

Società della Salute
del Mugello

Profilo di Salute

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI) - Tel. 0558451430 - Fax 0558451414
e-mail: sds.mugello@asf.toscana.it

*... .. oggi e' rivoluzionario tessere i rapporti,
far vivere i territori:
in altre parole,
costruire società*

PREMESSA

La Società della Salute del Mugello rappresentata dai Comuni della Zona socio sanitaria, dall'Azienda sanitaria di Firenze e dalla Comunità Montana Mugello vuole, in estrema sintesi, valorizzare il costante proporsi della comunità locale, in tutte le sue espressioni, nell'ottica della facilitazione dell'accesso, della risoluzione delle componenti burocratiche e dell'effettivo, diretto coinvolgimento della popolazione e degli operatori nella tutela della salute e del benessere sociale.

Rispetto alle funzioni di governo, il Piano Integrato di Salute - e cioè un modello di programmazione per obiettivi più complessivi di salute - costituisce la modalità prioritaria di espressione della Società della Salute.

Il prodotto da raggiungere con le necessarie gradualità è l'Immagine di salute della Zona, un quadro sintetico dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio.

E' quindi necessario avviare il processo di programmazione con la formalizzazione del Profilo di Salute di Zona, un primo strumento che raccoglie e ordina i dati demografici, sanitari, sociali e ambientali disponibili e contiene i primi indirizzi per la predisposizione del Piano.

I dati disponibili non sono ancora completi (mancano ad es. le risultanze del censimento, dati ambientali e dati epidemiologici disaggregati almeno fra i Comuni prettamente montani e gli altri) tuttavia per la storia di integrazione ormai consolidata in questo territorio molti parametri utili sono già acquisiti per cui esiste una preliminare identità di welfare di zona che ha consentito anche l'avvio della sperimentazione della SdS.

Questo documento costituisce quindi il Profilo di salute della zona del Mugello da partecipare agli organismi previsti per la consultazione e la concertazione ai fini della effettiva costruzione del PIS. Vuole essere uno strumento per i tanti attori che saranno chiamati a dare il loro contributo o nuovi stimoli alla programmazione,

E' necessaria solo una precisazione: l'Introduzione, estrapolata come molte altre parti, dal documento di candidatura, non a caso "parte" da un primo patto, un fondamentale progetto, redatto secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale, sull'assistenza domiciliare integrata e cure palliative condiviso e cofinanziato dalle stesse Istituzioni che costituiscono la Società della Salute del Mugello. Nella realizzazione si è tradotto in azioni incisive di grande civiltà, soprattutto sul versante dell'assistenza infermieristica, ciò grazie ad una dotazione di base di questo territorio che si ritrova puntualmente nei progetti con cui si propone: lo spirito di appartenenza, la disponibilità degli operatori che trova conferma nella sensibilità anche di chi li rappresenta.

Indice

Introduzione

1	Caratteristiche ed aspetti demografici della Zona Mugello	8
1.1	Il territorio e la popolazione.....	8
1.2	Le famiglie residenti	12
1.3	La popolazione anziana	12
1.4	Popolazione disabile.....	13
2	Fattori ambientali che incidono sullo stato di salute.....	15
2.1	I rifiuti.....	15
2.2	I consumi energetici.....	19
2.3	Le qualità delle acque.....	21
2.4	La qualità dell'aria	23
3	Dati relativi a significativi fenomeni demografici e sociali	26
4	Dati relativi a significativi fenomeni sanitari ed evidenze epidemiologiche... 	31
4.1	Alcuni macroindicatori di salute.....	31
4.2	Le singole patologie	36
5	Primi indirizzi dell'Assemblea	44
5.1	Piano della comunicazione al cittadino	44
5.2	Punto unico di accesso.....	47
5.3	Progetto Qualità	50
6	Consolidamento e sviluppo dei processi di integrazione già in atto.....	51
6.1	Sociale Integrato Mugello	51
6.2	Certificazione di qualità dei servizi sociosanitari di alta integrazione per gli anziani.....	56
6.3	Sistemi di residenzialità per anziani	58
6.4	Telemedicina nel Mugello (T.M.M.)	65
6.5	Dimissioni programmate	68
6.6	Progetto "Montagna"	70
6.7	Progetto "Mugello Sociale"	72
6.8	Laboratorio di riabilitazione per il disagio mentale.....	73
6.9	Sistema della domiciliarità per area anziani e handicap.....	74
6.10	Progetto di formazione congiunta "Strategie professionali e di servizio per garantire continuità assistenziale ed efficacia agli interventi sociosanitari"	75
6.11	Progetto di riorganizzazione dei servizi per minori	76
6.12	Progetto "Creazione di un sistema integrato di promozione del benessere nell'ambito delle dipendenze"	77

INTRODUZIONE

Nel progetto di "potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e cure palliative" nella Zona Mugello, allegato alla deliberazione dell'Azienda Sanitaria di Firenze n. 1437 del 23 luglio 1999, approvato dalla Giunta Regionale, veniva in premessa riportato che " ... sulla base delle indicazioni della L. R. 72/98 e degli indirizzi della Conferenza dei Sindaci, nella Zona Mugello è prevista la costituzione di un unico distretto, e che i Comuni della Zona gestiscono in forma associata i servizi sociali a norma dell'art. 7 della L. R. 72/97".

Tali peculiarità costituiscono un'occasione unica per istituire nel distretto, così dimensionato, il livello ottimale in cui il percorso assistenziale è attivato in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale e di diagnosi cura e riabilitazione. La Zona Mugello conseguentemente dovrebbe costituire la sede ideale per la sperimentazione del progetto.

In questa ottica è indispensabile rendere omogenee le prestazioni erogate a domicilio in tutti i comuni e, contestualmente, assicurare prestazioni sanitarie appropriate e condivise.

OBIETTIVI

- potenziare l'assistenza domiciliare integrata in tutto il territorio della Zona Mugello, incrementando del 30% nel triennio il numero delle prestazioni;
- rendere più omogenee, nel territorio, le prestazioni erogate a domicilio in tutti i Comuni della Zona;
- delineare processi organizzativi caratterizzati da forte integrazione;
- integrare i servizi distrettuali con alcune attività ospedaliere e con i servizi sociali dei Comuni, con il coinvolgimento del volontariato;
- valorizzare, nel percorso assistenziale, il ruolo del medico di medicina generale, attribuendogli la funzione del coordinamento degli interventi d'intesa col medico distrettuale;
- attivare le cure palliative nel territorio del Mugello, integrandole con le attività del Day Hospital oncologico."

La realizzazione di tale progetto, condiviso e cofinanziato dagli 11 Comuni della Zona tramite l'acquisizione di tre automezzi prevista nel Piano di Zona al fine di potenziare il parco-auto già messo a disposizione dalla ASL, ha comportato il raggiungimento degli obiettivi prefissati cui va dato il giusto risalto, oltre che per la grande civiltà del servizio assicurato, proprio perché rispondenti alle caratteristiche di dispersione, vastità, complessità di un territorio con difficoltà di collegamento viario.

Si ritiene opportuno "partire" da tale progetto perché ha raggiunto risultati significativi, soprattutto sul versante della riorganizzazione degli interventi socio assistenziali, con il servizio sociale dell'ASL unico soggetto gestore dell'assistenza a domicilio, e per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza infermieristica

domiciliare, con un servizio esteso sulle 12 ore di tutti i giorni compresi i festivi assicurato dopo un processo non banale di costruzione del consenso e condivisione del percorso con gli operatori assegnati ai diversi presidi ma gestiti come pool unico su tutta la zona. Ha costituito inoltre un presupposto metodologico di lavoro integrato su cui sono stati costruiti altri momenti di lavoro e progettualità comuni di grande rilievo quali quelli di seguito elencati che saranno, sia pure sinteticamente, approfonditi negli allegati:

- Certificazione qualità dei servizi sociosanitari di alta integrazione per gli anziani.
- Telemedicina nel Mugello (T.M.M.)
- Progetto "Montagna"
- Progetto "Mugello Sociale"
- Laboratorio di riabilitazione per il disagio mentale
- Sistema della domiciliarità per area anziani e handicap
- Progetto di formazione congiunta "Strategie professionali e di servizio per garantire continuità assistenziale ed efficacia agli interventi sociosanitari".
- Progetto di riorganizzazione dei servizi per minori
- Progetto "Creazione di un sistema integrato di promozione del benessere nell'ambito delle dipendenze".

Deve anche rimarcarsi la recente (dal 18 novembre 2002) sperimentazione dell'ambulanza infermieristica a Borgo San Lorenzo, sulla base dei protocolli stabiliti dalla centrale operativa del 118 Firenze Soccorso. Possiamo definirlo un evento importante perché reso possibile da una forte coesione della Comunità mugellana (associazioni di volontariato, enti locali) rispetto un evento importante, in altre realtà non realizzato, per tutta l'emergenza toscana. L'esperienza è legata alla trasformazione in una rete integrata, che comprende oltre naturalmente al ruolo svolto dal DEA (Dipartimento Emergenza ed Accettazione) del P.O. (Presidio Ospedaliero) di riferimento anche le postazioni di primo soccorso allestite sul territorio, di alcuni PET (Punti Emergenza Territoriale) da medicalizzati ad infermieristici. Altra particolarità è legata alla individuazione del personale che, in parte significativa, è stato assorbito dalle infermerie dedicate ai cantieri dell'Alta Velocità, esperienza di grande positività ed originalità introdotta proprio sul territorio del Mugello.

Sono tutte tappe di un percorso ormai consolidato ed orientato a un approccio ai problemi sempre più integrato e unitario che conferiscono ulteriore valore aggiunto a due atti fondanti il percorso zonale: l'Accordo di programma stipulato in data 14/11/2002 tra i Comuni della Zona Mugello, la Comunità Montana Mugello, l'ASL 10 di Firenze con deliberazione D.G. n. 934 del 29.11.2002; la convenzione di associazione tra gli 11 comuni del Mugello con delega di gestione alla Comunità Montana Mugello stipulata il 07/04/2003 rep. 75.

L'impianto innovativo della Società della Salute e le metodologie di programmazione e di governo previste si presentano, a questo punto per la Zona-Distretto del Mugello, come strumento di consolidamento e di sviluppo dei processi di integrazione già in atto e nella cultura dei servizi, degli operatori e di tutti i soggetti comunitari.

Di particolare rilievo in tal senso sono da considerarsi gli esiti del percorso di costruzione della "Carta della cittadinanza sociale", all'interno del quale non solo sono stati concordati gli ambiti su cui incentrare l'azione di sostegno alle persone, ma è stata stimolata la crescita di consapevolezza nei confronti dei bisogni complessivi della comunità sia da parte dei servizi pubblici e privati che da parte dei diversi soggetti comunitari, in uno sforzo di superamento di una visione settoriale dei problemi.

La scelta di consolidare una visione partecipata e concordata dei bisogni della comunità ha permesso una partecipazione più attiva e diretta del terzo settore nei momenti di programmazione locale, non solo quelli previsti dalla normativa, quali la presenza nell'ufficio di coordinamento distrettuale ai sensi della L. R. 22/92 o le consultazioni relative ai piani zionali, bensì anche come presenza stabile e formalizzata nella Segreteria Tecnica Zonale

A tale metodologia si potrà fare riferimento per definire nuovi protocolli di concertazione e per il coinvolgimento della cittadinanza nelle sue componenti partecipative dirette o mediate sugli atti di programmazione.

1 Caratteristiche ed aspetti demografici della Zona Mugello

Il Mugello ha una forte consapevolezza di una identità culturale territoriale specifica rispetto alla città di Firenze e alla cintura urbana. Tale elemento consente livelli di collaborazione e motivazione delle comunità locali molto alti, benché in presenza di differenziate realtà municipali tipiche della Toscana. Il territorio della Zona sociosanitaria confina con l'Emilia Romagna, l'area Fiorentina e la provincia di Prato. Gli undici comuni che ne fanno parte sono: Barberino Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio, San Godenzo, San Piero a Sieve, Scarperia e Vicchio.

La Zona è caratterizzata da un basso indice di densità della popolazione, la presenza di nuclei in zone montane isolate, da una cultura intrisa di tradizionali valori contadini. L'ampio ventaglio di stili di vita rinvenute nel territorio (provenienti dall'area urbana cosmopolita, come da chiuse comunità contadine tradizionali), determina difficoltà a sintetizzare priorità evidenti per la gran parte della popolazione. Tra la zona montana (per esempio i comuni di San Godenzo, Marradi, Palazzuolo, Firenzuola) e il fondovalle (in particolare i comuni di Londa e San Piero a Sieve) si misura tutta la distanza sociale causata da fenomeni opposti, di forte presenza di anziani o all'opposto di alta presenza di bambini.

1.1 Il territorio e la popolazione

La montanità del territorio è un elemento da tenere in considerazione nella interpretazione dei fenomeni sociali e nella programmazione dei servizi. Come si può osservare la densità di popolazione, pari per la zona sociosanitaria a 48,6 abitanti per kmq, è piuttosto bassa ovunque, ma soprattutto nelle zone montane dove raggiunge punte minime di 11-12 abitanti per kmq. I dati relativi all'acclività e alla percentuale di territorio con altitudine superiore ai 600 metri confermano che la zona Mugello ha una fisionomia morfologica fundamentalmente montana e piuttosto "aspra" disposta per di più su due diversi versanti idrografici (tirrenico per il fiume Sieve e adriatico per Lamone, Senio e Santerno).

Tabella 1 - Gli aspetti morfologici

Nome comune	Intensità morfologica	% territ con intens rilievo 251-1000 m	% territ. Con altit. > 600 m	% territ. Con pendenza > 24°
Barberino di Mugello	46,70	6,0	20,0	15,2
Borgo San Lorenzo	51,10	14,6	28,6	30,5
Dicomano	60,50	28,3	27	35,2
Firenzuola	68,60	26,1	67	26,6
Londa	73,90	51,4	67,3	37,3
Marradi	69,50	27,8	51,8	53,1
Palazzuolo sul Senio	75,20	31,9	71,9	51,0
San Godenzo	77,00	40,5	77,9	50,3
San Piero a Sieve	34,30	0,4	0,4	7,8
Scarperia	47,10	14,5	30	17,6
Vicchio	54,50	23,4	34,6	30,2

La dispersione territoriale caratterizza il sistema dei servizi determinando da un lato la difficile accessibilità da parte dell'intera cittadinanza, dall'altro la scarsa visibilità dei bisogni che spesso appaiono fortemente differenziati tra le varie realtà locali.

Un elemento fondamentale di valutazione è la composizione della popolazione del Mugello e i fenomeni che l'hanno caratterizzata negli ultimi anni.

Abbiamo analizzato gli archivi degli uffici anagrafe dei Comuni appartenenti alla Zona socio sanitaria Mugello alla data del 31 dicembre 2003 costruiti attraverso l'estrazione di alcuni campi, procedendo con idonee correzioni per consentire la massima corrispondenza dei dati rilevati con quelli ufficiali dichiarati dai comuni all'Istat. Sono comunque possibili alcune incongruenze dovute a modesti errori di estrazione.

La popolazione nella zona sociosanitaria Mugello al 31.12.2003 è pari a 62.707 unità, divisa in 11 municipalità: oltre 1/4 della popolazione è residente nel Comune di Borgo San Lorenzo, 3 comuni (Barberino M.llo, Vicchio e Scarperia) hanno una popolazione superiore a 5.000 abitanti mentre 3 comuni hanno una popolazione inferiore ai 2.000 abitanti (vedi tabella 2).

L'incremento della popolazione che si è manifestato negli ultimi anni sembra consolidarsi: l'indice di incremento totale è in crescita dal 1999. Tale saldo è dovuto essenzialmente al sempre maggior afflusso di persone, sia dalla città di Firenze che dall'estero, che vogliono risiedere nel nostro territorio, nonché dall'aumento della speranza di vita particolarmente significativo nelle zone montane.

Inoltre è da segnalare come nelle zone della pianura si registrino tassi d'incremento naturale (benchè negativo), superiori alla media regionale e addirittura un tasso con segno positivo nel comune di Londa.

Le persone che vengono a risiedere nella nostra zona sono prevalentemente famiglie, senza particolari radici con il territorio e quindi senza una rete parentale di supporto. La popolazione straniera residente ha registrato un incremento pari al 30,6% dal 2002 al 2003 e al 31.12.2003 è rappresentata da 2.894 unità, pari al 4,6% della popolazione totale. Il 51 % della popolazione straniera è di sesso maschile e il 27% sono minori.

Dai dati del 2003 risulta che il 69% della popolazione straniera proviene da paesi europei esterni all'UE, in particolare l'Albania (ben il 45,32 % dell'intera popolazione straniera) e la Romania (13,67%).

Per quanto riguarda un altro fenomeno relativo alla popolazione immigrata nel territorio mugellano vanno segnalati gli interventi per le grandi opere (Ferrovia Alta Velocità, Invaso di Bilancino) che interessano la zona e che sono fonte ulteriore di squilibrio per la presenza nei cantieri di persone e famiglie (di fuori regione e anche stranieri) senza una vera integrazione col territorio.

Tabella 2 - Superficie e Densità di popolazione

Comune	Superficie	Popolazione al 31.12.2003	Densità
Barberino di Mugello	133,71	9.943	74,4
Borgo San Lorenzo	146,15	16.455	112,6
Dicomano	61,76	5.111	82,8
Firenzuola	272,06	4.902	18,0
Londa	59,4	1.766	29,7
Marradi	154,07	3.496	22,7
Palazzuolo sul Senio	108,9	1.266	11,6
San Godenzo	99,19	1.227	12,4
San Piero a Sieve	36,63	3.853	105,2
Scarperia	79,37	7.165	90,3
Vicchio	138,89	7.523	54,2
Mugello	1290,13	62.707	48,6

Fonte: Archivi degli Uffici Anagrafe Comunali

Generalmente la composizione per età della popolazione è l'elemento che, dal punto di vista demografico, risulta più significativo. Il rapporto tra la percentuale di anziani e quella di giovani è fondamentale per capire le caratteristiche della struttura generazionale, le trasformazioni della struttura familiare ed anche i numerosi fenomeni sociali, economici e culturali connessi.

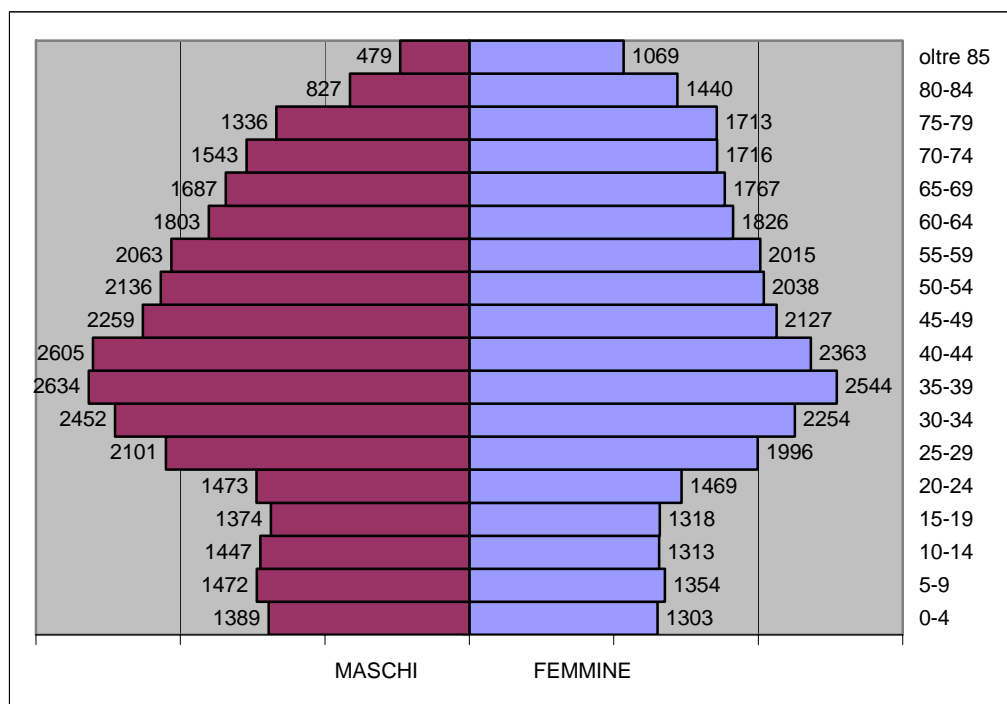
Tabella 3 - Popolazione residente per classe di età Zona Socio Sanitaria Mugello

Classi di età	Popolazione			%
	Femmine	Maschi	Totale	
0-14	3.970	4.308	8.278	13,20
15-64	19.950	20.900	40.850	65,14
oltre 65	7.705	5.872	13.577	21,65
non rilevato	0	2	2	0,00
Totale	31.625	31.082	62.707	100,00

Fonte: Archivi degli Uffici Anagrafe Comunali

Le variazioni all'interno delle classi possono essere analizzate meglio, considerando la piramide dell'età della popolazione suddivisa per sesso e per classi quinquennali. In realtà il termine "piramide", adatto per popolazioni in forte crescita, non risulta in questo caso adeguato, in quanto le frequenze nelle classi di età più alte non si restringono (dando appunto una forma piramidale), ma anzi si allargano con un visibile sbilanciamento verso le donne (Grafico 1).

Grafico 1 - Piramide di età della popolazione della Zona Socio Sanitaria Mugello al 31/12/2003



Nella zona sociosanitaria del Mugello si riscontra mediamente un indice di dipendenza molto elevato che assume valore eccezionali nei comuni di montagna (S.Godenzo = 68,08; Firenzuola = 66,45) ma anche valori abbastanza elevati nei comuni della piana (S.Piero a Sieve = 52,96).

Pertanto la popolazione appartenente alle fasce di età più deboli (0-14 e 65 più) risulta a carico delle sempre più residua popolazione "produttiva".

1.2 Le famiglie residenti

Le modifiche delle forme familiari da famiglie molto numerose a famiglie unipersonali sono conseguenti a vari fattori sociali e culturali che hanno determinato il declino della fecondità, l'invecchiamento della popolazione e l'arrivo delle famiglie straniere.

Le famiglie presenti sulla nostra zona al 31/12/2003 sono 25.139 di cui 23.822 italiane (Tabella 4), il numero medio di componenti è pari a 2,5, valore che porta ad affermare sempre più la presenza di famiglie di piccole dimensioni. Infatti il 28% di queste sono costituite da una sola persona.

Tabella 4 - Numero famiglie per componenti

N. componenti per famiglia	N. famiglie residenti	di cui N. famiglie italiane	di cui N. famiglie straniere	di cui N. famiglie miste	%
1	7.100	6.755	345	0	28
2	6.641	6.367	139	135	26
3	5.681	5.427	126	128	23
4	4.095	3.857	141	97	16
5	1.166	1.046	69	51	5
6 ed oltre	456	370	69	17	2
TOTALE	25.139	23.822	889	428	100

1.3 La popolazione anziana

La popolazione con età superiore ai 64 anni nel Mugello al 31.12.2003 è pari a 13.577 unità, il 21,65 % della popolazione totale residente. L'analisi della struttura per età della popolazione nei Comuni del Mugello ci conferma come è proprio nei Comuni montani (S. Godenzo, Firenzuola, Marradi e Palazzuolo sul Senio) che si registra un'alta presenza di anziani, comuni dove possiamo ritrovare anche un'elevata presenza di anziani anagraficamente soli (circa il 30% degli ultra 64enni). I Comuni

precedentemente segnalati presentano un valore dell'indice di dipendenza anziani molto alto, compreso nel range 42 - 48. Ciò significa che ad una persona anziana corrispondono più di due persone in età produttiva (15 - 64 anni).

La percentuale zonale di anziani anagraficamente soli (la rilevazione anagrafica probabilmente sovrastima il problema) è superiore al 24% dell'intera popolazione anziana.

Tabella 5 - Popolazione anziana per comune di residenza - Anno 2003

<i>Comune</i>	<i>Popolazione Totale</i>	<i>Popolazione con età >64 anni</i>	<i>di cui anagraficamente soli</i>	<i>Indice di Vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza anziani</i>
Barberino	9.943	1.988	419	145,75	30,16
Borgo San Lorenzo	16.455	3.411	806	149,80	31,68
Dicomano	5.111	1.071	247	161,05	31,73
Firenzuola	4.902	1.399	400	250,72	47,50
Londa	1.766	305	65	114,23	25,54
Marradi	3.496	928	284	252,86	42,16
Palazzuolo sul Senio	1.266	347	91	291,60	43,38
San Godenzo	1.227	338	106	212,58	46,30
San Piero a Sieve	3.853	826	194	162,60	32,79
Scarperia	7.165	1.365	347	135,42	28,48
Vicchio	7.523	1.599	357	162,17	32,39
Totale	62.707	13.577	3.316	164,01	33,24

1.4 Popolazione disabile

Il Mugello dalle statistiche regionali, appare tra le zone che presentano più nascite con difetti congeniti ed in questi ultimi anni i servizi sociosanitari vengono sempre più coinvolti per l'attivazione di interventi verso adulti con disabilità acquisite in seguito a malattie neurologiche, traumatismi da incidenti stradali, infortuni sul lavoro, esiti di ictus etc.

Tale situazione non è però comprovata dalle statistiche esistenti relativamente all'handicap accertato ai sensi della L.104/92, probabilmente in conseguenza di resistenze di ordine culturale da parte delle persone interessate e delle loro famiglie, soprattutto nelle zone montane.

Dai dati in nostro possesso il numero di portatori di handicap 0-64 anni, di che risultano ai servizi sociali, è di 490 persone collocate nei vari comuni della zona. Tra i 377 soggetti accertati ai sensi dell'Art. 4 della L. 104/92, la tipologia di handicap più presente è l'handicap mentale.

Tabella 6 - Tipologia di handicap nel Mugello - Dati 2003

Tipologia di handicap	Psichico	Fisico	Sensoriale	Plurihandicap	Totale
N° portatori di handicap	135	98	20	124	377
Percentuale	35,8%	26,0%	5,3%	32,9%	100 %

Nel Mugello l'attenzione a queste tematiche dimostrata dalla comunità locale nelle sue varie espressioni (dal pubblico al privato, al privato sociale, all'associazionismo, alle varie organizzazioni di tutela) ha prodotto e concretizzato una serie di interventi e/o servizi tesi a :

- favorire la domiciliarità: assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, aiuto personale, sostegno alle famiglie con minori portatori di handicap, centri diurni di socializzazione e di aggregazione;
- garantire la residenzialità, sia a livello quantitativo che qualitativo, modulando risposte diversificate relativamente ai bisogni assistenziali e di cura.

Prospettive nuove si stanno aprendo anche sul versante del progetto "Dopo di Noi" che permetteranno di articolare risposte sempre più vicine ai bisogni espressi dalle persone e dalla comunità locale. E' in via di riorganizzazione una unità di valutazione multidimensionale a carattere zonale e la stesura dei relativi protocolli per l'identificazione dei percorsi assistenziali.

Con l'istituzione della Società della Salute si apre una nuova possibilità di rendere gli accessi e le azioni conseguenti più elastici e condivisibili, nonché di conoscere il sommerso partendo dalla situazione dei disabili accertati.

2 Fattori ambientali che incidono sullo stato di salute

La salute di un individuo è influenzata non solo dai progressi della medicina e dalla maggiore offerta di servizi sanitari e sociali disponibili sul proprio territorio, ma anche da fattori indiretti di natura ambientale.

2.1 I rifiuti

Il territorio della Regione Toscana è articolato per la gestione dei rifiuti in Ambiti Territoriali Ottimali, cui compete la pianificazione dei servizi di raccolta, trasporto, trattamento e smaltimento dei rifiuti urbani. Appartengono all'ATO n. 6 tutti i comuni della Provincia di Firenze, con l'eccezione dell'area Empolese, e dunque anche gli 11 comuni della Zona Sociosanitaria Mugello.

Tabella 7 - Produzione rifiuti urbani (anni 1999-2002)

Comuni	Residenti al 31/12/2002	Produzione Rifiuti			
		1999	2000	2001	2002
Firenze	4.818	3.447,1	3.669,8	3.681,2	3.873,9
San Piero a Sieve	3.773	2.297,8	2.427,9	2.421,6	2.511,7
San Godenzo	1.196	677,9	720,9	740,2	765,8
Barberino di Mugello	9.724	5.318,2	5.400,8	5.704,0	6.012,2
Scarperia	7.041	3.439,2	3.648,1	4.015,9	4.272,8
Borgo San Lorenzo	16.309	8.171,5	8.754,1	8.993,5	9.450,6
Palazzuolo Sul Senio	1.290	690,4	693,3	676,7	683,3
Vicchio	7.403	3.303,0	3.527,8	3.592,9	3.871,4
Londa	1.756	917,9	897,5	936,3	916,3
Marradi	3.533	1.611,4	1.819,8	1.728,8	1.771,4
Dicomano	5.037	2.156,7	2.224,8	2.228,6	2.447,1
MUGELLO	61.880	32.031,1	33.784,8	34.719,7	36.576,5

Fonte: Piano industriale di ATO n. 6 "Aria Metropolitana Fiorentina"

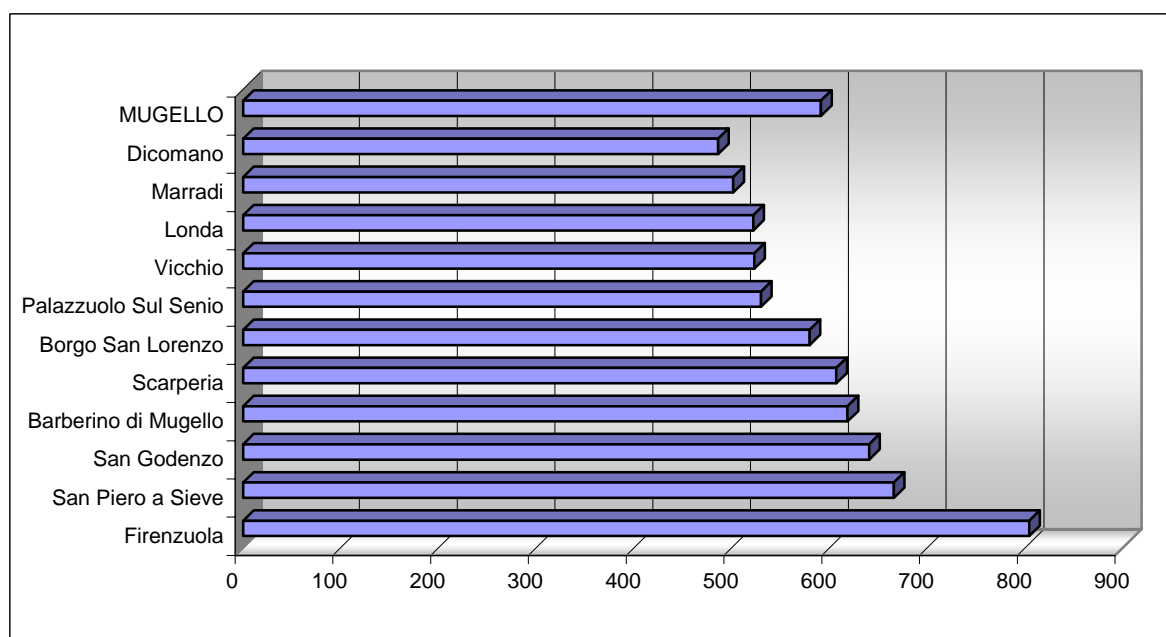
Per quanto riguarda la produzione di rifiuti, il dato relativo al 2002 segnala che nella zona Mugello sono state prodotte complessivamente 36.576 tonnellate di rifiuti urbani, per una media di 591 Kg per abitante che risulta inferiore a quella provinciale dell'ATO6 che ammonta a 657 Kg/abitante.

L'incremento medio annuo dal 1996 ad oggi è piuttosto rilevante poiché è aumentata in misura significativamente maggiore rispetto all'aumento a livello provinciale.

La zona Sociosanitaria Mugello si caratterizza dunque per una produzione di rifiuti urbani non particolarmente elevata, ma in crescita sostenuta negli anni più recenti; si tratta di un fenomeno solo in parte giustificabile con un aumento della pressione demografica che nel futuro potrà avere impatti non trascurabili sul sistema ambientale mugellano.

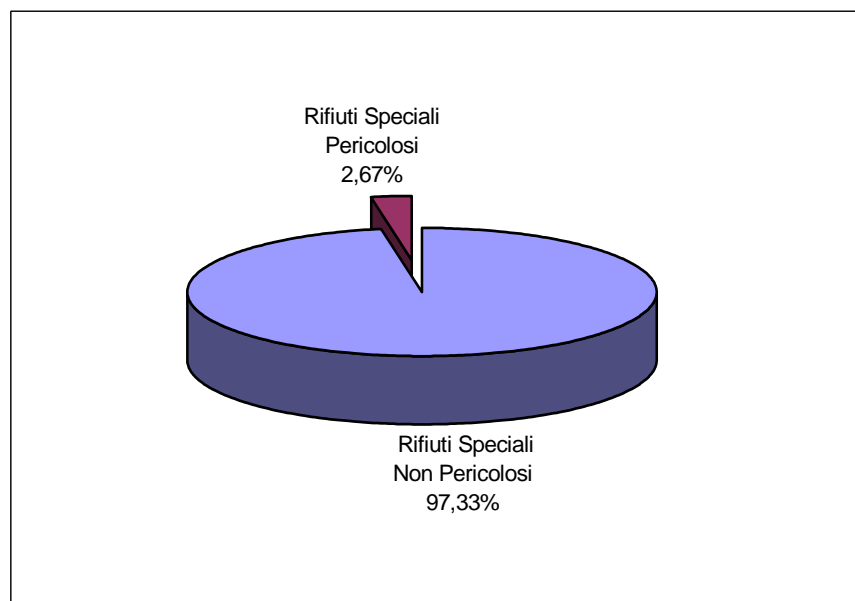
Tra i comuni che si caratterizzano per le più elevate produzioni figura il comune di Firenzuola, con una produzione annuale di rifiuti pro capite pari a 804 kg/abitante, seguito da San Piero a Sieve (666 kg/ab), San Godenzo (640 kg/ab), ecc. fino ad arrivare al comune di Dicomano che detiene la produzione minore di rifiuti(486 kg/ab).

Grafico 2 - Produzione di rifiuti organici pro-capite al 2002



Per quanto riguarda la produzione di rifiuti speciali relativa all'anno 2002, il Mugello registra una produzione pari a 96.732 tonnellate di cui 94.148 non pericolosi e 2.584 pericolosi.

Grafico 3 - Produzione di rifiuti speciali al 2002



La consistenza può essere considerata molto elevata poiché investe circa il 21% del totale rifiuti speciali prodotti nell'intero ATO 6.

Tabella 8 - Produzione di rifiuti speciali, anche pericolosi

Comune	Produzione di Rifiuti Speciali Non Pericolosi	Produzione di Rifiuti Speciali Pericolosi	Produzione di Rifiuti speciali Totale
Barberino di Mugello	5.609	606	6.215
Borgo San Lorenzo	36.793	251	37.044
Dicomano	473	8	481
Firenzuola	22.161	45	22.206
Londa	62	2	64
Marradi	2.842	9	2.851
Palazzuolo Sul Senio	179	17	196
San Godenzo	17	2	19
San Piero a Sieve	8.740	262	9.002
Scarperia	12.026	766	12.792
Vicchio	5.246	616	5.862
MUGELLO	94.148	2.584	96.732

Fonte: Piano industriale di ATO n. 6 "Aria Metropolitana Fiorentina"

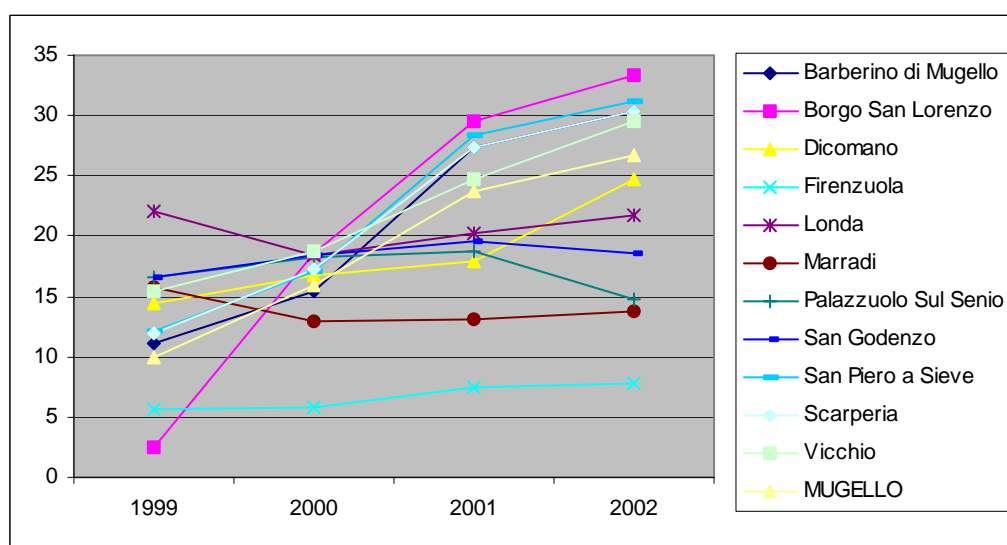
A livello comunale le situazioni di maggiore criticità sono le seguenti, sia considerando la produzione in termini assoluti sia considerando la produzione pro capite:

- per quanto riguarda i rifiuti speciali non pericolosi, il maggiore produttore risulta essere il comune di Firenzuola seguito da Borgo San Lorenzo e San Piero a Sieve;
- per quanto riguarda invece i rifiuti speciali pericolosi, la produzione assoluta più elevata si registra a Scarperia.

La quota di Raccolta Differenziata (carta, plastica, vetro, organico, ecc.) rispetto al totale dei rifiuti urbani prodotti è un indicatore tradizionalmente utilizzato per misurare i livelli di sostenibilità a livello locale. Oltre a produrre una riduzione effettiva delle quantità di rifiuti da smaltire, una quota elevata di RD misura indirettamente il livello di informazione, sensibilizzazione e partecipazione attiva della comunità locale ai percorsi di sviluppo sostenibile, e per di più consente una notevole attività di recupero e riciclaggio di materiali, e dunque una riduzione del consumo di risorse.

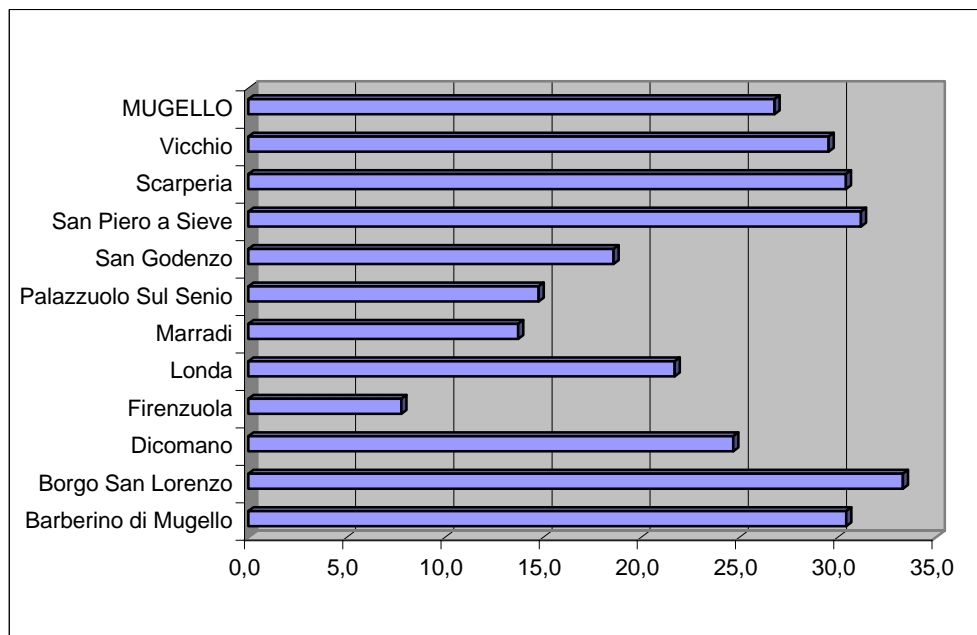
Come illustrato nel grafico seguente, in soli 4 anni la quota di Raccolta Differenziata nei comuni della zona sociosanitaria Mugello si è quasi triplicata.

Grafico 4 - Quota di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani 1998-2002



A livello comunale, possiamo notare che la % di raccolta differenziata sul totale rifiuti urbani prodotti nel 2002 registra un livello elevato per i comuni di Borgo San Lorenzo, San Piero a Sieve e Barberino di Mugello, Scarperia.

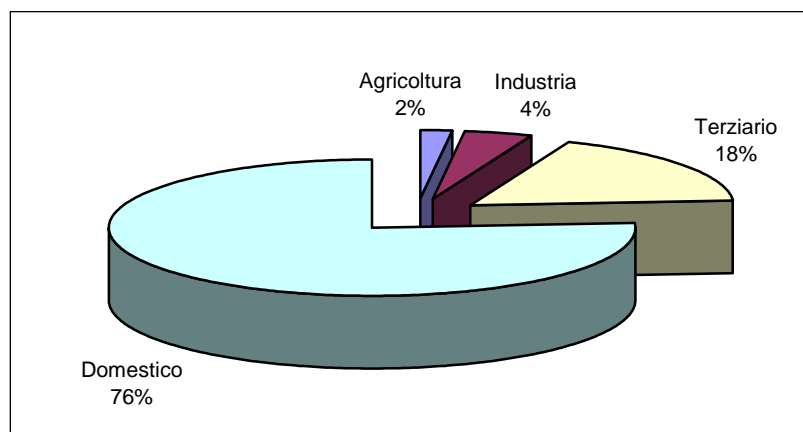
Grafico 5 - % Raccolta differenziata sul totale rifiuti prodotti - Anno 2002



2.2 I consumi energetici

I consumi energetici forniscono una importante indicazione sulla entità delle attività umane e della loro pressione sull'ambiente. In particolare è interessante verificare la distribuzione dei consumi totali di energia tra i macrosettori di attività economica: gli usi domestici assorbono il 76% di energia elettrica erogata, il 18% è destinato al terziario, il 4% all'industria ed una quota trascurabile al comparto agricolo.

Grafico 6 - Consumi di energia elettrica per settore Zona Sociosanitaria Mugello Anno 2002



Poiché tuttavia il consumo complessivo risente notevolmente della struttura produttiva che caratterizza un determinato territorio, per valutare il livello di sensibilizzazione degli abitanti rispetto ai temi del risparmio energetico è interessante fare riferimento ai consumi per settore di utilizzo e per singola utenza.

I consumi agricoli sono molto elevati a Vicchio e Palazzuolo sul Senio (valori rispettivamente quasi triplo e più che doppio rispetto alla media regionale), mentre negli altri comuni il livello è più contenuto e uniforme. Vale la pena sottolineare come non esiste una diretta connessione dei consumi energetici con l'attività agricola (alcuni centri in cui l'attività agricola è relativamente diffusa registrano infatti consumi assolutamente nella norma), quanto piuttosto con l'attività di trasformazione agro-industriale.

Guardando ai consumi domestici, il comune che registra i livelli di consumo più elevati risulta San Piero a Sieve (2.363), seguito da Barberino di Mugello (2.337); i tre comuni della Romagna Toscana si caratterizzano invece per i consumi domestici più contenuti (1.500-1.700 Kwh/anno circa). In questo caso si dispone di dati per effettuare confronti con le medie provinciali, da cui si desume che, nel complesso, il Mugello è un territorio attento ai consumi elettrici: il valore medio territoriale relativo al 2002 (2.029 Kwh/anno) è infatti notevolmente inferiore a quello medio provinciale (2.421). Anche il confronto con gli altri sistemi territoriali della provincia, infine, conferma il comportamento "sostenibile" dei mugellani.

I consumi industriali, infine, sono elevati laddove esiste un diffuso tessuto produttivo, con imprese mediamente più grandi che necessitano di quantitativi relativamente maggiori di energia. Così, i consumi per utenza più consistenti si registrano a Scarperia e Firenzuola; all'opposto quelli più contenuti si rilevano a San Godenzo e Dicomano. Scarperia resta in prima posizione anche per quanto riguarda i consumi nel settore terziario, seguito da Barberino di Mugello e Borgo San Lorenzo.

Tabella 9 - Consumi unitari di energia elettrica per settore di attività (Kwh/utente)* - 2002

Comuni	Agricoltura	Industria	Terziario	Domestico	Totale
Barberino di Mugello	3.486	109.431	11.682	2.337	9.153
Borgo San Lorenzo	6.785	65.965	9.461	2.238	6.563
Dicomano	5.612	15.299	5.729	1.979	3.177
Firenzuola	2.979	145.022	7.761	1.481	8.366
Londa	2.660	37.904	6.085	1.886	3.618
Marradi	2.251	33.463	6.443	1.729	3.457
Palazzuolo sul Senio	18.133	28.755	5.423	1.460	3.287
San Godenzo	2.967	5.426	5.238	1.330	2.017
San Piero a Sieve	7.983	109.407	5.748	2.363	8.390
Scarperia	5.314	179.876	12.798	2.262	13.654
Vicchio	23.944	40.953	5.524	2.123	4.935
Zona Socio Sanitaria Mugello	8.225	89.349	8.572	2.029	6.991

Fonte: Agenzia Fiorentina per l'Energia Srl - Agenzia 21 Comunità Montana Mugello

2.3 Le qualità delle acque

Il territorio del Mugello è interamente compreso nell'ATO 3 "Medio Valdarno" che, rispetto agli attuali confini provinciali, comprende alcuni comuni della Provincia di Prato e Pistoia ed esclude l'area empolesse.

Una prima informazione importante è relativa ai livelli di copertura del servizio di acquedotto; nel 1996 il 91% della popolazione mugellana era servita da acquedotto, rispetto ad una media di ATO significativamente più elevata (96%). In tutti i comuni la quota varia tra il 90% e il 100%, ad eccezione del comune di Marradi, fermo al 77% e quello di Londa (85%).

Tabella 10 - Livelli di copertura del servizio di acquedotto - 1996

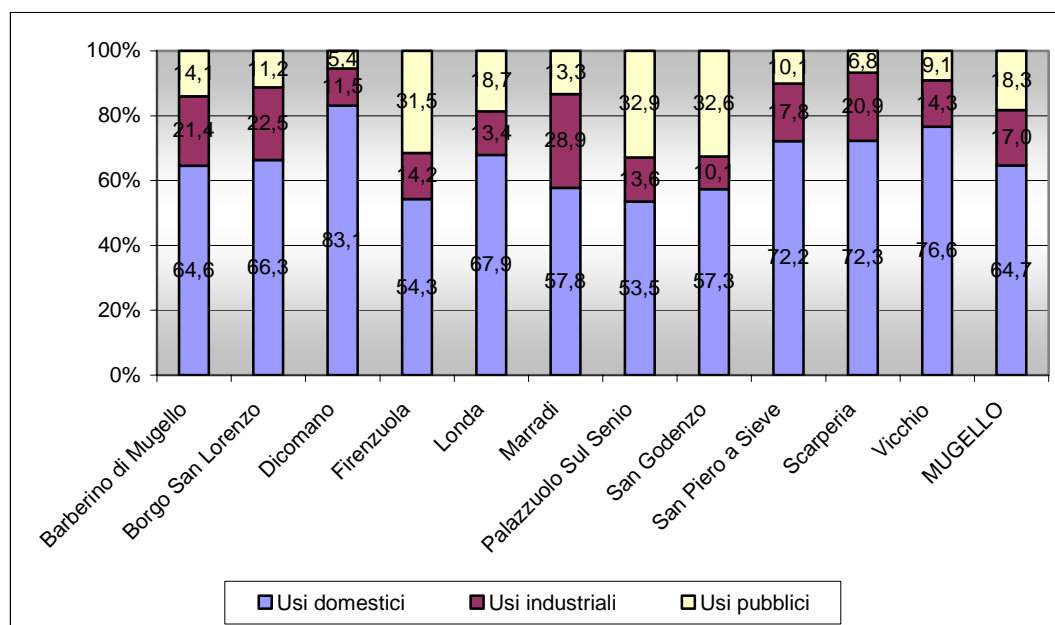
Comune	Popolazione servita da acquedotto	% sulla popolazione totale
Barberino di Mugello	8.176	90%
Borgo San Lorenzo	13.920	90%
Dicomano	4.745	100%
Firenzuola	4.736	100%
Londa	1.281	85%
Marradi	2.866	77%
Palazzuolo Sul Senio	1.341	100%
San Godenzo	1.162	100%
San Piero a Sieve	3.447	90%
Scarperia	5.567	90%
Vicchio	6.218	93%
TOTALE	50.446	91%

È molto interessante anche osservare per quali impieghi vengano utilizzate le risorse idriche dalla popolazione residente nei singoli comuni. Ancora una volta le informazioni sono ricavate dal Piano di Ambito, che fornisce la distribuzione dei consumi, relativa al 1996, tra le tre principali utenze: domestica, industriale, pubblica.

Tabella 11 - Domanda di servizio di acquedotto della popolazione residente al 1996 - Valori assoluti (litri/ab./giorno) per macro-tipologia di utilizzo

Comuni	Usi domestici	Usi industriali	Usi pubblici	Totale
Barberino di Mugello	124	41	27	192
Borgo San Lorenzo	124	42	21	187
Dicomano	123	17	8	148
Firenzuola	119	31	69	219
Londa	91	18	25	134
Marradi	104	52	24	180
Palazzuolo Sul Senio	122	31	75	228
San Godenzo	125	22	71	218
San Piero a Sieve	122	30	17	169
Scarperia	107	31	10	148
Vicchio	118	22	14	154
TOTALE	1.279	337	361	1.977

Grafico 7 - Domanda di servizio di acquedotto della popolazione residente al 1996 - Composizione % per macro-tipologia di utilizzo



La distribuzione dei consumi è strettamente dipendente dalla struttura socioeconomica dei singoli comuni, e dunque dalla presenza di strutture industriali e di servizio. In linea di massima, gli elementi di maggiore rilievo riguardano: a) l'elevato sbilanciamento a favore dei consumi domestici nei comuni di Dicomano, Vicchio, Scarperia, San Piero; b) una concentrazione di consumi industriali a Marradi e che

comunque interessa, ovviamente, le aree in cui è più forte la presenza di attività industriali; c) una elevata quota di consumi pubblici nei comuni montani di Palazzuolo sul Senio, San Godenzo e Firenzuola.

I principali corsi d'acqua che attraversano il territorio del Mugello sono i fiumi Sieve e Santerno e i torrenti Stura, Senio e Borro di Valbuona. Per la valutazione dei relativi livelli di inquinamento si è fatto riferimento a indici sintetici (IBE, LIM e SECA)¹ calcolati da Ambiente Italia su dati rilevati e forniti dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana (ARPAT). I risultati delle analisi sono illustrati nella tabella che segue.

Tabella 12 - Qualità dei principali corsi d'acqua del Mugello, Anno 2002

Corso d'acqua	Comune	Località	LIM	IBE	SECA
			(*)	(**)	(***)
Fiume Sieve	Barberino di M.	Ponte per Montecuccoli	2	2	2
Fiume Sieve	San Piero a Sieve	Monte di San Piero	2	2	2
Fiume Sieve	Pelago	Presa Acquedotto - S. Francesco	2	3	3
Torrente Stura	Barberino di M.	Stura - Presa Acquedotto Barberino	2	3	3
Fiume Santerno	Firenzuola	Confine Regionale	2	2	2
Borro Di Valbuona	Firenzuola	Veccione-Badia di Moscheta	2	2	2
Torrente Senio	Palazzuolo sul S.	Presa Acquedotto - Loc. Palazzuolo	2	2	2

Fonte: Agenda 21 - Comunità Montana Mugello

(*) Valori LIM: 1 = ottimo; 2 = buono; 3 = sufficiente; 4 = scarso; 5 = pessimo

(**) Valori IBE: 1 = non inquinato; 2 = poco inq.; 3 = inq.; 4 = molto inq.; 5 = fortemente inq.

(***) Valori SECA: 1 = ottimo; 2 = buono; 3 = sufficiente; 4 = scarso; 5 = pessimo

2.4 La qualità dell'aria

Per fornire un quadro generale della qualità atmosferica mugellana è tuttavia possibile fare riferimento alla ricerca "Valutazione della qualità dell'aria e classificazione del territorio regionale ai sensi del decreto legislativo 351/1999" elaborata dalla Regione Toscana e pubblicata nel settembre 2002. Lo studio non fornisce dati quantitativi a livello disaggregato, ma classifica ciascun comune regionale "ai fini della protezione della salute umana" e "ai fini della protezione degli ecosistemi, della vegetazione e per il degrado dei materiali", secondo una scala di livelli di qualità che varia da "A" (qualità migliore) a "D" (qualità peggiore).

¹ L'indice Biotico Esteso (IBE) si basa sull'analisi della struttura della comunità di macroinvertebrati che colonizzano le differenti tipologie fluviali, e si basa su Analisi semiquantitativa e tassonomica di un campione di benthos. Il Livello di Inquinamento dei Macrodescrittori (LIM) è un valore che si ottiene sommando il 75° percentile dei parametri riportati nella tabella 7 dell'All.1 al D.Lgs 152/99, ed è finalizzato ad ottenere un livello di inquinamento per ciascun parametro e un suo punteggio. Infine lo Stato Ecologico dei Corsi d'Acqua SECA è una classificazione dei corsi d'acqua effettuata incrociando i dati risultanti dai macrodescrittori LIM del Decreto 152/99 con quelli dell'IBE.

La tabella che segue illustra i livelli di qualità connessi alla presenza dei principali inquinanti per i Comuni del Mugello. Per l'interpretazione dei dati è opportuno segnalare che:

- ✓ la presenza di Monossido di carbonio (**CO**) è legata principalmente al traffico stradale, ma anche agli impianti termici del settore terziario (ad esempio: impianti di riscaldamento) e alla combustione dei residui agricoli;
- ✓ la presenza di Ossido di Azoto (**NO₂**) è legata soprattutto ai trasporti agricoli e, in generale, alle sorgenti mobili;
- ✓ la presenza di Polveri fini sospese con diametro inferiore ai 10 micron (**PM₁₀**), deriva principalmente dagli impianti termici del settore terziario, dai trasporti stradali e dai processi di trasformazione dell'industria
- ✓ la presenza di Ossidi di Zolfo (**SO₂**) è collegata soprattutto alle attività di combustione nell'industria e nel terziario, oltre che nei trasporti;
- ✓ la presenza di benzene (**C₆H₆**) è infine legata soprattutto al traffico e alla mobilità stradale.

Tabella 13 - Valutazione della qualità dell'aria nei comuni della Zona Sociosanitaria Mugello - (A = qualità Migliore; D = qualità peggiore)

Comuni	SO2	NO2	PM10	CO	C6H6
Barberino di Mugello	A	A	B	A	A
Borgo San Lorenzo	A	A	B	A	B
Dicomano	A	A	B	A	A
Firenzuola	A	A	B	A	A
Londa	A	A	B	A	A
Marradi	A	A	B	A	A
Palazzuolo Sul Senio	A	A	B	A	A
San Godenzo	A	A	B	A	A
San Piero a Sieve	A	A	B	A	A
Scarperia	A	A	B	A	A
Vicchio	A	A	B	A	A

Dunque il quadro che emerge dall'analisi della situazione ambientale del Mugello è indubbiamente positivo; sia i consumi idrici che quelli energetici risultano contenuti ed inferiori ai valori pro-capite provinciali e regionali. Anche per quanto concerne la produzione di rifiuti, il quadro che emerge appare positivo: la produzione di rifiuti pro-capite in Mugello risulta nettamente inferiore rispetto al dato medio sia provinciale che regionale.

La qualità dell'aria è da considerarsi nel complesso buona, come si evince da una recente classificazione proposta dalla Regione Toscana nella quale tutti gli 11 comuni della zona sociosanitaria vengono considerati immuni da presenze significative dei principali inquinanti. La qualità chimica e biologica delle acque risulta complessivamente buona.

3 Dati relativi a significativi fenomeni demografici e sociali

Le valutazioni e le azioni che sono state previste nel Piano Sociale di Zona 2004, recentemente approvato dalla Società della Salute del Mugello (deliberazione n. 4 del 15.11.04), vengono acquisite nel presente documento quali punti di partenza per successive considerazioni e per implementazioni ulteriori.

Viene qui dato per acquisito il riferimento ai dati statistici e alla descrizione dei singoli fenomeni sociali della Zona come compaiono nelle Relazioni Sociali di accompagnamento ai Piani di Zona 2003 e 2004. Esse sono consultabili sul sito web della Comunità Montana del Mugello (www.cm-mugello.fi.it) cliccando su: Servizi Sociali / Piani di Zona.

Le valutazioni che seguono usufruiscono delle informazioni raccolte in ambito di Osservatorio Sociale di Zona e hanno necessità di successive integrazioni.

L'indice di dipendenza² per la Zona del Mugello è tendenzialmente in aumento durante gli anni (vedi tab. 6 e grafico allegato) = è in diminuzione la popolazione cosiddetta "attiva" di 15-64 anni che offre reddito e cura per i ragazzi (0-14 anni) e per gli anziani (oltre 65 anni).

Da ricordare che negli ultimi anni la natalità degli "stanziali" non è mutata, l'aumento riscontrato è relativo a:

- giovani coppie fiorentine che acquistano casa nella Zona (Londa, Dicomano, Barberino, Scarperia, ecc.) per i migliori prezzi rispetto alla città;
- famiglie immigrate, straniere o provenienti dal Sud Italia, con tassi di natalità più alta.

L'indice di dipendenza anziani aumenta nei comuni montani per l'aumentata speranza di vita, senza che aumentino ugualmente le nascite e l'immigrazione di giovani famiglie.

L'indice di dipendenza giovanile è in aumento nei comuni di fondovalle per l'immigrazione di giovani famiglie (e di stranieri con maggiore propensione alla natalità).

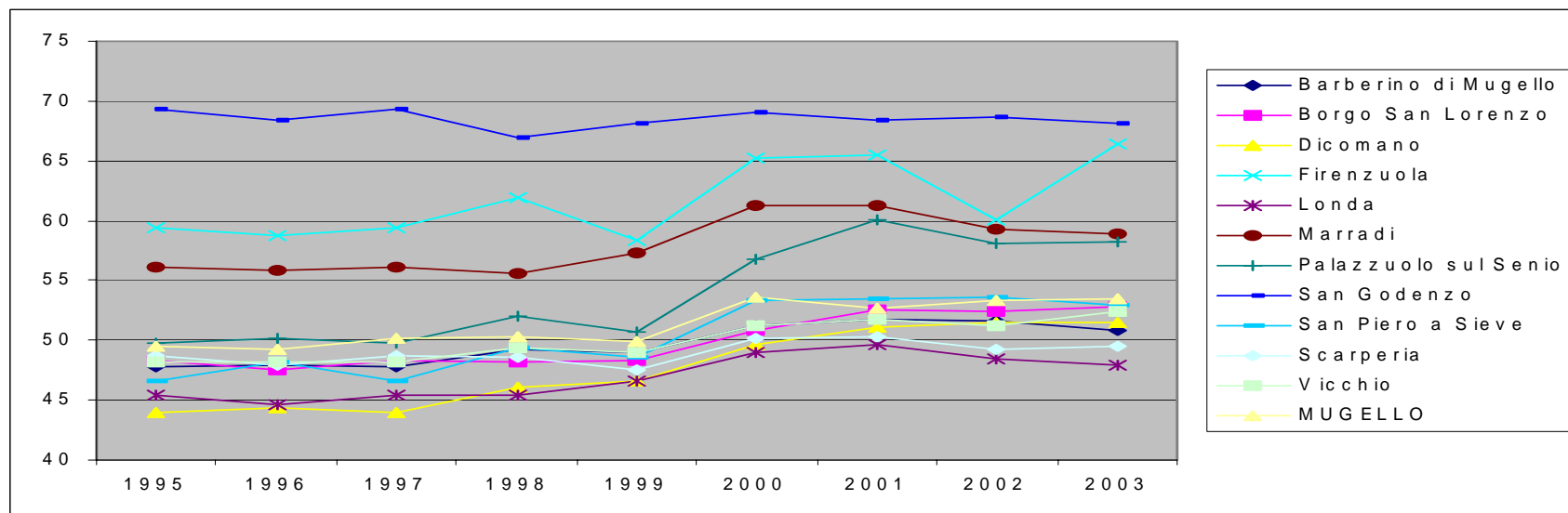
RISCHI

- divaricazione tra montagna e fondovalle per diversità del problema di maggiore dimensione da affrontare: cura degli anziani - servizi per i ragazzi;
- contrasti tra fasce generazionali per accaparrarsi risorse, attenzioni pubbliche, sostegni, ecc.;
- relativo impoverimento della Zona e in particolare della montagna;
- possibili esiti negativi: rottura della forte coesione della Zona.

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

Tabella 14 - Indice di dipendenza Totale

COMUNI	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Barberino di Mugello	47,79	47,89	47,79	49,29	49,03	51,18	51,70	51,65	50,86	
Borgo San Lorenzo	48,38	47,57	48,38	48,22	48,29	50,85	52,50	52,45	52,83	
Dicomano	43,96	44,37	43,96	46,08	46,57	49,65	51,07	51,49	51,44	
Firenzuola	59,45	58,82	59,45	61,95	58,33	65,24	65,47	60,08	66,45	
Londa	45,45	44,68	45,45	45,4	46,55	48,96	49,69	48,44	47,91	
Marradi	56,06	55,91	56,06	55,59	57,3	61,29	61,26	59,29	58,84	
Palazzuolo sul Senio	49,72	50,23	49,72	51,96	50,68	56,77	60,02	58,09	58,25	
San Godenzo	69,28	68,4	69,28	66,95	68,11	69,09	68,37	68,69	68,08	
San Piero a Sieve	46,55	48,25	46,55	49,44	48,54	53,29	53,51	53,62	52,96	
Scarperia	48,73	47,88	48,73	48,57	47,5	50,13	50,32	49,24	49,52	
Vicchio	48,21	48,15	48,21	49,32	48,97	51,2	51,73	51,25	52,37	
MUGELLO	49,45	49,21	50,14	50,25	49,9	53,63	52,63	53,33	53,50	
Indice dipendenza totale	Provincia di Firenze						52,63			
	Regione Toscana						51,85			



Si pone dunque ormai un nuovo tema all'attenzione: la situazione dei giovani e dell'infanzia delle zone montane che richiede interventi per invertire il segno dello sviluppo (il decremento demografico è cessato per l'aumento della vita media e la modesta immigrazione). Si tratta di creare appetibilità alla residenza (superando gli ostacoli per il lavoro, le resistenze culturali, la carenza di risorse per investimenti, ecc.). Da notare che l'immigrazione che si riferisce alla montagna è quella con maggiori difficoltà economiche e minori livelli di istruzione e capacità.

Nasce poi dalla percezione degli operatori e da alcuni recentissimi dati una nuova emergenza: l'enorme crescita delle problematiche educative di bambini e adolescenti, più acute nei maggiori paesi del fondovalle. Le stesse valutazioni sono state ugualmente elaborate nella riflessione che si è svolta in ambito del CRED (centro risorse educative) per il sistema formativo integrato.

POSSIBILI AZIONI DA PROMUOVERE:

- sostegno delle iniziative di protagonismo giovanile, specie in montagna;
- restituzione delle responsabilità educative all'intera comunità, collegando in rete le agenzie funzionanti e promuovendo percorsi di sostegno familiare e a gruppi di adolescenti;
- individuazione e finanziamento di direttrici di sviluppo e d'investimento montano;
- ampliamento dei servizi domiciliari di assistenza, promozione dei sistemi di supporto alla domiciliarità (welfare "leggero").

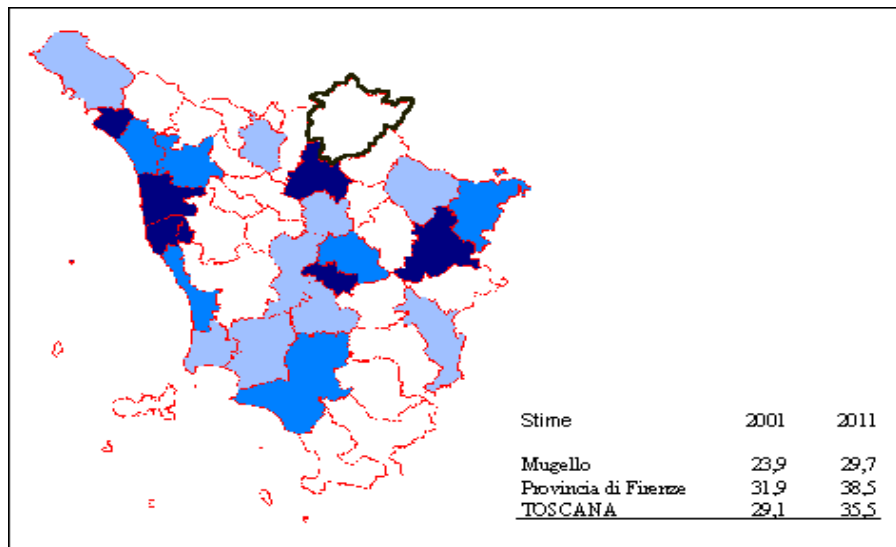
Dal Piano di Sviluppo Socio-Economico della Comunità Montana Mugello, che rispetto alla Zona Sociosanitaria Mugello comprende il Comune di Vaglia ma non comprende i comuni di Dicomano, Londa, San Godendo, possiamo dire che la situazione economica della nostra area è stabile, peggiore rispetto ai territori urbani, in particolare alla città di Firenze, ma superiore alla media regionale.

Nella Zona Mugello permane un livello culturale più basso (e più basso livello di studi formali conseguiti) rispetto alle altre aree della provincia (Grafico 8).

Ai fini della salute è da segnalare:

- il rilievo che il basso reddito ha per la salute in particolare per quella degli anziani;
- l'importanza del livello d'istruzione delle donne per l'accesso ai servizi di prevenzione dell'intera famiglia.

Grafico 8 - Popolazione con istruzione superiore e universitaria - Incidenza % su popolazione



Fonte: Piano di Sviluppo Socio-Economico della Comunità Montana del Mugello 2002-2004 - Aggiornamento 2004

La Zona del Mugello nel quadro regionale è in buona posizione riguardo all'indicatore sintetico di disagio, dopo le aree urbane (l'indicatore comprende 9 rilevazioni: la percentuale di famiglie unipersonali, la perc. di famiglie monogenitore, la perc. di separati e divorziati, perc. di lavoratori irregolari e non dichiarati, presenza di lavoro in agricoltura e nelle costruzioni, reddito disponibile, reddito imponibile, perc. popolazione in possesso di diploma sup. o laurea, stranieri residenti - fonte: Profilo della salute e dei servizi sanitari della Toscana, aprile 2004) confermando la valutazione molto positiva relativa alla qualità della vita che gli venne attribuita nel lavoro Eurispes del 1995.

Da questa peculiarità positiva della Zona (tenuta della rete parentale, forte identità e coesione interna, ecc.) deriva la buona capacità di accoglienza e di integrazione, essa è importante:

- perché consente di stimolare l'immigrazione per riequilibrare la crescente quota di anziani, specie in montagna;
- perché l'immigrazione straniera aumenterà inevitabilmente nel prossimo futuro;
- perché il costo delle nuove abitazioni è conveniente (e i piani regolatori nel fondovalle manifestano aree appetibili per nuove residenze) da parte di famiglie cittadine;
- perché il territorio attira anche immigrazione interna (dal sud Italia).

Particolare problema è rappresentato dalla minoranza albanese e romena (sono i due terzi degli stranieri). Nella Zona gli albanesi rappresentano la metà degli stranieri e sono una nazionalità chiusa e un po' anche malvista. Le loro donne, che rivestono un

ruolo essenziale nella trasmissione culturale per l'intera famiglia, raramente lavorano fuori casa e non parlano l'italiano.

POSSIBILI AZIONI DA PROMUOVERE:

- interventi mirati per il diritto allo studio, per la formazione professionale e il proseguimento dei percorsi scolastici;
- iniziative di educazione permanente finalizzate a livelli più alti di salute, particolarmente a favore delle donne;
- sostegno alle situazioni familiari di disagio;
- iniziative di valorizzazione culturale, riconoscimento locale (consulte, consigliere aggiunto, ecc.), protagonismo degli albanesi;
- percorsi di creazione di cooperative di lavoro per donne albanesi.

4 Dati relativi a significativi fenomeni sanitari ed evidenze epidemiologiche

Il presente paragrafo riprende ed integra le considerazioni per la Zona Mugello allegato allo "Stato di salute della popolazione residente nella ASL 10: le Zone Socio Sanitarie".

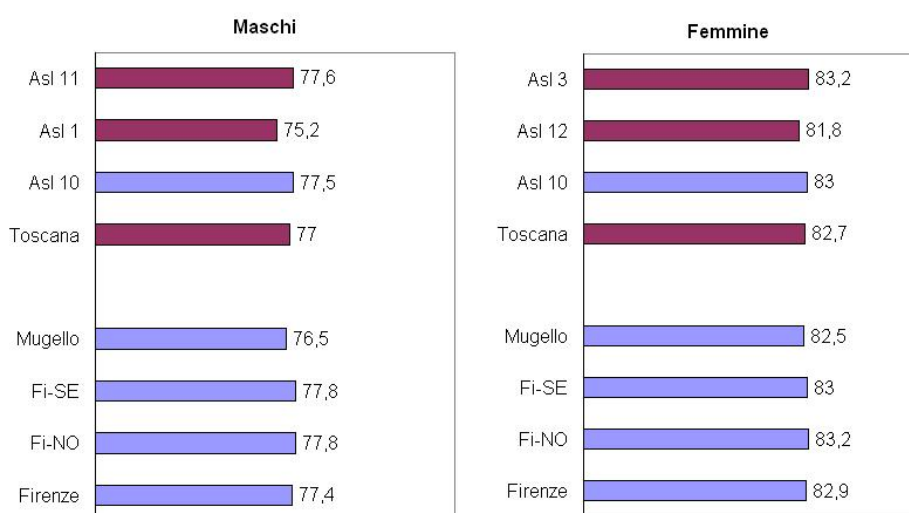
Lo stato di salute della popolazione è di buon livello e si colloca in una fascia elevata per gli standard internazionali, ma analizzando i macroindicatori di salute, si evidenzia un generale svantaggio, in termini di salute, della popolazione del Mugello. Anche se in molti casi le differenze tra i dati della Zona Mugello e quelli delle altre Zone o della media dell'AUSL 10 e/o della Regione Toscana non raggiungono la significatività statistica, queste sono comunque indicative di una situazione sociale e sanitaria più critica rispetto alle altre Zone dell'ASL 10.

4.1 Alcuni macroindicatori di salute

La speranza di vita alla nascita per i maschi è di 76,5 aa e per le femmine di 82,5 aa con un differenziale negativo di 1,3 aa per i maschi e di 0,7 aa per le femmine rispetto ai valori migliori per le zone dell'ASL 10 e con valori inferiori rispetto alla media regionale.

Anche la speranza di vita a 65 aa è inferiore ai dati di tutte le altre zone per i maschi (16 aa) e anche per le femmine - se pur di poco - (20,6 aa) residenti nel Mugello.

Grafico 9 - Speranza di vita alla nascita. Anno 2001



I tassi di mortalità generale, standardizzati per età, presentano una riduzione progressiva nel tempo (rispecchiando un fenomeno comune ai paesi sviluppati) anche se nei maschi la riduzione media annua è più contenuta e l'andamento nel tempo meno definito.

Grafico 10 - Mortalità generale: Tasso standardizzato per età (x 1000 ab.). Periodo 1999-2001

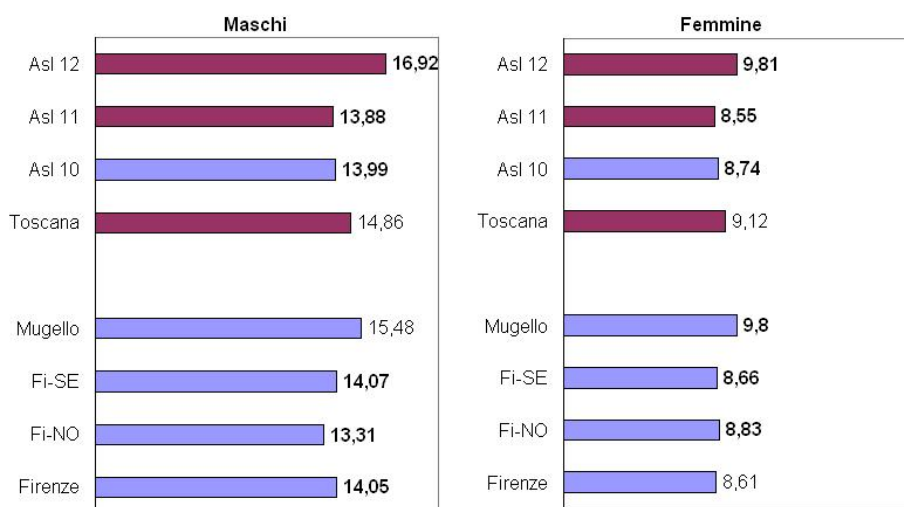
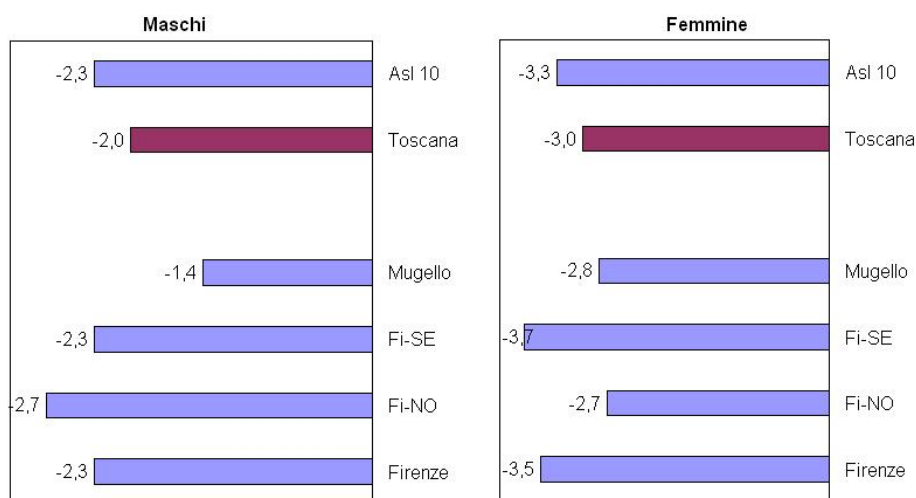
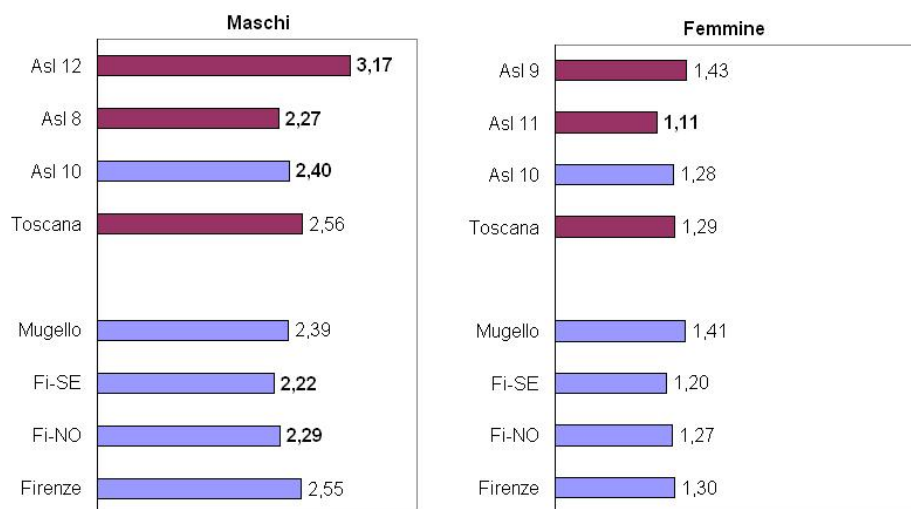


Grafico 11 - Mortalità generale: andamento 1995 - 2000, per sesso. Variazioni percentuali per anno dei tassi standardizzati per età (x 1000 ab.).



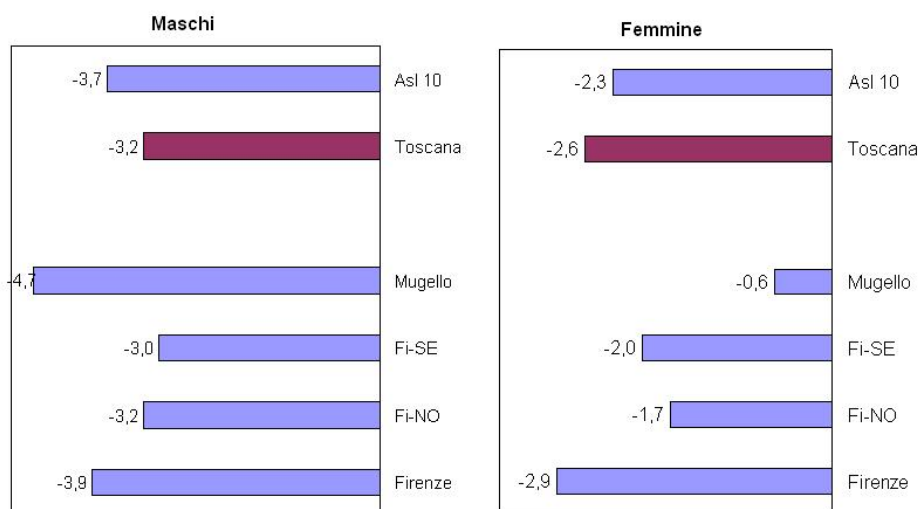
Anche la mortalità prematura (decessi che si verificano prima dei 65 aa) si attesta su valori superiori rispetto alla media dell'AUSL 10, specie per le femmine.

**Grafico 12 - Mortalità prematura: Tasso standardizzato per età (x 1000 ab.).
 Periodo 1999-2000.**



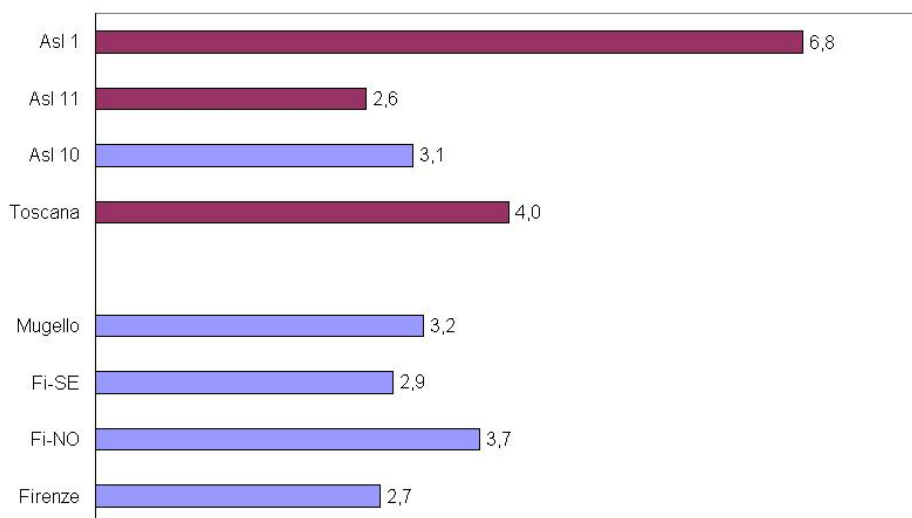
Per quanto riguarda l'andamento negli anni, anche questa si riduce ma, mentre nei maschi si è ridotta oltre la media dell'AUSL 10 e regionale, nelle femmine la riduzione è stata molto contenuta.

**Grafico 13 - Mortalità prematura: andamento 1994 - 2000, per sesso.
 Variazioni percentuali per anno dei tassi standardizzati per età (x 1000 ab.).**



Anche l'ultimo macroindicatore di salute (la mortalità infantile) si attesta su valori leggermente superiori alla media aziendale.

Grafico 14 - Mortalità infantile: Tasso per 1000 nati vivi. Periodo 1997-2001.

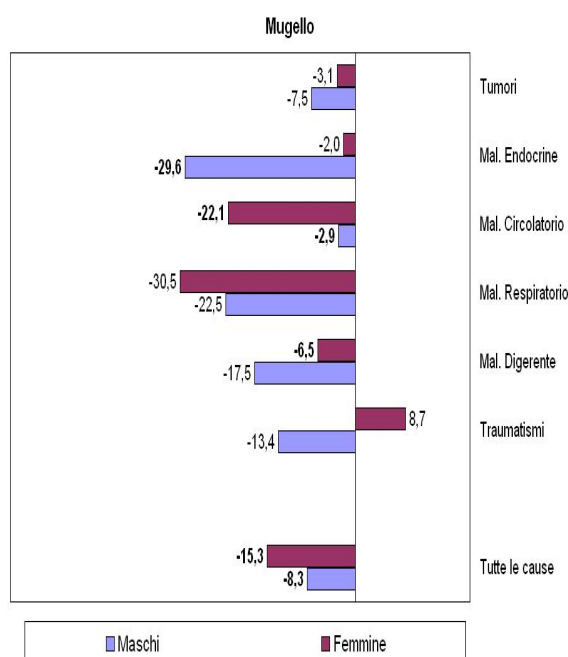


I tassi di primo ricovero e quelli di ospedalizzazione sono in genere significativamente inferiori ai valori medi regionali e inferiori alla media dell'ASL 10.

Le patologie più diffuse sono rappresentate, in termini di mortalità, dalle malattie circolatorie, tumori, malattie respiratorie, traumi e malattie dell'apparato digerente.

Se si fa riferimento alle cause di ospedalizzazione, emerge l'importanza di altre forme morbose, che non causano il decesso del paziente, ma hanno rilevanza sullo stato di salute, determinando invalidità, disabilità, handicap, disagio, cronicità e impegno di cura, come le malattie nervose, le osteo-articolari, le psichiche, dell'apparato respiratorio, del parto e delle complicanze della gravidanza.

Grafico 15 - Variazione percentuale della mortalità per grandi gruppi di malattie. Periodo 1999-2001 vs 1994-1996.



In sintesi, dagli indicatori esaminati emerge una situazione sanitaria problematica per la Zona Mugello, rilevabile sia dagli stessi indici sanitari generali (speranza di vita alla nascita, mortalità generale, mortalità prematura), che da alcuni indici più specifici, quali il tasso standardizzato di mortalità generale, superiori a quelli aziendali e regionali; una delle cause prevalenti è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio.

Le iniziative di promozione della salute realizzate negli ultimi anni hanno coinvolto prevalentemente le comunità scolastiche con l'obiettivo di promuovere corretti stili di vita nelle giovani generazioni (alimentazione, dipendenze, attività fisica, attività sessuale, farmaci), hanno visto la partecipazione del 78% degli studenti e la loro efficacia sulla prevenzione delle malattie del sistema circolatorio sarà valutabile solo a lungo termine.

Anche nel "Progetto Montagna" presentato in esecuzione del P.S.R. 2002/2004 è prevista la realizzazione di due azioni finalizzate a ridurre i rischi di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio che nella Zona presentano valori significativamente superiori alla media regionale.

Pertanto è opportuno che i progetti in corso che vedono coinvolti sia il territorio che l'ospedale con azioni di prevenzione, cura e riabilitazione siano supportati da una campagna informativa per questo argomento rivolta a tutta la popolazione.

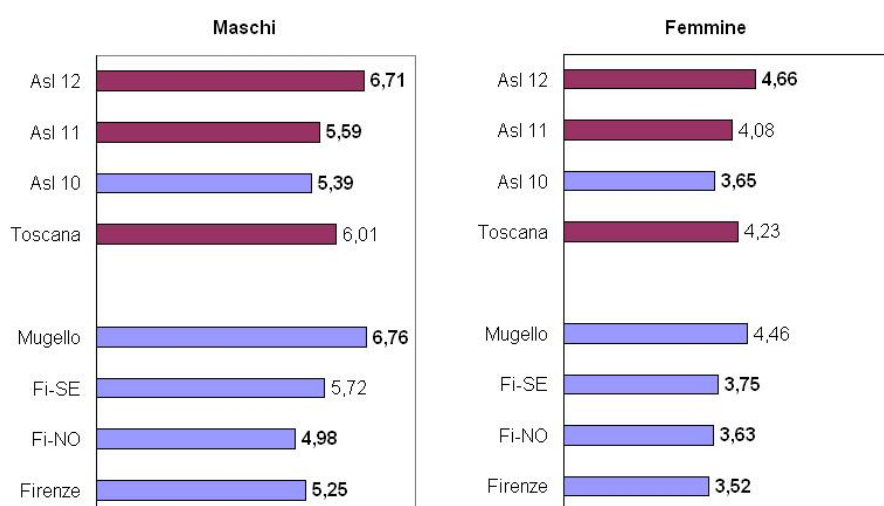
La campagna avrà come riferimento la mostra regionale "Questioni di cuore" che raccoglie ed esalta in forma grafica e multimediale, tutte le informazioni utili alla conoscenza dei comportamenti e atteggiamenti corretti per evitare l'infarto, fino dai primi anni di vita.

4.2 Le singole patologie

Malattie dell'apparato circolatorio

La mortalità per le malattie dell'apparato circolatorio mostra una riduzione più contenuta negli ultimi anni nella Zona Mugello rispetto alle altre zone dell'AUSL 10, specie per le donne ed è ad oggi la più elevata dell'intera AUSL 10 e superiore alla media regionale con differenza significativa per i maschi.

Grafico 16 - Mortalità per malattie del sistema circolatorio: Tasso standardizzato per età (x 1000). Periodo 1999-2001.



Anche la riduzione temporale della mortalità per le patologie principali di tale raggruppamento

(cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, malattie cerebrovascolari) è stata più contenuta rispetto alla media dell'AUSL 10, in particolare per le malattie cerebrovascolari che nelle donne è addirittura in crescita.

Le malattie cerebrovascolari mostrano tassi di mortalità analoghi ai valori medi regionali ma superiori ai valori medi dell'AUSL 10 e un tasso di ospedalizzazione significativamente superiore nei maschi.

Grafico 17 - Ricoveri per malattie cerebrovascolari: tasso di primo ricovero standardizzato per età (x 1000). Anno 2002.

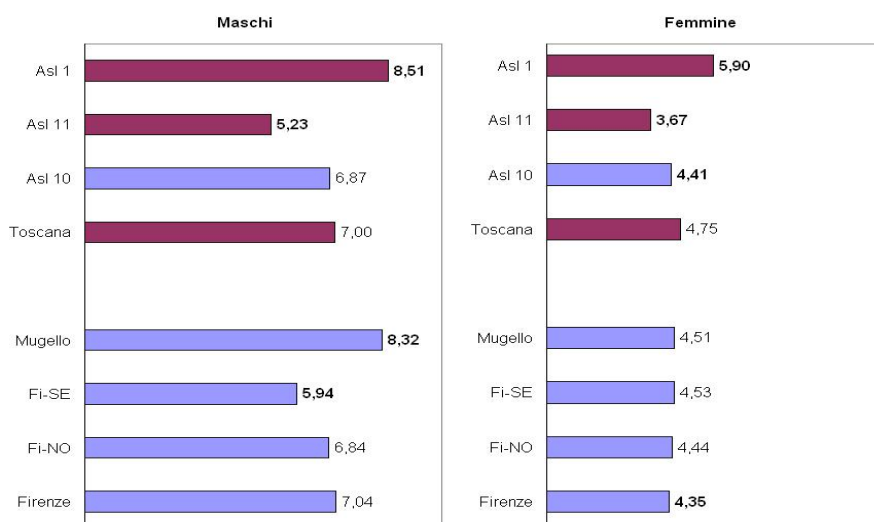
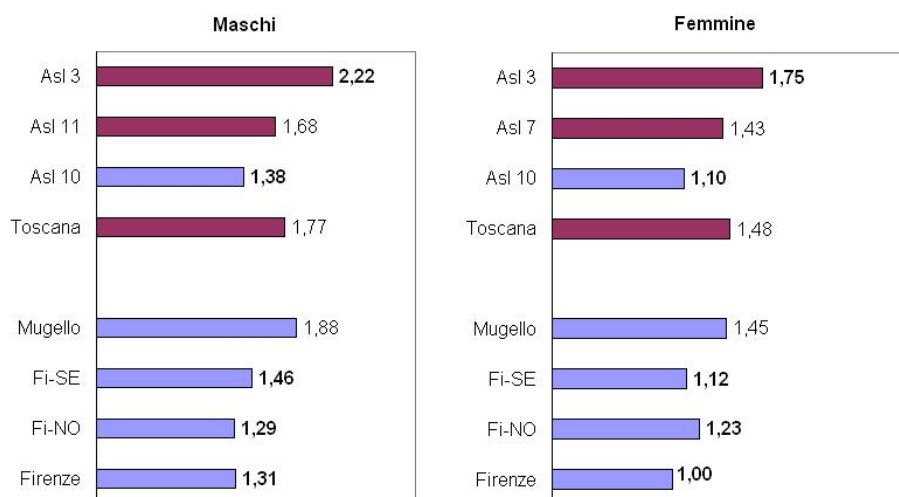
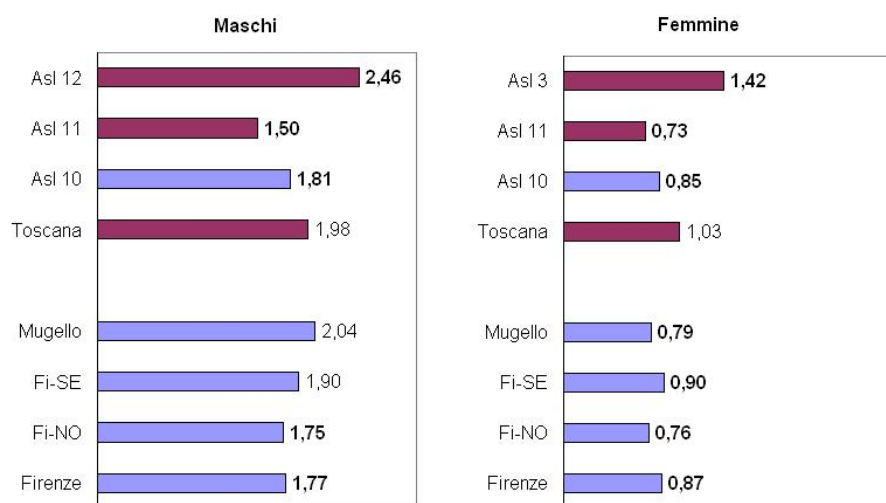


Grafico 18 - Mortalità per malattie cerebrovascolari: Tasso standardizzato per età (x 1000). Periodo 1999-2001.



La mortalità per cardiopatia ischemica presenta i valori più elevati a livello dell'AUSL 10 e superiore alla media regionale per i maschi, mentre per le femmine è ai valori inferiori dei dati dell'AUSL 10 e inferiore alla media regionale.

Grafico 19 - Mortalità per cardiopatia ischemica: Tasso standardizzato per età (x 1000). Periodo 1999-2001.



Per quanto attiene ai dati relativi all'infarto acuto del miocardio, questa patologia si verifica nel Mugello con una incidenza superiore rispetto sia alla media dell'AUSL 10 (nei maschi + 9,15%, nelle femmine + 20,51%) che rispetto alla media regionale. Anche la mortalità è maggiore nei due sessi rispetto ai valori medi dell'AUSL 10; il rischio relativo di morte è maggiore del 43,48% nei maschi e del 32,26% nelle femmine rispetto ai valori medi aziendali.

Grafico 20: Incidenza Infarto Miocardico acuto: tasso standardizzato per età (x 1000). Periodo 1999-2001.

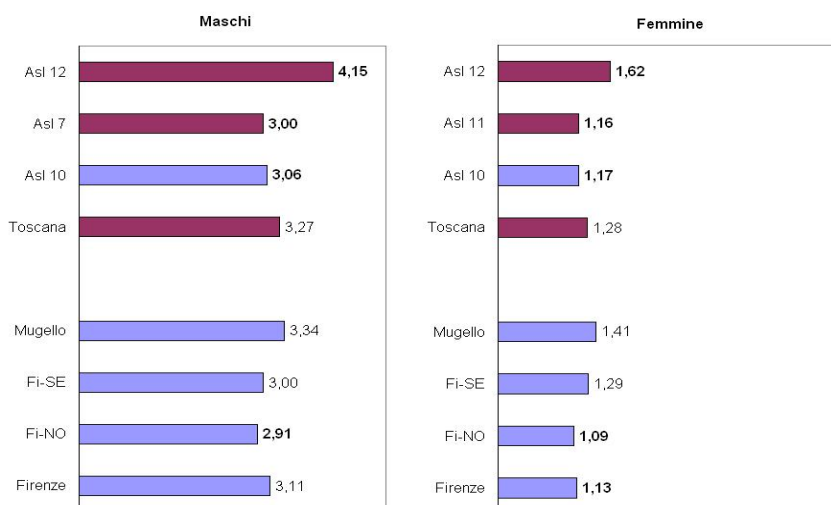
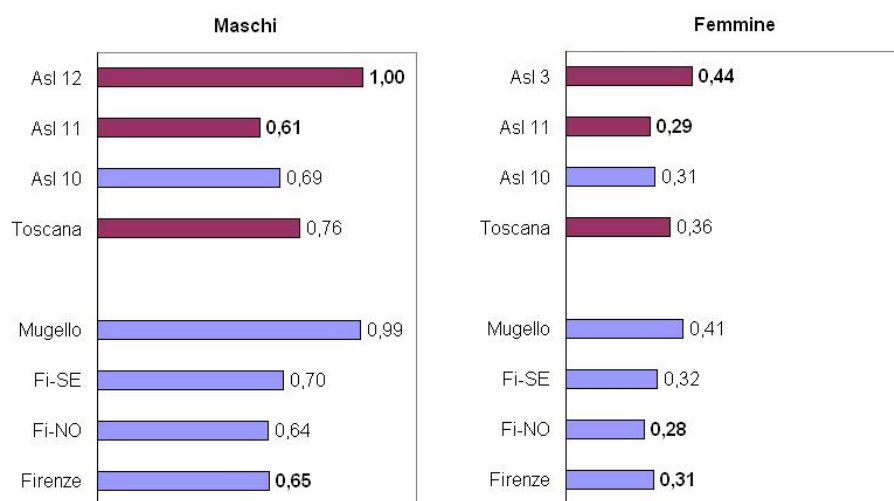


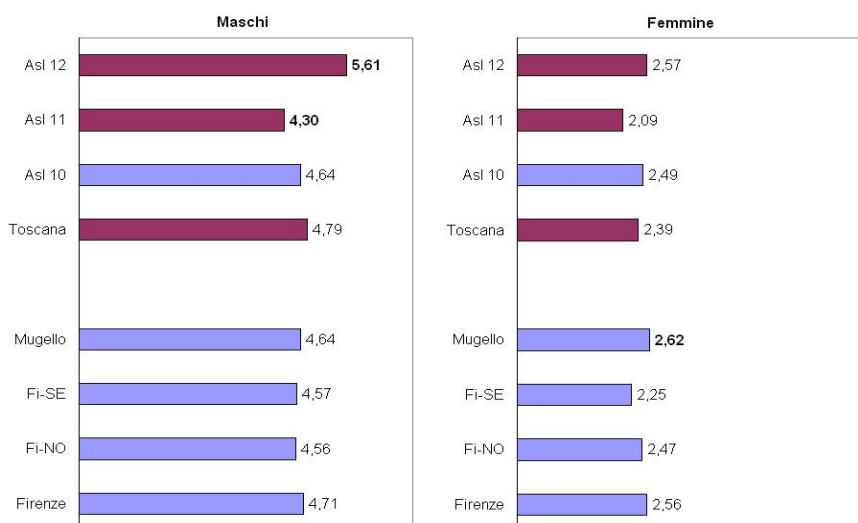
Grafico 21 - Mortalità per infarto del miocardio: Tasso standardizzato per età (x 1000). Periodo 1999-2001.



Tumori

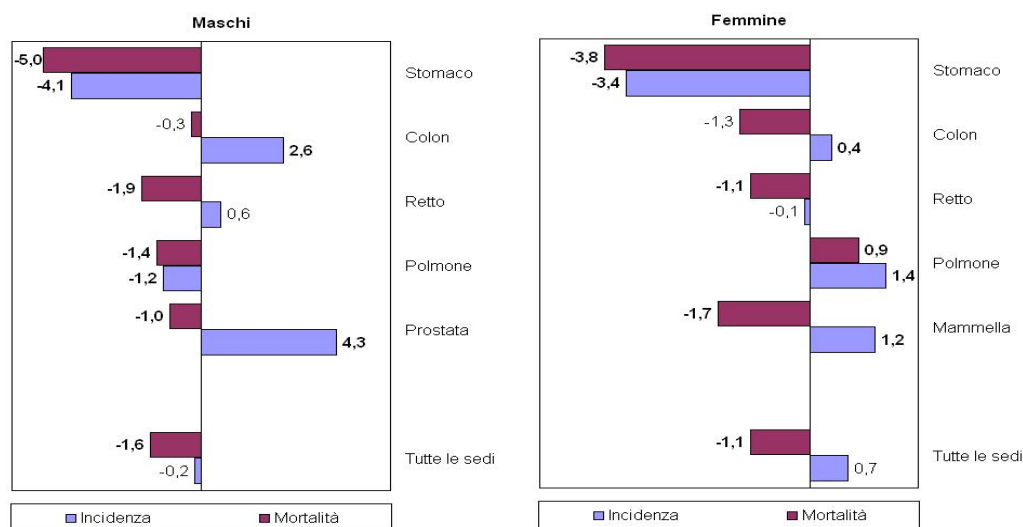
La mortalità per tumori totali ha presentato, negli anni, una riduzione più contenuta rispetto alle altre Zone dell'ASL 10, in particolare nelle donne, e mostra, sempre nelle donne, valori significativamente superiori alla media regionale.

Grafico 22 - Mortalità per tumori: Tasso standardizzato per età (x 1000 ab.). Periodo 1999-2001.



L'eccesso di mortalità è particolarmente evidente in entrambi i sessi per il tumore dello stomaco, mentre non si osservano particolari differenze per le altre principali forme di tumore. Nelle donne però il tasso di mortalità per tumore del polmone supera la media aziendale e regionale (e l'incidenza del tumore di polmone nelle donne è in crescita al contrario che nei maschi).

Grafico 23 - Province di Firenze e Prato (area Registro Tumori Toscano), variazioni medie annue di incidenza e mortalità (periodo 1985-1999).



Gli screening oncologici

Un dato importante e positivo è rappresentato dalla costante, superiore adesione della popolazione agli screening oncologici (dato particolarmente evidente per lo screening per il tumore della cervice uterina) e dalla superiore copertura vaccinale antinfluenzale.

Lo screening per il tumore della mammella registra infatti una percentuale di adesione del 73%, quello per il tumore della cervice uterina del 54% e quello per il tumore del colon-retto del 49% (con una copertura del 49% della popolazione target).

Grafico 24 - Screening per il tumore della mammella. Biennio 2001-2002.

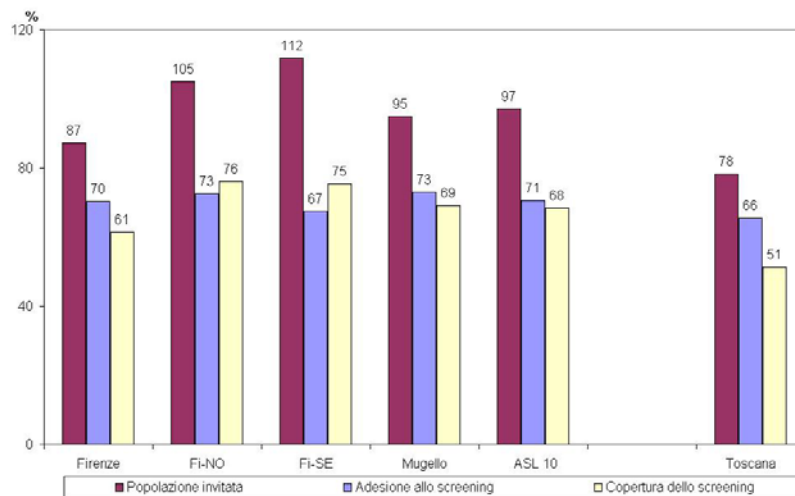
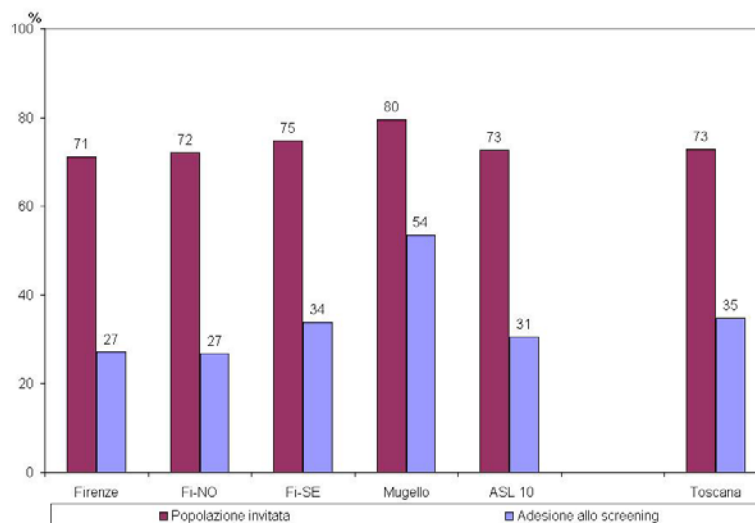


Grafico 25 - Screening per il tumore della cervice dell'utero. Triennio 2000-2002.



Salute Materno infantile

Un'ultima considerazione: dalla lettura dei dati epidemiologici sembra emergere un problema femminile.

Nel Mugello infatti le donne presentano diversi ed ulteriori svantaggi, oltre a quelli già evidenziati.

Le donne residenti nel Mugello presentano un tasso di ricovero per IVG al di sopra della media dell'AUSL 10 e regionale; la percentuale più alta a livello di AUSL di

complicanze della gravidanza, parto e puerperio (con il 17,7% dei ricoveri totali); risiedere poi nel Mugello espone la donna ad un maggior rischio di parto cesareo (+14,16% rispetto alla media aziendale).

Grafico 26 - Tasso di ospedalizzazione per IVG (x1000). Anno 2002.

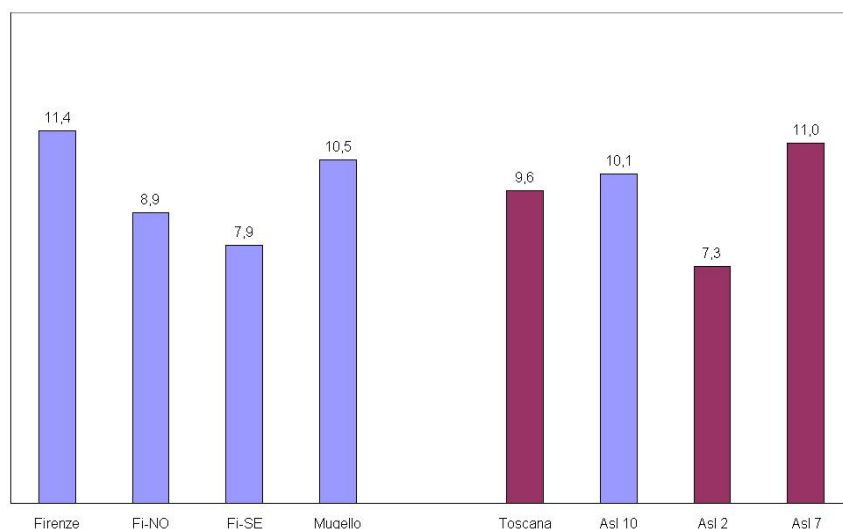
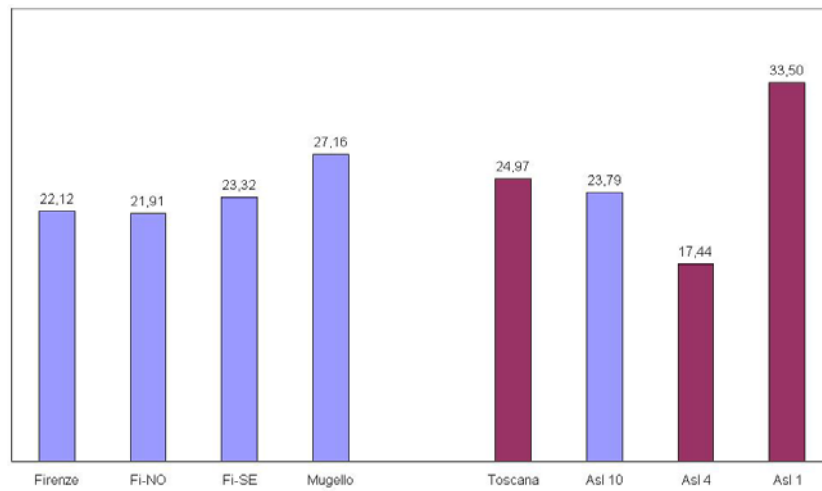


Tabella 15 - Complicanze della gravidanza, parto e puerperio. Numero di ricoveri per Zona di residenza. Anno 2002.

	Pazienti ricoverati	Ricoveri	
		N°	% ricoveri totali
Asl 10	<i>10.397</i>	<i>12.775</i>	<i>15,0</i>
<i>Firenze</i>	4.899	6.045	13,6
<i>Nord-Ovest</i>	2.747	3.406	17,1
<i>Sud-Est</i>	1.943	2.291	15,0
<i>Mugello</i>	808	1.033	17,7

Grafico 27 - Percentuale di parti cesarei. Anno 2002.



5 Primi indirizzi dell'Assemblea

Anche gli ambiti che seguono sono stati individuati, come evidenti priorità, dal documento di candidatura. In una zona con le caratteristiche del Mugello, sinteticamente descritte nei punti precedenti, diventa ancora più strategico puntare sulla facilitazione dell'accesso e favorire i percorsi assistenziali ponendosi il fermo obiettivo, di potenziare alcuni diritti e la consapevolezza del cittadino.

5.1 Piano della comunicazione al cittadino

Riferimenti concettuali e metodologici per la costruzione di un "Piano zonale della informazione al cittadino"

Concetto di informazione da esplicitare come 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 fruizione e quindi alla sua piena esigibilità. **Importanza del ruolo della comunicazione e dei diversi strumenti informativi** e conoscitivi per coinvolgere e le persone in merito alle modalità di funzionamento e di accesso al sistema dei servizi, alle procedure di valutazione e a quelle di tutela. **Informazione quindi 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: in quest'ottica si dovrà porre attenzione 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. In questo quadro deve essere individuato anche il **collegamento tra eventuali diversi punti informativi presenti sul territorio**, anche gestiti da soggetti non istituzionali. Importante anche individuare **servizi decentrati** sul territorio non espressamente dedicati all'informazione (es. personale operante nei presidi territoriali), ma dove comunque possono essere svolte alcune funzioni in tal senso. La diffusione capillare delle informazioni infatti non si configura solo come servizio specificamente strutturato ma in quanto funzione operativa rappresenta una **competenza trasversale** alle diverse professioni che lavorano a diretto contatto con i cittadini, le persone e le famiglie.

Nei luoghi strategici dove l'informazione viene gestita sarà opportuno garantire la presenza di operatori qualificati per comunicare, riconoscere e interpretare le esigenze della persona. E' importante infatti capire se si tratta di un **bisogno informativo**, che necessita quindi di una informazione esatta, comprensibile e utilizzabile, oppure se è necessario un orientamento ed un avvio verso un percorso di aiuto o di presa in carico. Deve essere sottolineato come tale **funzione non va**

considerata a senso unico, dai servizi verso i cittadini, ma piuttosto come un modello 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.

Attività informativa del servizio sociale zonale e potenzialità di integrazione con i servizi sanitari

Nel progetto "**Mugello Sociale**" lo **sportello sociale** si propone come **punto informativo del sociale rivolto alla cittadinanza**, in collegamento con il segretariato sociale che rappresenta la porta unificata di accesso ai servizi sociali

Sono previsti presso tutti gli undici comuni della zona gli Sportelli Sociali (front office) che svolgono le funzioni di Sportello Informativo e di Segretariato Sociale.

Organizzare la **funzione informativa come servizio** implica caratterizzarla di una dotazione organizzativa e professionale specifica, all'interno della quale il servizio sociale può essere supportato da altre figure professionali formate per assolvere alla gestione del fabbisogno informativo e della realizzazione delle azioni che lo rendono efficace (elaborazione, gestione e aggiornamento di una banca dati, etc).

L'operatore di Sportello Sociale di primo livello è una figura professionale innovativa e polivalente, sia in termini di risposta per quanto riguarda le informazioni sia come snodo attivo verso il sistema dei Servizi.

Il suo ruolo fondamentale è quello di fornire le informazioni necessarie su tutto il sistema di servizi sociali esistenti sul 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. Nel settore dei servizi alla persona deve essere sviluppata negli operatori la **capacità di dare informazioni con le qualità di attenzione, accoglienza, chiarezza e pazienza** che spesso sono necessarie con i cittadini in difficoltà

L'ulteriore sperimentazione prevista sullo sportello itinerante prevede del personale amministrativo 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.

E' inoltre necessario che la persona dedicata allo sportello itinerante sia coinvolta nei processi del sociale a livello zonale. In questo senso può diventare **l'operatore che si presenta come punto di riferimento degli undici sportelli rispetto alla funzione informativa**, all'aggiornamento delle banche dati, alla gestione del sistema informativo

dello sportello, al collegamento necessario con i servizi sanitari territoriali e con la **ASL per la realizzazione di una rete informativa sociale e sanitaria zonale.**

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.

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.

Inoltre la costruzione dell'agenda si connota come strumento di integrazione **sociosanitaria**: sono stati avviati i primi incontri tra il personale degli sportelli e i Responsabili del settore economico e del centralino aziendale di zona, già coinvolto nel miglioramento delle relazioni con i cittadini da un progetto di recente realizzazione che potrebbe essere implementato attraverso un patto con il volontariato che potrebbe partecipare attivamente attraverso una propria postazione- e sarebbe una originale e significativa sperimentazione- dopo una formazione integrata alla realizzazione del sistema. 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 sociale e sanitario territoriale. Inoltre all'interno di un percorso formativo congiunto attualmente in corso nella zona per i protocolli sociosanitari, ogni servizio della ASL e il sociale zonale hanno prodotto delle schede di presentazione destinate ai cittadini e che verranno distribuiti agli Sportelli.

5.2 Punto unico di accesso

Riferimenti concettuali e metodologici relativi al Punto Unico di Accesso

L'accesso come ingresso/accesso alle prestazioni e ai servizi pubblici non ha una definizione precisa ed univoca e varia da requisito strutturale a criterio generale organizzativo. Nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari l'accessibilità diventa nodo strategici dell'effettivo riconoscimento dei diritti di cittadinanza.

Il Piano Nazionale Sociale 2001-2003 nella parte III prefigura 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. Il piano sanitario regionale prevede allo stesso modo che debba essere assicurato dalla zona-distretto un percorso di accesso unificato ai servizi in modo da evitare per l'utente o chi lo rappresenta, difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento. Il documento di candidatura per la sperimentazione della SdS recepisce con forza tali indicazioni ed, in particolare, la strategicità di allocare nel punto unico l'accoglienza della domanda inerente bisogni complessi che richiedono competenze professionali integrate.**

Tali valutazioni sono ancora più significative per quanto attiene alle problematiche dei soggetti fragili, con bisogni spesso non differibili.

Il punto unico deve divenire anche un osservatorio per rilevare i bisogni della comunità e supportare il processo di programmazione, 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.**

Un altro aspetto significativo è il suo **posizionamento nel sistema dei servizi**: sono necessarie chiare correlazioni del punto di accesso con il contesto in cui si colloca, il suo riconoscimento/radicamento nel sistema dei servizi esistenti. In particolare per quanto attiene all'integrazione sociosanitaria, il rischio è quello di costituire un accesso unico che si affaccia sul vuoto di una sommatoria di servizi che non costituiscono sistema. Il punto unico deve poter essere porta di accesso al sistema dei servizi sociosanitari, che accoglie la domanda del cittadino per come questa è, anche indifferenziata, incompleta, multiproblematica, in un passaggio fondamentale **dalla logica dell'accesso per competenza alla logica dell'accoglienza del bisogno portato dalla persona.** In questo senso si può prefigurare un percorso verso la realizzazione di un Punto di Accoglienza

In tal modo il cittadino, con le necessarie gradualità, non viene lasciato solo nella definizione del proprio bisogno/problema, ma viene **supportato con criteri di professionalità, orientato** anche nella successiva identificazione delle risorse più appropriate e dei percorsi esistenti per la loro acquisizione e se necessario accompagnato in tali percorsi; contemporaneamente nel punto di connessione tra la domanda e i bisogni dei cittadini e le risorse esistenti, si realizza una strategia di razionalizzazione delle risorse, **poiché il giudizio tecnico di appropriatezza** della risorsa individuata, in relazione ai bisogni valutati, garantisce l'uso congruo di quest'ultima, **con ricadute sul governo della spesa.**

Ipotesi di modello organizzativo del Punto unico di Accesso e sue correlazioni con i servizi sociali zonali.

Nel rispetto delle competenze dei singoli servizi sociali e sanitari e delle specifiche modalità di accesso, il PUA non deve presentarsi come una sovrapposizione ai sistemi esistenti.

Infatti il **P.U.A non si rivolge alle situazioni in cui il bisogno viene accolto e interamente risolto nell'ambito di un singolo servizio o Unità Funzionale Multidimensionale**, senza l'apporto di altre prestazioni e/o interventi erogate al di fuori del servizio stesso. Il ruolo del PUA diviene strategico per tutte quelle **situazioni multiproblematiche per le quali sono necessari apporti di più professionalità oppure 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.**

L'intervento del **P.U.A** può configurarsi quindi come una **prima accoglienza/ascolto del bisogno indistinto multiproblematico**, con una successiva **attivazione della Unità di Valutazione Multidimensionale Zonale**, i cui professionisti (designati dai servizi e dalle UUFF) definiscono una **prima valutazione, 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, secondo l'assegnazione territoriale** relativa alla residenza del cittadino. 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. Strategiche sono le **sinergie e le collaborazioni che il PUA può attivare con il terzo settore e il volontariato** rispetto alle segnalazioni e ugualmente significativo è l'impulso verso la definizione di percorsi assistenziali multidisciplinari chiari e condivisi.

IPOTESI organizzative: PUA come servizio strutturato aperto tutti i giorni per 6 h al giorno in una posizione centrale con la presenza di tre figure professionali: Infermiere, Amministrativo e Assistente Sociale. Svolge funzioni di tutore

dell'integrazione in campo sociosanitario per situazioni multiproblematiche complesse e si rivolge sia agli operatori, ai diversi servizi e strutture aziendali e comunali, oltre che ai cittadini. Ricomprende le funzioni attualmente svolte: 1) dal Gruppo handicap, 2) quelle previste dal Protocollo per le dimissioni programmate dall'Ospedale; 3) quelle assegnate alla segreteria ADI, anche in relazione alla DELIB. N. 402 /2004 CR, sul percorso anziani.

Percorso di implementazione: allo stato attuale, mentre può essere identificata una sede fisica per le attività del PUA, non sono reperibili risorse sufficienti per la sua attivazione come servizio strutturato.

In particolare **per quanto riguarda l'apporto del servizio sociale zonale** la funzione espletata nel PUA si colloca nella dimensione del segretariato sociale, con un riferimento più marcatamente sociosanitario. Può essere definito quindi un doppio apporto e collegamento:

- In reciproca relazione con gli sportelli sociali: 1) dal PUA verso il segretariato: come consulenza sociale attivabile dal PUA su situazioni che si presentano e che necessitano di una valutazione di tipo sociale; 2) dal segretariato verso il PUA: come attivatore del percorso di integrazione, per persone conosciute in sede di segretariato e per le quali sia necessaria una valutazione multidimensionale.
- Apporto in termini di funzione e non di servizio delle AA.SS attualmente incaricate delle funzioni zonali, con le relative quote orarie, previste nel Gruppo handicap e nel percorso Dimissioni programmate ospedaliere, assumendo anche i percorsi di invio in casa di cura.

5.3 Progetto Qualità

La positiva realizzazione del progetto di certificazione a norma ISO della "progettazione delle attività ad alta integrazione sociosanitaria relative al percorso a tutela degli anziani", nel contesto dell'Accreditamento Istituzionale, ha favorito la diffusione tra gli operatori di una avanzata cultura della Qualità ed ha dimostrato l'applicabilità di un Sistema basato su principi di trasparenza, di buona comunicazione, di integrazione nell'ottica della massima di attenzione alle esigenze dell'Utenza; il fine ultimo di detto Sistema è il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dell'organizzazione favorito anche dalle verifiche ed autoverifiche previste e realizzate per trasformare ogni errore in un'opportunità di crescita.

Si tratta di un buon punto di partenza per ampliare gradualmente l'applicazione del metodo a tutte le strutture e le attività, iniziando da quelle maggiormente interattive con il processo certificato, condizione indispensabile per fruire dei vantaggi del Sistema Qualità.

Per centrare l'obiettivo, ambizioso ma raggiungibile, di accrescere la soddisfazione dell'Utenza migliorando costantemente la Qualità delle prestazioni e dell'organizzazione delle strutture che erogano le prestazioni sono previsti i seguenti passaggi:

- a) Attivare l'Ufficio Qualità con compiti di promozione, monitoraggio e verifica della Qualità.
- b) Destinare qualche risorsa per l'Ente di Certificazione.
- c) Effettuare formazione/divulgazione/sensibilizzazione a tutto il personale che sarà gradualmente coinvolto.
- d) Vincolare il sistema premiante al raggiungimento di risultati in quest'ambito.
- e) Proseguire 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, promuovendo e realizzando specifici "patti" finalizzati al miglioramento complessivo del servizio.

6 Consolidamento e sviluppo dei processi di integrazione già in atto

Si riportano di seguito i progetti più significativi, anch'essi estrapolati dal documento di candidatura alla sperimentazione, quasi a regime o, in qualche caso, realizzati in forte integrazione con il terzo settore, il volontariato, l'associazionismo di tutela ed i medici di famiglia. E' diffusa, anche negli operatori, l'esigenza, appunto, di consolidarli curando una maggiore consapevolezza nei loro confronti della società civile auspicando che li viva e li presidi come espressione propria.

6.1 Sociale Integrato Mugello

In relazione allo stato di implementazione del progetto S.I.M. "Riorganizzazione dei servizi sociali zionali" si evidenziano i seguenti temi come gli attuali elementi di sviluppo del progetto stesso.

- 1) Mantenimento delle quote orarie di Assistenti Sociali e personale amministrativo da parte degli enti contraenti l'Accordo di programma per il SIM e l'Ufficio Amministrativo Zonale.
- 2) Possibilità di aumento di tali quote in presenza di ulteriori e specifici progetti o fabbisogni, comunque concordati tra i contraenti.
- 3) Attuazione del protocollo operativo: completamento delle adesioni e attivazione degli impegni previsti.
- 4) Mantenimento delle attività dello sportello sociale, con prima verifica e valutazione nel 2005 e successiva progettazione delle azioni di consolidamento, con particolare riferimento: agli sportelli itineranti; alle attività di informazione al cittadino; al segretariato sociale.
- 5) Consolidamento e rilancio di un "patto" tra i contraenti l'Accordo di programma circa gli impegni necessari a mantenere e consolidare l'attuale forma di gestione associata che possiamo definire "partecipata". L'assetto dei servizi infatti viene determinato dagli effetti congiunti dei due Atti (Accordo di programma e Convenzione per la gestione associata) e si caratterizza per due aspetti:
 - A) la gestione associata/centralizzata attiva solo su alcune funzioni, finanziamenti e prestazioni, permettendo così il mantenimento di quote elevate di interventi valutati ed erogati nei singoli Comuni. Questa scelta si presenta come un punto di forza politico e direzionale perché mantiene una competenza strategica degli enti titolari rispetto alla lettura dei bisogni e al rapporto con i cittadini. Nel contempo viene garantita l'omogeneità delle procedure per quanto riguarda i settori gestiti centralmente(es.: regolamento e modulistica ADB, educativa

domiciliare etc) e la possibilità di rilevare, leggere i bisogni e programmare anche in una prospettiva zonale, che integra quella del singolo Comune.

- B) la gestione organizzativa unica degli operatori nelle forme previste dall'Accordo di programma, che implica la possibilità di ridistribuire e razionalizzare le risorse, attivando sinergie con ricadute su ogni Comune, ma nel contempo sta evidenziando notevoli differenze procedurali e gestionali sulle stesse attività tra i diversi comuni. Questo aspetto può costituire un punto di profonda debolezza tecnico-organizzativa del sistema, se non affrontato. Si pone infatti la necessità di omogeneizzare e concordare tutte le procedure, non solo quelle in gestione associata, come è stato iniziato a realizzare attraverso lo sportello sociale.

Sia relativamente al punto A), per mantenere un adeguato livello di partecipazione e condivisione sulle attività associate e un complessivo equilibrio tra le attività associate e quelle gestite in proprio; sia per le problematiche espresse al punto B), si ritiene necessario prevedere come obiettivo il mantenere costantemente un alto livello di consonanza tra: gli amministratori; il livello politico e quello tecnico; i tecnici coinvolti.

Per quest'ultimo aspetto, sono indispensabili forme periodiche di coinvolgimento dei responsabili sociali comunali e aziendali per definire le procedure e le funzioni di pertinenza della gestione associata, le modalità di comunicazione, le valutazioni delle attività in progress, l'attività regolamentare e tutte le necessità riguardanti l'omogeneizzazione anche delle procedure gestite in proprio da ogni comune ma coinvolgenti il SIM (es.: modulistica, procedure erogazioni servizi etc) nonché le attività collegate al sistema informativo dei servizi sociali zonali.

Dovrà essere quindi un obiettivo del PIS individuare e monitorare modalità di coinvolgimento tecnico e politico che assicurino gli obiettivi descritti.

Sistema informativo dei servizi sociali e socio-sanitari del Mugello

Gli obiettivi del sistema informativo

Gli obiettivi che si intendono raggiungere con l'adozione di un sistema informativo dei servizi sociali e socio-sanitari, a carattere prevalentemente informatico, riguardano sia l'ambito specificamente informativo ovvero inerente alla raccolta, classificazione, elaborazione e produzione di informazione riguardo alla domanda, all'offerta e alla erogazione di servizi sociali e socio-sanitari, sia l'ambito "gestionale" ovvero inerente alla gestione e parziale e/o totale automazione dei processi del sistema sociale e socio-sanitario.

Possiamo innanzi tutto 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

I componenti del sistema informativo

Il sistema informativo, al fine di raggiungere gli obiettivi su indicati nell'ambito del progetto del Mugello, dovrà offrire un insieme di strumenti/componenti/servizi tra loro integrati che possiamo così riassumere:

- a) 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.
- b) 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*.

- c) 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
- d) 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 verifica
- Al 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.
- e) 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.

Il sistema S.IN.S.S. di Caribel

Attualmente la ASL 10 ha in dotazione un sistema per la gestione dei servizi socio-sanitari denominato S.IN.S.S. e sviluppato dalla società Caribel. L'esigenza di una integrazione sempre più spinta tra servizi sociali e servizi socio-sanitari, l'ottica della costituenda Società della Salute ed il fatto che l'area socio-sanitaria del Mugello ne effettuerà la sperimentazione hanno imposto una analisi della possibilità di utilizzare, per la realizzazione della Fase 1 del presente progetto, il sistema S.IN.S.S., passando eventualmente attraverso una fase di personalizzazioni che lo rendano completamente confacente ai requisiti fondamentali ed all'impianto complessivo del progetto stesso.

L'esito dell'analisi del sistema S.IN.S.S. è che esso soddisfa sostanzialmente tutti i requisiti specificamente tecnici sopra descritti e fornisce un impianto funzionale complessivamente coerente con quanto necessario al progetto del Mugello e che potrà essere reso completamente confacente alle peculiari esigenze dello stesso attraverso un insieme di personalizzazioni di cui si dovrà richiedere l'implementazione a Caribel. Fatta salva l'individuazione del gestore del sistema, ovvero dell'ente che si incaricherà di gestire l'*hardware* ed il *software* lato *server*, la stesura e l'accettazione da parte di tutti gli enti partecipanti al progetto di un insieme di regole di gestione e di accesso al servizio ivi compresi gli SLA (*Service Level Agreements*), la proposta è quella di andare ad un utilizzo integrato del sistema S.IN.S.S..

I benefici evidenti di tale opzione sono:

- quelli economici poiché la ASL è già in possesso di una licenza per l'uso dell'applicazione da parte di un numero illimitato di utenti e la spesa ulteriore deriverebbe soltanto dall'implementazione delle personalizzazioni e da eventuali fasi formative e di assistenza da parte di Caribel
- quelli temporali poiché si stima che i tempi per l'analisi delle personalizzazioni ed il loro sviluppo dovrebbero essere decisamente inferiori a quelli necessari all'espletamento di una gara per l'acquisizione del sistema
- decisiva spinta verso l'integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari derivante dall'integrazione *ab initio* del sistema informativo

6.2 Certificazione di qualità dei servizi sociosanitari di alta integrazione per gli anziani

L'implementazione di un sistema qualità a norma ISO in una qualunque struttura o impresa che produca beni o servizi, produce di per sé dei benefici a vantaggio degli Utenti e dell'organizzazione stessa; infatti la caratteristica peculiare dei sistemi qualità è quella di favorire l'adozione di modelli organizzativi che, dovendo fornire evidenza di conformità agli standard prefissati, permettano, nella massima trasparenza, di raggiungere gli obiettivi economici e di soddisfazione dell'Utenza, prefissati e dichiarati.

Nel nostro caso è stato intrapreso un percorso che accomuna in un unico sistema qualità le attività di diverse realtà organizzative (varie strutture dell'ASL, uffici comunali, no profit), sono state realizzate quindi procedure comuni favorendo la migliore integrazione tra tutti gli attori coinvolti per eliminare le criticità e gli sprechi legati alla difficoltà di comunicazione, alla diversità di obiettivi, di abitudini, di comportamenti e di linguaggio. Inoltre, tra le diverse strutture della stessa Azienda Sanitaria, registriamo un differente grado di applicazione del sistema qualità per l'Accreditamento Istituzionale, peraltro conseguente alle indicazioni regionali che impongono l'adeguamento graduale ai requisiti previsti. Questo produce tra i vari operatori che intervengono nello stesso percorso una evidente difficoltà di interfacciarsi tra loro; l'accomunare tutti nello stesso percorso di qualità annulla le diversità di conoscenza, di linguaggio e di cultura specifica, favorendo quindi le indispensabili integrazioni e sinergie.

Il fattivo rapporto di collaborazione che si è instaurato tra le strutture dell'Azienda Sanitaria, dei Comuni e del Privato Sociale, coinvolte nel processo di tutela dell'anziano, ha facilitato il processo di omogeneizzazione delle procedure; sicuramente il lavorare seguendo identici standard di riferimento produrrà una sempre maggiore integrazione tra gli operatori, condizione questa indispensabile per ottenere i migliori risultati in termini di salute, di soddisfazione dell'Utente ed economici.

Un altro punto di forza del progetto è rappresentato dalla riproducibilità del sistema qualità implementato in altri settori di interventi sociosanitari; infatti tale sistema non è legato alle caratteristiche professionali dell'intervento, ma è strutturato per supportare modelli organizzativi integrati.

Nella pagina successiva viene riportata una sintetica scheda relativa alle attività già svolte nell'ambito del progetto considerato, ed a quelle ancora da svolgere per portarlo a definitivo compimento.

Sintesi delle attività svolte :

Attività preliminari: è stato effettuato il riesame del progetto con i gruppi di lavoro, sono state evidenziate e definite le modalità gestionali e sono state assegnate le responsabilità, inoltre è stato approvato il piano qualità.

Analisi organizzativa: è stata condotta analisi dal Gruppo Qualità per l'identificazione dei processi e delle modalità del servizio agli anziani. Si è proceduto all'elaborazione dei dati con stesura di un rapporto preliminare di analisi (bozza del manuale per la qualità).

Validazione degli obiettivi e degli strumenti progettuali: la Direzione e i gruppi di lavoro hanno validato gli obiettivi e la progettazione del sistema.

Architettura del Sistema Qualità: i dati e gli input raccolti sono stati elaborati dalla società di consulenza, è stata verificata la congruenza con il personale interessato ed è stata predisposta la struttura di insieme dell'organizzazione in termini di ruoli, attività, documenti e registrazioni compreso il Manuale della Qualità.

Formazione: sono stati effettuati corsi di:

- sensibilizzazione alla qualità per personale ASL e dei comuni - docente personale interno;
- qualifica di Internal Auditor per personale ASL, dei comuni e del privato sociale - docente consulente esterno

Documentazione del Sistema di Gestione della Qualità: sulla base delle informazioni acquisite ed in conformità a quanto concordato in termini di vincoli e risorse, i gruppi di lavoro hanno sviluppato e redatto parte della documentazione di riferimento, durante la verifica interna fornitori (per fornitori si intendono i vari servizi che erogano prestazioni nel percorso degli anziani) è stata concordata la redazione di ulteriore documentazione di riferimento.

Applicazione del Sistema:

Sulla base di quanto predisposto si è iniziato gradatamente a conformare l'organizzazione delle varie strutture coinvolte alle prescrizioni del Manuale, delle Procedure e delle Istruzioni Operative del Sistema Qualità definito, ponendo particolare attenzione alle congruenze con il Sistema di Accreditamento Istituzionale, in particolare per quelle strutture (Riabilitazione) già pienamente coinvolte nelle attività di adeguamento. È stato riscontrato che i due Sistemi sono facilmente integrabili data la complementarietà che ciascuno mostra nei confronti dell'altro. La diversa velocità da parte delle singole strutture ad adeguarsi al modello organizzativo inizialmente riscontrata si è gradatamente annullata quindi, a seguito delle previste verifiche dell'Ente di codificazione, il 24 settembre abbiamo finalmente ottenuto l'attestato di certificazione.

6.3 Sistemi di residenzialità per anziani

La nostra Zona Socio - Sanitaria è caratterizzata da un'alta presenza di strutture residenziali per anziani non autosufficienti e di adulti disabili in crescita numerica ed in fase di ristrutturazione, ampliamento ed adeguamento alla nuova normativa regionale (D.G.R. 402\04).

Da tempo sono state messi in atto vari tentativi per fare diventare risorsa le RR.SS.AA. presenti nel territorio inserendole nella rete dei servizi tramite un **patto territoriale**.

La necessità di far fronte con criteri oggettivi e ai bisogni accertati di residenzialità con un budget storicamente già definito, ha portato già dal 1994 ad attivare presso l'ufficio Servizio Sociale della ASL Zona Mugello la gestione dell'ammissioni in RR.SS.AA., salvaguardando la scelta dell'utente e\o della sua famiglia.

Tale sistema dal 1° di settembre c.a. è sostituito dalla gestione sperimentale della lista unica di accesso, in cui il diritto del cittadino alla scelta della struttura viene rimodulato con nuovi criteri;

ad oggi le modalità di quanto sopra, sono state applicate per la parte relativa alla ASL in attesa di approvazione da parte dei Responsabili dei Servizi Sociali Comunali della modulistica che consentirà di formare un unico punto di accesso all'informazione per l'utenza.

L'obiettivo principale che si vuole perseguire è quello di garantire un utilizzo corretto delle RR.SS.AA. ed in particolare la risposta assistenziale più appropriata in base a quanto definito nel progetto di assistenza personalizzato formulato in ambito della valutazione multidimensionale (oggi VGA, domani UVM).

La nostra Zona ha richiesto ed è stata inserita nel Progetto Sperimentale di applicazione di un specifica metodica operativa definita "SCHEMA POLARE " previsto dalla Regione Toscana nella D.G.R. 402\04, che ha avuto inizio recentemente con una giornata di formazione degli operatori territoriali.

L'altro obiettivo è quello di garantire continuità assistenziale tra le strutture di servizio domiciliare, diurno, residenziale e i processi di servizio (vedi art. 2 DPCM 14/02/2001), pertanto siamo inseriti nel Progetto Regionale Alzheimer con un finanziamento che ci permetterà di sperimentare presso la RSA S. Giuseppe - Ronta - Borgo S.Lorenzo l'attivazione di un Centro Diurno Alzheimer entro il mese corrente.

A fronte delle nuove esigenze di appropriatezza del percorso assistenziale, della prossima completa applicazione della DGR 402\04 e delle scelte conseguenti, allego alcune schede che ad oggi sintetizzano:

- 1) Presenza di RR.SS.AA. nei Comuni della Zona, la loro definizione di Livello e di attribuzione di quota sanitaria e sociale;
- 2) Distribuzione di presenze nelle RR.SS.AA. dei cittadini residenti nel nostro territorio.

Tali sintesi potrebbero essere inserite nell'azione di certificazione di qualità dei servizi per gli anziani relativamente allo studio dell'implementazione dei risultati della sperimentazione DGR 402\04, nello specifico dell'appropriatezza delle risposte assistenziali.

Presenza di RSA nei Comuni della Zona Mugello

RSA	COMUNE	QUOTA SANITARIA	QUOTA SOCIALE	LIVELLO
S.Francesco	Scarperia	€. 41,51	€. 46,10	2°
SS. Annunziata	Firenzuola	€. 38,40	€. 38,73	1°
Villa Le Ortensie	Firenzuola	€. 43,23	€. 50,00	3°
Villa Val Verde	Firenzuola	€. 41,51	€. 43,90	2°
Nuova Villa Rio	S. Godenzo	€. 43,23	€. 51,25	3°
Villa S. Biagio	Dicomano	€. 41,51	€. 50,00	2°
		€. 38,40		1°
Giotto	Borgo S. Lorenzo	€. 41,51	€. 48,61	2°
Palazzuolo	Palazzuolo	€. 38,40	n.p.	1°
Villa Ersilia	Marradi	€. 41,51	46,48	2°

Note

I livelli delle RR.SS.AA. variano in base alla corrispondenza della struttura ai requisiti previsti nella normativa Nazionale e Regionale relativamente ai requisiti tecnico strutturale, alla presenza di personale con le qualifiche indicate nonché di prestazione, alla presenza di ospiti con determinate patologie.

Villa Rio : Il Comune di S. Godenzo con determina n. 118 del 22\06\04 riconosce due quote sociale per i residenti dello stesso comune è di €.45,00 per i non residenti è di €. 51,25 come riportato in tabella

Palazzuolo: la quota sociale non è stata ancora definita dal Comune, gli ospiti pagano una quota forfetaria (è quanto ci hanno comunicato verbalmente)

Villa S. Biagio: la retta sociale è relativa all'anno 2003 siamo in attesa di comunicazioni da parte del Comune

Comune	N°RSA	Livello
Barberino	0	0
Borgo S.Lorenzo	1	2
Dicomano	1	1° - 2°
Firenzuola	3	1° 2° 3°
Londa	0	0
Marradi	1	1°
Palazzuolo	1	1°
S.Godenzo	1	3°
S.Piero a Sieve	0	0
Scarperia	1	2°
Vicchio	0	0

I livelli di attribuzione di quota sanitaria variano in base alla corrispondenza della struttura ai requisiti previsti nella normativa nazionale e regionale relativamente ai requisiti tecnico-strutturali, alla presenza di personale con le qualifiche indicate nonché di prestazioni, alla presenza di ospiti con determinate patologie .

- Normativa di riferimento

DPCM 22.12.1989

DPCM 21.05.2001 n. 308

L.R 72/97

D.C.R.228/98

D.C.R.311/98

D.C.R.318/02

D.G.R. 402 26\04\04

1° LIVELLO

Requisiti tecnico/strutturali - Standard tecnico dimensionali

Criteri DPCM 22/12/1989

Capienza tra i 20 ed i 120 posti residenziali articolati in moduli di 20 posti

Strutture anche con deroghe di cui al criterio 10 lettera D DPCM 1989 ed in possesso di altri

requisiti di cui alla Risoluzione del Consiglio Regionale 30.09.86 pubb.BURT n°50 del 22.10.86

Personale

- h. 29.403 prestazioni di assistenza alla persona di cui 5.582 a carico del sociale
- h. 5.582 prestazioni di assistenza infermieristica
- h. 1.600 prestazioni di assistenza riabilitativa, recupero, mantenimento ragguagliata alla capienza effettiva

2° LIVELLO

Requisiti tecnico strutturali - Standard tecnico dimensionali

Struttura in regola con i requisiti di cui al 1°Livello che assicuri un Modulo di posti residenziali non inferiore al 20% della capienza ricettiva per situazioni di particolare gravità (gravi disturbi comportamentali associati alla malattia di Alzheimer e comunque in gravi stati demenziali e nei confronti di pazienti anziani in stati vegetativi persistenti).

Personale

- h. 29.403 prestazioni di assistenza alla persona di cui 5.582 a carico del sociale
- h. 5.582 prestazioni di assistenza infermieristica
- h. 1.600 prestazioni di assistenza riabilitativa, recupero, mantenimento ragguagliata alla capienza effettiva
- h. 1.800 prestazioni complessive di ass. infermieristica e riabilitativa

3°LIVELLO

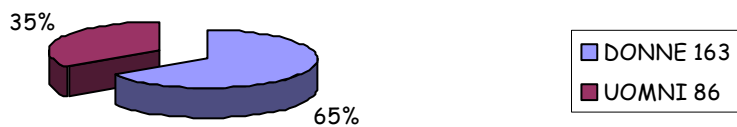
Requisiti tecnico/strutturali- -Standard tecnico-dimensionali

Struttura in possesso dei requisiti tecnico/strutturali previsti dal DPCM 21.12.89 con presenza del modulo del 2°Livello

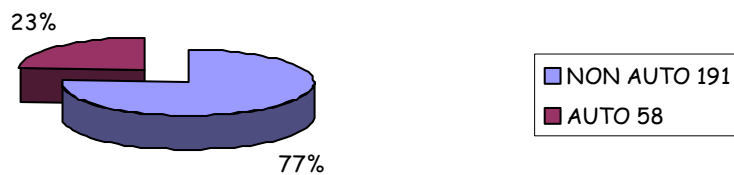
Personale

- h. 29.403 prestazioni di assistenza alla persona di cui 5.582 a carico del sociale
- h. 5.582 prestazioni di assistenza infermieristica
- h. 1.600 prestazioni di assistenza riabilitativa, recupero, mantenimento ragguagliata alla capienza effettiva
- h. 1.800 prestazioni complessive di ass. infermieristica e riabilitativa

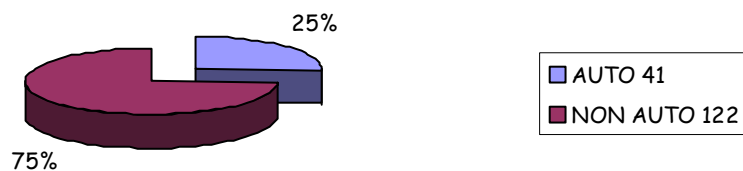
N° 249 Valutazione effettuate nel periodo 01 Gennaio 2004
9 novembre 2004 di cui:



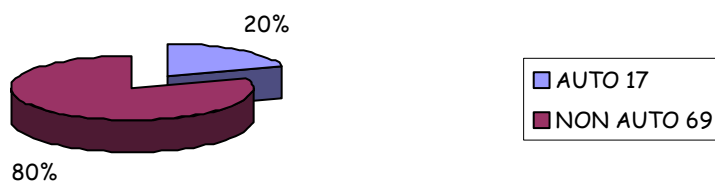
Valutazioni effettuati per tipologia utenza



Sul totale di 163 donne - Autosufficienza e Non autosufficienza

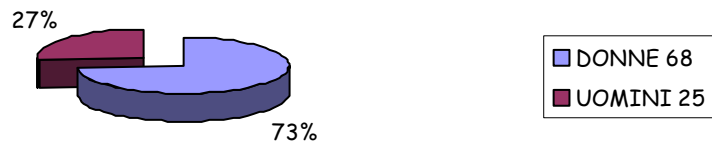


Sul totale di n° 86 uomini- Autosufficienza e
Non autosufficienza

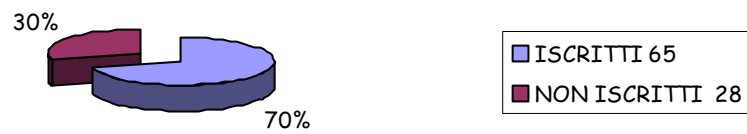


VGA 2004 - PIANI TERAPEUTICI RSA

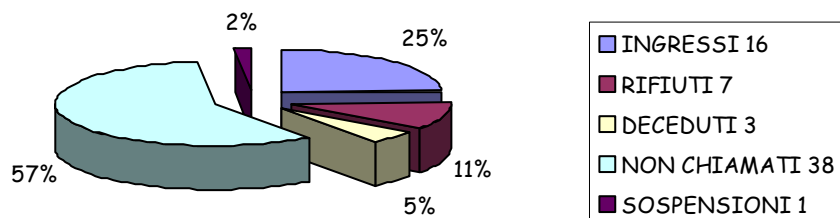
N° 93 Piani Terapeutici Rsa di cui:



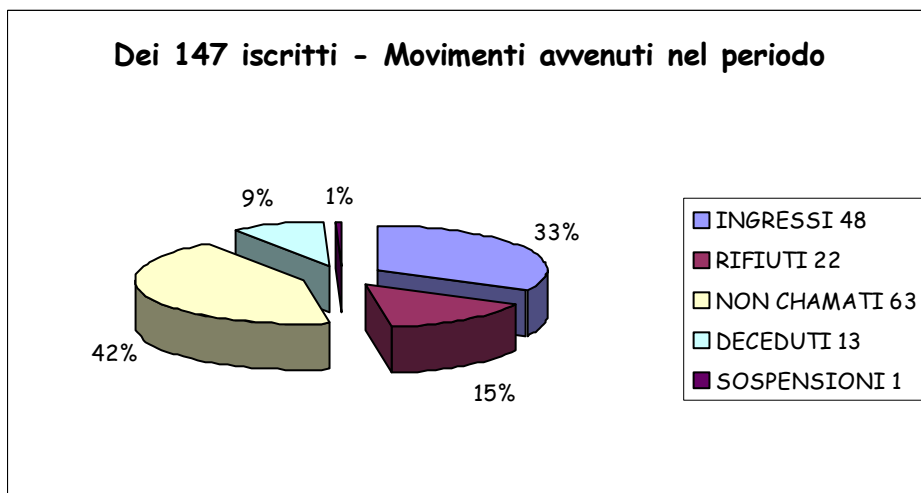
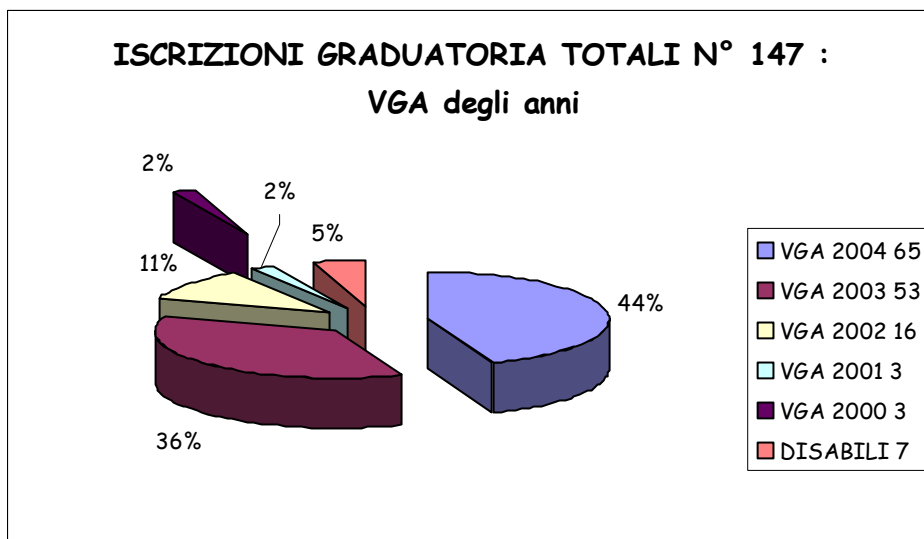
Sui n° 93 piani terapeutice - Iscrizioni effettuate



Sulle n° 65 iscrizioni : Movimenti avvenuti nel periodo



Graduatoria anno 2004



6.4 Telemedicina nel Mugello (T.M.M.)

1) Dati generali

Titolo del progetto

PROGETTO TELEMEDICINA MUGELLO - Progetto per il potenziamento della qualità del servizio sanitario in ambito rurale e montano per mezzo di strumenti informatici e telematici all'interno della Zona sociosanitaria Mugello della Provincia di Firenze.

Obiettivi

Gli obiettivi specifici che il progetto si propone sono:

- a) Minimizzare i tempi di prescrizione - diagnosi - prognosi;
- b) Migliorare il sistema di prevenzione;
- c) Favorire una diagnostica precoce;
- d) Migliorare la qualità di intervento del Pronto Soccorso ospedaliero e delle attività della Guardia Medica;
- e) Dotare i medici di standard informativi omogenei.

Attività e risultati attesi

Il progetto prevede la creazione di un sistema permanente di collegamento telematico fra presidi remoti - ambulatori dei MMG e PLS distribuiti in tutti i comuni (11) e le principali frazioni - e Azienda Sanitaria Locale 10 Firenze con particolare riferimento all'unico Ospedale presente sul territorio, quello di Borgo San Lorenzo.

Il sistema permetterà, di disporre per il medico di base dei referti diagnostici dei laboratori ospedalieri e delle specialistiche in tempo reale, di esentare il cittadino dall'obbligo del ritiro del referto nel luogo della prestazione, di disporre per i presidi sanitari di alcune informazioni basilari provenienti dalle cartelle cliniche informatizzate dei MMG e PLS.

A fianco dell'infrastrutturazione telematica il progetto prevede una contestuale fase di ristrutturazione organizzativa sia a livello di presidi remoti che a livello aziendale.

Infine il progetto prevede la dislocazione sul territorio di una serie di strumenti portabili per la diagnostica da remoto.

Partnership

- 1) Comunità Montana Mugello e gli 11 comuni della zona Mugello
- 2) Azienda Sanitaria Locale 10 Firenze
- 3) Medici di Famiglia Zona Mugello (circa 50)
- 4) Pediatri di Libera Scelta (circa 10)

Il progetto è sostenuto dalla Regione Toscana, che lo cofinanzia e per cui rappresenta una sperimentazione ed una anticipazione del Progetto Regionale Medici in Rete.

Risorse

Il costo complessivo del progetto inclusivo di IVA è pari a € 348.608,00 (Lire 675.000.000) ed è stato cofinanziato al 60% dal CTIM (Ministero del Tesoro) al 20% dalla ASL 10 e per il rimanente 20% dalla Regione Toscana. Il progetto è promosso dalla Comunità Montana del Mugello che insieme alla ASL 10 lo coordina.

2) Specifiche del progetto (da progettazione esecutiva)

Processo Base - Progetto TMM prevede

Situazione attuale	Progetto TMM	Interventi Previsti
I) Prescrizione (MMG)	Prescrizione locale con: <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione sistema di firma elettronica per utenti connessi a TMM • Stampa prescrizioni per utenti non connessi a TMM 	Connessione di MMG, PLS, Farmacie, Diagnostiche a TMM
II) Esame (Struttura ospedaliera)	Attivazione della richiesta esame / ricezione referto esame	Attivazione della connessione ai Sistemi Diagnostici
III) Ritiro referto (Struttura ospedaliera)	Ritiro referto prognosi (Medico di famiglia, domicilio) <ul style="list-style-type: none"> • Mediante copia cartacea • Mediante referto informatizzato (con firma elettronica). 	Invio del referto digitalizzato al medico di famiglia e originale cartaceo al domicilio (Convenzione R.T. - Poste Italiane)
IV) Prognosi (medico di famiglia)	Inserimento prognosi da parte del MMG	Attivazione connessione al sistema centralizzato di Cartella Clinica
V) Eventuale Pagamento prestazione (Struttura Ospedaliera, Poste)	Pagamento prestazione mediante: <ul style="list-style-type: none"> • Modalità tradizionale (contante, bancomat, carta di credito, poste, ecc.) • Pagamento mediante tessera sanitaria 	Predisposizione attivazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Connessione al Tesoriere • Connessione al sistema SIA/SSB

Processo "di ritorno"

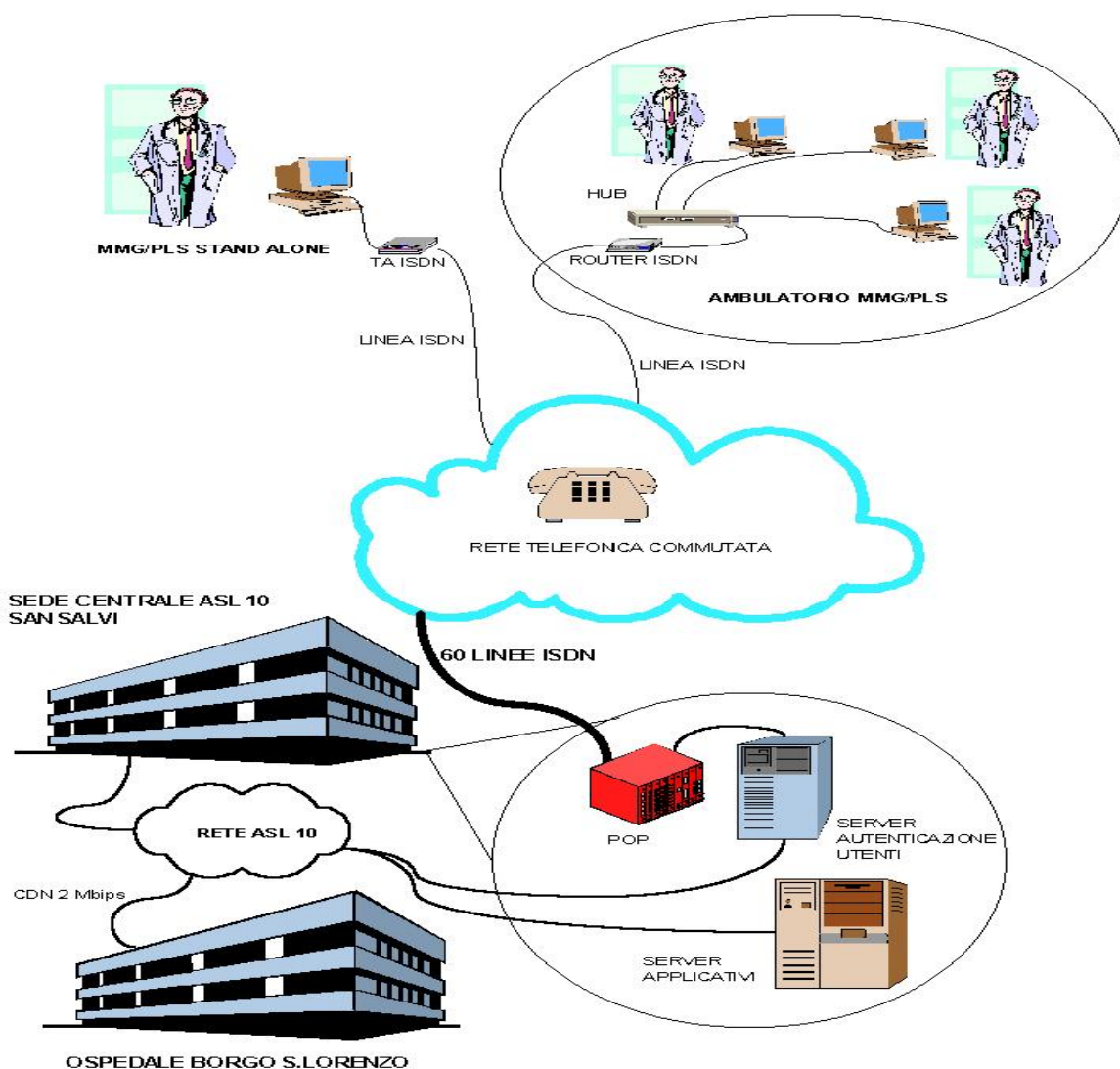
Il Processo "di ritorno" riguarda la possibilità, da parte dell'Ospedale - Pronto Soccorso e reparti di degenza ed eventualmente dalla Guardia Medica -, di poter disporre di un *subset* - un sottoinsieme informativo minimale - dei contenuti delle "cartelle cliniche informatizzate" dei pazienti detenute, ed aggiornate, dai medici di famiglia.

L'accesso al sistema centralizzato delle Cartelle Cliniche potrà avvenire:

- Mediante semplice abilitazione all'accesso da parte di utenti dell'Ospedale autorizzati
- Integrazione tra la Cartella Clinica dei MMG/PLS e sistema informativo sanitario della ASL.

Il Progetto TMM ha l'obiettivo finale di realizzare un sistema di collegamento fra l'Azienda ASL 10 e TUTTI i MMG e PLS operanti sul territorio della Zona Mugello.

Schema logico dell'infrastruttura



6.5 Dimissioni programmate

l'invecchiamento progressivo e costante della popolazione, l'aumento della vita media dei pazienti non autosufficienti affetti da malattie croniche invalidanti, l'oggettiva difficoltà da parte dei nuclei familiari ad assistere il proprio congiunto in modo sufficientemente adeguato e l'ospedale sempre più orientato verso l'assistenza agli acuti con conseguente riduzione della durata della degenza, hanno messo in primo piano la necessità di affrontare soprattutto la «questione anziani» in un'ottica nuova, adeguata alla complessità del fenomeno. Tale complessità ha reso necessaria una radicale riorganizzazione dei servizi territoriali sociosanitari della Zona Mugello che ha portato al potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, alla costituzione dell'Unità di Valutazione Distrettuale con attivazione, coinvolgimento e ottimizzazione di tutte le risorse sanitarie e sociali.

La dimissione ospedaliera, tra le prime questioni affrontate, è stata individuata come un'area particolarmente critica in cui si verifica un alto rischio di sottovalutazione dei bisogni della persona soprattutto se anziana.

Al fine di ridurre le ripercussioni negative sia per i pazienti sia per le famiglie viene elaborata, sulla base delle linee guida regionali, una procedura sulle dimissioni ospedaliere programmate frutto di un'ampia consultazione che ha coinvolto la Direzione Sanitaria Aziendale, la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Borgo San Lorenzo, le UU.OO Ospedaliere e le Sezioni Aggregate, il Responsabile di Zona con le articolazioni collegate dei Servizi Territoriali, il rappresentante della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale.

Elementi qualificanti del modello organizzativo sono :

- la costituzione di una segreteria territoriale unica abilitata alla ricezione delle segnalazioni di ricovero ospedaliero;
- il coinvolgimento del MMG nel percorso di continuità assistenziale;
- l'elaborazione, prima della dimissione, del piano assistenziale individualizzato all'interno del Presidio Ospedaliero da parte delle figure professionali interessate (medico ospedaliero, MMG, responsabile dell'UVD ed altri operatori).

Obiettivo specifico di tale procedura è: la pianificazione di modalità operative intraospedaliere e territoriali basate sull'approccio interdisciplinare e finalizzate ad una gestione attiva e intensiva dei casi complessi che si traduce operativamente nell'attivazione, all'interno di tutti i servizi ospedalieri e tra gli operatori sanitari e sociali dei servizi territoriali, di meccanismi di attenzione - segnalazione - intervento finalizzati all'identificazione delle situazioni "critiche" o ad alto rischio e all'intervento dei servizi il più possibile programmato e integrato. E' noto infatti che esistono delle circostanze "critiche" nella vita della persona anziana, legate a una malattia o alla sua vita affettiva, che possono agire come fattori "precipitanti" verso la condizione di dipendenza: la fase successiva ad un evento patologico acuto (es. :

ictus, frattura del femore, ecc.), l'ospedalizzazione e l'allettamento prolungato provocato da una malattia cronica invalidante, la perdita del coniuge, ecc.; scopo quindi dell'attivazione di tale procedura è la riduzione al massimo del rischio invalidante.

6.6 Progetto "Montagna"

La complessità geografica, sociale e sanitaria della Zona Mugello, caratterizzata da un territorio prevalentemente montano (per estensione rappresenta circa il 50% di quello dell'intera Azienda), dall'inadeguatezza delle vie di comunicazione e da una bassa densità di popolazione, è, in particolare, collegata alle specificità proprie di cinque Comuni a più elevato indice di intensità morfometrica.

In questa area disagiata, composta dai Comuni di Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio e San Godenzo, sono in corso interventi di rilievo calati nella giusta ottica zonale (il riferimento in particolare è legato all'A.D.I. ed alle cure palliative).

Esisteva, tuttavia, anche sulla base delle linee guida previste dal vigente Piano Sanitario Regionale l'esigenza di attivare interventi più mirati, in una strategia legata a modificare la situazione in atto, proprio per valorizzare e qualificare l'assistenza in questi ambiti.

In tale ottica sono state ricercate forti intese operative a livello di articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci e della Comunità Montana.

Il progetto, nel suo complesso, vuole dare risposte specifiche attraverso alcune azioni che vanno nell'ottica delle esigenze individuate dalla Regione Toscana e quindi:

- Creare dei posti sanitari in RR.SS.AA. ed agire così anche sulla problematica dei flussi di mobilità sanitaria della popolazione di confine con la Romagna ed una medicina specialistica geriatrica anche ambulatoriale a favore degli anziani
- Realizzare interventi di telecardiologia che si andranno ad inserire nell'ambito più ampio del progetto telemedicina fornendo ai MMG, inizialmente nei Comuni più disagiati del territorio mugellano, elettrocardiografi che consentano un monitoraggio a distanza dei pazienti con cardiopatia nota o con sintomi sospetti di cardiopatia in atto
- Potenziare i posti medicalizzati primo soccorso, dotandoli anche di strumenti e farmaci nuovi, in particolare, sperimentando una migliore assistenza in caso di infarto miocardico acuto attraverso la trombolisi pre-ospedaliera. Questa azione deve anche trovare una ulteriore chiave di lettura nel dato epidemiologico che conferma una più elevata mortalità nella Zona Mugello per malattie cardiocircolatorie
- Avviare una campagna di comunicazione e prevenzione a favore degli anziani sulla sicurezza domestica a cura dell'Unità funzionale Igiene e sanità pubblica dell'Area funzionale della Prevenzione e coinvolgendo gli Enti locali, i MMG e altri servizi territoriali e, più in generale, riconducibili alla prospettiva comune di facilitare la realizzazione dei percorsi assistenziali ed a favorire la fruibilità dei servizi.

Il progetto è stato condiviso dalla Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci della Zona e dalla Comunità Montana Mugello, in virtù della congruità con i bisogni

specifici dei Comuni montani e dei cittadini ivi residenti, con particolare attenzione alla popolazione anziana. Sono stati concordati dei bisogni specifici su cui è stato orientato il cofinanziamento riguardante:

- l'acquisto di tre auto 4x4, per migliorare la possibilità di spostamento degli operatori coinvolti in relazione alle condizioni geografiche e climatiche della zona;
- la presenza di un operatore a tempo pieno, qualificato per l'assistenza, da affiancare al personale infermieristico nell'ambito del progetto "Interventi mirati per gli anziani fragili con particolare attenzione alla sicurezza domestica.

6.7 Progetto "Mugello Sociale"

Il progetto "Mugello Sociale" definisce un modello di accoglienza dei bisogni delle persone che sappia 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. Viene disegnata una struttura organizzativa per la zona Mugello in grado di rispondere alle fondamentali esigenze di:

- sviluppare la comunicazione tra i cittadini e le istituzioni;
- migliorare la conoscenza dei bisogni del territorio e contribuire alla programmazione;
- realizzare una porta unica di accesso al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari;
- favorire e accompagnare i soggetti fragili nel percorso di avvicinamento ai servizi e nell'utilizzo delle prestazioni.

La realizzazione di tali elementi, previsti dalla normativa nazionale come livello essenziale di assistenza sociale e da quella regionale, è strettamente collegata alla riorganizzazione dei servizi sociali della ASL e dei Comuni al livello zonale, prevista dall'Accordo di Programma tra la ASL, i Comuni e la C.M. Mugello del novembre 2002, come due aspetti sinergici e integrati del processo di rinnovamento e potenziamento del governo e gestione zonale dei servizi sociali.

Il progetto prevede l'apertura di uno "sportello sociale" in ogni sede comunale, individuata come il livello più vicino al cittadino, per l'ascolto della domanda sociale, l'informazione e l'orientamento dei cittadini, in stretto contatto con gli Uffici Relazioni con il pubblico, laddove esistenti, con il sistema informativo dei servizi sociali, con i soggetti del terzo settore attivi nella comunità. È il luogo dove il cittadino può interagire con il sistema dei servizi, ricevere le informazioni complete in merito ai diritti e ai servizi pubblici e del privato sociale presenti sul territorio, ricevere l'orientamento e l'accompagnamento eventualmente necessario. Lo sportello sociale è composto da due funzioni: lo sportello informativo e il segretariato sociale. Lo sportello informativo offre le informazioni e l'orientamento richiesto dai cittadini, indica i percorsi e le soluzioni in presenza di bisogni definiti, si raccorda, ove necessario, con gli uffici amministrativi dei Comuni, collega il cittadino all'operatore competente in caso di richiesta specifica, indirizza al segretariato sociale in caso di bisogno indistinto. Il segretariato sociale, attivato dal servizio sociale integrato zonale (SIM) svolge i compiti previsti dalla normativa:

- accoglie la domanda indistinta del cittadino realizzando una prima valutazione del bisogno concordata con la persona;
- individua gli operatori competenti per la presa in carico segnalando loro il bisogno anche in caso di competenza multiprofessionale;
- predispone, se necessario, l'orientamento e l'accompagnamento della persona alla presa in carico e all'utilizzo della risorsa.

6.8 Laboratorio di riabilitazione per il disagio mentale

La possibilità di svolgere attività lavorative rappresenta una condizione incomparabilmente utile per il reinserimento sociale di persone svantaggiate, purtroppo le richieste di professionalità per l'accesso al mondo del lavoro risultano normalmente troppo elevate per le persone affette da disturbi psichici. Nella nostra Zona, grazie alla sinergia sviluppatasi tra l'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, i Comuni della Zona Mugello, la Comunità Montana, la Provincia e la Cooperativa Sociale Archimede, si è dato vita ad un progetto (progetto laboratorio) che ha l'obiettivo di fungere da ponte al processo di reinserimento lavorativo e sociale dei disabili psichici. Il progetto prevede, come primo livello di operatività, la realizzazione di un laboratorio ove il paziente sperimenta, con la mediazione del supporto terapeutico e con la gradualità del caso, il confronto con tutti gli aspetti del mondo del lavoro, nella prospettiva di un recupero, parziale o completo, di abilità lavorative e relazionali spendibili anche nei circuiti sociali convenzionali.

Il laboratorio, avviato nel Giugno del 2002, sta fornendo positivi riscontri sia sul piano terapeutico riabilitativo che sul piano delle capacità lavorative e produttive (10 pazienti gravi già inseriti, una produttività espressa di circa 17.000,00 € di cui circa 11.000,00 € ridistribuiti tra gli assistiti in forma di incentivi, significativo miglioramento clinico nella più parte dei pazienti).

L'esperienza, concepita già sul nascere come punto d'incontro tra la dimensione sanitaria e quella lavorativa, si è venuta sempre più definendo, nel suo evolvere pratico, come luogo di concreta integrazione multidimensionale (realtà sanitaria, sociale, lavorativa, imprenditoriale, sindacale, ecc.) fondando in ciò uno degli elementi di più sicura validità relativamente alle prospettive della riabilitazione psico - sociale. Per lo sviluppo del progetto è fondamentale, considerate le sue competenze, un più "strutturato" coinvolgimento dell'Amministrazione Provinciale.

6.9 Sistema della domiciliarità per area anziani e handicap

E' stata attivata la riorganizzazione zonale dei servizi a sostegno della domiciliarità nell'area anziani ed handicap, nell'ambito delle attività del Sociale Integrato Mugello, che ha previsto le seguenti azioni:

- progettazione, gestione e regolamentazione zonale dei servizi di Assistenza domiciliare di base, di Assistenza Domiciliare Integrata e del Centro Diurno per Anziani;
- definizione di un Accordo zonale con le Associazioni di volontariato per interventi di sostegno domiciliare in collaborazione con i servizi pubblici;
- partecipazione al Progetto OLD MAN, in collaborazione con i Comuni di Prato e Pistoia e con il Consorzio ASTIR, finalizzato alla creazione di un sistema a rete riguardante progetti di sostegno agli anziani e alle loro famiglie;
- progettazione, gestione e regolamentazione zonale delle strutture di socializzazione e diurne per portatori di handicap e dei servizi connessi;
- progettazione, gestione e regolamentazione zonale dei diversi interventi domiciliari, di tipo assistenziale ed educativo, a favore di soggetti portatori di handicap;
- progettazione integrata dei diversi interventi riabilitativi gestiti dai servizi pubblici e dal terzo settore nell'area handicap;

6.10 Progetto di formazione congiunta "Strategie professionali e di servizio per garantire continuità assistenziale ed efficacia agli interventi sociosanitari"

I servizi territoriali sociali e sanitari sono sempre più chiamati a gestire situazioni multiproblematiche, in particolare nell'area della non autosufficienza e disabilità, che richiedono l'apporto integrato di professionalità spesso afferenti ad ambiti organizzativi differenziati e non in comunicazione tra loro. Per garantire risposte coerenti con i bisogni in termini di appropriatezza nell'uso delle risorse ed efficacia nei risultati non è sufficiente la capacità professionale di ogni singolo operatore bensì viene richiesto ai servizi la capacità tecnica e organizzativa di promuovere la continuità assistenziale ed l'integrazione nei diversi centri di responsabilità. Agli operatori viene richiesta la capacità di lavorare per progetti personalizzati integrati, sviluppando funzioni idonee a promuovere l'integrazione, la continuità, il governo del percorso assistenziale individuato per la persona, funzioni riconducibili al concetto di "care manager".

L'obiettivo formativo specifico si articola su due livelli:

- Il primo di tipo professionale, che sviluppi l'integrazione tra le diverse professionalità del sociale (aziendale e comunale) e del sanitario sulla tematica della continuità assistenziale e dell'identificazione del "care manager" nella gestione dei progetti individuali, condividendo un percorso di analisi e approfondimento delle problematiche sia tra gli operatori che con i responsabili delle strutture organizzative.
- Il secondo che sviluppi l'integrazione gestionale sancita nell'Accordo di programma zonale attraverso la redazione e la validazione condivisa di protocolli per l'integrazione sociosanitaria, che contengano e rendano operative le tematiche affrontate nell'ambito della riflessione del "care manager". L'intento è di orientare il sistema dei servizi ad una presa in carico integrata e continuativa dei problemi.

L'obiettivo del progetto è quindi la sperimentazione di soluzioni organizzative e professionali per coordinare e gestire l'assistenza domiciliare, le offerte ambulatoriali e diurne insieme con le attività sociali, sviluppando negli operatori competenze e abilità nella metodologia di lavoro progettuale, riorientando le specifiche capacità professionali nell'ottica del "care manager" e superando la logica delle risposte per prestazioni, elaborando una stesura condivisa dei protocolli di integrazione sociosanitaria previsti dall'Accordo di programma siglato tra i Comuni della Zona, la C.M. Mugello e la ASL per la riorganizzazione zonale dei servizi sociosanitari.

6.11 Progetto di riorganizzazione dei servizi per minori

Il progetto prevede lo sviluppo e il consolidamento a livello zonale di servizi a favore dei minori e delle loro famiglie nell'ambito delle attività del Sociale Integrato Mugello e in particolare:

- la riorganizzazione dell'ufficio zonale del Centro Adozioni secondo le modalità previste dal protocollo regionale e dall'Accordo di area vasta, per consentire una migliore efficacia ed efficienza delle funzioni di carattere zonale;
- l'individuazione e l'attivazione del Referente Unico zonale per i minori, come richiesto dalla Regione Toscana;
- la programmazione, gestione e regolamentazione degli interventi educativi di carattere domiciliare per i minori e le famiglie;
- l'attivazione operativa del Centro Affidi con gestione zonale.

6.12 Progetto "Creazione di un sistema integrato di promozione del benessere nell'ambito delle dipendenze"

Le problematiche correlate ai consumi di sostanze stupefacenti e psicotrope di vario genere interessano fasce consistenti di popolazione e sono caratterizzate da una continua evoluzione rispetto all'entità e varietà dei prodotti utilizzati, che determina un mutare dei fenomeni di uso, abuso e dipendenza.

Ne deriva la necessità di aggiornare costantemente le azioni di intervento del SerT per far fronte allo sviluppo dei problemi presenti che dalle sostanze illegali si allargano al nuovo emergere delle problematiche alcool correlate, per arrivare al riconoscimento della natura della dipendenza del tabagismo e l'accresciuta consapevolezza della sua centralità in termini di salute e alla comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlate all'uso di sostanze (es. gioco d'azzardo patologico).

Di fronte a questa continua evoluzione del fenomeno della Dipendenza, si rende necessario la diversificazione degli interventi del SerT, ampliando da una parte la tipologia delle offerte terapeutiche ed assistenziali e arrivando, dall'altra, allo sviluppo di progetti integrati di promozione del benessere che vedano coinvolti gli Enti Locali e il Privato Sociale.

In tal senso il SerT di Borgo San Lorenzo ha già attivato da tempo diversi progetti per i quali si presta una particolare attenzione al fattore della integrazione.

Il SerT è parte integrante del PIA (Progetto Integrato di Area), che afferisce alla Comunità Montana, insieme a Scuole, Enti Locali e del Privato Sociale e il cui scopo è di progettare interventi integrati nell'area dell'abbandono scolastico e del disagio. Questo ha promosso lo sviluppo di progetti integrati di formazione a insegnanti e genitori sui temi della comunicazione alunno insegnante e prevenzione di comportamenti a rischio.

Nell'ambito delle attività di prevenzione il SerT gestisce dal 1999 i Centri di Ascolto nelle scuole superiori della zona. Dall'attivazione di questa modalità di ascolto nascono interventi di prevenzione più mirati alle esigenze delle singole classi in collaborazione con gli insegnanti e attività integrate con altri progetti presenti sul territorio al fine di favorire una ottimizzazione delle risorse a favore del benessere della popolazione scolastica.

Questo modello di intervento nelle scuole medie superiori sempre in collaborazione con il PIA è stato esteso a tutte le scuole medie ed elementari del territorio che vede il coinvolgimento e la collaborazione del SerT, del Centro Consulenza Giovani, della Comunità Montana e dell'U.O di Psicologia dell'ASL, delle Scuole.

Gli operatori del SERT fanno parte del gruppo di coordinamento tra Enti locali, Associazioni di Volontariato, Gruppi Sportivi, Parrocchie, che ha realizzato dopo aver compiuto una mappatura delle realtà del territorio il Progetto "Agire in Rete" rivolto

ai giovani e agli adolescenti del territorio, e a tutte quelle agenzie formative e istituzionali che operano nel territorio e che sono a contatto a vario titolo con la popolazione giovanile.

Per quanto riguarda le problematiche alcol correlate, attraverso il Progetto "Alcol: piacere di conoscerti" sono stati coinvolti tutti i Comuni del Mugello per creare una rete tra Servizi dell'ASL e dei Comuni per far conoscere, attraverso incontri realizzati con la popolazione, le diverse attività presenti sul territorio, utilizzando le capacità informatiche degli Enti Locali.

Da questo si è avviato un Progetto di Numero verde telefonico in collaborazione con la Comunità Montana, i Comuni di Borgo San Lorenzo e Marradi e dei gruppi di volontariato. E' inoltre in fase di avvio un Progetto che coinvolgerà Scuole, Ospedale, Associazioni di Volontariato, Scuole Guida, Associazioni Sportive, finanziato dall'Educazione alla Salute e mirato a favorire l'integrazione e l'efficacia dei momenti informativo-formativi presenti sul territorio.

Si mantengono inoltre momenti formativi con le Strutture di Accoglienza degli Enti Ausiliari presenti nella zona e una continua collaborazione con i Gruppi degli Alcolisti Anonimi.

Lo sviluppo ulteriore e a tutto campo della creazione di una rete territoriale di riferimento che accolga le tematiche e le problematiche della popolazione giovanile, la creazione di operatori formati e che si muovono su percorsi culturali il più possibili condivisi sarà ulteriore obiettivo e costituirà un percorso prioritario per gli operatori del SERT.

Fonti dei dati presentati

Dati Demografici:

Elaborazioni Ufficio Sociale Comunità Montana Mugello su archivi degli Uffici Anagrafe Comunali

Dati Socio-Economici

Piano di Sviluppo Economico della Comunità Montana Mugello - Aggiornamento 2004

Dati Ambientali:

Elaborazione Ufficio Sociale Comunità Montana Mugello su:

- . Relazione sullo Stato dell'Ambiente - Agenda 21 Comunità Montana Mugello;
- . Piano Industriale di Ambito dell'area metropolitana fiorentina n. 6;
- . Dati Agenzia Fiorentina per l'Energia S.r.l.
- . Valutazione della qualità dell'aria ambiente nel periodo 2000-2002 e classificazione del territorio regionale - Regione Toscana.

Dati relativi a significativi fenomeni demografici e sociali:

Relazione Sociale - Aggiornamento 2003

Piano di Sviluppo Economico della Comunità Montana Mugello - Aggiornamento 2004

Dati relativi a significativi fenomeni sanitari ed evidenze epidemiologiche:

Elaborazioni Unità di epidemiologia ASL 10

Materiale disponibile in formato elettronico:

www.asf.toscana.it/download/sds/sds.htm