, la partecipazione a gruppi di valutazione multidisciplinare è appesantita dalla doppia presenza (sociale comunale e sociale aziendale) e, qualora sia presente il solo sociale aziendale, si crea uno scollegamento tra il momento valutativo (di solito sociale A.S.L.) e la conseguente erogazione delle risorse, in gran parte di titolarità comunale. Questo riduce di fatto il momento valutativo multidisciplinare ad una sorta di "certificazione" poiché la progettazione e la relativa attivazione di risorse, necessita di una ulteriore condivisione con il sociale comunale e le procedure autorizzative previste dai regolamenti".

Fu deciso che il nascente coordinamento politico tra gli undici Comuni, la Comunità Montana Mugello e la ASL per la progettazione integrata indicata dalla legge e la gestione del settore sociosanitario, necessitavano di una struttura organizzativa complessiva che consentisse di gestire in maniera integrata ciò che con tale caratteristica veniva progettato, facendo leva sugli elementi di forza presenti nella zona, soprattutto per il processo di integrazione istituzionale iniziato da anni. Il gruppo di lavoro fu quindi incaricato di sviluppare una proposta di riorganizzazione.

Proposte di riorganizzazione

Dopo numerosi incontri del gruppo di lavoro con i tecnici e i politici zonali e il confronto con l'associazionismo, fu redatto e firmato nel novembre 2002 un Accordo di Programma tra i Comuni della zona, la Comunità Montana Mugello (C.M. Mugello) e la ASL, ratificato e finanziato sia sul Piano di Zona che sul PAL distrettuale, che prevedeva la realizzazione di un nuovo modello organizzativo dei servizi sociali zonali e apriva nuove possibilità di integrazione sociosanitaria.

L'Accordo definisce e disciplina gli impegni dei contraenti per la realizzazione degli interventi socio assistenziali e sociosanitari previsti dal Titolo IV e V della L.R.72/97 e la riorganizzazione del sistema locale di servizi sociali e sociosanitari di zona secondo modelli flessibili, orientati al risultato, che incentivino la presa in carico complessiva delle problematiche sociali, lo sviluppo di risposte differenziate non incentrate sulla prestazione, l'omogeneità dei livelli di assistenza individuati per la zona.

A questo scopo venne costituito:

- Un *Ufficio Amministrativo zonale* per la gestione delle procedure amministrative

concernenti le attività sociosanitarie e socio assistenziali del SIM; la individuazione delle nuove procedure relative alla gestione associata; il monitoraggio e l'elaborazione dei dati e della modulistica dei settori di competenza; lo studio e la ricerca di fonti di finanziamento; la gestione delle procedure amministrative collegate alla progettazione zonale; il supporto allo Staff tecnico nelle procedure amministrative relative ai Piani Integrati di Salute. Per tali mansioni furono individuati, oltre al personale amministrativo della CM Mugello già assegnato al sociale, anche quote orarie di dipendenti amministrativi ASL

- *un gruppo unico di assistenti sociali della ASL e degli undici comuni* suddiviso sul territorio per aree geografiche e settori di intervento che garantisca la presa in carico per professionalità e non per dipendenza giuridica dell'operatore. La nuova struttura organizzativa denominata Sociale Integrato Mugello (SIM) ha un unico coordinamento a livello di zona/distretto, referente per tutte le attività sociali con valenza socio assistenziale e sociosanitaria, ai sensi dell'art 20, comma 7 della L.R.72/97. Il personale assegnato al SIM, pur mantenendo la dipendenza giuridica dall'Ente di appartenenza, opera in maniera integrata. La presa in carico professionale del caso e/o lo svolgimento della procedure amministrative avviene da parte di un *unico operatore* il quale, una volta definito il progetto individuale, segue la situazione attivando tutte le risorse necessarie, sia del Comune che della ASL, che della C.M. Mugello. L'elemento di forza consiste nel mantenere inalterato il quadro delle titolarità degli interventi in capo a ciascun ente, e contemporaneamente nello svincolare a livello organizzativo la dipendenza giuridica dell'operatore (e quindi la attuale competenza su specifiche aree) nelle fasi operative professionali, quali la valutazione, la progettualità, la presa in carico e l'accensione dei conseguenti oneri finanziari. L'operatore che gestisce il caso o il progetto o la procedura amministrativa viene riconosciuto sia dalla C.M. Mugello, che dai Comuni e dalla ASL a prescindere dalla propria appartenenza giuridica. Tali elementi possono permettere una riorganizzazione di alcune compiti a rilevanza zonale (coordinamenti, unità di valutazione multidisciplinare) e le prese in carico dei casi a partire sia dall'intero gruppo di AA.SS. sia nel pool degli amministrativi, a prescindere dalle dipendenze di ogni singolo operatore.

Il SIM inoltre si collega allo Sportello Unico del Sociale (progetto denominato "Mugello Sociale") che si propone come punto informativo del sociale rivolto alla cittadinanza e come porta unificata di accesso ai servizi sociali attraverso la presenza del segretariato sociale zonale così identificato:

Il Segretariato Sociale

Ruolo ricoperto a rotazione da una delle AA.SS della sub-area. Vi si rivolgono i cittadini che ne facciano esplicita richiesta, o che siano stati inviati dal 1° livello dello sportello o per situazioni segnalate da terzi. Fornisce un ascolto e una accoglienza di tipo professionale ed una prima valutazione del bisogno, anche in termini di emergenza e di urgenza, valutata secondo criteri condivisi e formalizzati. In quest'ultimo caso può attivarsi anche a livello zonale o di sub-area. Individua gli operatori competenti alla presa in carico e si collega con il back office per curarne l'attivazione. Predispone, se necessario, l'orientamento e l'accompagnamento alla presa in carico.

E' competente per tutte le problematiche sociali, anche collegate a patologie o disabilità, con la sola eccezione di quelle connesse ai problemi di dipendenza, seguite dai servizi sociali dei Ser.T.

La riorganizzazione zonale dei servizi socio assistenziali e sociosanitari e la realizzazione dello Sportello unico del sociale si presentano come aspetti sinergici e complementari del processo di rinnovamento e potenziamento della capacità di gestione zonale degli interventi e dell'integrazione dei servizi offerti dai Comuni, dalla Comunità Montana Mugello, dalla Azienda Sanitaria.

In sintesi gli apporti professionali degli operatori sociali all'interno delle articolazioni territoriali saranno organizzati nel rispetto dei principi di economicità, efficacia ed efficienza e secondo modalità che garantiscano:

A. La realizzazione di una "porta d'accesso" unitaria al sistema dei servizi sociali zonali nel loro complesso (socio-assistenziali, sociosanitari,) "Sportello Sociale", previsto dal progetto

“Mugello Sociale”

B. La presa in carico delle problematiche sociali della persona per professionalità e non per dipendenza giuridica in relazione alle competenze sociali del proprio ente.

C. L'organizzazione del sistema dei servizi sociali su tre ambiti geografici e funzioni:

1. Comunale: ambito geografico più vicino al cittadino e momento di integrazione organizzativa con gli uffici e le funzioni comunali connesse ai servizi sociali. Si identificano le funzioni di:

- sportello unico del settore sociale, da realizzare come implementazione delle attuali sedi U.R.P. o, in caso di impossibilità, in altri spazi adeguatamente individuati in relazione alle specificità di ciascun Comune.
- segretariato sociale,
- presa in carico secondo la metodologia del lavoro per progetti,
- colloqui e incontri con le persone e le famiglie per la presa in carico e gestione dei casi,
- rapporti con uffici comunali funzionali allo svolgimento integrato delle attività a rilevanza sociale del singolo Ente.

2. Zonale:

1. Coordinamento ed organizzazione del gruppo integrato di servizio sociale aziendale e comunale - S.I.M. per la gestione omogenea delle attività di servizio sociale professionale, degli interventi socio-assistenziali, sociosanitari e socio-educativi.
2. Attività di approfondimento tematico, analisi dei bisogni delle problematiche zonali e relativa progettazione da realizzare all'interno del S.I.M. e/o da proporre nelle adeguate sedi di programmazione zonale integrata.
3. Elaborazione e proposta di regolamenti, protocolli etc nell'ambito delle attività di pertinenza.
4. Progettazione integrata con altri operatori sanitari quando pertinenti ai bisogni del caso nell'ambito della attività dei gruppi di valutazione multidisciplinari zonali, oggetto di specifici protocolli di integrazione sociosanitaria. Identificazione di eventuali referenti per tipologie di utenza. Individuazione di specifiche problematiche, proposte di linee guida, elaborazione dei protocolli, regolamenti.
5. Gestione organizzative di risorse e attività a carattere zonale con individuazione dei referenti zonali (es Assistenza Domiciliare Integrata, Centri di Socializzazione, Assistenza Domiciliare Base, attività Protocollo Adozioni, attività percorsi assistenziali, etc)
6. Partecipazione al monitoraggio, elaborazione e lettura dati inerenti le attività e le problematiche sociali del territorio, in collaborazione con l'Ufficio Amministrativo zonale e in collegamento con il progetto “Mugello Sociale”.
7. Valutazione e verifica dei percorsi organizzativi sociali e sociosanitari ed eventuali proposte di cambiamenti, attraverso la realizzazione di gruppi di miglioramento.
8. Attività di prima elaborazione dei dati rilevati in sede di segretariato e di presa in carico. Collegamento con la parte informativa del progetto “Mugello sociale”.
9. Lettura dei bisogni della comunità, elaborazione di una “diagnosi sociale di comunità”, attività progettuale per l'individuazione delle risorse necessarie, da proporre nelle opportune sedi di competenza.
10. Programmazione, confronto e condivisione di attività di aggiornamento, di formazione, di supervisione e di gestione di tirocinii formativi.
11. Costituzione di un Ufficio Amministrativo Zonale come parte integrante del S.I.M. Tale costituzione si colloca nel processo di sviluppo e di integrazione sociosanitaria avviato con il Protocollo d'intesa tra A.S.L., Comunità Montana Mugello e Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci siglato nel luglio 2001. Il primo nucleo sarà formato dal personale della A.S.L. e della Comunità Montana Mugello che già operano prevalentemente sul settore sociale, in particolare sulla progettazione e gestione di risorse zonali. Le funzioni che l'ufficio amministrativo zonale dovrebbe sviluppare, in accordo con quanto già definito nel citato protocollo, sono:
 - a) Gestione delle procedure necessarie allo svolgimento dei compiti propri del S.I.M. in stretto rapporto con la Comunità Montana Mugello, i Comuni e la A.S.L.
 - b) Individuazione e gestione delle procedure amministrative relative alla elaborazione, attivazione - anche attraverso l'acquisizione di servizi-, gestione e rendicontazione

dei progetti , delle prestazioni e dei servizi a interesse e carattere zonale, nell'ambito dei servizi socioassistenziali, sociosanitari e socioeducativi.

c) Contribuire al monitoraggio e alla elaborazione di dati e modulistica necessari allo svolgimento delle attività;

d) Contribuire allo studio e alla ricerca di fonti di finanziamento pertinenti.

12. Costituzione e formalizzazione della Commissione per la analisi dei progetti individuali e l'autorizzazione delle prestazioni da questi previste. In relazione alla dispersione geografica della zona e per consentire una maggiore operatività, la Commissione si articolerà organizzativamente per aree geografiche sovracomunali, corrispondenti alla suddivisione dei Comuni nelle seguenti aree: Area 1 - comuni di Borgo San Lorenzo, Marradi, Palazzuolo. Area 2 - comuni di Scarperia, Firenzuola, San Piero, Barberino. Area 3 - comuni di Vicchio, Dicomano, Londa, San Godenzo. Gli incontri dei gruppi di lavoro si terranno di norma con cadenza settimanale, ogni settimana in una area geografica diversa, in giorni e orari stabiliti e saranno presenti: le Assistenti Sociali che si occupano di tutta la casistica della area geografica; il coordinatore sociale di zona o suo sostituto da individuare successivamente. Funzionalmente ai temi all'ordine del giorno, saranno presenti i referenti zonali di specifiche attività o prestazioni (es: coordinatore Assistenza Domiciliare Integrata e Assistenza Domiciliare Base, referenti Gruppi di valutazione multidisciplinari sociosanitari, etc) e altri operatori sociali che si occupano del caso. Nel caso di problematiche sociosanitarie l'elaborazione del progetto individuale rimane ai gruppi multidisciplinari competenti (U.V.G., G.O.M. , SerT etc) e l'A.S. titolare del caso presenterà in Commissione il progetto formalmente concordato per l'attivazione delle prestazioni. In ogni caso le prestazioni verranno attivate dopo averne verificato la congruità professionale, regolamentare ed economica rispetto alle risorse disponibili. In caso di decisioni da assumere in tempi brevi potrà essere utilizzate la prima seduta utile, anche se non dell'area di residenza della persona. Il verbale della Commissione verrà poi indirizzato dall'Ufficio amministrativo zonale agli uffici direzionali e amministrativi della ASL e dei Comuni competenti per residenza per l'accensione delle spese previste sui propri bilanci e le comunicazioni agli utenti, con modalità che verranno successivamente concordate in appositi protocolli. Lo stesso Ufficio invierà report mensili ai singoli Comuni, alle Unità Funzionali della ASL e al livello gestionale circa l'utilizzo delle risorse finanziarie messe a disposizione.

3. Aree geografiche intermedie:

- Operatività del servizio sociale professionali inerente la progettazione e la gestione dei casi riguardanti le specifica porzione di territorio. Sperimentazione di prese in carico da parte delle Assistenti Sociali secondo macro-aree di competenza (ad es anziani, minori, disabili) nell'ambito del territorio sovracomunale, con modalità da definire in una fase successiva. In tal caso verrà garantita una valutazione specifica in sede di Commissione per le situazioni multiproblematiche e adeguati tempi di rotazione per incentivare la competenza e l'aggiornamento professionale degli operatori senza danneggiare la continuità della presa in carico.
- Attività di collegamento fra gli operatori per la progettazione condivisa sui casi specifici, di confronto, scambio e orientamento professionale su situazioni multiproblematiche e/o particolarmente complesse. Possibilità di sostituzioni reciproche programmate, in caso di ferie, malattie etc, su situazioni che necessitino di un monitoraggio costante, secondo le indicazioni dell'A.S. titolare che le concorda con le colleghe, o che necessitino di una presa in carico in tempi brevi. Si intendono ad es. le segnalazioni del Tribunale per i minori, le segnalazioni riguardanti i percorsi di continuità assistenziale e/o altre eventuali situazioni che verranno individuate e formalizzate successivamente.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni:

difficoltà presenti

- Scarsa consapevolezza da parte dei Comuni del valore dei risultati conseguiti.
- La struttura organizzativa flessibile e con apporti comunali e sanitari diversificati ha di contro la caratteristica di una notevole complessità di funzionamento e la necessità di meccanismi partecipativi che non possono essere di rigida gerarchia, ma di forte condivisione, di consistente motivazione, mirati sugli obiettivi da conseguire.
- L'ipotesi di costituire una struttura gestionale solida e ben definita nelle sue articolazioni e modalità di funzionamento per tutto il settore socio sanitario integrato non è al momento individuabile consorzio "Società della Salute del Mugello" che per il primo biennio di funzionamento non prevede alcuna sua attività di gestione, ma quella di programmazione e governo della domanda.. L'allontanarsi di questa prospettiva e anche le modalità non precisate della sua realizzazione costituiscono un elemento di incertezza che fa apparire l'attuale situazione come un guado indefinito.
- Risulta dunque evidente la fragilità dell'attuale situazione delle gestioni associate del settore sociale, acuita dalla percentuale di personale non dell'ente che collabora alla operatività quotidiana (a fronte di due impiegate dipendenti di ruolo a tempo intero della Comunità Montana Mugello vi sono altre 9 persone che fanno parte del gruppo di lavoro, compreso il dirigente del servizio, tra cui n. 6 dipendenti di altri enti alcuni dei quali a tempo parziale, n. 2 professionisti con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, un borsista).

Il livello raggiunto

Non è possibile in ambito sociosanitario nel Mugello poter separare le gestioni associate del settore sociale dal complesso delle attività integrate messe a punto con una struttura unica di coordinamento sui versanti comunale e aziendale (SIM). Questo elemento dovrebbe far comprendere che le realizzazioni compiute e quelle in corso nella Zona non hanno riscontro in altri contesti rurali o montani toscani per livello di integrazione, condivisione istituzionale, sussidiarietà con il terzo settore, partecipazione sociale, consapevolezza politica.

Le ultime vicende che hanno riguardato soprattutto la gestione del personale (sostituzioni AS, graduatoria zonale, impossibilità di intervento della CMM come elemento regolatore di difficoltà di singoli comuni etc) hanno inferto un duro colpo alla realizzazione del nuovo modello organizzativo SIM e ai benefici esprimibili a favore dei cittadini. Il sistema ha retto grazie alla coesione del gruppo di lavoro, che si è fatto carico delle problematiche indipendentemente dall'Ente di provenienza e in una logica di collaborazione. Ma si è minata la fiducia nell'attenzione alla tematica del personale, anche per il perdurare di comportamenti di stretta visione municipalista, i quali nella organizzazione di sistema creano ostacoli che ricadono sul singolo dipendente. Si sottolinea la vitalità e la stabilità che il gruppo di operatori dipendenti, in maggior parte residenti nella zona, possono apportare al sistema, se adeguatamente tutelati, incentivati, formati e non costretti al burn-out dalle difficoltà del sistema stesso.

Insieme ad alcuni problemi da affrontare, che rappresentano fisiologicamente la necessità di adeguamento degli interventi alle situazioni che cambiano, la sfida che la Zona sta giocando risulta della massima importanza e non può consentire involuzioni o cedimenti perché ne risulterebbe indebolito il quadro complessivo della democrazia locale, cioè del sistema di tutela che gli enti locali assicurano ai propri cittadini in situazione di debolezza.

Nuovi contesti

In continuità e nella logica del processo che ha guidato le esperienze di gestione associata, gli accordi di programma, la candidatura e la costituzione della SdS Mugello, si è maturata la necessità di aggiornare il testo dell'Accordo di programma 2002 e in particolare l'art n. 5 alla luce dei cambiamenti normativi intercorsi; dell'attivazione della SdS Mugello; delle rinnovate

convenzioni di gestione associata; delle esperienze fatte in questo primo anno di attività che indicano la necessità di un consolidamento della struttura del personale, meno legata alla sola disponibilità volontaristica degli operatori e con una maggiore definizione dei livelli di responsabilità; della necessità di implementare attività di omogeneizzazione delle procedure, delle modulistiche e del sistema informativo.

Attività previste:

- 1) attivazione di un tavolo con i segretari comunali e della CM Mugello per l'individuazione del nuovo assetto organizzativo e giuridico.

I contenuti del nuovo accordo, già elaborati dai tecnici competenti e de esaminati dall'Assemblea SdS sono i seguenti:

- "I punti A) B) C) dell'accordo 2002 (realizzazione porta unica di accesso; presa in carico operatore sociale unico; organizzazione sistema sociale nei tre livelli del comune, della subarea e della zona) rimangono come cardini organizzativi contenuti negli obiettivi SdS Mugello e indicati dalla recente normativa regionale (LR 41/2005) Dovranno essere sottoposti a verifiche per il loro consolidamento e miglioramento
- Per i cambiamenti indicati al punto 1) deve essere operata la ridefinizione dei tre livelli dell'accordo di programma: istituzionale, gestionale, operativo:
 - Livello Istituzionale : Di natura politica; trova riferimento nella Assemblea della SdS Mugello con funzioni di programmazione ed indirizzo per il sim; controllo e valutazione dei risultati in relazione agli indirizzi; proposta di nuovi progetti o attività innovative in relazione ai bisogni della zona
 - Livello Gestionale : Di natura tecnica. Trova riferimento nel Direttore della SdS con funzioni di : definizione e assegnazione degli obiettivi nel rispetto degli indirizzi del livello istituzionale; controllo e valutazione tecnica sulle attività e il raggiungimento degli obiettivi; in particolare indica le modalità per la redazione dei protocolli relativi all'integrazione sociosanitaria e ne verifica l'attuazione; dirime e concerta eventuali problematiche istituzionali, organizzative e gestionali; monitora l'andamento complessivo della gestione delle funzioni socioassistenziali e sociosanitarie, avvalendosi delle relazioni dettagliate semestrali e i reports mensili del Coordinatore Sociale e dell'Ufficio Amministrativo zonale

Svolge il compito supportato da i responsabili sociali dei Comuni, della ASL, della CMM, dal Coordinatore SIM in forme coordinate; dall' Ufficio di coordinamento aziendale e strutture di staff come indicato nel documento di candidatura

- Livello Operativo Di natura tecnica: comprende il personale amministrativo, sociale e tecnico dipendente dai Comuni, dalla ASL e dalla Comunità Montana Mugello, indicato in specifico allegato. In continuità con il precedente accordo, gli operatori svolgono attività maniera integrata nella struttura organizzativa di servizio sociale zonale (S.I.M.: Sociale Integrato Mugello) e si rapportano ai servizi sanitari per le attività multidisciplinari. Il Coordinatore Sociale di distretto - in applicazione del disposto di cui all'art.37 della L.R. 41 e in continuità secondo quanto già definito nell'Accordo 2002 - assume i compiti di referente per la gestione delle attività sociali con valenza sociosanitaria, socio-assistenziali e socio-educativa di pertinenza del S.I.M.; di conseguenza, assume titolo a proporre e adottare, nell'ambito delle risorse dai soggetti contraenti l'Accordo gli atti tecnici e professionali di pertinenza. Realizza le indicazioni gestionali, coordina professionalmente il personale assegnato e attua gli accordi operativi, ne relaziona e riceve le indicazioni sulle eventuali modifiche dal livello gestionale"

Nella fase successiva alla formalizzazione del nuovo accordo, dovrà essere progettato un intervento di particolare importanza che riguarda la ricognizione e l'analisi delle procedure adottate dai servizi sociali. Sono state inizialmente già esaminate alcune procedure di maggior utilizzo (domiciliarità e residenzialità per minori e anziani) secondo un modello di re-engineering finalizzato a introdurre modifiche congrue e sostenibili.

Gli scopi sono molteplici: da un lato bilanciare un approccio personalizzato alla cittadinanza che

tenga conto della varietà dei casi con una esigenza di standardizzazione della qualità dell'offerta, per consentire la replicabilità del modello e il suo trasferimento agli undici Comuni che attualmente gestiscono le stesse procedure con modalità diverse. Dall'altro identificare per ogni processo tutti gli uffici interessati e i tempi necessari all'intero percorso, al fine di quantificare gli impegni orari degli operatori correlati ai diversi interventi. Ogni processo verrà analizzato, raccogliendo la relativa documentazione in relazione a cinque criteri: modulistica di processo, allegati alla modulistica, materiale che il cittadino è tenuto ad esibire, materiale documentale utile all'assistenza informativa, normativa che regola il processo.

L'obiettivo è di operare una razionalizzazione di questi in modo che possano essere omogeneizzate nei termini di risposta al cittadino, ed in modo da potersi raccordare ai processi di back office amministrativo che sono generalmente diversi nelle singole realtà comunali.

Parallelamente all'analisi delle procedure viene svolta anche la verifica della modulistica esistente e la sua ridefinizione, prevista anche all'interno della riorganizzazione complessiva del sociale zonale che nuovamente si intreccia con l'apertura dello sportello e con l'avvio del sistema informativo dei servizi sociali zonali. Lo sforzo del SIM è di realizzare delle modulistiche comuni e omogenee per tutte le attività di processo e di prestazioni del sociale rappresentando l'intero percorso del cittadino verso i servizi, dall'accoglienza alla presa in carico, al progetto, alla erogazione delle prestazioni.

Tale attività dovrà poi trovare corrispondenza nel testo unico per le prestazioni sociali zonale in via di redazione.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
2)	Convocazione del tavolo entro dicembre 2005; definizione delle tematiche, del calendario degli incontri
3)	Definizione di una proposta da sottoporre all'assemblea SDS entro il febbraio 2006
4)	Definizione di un progetto per l'analisi delle procedure di servizio sociale
5)	Formalizzazione dell'accordo entro il marzo 2006

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2)	Verbale dell'incontro con la condivisione delle tematiche e del calendario dei successivi incontri
3)	Verbale presentazione proposta in data precedente al febbraio 2006
4)	Progetto per l'analisi delle procedure definito entro il marzo 2006
5)	Atto dell'Accordo deliberato entro il maggio 2006

<i>FASI DEL PROGETTO</i>		
Fase 1	Entro dicembre 2005	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo
Fase 2	Entro febbraio 2006	Definizione di una proposta da sottoporre all'assemblea SDS
Fase 3	Entro marzo 2006	Approvazione dell'accordo
		Definizione di un progetto per l'analisi delle procedure di servizio sociale
Fase 4	Entro maggio 2006	Attivazione dell'accordo
		Attivazione analisi procedure

Tempi di realizzazione del progetto												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												

<i>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</i>		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dalla ASL, dagli enti locali zonalì,	30 gg./ uomo
TOTALE GENERALE		/

<i>FINANZIAMENTO DEL PROGETTO (NON RILEVABILE)</i>		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO	
SICUREZZA STRADALE NEL TERRITORIO DEL MUGELLO	

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Staff del Direttore
Strutture coinvolte	Educazione alla Salute, Ser.T, Pronto Soccorso e altre strutture ospedaliere, Dipartimento Prevenzione, Epidemiologia, CRED Comunità Montana Mugello
Altri soggetti coinvolti	MMG, Pediatri di Libera Scelta, Scuola, Polizia Municipale, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato, Associazione di categoria, Autodromo, Gestori dei locali, Bar, Scuole Guide, ARS, Consulta del terzo settore.
	Il progetto si avvarrà della consulenza dell'Arma dei Carabinieri tramite il comando competente
Responsabili del progetto	Giulia Banchi, Referente U.F. Educazione alla Salute
Durata del progetto	Triennale 2005-2007

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Il fenomeno incidenti stradali è un fenomeno complesso sia per quanto riguarda le cause che li determinano, sia per il notevole costo sociale che comportano.</p> <p>Tale complessità si riflette conseguentemente sulle responsabilità e competenze dei diversi settori (mobilità, sanità, ambiente - qualità urbana, pianificazione e gestione del territorio, sistemi informativi e statistici, etc.), nonché sui diversi livelli decisionali (nazionale, regionale, locale).</p> <p>Inoltre ciascuno degli organismi competenti è per così dire "proprietario" di un patrimonio di conoscenze e di informazioni, che risultano indispensabili per conoscere tale fenomeno e per poterlo governare con un approccio di tipo cooperativo e sistemico. Infatti occorre superare, attraverso un "patto" tra soggetti che sono coinvolti da questo problema, la notevole frammentazione di competenze e di ruoli, consapevoli che l'efficacia di un intervento preventivo passa attraverso il coinvolgimento della comunità e la produzione di risultati valutabili. tali da poter costituire la base di interventi preventivi istituzionalizzati .</p> <p>Gli incidenti stradali provocano ogni anno in Italia circa 8.000 decessi (2% del totale), circa 170.000 ricoveri ospedalieri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero; rappresentano inoltre la prima causa di morte tra i maschi sotto i 40 anni. Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali costituiscono la prova che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, ci troviamo di fronte ad una "emergenza" non trascurabile. E' del tutto evidente quindi che le problematiche legate alla sicurezza stradale, pur nella molteplicità dei fattori implicati e degli organismi ed enti interessati ad azioni</p>

preventive e correttive, costituiscono certamente un aspetto primario della Sanità pubblica. E' diventato prioritario, pertanto, individuare continuamente nuove strategie di prevenzione che consentano, a breve, medio e lungo termine, di porre un argine a questo allarmante fenomeno dei nostri tempi.

Dai dati di una ricerca svolta dall'Agenzia Regionale di Sanità si rileva che negli anni 1991/2002 i nostri comuni, benché non abbiano registrato un elevato numero di incidenti rispetto agli altri comuni della provincia, detengono il primato per la gravità delle conseguenze riportate. In particolare si rilevano i maggiori rapporti di lesività (N. feriti / N. incidenti 1000) per i comuni di Barberino (1.602,8) e Firenzuola (1.566,4) e di mortalità (N. morti / N. incidenti 1000) per i comuni di Londa (114,3) e San Godenzo (100) di gran lunga superiori anche alla media provinciale (rapporto lesività: 1.296,8 , rapporto mortalità: 15,2) e regionale (rapporto lesività: 1341,7, rapporto mortalità: 26,1).

Un comportamento di estremo rischio è rappresentato dall'utilizzo del telefono cellulare alla guida , che determina un aumento del rischio di incorrere in un incidente di circa 4 volte. Il Dipartimento della Prevenzione della ASL 10 di Firenze, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze, ha svolto nel giugno del 2004 un'indagine sul territorio della ASL fiorentina in più punti di rilevazione delle 4 zone socio- sanitarie , con caratteristiche di viabilità diverse. Su 9384 veicoli controllati , il cellulare senza auricolare o dispositivi di viva voce è risultato utilizzato da 169 soggetti (1,8%). Anche in questo ambito pertanto è opportuno che specifici programmi di educazione e/ di repressione siano condotti di concerto fra le varie figure professionali

La parola chiave: prevenzione

Per combattere il drammatico impatto derivante dagli incidenti stradali l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le istituzioni sanitarie dei diversi paesi puntano sulla prevenzione. Perché i programmi di prevenzione possano essere efficaci, però, è necessario partire da un'azione di informazione di tutti gli attori coinvolti, dagli operatori sanitari alle autoscuole, dalle famiglie alle scuole, per favorire la consapevolezza dei rischi derivanti da comportamenti scorretti sulla strada e per mettere a punto azioni preventive coordinate e attuabili. Nell'intento di promuovere un'azione globale, l'OMS ha pubblicato nel 2002 una strategia quinquennale per la prevenzione della morte e invalidità da incidente stradale. Sulla stessa linea, la Commissione Europea ha promosso un programma europeo per la sicurezza stradale che prevede una riduzione delle vittime degli incidenti stradali del 40 per cento entro il 2010.

In Italia, questo sforzo è stato tradotto nel Piano nazionale per la sicurezza stradale, istituito dalla Legge 144 del 17/7/1999, finalizzato a creare le condizioni per una mobilità sicura e sostenibile, riducendo il numero delle vittime e i costi sostenuti dallo Stato. Oltre al Piano nazionale, sono stati promulgati numerosi piani regionali che istituiscono centri e osservatori sulla mobilità e il traffico e per l'educazione stradale rivolta all'utenza, dalle scuole alle famiglie.

I fattori di rischio

Diversi studi hanno evidenziato che il 60 per cento degli incidenti è dovuto a fattori umani, il 30 per cento a fattori ambientali e il 10 per cento a fattori connessi con il veicolo.

I fattori umani possono essere assai diversi, e comprendono aggressività, disadattamento sociale, farmaci, malattie, deficit della vista, uso di sostanze psicotrope, stress, affaticamento, uso di apparecchi mobili alla guida, uso inappropriato dell'alcol, quest'ultimo rappresenta il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali.

Oltre a queste cause, molto legate allo stato del guidatore, un cattivo uso (o la totale mancanza) dei dispositivi di sicurezza incide fortemente sul rischio di incidente, soprattutto in ambiente urbano. L'efficacia del casco e delle cinture di sicurezza, così come dei seggiolini per bambini, e la pericolosità dell'uso del cellulare alla guida sono già stati ampiamente dimostrati con diversi studi epidemiologici.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e motivazioni

Con questo progetto ci proponiamo di costruire un sistema di interventi e di azioni integrate e coordinate, con lo scopo di migliorare e incrementare le azioni di prevenzione e di controllo e la messa a punto di dispositivi organizzativi e infrastrutturali, per migliorare la sicurezza stradale e sviluppare una rete di informazioni e di azioni di sensibilizzazione, di attività e servizi finalizzati alla riduzione degli incidenti stradali e delle loro conseguenze in sintonia con gli obiettivi dei piani nazionali e regionali.

Realizzazione di un protocollo per la rilevazione degli incidenti che unifichi i dati raccolti dai vari organi di polizia municipale e carabinieri della zona.

Azioni necessarie allo svolgimento del progetto

Con questo progetto ci proponiamo di individuare uno spazio fisico stabile per allestire il percorso didattico su strada, che preveda anche la disponibilità di un'aula per le attività teoriche ed interattive di gruppo rivolte alle scuole medie inferiori e superiori della Zona ed a gruppi di adolescenti e giovani che si apprestano a sostenere gli esami per il patentino, e ad attività mirate e su temi specifici rivolte ad adolescenti e giovani sui temi della guida sicura. A tal proposito abbiamo preso contatti con la società che gestisce l'Autodromo del Mugello per allestire questo spazio che dovrebbe diventare un punto di riferimento per tutte le iniziative relative alla sicurezza stradale con l'allestimento di un percorso didattico a cura della Polizia Municipale di Zona e Carabinieri.

Verrà realizzato un percorso interattivo rivolto anche gruppi classe delle scuole sulle tematiche degli stili di vita a rischio in adolescenza e percezione del rischio a cura degli operatori del Sert e dell'EaS e privato sociale.

Saranno coinvolte le associazioni che lavorano nell'emergenza su percorsi di primo soccorso.

Ci proponiamo inoltre di realizzare una mappatura degli incidenti per l'individuazione delle varie criticità nella viabilità.

Aree di intervento individuate

Area 1: monitoraggio e sorveglianza

Effettuare una ricognizione dei dati disponibili. Negli ultimi anni il Dipartimento della Prevenzione ha svolto rilevazioni sull'utilizzo delle cinture e dei seggiolini. Dal confronto dei dati delle 4 zone che costituiscono l'ASL 10, possono assumere un significato più preciso anche i dati locali della zona Mugello.

Realizzare un protocollo per la rilevazione dei dati sugli incidenti e sulle procedure messe in atto dai vari comandi della polizia municipale dei vari comuni e del comando

dei carabinieri al fine di arrivare ad una omogeneità di intervento e rilevazione.

Area 2: comunicazione e sensibilizzazione

Diffusione materiale informativo

Comunicazione del rischio attraverso mezzi d'informazione (notiziari dei comuni, reti radiotelevisive, etc.)

Area 3: prevenzione, educazione, formazione alla sicurezza

Progetti finalizzati al raggiungimento del patentino

Progetti di educazione stradale

Gruppi mirati su temi specifici inerenti, il primo soccorso e l'uso di sostanze ed alcool, ecc

Interventi di informazione e sensibilizzazione nei locali notturni

Interventi sul territorio sulla guida sicura

Area 4: potenziamento e rafforzamento dell'azione di prevenzione/controllo e repressione

Educazione alla legalità

Destinatari

Alunni delle classi 4°, 5° scuola primaria,

" " 3° scuola secondaria I° grado,

" " 1° scuola secondaria secondo grado

Giovani 17/29 anni

gestori locali notturni, bar, scuole guide, ecc

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1. Fornire agli adolescenti/giovani gli strumenti e la consapevolezza delle abilità necessarie e dei limiti personali per la conduzione di un veicolo, e ai rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcolici ed il rispetto dei comportamenti propri e altrui attraverso le regole formali e informali dell'uso della strada
2. Costruire una cultura della sicurezza stradale
3. Realizzazione di uno studio di fattibilità di un sistema di rilevazione congiunta degli incidenti stradali condiviso con i vari Organi di Polizia interessati

INDICATORI DEL PROGETTO

1/2	Divulgazione di almeno 10.000 copie di opuscoli informativi
3	Studio di fattibilità formalizzato entro l'anno 2006

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Costituzione del Gruppo promotore del Progetto che promuove il progetto nel territorio
Fase 2		Il Gruppo promotore prende i contatti con le Istituzioni, le Associazioni per l'adesione e la disponibilità di risorse locali per il Progetto. Il gruppo effettua una ricognizione sulle attività già svolte in questo ambito e raccoglie tutto il materiale elaborato
Fase 3		Il gruppo pianifica e realizza uno studio e un'indagine per la raccolta dati e la rilevazione dei bisogni, dei problemi del territorio e per l'identificazione delle risorse e per la progettazione di interventi mirati.
Fase 4		Individuazione di un locale per l'attività legate all'intervento sulla sicurezza stradale
Fase 5		Verrà effettuata una prima sperimentazione su un campione
Fase 6		Si costituisce il Gruppo di coordinamento locale delle iniziative di prevenzione al quale partecipano i rappresentanti del territorio che mettono in atto le iniziative di prevenzione risultate dall'elaborazione della fase terza e quarta.
Fase 7		Il gruppo effettua la Valutazione finale e ripromette nuove azioni

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												
Sesta												
Settima												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Costi di impianto	attrezzature locali ed arredi	30.000,00
Collaborazioni professionali	Supporto alla realizzazione di interventi didattici	30.000,00
Organizzazione eventi	Seminari, convegni	10.000,00
Produzione materiale	Opuscoli, depliant, cd informativi e didattici	10.000,00
Trasporto alunni	Dalle scuole del territorio al percorso didattico	5.000,00
Di personale	Operatori dei servizi coinvolti	/
TOTALE GENERALE PER LA REALIZZAZIONE PLURIENNALE DEL PROGETTO		85.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
FONDI REGIONE TOSCANA		55.000,00
FONDI ENTI LOCALI *	Locali, stampa materiale informativo, operatori	10.000,00
FONDI AZIENDALI	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
SPONSOR ESTERNI		20.000,00
TOTALE FINANZIAMENTO		85.000,00

* quantificazione dei servizi messi a disposizione

TITOLO DEL PROGETTO	
TAVOLO PER ACCORDO VOLONTARIATO	

<i>DATI GENERALI DEL PROGETTO</i>	
Soggetto proponente	Collegio di direzione
Strutture coinvolte	Servizi territoriali afferenti alla SdS
Altri soggetti coinvolti	Associazioni volontariato attive nella zona Mugello, OO.SS.
Responsabili del progetto	Merj Cai Coordinatore SIM, Giacomo Giovannini Resp. Amm.vo Settore Sociale
Durata del progetto	Un anno

<i>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</i>
<p>La zona sociosanitaria Mugello è impegnata da molti anni nella costruzione di percorsi di condivisione con gli attori della comunità per quanto riguarda le scelte di politica sociale e di integrazione. Elementi forti sono stati l'elaborazione della Carta della cittadinanza, la progettazione condivisa, le consultazioni relative alla stesura del piano di zona, la collaborazione attivata con le Associazioni di volontariato su un ampio ventaglio di attività di natura sociale, il processo di candidatura e sperimentazione della Società della Salute. Nella "carta della cittadinanza" troviamo identificati come principi fondamentali "la necessità di far crescere l'attenzione e la cura per ogni persona che vive nella comunità...attraverso lo sviluppo della solidarietà. Deve essere sviluppata da parte di ogni cittadino la consapevolezza e la corresponsabilità sui bisogni propri ed altrui, la disponibilità a partecipare alla ricerca delle risposte ai bisogni". Nello stesso documento si ribadisce l'importanza di "valorizzare le diverse soggettività locali, di promuovere le responsabilità istituzionali e sociali". In questa ottica la possibilità di elaborare "patti territoriali di solidarietà" con la definizione di percorsi integrati e l'identificazione dei compiti di ciascun attore, diviene la modalità per realizzare gli orientamenti condivisi, valorizzando la presenza di un forte tessuto associativo locale che attiva il necessario processo di sviluppo di comunità nei suoi aspetti relazionali e trasformativi. Si creano le condizioni per un sistema di protezione sociale attivo, dove i diritti di cittadinanza rappresentano l'esito delle interazioni tra le istituzioni e i soggetti comunitari.</p>

<i>DESCRIZIONE DEL PROGETTO</i>
<p><u>Contesto e motivazioni:</u> Il dibattito sviluppato nella programmazione sui livelli essenziali di assistenza da garantire nella zona ha posto l'accento sui servizi di sostegno alla domiciliarità, che ha condotto alla riorganizzazione del servizio di assistenza domiciliare di base a livello zonale, come ulteriore passo per la realizzazione dei diritti di cittadinanza. La riflessione sollecitata dalla riorganizzazione ha evidenziato la necessità di ampliare e meglio definire lo spazio delle Associazioni di volontariato nella rete dei servizi e delle azioni a sostegno della domiciliarità, nel rispetto delle peculiarità proprie degli interventi del volontariato e del valore aggiunto in termini qualitativi e relazionali che tale presenza realizza. Si ritiene inoltre che tale spazio debba essere definito e formalmente riconosciuto attraverso forme di condivisione e coprogettazione,</p>

all'interno di un percorso di chiarificazione e di condivisione delle finalità e nel rispetto delle specifiche peculiarità. Lo scopo è anche quello di costituire una rete non solo tra le Associazioni e gli enti pubblici, ma tra le diverse Associazioni presenti e attive nella comunità mugellana, in un'ottica di sinergia delle risorse e nella valorizzazione delle diversità.

In questa logica s'intendono affrontare tutti gli interventi attivabili dal volontariato nel sostegno alla domiciliarità, in uno stretto rapporto con i servizi pubblici sia per le problematiche di tipo sociale sia per quelle sanitarie, compresi gli interventi riconducibili al "118". Nella zona sono già stati attivati incontri tra i servizi pubblici e le Associazioni di volontariato sulle materie oggetto del tavolo e i materiali prodotti saranno un punto di partenza e di confronto della analisi prevista.

Attività previste: attivazione di un tavolo per la definizione di un Accordo tra i soggetti istituzionali e quelli del terzo settore locale sulle iniziative di sostegno alla domiciliarità da progettare e gestire in maniera integrata tra i servizi e le associazioni e tra le associazioni stesse in relazione alla mission di ciascun soggetto coinvolto e ai bisogni del territorio

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

1)	Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
2)	Definizione delle tematiche, del calendario degli incontri e di altri eventuali interlocutori entro
3)	Stesura, condivisione e approvazione dell'Accordo

INDICATORI DEL PROGETTO

1)	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2)	Verbale riunione con condivisione entro il 31/01/2006
3)	Accordo definito entro il tempo individuato

FASI DEL PROGETTO

Fase 1	Entro febbraio 2006	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo
Fase 2	Entro maggio 2006	Stesura della bozza di Accordo e prime consultazioni
Fase 3	Entro giugno 2006	Definizione e approvazione dell'Accordo.
Fase 4	Entro dicembre 2006	Verifica dei lavori del tavolo ed eventuale riprogettazione.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche		/
	Non valutabile	
Strutturali		/
	Non valutabile	
Attrezzature		/
	Non valutabile	
Di personale	Personale dipendente dalla ASL, dagli enti locali zionali, del terzo settore e Associazionismo,	50gg/uomo
TOTALE GENERALE		/

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO DEL PROGETTO
TAVOLO PER INSERIMENTI LAVORATIVI

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Collegio di Direzioni
Strutture coinvolte	Servizi sociali, UFMA, SERT
Altri soggetti coinvolti	Associazioni imprenditori e di categoria; cooperazione sociale; associazioni di tutela; Associazioni invalidi; Organizzazioni sindacali, Provincia di Firenze, Consulta del terzo settore,
Responsabili del progetto	Mery Cai Coordinatore SIM Giacomo Giovannini Resp. Amm.vo Servizi Sociali
Durata del progetto	2006-2007

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>Le numerose esperienze realizzate nel campo degli inserimenti lavorativi hanno evidenziato che la dimensione assistenziale, nell'approccio ai problemi del lavoro, non è sufficiente a consentire un reale inserimento occupazionale dei disabili e delle persone svantaggiate (marginali, ex tossicodipendenti, pazienti psichiatrici ecc.). Spesso gli ostacoli più consistenti da superare derivano dalla difficoltà dei soggetti disagiati a proporsi nel mercato del lavoro e ad offrire le proprie competenze. Vi è la necessità di confrontarsi con le politiche attive del mercato del lavoro, per facilitare l'incontro tra domanda ed offerta e strutturare un modello che consenta l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate in un'ottica di concertazione e solidarietà che abbia delle ricadute positive per tutti.</p> <p>Assumendo lo spirito della legge 68/99 per la riforma per il diritto al lavoro dei disabili, i servizi pubblici devono sviluppare competenze per individuare percorsi diversi, flessibili ed individualizzati, integrandosi con i servizi dell'orientamento, della formazione professionale allo scopo di inserire i disabili nel mondo del lavoro, in una logica di valorizzazione delle capacità professionali e produttive delle persone; parallelamente dovrà essere sviluppata e diffusa una cultura che, superando il concetto di inserimento lavorativo, promuova percorsi di integrazione al lavoro in un percorso di salute, nel passaggio da una logica assistenziale per inserirsi nell'ottica delle politiche attive.</p> <p>Per realizzare questi obiettivi deve essere percorsa l'integrazione tra i servizi all'impiego, i servizi socio sanitari della ASL e delle Amministrazioni comunali, con la concertazione e il coinvolgimento delle varie parti sociali. Lo svantaggio sociale può essere considerato come una possibile "risorsa" in quanto consente di ripensare l'organizzazione del lavoro, superando la logica del controllo rispetto alle imprese, a favore di un'ottica di consulenza e sostegno. Viene in tal modo rafforzato il ruolo dell'azienda in ambito locale, rispondendo ai bisogni del territorio rispetto all'integrazione degli svantaggiati o di chi manifesta un disagio e dimostrando che è possibile gestire un'attività industriale in modo socialmente responsabile, in grado di incidere sul benessere sociale ed economico del territorio</p> <p>Un importante tema di lavoro è la promozione di una cultura condivisa all'interno dell'azienda: le risorse intellettuali dei soggetti con disagi psichici, motori o sociali permanenti o temporanei rischiano di essere sottovalutate e quindi perdute dal tessuto produttivo se non ottengono una adeguata visibilità, mentre potrebbero divenire punti di forza per le imprese nella misura in cui queste saranno in grado di impiegarle in nuove forme di lavoro.</p>
--

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Contesto e Motivazioni

la zona mugello ha già attivato forme di sperimentazione di percorsi finalizzati agli inserimenti lavorativi , confrontando le esperienze con il terzo settore e le associazioni di tutela della zona. il lavoro del tavolo parte quindi dai alcuni punti nodali già ad oggi evidenziati anche dai soggetti del terzo settore e dalle associazioni interessate attraverso i momenti di consultazione attivati dalla SdS Mugello. I temi principali possono essere così riassunti:

- affrontare la problematica in una logica di sistema, condividendo la volontà di mettere a fuoco percorsi e strategie zonali condivise che colleghino e orientino le attività di ciascun soggetto e sulle quali aggregare i diversi titolari di competenze
- ripensare l'intero percorso dal sistema della formazione e orientamento al lavoro, anche al fine di evitare il ripiegamento su risposte assistenziali improprie;
- Svolgere attività di sensibilizzazione e censimento delle risorse disponibili nel mercato del lavoro zonale profit e non profit. Elaborazione di una banca dati finalizzata all'abbinamento persona/risorsa lavorativa, accessibile per cooperative e i servizi; mappa dei bisogni;
- Individuare percorsi trasversali, non suddivisi in relazione alle diverse tipologie di utenze.
- Utilizzare la metodologia del lavoro per progetti individuali
- Implementare un approccio scientifico agli inserimenti , attraverso il ricorso alle équipes multidisciplinari, con un continuo lavoro di analisi, ricerca e sviluppo delle conoscenze
- Prevedere momenti di tutoraggio e verifica della esperienza di inserimento nel mondo del lavoro.
- Curare e sviluppare attività sul versante informativo e in particolare:
 1. rinforzare ed orientare maggiormente l'attività informativa degli sportelli sociali e degli altri punti informativi del sistema dei servizi sociosanitari verso i contenuti e i percorsi della disabilità,
 2. migliorare la diffusione delle informazioni che ogni singolo e le famiglie possono acquisire nell'ambito delle personali attività.
 3. organizzare una raccolta organica e multidisciplinare di tutte le informazioni che riguardano le categorie interessate, anche attraverso supporti informatici per realizzare una vetrina virtuale sulle disponibilità e competenze dei singoli soggetti consultabile dai soggetti interessati.
 4. verificare da parte delle Associazioni, la possibilità di organizzare momenti di consulenza da parte di professionisti quali avvocati, commercialisti, etc, in collaborazione con i diversi punti informativi;

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- 1) Individuazione dei soggetti rappresentativi per la formazione del tavolo
- 2) definizione delle tematiche; del calendario degli incontri e di altri eventuali interlocutori
- 3) Definizione e condivisione di accordi, linee guida metodologiche e procedure, entro il 31/12/2006

INDICATORI DEL PROGETTO	
1)	Presenza al tavolo di almeno l'80% sul totale dei soggetti coinvolti
2)	Verbale riunione con condivisione entro il 31/03/06
3)	Formalizzazione degli accordi definiti ed inizio sperimentazione entro i tempi individuati

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1	Entro febbraio 2006	Definizione dei soggetti e prima convocazione del tavolo
Fase 2	Entro maggio 2006	Prime bozze degli accordi, linee guida metodologiche e procedure necessarie
Fase 3	Entro giugno 2006	Confronti sulle bozze con tutti i soggetti interessati.
Fase 4	Entro novembre 2006	Validazione e formalizzazione degli accordi definiti
Fase 5	Entro dicembre 2006	Attivazione dei primi percorsi sperimentali
Fase 6	Entro dicembre 2007	Verifica dei lavori del tavolo ed eventuale riprogettazione

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												
Sesta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Non valutabile	/
Strutturali	Non valutabile	/
Di attrezzature	Non valutabile	/
Di personale	Personale dipendente dalla ASL e dagli enti locali zionali, del privato sociale, delle Associazioni di volontariato, della Provincia, delle Associazioni di categoria, delle OOSS	50gg uomo
TOTALE GENERALE		/

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		/

TITOLO DEL PROGETTO
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA SUL TERRITORIO

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	U.F. Sanità Pubblica Veterinaria del Mugello
Strutture coinvolte	
Altri soggetti coinvolti	Associazioni di Categoria, Ordine dei Medici Veterinari, Associazioni protezionistiche, Ministero della Salute
Responsabili del progetto	Ciro Longobardi, Vice Resp. U.F. Sanità Pubblica Veterinaria
Durata del progetto	Tre anni

PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI
<p>Il progetto si compone di due tronconi specifici, ciascuno dei quali trae origine da presupposti diversi. In particolare gli input sono determinati:</p> <p>A) dalla normativa comunitaria e nazionale (Direttiva 97/12/CE ed il D.Lgs 22/05/1999 n. 196) che individua la figura del "Veterinario riconosciuto" quale supporto alle attività di Sanità Pubblica Veterinaria. Egli infatti opera, con compiti di sorveglianza epidemiologica, sotto il controllo ufficiale della ASL presso le aziende zootecniche che lo richiedono. Questa nuova figura professionale Veterinaria dovrà essere in grado di inserirsi nel tessuto produttivo zootecnico locale (circa 650 aziende) per essere di valido supporto allo sviluppo delle attività zootecniche del territorio, che costituiscono oltre ad un polo economico significativo anche un valido strumento per il mantenimento degli insediamenti sociali nelle zone montane.</p> <p>B) Dalla carenza di strutture idonee per il controllo del randagismo, così come previsto dalla normativa vigente, che provoca disagio per la cittadinanza e criticità relative al benessere degli animali vaganti.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<p>Contesto e motivazioni:</p> <p>A) in relazione agli input riportati nel precedente punto A) nella zona si registrano ripetute richieste da parte degli allevatori alle Istituzioni per ottenere un supporto tecnico/professionale di buona qualità, attualmente di difficile reperimento. Peraltro tali istanze si possono collocare nella più generale esigenza di tutela del consumatore, che rappresenta l'interesse prioritario della Società della Salute e della Veterinaria Pubblica.</p> <p>B) In relazione agli input riportati nel precedente punto B) nella zona si registra da alcuni anni un significativo aumento di richieste di interventi per danni e disagi causati alla cittadinanza da animali vaganti sul territorio, per lo più si tratta di cani randagi. Inoltre la recente normativa relativa all'anagrafe dei cani prevede l'utilizzazione di microchips per identificare i cani, tale attività al momento non può essere svolta dal servizio pubblico per mancanza di strutture idonee.</p> <p>Attività previste:</p> <p>A) Realizzazione di un percorso formativo, già progettato congiuntamente dalle</p>

strutture tecnico-professionali dell'Azienda Sanitaria, la Presidenza e la Direzione della Società della Salute, l'Assessorato alle Politiche Agricole della Comunità Montana Mugello e le Associazioni di Categoria interessate. Verranno effettuate lezioni frontali in aula, esercitazioni teoriche e pratiche ed anche attività di addestramento sul campo.

I contenuti didattici sono riportati nella successiva tabella 1.

- B) È prevista la realizzazione di un canile di prima accoglienza comprensoriale e di un ambulatorio veterinario; queste strutture permetteranno di adeguare l'operatività alle indicazioni della normativa specifica per il settore (L.R. 41/03). In particolare le attività attinenti l'igiene urbana veterinaria sono rappresentate dall'identificazione con microchip dei cani e conseguente iscrizione all'anagrafe nazionale, alle operazioni di sterilizzazione delle gatte randagie in colonia, al pronto intervento nei confronti di animali randagi feriti o malati, agli interventi sanitari previsti dalla legge a favore dei cani catturati e dati in affidamento, alla cattura e successivo ricovero o restituzione al proprietario dei cani vaganti. Si prevede di predisporre il progetto tecnico entro il primo trimestre del 2006, termine ultimo per richiedere i finanziamenti finalizzati previsti dalla regione Toscana. Le opere murarie inizieranno non appena sbrighati tutti gli adempimenti burocratici ed amministrativi previsti dalle leggi e dai regolamenti. In attesa della realizzazione delle strutture le attività medico veterinarie di cui sopra saranno svolte presso un ambulatorio privato di un dipendente dell'ASL, che lo concede temporaneamente a titolo gratuito, mentre per le attività di cattura e ricovero saranno utilizzate le convenzioni ancora in atto tra Comuni, ASL e strutture private

Destinatari:

- A) Veterinari liberi professionisti che intendono operare nella Zona Mugello.
B) Amministrazioni comunali, cittadini proprietari di cani, Associazioni di tutela degli animali

TABELLA 1

Capitolo	Argomenti	Ore totali
Epizootologia	Situazione europea e mondiale	50
	Situazione italiana e locale	
	Emergenze epizootologiche	
	Attività dei centri epizootologici istituzionali	
Assistenza zoiatrica	Costruzione di piani di assistenza zoiatrica	80
	Gli aspetti di clinica pratica più frequenti nel Mugello	
	Gli aspetti di chirurgia pratica nel Mugello	
Igiene delle strutture zootecniche	Aggiornamenti legislativi	40
	Analisi ed aggiornamento sulla situazione locale	
	Costruzione di iniziative formative per gli addetti	
Benessere animale	Aggiornamenti legislativi	10
	Aggiornamenti sulla situazione locale e generale	
	Analisi del livello di percezione del problema	
Farmaceutica	Aggiornamenti legislativi	30
	Indirizzi di farmacovigilanza	
	Protocolli terapeutici	
	Residui - analisi dei dati	

Riproduzione	Aggiornamenti legislativi	20
	Efficienza riproduttiva - monitoraggio e analisi	
	Piani di miglioramento	
Produzioni animali	Aggiornamenti legislativi	60
	La qualità delle produzioni - alimentazione e salute	
	La sanità e salubrità delle produzioni	
	Piani di miglioramento della qualità delle produzioni	
	Promozione delle produzioni locali	
Malattie infettive	Aggiornamenti legislativi	70
	Situazione epidemiologica locale e nazionale	
	Piani di risanamento volontario	
	L'indagine epidemiologica	

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formare Veterinari libero professionisti per l'espletamento delle funzioni di "Veterinario riconosciuto" ▪ Rispondere alle esigenze espresse dagli allevatori locali
B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantire l'osservanza della legge in materia di randagismo ▪ Ridurre il disagio per la cittadinanza rappresentato dalla persistenza del fenomeno del randagismo canino e felino ▪ Aumentare il benessere dei cani randagi

INDICATORI DEL PROGETTO	
A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Almeno due Veterinari formati a fine progetto ▪ Disponibilità nella zona di almeno un Veterinario formato per ogni 10.000 animali da reddito allevati entro la fine del progetto
B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatorio aperto almeno due giorni al mese ▪ Sterilizzazione di tutte le gatte randagie in colonia censite ▪ Cani randagi catturati ed identificati entro 3 giorni dalla segnalazione nel 100% dei casi ▪ Percentuale dei cani affidati a privati rispetto ai cani catturati > del 20%

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1	A	Realizzazione del corso teorico-pratico con verifica finale
	B	Svolgimento delle attività di identificazione dei cani e sterilizzazione delle gatte in ambulatorio privato del veterinario dipendente dell'ASL

Fase 2	B	Progettazione e realizzazione del canile e dell'ambulatorio veterinario
Fase 3	B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apertura del canile comprensoriale con promozione dell'affidamento dei cani ▪ Apertura settimanale dell'ambulatorio

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO												
fasi	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
1A												
1B												
2B												
3B												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
A		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO IN EURO
Economiche	Compenso docenti	18.000,00
	Spese generali, rimborsi e materiale didattico	7.000,00
Strutturali		/
Attrezzature		/
Di personale	200 ore di lavoro del personale interno all'U.F. di Sanità Pubblica Veterinaria del Mugello per l'organizzazione	/
TOTALE GENERALE		25.000,00
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
B		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO IN EURO
Economiche	Spese di progettazione	5.000,00
Strutturali	Costruzione canile e ambulatorio	100.000,00
Attrezzature	Strumentazione tecnico-scientifica	10.000,00

Di personale	Circa 1.500 ore di lavoro del personale dell'U.F. di Sanità Pubblica Veterinaria del Mugello per lo svolgimento delle attività	/
TOTALE		115.000,00
TOTALE GENERALE		140.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO IN EURO
COMUNITÀ MONTANA MUGELLO	FONDO SOCIALE	10.000,00
REGIONE	PROGETTO MONTAGNA	15.000,00
MINISTERO DELLA SALUTE	FINANZIAMENTO CANILI	86.250,00
COMUNI	FINANZIAMENTO CANILI	28.750,00
ASL	Il progetto trova il necessario finanziamento nelle risorse che gli Enti coinvolti hanno già destinato alla retribuzione del proprio personale	/
TOTALE FINANZIAMENTO		140.000,00

TITOLO DEL PROGETTO	
LINEE GUIDA: L'INFORMAZIONE PER LA PREVENZIONE NEL COMPARTO SELVICOLTURA	

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	UF PISLL Zona Mugello
Strutture coinvolte	Regione Toscana, Direzione Diritto alla Salute, Settore Prevenzione e Sicurezza-Comunità Montane Mugello e Montagna Fiorentina-Università di Firenze, Dipartimento Scienze e tecnologie ambientali - UF PISLL Zona Sud Est
Altri soggetti coinvolti	Corpo Forestale dello Stato, Ente Parco, ecc.....
Responsabili del progetto	Roberto Bolognesi, U.F. PISLL Zona Mugello
Durata del progetto	Tre anni

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>Prevenzione degli infortuni in ambito forestale Impossibilità della UF PISLL di svolgere vigilanza capillare</p> <p>Contesto e motivazioni: le zone boschive coprono una parte rilevante del territorio di pertinenza della UF PISLL del Mugello, le attività in esse svolte presentano elevati indici di frequenza e gravità degli infortuni.</p> <p>L'indice di frequenza degli infortuni nelle attività in questione, secondo i dati nazionali INAIL 1997, è particolarmente elevato (38,6 - di gran lunga superiore a quello dell'industria); si tratta di infortuni spesso gravi, come dimostra il fatto che oltre il 10% è causa di invalidità permanente o morte (dati INAIL 1997), o come è desumibile dall' <i>indice di frequenza per gruppo di tariffa INAIL con conseguenza inabilità permanente</i> che per le lavorazioni meccanico agricole, tra cui si colloca l'attività di selvicoltura, è pari a 10,84 (terzo posto dopo facchinaggio e strade e ferrovie).</p> <p>I dati relativi ad una ricerca basata sul conteggio degli infortuni in attività boschive transitati dal pronto soccorso del P.O. di Borgo S. Lorenzo negli ultimi 5 anni, sono indicati nella tabella sottostante.</p> <p>Si può osservare un andamento sostanzialmente crescente, specie tra il 2002 e il 2003, la prognosi media sui primi certificati, calcolata nell'intervallo 1999-2002, è di 14,5 giorni (nello stesso periodo la prognosi media degli infortuni avvenuti nel Mugello nel comparto agricoltura è stata di 8,6 giorni).</p> <p>I dati desunti dai flussi informativi INAIL relativi agli anni 2000, 2001, 2002 (disponibili e consultabili presso la nostra U.F.), non aggiungono elementi significativi a quelli illustrati sopra.</p> <p>Attività previste Redazione di linee guida e schede tecniche inerenti il rispetto delle norme di sicurezza e l'adozione di procedure sicure nella effettuazione di attività di deforestazione . Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del piano riteniamo opportuno affrontare anche il problema degli incendi boschivi, visto dai due versanti della loro prevenzione e della prevenzione del danno per gli operatori forestali, attraverso l'attuazione delle procedure sicure e l'adozione dei sistemi protettivi necessari. A tal fine il rapporto con le Comunità Montane appare quanto mai opportuno, viste le loro competenze in merito condivise con altri enti pubblici (enti locali, Regione, Enti Parco) in collaborazione con il Corpo Forestale dello Stato. Sarà nostra cura prendere contatti anche con il Comando locale dei Vigili del Fuoco per un loro coinvolgimento relativamente all'ambito operativo di loro competenza.</p> <p>Destinatari Datori di lavoro, loro consulenti, lavoratori, lavoratori autonomi</p>
--

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
1	Miglioramento delle conoscenze relative al quadro normativo, agli aspetti tecnici, procedurali e organizzativi in funzione della prevenzione e/o riduzione del danno causato dall'attività lavorativa di deforestazione

INDICATORI DEL PROGETTO	
1	Aumento del 10% del valore medio dei punteggi ricavati dall'elaborazione di un questionario somministrato ai soggetti interessati all'atto della presentazione del documento e dopo 3 mesi dalla sua consegna.

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Redazione delle linee guida
Fase 2		Redazione delle schede
Fase 3		Diffusione delle l.g. ad almeno il 60% delle aziende censite
Fase 4		Verifica tramite elaborazione di questionario dell'efficacia delle l.g.
Fase 5		Diffusione delle schede ad almeno il 60% delle aziende censite
Fase 6		Verifica tramite elaborazione di questionario dell'efficacia delle schede

Tempi di realizzazione del progetto												
FASI	Trimestri anno 2005				Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima												
Seconda												
Terza												
Quarta												
Quinta												
Sesta												

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche		
		/
Strutturali	Collaborazione con Università Firenze	10.000,00
	Stampa delle I.g. e delle schede in rispettive 10000	30.000,00
	Spese generali aziendali	5.500,00
	Pubblicazione di opuscoli informativi	4.000,00
Di attrezzature	Acquisto 4 computer e software	4.500,00
TOTALE GENERALE		54.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE TOSCANA		50.000,00
COMUNITÀ MONTANE MUGELLO E MONTAGNA FIORENTINA		1.000,00
A.USL 10 DIPARTIMENTO PREVENZIONE		3.000,00
TOTALE FINANZIAMENTO		54.000,00

TITOLO DEL PROGETTO	
INTERVENTI COORDINATI E FINALIZZATI ALLA LOTTA CONTRO LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO DOPING NEL MONDO DELLO SPORT GIOVANILE E ADULTO AMATORIALE	

DATI GENERALI DEL PROGETTO	
Soggetto proponente	Unità funzionale sovrazonale di medicina dello sport
Soggetti istituzionali coinvolti	Dipartimento Prevenzione, S.S.Educazione alla salute, Enti Territoriali. SeRT
Altri soggetti coinvolti	Istituzioni scolastiche, CONI, Enti di promozione sportiva, Assessorato allo sport della Provincia di Firenze, Associazioni del Volontariato
Responsabili del progetto	Lorenzo Liverani Resp. U.F. Medicina dello Sport
Durata del progetto	24 mesi

<p>PREMESSA: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA CHE SI VUOLE AFFRONTARE E DELLO STATO ATTUALE DEI SERVIZI</p> <p>La sensibilizzazione della comunità in merito al fatto che il rischio doping non si contrasta solo nelle tradizionali forme repressive delegate alle federazioni sportive ma si combatte con l'acquisizione della consapevolezza che il rischio peggiore è il sovvertimento del principio che lo sport deve conservare le categorie di piacevolezza, divertimento e quindi di investimento per la salute della comunità. La Comunità locale deve affrontare il problema con iniziative partecipate e condivise.</p>

DESCRIZIONE DEL PROGETTO
<p>Contesto e motivazioni</p> <p>Attività previste: Gli Enti Territoriali (Regione, Provincia e Comuni) i servizi della ASL in collaborazione coordinata con il CONI e le Associazioni di Volontariato affrontano, assieme alle società sportive della zona, il rischio doping tramite attività formative e, sul campo, con il monitoraggio del " rischio di esposizione " degli atleti più giovani con il controllo analitico di campioni urinari raccolti da atleti che consapevolmente e in via anonima depositano il campione biologico. Gli enti territoriali vincolano le società del territorio alla partecipazione degli atleti, dei loro genitori e degli operatori alle attività di formazione e aggiornamento e di raccolta dei campioni.</p> <p>Destinatari: Atleti, operatori sportivi, genitori e mondo della scuola.</p>

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	
	Fornire agli sportivi, attraverso iniziative di formazione specifica, la consapevolezza che il ricorso alla assunzione di sostanze vietate per doping costituisce un grave ed inaccettabile rischio per la salute ed è contrario ai principi fondamentali di etica dello sport
	Monitoraggio della situazione attuale per quanto attiene il ricorso, da parte degli sportivi, all'utilizzo di sostanze dopanti

INDICATORI DEL PROGETTO	
	Almeno 5 incontri con atleti e loro genitori
	Almeno 150 campioni urinari analizzati presso il laboratorio regionale antidoping dell'Azienda U.S.L. 10 di Firenze

FASI DEL PROGETTO		
Fase 1		Incontri con il CONI e amministrazioni comunali e associazioni del volontariato per programmare il coinvolgimento delle società sportive della zona
		Incontri con la S.S. Educazione alla salute e le Direzioni Scolastiche per programmare interventi nelle scuole.
Fase 2		Incontri con i dirigenti delle società sportive e gli assessorati allo sport dei comuni per l'elaborazione di un accordo vincolante di partecipazione al progetto
Fase 3		Sottoscrizione del patto fra enti locali, società sportive e ASL di impegno alla lotta contro il doping
		Raccolta delle adesioni delle società sportive che aderiscono
		Individuazione delle discipline sportive da monitorare
Fase 4		Incontri con genitori, operatori ed atleti in collaborazione con Associazioni di Volontariato al fine sensibilizzare il target e socializzare esperienze comuni.
		Raccolta dei campioni urinari nelle sedi di allenamento delle società sportive individuate o nell'ambulatorio di medicina dello sport previo raccolta di consenso informato da parte dell'atleta ovvero, nel caso di minorenni, dei loro genitori.
Fase 5		Analisi dei campioni da parte del laboratorio regionale antidoping della ASL
		Elaborazione, discussione e socializzazione in sedi pubbliche dei risultati

fasi	Trimestri anno 2006				Trimestri anno 2007			
	I°	II°	III°	IV°	I°	II°	III°	IV°
Prima								
Seconda								
Terza								
Quarta								
Quinta								

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	COSTO
Economiche	Contributo al Costo analisi antidoping dei 150 campioni	15.000,00
Strutturali		/
Di attrezzature	Materiale didattico	1.000,00
	Attrezzatura per raccolta, conservazione e trasporto dei campioni urinari	500,00
Di personale	25 ore di medico specialista	1.500,00
TOTALE GENERALE		18.000,00

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO		
ENTE FINANZIATORE	PROVENIENZA/TIPOLOGIA	IMPORTO
REGIONE TOSCANA		15.000,00
DIPARTIMENTO PREVENZIONE		1.500,00
SDS MUGELLO		1.500,00
TOTALE FINANZIAMENTO		18.000,00

6 AMBITI DI SUCCESSIVA PROGRAMMAZIONE

MINORI, ADOLESCENTI E GIOVANI

L'analisi del cambiamento sociale in atto nel nostro territorio svolta dai servizi e integrata dalle osservazioni dei tavoli della partecipazione hanno evidenziato l'aumento delle problematiche educative di bambini e adolescenti, più acute nei paesi del fondovalle, mentre nei Comuni montani si riscontra una accentuazione della difficoltà ad intervenire sulle delicate problematiche familiari, educative e sul disagio giovanile. Emerge una necessità di promuovere il protagonismo giovanile, anche attraverso l'attivazione di gruppi informali, di spazi e luoghi dedicati dove sperimentare modalità di autogestione. Parallelamente si riscontra una particolare carenza di servizi e la necessità di dare risposte ai bisogni più o meno espressi, soprattutto nella fascia d'età adolescenziali e giovanili e ai bisogni delle famiglie con interventi di supporto alla genitorialità

Una più approfondita conoscenza delle problematiche attinenti a questa fascia di età potrà essere raggiunta dal costituendo Osservatorio Laboratorio Sociale, previsto dal Piano Educativo Zonale ma necessariamente collegato alle diverse realtà associative, educative e dei servizi rivolti ai giovani: infatti l'Osservatorio va ad iniziare la propria attività sul territorio come centro di rilevazione ed elaborazione dei dati, utili alla definizione dei bisogni emergenti nella zona, alla progettazione e alla verifica degli interventi.

L'esperienza di lavoro nel territorio con i gruppi informali di adolescenti e giovani rilevati attraverso il servizio zonale del BUS in Piazza segnalato negli ultimi anni la presenza di nuove situazioni che si presentano come sintomi di un malessere diffuso in questa fascia di popolazione anche nella zona. Questi dati sono confermati anche dal Ser.T Zona Mugello che registra un incremento di nuovi utenti al servizio, in particolare dell'utenza femminile. Il rilevamento svolto dal servizio Bus In Piazza registra, anche attraverso le narrazioni di strada, una forte richiesta di spazi dove potersi incontrare, dove poter progettare e gestire attività nel territorio per poter esprimere la propria soggettività.

Il recupero funzionale di locali di proprietà pubblica nei Comuni di Barberino (in Località Cavallina), Marradi, Dicomano e Borgo San Lorenzo costituiscono un'opportunità per la promozione del protagonismo giovanile, per favorire la rappresentanza e la cittadinanza sociale attiva tramite forme sperimentali (anche parzialmente assistite nella fase iniziale) di gestione diretta di spazi di iniziativa giovanile.

Ancora insufficienti sono i servizi, gli interventi e le iniziative, consolidate sul territorio zonale e quelli esistenti sono spesso frammentati e non coordinati tra loro.

Manca infatti un'attività zonale di coordinamento che possa concorrere alla:

- costruzione di strumenti progettuali comuni attraverso interventi di coordinamento pedagogico e di aggiornamento degli educatori;
- messa in rete delle esperienze attive o in fase di attivazione in tutti i Comuni della Zona
- realizzazione di livelli sovra-comunali di progettazione degli interventi;
- esigenza di costruire risposte sperimentali più flessibili ed aderenti ai bisogni attraverso interventi itineranti che tendono ad intercettare i ragazzi all'interno dei gruppi informali;
- alla qualificazione e valorizzazione di spazi di aggregazione da mettere a disposizione degli adolescenti e dei giovani.

La necessità del coordinamento tra le politiche educative e i temi del disagio, in particolare quello scolastico, si pone con ancora più urgenza in riferimento ai diversi ambiti di programmazione delle politiche educative, che hanno una propria tempistica e la collocazione dei Comuni di Dicomano, Londa e San Godenzo con la Comunità Montana Montagna Fiorentina per queste tematiche. Sarà importante quindi definire strumenti metodologici e percorsi condivisi anche con la CM Montagna Fiorentina e in particolare con la Conferenza dell'Istruzione di riferimento per una programmazione concordata.

E' necessario porre inoltre attenzione alla integrazione delle politiche, dei servizi ai giovani e alle famiglie attraverso una lettura dei progetti che fanno riferimento ai diversi piani territoriali di intervento, dall'orientamento e formazione professionale che è a cura della Provincia, agli interventi di prevenzione al disagio giovanile che si avvalgono di risorse del Fondo Nazionale Lotta alla Droga, agli interventi previsti nei Progetti Integrati d'Area del Diritto allo Studio.

Un altro aspetto da approfondire riguarda il dato riferito ai minori vittime di maltrattamenti ed abusi in famiglia segnalati all'Autorità giudiziaria, il cui tasso medio annuo, è superiore a quello regionale. Il fenomeno, che ha motivato la partecipazione della zona ad un progetto regionale di area vasta per migliorare le competenze degli operatori e analizzare la complessa problematica, deve trovare collocazione nella riflessione più ampia sulle problematiche dei minori e degli adolescenti già indicata. Un aspetto significativo della riflessione e dei progetti sarà l'attenzione da dedicare alle famiglie, alle loro difficoltà nello svolgere i ruoli genitoriali sia nelle situazioni di sostanziale equilibrio, sia per quei nuclei le cui condizioni siano aggravate da separazioni, (significativo in questo senso il peso del 12% dei nuclei monogenitoriali con figli), conflittualità, difficoltà economiche, sociali, o da patologie che comunque incidano sulla capacità genitoriali; In quest'ambito si auspica di poter promuovere l'avvio del Centro affidi zonale, che può incidere sulla cultura dell'affido tra le famiglie della comunità e sviluppare una risorsa importante per la tenuta complessiva del tessuto delle famiglie. Elemento portante è la necessaria attività di formazione e aggiornamento degli operatori che intervengono su queste tematiche

IMMIGRATI, MARGINALITA' e SALUTE MENTALE

La marginalità sociale che viene riscontrata nel Mugello riguarda tre fondamentali diverse tipologie: immigrati, persone soggette a problemi di dipendenza, soggetti "fragili" (con questo termine si individuano barboni, psichiatrici, anziani non ancora del tutto autosufficienti, adolescenti e giovani con disagio sociale e/o economico e/o educativo). Ognuna di queste tipologie mentre richiede interventi che chiamano in questione la cittadinanza nel suo complesso (accoglienza, attività di rete, attività di sostegno), vuole anche specifiche attenzioni attraverso valutazioni pertinenti i singoli problemi (con una équipe multiprofessionale quando occorre), interventi professionali coordinati con le attività volontarie e l'integrazione sociale delle comunità locali. Sta in questa complessità operativa la difficoltà tecnica per rispondere correttamente alla marginalità e alle sue fragilità personali.

Alla situazione già presentata si aggiunge l'attuale crisi economica che prolungandosi determina cortocircuiti che cambiano la natura e la consistenza dei problemi, facendoli diversi dal passato e tutti strettamente interconnessi, così che ne risulta una maggiore difficoltà di comprensione e di soluzione. Le emergenze che vengono segnalate nel territorio zonale sono relative al reddito, alla casa, al cibo, al lavoro.

Risultano allora come bisogni nuovi (cioè bisogni che manifestano l'esigenza di nuove regole e di nuovi valori) quello della casa e quello che riguarda l'educazione (in termini di sostegno - accompagnamento).

Si ipotizza che le problematiche potranno essere affrontate con il seguente metodo:

- Condivisione dell'esame della situazione da parte di tutte le componenti che attivano il Piano Integrato di Salute perché successivamente ognuno possa svolgere il proprio specifico ruolo in modo coordinato con gli altri cogliendo gli elementi trasversali dei problemi.
- Esame in ambito PUA delle situazioni multiproblematiche.
- Attivazione coordinata delle risorse di comunità per affrontare i singoli casi.
- Valutazione condivisa degli esiti.

A causa della restrizione delle risorse occorre scegliere le priorità d'intervento anche sulla base delle sinergie possibili, perché sia ottimizzato l'uso di tutte le risorse disponibili della comunità (pubbliche e private). In tempi di crisi economica è importante non lasciare la prevenzione per inseguire le emergenze. In questo senso si individuano due proposte fondamentali:

1. attivare il lavoro come opportunità d'integrazione
2. offrire modi di rappresentanza all'immigrazione.

Alcuni spunti di lavoro possono essere così sintetizzati:

immigrati:

- dare voce agli immigrati irregolari attraverso l'attivazione di una formale rappresentanza sociale e politica degli immigrati regolari;
- analisi della specifica realtà delle donne immigrate, spesso del tutto avulse dal contesto sociale mediato dai figli e dai mariti, oppure sole a sostenere il carico familiare;
- affrontare le criticità a scuola rappresentate da bande "nazionali";
- stipula di un protocollo d'intesa con SdS per la prevenzione sanitaria nei confronti degli immigrati appena giunti.

dipendenze:

- definire una nuova connotazione di dipendenza che sia connessa ai nuovi fenomeni (acquisti a rate, gioco d'azzardo, ecc.)
- rivendicare attenzione e finanziamenti corrispondenti al ruolo di reinserimento svolto nel territorio del Mugello per gli ex-tossici ospitati nelle comunità (130 posti residenziali);
- far conoscere il modello d'intervento che si è positivamente evoluto nel Mugello con il progetto di "promozione del benessere" e il ruolo centrale che in esso riveste il privato sociale;
- considerare la filiera dei servizi perché la marginalità ha cambiato gli utenti.

marginalità:

- riprendere la ricerca su cosa è marginalità oggi, senza confini settoriali;
- verificare il fenomeno dei barboni che vengono inseriti dal Comune di Firenze in RSA della nostra zona;
- approfondire la nuova marginalità sociale degli adolescenti senza riferimenti educativi;
- esempio per combattere la marginalità col lavoro: costituire una cooperativa di servizi di donne albanesi.

Le problematiche della salute mentale sono state affrontate anche nell'area dei progetti di sistema, in cui prevale l'attenzione per un approccio che sposti l'attenzione dalla malattia alla salute mentale. Una proposta significativa in tal senso, ancora in via di approfondimento, è rappresentata dal coinvolgimento della CM Mugello che, insieme ai

servizi e al mondo delle cooperative, intende sperimentare lo sviluppo di una attività lavorativa ad oggi principalmente terapeutica verso l'avvio di una esperienza di inserimento nel contesto produttivo locale; il progetto è attualmente da verificare nei suoi molteplici aspetti e le linee di indirizzo saranno approfondite nel redigendo Piano di sviluppo della CM Mugello 2006-2008.

AMBITI DI INTERVENTO	PROGETTI
MINORI, ADOLESCENTI, GIOVANI	<ol style="list-style-type: none">1. Percorso nascita2. Centri di ascolto nelle scuole3. Valutare la prevenzione su adolescenza e stili di vita4. Interventi a prevenzione del morbillo e della rosolia5. Fondo solidarietà allontanamento minori6. Educativa Domiciliare7. Pronta accoglienza8. Miglioramento dei percorsi informativi dei consultori9. Lago costa e dintorni10. Progetto Referente Organizzativo Adozione e Referente Zonale Minori11. La scuola dei bambini: corpo, mente e fantasia13. Centro affidi zonale14. Progetto benessere
IMMIGRATI, MARGINALITA' e SALUTE MENTALE	<ol style="list-style-type: none">1. Villaggio La Brocchi2. Laboratorio spazio3. Progetto benessere

6.1 I PROGETTI ATTIVI

TITOLO	
PERCORSO NASCITA	
ATTIVITA'	<p>Il progetto prende in esame la gravidanza fisiologica, secondo un programma omogeneo di interventi regolati sulla base delle indicazioni regionali.</p> <p>E' comprensivo del monitoraggio della gravidanza sulla base di un calendario regionale di richiesta di esami ematici specifici e strumentali comprese le tre ecografie effettuate in tempi prestabiliti, di controlli clinici effettuati da ginecologi consultoriali, . dei corsi di preparazione alla nascita,</p> <ul style="list-style-type: none"> . degli incontri dopo il parto . della costituzione degli ambulatori puerperali . delle visite domiciliari nel puerperio realizzate in forma attiva . degli interventi finalizzati al sostegno dell'allattamento al seno
FINALITA'	<p>Il progetto si propone di monitorare la gravidanza fisiologica secondo protocolli regionali di omogeneità delle prestazioni, di efficacia e di qualità degli interventi a tutela della salute della madre e del bambino.</p>
UTENTI RAGGIUNTI	<p>A tutte le donne in gravidanza e puerperio. Alle coppie.</p>
STRUTTURE COINVOLTE	<p>U.O. C.P - Ostetriche territoriali - Ginecologi Sumai - Ginecologi ospedalieri Presidio di Borgo S. Lorenzo</p>

TITOLO	
CENTRI ASCOLTO	
ATTIVITA'	<p>Si può ormai considerare una iniziativa storica, la presenza di Centri di Ascolto gestiti da operatori dell'Azienda Sanitaria della, Zona Mugello in collaborazione con la Comunità Montana Mugello, attraverso la progettazione dei Piani integrati di area per il diritto allo studio (educatori e Psicologi del Sert, dell'UFMI, della Comunità Montana Mugello) nelle Scuole Secondarie di Secondo Grado, nelle scuole secondarie di primo grado e nelle scuole Primarie del territorio .</p> <p>Questo progetto prevede la presenza di due operatori, con una cadenza quindicinale, all'interno di ciascun plesso scolastico, con lo scopo di essere punto di riferimento per gli insegnanti, genitori ed alunni nella creazione di percorsi comunicativi all'interno della scuola e nell' attuare collegamenti con i servizi del territorio.</p> <p>Il progetto si propone, non tanto di dare risposte in senso clinico e specialistico alle domande portate, ma di essere presenti come " adulti competenti " in un'area che non afferisce alla patologia, ma che presenta numerosi, variegati e per certi aspetti, nuovi settori di criticità.</p> <p>Sono previsti anche interventi con gruppi di genitori, interventi in classe con gruppi di studenti</p>
FINALITA'	<p>Obiettivo di questa proposta è quello di costruire un punto di riferimento all'interno della scuola usufruibile dagli insegnanti, dai genitori e dagli studenti con lo scopo di accogliere, accompagnare e supportare le tematiche e problematiche delle relazioni sia individuali che di gruppo, all'interno di un'ottica di intervento a indirizzo chiaramente preventivo.</p>
UTENTI RAGGIUNTI	<p>Studenti, genitori, insegnanti delle scuole secondarie di primo e secondo grado del territorio della C.M. Mugello</p> <p>Genitori e insegnanti della scuola dell'infanzia e primaria della C.M. Mugello</p> <p>Dati del Centro Ascolto nelle Scuole Secondarie di secondo grado del Mugello anno 2004/05:</p>

Scuola	N presenze nella scuola	N colloqui	N colloqui nuovi	N temi	N temi nuovi	N studenti	M	F	con genitori	con insegnanti
Totali	45	166	89	314	238	329	162	162	4	35
G U liceo	7	12	5	15	9	8	3	5	0	4
C C turist/az.	13	77	29	149	102	182	93	89	2	8
C C serv sociali	12	47	34	81	67	73	5	68	0	15
C C mecc/elett.	13	30	21	69	60	66	66	0	2	8

Dati dei Centro Ascolto nelle scuole secondarie di primo grado, Anno 2004/05.

Scuola	N° pres. nella scuola	TOT PREST	COLLOQUI						
			TOT COLL	di cui con studen.	di cui con insegn	di cui con genitori	di cui con gen+ins	di cui con gen+stu	di cui con altri
Barberino	13	44	42	5	7	18	5	6	1
Borgo elemen.	16	29	25	0	3	14	8	0	0
Borgo medie	14	34	27	9	4	9	2	1	2
Pratolino	14	58	55	20	16	15	4	0	0
Scarperia	16	52	43	11	8	18	6	0	0
S.Piero	18	44	33	3	4	21	5	0	0
Vicchio	16	61	51	25	9	12	5	0	0
TOTALE	107	322	276	73	51	107	35	7	3

STRUTTURE
COINVOLTE

ASL, Ser.T , UFMI , Comunità Montana Mugello, Istituti scolastici e Comuni del territorio della comunità Montana Mugello.

TITOLO	
FONDO DI SOLIDARIETÀ PER IL SOSTEGNO AGLI INTERVENTI DI ALLONTANAMENTO DEI MINORI A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DEL TRIBUNALE	
ATTIVITA'	<ol style="list-style-type: none">1. Invio richiesta ai Comuni affinché, coloro che ne hanno diritto, possano presentare le note comprovanti le spese sostenute nel corso dell'anno precedente per collocare minori, allontanati dalla famiglia di appartenenza o in stato di abbandono, in Istituti, in seguito a decreto di allontanamento del Tribunale.2. Raccolta delle note inviate dai Comuni, controllo dei requisiti per l'accesso dei Comuni al rimborso dovuto3. Successivo rimborso
FINALITA'	<ol style="list-style-type: none">1. Coinvolgimento di tutti i Comuni della Zona Socio Sanitaria, aventi diritto, affinché possano usufruire di un aiuto economico .2. Il rimborso viene erogato in modo proporzionale alla spesa sostenuta rispetto all'intero budget disponibile, per un massimo del 40% dell'intera cifra spesa dai Comuni.3. Il rimborso degli ultimi tre anni ha ricoperto solo il 10% dell'intera cifra sostenuta realmente per tale servizio dai Comuni, ma l'importanza è che l'iscrizione di questa cifra permette ai Comuni stessi di accedere ad un rimborso più sostanzioso derivante dal Fondo di solidarietà.
UTENTI RAGGIUNTI	<ol style="list-style-type: none">1. Soggetti minori allontanati dalla famiglia di appartenenza o in stato di abbandono collocati in Istituti in seguito a decreto del Tribunale dei Minori.
STRUTTURE COINVOLTE	<ol style="list-style-type: none">1. Servizi Sociali dei Comuni e della ASL2. Ufficio amministrativo della Comunità Montana Mugello3. Società della Salute Mugello

TITOLO	
PROGETTO DI EDUCATIVA DOMICILIARE	
FINALITA'	<p>Il progetto si colloca all'interno di una serie di interventi comprensoriali rivolti a minori con difficoltà familiari e/o sociali, e ha previsto la riorganizzazione complessiva e l'affidamento tramite gara ad un interlocutore unico per la gestione di interventi educativi che comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educativa domiciliare • Centro affidi • Aiuto personale per disabili <p>finanziati attraverso la programmazione zonale e fondi comunali e gestito da operatori sociali della asl e dei Comuni. Complessivamente il progetto di educativa domiciliare persegue le seguenti finalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offrire un sostegno socio-educativo a minore e famiglia attraverso la figura di un educatore che entra nella rete dei rapporti familiari e extrafamiliari con una funzione di: <ul style="list-style-type: none"> • supporto rispetto alle situazioni di crisi, di stress e di modifiche degli equilibri familiari; • facilitazione della ripresa di rapporti e di comunicazione all'interno del nucleo; • rottura delle condizioni di isolamento; • stimolo alla scoperta e all'utilizzo di risorse e capacità personali. 2. Sostegno nelle funzioni di cura, accadimento personale e nella gestione delle proprie attività e dei propri spazi. 3. Consentire ai minori e ai loro familiari l'acquisizione e lo sviluppo di competenze necessarie per affrontare momenti di crisi. 4. Ridurre i gravi insuccessi scolastici per minori a rischio. 5. Sostenere, orientare e facilitare percorsi di socializzazione e di utilizzo delle risorse aggregative della comunità di appartenenza. 6. Monitorare e sostenere i percorsi di crescita dei nuclei familiari di minori a rischio, anche in presenza di prescrizioni del Tribunale per i minori. 7. Orientare e sostenere le famiglie e i minori nell'utilizzo autonomo e appropriato delle risorse territoriali di servizi 8. Sostenere i nuclei negli adempimenti previsti in caso di affidamenti giudiziali e consensuali
UTENTI RAGGIUNTI	<p>Beneficiano dell'intervento soggetti residenti nei Comuni della Zona sociosanitaria Mugello con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minori, o giovani a rischio, con situazioni di disagio sociale e problematiche comportamentali relazionali, ecc seguiti dai servizi socio-sanitari zonali, • Minori in affido familiare consensuale o giudiziale
STRUTTURE COINVOLTE	Comuni zona Mugello, C M Mugello, ASL 10- Mugello, Cooperativa aggiudicataria, operatori sanitari e sociali, agenzie educative territoriali; associazioni di tutela del territorio

TITOLO	
GESTIONE DEL SERVIZIO PRONTA ACCOGLIENZA MINORI	
ATTIVITA'	Convenzione con la Cooperativa Arca, che gestisce il Centro residenziale il Mandorlo in località Polcanto (Comune di Borgo San Lorenzo), per la riserva alla zona socio-sanitaria Mugello di un posto residenziale per la pronta accoglienza di minori di età compresa tra gli otto e i diciotto anni su proposta dei servizi di assistenza sociale integrata (SIM). Il minore deve essere in situazione di disagio e/o disadattamento sociale, tale da richiedere la necessità di una collocazione temporanea per far fronte a gravi e contingenti problemi di mancanza di idonee alternative residenziali
FINALITA'	Offerta di risposte tempestive a situazioni a carattere di urgenza, per minori con necessità di allontanamento dalla famiglia o in stato di abbandono
UTENTI RAGGIUNTI	Minori residenti o comunque presenti nel territorio della Società della salute
STRUTTURE COINVOLTE	Servizi sociali della Comunità Montana Mugello, Uffici servizi alla persona dei Comuni della zona socio-sanitaria, Servizio sociale integrato (SIM), Cooperativa ARCA

TITOLO	
MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI INFORMATIVI ED EDUCATIVI RELATIVI ALLE ATTIVITA' CONSULTORIALI DI PREVENZIONE	
ATTIVITA'	Creazione di una brochure plurilingue, che illustri i servizi, le finalità, i professionisti presenti nei consultori, i punti di erogazione, i numeri telefonici. Saranno consegnati attivamente presso i consultori, uffici relazione con il pubblico, sedi sociali, ambulatori medici.
FINALITA'	Il progetto parte dalla considerazione che i servizi consultoriali nei quali parte integrante è la presenza di percorsi di informazione, educazione e prevenzione, presentano spazi per migliorare le loro azioni, con particolare riferimento nei confronti delle fasce più fragili della popolazione della Zona Mugello. L'intento è portare a conoscenza in modo capillare la presenza e le azioni delle strutture territoriali consultoriali nell'ambito della prevenzione per una maggiore facilitazione all'accesso dei servizi sulla base dei bisogni individuali.
UTENTI RAGGIUNTI	Popolazione maschile e femminile in età fertile con particolare riguardo alle fasce più deboli.
STRUTTURE COINVOLTE	Ostetriche del Territorio-ASV-Ginecologi-Psicologi-MMG-PLS-Assistenti Sociali- Uff. URP dei Comuni

TITOLO
“LAGO COSTA E DINTORNI”

ATTIVITA'	<p>A cavallo dello spartiacque appenninico è situata la terra mugellana, vissuta per secoli all'ombra e al respiro della città di Firenze.</p> <p>Terra toscana, ricca di storia e di testimonianze artistiche e soprattutto terra di ambienti diversi, dall'aspra bellezza dell'Alto Mugello selvaggio e poco popolato, alle dolci linee dell'aperta conca punteggiata di borghi della valle.</p> <p>Terra appenninica, bella e intima, coperta sui crinali dalla marea verde di boschi di faggio, castagno e quercio, coltivata in valle a seminativo come armonioso mosaico, attraversata dal fiume Sieve. Poco più di 10 milioni di anni fa spinte compressive formarono una grande conca che ben presto i corsi d'acqua, senza più sfogo, trasformarono in un lago. Il bacino si estendeva per circa 300 chilometri quadrati dai Monti della Calvana alle Balze di Vicchio. Non è difficile immaginare qual'era allora il paesaggio del Mugello, i sedimenti portati successivamente dai torrenti decretarono la fine del lago lasciando un piatto e fertile fondovalle</p> <p>Oggi la vallata ospita una nuova grande distesa d'acqua, l'invaso artificiale di Bilancino che occupa proprio uno dei settori in cui era diviso l'antico bacino. Il lago di Bilancino, contenente 69 milioni di metri cubi di acqua con una profondità massima di 31 metri ed una superficie complessiva dello specchio di acqua pari a 5 kmq , si presenta come una risorsa turistica offrendo molteplici attività all'area aperta.</p> <p>Oltre alla pesca sportiva il lago permette di praticare sport come la vela, la canoa, il windsurf. Inoltre intorno al lago sono stati realizzati percorsi pedonali, cicloturistici e l'Oasi naturalistica di Gabbianello .</p> <p>Il territorio del Mugello offre anche la possibilità di effettuare percorsi trekking, escursioni in mountain bike, escursioni a cavallo, visite ai musei facenti parte del Sistema Museale Territoriale,</p> <p>Queste caratteristiche creano i presupposti ideali per consentire ai ragazzi di trascorrere una settimana di vita all'area aperta a contatto con l'ambiente, la storia , le tradizioni del territorio, riscoprire il gusto del mangiar sano e la qualità della vita. Nel corso della settimana i ragazzi parteciperanno a corsi di vela, escursioni naturalistiche, itinerari storici ed artistici, percorsi in mountain bike.</p> <p>Saranno organizzate visite guidate al “Museo della Civiltà contadina di Casa d'Erci”, antico mulino ad acqua di Grezzano, agli impianti della Diga di Bilancino.</p>
-----------	--

FINALITA'	<p>Il progetto è rivolto agli studenti della scuola media inferiore, si pone l'obiettivo di far conoscere ai ragazzi le risorse ambientali del territorio, la storia, l'arte, le tradizioni popolari, il gusto del "mangiar sano" attraverso momenti di educazione e formazione che favoriscano l'acquisizione di corretti stili di vita anche attraverso l'educazione tra pari.</p> <p>Sviluppare una cultura orientata ai valori dell'incontro, della solidarietà nel rispetto di ogni diversità.</p>
-----------	---

UTENTI RAGGIUNTI	Ragazzi dagli 11 ai 14 anni
------------------	-----------------------------

STRUTTURE COINVOLTE	<ul style="list-style-type: none">• Regione Toscana, Comunità Montana del Mugello, Bilancino s.p.a, Azienda 10 Zona Mugello, Club Nautico Mugello, Associazione "Progetto accoglienza", Ischetus p.s.c.
---------------------	---

TITOLO	
PROGETTO REFERENTE ORGANIZZATIVO ADOZIONE E REFERENTE ZONALE MINORI	
ATTIVITA'	<p><u>ROA</u> - i compiti definiti dall'Accordo di programma regionale vengono svolti dalla figura di Assistente Sociale e dall'Amministrativo e sono i seguenti: cura e monitoraggio zonale delle attività relative all'adozione; raccolta delle domande di disponibilità all'adozione inviate da parte del Tribunale per i minori e cura della assegnazione della pratica all'operatore competente in base al territorio: Verifica degli adempimenti istituzionali nei tempi previsti dalla legge; collaborazione all'attuazione di un Osservatorio, con la raccolta di dati sulla quantità e qualità delle prestazioni in materia di adozione; informazione e coinvolgimento degli operatori sulle suddette attività nell'ambito di ciascuna zona; collaborazione con gli organismi regionali per la costruzione di una rete di servizi coordinati su tutto il territorio regionale.</p> <p><u>REFERENTE ZONALE MINORI</u> - I compiti sono definiti nella Delib.C.R. n. 238/2003 e sono i seguenti: ricondurre a unità l'area degli interventi minorili; attuare modalità di lavoro integrato con la ASL nei confronti della Autorità Giudiziaria Ordinaria e Minorile; curare e coordinare le attività professionali; collaborare alla programmazione e coordinare le risorse esistenti, in collegamento con gli operatori responsabili della zona; collaborare alla determinazione del budget annuale di area per tutta la zona e alla sua verifica, per quanto possibile nella organizzazione dei servizi zonale; svolgere attività di monitoraggio e di valutazione dell'area minori.</p> <p>Inoltre il referente minori partecipa alla Commissione di Vigilanza sulle strutture per minori; assicura il collegamento con gli istituti di ricerca e monitoraggio; cura gli ambiti della formazione e aggiornamento; partecipa per la zona alle attività e ai progetti di area vasta, attualmente sono in corso i progetti gestiti dalla Regione Toscana denominati "Mamma segreta" e "Interventi per i minori vittime di abusi"</p>
FINALITA'	<p>Il progetto intende assicurare continuità e consolidare l'attività delle due figure di coordinamento zonale nell'area minore in attuazione di quanto disposto da: 1) : 1) Accordo di programma tra Regione Toscana, ASL 10-Fi e Comuni Zona Mugello per l'applicazione delle leggi in materia di adozione, e in particolare quanto disposto in Allegato E, Responsabile Organizzativo in materia di Adozione (R.O.A.); 2) Delib C.R. n.238 del 23/12/2003,</p>

	<p>Piano di azione "Diritti dei minori", in particolare per quanto disposto circa il Responsabile di zona area minori.</p> <p>Si intende mantenere la figura unica di Assistente Sociale che assolva con 14 h sett. le funzioni previste per le due funzioni di coordinamento, viste le caratteristiche zonali, le dimensioni quantitative dei fenomeni oggetto delle attività e gli elementi sinergici e di complementarietà che possono svilupparsi con l'accentramento delle due funzioni in una figura unica, accreditata sia dai servizi sociali comunali che da quelli aziendali nell'ambito dell'Accordo di Programma sui servizi sociali e sociosanitari integrati vigente nella zona. Si intende inoltre consolidare la figura amministrativa che per le n.6 h sett attuali svolge il necessario supporto amministrativo per i compiti previsti; l'operatore, individuato attraverso i vigenti accordi zonali, svolge i propri compiti in continuità con l'attuale assetto</p>
<p>UTENTI RAGGIUNTI</p>	<p>I compiti e le funzioni della figura del ROA e del Referente area minori, secondo le indicazioni regionali, si esplicano a livello della zona sociosanitaria Mugello, comprendente undici Comuni, la ASL e la Comunità Montana Mugello, ente con delega di gestione da parte degli undici Comuni associati per le funzioni in oggetto e sede operativa delle attività. Per il ROA e il Referente Zonale Area minori l'utenza può essere rappresentata dall'insieme degli operatori sociali e sanitari e dei soggetti comunitari a cui è destinata l'attività di coordinamento, monitoraggio, informazione etc allo scopo di migliorare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza degli interventi singoli e dei percorsi esistenti. Si intendo quindi coinvolti gli undici Comuni della Zona, i pertinenti servizi della ASL presenti sul territorio, i soggetti del terzo settore e del privato sociale attivi nella comunità nell'ambito della tutela minorile. Si stima che nell'annualità verranno seguiti i percorsi relativi a n. 25 circa procedure per adozioni e a n 200 circa di minori in carico ai servizi sociali zonali.</p>
<p>STRUTTURE COINVOLTE</p>	<p>Comuni zona Mugello, CM Mugello, ASL 10-Mugello, operatori sociali e sanitari, Terzo settore e Associazionismo zona mugello, Area vasta Firenze</p>

TITOLO
“LA SCUOLA DEI BAMBINI: CORPO MENTE E FANTASIA”

ATTIVITA’	<p>Questo progetto nasce nel 1995/96 dalla necessità di trovare strumenti idonei ad affrontare situazioni di disagio determinate in alcune classi dalla presenza di alunni con problematiche relazionali di vario tipo. Dalla verifica svolta con le insegnanti si è poi strutturato come un progetto teso alla ricerca di un benessere del bambino entrando così a far parte dei progetti di educazione alla salute per la prevenzione del disagio.</p> <p><i>La metodica</i> utilizzata è quella delle attività espressive, il valore educativo di questa modalità si può ritrovare nella possibilità di creare un clima favorevole in cui i bambini prendono contatto con la propria emotività in un contesto accogliente in cui il giudizio è sospeso e in cui è valorizzata la dimensione dell’ascolto di se e dell’altro, fondamentale è anche lo stimolo alla creatività, creatività finalizzata alla scoperta delle cose, di noi e della conoscenza.</p> <p>Nel corso degli anni il progetto ha visto il coinvolgimento oltre che dei bambini anche degli insegnanti attraverso un <i>corso di aggiornamento</i> denominato “METODOLOGIE EDUCATIVE BASATE SU TECNICHE ESPRESSIVE”</p> <p>L’esperienza svolta in questi anni è stata documentata in un <i>libro ed un cd</i> che offre agli insegnanti e a quanti operano con i bambini, la descrizione dei giochi e le attività svolte accompagnandole con alcune riflessioni degli educatori sulle motivazioni che li hanno mossi, la metodologia seguita ed i contributi teorici più significativi a cui hanno fatto riferimento nel loro operato.</p>
------------------	--

FINALITA’	<p>Il progetto si propone la ricerca di un benessere del bambino attraverso il recupero della dimensione corporea e della globalità dei linguaggi.</p> <p>All’interno di questo obiettivo generale troviamo alcuni obiettivi specifici, quali:</p> <ul style="list-style-type: none">Permettere una conoscenza e condivisione del gruppo classe in un clima non competitivo;Permettere agli insegnanti una osservazione dei bambini in un contesto diverso da quello cognitivo didattico;Offrire un’esperienza diretta sulle emozioni e le sensazioni;Sviluppare la comunicazione verbale e non verbale.Sviluppare le potenzialità creative;
------------------	--

UTENTI RAGGIUNTI	Tabella Riepilogativa anni dal 2001\2 al 2004\5				
	Distretto scolastico	n.classi scuola per l'infanzia	n.classi scuole elementari	n. totale bambini coinvolti	n. totale insegnanti coinvolti in attività con bambini
Borgo San Lorenzo	15	12	515	34	51
Barberino	0	4	82	4	0
San Piero	2	6	144	10	12
Scarperia	2	5	130	9	10
Vicchio	0	3	59	3	9
Dicomano	4	16	379	26	32
Marradi	1	12	214	14	0
Firenzeuola	6	12	335	17	0
Totali	30	70	1858	117	114

STRUTTURE COINVOLTE	ASL. (U.O. di Riabilitazione, Educazione alla Salute, UFMI) Scuole Elementari e Materne del territorio
--------------------------------	---

TITOLO
CENTRO AFFIDI ZONALE

ATTIVITA'	<p>Le attività previste dalla normativa per il Centro Affidi sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sensibilizzazione e reperimento delle famiglie e dei singoli disponibili ad impegnarsi nell'accoglienza di minori temporaneamente privi di un ambiente familiare idoneo. Il reperimento viene promosso con iniziative di pubblicizzazione mirate e sviluppando una rapporto di rete e di collaborazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.➤ formazione, valutazione e sostegno delle famiglie e dei singoli che hanno manifestato la loro disponibilità all'affido;➤ Valutazione e selezione delle famiglie e dei singoli che hanno manifestato una disponibilità, secondo criteri previsti dalla normativa e concordati con i servizi;➤ Esami delle segnalazioni dei minori provenienti dai servizi sociali territoriali e valutazione congiunta della proposta; Viste le caratteristiche della zona e la presenza di strutture che ospitano minori in affidamento inviati da servizi di diverse zone sociosanitarie, gli operatori del Centro potranno costituire punti di riferimento zonale per i servizi titolari degli inserimenti per quanto previsto dal progetto educativo individuale del minore, in collaborazione con i servizi sociali competenti per residenza.➤ In collaborazione con gli operatori dei servizi di base, abbinamento minore - affidatario e definizione del progetto educativo, delle verifiche e delle revisioni;➤ Progettazione congiunta delle fasi di rientro del minore nella famiglia di origine➤ promozione di iniziative di aggiornamento e consulenza per gli operatori e quanti sono coinvolti nell'affido➤ Consulenza, attivazione e gestione di gruppi di sensibilizzazione, sostegno e auto-aiuto,➤ Promozione di una rete di risorse pubbliche e private per facilitare l'accesso al servizio e la realizzazione dei progetti educativi➤ Organizzazione della documentazione professionale per il sistema informativo➤ Definizione della banca dati➤ Collaborazione con tutti i soggetti sociali (associazionismo e volontariato) che possono cooperare per la buona integrazione dei minori nel contesto sociale e familiare.➤ collaborazione e partecipazione al Coordinamento Regionale dei Centri Affidi;
-----------	---

FINALITA'	<p>Il Centro Affidi viene organizzato in applicazione della legge 184/83 e successive modifiche (L.149/2001) e della Delibera regionale n. 348/94 nell'ambito degli interventi sociali a favore dei minori in stato di difficoltà,</p> <p>L'affidamento familiare ha lo scopo di garantire al minore, provvisoriamente privo di un ambiente familiare idoneo, le condizioni migliori per il suo sviluppo sul piano affettivo e sociale.</p> <p>L'affidamento è attuato, in applicazione alle leggi statali e regionali in materia, con la collaborazione dei nuclei familiari o persone singole in grado di aiutare il minore e sostenere la sua famiglia.</p> <p>Il progetto d'affidamento riveste carattere di centralità nel salvaguardare l'esclusivo interesse, la cura e l'educazione del minore.</p> <p>Agli affidatari e alle famiglie di origine è assicurato, attraverso i servizi socio-sanitari, il necessario sostegno psico-sociale per tutta la durata dell'affido nel rispetto del progetto d'affido.</p> <p>Il Progetto è finalizzato ad organizzare una struttura zonale unitaria che svolge compiti di promozione, informazione, formazione, consulenza e gestione di attività di supporto per i servizi sociali di base, titolari della funzione, al fine di diffondere e agevolare il ricorso all'affido familiare quale strumento per l'intervento sul disagio minorile ed adolescenziale.</p> <p>A tale scopo è necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificazione la composizione del Centro affidi (educatore, assistente sociale, amministrativo, psicologo) e attivare il reperimento degli operatori ➤ stesura di un regolamento circa le attività previste dalla normativa ➤ identificazione della sede
UTENTI RAGGIUNTI	<p>Minori in stato di disagio e loro famiglie residenti nella SdS Mugello.</p> <p>Famiglie residenti nella SdS Mugello per disponibilità all'affido</p> <p>Le associazioni e i gruppi di famiglie operanti nel territorio finalizzate all'affidamento</p>
STRUTTURE COINVOLTE	<p>Servizi sociali territoriali; UFMI; enti locali; azienda sanitaria; pediatri di libera scelta; associazioni</p>

TITOLO
VILLAGGIO LA BROCCHI

ATTIVITA'	<p>Il Centro di accoglienza La Brocchi" (30 posti), nasce dall'accordo di programma stipulato il 27 maggio 2002 tra la Regione Toscana, la Provincia di Firenze, l'Istituto degli Innocenti di Firenze, la Comunità Montana Mugello, il Comune di Borgo San Lorenzo, il Comune di Firenze, la Prefettura di Firenze, per l'accoglienza, l'integrazione sociale, l'inserimento lavorativo di immigrati extracomunitari. La ristrutturazione del complesso architettonico di valore storico-artistico di Villa La Brocchi (proprietà dell'Istituto degli Innocenti) è stata completata; sono in corso di effettuazione i collaudi di verifica dei lavori di ristrutturazione che sono stati eseguiti regolarmente, secondo cronogramma. In attesa dell'avvio a regime dell'intera gamma delle attività previste dal progetto del Centro (seconda accoglienza, sede per attività di formazione anche di tipo professionale, centro documentazione, foresteria per turismo giovanile, centro convegni, trattoria multietnica) sono stati comunque attivati interventi di ospitalità residenziale di alcune famiglie straniere con minori.</p> <p>La Comunità Montana Mugello sta procedendo a bandire una gara per l'acquisto degli arredi necessari per le attività previste, in modo da consentire il passaggio a regime entro il 2006.</p>
-----------	---

FINALITA'	<p>Sperimentazione e messa a punto di un sistema innovativo di accoglienza per famiglie straniere o richiedenti asilo con minori. Oltre all'accoglienza vera e propria, il centro prevede l'attivazione di servizi e di interventi di integrazione per facilitare una graduale acquisizione di autonomia degli ospiti e il loro inserimento sociale, abitativo e lavorativo nel territorio. Una parte degli interventi finalizzati a favorire l'integrazione dovrebbero consentire: il recupero di risorse economiche per diminuire i costi relativi all'accoglienza, la presenza e la sensibilizzazione culturale di giovani attirati al centro per turismo, il coinvolgimento di altri attraverso la proposta culinaria di piatti etnici, l'attivazione di un centro congressi e di una struttura di documentazione per la multiculturalità.</p>
-----------	--

UTENTI RAGGIUNTI	30 persone immigrate extracomunitarie o richiedenti asilo con minori.
------------------	---

STRUTTURE COINVOLTE	<p>Enti coinvolti dall'accordo di programma: Regione Toscana, Provincia di Firenze, Comunità montana Mugello, Comune di Borgo San Lorenzo, Comune di Firenze, Istituto degli Innocenti di Firenze, Prefettura di Firenze.</p> <p>Gestore delle attività: Comunità Montana Mugello che le ha affidate all'Associazione Progetto Accoglienza di Borgo San Lorenzo, quale capofila delle associazioni del territorio che si occupano dell'ospitalità e dell'integrazione degli stranieri.</p> <p>Le associazioni del territorio realizzano i propri interventi di ospitalità residenziale temporanea utilizzando oltre al Centro La Brocchi anche altre strutture: Casa di Accoglienza Madre dei Semplici in loc. Senni a Scarperia (3 famiglie, circa 14 persone), Casa di Accoglienza presso la Parrocchia di Scarperia (circa 8 persone).</p>
------------------------	---

TITOLO
LABORATORIO SPAZIO

ATTIVITA'	<p>Organizzazione del lavoro</p> <p>Nel Laboratorio Spazio si effettuano lavorazioni manifatturiere (generalmente attività di assemblaggio, produzione ed imballaggio, realizzate anche con l'ausilio di appositi macchinari) articolate in forme diversificate per grado di difficoltà e complessità lavorativa. Per quanto possibile le commesse vengono reperite dalla Cooperativa Sociale Archimede presso le ditte del luogo (il che configura un inquadramento del Laboratorio nel mercato del lavoro in reale integrazione con il contesto produttivo imprenditoriale del territorio) ovvero, in specie per commesse di notevoli dimensioni, anche da ditte nazionali.</p> <p>Il meccanismo incentivante</p> <p>Agli utenti inseriti nel Laboratorio viene erogato un incentivo economico, definito "salario terapeutico" (frutto di una concordanza di impegno che ha visto il coinvolgimento, oltre agli enti coinvolti, anche delle rappresentanze sindacali a livello regionale) la cui entità è connessa al grado di conseguimento degli obiettivi definiti in termini di adeguatezza comportamentale alla situazione lavorativa, capacità produttiva, autonomia operativa. Tale riconoscimento è inoltre in relazione al risultato economico che la Cooperativa ottiene dalle commesse.</p> <p>Il lavoro dell'équipe</p> <p>L'équipe di lavoro è costituita da personale misto dell'Azienda Sanitaria di Firenze e della Cooperativa Sociale Archimede ed ha il compito di "accompagnare" gli assistiti nel percorso terapeutico - lavorativo monitorandone anche l'andamento attraverso l'utilizzo di strumenti di verifica messi a punto dall'équipe stessa.</p>
-----------	---

FINALITA'	<p>Il progetto, riunendo in sé prerogative dell'impegno lavorativo e funzioni di carattere terapeutico - riabilitativo, si pone come momento ponte nel processo di reinserimento lavorativo e sociale dei disabili psichici; una sorta di "spazio intermedio" tra la condizione di paziente e quella di lavoratore, ove è possibile sperimentare, con gradualità e con la mediazione del supporto terapeutico, tutti gli aspetti della vita lavorativa, nella prospettiva di un recupero, parziale o totale, di abilità lavorative e relazionali spendibili anche nei circuiti sociali convenzionali.</p> <p>Al fine di salvaguardare la coerenza tra la finalità terapeutica e riabilitativa del laboratorio e le modalità con cui le attività vengono svolte, il progetto necessita di una crescita che permetta di raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione di una propria sede di lavoro (idoneo capannone collocato in area industriale), che, oltre a
-----------	--

	<p>rispondere alle esigenze della produttività, contribuisca a sancire per i partecipanti al progetto un ulteriore momento di emancipazione dallo "status" di paziente; (nel merito sono in corso trattative con il consorzio "Pianvallico" che ha mostrato interesse per il progetto e ne sta valutando la prospettiva di inserimento all'interno del piano di sviluppo previsto dal consorzio).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graduazione e diversificazione delle attività in due livelli distinti per capacità produttiva, remunerazione e vicinanza alla vita lavorativa. • Garantire l'accesso ad un maggior numero di utenti. • Aumentare la quantità delle commesse gestite rispondendo alle esigenze di mercato evidenziatesi fino ad ora ed individuare filiere di produzione maggiormente redditizie al fine di rafforzare l'auto-sostenibilità del Laboratorio.
<p>UTENTI RAGGIUNTI</p>	<p>Agli utenti dell'Unità Funzionale Salute Mentale della Zona Mugello.</p>
<p>STRUTTURE COINVOLTE</p>	<p>L'azienda sanitaria di Firenze - Unità Funzionale salute mentale adulti zona Mugello, i Comuni della zona Mugello, la Comunità Montana del Mugello, la Provincia di Firenze e la cooperativa sociale Archimede</p>

TITOLO	
PROGETTO BENESSERE	
ATTIVITA'	<p>Servizio Operatori sul territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rilevazione puntuale sul territorio delle diverse tipologie di imprese e loro disponibilità per inserimenti lavorativi. ▪ Individuazione di eventuali percorsi formativi utili. ▪ Rilevazione sul territorio delle risorse di riferimento (associazioni di volontariato, parrocchie, ecc.) utili ad un'auspicabile integrazione sociale. ▪ Collegamento col servizio locale di "Agenzia Casa" per la ricerca di soluzioni abitative per immigrati.. ▪ Attivazione di percorsi di inserimento socio-lavorativo personalizzati. ▪ Attivazione di borse-studio/tutoraggio. ▪ Accompagnamento nella ricerca del lavoro e delle soluzioni abitative. ▪ Accompagnamento nell'avvio di relazioni interpersonali. ▪ Azione di monitoraggio e di tutoraggio degli inserimenti, mediante colloqui e verifiche in ambiente di lavoro. <p>Servizio Educativa territoriale (in continuità con gli interventi attuati dal Progetto "Bus in Piazza").</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mappatura dei gruppi informali. ▪ Osservazione partecipante. ▪ Ascolto attivo. ▪ Attività di consulenza e orientamento. ▪ Mediazione sociale tra i giovani e le istituzioni o, in generale, il mondo degli adulti. ▪ Discussioni di gruppo su temi specifici anche con l'intervento di esperti. ▪ Laboratori itineranti (fotografia, teatro, pittura del corpo, percussioni, giocoleria). ▪ Realizzazione di eventi ad alto contenuto simbolico (feste, spettacoli, tornei di calcetto, proiezioni di film e forum di discussione). <p>Servizio percorsi agire in rete</p> <p>Si prevedono due percorsi funzionali all'attivazione di una progettazione integrata con gli attori locali:</p> <p>1 - Percorso sperimentale per la formazione degli snodi di rete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inchiesta sul disagio giovanile con interviste a testimoni privilegiati (operatori sportivi, operatori di servizi socio-sanitari, operatori di strada, insegnanti, responsabili di associazioni ecc.) in integrazione con educativa territoriale, Ser.T e scuola. ▪ Creazione di tavoli di confronto a livello comunale tra associazioni, Istituzioni, Enti pubblici, forze dell'ordine, A.s.I.,

	<p>scuola, finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formazione delle microreti, pensate come snodo per la rete territoriale zonale. ○ Suddivisione delle microreti in tipologie. ○ Individuazione referenti microreti. ○ Attivazione tavoli di confronto-coordinamento azioni trasversali alla macrorete. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivazione di momenti formativi in una logica di cittadinanza attiva. <p>2 - Accompagnamento e tutoraggio all'empowerment della persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Azione di monitoraggio e di tutoraggio degli inserimenti in percorsi di studio e formativi, mediante colloqui e verifiche <i>in itinere</i> con gli utenti e con le figure di riferimento individuate per la realizzazione dei percorsi di sostegno. ▪ Sostegno all'utenza mediante l'attivazione di borse lavoro, bonus formativi ed abitativi, per le quali venga prevista la disponibilità di erogazione secondo modalità flessibili e adeguate ai percorsi individualizzati.
<p>FINALITA'</p>	<p>Attivazione di un unico progetto integrato per la promozione del benessere, la prevenzione del disagio di varia natura (immigrazione, deprivazione culturale ed educativa, fenomeni di dipendenza, disagio giovanile ecc.) e la riabilitazione dalle dipendenze attraverso interventi, nel sistema a rete, relativi all'intero territorio zonale.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promozione dell'agio giovanile • Promozione di forme relazionali, comunicative ed espressive che favoriscano lo sviluppo dell'adolescente • Promozione del confronto tra istituzioni, associazioni, privato sociale e cittadini nella logica della cittadinanza attiva • Diminuzione dell'abbandono scolastico • Promozione dell'integrazione sociale e lavorativa delle persone ex tossicodipendenti o comunque in situazioni di marginalità
<p>UTENTI RAGGIUNTI</p>	<p>Adolescenti e giovani residenti nella zona Mugello</p>
<p>STRUTTURE COINVOLTE</p>	<p>ASL, Ser.T , Comunità Montana Mugello, Comuni zona Mugello, Associazione temporanea d'impresa costituita tra Cooperativa Comes di Marradi, Associazione Insieme di Borgo San Lorenzo, Cooperativa sociale Melampo di Borgo San Lorenzo, Associazione Progetto Accoglienza</p>

7 LE RISORSE DISPONIBILI

Come indicato nel Cap. V del documento di candidatura *“Il quadro dell’offerta e delle risorse”*, nella fase sperimentale la Società della Salute definisce altresì un budget virtuale come sommatoria dei budget messi a disposizione dagli enti consorziati per lo svolgimento delle attività che la Società della Salute ha programmato di svolgere, attività che saranno tuttavia materialmente erogate dalle strutture appartenenti ai rispettivi enti, i quali rimangono responsabili, sotto l’aspetto operativo e contabile, delle risorse individuate nel budget virtuale.

Le risorse economiche del P.I.S. sono quindi 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.

Le risorse di competenza degli enti associati derivano dalle quote capitarie storiche assegnate a livello zonale per i servizi sanitari e per le attività socio-assistenziali dei comuni, nonché dalle quote di compartecipazione. Le risorse sono organizzate in forma associata per le competenze comunali, e con l’individuazione del budget di zona-distretto per le competenze sanitarie.

La determinazione delle risorse di provenienza sanitaria segue, con la necessaria gradualità, lo sviluppo del processo di riequilibrio tra la quota capitaria storicizzata e quella dei parametri di competenza, avendo comunque a riferimento l’equilibrio economico complessivo del sistema territoriale dei servizi.

L’insieme delle risorse individuate costituisce vincolo per ciascuno dei soggetti coinvolti e per il complesso delle attività della SdS.

Gli Enti Locali hanno determinato le risorse utilizzando i dati del *“riequilibrio al mese di settembre 2005”* ed hanno adottato, per la ripartizione nei vari settori di intervento, le schede ISTAT/FORMEZ usualmente utilizzate per la rendicontazione alla Regione Toscana. Hanno inoltre provveduto anche a calcolare i costi indiretti con i seguenti criteri (proposti dall’apposito gruppo tecnico) :

Premesso che fanno parte dei costi indiretti i costi generali di struttura e quelli riferiti al personale di supporto e che per spesa deve intendersi quella sostenuta nell’anno per competenza.

A) Personale indiretto

Individuati gli uffici maggiormente coinvolti dall’attività riferita ai servizi sociali in: segreteria, protocollo, ragioneria, economato, personale, ufficio tecnico.

Quantificare il costo del personale che, nell’ambito di tali uffici, svolge indirettamente la sua attività anche per i servizi sociali ed applicare la % che deriva dal seguente rapporto:

- incidenza della spesa del personale direttamente imputato all’attività dei servizi sociali (quello inserito nelle tabelle ISTAT) sul complesso della spesa sostenuta nell’anno per tutto il personale dell’ente (intervento 01);

Per personale direttamente coinvolto deve intendersi quello ricompreso nelle schede ISTAT incluso il personale dell’URP (se svolge l’attività dello sportello sociale etc.). La determinazione del relativo costo viene fatta applicando le regole consuete che sono state adottate per compilare le schede ISTAT (determinazione %).

B) Costi generali di struttura

Individuate le seguenti spese generali riferite, in gran parte, alla sede degli uffici comunali :

- 1) manutenzione;

- 2) tariffa igiene urbana;
- 3) energia elettrica;
- 4) riscaldamento;
- 5) acqua, fognature e depurazione;
- 6) pulizia immobili;
- 7) telefonia;
- 8) stampati, cancelleria, etc.

Dopo aver quantificato la cifra sostenuta in bilancio per tali voci, si applicano i seguenti criteri:

- per le voci da 1) a 6) : dividere il totale per la superficie globale degli immobili coinvolti dalla spesa; quanto ne deriva moltiplicarlo per i mq. degli uffici attribuiti ai servizi sociali;
- per la voce 7) : dividere la spesa complessiva per il numero degli interni serviti per determinare la spesa media ad interno e poi moltiplicare tale media per il numero degli interni direttamente imputati ai servizi sociali al 100% o parzialmente (utilizzando le % di impiego del personale diretto);
- per la voce 8) : dividere la spesa complessiva per il numero del personale interno che ne fa uso. Il risultato che ne deriva moltiplicarlo per la % del personale direttamente imputato alla Società della Salute (ad esempio: 100% di un assistente sociale, 30% del responsabile di settore, 40% di un Assistente Amministrativo = 1,7)

C) Automezzi

Vanno determinati i costi di manutenzione ed uso dei soli automezzi destinati direttamente e permanentemente al servizio.

L'Azienda Sanitaria di Firenze, in attesa di poter riallocare direttamente tutti i principali fattori produttivi di competenza della SdS, ha determinato le risorse utilizzando principalmente *i dati del monitoraggio al mese di ottobre 2005* (vedi tabella), allocati secondo la seguente metodologia :

- **Acquisti d'esercizio**
- **Cooperative**
- **RSA, minori, L. 20, SM, Tox**
- **Ass. Protesica**
- **Sussidi**

Allocazione ai CdC tenuto conto delle attribuzioni di budget 2005 - riallocazione alla SdS in base all'area di riferimento del CdC.

➤ **Leasing**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) dei costi consuntivi 2003; il dato è stato estrapolato dalle rilevazioni per CdC in contabilità analitica e successivamente quadrato con il conto di bilancio.

➤ **Personale convenzionato**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) dei costi consuntivi 2003;

Allocazione percentuale di ciascun medico ai centri di costo in proporzione alle ore a contratto per specialità e presidio;

Imputazione del costo effettivo di ciascun medico ai relativi centri di costo in proporzione alle percentuali indicate come sopra;

Ripartizione del costo complessivo dei sostituti in proporzione ai costi dei titolari.

➤ **Assistenza Farmaceutica**

Attribuzione per Zona-Distretto di residenza dell'assistito su base percentuale tenuto conto dei costi consuntivi 2003.

VOCI DI SINTESI	MUG	BSL_SDS_ ASC	BSL_SDS_ _DIP	BSL_SDS_ _SM	BSL_SDS_ SOC	BSL_SDS_ TERR	MUG_NS. OSP	TOTALE
20. Acquisti d'esercizio		521.201	68.800	11.000	7.500	1.132.000		1.740.501
21. Servizi sanitari	32.711	253.187	803	2.840	4.054	8.086		301.680
22. Personale convenzionato		918.035	27.832	35.728		5.272.804		6.254.399
22a. Altro personale		48.891	4.072	89				53.051
23. Personale dipendente		3.018.898	524.077	2.203.110	774.554	820.885		7.341.523
23a. Libera professione								
23c. Cooperative		23.632	9.046	1.927				34.605
24. Spese generali		305.886	44.904	142.742	203.744	406.430		1.103.706
24a. Leasing								
25. Manut. e G.S. Calore		45.156	4.290	20.035	21.452	32.772		123.704
26. Servizi vari appaltati		3.916	517	6.527	244.076	63.511		318.547
27. Ammortamenti, Fondi		150.278	14.017	46.086	67.288	130.067		407.736
27a. Costi gestione da sterilizzare		50.692	6.693	23.656	33.765	67.355		182.160
30. Assistenza Farmaceutica	9.747.451							9.747.451
31. RSA, minori, L. 20, SM, Tox			143.265	744.000	3.923.431			4.810.696
33. Riabilitazione art. 26	89.230	720.844						810.075
34. Ass. Protesica						507.520		507.520
35. Stranieri								
36. Diagnostica, specialistica e Assistenza sanit. varia		340.804						340.804
37. Trasporti						414.194		414.194
38. Sussidi		25.400	69.093	43.342				137.835
42. Oneri gestionali		8.557	1.130	3.993	5.700	11.369		30.749
42a. Oneri finanziari		14.214	1.877	6.633	9.468	18.886		51.078
43. Imposte		241.596	37.300	153.283	89.906	140.585		662.670
50. Fondi		31.789	4.197	14.834	21.174	42.238		114.232
Sociale - Costi								
X. Farmaci H						237.749		237.749
Y. Distribuzione diretta						1.300.188		1.300.188
90. Ribaltamento supporti		606.204	80.150	305.260	457.642	860.285		2.309.540
Totale SDS	9.869.393	7.329.177	1.042.061	3.765.086	5.863.752	11.466.924		39.336.392
32. Case di cura	2.143.863							2.143.863
39. Mobilità passiva	17.332.368							17.332.368
Ospedali a gestione diretta							27.276.426	27.276.426
Totale ATTIVITA' OSPEDALIERA	19.476.231						27.276.426	46.752.657
Totale GENERALE	29.345.624	7.329.177	1.042.061	3.765.086	5.863.752	11.466.924	27.276.426	86.089.049

➤ **Stranieri**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) dei costi consuntivi 2003;

Il rimborso alle Aziende Ospedaliere per l'assistenza sanitaria a stranieri è stato attribuito interamente alla ASL, in quanto riferito a utenza non residente. Il costo dovrebbe essere rimborsato dal Ministero competente.

➤ **Libera Professione**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) dei costi consuntivi 2003;

Il costo per libera professione è stato attribuito interamente alla ASL, in quanto attività non istituzionale e quindi interamente a carico degli utenti.

➤ **Riabilitazione art. 26**

➤ **Diagnostica, specialistica e Assistenza sanit. varia**

➤ **Mobilità passiva**

➤ **Case di cura**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) dei dati di residenza dell'assistito (anno 2003)

➤ **Trasporti**

Attribuzione su base percentuale alle SdS tenuto conto (ai fini della definizione delle percentuali) della popolazione pesata, secondo criteri definiti dalla Regione Toscana (anno 2003)

➤ **Spese generali (utenze/manutenzioni/servizi appaltati)**

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Per i fattori produttivi rilevati in contabilità analitica, si è proceduto a quadrare gli importi movimentati per CdC anno 2004 con i dati di bilancio (manutenzioni e servizi).

Per gli altri fattori produttivi non rilevati per CdC (utenze) si è seguito un criterio generale di ribaltamento in proporzione ai costi di produzione (esclusi quindi quelli di pura erogazione).

➤ **Servizi sanitari**

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Per tale tipologia di spesa non è attivata una rilevazione analitica per cdc richiedente, per cui il costo è stato suddiviso extra-contabilmente in base ai dati del fatturato anno 2003.

➤ **Personale dipendente**

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Attribuzione del budget in proporzione ai costi sostenuti nell'anno 2002 per centro di costo.

Allocazione percentuale di ciascun dipendente ai centri di costo sulla base delle informazioni pervenute dai singoli responsabili di struttura.

Determinazione del costo medio annuo per qualifica in base alle tabelle del Conto Annuale.

Determinazione del costo complessivo per centro di costo.

Quadratura dei conti di bilancio con i costi complessivi per centro di costo e ruolo.

➤ **Ribaltamento supporti**

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Determinare il costo pieno di ciascun raggruppamento di cdc (ASL-SdS-ospedali-prevenzione-supporti).

Il costo complessivo dei supporti tecnico-amministrativi, sia centrali che di zona, è stato ribaltato sugli altri settori, in proporzione ai relativi costi pieni.

➤ **Ospedali a gestione diretta**

(La voce è riportata perché comprensiva anche dell'assistenza specialistica ed ambulatoriale del P.O., non ancora dettagliate)

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Determinato il costo pieno di ciascun raggruppamento di cdc (ASL-SdS-ospedali-prevenzione), comprensivo del ribaltamento dei supporti.

Determinato il costo di ciascun ospedale e suddiviso tra le quattro Società della Salute e la ASL (relativamente ai ricoveri per non residenti) in base al passivo anno 2003 per residenza dell'assistito.

➤ **Imposte/ Oneri gestionali e finanziari/Fondi**

Voci residue riproporzionate secondo criteri diversi già applicati nel budget virtuale 2004.

Il costo dell'IRAP per il personale dipendente e per il personale medico convenzionato è stato suddiviso in base all'archivio anno 2002 (vedi punti precedenti).

Le altre voci di costo sono state trattate come costi generali e pertanto ribaltate sui vari raggruppamenti di cdc in proporzione ai costi di produzione (non sono stati quindi considerati i costi di pura erogazione).

Sulla base delle specifiche evidenziate e di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali, è stato compilato un prospetto riepilogativo generale. (vedi tabella seguente)

Per i successivi anni del triennio le risorse effettivamente disponibili potranno essere definite non appena gli Enti consorziati avranno approntato i bilanci preventivi relativi agli esercizi finanziari di riferimento, che ne determineranno l'esatto ammontare.

PIANO INTEGRATO DI SALUTE
Società della Salute del Mugello

	<i>Oggetto della spesa</i>	<i>Barberino di Mugello</i>	<i>Borgo San Lorenzo</i>	<i>Dicomano</i>	<i>Firenze</i>	<i>Londa</i>	<i>Marradi</i>	<i>Palazzuolo Sul Senio</i>	<i>San Godenzo</i>	<i>San Piero a Sieve</i>	<i>Scarperia</i>	<i>Vicchio</i>	<i>C. M. Mugello</i>	<i>ASL</i>	<i>Totale</i>	
Da schede ISTAT	Responsabilità familiari	60.000	209.650	95.282	38.000	17.000	40.915	2.700	22.580	51.984	98.452	78.500	38.209	-	753.272	
	Diritti dei minori	144.860	166.494	56.618	33.300	26.000	39.572	620	4.058	14.328	45.331	120.546	-	-	651.727	
	Anziani	31.395	137.762	24.129	21.200	31.300	12.615	335.863	2.100	18.184	37.944	28.034	704.650	-	1.385.176	
	Disabili	106.500	83.043	11.700	25.500	6.500	10.986	2.700	3.400	48.884	51.345	80.000	661.354	-	1.091.912	
	Immigrati	-	176.191	14.800	2.500	14.000	6.483	-	-	1.414	4.798	11.932	113.005	-	345.123	
	Dipendenze	-	-	3.000	-	-	-	-	-	-	-	-	3.858	189.676	-	196.534
	Povertà	28.648	96.328	5.440	-	-	-	-	-	-	-	-	4.199	-	-	134.615
	Salute mentale	-	-	2.000	-	-	-	-	-	-	-	-	4.639	-	-	6.639
	Inclusione sociale	-	-	2.000	-	-	-	-	-	-	-	-	8.000	-	-	10.000
	Azioni trasversali	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19.530	-	19.530
	Personale di organizzazione	37.868	70.856	25.243	23.956	11.000	25.105	7.400	24.271	27.357	34.318	36.715	59.266	-	383.355	
		<i>Sub-totale</i>	409.271	940.324	240.212	144.456	105.800	135.676	349.283	56.409	162.151	272.188	376.423	1.785.690	-	4.977.883

S.I.	Spese indirette	21.721	17.495	13.596	13.233	7.110	10.103	8.157	9.819	4.686	7.715	12.069	11.613	-	137.317
	<i>Sub-totale</i>	21.721	17.495	13.596	13.233	7.110	10.103	8.157	9.819	4.686	7.715	12.069	11.613	-	137.317

<i>Totale per Ente</i>	430.992	957.819	253.808	157.689	112.910	145.779	357.440	66.228	166.837	279.903	388.492	1.797.303	-	5.115.200
------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	-----------	---	-----------

Macro aggregazioni	ASL -- CURE PRIMARIE													28.665.494	28.665.494
	ASL -- DIPENDENZE													1.042.061	1.042.061
	ASL -- SALUTE MENTALE													3.765.086	3.765.086
	ASL -- SOCIALE													5.863.752	5.863.752
	ASL -- ASSISTENZA OSPEDAL.													46.752.657	46.752.657
	<i>Totale ASL</i>													86.089.050	86.089.050

<i>Totale Società della Salute</i>														91.204.250
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

<i>Trasferimento ad altri Enti per gestioni associate</i>	223.934	344.342	98.618	145.059	34.000	124.100	6.500	17.171	108.216	293.478	188.230				
<i>Totale intervento dei Comuni</i>	654.926	1.302.161	352.426	302.748	146.910	269.879	363.940	83.399	275.053	573.381	576.722				

