

Società della Salute Zona Fiorentina Sud - Est

PIANO INTEGRATO DI SALUTE
2008-2010

Proseguire nell'integrazione
Valorizzare il territorio



Premessa

- 1. Evidenze del Profilo di Salute
pag. 8**

- 2. Le scelte strategiche del PIS
pag. 23**

- 2.1 Guadagnare salute, Favorire corretti stili di vita,
implementare politiche pag. 23
che influiscono sui determinanti di salute**
 - 2.1.1 Approccio globale alla promozione della salute
pag. 24**
 - 2.1.2 Contesto di riferimento
pag. 25**
 - 2.1.3 Il ruolo delle Società della Salute
pag. 26**
 - 2.1.4 Taglio dell'intervento sulla promozione degli stili di vita
pag. 27**
 - 2.1.5 Soggetti target pag.
28**
 - 2.1.6 Gruppo di lavoro permanente sugli stili di vita
pag. 28**
 - 2.1.7 Procedure di valutazione degli interventi
pag. 28**
 - 2.1.8 L'educazione alla Salute
pag. 29**
 - 2.1.9 Politiche di sostegno alla famiglia ed ai minori
pag. 30**



- 2.1.10 **Politiche giovanili**
pag. 32
- 2.1.11 **Politiche di inclusione sociale**
pag. 35
- 2.1.12 **Politiche per la salute dei lavoratori**
pag. 45
- 2.1.13 **La salute in montagna**
pag. 46
- 2.1.14 **Salute ed ambiente di vita**
pag. 47

- 2.2 La Gestione della Popolazione con patologie croniche**
pag. 67
 - 2.2.1 Presa in carico del paziente cronico**
pag. 67

 - 2.2.2 Rafforzamento della continuità assistenziale territorio ospedale**
pag. 70

 - 2.2.3 Organizzazione snella o Lean dell'Assistenza**
pag. 70
 - 2.2.3.1 La dimissione complessa: progetto "Un solo paziente"**
pag. 71

- 2.3 **Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficienza**
pag. 72
- 2.4 **Servizio Socio - Sanitario Zonale**
pag. 74
- 2.5 **Medicina generale**
pag. 75

- 2.6 **Accesso ai Servizi:**
pag. 78
 - 2.6.1 **Rete presidi territoriali**
pag. 78



2.6.2 Punti Insieme	pag.
90	
2.6.3 Rete strutture private territoriali e convenzionata esterna	
pag. 91	
2.7 La partecipazione nella programmazione condivisa	
pag. 92	
2.7.1 Il ruolo del Terzo Settore	
pag. 92	
2.7.2 Il ruolo delle Organizzazioni Sindacali	
pag. 94	
3. Gli obiettivi di salute	
pag. 95	
3.1 Anziani	pag.
95	
3.2 Disabili	pag.
101	
3.3 Minori	pag.
108	
3.4 La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza	
pag. 114	
3.5 La salute mentale negli adulti	
pag. 117	
3.6 Le dipendenze	pag.
121	
3.7 La Rete Consultoriale 2008 - 2010	
pag. 125	
3.8 La Riabilitazione	
pag. 128	
3.9 L'odontoiatria	pag.
131	
4. Il Piano della Comunicazione	
pag. 133	



5. Il quadro delle risorse finanziarie

pag. 140

6. Allegati

a. Organizzazione Servizio Socio Sanitario Zonale

b. Profilo di Salute

c. Progetti

La salute è uno stato di equilibrio(come ad es. andare in bicicletta), è il ritmo della vita, processo incessante in cui l'equilibrio si ristabilizza sempre. Tutti lo conosciamo, è respirazione, metabolismo, sonno (tre fenomeni ritmici: vitalità, ristoro,accumulo di energia)”

Hans-Georg Gadamer

“Dove si nasconde la

salute”

PREMESSA

“Ciò che chiamiamo “salute” è un complesso di fattori che comprende sia l'assenza di malattie che l'adattamento soggettivo all'ambiente sociale in cui ci veniamo a trovare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute in senso positivo come una condizione di completo benessere fisico,



psichico e sociale e non solo come assenza di malattia. La salute comprende quindi aspetti che hanno a che fare con: gli stili di vita, l'ambiente, la popolazione, le famiglie, l'economia ed il lavoro, l'istruzione, l'informazione e anche la disponibilità di occasioni di divertimento oltre che le principali malattie e cause di morte, i servizi sanitari (ospedali, case di cura, ambulatori, servizi territoriali) che cercano di contrastarle curandole. La salute ha dunque a che fare con una serie di determinanti che, in maniera diretta o indiretta, possono proteggere dalle malattie o, al contrario, causarle. A complicare il quadro si aggiunge una complessa interazione dinamica tra tutti questi aspetti: fattori di rischio, condizioni sociali, patologie e disponibilità di mezzi per curarle non agiscono singolarmente, ma si intrecciano tra loro. Per definire lo stato di salute quindi non si può prescindere da un'analisi il più possibile completa dei vari determinanti che formano quel contesto generale in cui tutti noi siamo inseriti e che con le nostre azioni noi stessi contribuiamo a definire e modificare”

Eva Buiatti.

Il presente Piano Integrato di Salute, strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di Zona e della loro interconnessione con quelle relative ai settori che concorrono a determinare lo stato di salute di una comunità, è, per la nostra Società della Salute il secondo.

Lo stato di salute di una comunità è condizionato da molteplici fattori, tra i quali i servizi sociosanitari svolgono un ruolo cruciale ma minoritario, le condizioni socioeconomiche, il livello di istruzione e la qualità delle relazioni sociali determinano stili di vita che condizionano pesantemente la salute delle persone e di conseguenza la loro qualità e aspettativa di vita.

Già da diversi anni le Nazioni Unite hanno introdotto l'indice di sviluppo umano come indicatore di qualità dei vari paesi del mondo; si tratta di un indice complesso e sempre in evoluzione che vede il Pil come uno degli indicatori di sviluppo e non certo il più importante. Se, come sostenuto in premessa, la salute di una comunità dipende più dagli stili di vita dei suoi componenti che non dalle risposte dei suoi servizi, l'attenzione allo sviluppo



di un territorio è cruciale quanto la possibilità di fruire delle più alte tecnologie sanitarie.

La Società della salute è nata proprio con l'intento di integrare le politiche sociosanitarie con quelle di sviluppo territoriale, con la finalità di intervenire sui cosiddetti "determinanti di salute".

In questi anni di sperimentazione della Società della Salute il più forte protagonismo degli Enti Locali nel governo delle politiche sociosanitarie ha consentito una prima visione integrata di quali determinanti fossero alla base di un vivere in salute; i prossimi anni saranno un'ulteriore opportunità di crescita e di sfida in questa direzione.

Nella nostra Regione è evidente e misurabile il miglioramento dei livelli di salute in termini di aspettativa e qualità della vita, ma nonostante questo si rilevano disuguaglianze significative nelle condizioni di salute e nelle capacità di accesso ai servizi: le persone appartenenti a ceti sociali più privilegiati hanno livelli di salute più alti si ammalano meno e vivono più a lungo.

D'altra parte l'annuale Rapporto sullo Sviluppo Umano della Nazioni Unite, ormai da tempo non fa che sottolineare come le condizioni di salute siano direttamente collegabili ai livelli di istruzione e di reddito, nonché alla qualità dell'ambiente (acqua, aria, suolo, coltivazioni e modalità di allevamento degli animali) di specifiche aree geografiche.

Le differenze più intense si osservano per la disabilità e per la salute dei singoli, segue la morbosità cronica e la speranza di vita.

Se la distribuzione degli stili di vita può servire a predire la distribuzione futura della salute, tutti gli stili di vita più pericolosi per la salute (alimentazione scorretta, sedentarietà, dipendenza da fumo, alcool, ecc..) presentano nel tempo una distribuzione che aumenta gli svantaggi di alcuni gruppi di popolazione.

In questa prospettiva occorre che le politiche si concentrino a contrastare questi meccanismi di transizione dalla pre-disabilità a disabilità che agirebbero con particolare virulenza sui gruppi più svantaggiati

Ognuno di questi meccanismi rappresenta un potenziale punto di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto, che, quindi, possono alternativamente proporsi di influenzare la stratificazione sociale, controllare



l'esposizione, diminuire la vulnerabilità, prevenire le conseguenze sociali evitabili.

In questa direzione la Regione Toscana; che non teme di affrontare la sfida di modelli organizzativi costantemente innovativi, ha sperimentato un'organizzazione più rispondente ai bisogni dei nostri cittadini le Società della Salute.

Le Amministrazioni Comunali della nostra Zona, insieme alla Asl 10 di Firenze, hanno partecipato attivamente e positivamente a questa sperimentazione.

La Società della Salute

La Regione Toscana, con la Legge 60 del 19/11/2008, che modifica la L.R. 40 del febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", chiude la fase di sperimentazione delle Società della Salute per aprirne una nuova, che vede le SdS quali consorzi pubblici con funzioni di:

- **indirizzo e programmazione strategica e operativa** delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal Piano sanitario e sociale integrato, nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;
- **organizzazione e gestione** delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
- **controllo, monitoraggio e valutazione** degli obiettivi programmati in rapporto agli obiettivi programmati per le attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato, nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali.

Per quanto riguarda la **gestione**, fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale la legge dà la possibilità alle SdS di gestire, le attività sociosanitarie e di assistenza sociale, direttamente o tramite convenzione con l'Azienda sanitaria locale.

Altro aspetto rilevante, dell'attività della SdS, è il **governo** dell'offerta e della domanda di servizi sociali, sanitari e sociosanitari territoriali. Il governo,



sulla base delle indicazioni della legge, potrà essere esercitato attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multiprofessionale, attraverso la stipula di accordi con i medici di medicina generale e attraverso l'analisi dei consumi sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento, garantendo la continuità assistenziale, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali.

Come in tutte le esperienze innovative è importante avere il piacere della sfida costruita però dentro una rete di protezione e condivisione politica

Un sistema per il monitoraggio e la valutazione del PIS

Il sistema di valutazione della performance è stato costruito dalla Regione Toscana per misurare la capacità di ogni Azienda USL di essere strategicamente efficace e efficiente sia rispetto al territorio in cui opera sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita; viene quindi utilizzato per supportare i processi di programmazione a livello aziendale e regionale ed è, inoltre, collegato al sistema incentivante regionale per le direzioni aziendali. Le aziende, a loro volta, hanno collegato lo strumento al loro sistema di budget interno.

Tale metodo di valutazione è in corso di estensione anche alle Società della Salute come strumento di supporto per la predisposizione e valutazione dei Piani Integrati di Salute, in modo da garantire la coerenza dei livelli di programmazione e di valutazione tra Regione, Azienda USL e SdS i quali, ognuno con i propri ambiti specifici di responsabilità, si integreranno in parte su obiettivi comuni e in parte su obiettivi specifici della realtà locale.

Il set minimo di indicatori individuati per l'SdS è in gran parte sottoinsieme del set di indicatori delle Aziende USL.

Gli indicatori che compongono il sistema sono raggruppati nelle 6 seguenti dimensioni:

A) valutazione dei livelli di salute della popolazione; B) valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale; C) valutazione sociosanitaria; D) valutazione esterna; E) valutazione interna; F) valutazione dell'efficienza operativa e della performance economico finanziaria.



Per rappresentare adeguatamente i risultati riportati da ogni SdS in ciascuna delle dimensioni individuate sarà utilizzato, così come era già stato utilizzato per le Aziende USL, lo schema del “bersaglio” con cinque diverse fasce di valutazione e suddiviso in sei settori circolari rappresentativi delle sei dimensioni. La SdS capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni riporterà risultati vicino al centro del bersaglio. Più ci si allontana dal centro, più le performance vanno a peggiorare.

1. LE EVIDENZE DEL PROFILO DI SALUTE

Il Profilo di Salute si propone di offrire una lettura congiunta dei dati relativi allo stato di salute, affiancando alle problematiche più strettamente sanitarie, quelle relative ai fattori sociali, economici ed ambientali che caratterizzano il contesto in cui vivono le persone e che ne influenzano lo stato di benessere.

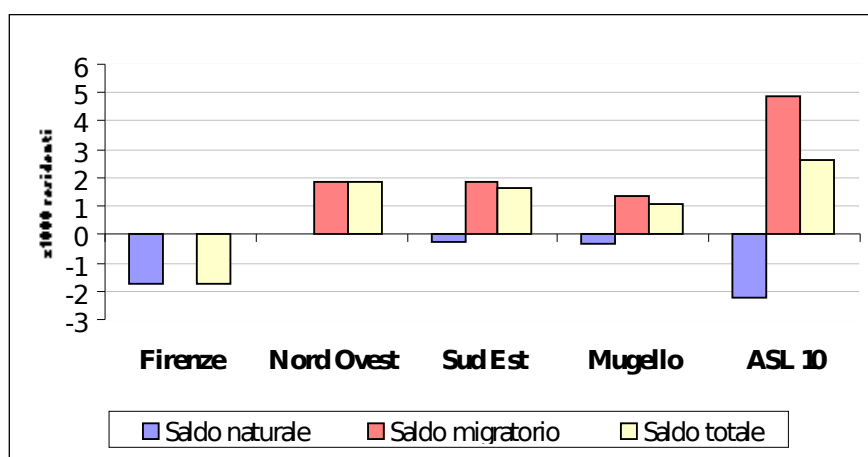
Dinamiche demografiche

Il progressivo aumento del numero dei residenti nella Zona Sud Est risulta legato al saldo migratorio positivo, mentre quello naturale (n° nati / n° decessi) permane negativo (*figura 1*)



La percentuale di stranieri regolarmente registrati presso i servizi di anagrafe rappresenta il 6,53% dell'intera popolazione, con un valore massimo per il Comune di Greve in Chianti (10,48%) e con un incremento percentuale dal 2004 al 2007 di oltre il 49,00%.

Figura 1 - Popolazione residente: saldo migratorio, saldo naturale e saldo totale (x 1000 ab.) - Anno 2007



Continua altresì il processo di invecchiamento, con un indice di vecchiaia di 174,6 (nel 2004 173,2) ed un indice di dipendenza anziani di 35,8 (nel 2004 34,3).

Gli anziani ultrasessantacinquenni sono 38.009, pari al 22,9% della popolazione residente, e di questi 8.584 vivono da soli.

La fascia ultraottantenne rappresenta il 6,8% (vs. 6,2% del 2004).

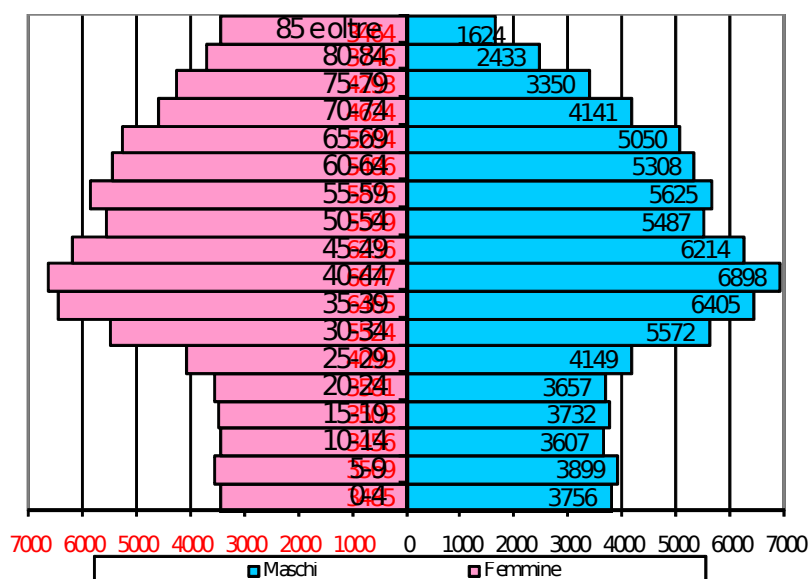
Il tasso di natalità, superiore al dato aziendale, è pari a 9,05 e varia da un minimo di 7,90 nel Comune di Bagno A Ripoli, ad un massimo di 11,84 registrato nel Comune di Rufina.

Area	Numero abitanti	Classi di età (%)			Indice Vecchiaia	Indice Dipendenza Anziani	Alcune classi di età articolari (%)	
		0-14	15-64	65+			80+	Donne età feconda
Azienda	807.6							
U.S.L.	80	12,4	63,6	24	193,4	37,7	7,3	41,9

10								
Firenze	364.6							
	65	11,3	62,7	26	230,8	41,5	8,5	40,5
Nord-Ovest	210.8							
	00	13,4	64,5	22	164,3	34,2	5,8	43,4
Sud-Est	165.8							
	79	13,1	64,0	22,9	174,6	35,8	6,8	42,5
Mugello	66.33							
	6	13,6	64,8	21,7	159,7	33,4	6,9	43,9

Analizzando la piramide dell'età (*figura 2*) si osserva che alla nascita e nella classe di età 0 - 4 anni i maschi sono più numerosi delle femmine, e rimangono di più fino alla fascia di età 45 - 49; dai 50 anni in su si assiste ad un'inversione di tendenza per cui le femmine cominciano ad essere più numerose dei maschi, fino a diventare più del doppio nella fascia di età 85 ed oltre.

Figura 2 - Piramide dell'età Popolazione residente zona sud est al 31/12/2007



L'invecchiamento della popolazione, espressione di una vita media più lunga e di una bassa mortalità generale, rappresenta indubbiamente il fenomeno demografico e sociale che più di ogni altro sta interessando la vita di molti

stati, rivoluzionandone i sistemi di Welfare, gli stili di vita, il sistema sanitario, la cultura e la stessa economia.

Il concetto stesso di anziano, usualmente definito come ultra sessantacinquenne è inoltre notevolmente cambiato.

L'analisi dei consumi sanitari, come ospedalizzazione ed effettuazione di prestazioni diagnostiche e/o visite specialistiche indicano come questi crescano molto più intensamente ben dopo i sessantacinque anni, per cui oggi una persona di 65 - 70 anni risulta molto più simile, per stato di salute, ad un soggetto di media età piuttosto che ai veri grandi anziani.

Inoltre è possibile oggi allontanare nel tempo la perdita di autonomia funzionale: la conoscenza e il controllo dei fattori di rischio, una corretta alimentazione, una maggiore attività fisica, un costante impegno delle funzioni cognitive ci consentono di prolungare sempre più la vita "attiva" senza disabilità.

Ciò impone che il S.S.N., consapevole dei costi legati alla non autosufficienza, focalizzi la sua attenzione nella prevenzione, cura e riabilitazione del soggetto anziano non solo in termini qualitativi, ma anche di appropriatezza, di efficacia del livello organizzativo e di tempestività del trattamento.

Qualità della vita e nuovi rischi di pauperizzazione

Nel dossier sulla qualità della vita delle Regioni e delle 103 province italiane realizzato dal "Sole 24 ore" attraverso l'elaborazione di una serie di dati statistici (relativi all'anno 2007), la provincia di Firenze si colloca all'11° posto (tre posizioni in meno rispetto al 2006) confermandosi comunque come una delle strutture territoriali con i migliori punteggi complessivi.

Se da un lato alcuni aspetti appaiono sicuramente positivi quali il tenore di vita, i servizi, l'ambiente e il tempo libero, dall'altro destano preoccupazione le criticità riscontrate sul versante ordine pubblico e popolazione, nonché sulla fascia affari e lavoro.



Nel suo complesso, al di là delle singole variazioni dei diversi indicatori considerati, emerge il profilo di un territorio che si posiziona su standard e livelli quantitativi al di sopra di quelli medi nazionali.

Economia e Territorio

Risulta necessario premettere che se i dati sottoriportati, riferiti agli anni 2006/07 per l'intera provincia di Firenze, registrano sostanzialmente un quadro positivo, l'attuale situazione di crisi globale rischia di incidere profondamente su quella che è l'economia reale ed in particolare sulle fasce sociali più deboli.

Già nel nostro contesto territoriale, non pochi sono i segnali di preoccupazione per le attività produttive.

Nell'ambito degli indicatori inerenti il tenore di vita della popolazione residente si evidenziano standard qualitativi piuttosto elevati*.

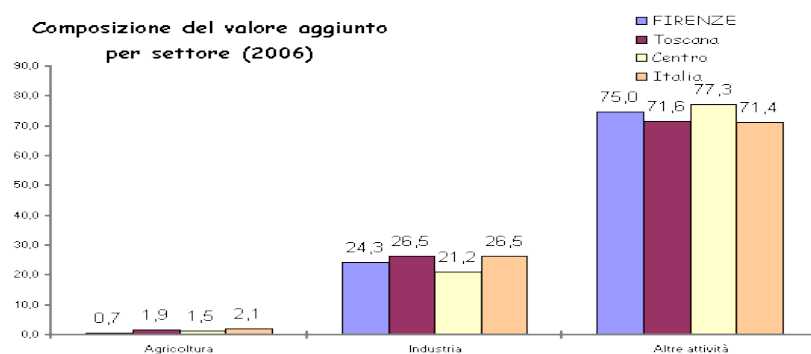
Il *reddito pro-capite* si attesta su buoni livelli (oltre 19.600 euro), risultando superiore sia al dato medio italiano (circa 16.091 euro) che a quello toscano (17.878 euro).

La provincia di Firenze, con quasi 27 miliardi di euro, contribuisce al *valore aggiunto* nazionale per una quota pari al 2,04 %. Il valore aggiunto pro-capite mette in luce una buona performance: con un ammontare di oltre 26.897,00 euro (contro i 22.392,00 della Toscana ed i 20.232,00 dell'Italia) occupa infatti la quarta posizione a livello nazionale e la prima tra le province del Centro Italia.

La scomposizione settoriale del valore aggiunto mette in evidenza il notevole peso assunto dall'industria (22,6%) rispetto all'agricoltura (0,6%), anche se il settore trainante rimane il terziario (73%).

Figura 3 - Composizione Valore aggiunto per settore





* Fonte: Tagliacarne, "Atlante della competitività delle Province e delle Regioni italiane" (pubblicato settembre 2008)

Il livello dei *consumi finali interni* pro-capite risulta particolarmente favorevole (oltre 18.900 euro) per cui il capoluogo toscano si attesta al 12° posto a livello italiano.

Ne consegue che anche la quota dei consumi destinata alle spese di tipo non alimentare (84,5%) assume un valore particolarmente elevato (17° a livello nazionale e 1° in ambito regionale).

I livelli dei depositi bancari per abitante e l'importo medio mensile delle pensioni (734,17 euro) risultano stazionari.

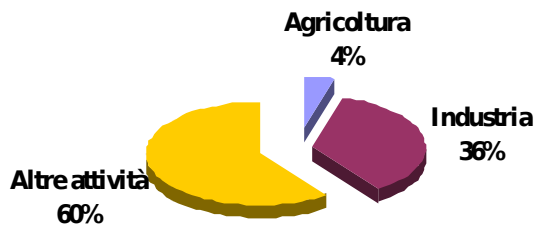
Il numero di autovetture immatricolate ogni 1.000 abitanti (80,3) rappresenta il 3° valore in assoluto più elevato d'Italia, dopo Aosta e Roma, così come il consumo pro-capite di benzina occupa il 20° posto.

Il versante *affari e lavoro* registra un elevato numero di imprese ogni 1000 abitanti. La *densità imprenditoriale* calcolata è pari al 9,3%, dato inferiore al valore regionale (9,8%), ma superiore a quello nazionale.

La *forza lavoro* che nelle indagini ISTAT del 2007 si è dichiarata occupata ammonta nella provincia di Firenze a 426.900 unità, delle quali più dei due terzi sono impiegate nel terziario e risultano lavoratori dipendenti.

Figura 4 - Forza lavoro impiegata nei diversi settori

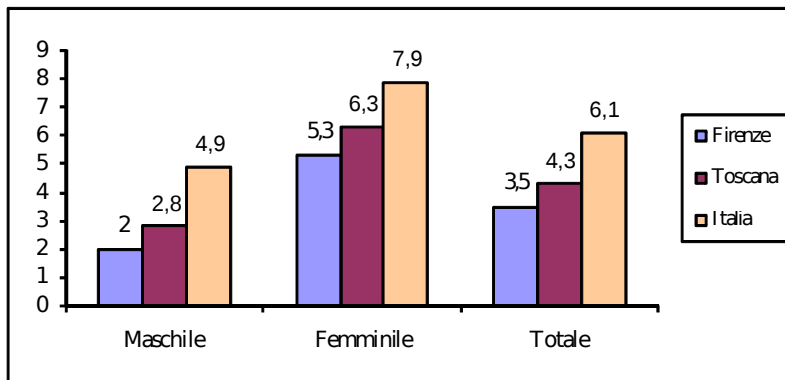




Riguardo al *tasso di disoccupazione*, (figura 5) la provincia di Firenze si colloca all'interno della fascia centrale della graduatoria (42° posto): risulta pari al 3,5% nel 2007 secondo i dati ISTAT, quindi al di sotto di quello calcolato per la Toscana (4,3%) e dell'Italia (6,1%).

La distribuzione per età del tasso di disoccupazione mostra una situazione di relativa difficoltà per le classi più giovani, come nel resto della penisola.

Figura 5 - Tassi di disoccupazione per sesso, anno 2007



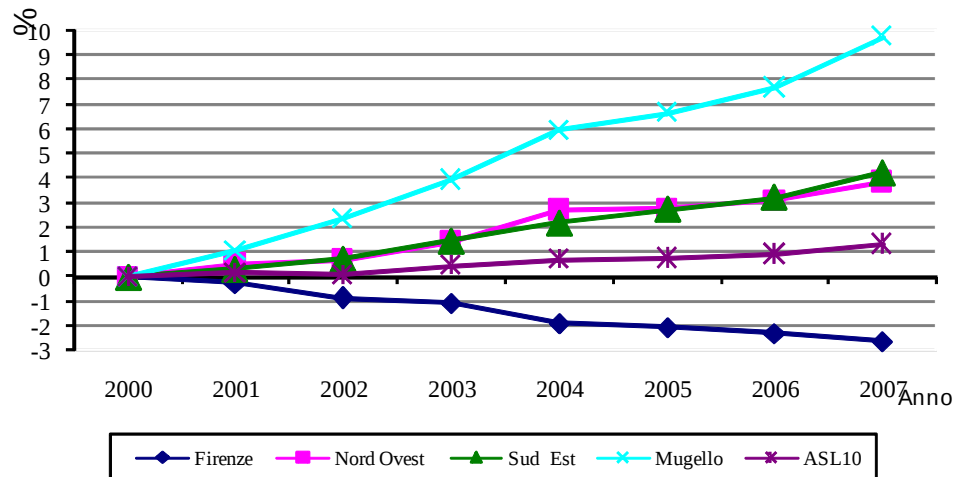
Nell'area *servizi, ambiente e salute* positiva è la performance conseguita sulla dotazione infrastrutturale (reti ferroviarie, bancarie, strutture per l'istruzione, sanitarie e culturali-ricreative).

Popolazione

Sul versante popolazione a livello provinciale si registra una riduzione del numero dei nati ogni 1000 abitanti, mentre sono stabili le percentuali di immigrati regolari sulla popolazione (9,8%) ed il numero di abitanti per Km² (276,1). Un'importante criticità riguarda invece la distribuzione per fasce di

età, in particolare il rapporto tra la fascia di età 15 - 29 anni e gli over 65 (86° posto) con presenza massiccia di persone in età avanzata.

Figura 6 - Popolazione residente: andamento 2000-2007, variazione percentuale rispetto al 2000



Ordine pubblico

La provincia di Firenze presenta valori relativi alla criminalità piuttosto elevati: i 6.019 delitti (+ 8% rispetto all'anno precedente) e le 1.212 persone denunciate ogni 100.000 abitanti ne fanno rispettivamente la settima e la sedicesima provincia su scala nazionale.

I 248,4 minori di diciotto anni denunciati ogni 100.000 minori, pur in lieve flessione, fanno passare la provincia dalla quindicesima posizione alla diciassettesima.

Elevato appare anche il numero di incidenti stradali ogni 1.000 abitanti (7,3%) che equivale al terzo posto in graduatoria.

Immigrazione: tra uguaglianza e diversità

Le migrazioni internazionali sono il principale fattore che, sul piano demografico, apportano al contempo opportunità e criticità, introducendo elementi nuovi sia nel quadro sociale che economico di una società. La rapidità con cui si è manifestato il fenomeno e l'eterogeneità dell'origine dei

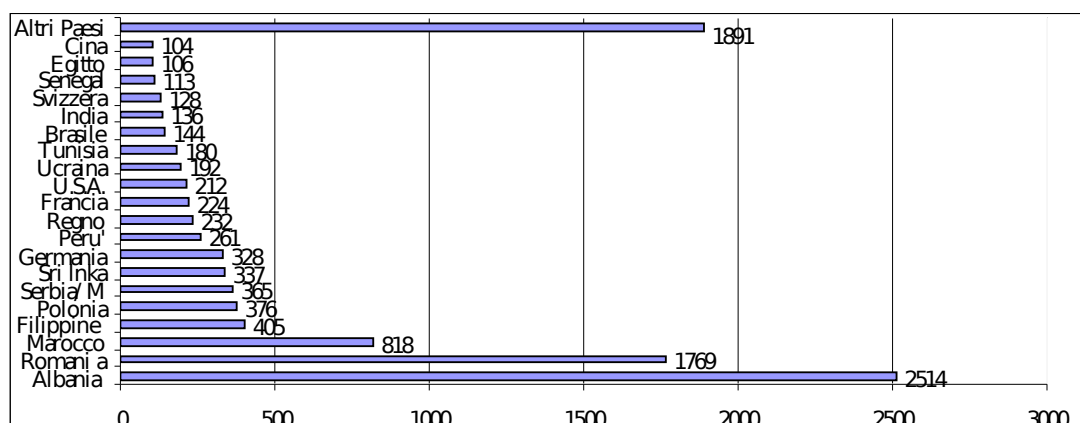
flussi migratori, ha differenziato l'immigrazione in Italia rispetto agli altri Paesi europei.

Elevati flussi migratori presentano immediati vantaggi in termini di aumento di capitale umano disponibile, ma al contempo comportano nuovi bisogni: si pensi al sistema scolastico, all'impatto sul sistema sanitario e in ambito sociale.

Nel 2007 nella zona Sud-Est erano presenti 10.835 residenti con cittadinanza non italiana con un incremento rispetto al 2004 del 49,43%; grazie a questo flusso si è registrato un saldo migratorio positivo che ha permesso un saldo totale attivo, con un incremento del 2% di tutta la popolazione residente.

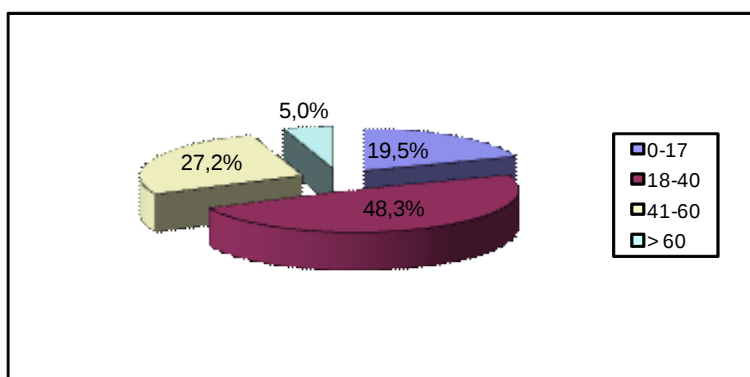
In gran parte sono persone provenienti dai cosiddetti Paesi a forte pressione migratoria: i principali gruppi nazionali presenti nella zona nel 2007 sono quello albanese, rumeno, marocchino e quello filippino (*figura 7*)

Figura - 7 Nazionalità più rappresentate nell'area Firenze Sud- Est Anno 2007



L'analisi dell'età della popolazione (*figura 8*) mette in evidenza una popolazione molto giovane che si colloca per il 48,3% nella fascia di età 18-40 anni, per il 19,5 % nella fascia 0-17 e per il 27,2% nella fascia 41-60 anni, solo il 5% ha più di 60 anni. Osservando i minori, si evidenzia che una percentuale significativa (56,3%) nella fascia di età 0-5 anni, è nata in Italia, indicatore di una forte tendenza al radicamento da parte di interi nuclei familiari.

Figura 8. Suddivisione percentuale per fasce di età dei residenti stranieri nell'area Firenze Sud-Est



Degli alunni stranieri che frequentano la scuola il 22,6%, è nella scuola dell'infanzia, il 42,8 % nella scuola primaria, il 23,6 % nella scuola secondaria I° e il 10,9% nella scuola secondaria II°. (Figura 9 e 10)

Figura 9 - Percentuale alunni stranieri sul totale dei residenti nell'are Sud Est

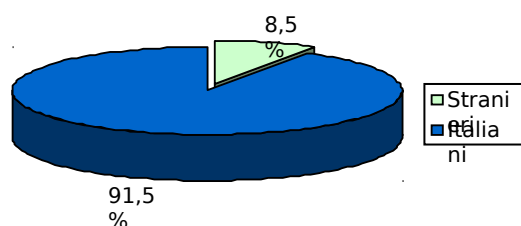
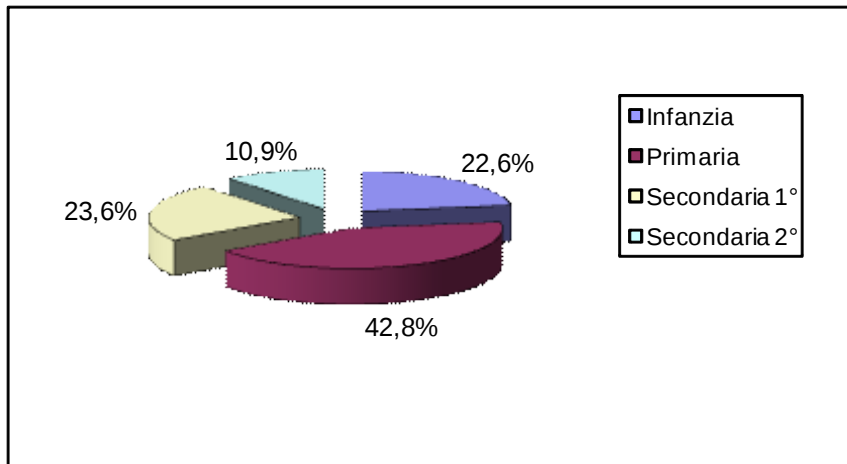


Figura 10 - Percentuale alunni stranieri per ordine di scuola nella Zona Sud Est Anno 2007



In pochi anni le istituzioni educative della zona hanno accolto un numero crescente di bambini venuti da paesi stranieri, fenomeno che continua ad essere significativamente in crescita.

Per quanto riguarda il sesso, dai dati emerge che continua la tendenza ad una maggiore emigrazione femminile.

La presenza leggermente prevalente di donne maggiorenni rispetto ai maschi maggiorenni nella popolazione immigrata, è dovuta alla crescente importanza dei ricongiungimenti familiari e al ruolo, sempre più rilevante, che queste hanno nelle attività di assistenza familiare ed alla persona (come assistenti familiari e/o come collaboratrici domestiche). Nel gennaio 2007 la presenza delle donne è ulteriormente aumentata con l'ingresso della Romania nell'Unione Europea.

Dal 2006 al 2007 le donne maggiorenni sono aumentate del 16%, i maschi maggiorenni del 13 %, i minori dell'11%, con un incremento della popolazione straniera residente del 14%.

Dai dati si evidenzia anche che il 39% della donne straniere residenti vive da sola e che si tratta soprattutto di donne provenienti dai paesi dell'Est Europeo con un'età media sui 40 anni; in un tale quadro diviene prioritario progettare interventi mirati a qualificare il lavoro di cura presso il domicilio della persona anziana, facilitare l'integrazione delle assistenti familiari straniere presso la famiglia in cui svolgono la loro attività e migliorare il loro inserimento nel più ampio contesto sociale.

La presenza di donne immigrate ha un rilevante impatto anche sulle problematiche dell'assistenza in ambito materno-infantile.

Anche a livello regionale si conferma la necessità di porre una specifica attenzione ad alcune problematiche “emergenti” legate alla crescente presenza di donne immigrate, quali quello dei controlli sanitari durante la gravidanza che le donne di cittadinanza non italiana effettuano in tempi più ritardati rispetto alle italiane, con una frequenza inferiore a quanto generalmente raccomandato. La bassa adesione agli screening oncologici pone inoltre un problema di maggior educazione sanitaria, comunicazione e informazione sulle tematiche relative alla prevenzione primaria e secondaria dei tumori femminili ed in particolare per ciò che riguarda il cancro della mammella e quello della cervice uterina.

Nella zona sud-est nel 2007 si è registrato un incremento del tasso di abortività rispetto al 2006 (7,36 vs 6,79); analogamente al trend nazionale, sia le IVG che le IVG ripetute sono aumentate fra le donne straniere, mentre risultano sostanzialmente invariate nelle donne italiane.

Nella fascia di età < 18 anni le IVG sono state effettuate solo da minorenni di nazionalità italiana.

Alla luce di quanto sopra sarà necessario attuare degli interventi mirati, che affrontino vari aspetti quali il miglioramento del percorso della educazione alla contraccezione ed alla sessualità, la riqualificare del percorso della presa in carico, anche sotto il profilo psicologico e sociale, con visite post-IVG prenotate attivamente che tengano conto delle diversità culturali con realizzazione di materiale in lingua; inoltre, in linea con le indicazioni della delibera G.R. Toscana 259/06 dovrà essere garantita la presenza di un consultorio principale per gli immigrati anche nella Zona Sud-Est.

Stato di salute

I dati relativi ai principali macroindicatori dello stato di salute testimoniano per la Zona Sud-Est un quadro sostanzialmente positivo.

La speranza di vita alla nascita (79,9 anni per i maschi e 84,7 per le femmine) si colloca tra le più elevate a livello regionale, nazionale ed internazionale e costituisce un importante indicatore sintetico del buon stato di salute generale della nostra popolazione.



Zone Socio-Sanitarie e Aziende USL di residenza	Speranza di vita alla nascita maschi	Speranza di vita alla nascita femmine	Speranza di vita a 65 anni maschi	Speranza di vita a 65 anni femmine
	(anni)			
USL 10 - Firenze	79,5	84,3	18,0	21,8
Fiorentina	79,3	84,0	18,2	22,0
Fiorentina Nord-Ovest	79,6	84,6	18,1	21,7
Fiorentina Sud-Est	79,9	84,7	18,1	21,7
Mugello	78,7	84,1	17,7	21,5
TOSCANA	78,6	84,0	17,7	21,6
valore inferiore	Viareggio : 77,2	Lucca: 83,4	Massa: 16,7	Lucca: 21,1
valore superiore	Arezzo, Empoli: 79,3	Siena: 84,6	Pistoia: 18,1	Prato: 22,1

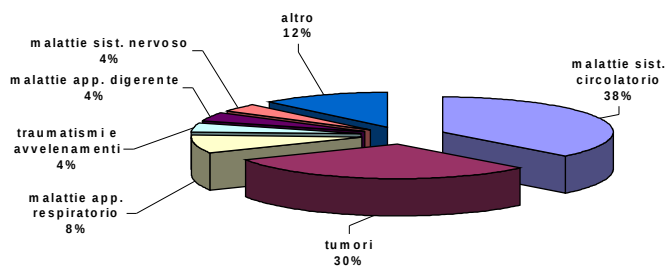
I tassi di mortalità generale standardizzati per età, presentano una riduzione progressiva nel tempo e sono in entrambi i sessi significativamente inferiori alla media Regionale.

Anche la mortalità generale prima dei 65 anni per tutte le cause (importante indice di mortalità prematura) presenta in entrambi i sessi valori inferiori a quelli Aziendali e Regionali.



Le patologie più rilevanti in termini di mortalità, responsabili di oltre il 75% del totale dei decessi (nel Sud Est 1.738 nel 2007) sono le malattie circolatorie 38%, i tumori 30%, altre cause 12%, le malattie dell'apparato respiratorio 8%, i traumatismi e gli avvelenamenti 4%, le malattie dell'apparato digerente 4%.

Figura 11 . Le principali cause di morte. Asl 10. Periodo 2006.



La mortalità per incidenti stradali presenta un tasso significativamente inferiore nei maschi dell'intera ASL e della Zona Fiorentina Sud Est.

Anche per quanto concerne il ricorso alle strutture ospedaliere, la Zona Sud est presenta valori significativamente inferiori a quelli medi Aziendali e Regionali, sia per il tasso di ospedalizzazione standardizzato per tutte le cause (maschi 164,75 - femmine 162,66) che per il tasso standardizzato per tutte le cause di "primo ricovero" (maschi 111,94 - femmine 120,46). Nelle tabelle seguenti sono rappresentati i tassi standardizzati di "primo ricovero" per le principali cause, nella zona sud est e nella Regione Toscana.

Figura 12 Tassi standardizzati di "primo ricovero" per tumore (x 1000). Confronto zona fiorentina Sud-Est e Toscana.



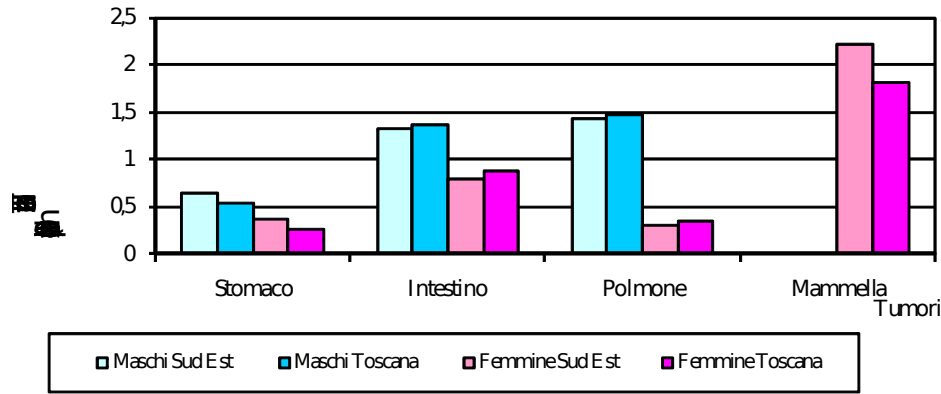


Figura 13 Tassi standardizzati di “primo ricovero” per malattie sistema circolatorio (x 1000). Confronto tra zona fiorentina Sud- Est e Toscana.

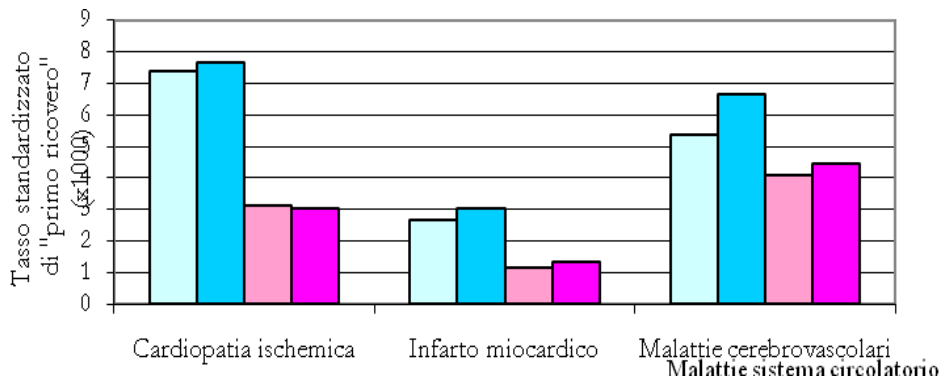
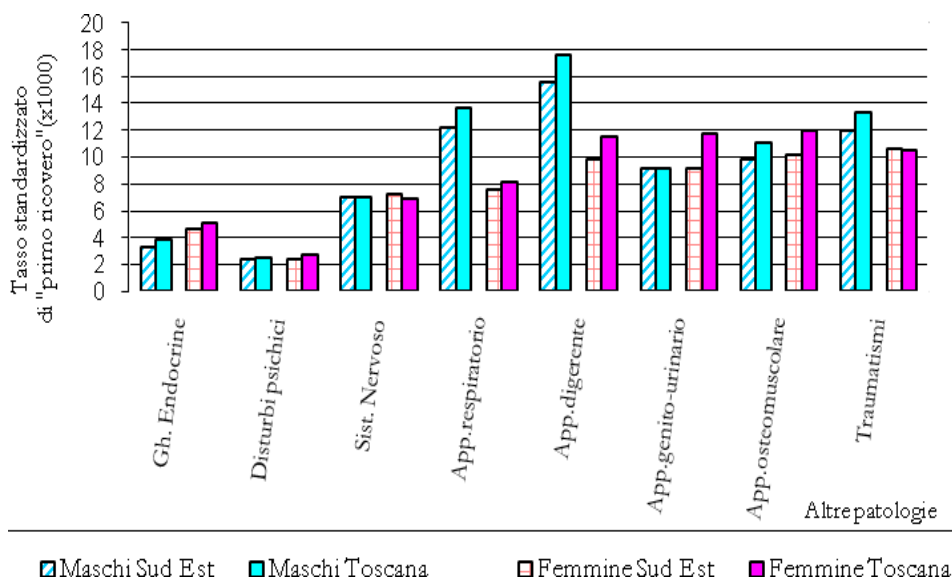


Figura 14 Tassi standardizzati di “primo ricovero” (x1000) per altre patologie rilevanti. Confronto tra la Zona Fiorentina Sud- Est e la Toscana.



La copertura vaccinale a 24 mesi di età per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, registra nel suo complesso nella nostra Zona valori ottimali e tra i più elevati a livello Aziendale.

Per quanto concerne il mondo del lavoro anche nella Zona Sud Est, come in Italia e nel resto del territorio fiorentino e toscano, si è assistito ad una riduzione del numero complessivo degli infortuni.

I comparti produttivi a più elevato rischio, sono rappresentati dalla lavorazione dei metalli, dalle costruzioni e dall'agricoltura.

Gli infortuni occorsi a lavoratori non italiani rappresentano il 13% (in linea con i dati italiani) e si rilevano con maggiore frequenza in agricoltura, in edilizia e nella lavorazione del metallo: la concentrazione in attività pericolose, la scarsa attenzione alle norme di sicurezza e l'inadeguata preparazione professionale ne rappresentano ancora le cause determinanti.

Nel periodo 2000/2008 si sono verificati 15 infortuni mortali (10 nel 2000 - 2004; 1 nel 2005; 4 nel 2006; 0 nel 2007 e 2008).

Per quanto riguarda le malattie professionali ne vengono segnalate in media circa 45 per anno, in prevalenza in soggetti maschi e sono prevalentemente rappresentate da ipoacusia, patologie muscoloscheletriche e patologie stress correlate; i tumori incidono per il 6%.

Le malattie croniche

L'allungamento della durata media della vita ed il conseguente aumento della fascia di età anziana, indici sintetici del buon livello dello stato di salute della popolazione, hanno come principale conseguenza un aumento della presenza di pazienti affetti da malattie croniche e /o disabilità.

I principali studi epidemiologici longitudinali che nel periodo 1994 - 2000 hanno interessato la Toscana e coinvolto alcuni Comuni della Zona Sud Est (studio ILSA - studio ICare Dicomano - progetto In Chianti) concordano sostanzialmente nell'individuazione delle principali malattie croniche quali, l'ipertensione arteriosa, l'osteoartrite, la broncopneumopatia ostruttiva, lo scompenso cardiaco, il diabete e le sue complicanze, la cardiopatia



ischemica e le malattie circolatorie, la demenza e le neuropatie agli arti inferiori.

L'importanza di alcune delle patologie croniche risulta ulteriormente evidenziata dai dati disponibili sulla rilevanza della loro prevalenza all'interno della popolazione: dai dati dell'Agenzia Regionale di Sanità risulta che circa il 5% della popolazione dell'ASL 10 nel 2005 assumeva farmaci antidiabetici e più del 25% farmaci antiipertensivi, con una prevalenza di uso che quasi raddoppia nel passaggio dalla decade 55 - 64 anni a quella successiva.

Tra le patologie croniche la principale causa di ospedalizzazione nel soggetto anziano è rappresentata dallo scompenso cardiaco, seguito dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva;

entrambe ne influenzano notevolmente la qualità della vita e spesso sono causa di ripetute ospedalizzazioni ed infine di decesso.

Nella Zona Sud est, attraverso l'applicazione del nuovo modello di gestione del paziente cronico, si sono raggiunti significativi risultati sia nell'abbattimento dei ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco che nella riduzione dei ricoveri per complicanze dovute al diabete

Un altro importante elemento è la stima della frequenza della non autosufficienza e della demenza.

Utilizzando i tassi di prevalenza della disabilità considerati a livello regionale (perdita di 1 o più ADL - Activity of Daily Living), si può ipotizzare che i disabili siano circa 3800, di cui approssimativamente 1800 con un grado molto avanzato di perdita delle capacità funzionali (perdita di 3 o più ADL).

Nello stesso modo si può stimare che i soggetti affetti da demenza siano circa 2800, di cui oltre il 40% sono colpiti da un decadimento cognitivo grave.

Promozione degli stili di vita

Lo stile di vita è l'insieme di quelle attività discrezionali che si praticano quotidianamente: il mangiare (sia cosa che quanto), il bere, l'attività fisica, il fumare, l'eventuale uso di sostanze illecite,

Nel corso degli ultimi decenni gli stili di vita hanno avuto sempre una maggiore importanza quali determinanti di malattia: rappresentano infatti



importanti cause “modificabili” delle malattie croniche, quali cardiopatie, ictus, tumori, diabete ed obesità, disturbi respiratori, la cui cura e assistenza assorbe, e si prevede assorbirà negli anni, quote crescenti dell’intero budget sanitario.

Questa consapevolezza, unitamente alla rilevanza delle patologie croniche in termini di prevalenza, suggerisce ed impone di orientare parte delle risorse disponibili sulla prevenzione primaria e sulla promozione di una efficace educazione alla salute.

Tenuto conto di quanto deriva dalla letteratura scientifica disponibile, è indispensabile agire sempre di più sui giovani e sugli adulti, affinché acquisiscano corretti comportamenti di vita, in modo da poter efficacemente prevenire l’insorgenza delle malattie o comunque delle loro complicanze.

Analogamente, anche per le persone anziane, è necessario promuovere l’adesione agli stili di vita più salutari, proprio per permettere il mantenimento di una condizione di autosufficienza per il maggior tempo possibile.

Secondo un rapporto dell’OMS presentato negli ultimi anni, i principali fattori di rischio, in grado di influenzare concretamente e in modo negativo la durata e la qualità della vita, sono rappresentati da: [fumo](#), ipertensione, abuso di alcool, ipercolesterolemia, sovrappeso, ridotto consumo di frutta e verdura, sedentarietà, consumo di sostanze illecite.

Fumo. Secondo l’indagine multiscopo ISTAT del 2005 in Toscana i fumatori correnti sono il 28% dei maschi e il 18,1% delle femmine; i forti fumatori sono circa 2,5 volte più frequenti tra i maschi .

Alcol e droghe. Dallo studio EDIT (Epidemiologia dei Determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana) condotto dall’ARS nel 2005 emerge che il 33,2% dei giovani ha fatto uso di una o più sostanze psicotrope illecite almeno una volta (38% dei maschi e 29,2% femmine).

Nella nostra zona, per come si presenta ai servizi, la tossicodipendenza si conferma un fenomeno non propriamente giovanile, dove meno del 5% degli utenti ha meno di 20 anni e il sesso maschile rappresenta l’ 80% dell’utenza.



L'eroina si conferma come sostanza di abuso primaria prevalente, anche se diminuisce leggermente il numero di persone in carico per questa sostanza, mentre si assiste ad un aumento di utenti in carico per uso primario di cannabinoidi e cocaina.

Peso. Sempre da dati dell'ARS del 2005 risulta che la percentuale di soggetti in sovrappeso è del 42% nei maschi e del 25,2% nelle femmine, mentre gli individui francamente obesi sono l'8,5% dei maschi e il 9,1% delle femmine.

Altri fattori. Anche alcuni fattori come le condizioni socio-economiche, il livello di istruzione, l'ambiente di vita e di lavoro influenzano lo stato di salute della popolazione e il livello di attenzione verso stili di vita più salutari e corretti; ad es. le persone con livelli di istruzione più elevati percepiscono meglio le indicazioni per corretti stili di vita, fumano meno, fanno sport, controllano meglio l'alimentazione.

2. LE SCELTE STRATEGICHE DEL PIS

Questo secondo PIS si propone di evidenziare due principali assi di intervento:

- Favorire Stili di vita corretti ed in generale influire sui “determinanti di salute”, in base anche alla delibera Regionale n. 800 del 13.10.2008, con la quale sono stati approvati gli indirizzi atti a facilitare scelte di vita salutari “Guadagnare Salute in Toscana : rendere facili le scelte salutari”



- Gestione della presa in carico di persone con problematiche di tipo cronico per migliorare la qualità della quotidianità dei cittadini e rallentare l'evoluzione della patologia

2. 1 GUADAGNARE SALUTE, FAVORIRE CORRETTI STILI DI VITA, IMPLEMENTARE POLITICHE CHE INFLUISCONO SUI DETERMINANTI DI SALUTE

La politica sanitaria della Regione Toscana mira a migliorare il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari e nello stesso tempo a interagire con le politiche e i processi decisionali in settori diversi da quello sanitario per migliorare l'iniziativa e la qualità. A questo proposito, Il PSR 2008-2010 condivide in pieno strategie e modalità indicate dal programma Ministeriale "Guadagnare salute rendere facili le scelte salutari". Lo sviluppo del sistema salute avviene facendo perno e potenziando i canali di collaborazione tra il settore sanitario e le altre componenti (produttive, culturali, ambientali etc..) della società, oltre che attraverso una forte integrazione socio-sanitaria. La Regione Toscana attraverso la strategia di "guadagnare salute" mira a rafforzare la modalità , già in atto, di lavoro sistemico e in rete, stimolando da un lato, la responsabilità individuale dei cittadini (empowerment) e, dall'altro, la responsabilità delle istituzioni e degli stakeholder..

A livello territoriale consideriamo pertanto la metodologia di "guadagnare salute" elemento portante per riflettere socialmente e programmare localmente azioni incisive sugli stili di vita in grado di unificare la progettualità regionale con le peculiarità locali

La giunta Regionale della Toscana partendo dalla constatazione secondo la quale ogni individuo avverte oggi in misura crescente la responsabilità di compiere scelte di salute sempre più consapevoli ed appropriate e che tali scelte richiedono di "essere sostenute eticamente, culturalmente, economicamente e politicamente", con deliberazione del 13 Ottobre 2008 ha fissato le Linee di Indirizzo e avviato la istituzione di un Osservatorio Regionale sugli Stili di Vita, dando corpo alla integrazione di numerosi interventi e progetti realizzati negli ultimi anni a partire, solo per citare due tra i più significativi, da "Guadagnare Salute in Toscana" o dal "Progetto Pilota per la sorveglianza nutrizionale e alimentare", diretti a modificare il



contesto di vita e i comportamenti soggettivi e collettivi della popolazione Toscana di tutte le fasce di età e a facilitare l'acquisizione di corrette abitudini di vita.

Tale articolato congiuntamente ai due allegati che lo accompagnano relativi, uno, al Programma "Guadagnare Salute in Toscana, rendere facili le scelte salutari", l'altro, alla creazione di un "Osservatorio Toscano sugli stili di vita" costituiscono allo stato attuale il riferimento più recente ed avanzato al quale fare riferimento nella nostra Regione per sviluppare alleanze e collaborazioni e avviare strategie integrate ed intersettoriali tra i diversi attori del sistema al fine di consentire, attraverso azioni politiche partecipate e condivise, la realizzazione di obiettivi capaci di incidere sui determinanti individuali e socio-ambientali di salute e promuovere stili di vita salutari da perseguire e sviluppare nei singoli contesti territoriali.

Anche nella nostra Zona si prevedono alcune aree prioritarie di intervento:

- o Agire sui determinanti sociali che sono all'origina delle disuguaglianze di salute (le cause delle cause), favorendo l'acquisizione di stili di vita corretti (alimentazione salutare, muoversi e fare attività fisica, smettere di fumare e consumare l'alcool in modo consapevole)
- o ridurre le disuguaglianze sociali nell'esposizione ai fattori di rischio prossimali, in particolare i comportamenti insalubri e i problemi di accesso all'assistenza sanitaria
- o limitare le conseguenze sociali promuovendo in particolare misure che favoriscano l'inclusione sociale nei gruppi a maggior rischio sia di esclusione sia di impatto sulla salute
- o influire sull'assetto del territorio: qualità dell'aria, dell'acqua, della mobilità, di come sono organizzate le nostre comunità
- o sviluppare nuova conoscenza per colmare le principali lacune conoscitive che impediscono di scegliere le misure più efficaci, e adottare strumenti di integrazione intersettoriali per dare più efficienza ai programmi che coinvolgono diversi centri di responsabilità
- o migliorare l'accesso ai servizi in un quadro di contabilità economica

2.1.1 Approccio globale alla promozione della salute



Per stili di vita si intendono le abitudini ed i comportamenti tenuti nel quotidiano da parte di ciascun individuo. Se in un primo tempo si tendeva a privilegiare il ruolo della componente sanitaria ai fini della prevenzione delle principali patologie cronico-degenerative, indiscutibilmente e significativamente correlate con le cattive abitudini di vita, si è successivamente affermata una visione più ampia del concetto di salute intesa come risultato di atteggiamenti e comportamenti individuali e di variabili - in aggiunta a quelle sanitarie - sociali, ambientali ed economiche che ha posto fortemente l'accento non solo sul contrasto dei comportamenti a rischio, ma soprattutto sulla promozione di quelle abitudini positive che favoriscono il benessere e l'equilibrio dell'individuo all'interno del suo abituale contesto di vita (scuola, famiglia, lavoro, tempo libero, ecc...). La salute intesa e valorizzata dunque non più come mero problema sanitario facente capo al singolo individuo ma come risorsa per la vita quotidiana, bene indisponibile da salvaguardare anche in ragione di un interesse collettivo.

2.1.2 Contesto di riferimento

Tra gli atti ufficiali più importanti e significativi che sottolineano il nuovo approccio al problema della salute (dalla sanità alla salute), che si è andato affermando in particolare a partire dagli ultimi anni, vi è quello promosso dalla Organizzazione Mondiale della Sanità che ha lanciato nel 2004 la Strategia Globale per la Dieta, l'Attività Fisica e la Salute, sollecitando il coinvolgimento dei governi del mondo in un'azione coordinata per la salvaguardia della salute e del benessere di tutti gli abitanti del pianeta Terra. Tale sollecitazione è stata quindi accolta e fatta propria dal Parlamento Europeo che ha varato nel Marzo 2005 la **piattaforma d'azione per la dieta, attività fisica e la salute** che impegna tutti gli Stati dell'Unione a fornire il proprio fattivo contributo per la realizzazione di una strategia globale per la salute.

L'obiettivo della piattaforma è stato quello di riunire associazioni, gruppi di consumatori, organizzazioni non governative attive nel settore della salute e leader politici, per promuovere ai fini della acquisizione e del mantenimento di stili di vita salutari in particolare azioni di prevenzione e contrasto su dieta



ed attività fisica ed ancora per la limitazione dell'uso del tabacco e dell'alcol, la prevenzione degli incidenti in ambienti di vita e sulla strada e la lotta contro la emarginazione. Quindi, il novero dei temi connessi ai comportamenti individuali e sociali sui quali appuntare l'attenzione e concentrare gli sforzi si sono andati via via ampliando affiancando a quelli più tradizionali e tutt'ora considerati prioritari quali quelli sopra indicati azioni verso nuovi ambiti, quali, ad esempio - e solo per citarne alcuni - quelli della prevenzione all'AIDS, della donazione di organi e tessuti, del contenimento dello stress, contro il bullismo, per la educazione alla genitorialità e alla affettività, capaci di coinvolgere una platea sempre più ampia di soggetti e di gruppi.

Da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità sono stati prima sperimentati quindi avviati ad una sperimentazione su larga scala numerose azioni - progetti, ricerche, attività - per la promozione della salute fra le quali vanno ricordate in particolare:

- A) la rete di **Città Sane** per promuovere e favorire la salute e la qualità della vita sostenibili attraverso una sinergia fra politiche della salute e politiche cittadine strategiche attente alla equità e alla valorizzazione del capitale sociale, all'empowerment dei cittadini e alla loro partecipazione al dibattito sulle scelte pubbliche per la città.
- B) **Health for All**, un sistema informativo (database) articolato e consultabile su base nazionale, regionale e locale che contiene i principali indicatori - (A) salute, stili di vita e fattori di rischio; (B) domanda di assistenza e grado di soddisfazione degli utenti relativamente ai servizio socio-sanitari; (C) contesto demografico, sociale ed economico e stato dell'ambiente - sul sistema sanitario e di salute via via aggiornato ed implementato.
- C) **Health Behaviour in School-aged Children** (HBSC), una ricerca trasversale transnazionale mirata ad analizzare il contesto personale e ambientale dei soggetti in età evolutiva, a mettere a fuoco i comportamenti a rischio e considerare i risultati come fattori predittivi degli aspetti comportamentali e psico-sociali correlati alla tematica della salute nei confronti dei quali i quali indirizzare e concentrare le azioni di prevenzione e di contrasto.



La Regione Toscana in particolare ha raccolto e valorizzato tale impostazione realizzando un accordo quadro con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS sul tema degli stili di vita che costituisce un riferimento fondamentale per "aumentare la capacità di formulare, implementare, monitorare e valutare le strategie di investimento per la salute e per lo sviluppo", basato (P.R.S. 2006-2010) su un modello di assistenza territoriale integrata finalizzata alla promozione della salute intesa come fattore di sviluppo socio-economico ed ambientale.

Principali attori di tale processo in particolare la Scuola (Protocollo d'intesa Regione-Ministero della P.I. nell'ambito del Piano nazionale del benessere dello studente 2007-2010), gli Enti Locali territoriali, le strutture ed i presidi socio-sanitari presenti sul territorio, e, in particolare, le Società della Salute che rappresentano le modalità organizzative e di governo più avanzate che la Regione ha istituito al fine di realizzare l'integrazione delle politiche socio-sanitarie territoriali, asse portante per lo sviluppo di quegli interventi di promozione della salute e di contrasto dei comportamenti a rischio che rappresentano uno dei pilastri della moderna politica di salute pubblica.

2.1.3 Il ruolo delle Società della Salute

E' soprattutto a livello territoriale che le politiche di prevenzione e promozione della salute possono acquistare particolare significato, incisività ed efficacia, consentendo di favorire, valorizzare e sviluppare le scelte responsabili e consapevoli di individui e gruppi e collegando - in un'ottica bidirezionale - la progettualità regionale con le peculiarità, le risorse, gli obiettivi e le strategie locali.

Il nuovo modello di azione territoriale integrata per la promozione della salute messo a punto dalla Regione Toscana assegna un ruolo centrale alle Società della Salute che rappresentano ai fini della diffusione e della adozione di stili di vita sani da parte della popolazione uno strumento innovativo e di grande impatto, potenzialmente determinante.

Esse hanno infatti la prerogativa, agendo in una ottica trasversale e di sistema, e coniugando i dettati della evidence based con quelli della narrative-based (medicine) prevention, unendo cioè l'approccio oggettivo con quello più soggettivo ed intuitivo del metodo di prevenzione con una



particolare attenzione alla centralità della persona, di promuovere azioni non episodiche, mirate, condivise tra i vari attori sociali e socio-sanitari presenti, coordinando le molteplici esperienze sviluppate sul territorio nel corso del tempo insieme a quelle nuove da sviluppare ed implementare.

La Società della salute, utilizzando lo strumento del Piano Integrato di Salute (PIS) ha dunque realmente la possibilità di assumere le politiche **di promozione della salute** come asse portante della propria azione istituzionale, sviluppando l'accesso ai servizi e alla informazione da parte di tutti i cittadini e promuovendo la realizzazione di ambienti e contesti che facilitino le scelte salutari e contrastino quelle nocive e a rischio.

A tale scopo gli Enti Locali, l'Azienda Sanitaria e le altre Istituzioni presenti sul territorio, la Scuola in particolare, le Associazioni del III settore, con l'insieme dei servizi territoriali e di distretto, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, dovranno nell'ambito della Società della Salute definire e coordinare strategie, individuare, progettare e pianificare interventi condivisi e prevedere idonei strumenti di partecipazione e di valutazione oltre che formativi e di informazione, finalizzati alla adozione da parte dei cittadini e dei gruppi sociali di stili di vita sani.

2.1.4 Taglio dell'intervento sulla promozione degli stili di vita

In un modello motivazionale secondo una prospettiva ecologica il rapporto con il sapere, con la conoscenza e con l'informazione non si fonda su un soggetto che si "appropria" di conoscenze date, ma piuttosto sul soggetto che acquisisce chiavi di lettura, strategie orientative e interpretative e diviene via via più consapevole e avvertito della complessità delle sfaccettature del reale. La relazione con il sapere è quindi un processo in costante evoluzione: non può esaurirsi nell'acquisizione di competenze chiuse, definite e definitive, né attestarsi su una relazione di dipendenza tra chi insegna e chi impara.

Le competenze non rappresentano dunque risultati finali, ma acquisizione di processi, procedure, strategie, invenzioni (di simboli, di codici, di ipotesi e spiegazioni): non solo qualcosa di già noto, ma strutture che rispondono sia al processo evolutivo di crescita, sia alle situazioni di continuo cambiamento e di complessità del mondo. E' importante quindi sottolineare che utilizzare



una competenza implica il saper fare un uso strategico delle proprie abilità per costruire connessioni e attivare scelte positive e consapevoli. Creatività, capacità di argomentare, flessibilità, capacità di progettare, pensiero critico, a fianco ed insieme ad altre competenze in continua formazione quali l'identità, l'autonomia e l'autostima, costituiscono le nuove competenze richieste dal mondo del lavoro, ma anche da una società complessa e in continuo mutamento.

In questa ottica le azioni promosse dalla Società della Salute con i diversi attori di volta in volta coinvolti non dovranno rappresentare dei momenti di coinvolgimento sostanzialmente passivo dei soggetti target ma di valorizzazione e responsabilizzazione degli individui e delle forze sociali coinvolte, volani mirati ad attivare processi a catena capaci di creare a loro volta ambienti e contesti in grado di facilitare le scelte salutari che si intende perseguire e sviluppare. In tale quadro e secondo questa ottica vanno intese e riconsiderate le politiche e le azioni di educazione alla salute dirette alle diverse fasce di popolazione a rischio sul territorio.

2.1.5 Soggetti target

In particolare saranno da sviluppare interventi coordinati mirati al coinvolgimento nell'ottica sopra indicata rivolti a tre diverse fasce di soggetti: i soggetti anziani, quelli in età lavorativa, la categoria più numerosa non raramente esclusa dalle azioni tendenti alla promozione di sani stili di vita e infine i minori, i bambini e gli adolescenti i quali in particolare dovranno essere interessati non solo nel contrasto dei comportamenti a rischio quali la sicurezza alla guida, il contrasto nei confronti del distress psicologico e delle diverse forme di dipendenza - il consumo di tabacco, quello di bevande alcoliche e l'uso di sostanze psicotrope - ma soprattutto coinvolti, quali protagonisti del loro benessere, nella valorizzazione di modelli positivi mirati soprattutto alla valorizzazione di comportamenti salutari per quanto concerne l'alimentazione e l'attività fisica, le competenze sociali e relazionali e la cura del sé.

2.1.6 Gruppo di lavoro permanente sugli stili di vita



Al fine di attribuire la massima sistematicità agli interventi in atto o previsti, avendo costantemente un quadro aggiornato di quanto posto in essere da mettere in rete per consentirne la massima diffusione e condivisione; per facilitare la messa a fuoco di punti di criticità e la eventuale necessità di interventi correttivi o di implementazione; per la individuazione di indicatori per la valutazione dei progetti in un'ottica di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse, la Società della Salute Firenze sud-est provvederà a costituire un Gruppo di Lavoro permanente sugli Stili di Vita composto dai soggetti che saranno successivamente individuati.

2.1.7 Procedure di valutazione degli interventi

Ai fini della messa a fuoco di strategie efficaci per definire l'impatto degli interventi messi in atto sul territorio, garantire la comparabilità dei risultati e favorire la selezione dei fattori che hanno prodotto i risultati migliori, sarà particolarmente opportuno individuare e definire indicatori di risultato affidabili, attendibili e significativi

In materia di "stili di vita" sembrano sussistere oggettive difficoltà di metodo e logiche a costruire batterie di indicatori di risultato semplici, certi e misurabili soprattutto rispetto alla efficacia delle azioni positive messe in atto. Infatti, se da una parte non mancano rilevazioni e dati statistici sulle patologie, gli incidenti, le degenerazioni da aggredire, rispetto all'apprezzamento dell'efficienza ed efficacia delle relative azioni di contrasto (vedi database Health for All - Italia p.e.), la determinazione di indicatori di risultato è sicuramente più complessa. Ciò a causa dell'articolazione assai composita delle probabili azioni positive, della difficoltà a valutarne il diverso peso specifico, nonché dell'approccio ancora sperimentale in materia. In tal senso, in assenza di indicazioni specifiche da parte di istituzioni sovraordinate, della rilevazione di standard di partenza sia nel P.I.S. fiorentino che di quello nella nostra zona, risulta problematico individuare soprattutto indicatori "di esito", settoriali, nel breve periodo che corrisponde alle scansioni revisionali di uno strumento come il Piano Integrato di Salute. Perciò appare più prudente ragionare in termini prevalentemente progressivi, di selezione di priorità secondo il diagramma di Pareto, ricercando quel 20% di azioni atte ad incidere sull'80% delle problematiche.



Pertanto, anche nel nostro caso sembra più utile, rispetto ad eventuali indicatori "di esito", ragionare in termini "tendenziali". Mentre sembra di poter osare di più rispetto ad indicatori "di processo" puntando, ad esempio, ad ampliare la platea dei soggetti da coinvolgere.

In pratica, oltre al richiamo e alla descrizione dei problemi da affrontare potremmo individuare le azioni positive che possono sembrare più efficaci puntando all'implementazione dei soggetti più utili da coinvolgere, mentre rispetto agli esiti dovremmo, al momento, limitarci ad esprimere trend migliorativi aprendo, tuttavia, una riflessione sull'opportunità di fissare standard iniziali che possano consentirci raffronti più efficaci in futuro.

2.1.8 L'educazione alla salute

Tra i concetti di fondo il nuovo piano sanitario regionale sottolinea l' "appropriatezza" la "qualità", la "produttività" e la "sanità d'iniziativa", nell'orientamento di intercettare i bisogni di salute , ad operare sul rischio prima che divenga disagio o patologia, a favorire stili di vita sani e produrre salute piuttosto che consumare assistenza.

La Struttura di Educazione alla Salute dell'Azienda Sanitaria ha costituito una forma di supporto alla SdS nella realizzazione dei progetti di promozione della salute.

Si è posta come obiettivo lo sviluppo e la diffusione nelle scuole, di interventi informativi, educativi e di promozione della salute con quelle metodologie integrate che hanno mostrato maggiore efficacia nel produrre salute: Life Skills e Peer Education.

La progettazione e la realizzazione dell'offerta formativa dell'Educazione alla salute trovano attuazione nella zona in coerenza con gli obiettivi strategici e le scelte di programmazione della Società della Salute, e in integrazione con le iniziative delle altre agenzie del territorio.

Nella zona sud est da tempo sono attivi progetti che si rivolgono alle scuole secondarie di primo grado e di secondo grado seguendo le metodologie Life Skills, con il coinvolgimento di insegnanti, personale non docente, alunni e genitori in percorsi condivisi di formazione su diverse tematiche inerenti l'affettività e la lotta al disagio.



I progetti si svolgono con la partecipazione di diversi soggetti territoriali quali tra gli altri i Centri Consulenza Giovani Zona Sud-Est, il Sert Zona Sud-Est, il CRED dei Comuni di Pontassieve , Pelago e Rufina, il Tavolo inter-istituzionale sul Disagio del Valdarno ,Volontari Fratres e Croce Azzurra insieme al Centro Sangue Santa Maria Annunziata, Farmacia Santa Maria Annunziata, la Fisioterapia Santa Maria Annunziata.

E' necessario, alla luce della strutturazione definitiva della Società della Salute ridisegnare il ruolo di questa preziosa struttura in accordo anche con le indicazioni regionali.

Comunque per il prossimo triennio sono individuati come obiettivi generali:

- lo sviluppo dell'integrazione tra i diversi soggetti territoriali
- la diffusione della metodologia Life Skills

Per rispondere ai bisogni individuati nella zona saranno privilegiati nell'ambito dell'offerta formativa i progetti che riguardano i temi del disagio e dell'affettività.

All'interno di questi temi saranno sperimentati due nuovi progetti specifici:

- a)** la promozione dello sviluppo del linguaggio all'interno della relazione genitori-bambino

(progetto rivolto ai genitori e insegnanti del primo anno della scuola materna nell'area del

Valdarno su iniziativa del Tavolo Interistituzionale)

- b)** la prevenzione del disagio psichico reattivo al lutto (lavoro di classe sui temi della separazione e della perdita da attivarsi su richiesta degli insegnanti solo in presenza di un evento luttuoso, progetto su iniziativa del servizio ALBA)

2.1.9 Politiche di sostegno alla famiglia ed ai minori

Lo sviluppo di efficaci politiche per la famiglia è scelta strategica di grande importanza nella progettualità della Società della Salute in quanto la famiglia costituisce un pilastro fondamentale della stabilità e dell'organizzazione sociale, che nonostante le continue trasformazioni avvenute nella sua



struttura e composizione negli ultimi anni resta riferimento più certo per tutte le fragilità socio sanitarie.

Per cui “nonostante si assista a una crescente instabilità e a un continuo scomporsi e ricomporsi dei nuclei tradizionali, e mentre se ne teorizza l'apparente inesorabile declino (Volpi 2007), allo stesso tempo, proprio l'accesso a nuove forme di relazione, la trasformazione dei ruoli, l'insistenza con cui si “prova e si riprova” (Barbagli 1990) a formare nuovi nuclei familiari e ad allargarne virtualmente e affettivamente i confini consueti, la tendenza alla ricomposizione familiare che si manifesta con crescita costante nella popolazione immigrata, sono tutti segnali di vitalità del valore della famiglia, anche se al di fuori degli schemi della tradizione (Giani Gallino, 2000), che si continua invece a fingere inamovibile e sulla quale si basa, ancora, tutta l'impalcatura delle norme relative e del sistema di welfare (Saraceno 2003). La prima considerazione da fare, infatti, è che la struttura e la composizione della popolazione, in ciascun ambito sociale e fase temporale, sono fortemente influenzate dai comportamenti soggettivi, dalle condizioni materiali dell'esistenza, dai sistemi simbolici e dai significati, orientamenti e stili di vita a questi connessi. Sono, cioè, il risultato di interazioni complesse che ne fanno una *costruzione sociale* e un *artefatto culturale*, nonostante il loro carattere apparentemente *naturale* e prevalentemente afferente alla sfera biologica.

In questo senso esiste una stretta relazione reciproca anche fra qualità della vita, risorse e vincoli culturali /cognitivi e mutamenti demografici, in particolare per quanto riguarda la composizione per età e la speranza di vita, la fertilità e il tasso di natalità la struttura familiare, l'ampiezza e la stabilità dei nuclei, la presenza e l'incidenza dell'immigrazione.” (cit. “Le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie in Toscana - Rapporto 2007)

In relazione a quanto sopra sono venute alla luce nuovi bisogni sociali, che riguardano in particolare il ruolo genitoriale .Le politiche di sostegno alla genitorialità sono divenute pertanto uno dei capitoli di spesa sociale più significativi.

I genitori di oggi, presentano, molto più che nel passato insicurezze nell'agire il proprio ruolo, frutto sia di accresciuto livello culturale, che “rende più chiare le responsabilità legate all'impegno di crescere dei figli” sia



dell'aumentata nuclearizzazione e conseguente solitudine (riduzione della famiglia allargata).

Proprio per questo è indispensabile un intervento pubblico che sostenga da un punto di vista psicologico ed educativo i giovani genitori o quelli che stanno per diventarlo.

Le politiche in favore della famiglia rappresentano un' importante occasione di "prevenzione" . Per tale ragione è opportuno promuovere iniziative per interagire con le giovani coppie a cominciare dai percorsi di preparazione alla nascita, alle politiche di accesso agli asili nido e ai nuovi servizi per l'infanzia.

E' inoltre indispensabile individuare offerte anche per coloro che hanno figli più grandi, in particolare adolescenti.

Questa scelta orienta molti obiettivi e molte azioni sociali e sanitarie sviluppate nell'area della nascita, nell'area minori, nell'area della disabilità, nei consultori, nei servizi sociali, e in quelli di salute mentale.

I numerosi progetti contenuti in queste aree coprono un ampio spettro di bisogni:

- *la promozione del benessere e della salute*, fin dalle prime fasi del costituirsi della famiglia = per es. il percorso nascita territoriale-ospedaliero e la promozione dell'allattamento al seno; l'attività dei consultori familiari, che nel prossimo triennio sarà potenziata e valorizzata; le attività in materia di adozione; ecc..
- *la prevenzione del disagio* = gli interventi socio-economici a sostegno della maternità; il progetto migranti per l'inclusione sociale; gli interventi educativi dei Comuni; ecc..
- *la presa in carico del disagio e la tutela* = l'attività dei gruppi tutela socio-sanitari; il Centro Affidi zonale e la rete delle famiglie affidatarie e delle loro associazioni; le azioni di integrazione con il privato sociale, come per es. il progetto 'Punti di contaminazione' che intende promuovere nella zona un 'Osservatorio sul disagio', in grado di studiare il fenomeno, attivare formazione e aggiornamento degli operatori scolastici, sociali, sanitari e educativi; ecc...
- *la presa in carico terapeutica e riabilitativa* = all'interno dei servizi, per es. di salute mentale, esiste sempre l'obiettivo di sostenere la



famiglia e di attivare e potenziare le risorse familiari nella cura e nella riabilitazione del componente, minore o adulto, in difficoltà o malato;

- *il sostegno alla disabilità e al 'dopo di noi*

2.1.10 Politiche Giovanili (La promozione della salute a favore di adolescenti e giovani)

Intervenire a favore della salute nei confronti di adolescenti e giovani significa per la fascia adolescenziale favorire la realizzazione dei compiti evolutivi, mentre per i giovani sostenere la capacità di fare scelte consapevoli ed aumentare la propria competenza nell'affrontare il futuro.

Il processo di crescita dell'adolescente avviene in tre diversi sistemi relazionali: la famiglia, il gruppo dei pari, gli adulti. Le sue esigenze di crescita troveranno sostegno se l'adolescente potrà attingere risorse da ognuno di questi sistemi: dal sistema familiare protezione e sicurezza, dal sistema degli adulti spinta a impegnarsi per la realizzazione di se', dal sistema dei pari, condizioni di parità e partecipazione, condivisione di esperienze interessi e valori.

Il sistema degli adulti rappresenta l'approdo del percorso evolutivo adolescenziale, le sue funzioni più importanti sono: la spinta alla competizione costruttiva, la spinta alla cura degli altri, la spinta all'assunzione di responsabilità.

Il mondo degli adulti comprende i genitori stessi, gli insegnanti, ma anche tutti gli altri adulti significativi nella comunità di appartenenza, attori indispensabili nel processo di nascita sociale dell'adolescente.

Dunque, gli interventi di promozione del benessere e della salute nei confronti degli adolescenti e dei giovani dovrà coinvolgere i vari sistemi relazionali: la famiglia, con azioni di sostegno alla genitorialità, il gruppo dei pari, con interventi rivolti direttamente ai gruppi sia nella scuola che nei gruppi informali dei contesti di vita, infine le azioni rivolte agli adulti significativi, quelli maggiormente a contatto con i giovani, cioè le istituzioni, la scuola, l'associazionismo, al fine di creare una buona famiglia sociale che sappia fornire rispecchiamento all'adolescente ed aiutarlo ad immaginare un futuro possibile.



Il periodo dell'adolescenza è un momento in cui, da un lato è possibile superare problemi che hanno una loro genesi nell'infanzia, dall'altro lato è possibile superare situazioni, stati di sofferenza o di difficoltà createsi nella fase stessa dell'adolescenza che potrebbero altrimenti compromettere l'integrità dell'adulto.

I comportamenti a rischio e le trasgressioni, adottate più o meno sistematicamente da alcuni adolescenti, hanno spesso la funzione di dimostrare a se stessi ed agli altri di essere in grado di affermare la propria autonomia rispetto alla famiglia e di avere raggiunto una propria identità "adulta".

Si tratta di modalità del tutto illusorie di risolvere i propri problemi. infatti, in assenza di altre capacità più elaborate sul piano cognitivo, affettivo e sociale, che sono la risultanza dei compiti evolutivi adolescenziali portati a termine, tali condotte costituiscono una fuga emotiva dal fisiologico disagio adolescenziale e ne divengono un sintomo.

Esperienze ormai consolidate e indagini valutative sperimentali confermano che gli interventi di promozione della salute negli adolescenti e nei giovani che risultano maggiormente efficaci sono quelli volti a sostenere le abilità sociali e a rafforzare i fattori di protezione dalla messa in atto di comportamenti a rischio: l'autostima, la possibilità di mettersi alla prova, la partecipazione alla realtà del proprio territorio, la cittadinanza attiva, il dialogo fra le generazioni e fra i giovani cittadini e le istituzioni.

La comunità territoriale della zona fiorentina sud-est è caratterizzata da un buon capitale sociale, municipalità attente alle esigenze dei propri cittadini, una fitta rete di realtà associative, pertanto il compito degli operatori che promuovono salute è quello di creare sinergie e di coinvolgere i soggetti nel mantenere stili di vita sani.

Le azioni ed i progetti

Nel nostro territorio gli interventi di promozione del benessere continueranno ad attuarsi sia nella scuola, che nei contesti di tempo libero.

Nella scuola verranno effettuate attività di promozione della salute con interventi rivolti agli alunni nelle scuole secondarie di I e II grado, con la formazione agli insegnanti delle scuole secondarie di I grado, con la gestione



dei Centri di Informazione e Consulenza nelle scuole superiori, attraverso progetti specifici (“Sostenere i processi di cambiamento negli adolescenti”; “Prevenzione primaria dei disturbi psichici e dei comportamenti a rischio: un intervento multiprofessionale nelle scuole medie superiori”; “Prevenzione uso-abuso sostanze psicoattive (peer education)”; Centri di ascolto e consulenza).

Nei contesti del tempo libero gli interventi di promozione della salute si attueranno con la collaborazione della figura dell'operatore di strada, che favorisce sia la relazione, ponendosi in un rapporto informale, basato sulla fiducia, sia la comunicazione fra le istituzioni e la realtà giovanile. L'intervento si rivolgerà ai gruppi, alle compagnie di ragazzi, ai giovani per promuovere la loro capacità di organizzare attività, eventi o anche semplicemente per favorire la frequentazione, lo stare insieme in modo positivo.

La SdS Sud Est proseguirà, su tutti i tredici comuni della Zona socio sanitaria Fiorentina Sud Est, un progetto di Educativa di Strada e Sviluppo di Comunità.

Il progetto, gestito in collaborazione con il Terzo Settore (ad oggi dall'Associazione Aracnos Onlus), ha come obiettivi principali la prevenzione del disagio giovanile e la promozione della partecipazione e della cittadinanza nell'ottica dello sviluppo delle comunità locali.

Gli operatori, qualificati e con esperienza, lavoreranno con i giovani e gli adulti partendo dai bisogni e gli interessi rilevati così, da realizzare attività e percorsi sociali, educativi e culturali in grado di valorizzare le risorse personali e professionali esistenti. Tali interventi partiranno dalla persona e dal gruppo informale per estendersi alle Istituzioni (comuni, scuole, Asl..), alle organizzazioni private (società) ed al privato sociale (circoli, associazioni, cooperative), con lo scopo ultimo di attivare un sistema reticolare di sinergie positive tra i vari soggetti delle comunità territoriali.

Attività da implementare

Formazione degli insegnanti delle scuole secondarie di I grado sulle “Life Skills”

Promozione di percorsi rivolti ad adulti significativi sui temi della comunicazione intergenerazionale



Implementazione degli interventi di sostegno alla creazione di eventi autoorganizzati da parte dei giovani.

Interventi di sostegno alla genitorialità

Messa in rete ed integrazione fra tutte le azioni in atto e fra i soggetti che le coordinano.

Orientamento ai servizi pubblici (sociali, sanitari, educativi, culturali)

Realizzazione di percorsi interculturali

Attivazione di un sistema di pre orientamento e orientamento dei giovani a percorsi formativi professionalizzanti

Attivazione di sistemi di comunicazione via web (forum, blog, web radio) che raggiungano e coinvolgano i giovani

Realizzazione di attività ed eventi socio culturali che coinvolgano i giovani nell'utilizzo e valorizzazione di spazi urbani

Promozione della cultura dell'ecocompatibilità e realizzazione di eventi a basso impatto ambientale

Valorizzazione delle idee e delle forme di creatività giovanile

Analisi dei dati emersi dalla ricerca sulle nuove dipendenze denominata "Internet, Shopping e gioco: un'indagine esplorativa su un campione di studenti" che ha coinvolto i quattro istituti superiori della Zona.

Realizzazione di percorsi di accompagnamento e di inclusione sociale rivolti a giovani in che presentano difficoltà in ragione della propria condizione fisica, psichica, sociale e relazionale.

Problematiche emergenti

Dall'analisi dei dati raccolti, attraverso alcuni progetti (Progetto Edit Toscana Novembre 2008; Rilevazioni degli operatori di strada, A.r.a.c.n.o.s. Settembre 2008; Rilevazione dei fabbisogni formativi ed occupazionali nella Zona Sud Est, Coop 21 Maggio 2008) emergono le seguenti problematiche principali:

1. Scarsa presenza di giovani attivi nel mondo associativo (circoli, associazioni di volontariato)
2. Aumento di fiducia nel gruppo di pari (compagnie di minori e giovani), in sostituzione di altri riferimenti
3. Aumento di fenomeni di nomadismo verso la città
4. Aumento di fenomeni di intolleranza e razzismo



5. Difficoltà da parte dei giovani di scegliere il percorso formativo/lavorativo più adatto
6. Utilizzo di alcool e di sostanze stupefacenti da parte di chi è alla guida
7. Nuove dipendenze (internet, shopping compulsivo, gioco d'azzardo)
8. Difficoltà di minori e giovani in condizione di difficoltà sociale, fisica, relazionale di partecipare ad attività e percorsi socio culturali.

2.1.11 Politiche di inclusione sociale

Diritto di cittadinanza

L'immigrazione è un fenomeno strutturale e dinamico che riguarda allo stesso tempo i migranti, gli autoctoni della società di arrivo e di quella di partenza, nonché le relazioni economiche, sociali, politiche e culturali.

L'evoluzione della società vede inoltre, oltre ai percorsi di nuclei familiari non italiani, sempre più coppie e famiglie che assumono caratteristiche multiculturali grazie ai matrimoni e alle unioni miste ed ai percorsi adottivi che ogni anno portano nelle famiglie autoctone bambini nati altrove.

Le nuove presenze di persone che, provenendo da vari luoghi, popolano oggi la zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est, mettono in evidenza la necessità di riflessioni, confronti ed aggiustamenti necessari per rendere possibile una effettiva partecipazione sociale da parte di tutti i soggetti. I cittadini stranieri con la loro presenza pongono precisi interrogativi ai vari contesti sociali, da quello lavorativo a quello dei servizi. Il rispondere con attenzione a nuovi bisogni che emergono da una fascia purtroppo spesso debole di popolazione porta a progettare azioni che sono valide e si sanno rivolgere a tutti i cittadini.

Perché i diritti di cittadinanza diventino una possibilità reale per tutti i cittadini della zona, è importante programmare e costruire percorsi di integrazione sociale ed economica che sappiano interloquire e sostenere la qualità della vita delle diverse realtà sociali e culturali, in primis rimuovendo gli ostacoli ad una effettiva partecipazione.

I dati relativi alla presenza di cittadini stranieri nella zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est, mettono in evidenza la tendenza alla stabilizzazione sul territorio, al formarsi delle famiglie, all'inclusione nelle comunità locali, il che porta pertanto all'emersione di aspetti legati alla complessiva integrazione



nel territorio con l'accesso all'insieme dei diritti di cittadinanza. Promuovere percorsi di cittadinanza significa quindi conoscere e saper interloquire con le realtà territoriali per rimuovere ostacoli alla fruizione di diritti fondamentali quali quelli relativi all'alloggio, alla salute, al sostegno alla famiglia, all'inserimento scolastico dei figli, alla partecipazione attiva alla vita del territorio, all'ingresso nel mercato del lavoro, ai processi di integrazione culturale e sociale. Per far questo risulta innanzitutto fondamentale garantire a tutti la conoscenza e l'accesso ai servizi presenti sul territorio, ai luoghi e alle informazioni utili per accedervi. Tale attività di informazione e di orientamento viene svolta ormai in modo abbastanza capillare nella zona attraverso gli sportelli informativi per migranti, i quali sempre più costituiscono punti di riferimento per tutti cittadini stranieri e per gli operatori che hanno il compito istituzionale di garantire pari opportunità nell'accesso e nella fruizione dei servizi locali.

Spesso tuttavia i cittadini stranieri si trovano ad affrontare, e non solo in una prima fase dell'esperienza migratoria, barriere che ostacolano la loro vita quotidiana, sia nell'ambito del lavoro, che dell'abitazione o della salute e che minano quotidianamente la loro qualità della vita e la loro volontà di sentirsi parte integrante di una comunità. Mentre i bisogni legati alla normativa sui titoli di soggiorno o sui ricongiungimenti familiari vengono dai migranti più facilmente riconosciuti ed espressi, si rilevano maggiori difficoltà a decodificare in modo corretto le problematiche vissute in altri ambiti e formulare le relative richieste di aiuto. E' quindi necessario un lavoro permanente di analisi e di comunicazione con il territorio per poter progettare interventi che sappiano rispondere ai bisogni reali di una fascia di utenza che presenta caratteristiche peculiari.

L'andamento demografico nella zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est, qui presentato su base dei dati anagrafici per il periodo 1997-2008, vede un incremento della popolazione residente con cittadinanza non italiana del 222%, mentre la popolazione italiana nello stesso periodo di tempo ha registrato un incremento del 1,2%.

Tabella 1. Andamento cittadini residenti zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est



Presenze dei residenti stranieri nell'area Firenze Sud-Est dal 1997 al 2008					
(valori assoluti)				Incidenza % stranieri su totale popolazione	incremento annuale % stranieri rispetto al 1997
Ann	Strani	Italiani	Totale	%	%
1997	3.355	153.191	156.546	2,14	-
1999	4.350	153.791	158.141	2,75	29,66
2001	5.408	154.327	159.735	3,39	61,19
2004	7.251	153.947	161.198	4,50	116,13
2005	8.061	154.851	162.912	4,95	140,27
2006	8.884	155.084	163.968	5,42	164,80
2007	9.514	154.345	163.859	5,81	183,58
2008	10.835	155.073	165.908	6,53	222,95

Guardando alla presenza di cittadini stranieri residenti nei singoli Comuni della zona a gennaio 2008, su tutta la zona si registra un'incidenza del 6,5%. Tale dato fotografa una realtà che è leggermente superiore all'incidenza nazionale del 5,8% e inferiore a quella regionale del 7,5% (fonte: dati Istat gennaio 2008).

Popolazione straniera residente in ciascun Comune nel 2008				
Comuni	Stranieri	Italiani	Totale residenti	% Stranieri
Bagno a Ripoli	1.429	24.404	25.833	5,5%
Barberino Val d'Elsa	285	3.915	4.200	6,8%
Figline Valdarno	1.191	15.512	16.703	7,1%
Greve in Chianti	1.477	12.610	14.087	10,5%
Impruneta	1.246	13.594	14.840	8,4%
Incisa Valdarno	492	5.590	6.082	8,1%
Pelago	355	7.142	7.497	4,7%
Pontassieve	1.293	19.424	20.717	6,2%
Reggello	763	14.889	15.652	4,9%
Rignano sull'Arno	448	7.942	8.390	5,3%
Rufina	359	7.129	7.488	4,8%
San Casciano	947	16.039	16.986	5,6%
Tavarnelle Val di Pesa	550	6.883	7.433	7,4%

Totale	10.835	155.073	165.908	6,5%
---------------	--------	---------	---------	------

Per quanto riguarda il genere, dai dati emerge che continua la tendenza ad una maggiore emigrazione femminile. Approfondendo, vediamo poi che su 4.663 donne che vivono nei Comuni della zona, 1.848 risultano far parte di un nucleo familiare composto da una sola persona. La presenza di donne sole è aumentata notevolmente con l'ingresso della Romania nell'Unione Europea nel gennaio del 2007 e trova riscontro nelle tante donne che assolvono al lavoro di cura di persone anziane e/o non autosufficienti nella zona.

Suddivisione per genere dei residenti stranieri in ciascun Comune nel 2008				
Zona Socio Sanitaria Fiorentina Sud-Est	Donne	Uomini	Minori	Totale
Totale	4.663	4.056	2.116	10.835

L'analisi dell'età della popolazione con cittadinanza non italiana mette in evidenza una popolazione molto giovane, che si colloca per il 48,3% nella fascia di età 18-40 anni e per il 19,5% nella fascia 0-17 anni, mentre solo il 5% ha più di 60 anni.

Suddivisione per fasce di età residenti stranieri nell'area Firenze Sud Est	
Classi di età	Totale
0-17	2.116
18-40	5.233
41-60	2.944
Oltre 60	542
Totale	10.835

Guardando ai 2.116 minori notiamo poi che la maggior parte si colloca nella fascia di età che frequenta la scuola Primaria e Secondaria di I grado e che vi è un'altissima presenza di bambini nati in Italia. Nella fascia di età 0-5 anni 618 bambini su un totale di 713 (86,67 %) sono nato in Italia, indicatore di una forte tendenza al radicamento da parte di interi nuclei familiari.



Suddivisione per fasce di età minori stranieri nati in Italia e all'estero residenti nell' area Firenze Sud Est			
Classi di età	Minori	Nati in Italia	Nati all'estero
0-5	713	618	95
6-13	981	421	560
14-17	422	58	364
Totale complessivo	2.116	1.097	1.019

La **scuola** pubblica, principale agenzia formativa presente sul territorio, è stata fin dai primi arrivi di migranti chiamata a rispondere a richieste specifiche di inserimento scolastico, investito dalle famiglie anche di un significato profondo nella costruzione, e anche nella legittimazione, del loro percorso migratorio. In pochi anni le istituzioni educative della zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est hanno accolto un numero crescente di bambini venuti da lontano, fenomeno che continua ad essere in crescita, con un incremento medio annuo del 12,3% negli ultimi 3 anni. Nell'anno scolastico 2008-2009 gli alunni con cittadinanza non italiana che sono iscritti agli Istituti Scolastici Statali della zona sono 1.737, con un'incidenza sul totale degli iscritti del 9,3%, in linea con l'incidenza media regionale del 9,4% e superiore di tre punti percentuali rispetto a quella nazionale del 6,4%.

Alunni stranieri nelle scuole di ogni ordine nella Zona Firenze Sud-Est a.s. 2008-2009				
Ordine	Stranieri	Italiani	Frequentanti	% Stranieri
Infanzia	408	3.702	4.110	9,9%
Primaria	718	6.344	7.062	10,2%
Secondaria 1°	398	3.662	4.060	9,8%
Secondaria 2°	213	3.289	3.502	6,1%
Totale	1.737	16.997	18.734	9,3%



complessivo				
--------------------	--	--	--	--

Nel corso degli anni gli Istituti Scolastici hanno messo a punto nuove azioni, volte a dare risposte a bisogni linguistici e didattici specifici.

Il Centro Interculturale del Comune di Pontassieve coordina, per conto della Società della Salute Fiorentina Sud-Est, il Programma Oltre le Parole, supportando tutte le scuole ed i Servizi Comunali della zona nella programmazione degli interventi di scolarizzazione degli alunni stranieri. Alcuni dispositivi elaborati in rete sono diventati una prassi consolidata e condivisa da tutte le scuole del territorio. In particolare tutti gli Istituti della zona hanno una Commissione Accoglienza ed un Protocollo di Accoglienza che regola le prassi di costruzione di pari opportunità di successo scolastico sin dall'inserimento in classe. Il Centro Interculturale affianca le Commissioni Accoglienza con mediatori linguistico culturali per determinare la classe di inserimento nel rispetto della normativa (vedi art. 45 D.P.R. 394/1998), coordina l'attività di prima accoglienza di alunni neo arrivati in Italia con il coinvolgimento di mediatori linguistico culturali e mette a disposizione strumenti e materiali per l'accoglienza.

Gli Istituti della zona attivano poi varie tipologie di laboratori:

- **laboratori di italiano come lingua seconda:** tali laboratori vengono attivati in tutti gli Istituti con buona qualità progettuale e di contenuti. Rimane comunque la necessità di prestare attenzione alla qualità dell'insegnamento, anche curando la formazione dei docenti incaricati;
- **laboratori bilingue:** a seguito della primissima accoglienza portata avanti da mediatori linguistico culturali incaricati dal Centro Interculturale, alcuni Istituti proseguono interventi attivando laboratori bilingue ove se ne rilevi la necessità. I mediatori linguistico culturali affiancano gli insegnanti di classe nel primo periodo di inserimento in classe dell'alunno straniero neo arrivato in Italia. Non si tratta di una figura assimilabile all'interprete, ma di un esperto, che conosce entrambi i sistemi scolastici e di studio, che l'alunno può incontrare per alcune ore settimanali in rapporto uno a uno fuori dalla classe. Il poter comunicare nella propria lingua permette di esprimere dubbi e chiedere chiarimenti: gli alunni neo arrivati, che quindi ancora non



comprendono la lingua italiana, possono così riuscire ad interpretare quanto avviene all'interno delle mura scolastiche; parallelamente viene curato un recupero ed una valorizzazione delle competenze in madre lingua, competenze che vengono poi trasferite nelle varie discipline affrontate in classe. La presenza all'interno delle mura scolastiche dei mediatori permette inoltre agli insegnanti di entrare maggiormente in relazione con la famiglia, arrivando a chiarire le reciproche aspettative e necessità.

- **laboratori interculturali.** Se guardiamo a percorsi di educazione interculturale che abbiano la finalità di veicolare nuove competenze all'interno di tutto il gruppo classe, la realtà della zona non è molto omogenea: a fianco di Istituti che attivano o richiedono percorsi di questo tipo, ve ne sono altri in cui tali laboratori non sono conosciuti e messi in pratica. L'attenzione a percorsi rivolti a tutto il gruppo classe è fondamentale: al fine di promuovere maggiormente l'integrazione di tutti gli alunni è opportuno approfondire attenzione e riflessione sulle trasformazioni in atto nella comunità, nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, che incidono profondamente sul clima sociale, oltre che sulle relazioni e sui saperi di tutti gli alunni.
- **laboratori di lingua madre.** Studi sulle modalità cognitive di acquisizione della lingua seconda hanno messo in evidenza che le strutture cognitive possedute da tutti noi si sono formate in lingua madre e continuano a crescere parallelamente allo sviluppo della madrelingua. La lingua seconda attecchisce pertanto sulle strutture cognitive della lingua madre. Risulta perciò necessaria una particolare attenzione al mantenimento della madrelingua, evitando di proporre agli alunni ed alle loro famiglie di passare a modalità di acquisizione full immersion della lingua seconda che portano, oltre alla perdita di riferimenti linguistici per poter esprimere e ricevere affetto in famiglia, ad una situazione di semilinguismo nelle due lingue.

Arrivare ad azioni condivise e consapevoli, che sappiano svincolarsi dalla logica delle emergenze, è possibile portando avanti una progettazione condivisa degli interventi e della loro articolazione. A tal fine, con la firma del Protocollo di Intesa per la scuola interculturale nella zona socio sanitaria



Fiorentina Sud-Est, gli Istituti dell'intera zona verranno invitati a progettare e coordinarsi in un'ottica di rete interistituzionale.

Nell'ambito della generale integrazione con il territorio vissuta da parte di singoli cittadini stranieri o di interi nuclei familiari, si registrano alcune problematiche non solo a livello zonale ma anche regionale. Tali problematiche, verso cui è necessario indirizzare linee programmatiche e relative progettazioni che sappiano rendere possibile la fruizione di diritti di cittadinanza, concernono in modo più marcato:

- diritto ad accedere alle informazioni;
- sicurezza nei luoghi di lavoro;
- lavoro di cura domiciliare;
- problematiche relative alla salubrità degli alloggi;
- diritto alle cure e all'informazione in ambito sanitario

Diritto all'informazione

Tutte le persone devono poter accedere ad informazioni utili relativamente ai vari ambiti di interesse e di vita. Garantire tali diritti ai cittadini stranieri risulta fondamentale per mettere in grado la persona di partecipare alla vita del territorio e di sentirsi parte di una comunità. Unitamente ai corsi di lingua italiana per adulti che vengono offerti sul territorio è necessario porre attenzione a favorire l'accesso ai servizi ed alle informazioni da parte di tutti i cittadini. L'attenzione ad informare in modo corretto e comprensibile anche per coloro che hanno una scarsa competenza in lingua italiana deve poi essere unita alla capacità degli operatori di informare correttamente sulle prassi relative al proprio servizio che coinvolgono cittadini stranieri. Al fine di fornire agli operatori dei servizi ulteriori strumenti nell'ambito della normativa sull'immigrazione possono essere contattati gli operatori degli Sportelli Informativi per Migranti. Rimane comunque la necessità, da parte degli operatori dei servizi, di riconoscere la centralità del proprio ruolo relativamente al percorso migratorio e di integrazione del cittadino straniero. A tal fine risulta necessario promuovere nuovi percorsi formativi in un ambito tanto delicato e centrale nella vita del cittadino straniero, arrivando a costruire momenti sistematici di confronto e comunicazione fra i Servizi dei vari Comuni e gli Operatori degli Sportelli Informativi specializzati nella



normativa sull'immigrazione e le sue prassi.

Gli Sportelli Informativi sono riconosciuti come punto di riferimento per informazioni e pratiche relative ai titoli di soggiorno ed ai servizi del territorio da parte dei cittadini stranieri della zona. Attualmente sono presenti Sportelli Informativi in quattro comuni, collocati in zone abbastanza facilmente raggiungibili anche dalle frazioni o da altri comuni. Tali Sportelli sono molto frequentati da cittadini stranieri, oltre che da cittadini autoctoni, per informazioni e compilazione pratiche relative ai titoli di soggiorno

Al fine di permettere l'accesso alle informazioni da parte di tutti i cittadini gli Enti della zona possono richiedere presso il Centro Interculturale il servizio di interpretariato e traduzione, che mette a disposizione mediatori linguistico culturali per colloqui e traduzione di comunicazioni che facilitino la partecipazione alla vita del territorio da parte del cittadino straniero che non ha una sufficiente competenza in lingua italiana.

Un ambito molto importante in cui promuovere il diritto fondamentale ad accedere alle informazioni è quello sanitario. Tale diritto è fondamentale sia per il paziente sia per i familiari e può essere sostenuto tramite il coinvolgimento di mediatori linguistico culturali che già lavorano nella zona con il servizio di interpretariato e traduzione e conoscono pertanto molto bene la realtà territoriale.

Nell'ambito delle forme di comunicazione, la mediazione culturale è lo strumento principe che ha il compito di gestire la complessa relazione che intercorre tra i pazienti stranieri e il personale socio-sanitario, senza far parte dell'uno o dell'altro gruppo. Costruire pari possibilità di diritto all'informazione porta il paziente a poter essere protagonista in momenti cruciali della propria vita, evitando di dover abdicare al proprio ruolo delegando a parenti (molto spesso minori, grazie alla buona competenza nella lingua di accoglienza ed alla maggiore disponibilità di tempo) a questo tipo di attività. Il coinvolgere nel colloquio sanitario familiari può inoltre andare ad amplificare il naturale riserbo del paziente a parlare di alcuni argomenti.

Al fine di promuovere una maggiore fruizione del diritto all'informazione anche in ambito sanitario è opportuno ipotizzare un ampliamento del servizio di interpretariato e traduzione, ipotizzando la presenza di mediatori



linguistico culturali presso alcuni presidi sanitari della zona, oltre ad un maggiore collegamento con altri servizi eventualmente presenti.

Sicurezza nei luoghi di lavoro:

Si registra una forte discontinuità di attenzione rispetto al tema della qualità del lavoro: ci sono settori in cui sono stati raggiunti livelli di eccellenza e la qualità del lavoro è un punto irrinunciabile delle strategie aziendali e interi settori dove la sicurezza sul lavoro rimane un vero e proprio tabù.

Anche il ruolo dei lavoratori rimane ancora problematicamente aperto e fatica ad affermarsi un modo omogeneo di porsi di fronte al tema della sicurezza: si tratta infatti di un processo culturale, di educazione alla sicurezza e alla salute, di prevenzione.

Unitamente ad una maggiore attenzione sulle aziende perché adottino corrette strategie di prevenzione e non percepiscano la salute, la sicurezza, la qualità del lavoro come un lusso da concedersi solo durante cicli economici positivi, risulta necessario continuare ad informare correttamente i lavoratori sull'importanza di fruire del diritto alla salute e alla sicurezza in ambito lavorativo aiutando il lavoratore a svincolarsi dal dover accettare condizioni peggiori come contropartita a garanzia di maggiore disponibilità a collocarsi sul mercato del lavoro o a mantenere il posto di lavoro e costruendo nella persona una maggiore consapevolezza sull'importanza di richiedere garanzie all'azienda e di rispettare norme di sicurezza sui luoghi di lavoro. La consapevolezza sull'importanza della sicurezza sul lavoro passa anche attraverso la percezione reale dei rischi a cui si va incontro non tutelandosi: tale percezione può dover essere costruita in lavoratori che provengono da società in cui i diritti dei lavoratori sono meno garantiti sul piano della sicurezza e che per questo hanno una diversa percezione dei naturali rischi legati al proprio ambito lavorativo.

Dopo l'azione effettuata sul tema della salute e sicurezza in agricoltura e lavoro boschivo risulta necessario ampliare il settore di intervento, coinvolgendo anche altri settori in cui vi è un'alta concentrazione di lavoratori stranieri, come quello dei cantieri edili.

Lavoro di cura domiciliare:



Dai dati si evidenzia che il 39% delle donne con cittadinanza non italiana residenti nei Comuni della zona socio sanitaria Fiorentina Sud-Est vive da sola. Il ricorso alle assistenti familiari, cosiddette “badanti”, provenienti prevalentemente dai paesi dell’Europa orientale, rappresenta da alcuni anni una risorsa a cui le famiglie ricorrono in maniera sempre più diffusa per far fronte ai bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti.

Un fenomeno rilevante, che coinvolge un numero di anziani nettamente superiore a quello che si avvale del sistema pubblico di assistenza domiciliare integrata (Adi) e dei servizi domiciliari. Ci si rivolge alle assistenti familiari principalmente a causa delle difficoltà dei familiari nel conciliare il tempo di cura da dedicare alla propria famiglia e i tempi di lavoro. Nella stragrande maggioranza dei casi l’assistente familiare viene individuata attraverso canali informali, come gli amici ed i conoscenti. Nel 90% si tratta di una donna proveniente dall’Est europeo, in media di 41 anni.

I motivi della migrazione e le conseguenti prospettive di evoluzione del progetto di vita delle assistenti familiari sono vari, ma si possono rintracciare alcune macro categorie da tenere presenti per poter costruire dei percorsi di cittadinanza efficaci, che sappiano rispondere a necessità specifiche.

Alcune assistenti familiari, provenienti in genere dall’Europa dell’Est, hanno chiare esigenze economiche e vivono, a questo scopo, esperienze migratorie temporanee, magari con andirivieni da e verso i paesi di provenienza. Scopo della migrazione è quello del guadagno e del risparmio da inviare in patria, che verrà utilizzato per comprare una casa o per pagare gli studi a un figlio, capita però sempre più spesso che costruiscano una relazione significativa con la famiglia italiana presso cui lavorano o che il progetto migratorio si prolunghi, portando queste donne a lavorare presso famiglie diverse.

Altre donne, provenienti invece da paesi lontani che escludono il pendolarismo, aspirerebbero, soprattutto nel caso abbiano figli lasciati in patria, a un insediamento definitivo in Italia, cercando di ricongiungersi con i familiari.

In una situazione tanto delicata quanto spesso aleatoria diventa prioritario progettare interventi mirati a qualificare il lavoro di cura presso il domicilio della persona anziana, a facilitare l’integrazione delle assistenti familiari straniere nella famiglia in cui svolgono la loro attività di *care-givers* e a



migliorare il loro inserimento nel più ampio contesto sociale.

Attraverso un incontro regolare di domanda e offerta, un processo formativo della lavoratrice e la conseguente certificazione delle competenze sarà possibile garantire da una parte un'assistenza qualificata alle persone anziane e dall'altra il rispetto dei diritti delle lavoratrici di cura.

Risulta poi importante costruire analisi e progettazioni mirate ad aiutare le assistenti familiari a rendere possibile la costruzione di un proprio percorso identitario che riconosca alla lavoratrice la dignità e l'autonomia di persona: questo, assieme a misure di accompagnamento e affiancamento alla lavoratrice da parte dei servizi pubblici, potrebbe trasformare un settore lavorativo fragile e privo di garanzia, il "badantato", in un settore professionalizzato e qualificato da integrare nella rete dei servizi destinati alle persone anziane

Problematiche relative all'alloggio:

Il dato generale è un massiccio coinvolgimento degli immigrati in situazioni di disagio e di esclusione abitativa. Se è vero che la maggior parte degli immigrati non è senza casa, ad un'osservazione più ravvicinata il modello prevalente appare come un modello di inserimento subordinato: molti immigrati non poveri sono mal alloggiati, le loro sistemazioni sono tendenzialmente peggiori o più costose di quelle accessibili a popolazioni locali con le stesse caratteristiche di reddito. Abitazioni non adeguate o con ambienti non salubri hanno comunque un loro mercato perché per poter presentare alcune tipologie di pratiche relative ai titoli di soggiorno è necessario dimostrare che si dispone di un alloggio con determinati requisiti: questo porta lavoratori stranieri ad accettare condizioni di vita in ambienti costosi e insalubri.

L'abitare in alloggi non adeguati porta poi a vivere la vita nel territorio e le relazioni con la comunità di accoglienza secondo un modello di inserimento subordinato, che, unitamente alle altre problematiche incontrate, configura per i cittadini stranieri una forma di cittadinanza limitata.

Al fine di garantire pari opportunità nell'accesso all'alloggio risulta necessario, oltre ad una attenzione sulle dinamiche di mercato e su eventuali discriminazioni di cui potrebbero essere vittima cittadini con nazionalità non



italiana, proseguire nella diffusione capillare sul territorio dell'opportunità di accedere a prestiti di microcredito rivolti alla fascia debole di popolazione per problematiche legate all'alloggio.

2.1.12 Politiche per la salute dei lavoratori

La *“Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro”* quale strumento strategico ed innovativo per migliorare l'efficacia degli interventi sul territorio favorendo lo sviluppo e il mantenimento di ambienti di lavoro che stimolino stili di vita salutari rientra anch'essa fra le priorità della nostra SdS. Il luogo di lavoro costituisce un setting favorevole per lo sviluppo di programmi di promozione della salute, perché è possibile raggiungerli circa il 60% della popolazione. Infatti la maggior parte della popolazione adulta impiega gran parte del suo tempo nei luoghi di lavoro; in questo contesto le persone acquisiscono competenze tecniche, imparano a conoscere i rischi lavorativi, a responsabilizzarsi verso gli altri, a favorire la crescita personale e la partecipazione sociale. L'acquisizione di conoscenze e cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori si ripercuotono favorevolmente nella vita familiare e sociale moltiplicandone i benefici delle azioni intraprese. Prendendo ad esempio l'abitudine al fumo di tabacco, che è uno dei fattori determinanti di salute, può essere affrontato con questo tipo di strategia in quanto il fumo rappresenta non solo un problema di sanità pubblica, ma costituisce un diffuso fattore di rischio presente negli ambienti lavorativi.

Una recente e sistematica review (Fichtenberg CM, 2002) mostra che gli ambienti di lavoro completamente liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo del 38% e ad una riduzione del consumo di sigaretta (-3,1 al giorno) che combinati insieme determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29%. Con il decremento dell'esposizione si è visto una concomitante sostanziale riduzione nei sintomi respiratori e una migliorata funzione polmonare (California, 1998).

In sintesi, *“le politiche no smoking negli ambienti di lavoro”*, migliorano la salute.

I Servizi di Prevenzione e i datori di lavoro con le altre figure aziendali, possono svolgere un ruolo attivo nella promozione della salute dei lavoratori



contribuendo all'adozione di stili di vita salutari e favorendone le motivazioni al cambiamento.

Secondo il modello già esperito dalla Regione Veneto e il manuale "Verso una azienda libera dal fumo", un efficace piano d'azione sul posto di lavoro, deve comprendere le seguenti fasi:

1. costituzione di un gruppo di lavoro interno all'azienda che deve collaborare con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione
2. valutazione della situazione esistente in azienda
3. scelta, per esempio nel caso del fumo, tra divieto assoluto o parziale (locali per fumatori)
4. condivisione degli obiettivi e del piano d'azione
5. redazione del regolamento
6. comunicazione della politica aziendale
7. valutazione di processo
8. valutazione di risultato del progetto

Nel rispetto dei principi fondamentali della Carta di Ottawa e delle norme sulla sicurezza del lavoro, la nostra Società della Salute con la UF PISLL Sud Est, ha voluto lanciare programmi di prevenzione primaria in aziende pubbliche (Comuni) e private del proprio territorio.

2.1.13 Salute in Montagna

Uncem Toscana e Lagautonomia sono stati tra gli Enti promotori del modello innovativo delle Società della Salute e credono che proprio le SdS possano avere un ruolo cruciale per i territori montani e divenire uno strumento di gestione forte delle politiche socio sanitarie.

La Società della Salute Sud Est, vista la presenza di Comuni Montani, nel proprio territorio ha intenzione di sottoscrivere con Uncem e Legautonomie dei protocolli d'intesa per presentare e sviluppare progetti in favore di tali contesti (progetti che si ritrovano nei POA).

Nell'epoca della globalizzazione, la montagna, pur essendo una realtà in continua trasformazione sia per la composizione sociale (nuovi abitanti provenienti dal tessuto cittadino) sia per le opportunità lavorative (telelavoro, forme di turismo sostenibile, turismo rurale etc...) mantiene



problematiche specifiche, quali ad esempio: invecchiamento della popolazione, bassa densità della popolazione, grandi distanze e percorsi difficili, dispersione degli insediamenti.

Da qui la necessità di unire le forze e attivare politiche di concertazione specifiche all'interno della SdS tra i diversi enti per la programmazione e gestione del territorio montano, offrendo servizi locali efficaci e qualificati, in particolar modo in ambito socio sanitario.

2.1.14 Salute e ambiente di vita

L'ambiente rappresenta uno dei principali fattori extra-sanitari che influenzano la salute, intesa nella sua accezione più ampia di benessere fisico, psichico e sociale degli individui e di una popolazione.

La connessione tra i fattori di inquinamento, di degrado ambientale e lo stato di salute, è pertanto un legame acquisito da tempo sul piano scientifico: in particolare rivestono uno specifico ruolo sia la presenza di agenti nocivi e sostanze inquinanti che possono essere causa diretta di un danno alla salute umana, sia la presenza di fattori di degrado ambientale che possono peggiorare la fruibilità dell'ambiente stesso e la qualità della vita in senso generale.

I rifiuti

Considerazioni generali

Il problema della crescente quantità di rifiuti prodotti e del conseguente smaltimento, si deve inquadrare nel complesso dei fattori di degrado che si richiamano all'inquinamento atmosferico, al traffico, al rumore, all'inquinamento idrico, ect., che caratterizzano la sempre più precaria qualità della vita delle aree urbane in tutto il mondo. In Italia la produzione di rifiuti pro capite continua a crescere e la produzione totale è di circa 65 milioni di tonnellate all'anno, delle quali 26 milioni sono rifiuti solidi urbani (RSU). La raccolta differenziata interessa solo il 7% dei RSU, mentre il 77% viene conferito in discarica. L'incenerimento riguarda circa il 7% dei RSU, a fronte del 40% della Germania e di una media europea del 30%. Il problema di fondo è costituito dalla diffusa arretratezza del sistema nazionale di



gestione dei rifiuti, dall'insufficienza dell'impiantistica di trattamento, recupero e smaltimento, da situazioni di smaltimento illegale.

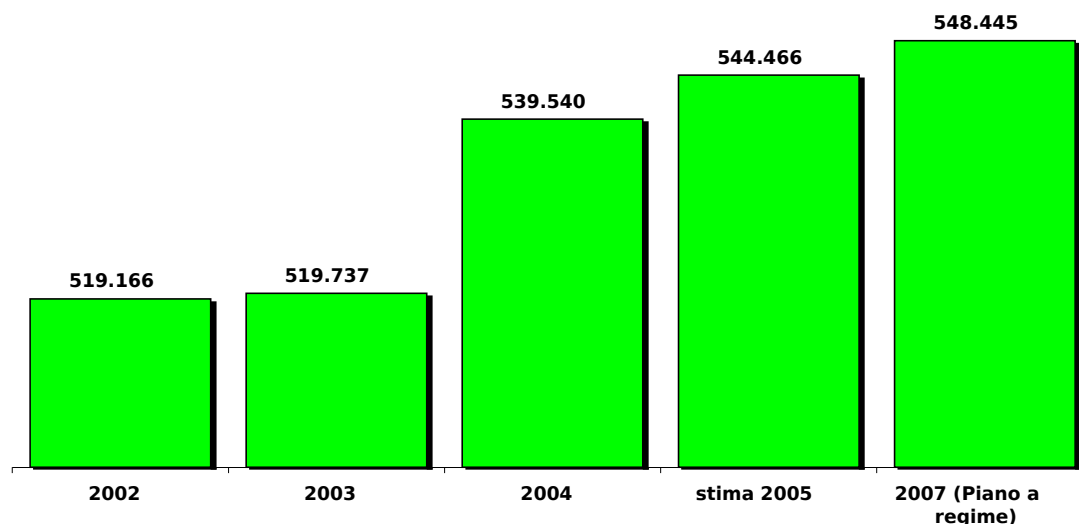
Il D.L.vo 22/97 (decreto Ronchi) recependo le crescenti preoccupazioni per la sostenibilità del sistema economico in termini di consumi e di impatto sull'ambiente, ha introdotto in Italia il modello di gestione integrata dei rifiuti incentrato su prevenzione, riutilizzo e recupero di energia, conseguendo in tal modo una significativa riduzione dei costi di gestione. Lo scenario a medio termine per la gestione dei RSU in linea con il D.L.vo 22/97, prevede, accanto alla raccolta differenziata del 35%, il trattamento termico del 30%; il 18% continuerebbe ad essere conferito in discarica, mentre il rimanente 17%, costituito dalla frazione umida derivante da impianti di selezione, è potenzialmente destinabile ad attività di ripristino ambientale.

Nell'Italia centro-settentrionale sono in costante aumento le esperienze di gestione integrata dei RSU in cui le amministrazioni locali, soprattutto a livello provinciale come ambito territoriale ottimale, tendono a dare impulso alla raccolta differenziata ed alla valorizzazione energetica dei RSU. Viceversa, nell'Italia meridionale si riscontrano situazioni di emergenza a livello regionale.

- Rifiuti Urbani (RU) e Raccolta Differenziata (RD) nelle Aree di raccolta dell'ATO 6

Nel **grafico**, nelle **tabelle** e nelle **valutazioni** che seguono, forniti dalla Direzione Prov. Rifiuti e Bonifiche della Provincia di FI, si riportano i dati ufficiali disponibili al 2005, comprese anche le aree di raccolta riferite alla Zona Sud Est dell'ASL ed il confronto con gli obiettivi della Pianificazione in vigore:

Produzione di RU totali nell'ATO 6: Dati certificati, stime e p



Produzione RU totali per Area di raccolta e previsioni del Piano provinciale

Area di raccolta	2002	2003	2004	2002/ 04 (t/ a)	2002/ 04 (%)	2007 (Piano a regime)
Alto Mugello	6.329	6.216	6.455	126	2,0%	6.571
Mugello	28.832	28.739	30.394	1.562	5,4%	33.289
Valdisieve e Alto Valdarno Fiorentino	46.511	47.503	49.267	2.756	5,9%	50.914
Piana fiorentina	341.542	340.077	351.637	10.095	3,0%	355.451
Lastra a Signa	11.685	11.942	12.451	766	6,6%	13.039
Fiesole e Chianti	84.268	85.261	89.337	5.069	6,0%	89.181
ATO 6	519.166	519.737	539.540	20.374	3,9%	548.445

RD totali per Area di raccolta e previsioni del Piano provinciale

Area di raccolta	2002	2003	2004	2002/ 04 (t/ a)	2002/ 04 (%)	2007 (Piano a regime)
Alto Mugello	646	733	875	229	35,5%	2.099
Mugello	9.136	9.746	10.716	1.580	17,3%	13.624
Valdisieve e Alto Valdarno Fiorentino	12.429	14.323	14.793	2.364	19,0%	20.780
Piana fiorentina	93.973	99.352	107.880	13.907	14,8%	159.855
Lastra a Signa	3.678	4.115	4.484	805	21,9%	5.332
Fiesole e Chianti	25.057	27.756	31.408	6.351	25,3%	37.377
ATO 6	144.919	156.026	170.155	25.236	17,4%	239.067



- Valutazioni di sintesi - le prospettive dell'ATO 6 nel breve periodo

In base alle **stime** della Direzione Provinciale Rifiuti e Bonifiche sui **dati del 2005**, per la piena attuazione del Piano Provinciale, occorre che:

- Le raccolte differenziate totali devono aumentare in media di 31.000 t/a. Dalla approvazione del Piano Provinciale (2002) al 2005 le RD totali sono aumentate di circa 32.000 tonnellate totali in tre anni, ad una media di 10.500 t/a;
- L'efficienza delle raccolte differenziate deve aumentare in media di quasi 5 punti percentuali all'anno per raggiungere l'obiettivo minimo del Piano Provinciale. Dal 2002 al 2005 l'aumento è stato di quasi 7 punti percentuali, ad una media circa 2 punti ogni anno;
- La produzione di rifiuti urbani indifferenziati deve diminuire di 29.000 t/a. Dal 2002 al 2005 la produzione è diminuita di 6.500 tonnellate, ad una media di circa 2.200 t/a;

Alcuni **interventi necessari** all'attuazione del Piano Provinciale:

- Diffondere in modo capillare gli interventi di prevenzione della produzione di rifiuti urbani previsti dal Piano Provinciale e dal Piano Industriale d'Ambito, per contenere l'aumento della produzione di rifiuti al di sotto dei livelli ammessi per l'attuazione della pianificazione in vigore;
- Potenziare i servizi di raccolta differenziata sia per le utenze domestiche che per le utenze non domestiche secondo le linee guida definite dal Piano Industriale d'Ambito, in modo da:
 - Garantire un aumento medio annuo delle raccolte differenziate totali almeno triplo di quello medio registrato tra il 2002 e il 2004;
 - Incentivare il conferimento dei rifiuti nel circuito delle raccolte differenziate, in modo da diminuire la produzione di rifiuti urbani indifferenziati fino al livello previsto dal dimensionamento della Pianificazione in vigore;
- Concentrare in modo particolare gli interventi nell'area della Piana;



- Garantire l'entrata a regime degli impianti di Piano nel più breve tempo possibile.

I **punti di forza** del ciclo di gestione dei rifiuti urbani nell'ATO 6 ad oggi sono:

- Risultati di eccellenza rispetto alle realtà socioeconomiche analoghe presenti nel panorama nazionale, per quanto riguarda le raccolte differenziate (rapporto nazionale rifiuti APAT, 2004);
- Stabilizzazione del tasso di crescita della produzione di RU totali;
- Lieve diminuzione della produzione di rifiuti urbani indifferenziati.

I **punti critici** sono:

- Risultati delle raccolte differenziate ancora insufficienti a raggiungere l'obiettivo di efficienza dettato dal Piano Provinciale;
- Ritardi nella realizzazione degli impianti previsti dal Piano per il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti urbani indifferenziati.

Nella prospettiva indicata dal Piano, è chiaro quindi che gli amministratori locali devono porsi l'obiettivo, oltre la riduzione dell'impatto ambientale connesso al ciclo dei rifiuti, del miglioramento del sistema complessivo uomo-ambiente, soprattutto attraverso la prevenzione.

Il Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani ed assimilabili dell'ATO n°6 - Area metropolitana fiorentina, evidenziando tali problematiche, stabilisce le tematiche prioritarie che richiedono soluzioni tecniche ed economiche concrete, e che sono relative alle filiere di materiale e al mercato dei rifiuti riciclati, alla valorizzazione energetica dei rifiuti e del combustibile da rifiuti (CDR) ed alla qualità e al destino della frazione umida da selezione. Un efficiente utilizzo energetico dei rifiuti e delle frazioni combustibili da essi derivate (frazione secca e CDR) risulta imprescindibile per l'attuazione del piano. Ci preme comunque evidenziare, come attualmente siano insufficienti gli interventi di formazione ed educazione dei cittadini sui sistemi di raccolta differenziata e la scarsa vigilanza e conseguente repressione di forme non corrette di smaltimento.

Impianti per il trattamento termico dei rifiuti



La compiuta attuazione del Piano passa perciò attraverso la realizzazione di nuovi impianti di trattamento termico ed il sostanziale incremento della percentuale di rifiuti da avviare al recupero energetico, ed inoltre l'elevata disponibilità di frazione organica conseguente agli specifici obiettivi di raccolta differenziata, rende necessaria l'individuazione degli ambiti di utilizzo del compost, il miglioramento della sua qualità e l'ampliamento del suo mercato. E' poi da evidenziare che, la realizzazione di un moderno sistema integrato di gestione dei rifiuti gioca un ruolo potenzialmente significativo nella riduzione delle emissioni di gas serra. Si calcola che gli interventi sul ciclo dei rifiuti urbani possano consentire una riduzione di circa 18 milioni di tonnellate/anno di CO₂ equivalente, pari al 18% dell'impegno assunto dal Paese. I contributi più rilevanti scaturiscono dalla riduzione delle emissioni di metano da discarica, dal conseguimento degli obiettivi di raccolta differenziata finalizzata alla valorizzazione dei materiali e dall'incremento della quota di combustione dei RSU con produzione di energia. La combustione dei RSU con produzione di energia può di fatto condurre ad un beneficio ambientale netto a patto che i livelli di recupero siano sufficientemente elevati, come quelli peraltro conseguibili negli impianti moderni. Il recupero energetico, infatti, evita le emissioni di anidride carbonica da impianti per la produzione di energia da combustibili fossili e offre anche una riduzione delle emissioni rispetto allo smaltimento in discarica.

Sono però da non sottovalutare le problematiche tecniche relative al controllo ed al contenimento delle emissioni di inquinanti dagli impianti di trattamento termico. Nel caso dei microinquinanti organici, come le PCDD e TCDD ("diossine"), si può in generale affermare che la loro emissione è ampiamente controllabile attraverso il mantenimento di adeguate condizioni di combustione e l'adozione di appropriate tecniche di trattamento dei fumi. Particolare attenzione si dovrà poi porre nei confronti del particolato fine ed ultrafine (PM₁₀, PM_{2.5} e PM₁) e dei metalli pesanti (Pb, Cd, Ni, ect.) adesi sulla sua superficie; infatti l'area fiorentina è già sottoposta ad una notevole pressione ambientale da traffico autoveicolare, di cui il particolato fine rappresenta la quota più importante delle emissioni, sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo, per l'esposizione umana ed i conseguenti effetti



sanitari, evidenziati in maniera sempre più pressante dalla ricerca epidemiologica.

L'applicazione, comunque, dei nuovi limiti di emissione previsti dalle norme vigenti (Decreto LG.vo 11.05.05 n°133 - Attuazione Direttiva 2000/76/CE) in materia di incenerimento dei rifiuti, dovrebbe rendere trascurabile il contributo delle varie sostanze alle emissioni totali (l'abbassamento del limite a 0,1 Ng/mc di diossina tossico equivalente, permetterà, inoltre, di ridurre in circa 10 anni l'emissione totale di diossine da incenerimento di un fattore superiore a 100). Tutto ciò dovrà naturalmente essere affiancato da specifiche prescrizioni e conseguenti controlli sulle emissioni, da predisporre a cura degli Enti cui compete il controllo delle vigenti normative di tutela ambientale.

Impianti per il compostaggio di qualità

Attualmente con l'aumentata sensibilità verso i problemi ambientali e la crescente difficoltà di reperire siti idonei per installare impianti di smaltimento dei rifiuti, il riciclaggio, in particolare gli impianti di compostaggio, appare come una delle vie prioritarie da percorrere, sempre inteso tuttavia, nell'ambito di un sistema integrato e razionale di gestione dei rifiuti. Sicuramente uno dei problemi che si pone per il compost, è quello di ottenere un prodotto di qualità che abbia il minor impatto ambientale possibile e che sia realmente riutilizzabile in cicli produttivi con costi competitivi. In conclusione, riguardo alla rimozione di quei fattori negativi insiti al processo che, se trascurati, potrebbero alimentare preoccupazioni verso la biostabilizzazione aerobica, quanto più efficace sarà la separazione del rifiuto complessivo iniziale, tanto più elevata risulterà la qualità del compost; la raccolta dell'organico alla fonte si pone come obiettivo finale.

Problematiche sanitarie correlate alle emissioni di Nanopolveri o Nanoparticelle

la presenza nell'ambiente di nanoparticelle (particelle con diametro da 0,01 a 0,1µm), si deve considerare ubiquitaria e pertanto, non può essere riferita ad un'unica sorgente, ma all'insieme delle attività antropiche del nostro ambiente di vita, oltrechè alle fonti naturali di emissione (ad es. i vulcani etc.).



Le problematiche relative alle nanoparticelle e nanopolveri sono diventate oggetto di una particolare attenzione da parte dell'opinione pubblica solo in periodi recenti, in quanto correlate sia alle nanotecnologie, sia ad ipotizzati rischi legati alle emissioni da impianti di termovalorizzazione per lo smaltimento dei rifiuti. E' bene comunque precisare riguardo alle nanoparticelle originate da tali impianti, che la loro tipologia, le caratteristiche fisiche, nonché la tecnologia applicata ai moderni impianti ai fini, soprattutto, di ridurre il loro rilascio nell'atmosfera, sono materia che necessita di opportuna puntualizzazione da parte degli Enti preposti sia alla ricerca scientifica, sia ai controlli ed alla tutela ambientale.

Il tema delle nanoparticelle è stato amplificato nel nostro Paese dalla diffusione su mass-media non scientifici di interventi legati alle ricerche condotte dalla Dr.ssa A.M. Gatti (Bioingegnere presso il Laboratorio di Biomateriali dell'Università Di Modena e R.E.), riferite ad un progetto finanziato dalla Comunità Europea denominato "Nanopathology", rivolto allo studio in senso più ampio delle micro e nanoparticelle.

Lo stato dell'arte delle conoscenze di natura scientifica attualmente disponibili viene sintetizzato in particolare nel documento **SCENIHR/002/05 della Commissione Europea** - Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori - elaborato nel settembre 2005 dallo Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks e denominato "Opinion on The appropriateness of existing methodologies to assess the potential risks associated with engineered and adventitious products of nanotechnologies". In tale documento si puntualizza come ad oggi le evidenze scientifiche sull'interazione fra organismo umano e nanoparticelle, con particolare riguardo a possibili effetti sulla salute, siano scarse. Si riconosce che al momento c'è insufficiente disponibilità di dati che permettano l'identificazione di principi generali alla base delle caratteristiche tossicologiche di tutti i prodotti della nanotecnologia. Ne consegue perciò che la valutazione del rischio dovrebbe essere fatta per ciascun caso specifico. In generale, conclude il documento, nonostante l'aumento del numero di pubblicazioni scientifiche riferite alle nanotecnologie, è ancora insufficiente il livello di conoscenza e la quantità di dati concernenti la caratterizzazione delle nanoparticelle, il loro riscontro e misurazione, il loro



destino ed in particolare la persistenza negli organismi umani e nell'ambiente, nonché i vari profili tossicologici ed ambientali. Tutto questo appare premessa indispensabile per consentire un'adeguata valutazione del rischio per gli esseri umani e gli ecosistemi.

In definitiva, preso atto della documentazione scientifica esistente e della assenza di precise evidenze in merito ad un rapporto causa-effetto, con riferimento soprattutto alle patologie tumorali, considerando come ancora siano da mettere a punto anche le metodiche necessarie a definire una idonea valutazione del rischio in questo ambito, appare del tutto azzardato giungere a conclusioni sulla base di assunti (non confermati dalle conoscenze attualmente disponibili), che non contengono elementi tali da consentire di modificare le motivazioni espresse sugli impianti di termovalorizzazione previsti nel piano provinciale rifiuti.

Qualità dell'aria

I dati disponibili sulla qualità dell'aria nei Comuni della Zona Sud-Est sono alquanto disomogenei: gli unici dati disponibili sono le misure e le stime dell'ARPAT sull'Area Omogenea Fiorentina, comprensive di Bagno a Ripoli, e le misure effettuate in apposite campagne di rilevazioni con stazioni mobili, nonché i dati delle centraline site nei pressi di importanti insediamenti produttivi e gestite dalle stesse Aziende (SIMS - Reggello; Sacci - Greve; Impianto AER di incenerimento dei rifiuti - Rufina). Infine, sono stati acquisiti i dati della Società Autostrade, inseriti nel SIA (Studio Impatto Ambientale), per la costruzione della terza corsia, inerenti i territori dei comuni attraversati dall'autostrada.

La principale sorgente di inquinamento atmosferico è in genere rappresentata dal traffico, seguita dalle emissioni produttive e dagli impianti di riscaldamento.

Le polveri totali sospese ed in particolare la frazione fine ed ultrafine, PM10 e PM2,5, e l'inquinamento fotochimico da Ozono, rappresentano i parametri più critici per la qualità dell'aria, non solo per l'Area Omogenea, ma anche per quei Comuni della Zona Sud-Est interessati da importanti infrastrutture stradali.

I dati riferiti ad alcuni inquinanti aerodispersi normati (polveri totali, monossido di carbonio, biossido di azoto e anidride solforosa) rilevati nella



Zona Sud-Est da stazioni mobili e fisse, non hanno fatto registrare superamenti dei valori-limite previsti.

Un punto critico è invece rappresentato dall'inquinamento fotochimico estivo da ozono che, ad esempio durante la stagione estiva 2003, ha presentato per più giorni concentrazioni superiori ai livelli fissati dalla normativa per la tutela della salute.

Relativamente al benzene le più recenti campagne di rilevamento eseguite con campionatore personale individuale (Radiello) dal 2002 al 2004 (Progetto-Valutazione dell'esposizione personale a benzene nell'area fiorentina) indicano per i soggetti campionati livelli medi di concentrazione sovrapponibili a quelli rilevati dalle centraline fisse poste nei pressi della sede stradale; i livelli personali rilevati sono strettamente correlati alla densità del traffico stradale. E' pertanto ragionevole attendersi per la popolazione residente nei Comuni della Zona Sud-Est, in base ai volumi medi di traffico, valori di esposizione più bassi rispetto a quelli rilevati nelle aree ad intenso traffico.

Le abitudini di vita, in particolare l'abitudine al fumo, e l'ambiente rappresentano le principali fonti di rischio per le malattie respiratorie; non è ancora conosciuto il peso da attribuire all'inquinamento atmosferico rispetto alle abitudini di vita nel manifestarsi di queste patologie: si stima comunque un rapporto tra rischio da fumo e rischio da inquinamento di circa 8/1. Tale rapporto non può essere confermato sul ruolo giocato dall'inquinamento atmosferico sulla comparsa del tumore polmonare.

I dati epidemiologici più recenti relativi allo stato di salute della popolazione residente nella Zona Sud-Est non evidenziano una situazione di particolare allarme: in particolare le informazioni relative ai ricoveri ed alla mortalità per malattie respiratorie e per tumore del polmone, risultano migliori della media regionale. Tuttavia l'inquinamento atmosferico rappresenta una problematica da valutare con particolare attenzione sul lungo periodo,



considerando che numerosi studi di rilievo internazionale sugli effetti a breve e medio termine hanno evidenziato che nella città di Firenze, come in altre città italiane, un numero considerevole di eventi avversi (ricoveri e decessi per malattie respiratorie e cardiovascolari) potrebbero essere evitati riducendo l'esposizione della popolazione agli inquinanti atmosferici (Centro Europeo Ambiente e Salute, OMS, Roma, Biggeri e altri - 2005). La popolazione anziana è sicuramente quella più a rischio, in quanto la cattiva qualità dell'aria può causare l'aggravamento di patologie croniche preesistenti nelle persone anziane.

Inquinamento acustico

Il rumore, anche a livelli modesti e al di sotto della soglia di pericolo per la salute, induce disturbi di vario genere: c'è una notevole evidenza di effetti avversi del rumore sulla comunicazione, sul sonno e sull'umore, sulla capacità di apprendimento a scuola dei bambini, sull'apparato cardiovascolare, fino a danni permanenti per esposizioni prolungate nel tempo. Il rumore è rimasto sostanzialmente invariato negli ultimi 10 anni: senza interventi specifici non potrà esserci nessun risanamento.

Nelle aree urbane i trasporti sono la principale sorgente di inquinamento acustico, e, se si escludono le persone che vivono nei pressi di aeroporti e linee ferroviarie, il traffico stradale risulta la maggiore causa di esposizione umana al rumore.

Nelle aree urbane limitrofe alle infrastrutture stradali - soprattutto strade statali, superstrada ed autostrada - sono sicuramente presenti elevati livelli di rumore; in molte abitazioni, potranno essere presenti livelli superiori di più di 10 dBA rispetto ai limiti notturni che i Comuni hanno adottato, ove già operative, con le recenti delibere di "zonizzazione acustica comunale". Ai fini igienico sanitari sarà utile calcolare la percentuale di residenze ove risulta superato il limite notturno oltre a quello diurno.

La circolazione dei mezzi pesanti rappresenta una fonte significativa di inquinamento acustico nel complesso del traffico veicolare.



Anche per il traffico ferroviario, nei casi in cui sono state eseguite rilevazioni in facciata agli edifici prospicienti le linee ferroviarie, vengono superati i limiti di riferimento, anche di 10 dBA, soprattutto nel periodo notturno.

Gli esposti della popolazione

Il rumore è l'unico fattore ambientale su cui si registra, dal 1992, un aumento della sensazione di fastidio (annoyance), segnalata attraverso i reclami della popolazione.

In tutta Europa i sondaggi situano il rumore fra le cause principali del peggioramento della qualità della vita.

Anche nei Comuni della Zona Sud Est il rumore, in relazione alla percezione del disturbo da parte della popolazione, è l'evento che più è in aumento, soprattutto nei centri urbani.

Le infrastrutture di trasporto, stradale e ferroviario, determinano le principali pressioni acustiche, mentre il contributo delle sorgenti fisse, seppur localmente non trascurabile, in scala più vasta appare meno significativo; inoltre, nel periodo estivo, varie attività ricreative e manifestazioni all'aperto ostacolano le normali attività quotidiane e, soprattutto nel periodo notturno, il riposo.

A seguito delle valutazioni tecniche e delle rilevazioni fonometriche effettuate dall'ARPAT sul disturbo da rumore segnalato attraverso gli esposti pervenuti alla U.F., sia da parte di singoli cittadini che di comitati, le conseguenti valutazioni igienico-sanitarie vengono indirizzate alle Amm.ni Comunali, per gli opportuni e conseguenti provvedimenti finalizzati al risanamento acustico, previsti dalle vigenti normative sulla prevenzione dell'inquinamento da rumore ambientale.

Il rumore da traffico veicolare

I Comuni della Zona Sud-Est di maggior rilievo per popolazione residente ed intensità di insediamenti produttivi (Bagno a Ripoli, Figline, Incisa, Pontassieve, Reggello), oltre alla criticità rappresentata dal traffico nel tessuto urbano, sono caratterizzati dalla presenza nel loro territorio di rilevanti nodi stradali, autostradali e ferroviari.

I residenti nelle aree prossime alla grande viabilità sono esposti a valori di rumorosità, misurati o stimati, superiori a 65 dBA, valori che risultano al di



sopra degli standard igienico-sanitari proposti dall'O.M.S. e dal "Libro Verde" della Commissione Europea, e che non consentono un adeguato riposo delle persone ed un salubre svolgimento delle attività quotidiane.

Nella lotta all'inquinamento acustico, gli obiettivi per il futuro sono da individuare nel produrre stime della numerosità della popolazione esposta ai diversi livelli di rumore. Gli elementi di novità della valutazione igienico sanitaria del rumore da traffico veicolare possono essere così sintetizzati:

- la stima della popolazione esposta a livelli di rumore diversi da quelli presenti a bordo strada del numero civico di residenza;
- una valutazione mediante questionario telefonico della collocazione delle camere rispetto alla fonte di rumore;
- un miglioramento delle tecniche statistiche;
- l'ampliamento del numero di postazioni ove potrà essere studiata l'evoluzione della rumorosità media dei veicoli in transito.

L'obiettivo è soprattutto quello di fornire indicatori di "stato", ovvero numeri in grado di quantificare, in maniera semplice e facilmente interpretabile, le conseguenze dirette sullo stato di salute della popolazione da fonti di inquinamento acustico nelle aree urbane.

Tale scelta risulterà in linea con gli strumenti di descrizione dello stato dell'ambiente e di informazione della popolazione, adottati come cardini delle politiche comunitarie in tema di inquinamento acustico nella Direttiva comunitaria 2002/49/CE, peraltro già recepita dal governo italiano con il D. L.vo n. 194/05.

L'Autostrada A1 e la costruzione della terza corsia

Già in fase *ante-operam*, come riportato nella relazione sul SIA - Studio Impatto Ambientale per la costruzione della terza corsia, il rumore originato dall'attuale tracciato autostradale, è particolarmente disturbante in periodo notturno (oltre il 50% dei rilevamenti effettuati in sede di monitoraggio supera i valori riportati nel DPR 142/04 (Disposizioni per il contenimento e la prevenzione dell'inquinamento acustico derivante dal traffico veicolare), con un massimo fino a 14,5 dBA; pertanto, dovrebbero essere posti in atto idonei provvedimenti per il risanamento già nella fase di attuale esercizio.



Nella fase di cantiere, il ricorso alla richiesta di deroga ai Comuni dovrà essere adottato solo quando sia dimostrata l'impossibilità di mettere in opera idonei interventi di mitigazione; è comunque da escludere la deroga per lavori in periodo notturno, dovrà essere presa in considerazione l'eventualità della sospensione dell'attività in tale periodo.

Nella fase di esercizio, per tutti i recettori per i quali viene previsto il superamento dei livelli sonori esterni, e a maggior ragione nei casi in cui risulti superato il limite in ambiente abitativo, prima dell'adozione degli interventi sui ricettori stessi, dovrà essere valutata la possibilità di interventi di mitigazione sulla propagazione del rumore (barriere acustiche). Gli eventuali interventi sui serramenti determinano un peggioramento della qualità della vita e quindi del benessere dei residenti coinvolti, in quanto si riduce di fatto la fruibilità dell'ambiente esterno.

Infine, dovrà essere previsto un programma di controllo e monitoraggio del rumore prodotto (rispetto dei valori di cui al D.P.R. 142/04).

Priorità di intervento sull'inquinamento acustico

- 1) Nei centri urbani con intenso traffico veicolare e nei Comuni caratterizzati dalla presenza nel loro territorio di importanti infrastrutture stradali e ferroviarie, sono sicuramente presenti elevati livelli di rumore; in molte abitazioni, si potranno registrare **livelli superiori di 10 dB rispetto ai limiti notturni** che i Comuni hanno adottato, con le recenti delibere di "zonizzazione acustica comunale". Ai fini igienico sanitari sarà utile calcolare la percentuale di residenze ove risulta superato il limite notturno oltre a quello diurno.
- 2) La circolazione dei **mezzi pesanti** rappresenta una fonte significativa di inquinamento acustico nel complesso del traffico veicolare, pertanto, nei centri urbani dovranno essere destinati a tali mezzi percorsi ben definiti, a salvaguardia dell'esposizione dei residenti.
- 3) Particolare attenzione dovrà essere posta dalle forze di Polizia nella repressione di tutte le immissioni non conformi alle norme del **codice della strada**, con particolare riferimento ai motoveicoli.
- 4) È necessaria una stima analitica della **popolazione esposta**, con metodologie conformi a quelle proposte dalla Direttiva europea 2002/49/CE.



Traffico e salute

Nelle aree prevalentemente urbane l'esposizione dei cittadini all'inquinamento atmosferico ed all'inquinamento acustico è in larga misura originata, come già detto, dal traffico veicolare; vi sono però altri effetti sulla salute collegabili alle modalità di trasporto oggi prevalenti, che si riportano in modo estremamente sintetico:

- Incidenti stradali: costituiscono la prima causa di morte sotto i 40 anni; la mortalità per questi eventi è molto diminuita nel corso degli anni, ma non nella fascia di età 15-29 anni.
- Sedentarietà: la mancanza di attività fisica è considerata, dopo il fumo, il più importante fattore di rischio per l'insorgenza delle malattie cardio-circolatorie e dell'obesità; secondo l'OMS basterebbe camminare ed andare in bicicletta per almeno 30 minuti al giorno per ridurre notevolmente il rischio di queste patologie.
- Salute mentale: sono stati documentati effetti psicologici dovuti all'esposizione regolare a traffico elevato quali aumento dello stress e dell'aggressività, riduzione della vita sociale; l'essere costantemente accompagnati a scuola ostacola nei bambini l'acquisizione di capacità molto importanti come l'orientamento, il sapersi relazionare con l'ambiente esterno, il senso di responsabilità ed autonomia.

Acquedotti e qualità dell'acqua

Le analisi dei dati conseguenti alle operazioni routinarie di controllo sulla potabilità degli acquedotti, indicano che i Comuni della Zona Sud-Est dispongono di un livello di qualità delle acque in rete soddisfacente, se si eccettuano delle criticità relative ai sistemi di potabilizzazione, distribuzione e di approvvigionamento che in determinate aree hanno causato ordinanze di sospensione di utilizzo dell'acqua a fini potabili.

Per il territorio del Chianti F.no si rileva la necessità di potenziare la portata (n. litri / minuto) delle fonti di approvvigionamento idrico, al fine di far fronte alle esigenze della popolazione

Campi elettromagnetici

S.R.B. - Stazioni Radio Base per la telefonia cellulare e Stazioni Radio-TV



Le normative vigenti non prevedono un parere della ASL per l'installazione delle Antenne - Stazioni Radio Base (S.R.B.) per la telefonia cellulare e per le Stazioni Radio-TV; la valutazione tecnica dei dati di potenza e di esercizio delle nuove installazioni spetta per competenza ad ARPAT.

Compito prioritario della ASL10 e della U.F. Igiene e Sanità Pubblica in particolare, nel campo dei rischi ambientali, è invece quello di fornire alla popolazione notizie in merito agli effetti sulla salute, basate su dati scientifici rigorosi e aggiornati, anche al fine di limitare, per quanto possibile, gli effetti negativi causati da notizie prive di fondamento scientifico, diffuse da canali informativi superficiali.

Le onde-radio sono utilizzate per le comunicazioni da oltre 100 anni, ma la rapidità con cui i telefoni cellulari si sono così ampiamente diffusi non ha precedenti, e una diffusione così rapida è stata accompagnata da una crescente preoccupazione sui possibili rischi per la salute derivanti da tale esposizione. La preoccupazione della popolazione è prevalentemente legata alla presenza delle antenne (S.R.B.), più che all'utilizzo dei telefonini; mentre la maggior parte degli studi scientifici in corso sono indirizzati all'individuazione di possibili rischi legati all'uso del cellulare. Infatti, l'esposizione alle onde radio derivante dall'uso del telefonino vicino alla testa o ad altre parti del corpo è di gran lunga più elevata rispetto a quella di chi vive vicino a una stazione radio base, anche se discontinua rispetto a questa. La preoccupazione origina certamente da un lato dalla mancanza di risposte definitive da parte del mondo scientifico in merito a possibili rischi per la salute, dall'altro da ipotesi che collegano l'esposizione a radiofrequenze a incremento di gravi patologie.

Autorevoli gruppi di esperti e organizzazioni internazionali, fra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Internazionale per la Protezione dalle Radiazioni Non Ionizzanti (ICNIRP), stendono periodici rapporti sui risultati degli studi epidemiologici e sperimentali effettuati; sulla base di tali rapporti vengono elaborate delle linee guida internazionali sui limiti di esposizione e fornite norme di comportamento.

Si riporta una sintesi delle conclusioni di alcuni dei rapporti più autorevoli, riferiti ai telefoni cellulari e alle SRB:



“...Sia le misure sia i calcoli mostrano che i livelli dei segnali emessi dalle Stazioni Radio Base nelle aree accessibili al pubblico sono molto al di sotto delle linee guida internazionali: in genere sono inferiori di un fattore 100 o più ai limiti raccomandati...” (O.M.S. - Giugno 2000);

“...Nessuna delle recenti revisioni della letteratura ha concluso che l’esposizione a campi a radiofrequenze, originati dai telefoni cellulari o dalle Stazioni Radio Base, causi qualche conseguenza avversa sulla salute. Sono comunque state identificate alcune lacune nelle conoscenze che richiedono ulteriori ricerche per giungere a una migliore valutazione dei rischi. Occorreranno 3-4 anni perché le necessarie ricerche siano completate e valutate, e perché vengano pubblicati i risultati finali per tutti i rischi sanitari.....” (Pro-memoria O.M.S. n. 193, giugno 2000, confermato nel Pro-memoria O.M.S. n. 304, maggio 2006);

“...L’attitudine alla prudenza che viene raccomandata da vari gruppi di studio non costituisce in alcun caso una validazione dell’ipotesi che sussista un rischio sanitario. Si tratta piuttosto di consigli di buon senso giustificati dall’esistenza di un ragionevole dubbio nell’attesa di informazioni scientifiche future.....” (Ministero della Sanità Francese, gruppo di esperti - 2001).

Ancora più recentemente, nel 2005, il gruppo di esperti incaricato dal Ministero della Sanità Francese ha presentato il rapporto finale di uno studio accurato durato due anni, che ha evidenziato il livello estremamente basso dei campi a radiofrequenze prodotti dalle Stazioni Radio.

I limiti di esposizione attualmente in vigore in Italia per le Stazioni Radio Base e le Stazioni Radio-TV sono regolamentati per legge, a differenza che in altri Paesi, e sono riferite alle linee guida sviluppate dalla Commissione Internazionale per la Protezione dalle Radiazioni Non Ionizzanti (ICNIRP). I valori guida internazionali sono già cautelativi: lo stato italiano, rispondendo ad un criterio di tipo precauzionale, ha fissato col decreto 10 settembre 1998 limiti di legge fra i più bassi al mondo, estendendo anche alle residenze e ai



luoghi assimilati valori di tutela assai restrittivi; tali limiti sono stati confermati nel D.P.C.M. 8/07/03.

Comunque, nell'attesa dei risultati degli studi e delle ricerche in corso, promosse e sostenute dal Progetto Internazionale Campi Elettromagnetici dell'OMS, riteniamo utile porre l'attenzione sull'unico rischio certo che è emerso dal diffondersi della telefonia cellulare, e su cui tutti i gruppi di studio sono concordi, ossia **l'incremento di incidenti stradali** (rischio aumentato di circa 4 volte) per chi utilizza cellulari durante la guida, anche con l'ausilio di auricolari o viva voce. Poiché gli incidenti stradali sono in Italia causa di un elevatissimo numero di feriti e di morti soprattutto tra i giovani, in grandissima parte evitabili, riteniamo che debba essere fatto tutto il possibile per eliminare quei comportamenti che incrementano questo rischio.

Si riporta di seguito l'elenco degli impianti di radio-comunicazione attivi nei Comuni della Zona Sud-Est e a Firenze (tabella 1).

Tabella 1. Elenco degli impianti di Radio-Comunicazione attivi nei Comuni della Zona Sud-Est e nel Comune di Firenze (Fonte: ARPAT - SIRA)

Prov.	Comune	N. postazioni SRB*	N. postazioni RTV**
FIRENZE	<u>BAGNO A RIPOLI</u>	10	30
FIRENZE	<u>BARBERINO VAL D'ELSA</u>		1
FIRENZE	<u>FIGLINE VALDARNO</u>	5	4
FIRENZE	<u>GREVE IN CHIANTI</u>	9	28
FIRENZE	<u>IMPRUNETA</u>	13	1
FIRENZE	<u>INCISA IN VAL D'ARNO</u>	2	1
FIRENZE	<u>PELAGO</u>	6	2
FIRENZE	<u>PONTASSIEVE</u>	6	9
FIRENZE	<u>REGGELLO</u>	13	41
FIRENZE	<u>RIGNANO SULL'ARNO</u>	6	25
FIRENZE	<u>RUFINA</u>	1	6
FIRENZE	<u>SAN CASCIANO V.P.</u>	7	2
FIRENZE	<u>TAVARNELLE V.P.</u>	7	

TOT.		85	150
FIRENZE	<u>FIRENZE</u>	182	20

***SRB** - Stazioni Radio Base per la telefonia cellulare - GSM e UMTS

****RTV** - Impianti di diffusione Radio e Televisiva - Ponti Radio

Nell'ambito dei Comuni della Zona Sud-Est, negli ultimi anni, sono state effettuate da ARPAT rilevazioni di C.E.M., sia per i campi generati dalle Stazioni Radio Base per la telefonia cellulare, sia per quelli da Impianti di diffusione Radio-Televisiva.

Per le Stazioni Radio Base, i risultati di tali rilevazioni hanno fornito valori di campo elettromagnetico ampiamente inferiori ai limiti previsti dalla normativa (D.P.C.M. 8/07/03), in particolare, ai valori di attenzione ed agli obiettivi di qualità, fissati a 6 V/m per gli edifici, le loro pertinenze e tutte le aree intensamente frequentate.

Per gli Impianti di diffusione Radio-Televisiva, i risultati delle indagini strumentali effettuate nel 2005, hanno evidenziato per alcuni impianti, valori di campo elettromagnetico superiori, anche se in misura limitata, ai valori di esposizione fissati dalla legge: nei confronti dei titolari degli impianti, sono state avviate le procedure previste per la riconduzione ai limiti di legge di tali impianti, ai fini della bonifica del sito.

Fitofarmaci

Le normative vigenti in tema di utilizzo di prodotti fitosanitari in ambito agricolo prevedono che, da parte del titolare dell'Azienda ove si effettua il trattamento, sia fatta una comunicazione preventiva ai Servizi Territoriali di Prevenzione dell'ASL. In tali comunicazioni devono essere riportate alcune informazioni tra cui: il nome del prodotto utilizzato e l'anno di registrazione presso il Ministero della Salute, il tipo di coltivazione, il Comune e la località ove ha sede l'Az. Agricola, la zona ove sarà utilizzato il prodotto, i sistemi messi in atto per evitare una dispersione nell'ambiente ecc.

Sulla base delle comunicazioni pervenute alla U.F. Igiene e Sanità Pubblica nell'anno 2005, è stato possibile rilevare alcuni dati statistici, sia sul numero di comunicazioni trasmesse, suddivise per Comune, sia sui vari prodotti utilizzati nelle colture tipiche del territorio della Zona Sud-Est (tab.2).



Tabella 2. Comunicazioni trattamenti con fitosanitari nei Comuni della Zona Sud-Est - Anno 2005

U.F. Igiene e Sanità Pubblica - Zona Sud Est

2005 - Comune	N°	%	2005 - Prodotti impiegati	N°	%
San Casciano Val di Pesa	72	37,1	Basta	28	13,9
Barberino Val d'Elsa	33	17,0	Roundup (biolflow, max, plus)	17	8,2
Greve in Chianti	25	11,3	Silglif	15	7,7
Pontassieve	21	10,3	Buggy	14	6,7
Bagno a Ripoli	14	7,2	Amizina	9	4,6
Rignano sull'Arno	14	7,2	Clinic	7	3,6
Tavarnelle Val di Pesa	12	6,2	Gallery	7	3,6
Pelago	3	1,5	Kerb flo	7	3,6
Impruneta	2	1,0	Touchdown	7	3,6
Reggello	2	1,0	Gliphogan top	6	3,1
TOTALE	198	100,0	Goal	5	2,6
			Ronstar	5	2,1
			Glifosate	3	1,5
			Heteran	3	1,5
			Hopper biofluid	3	1,5
			Marox df	3	1,5
			Risolutiv	3	1,5
			Ariane	2	1,0
			Cadou blé	2	1,0
			Galigan	2	1,0
			Glufosinate ammonio	2	1,0
			Grasp	2	1,0
			Stratos ultra	2	1,0
			Stream	2	1,0
			Altro	42	21,6
			TOTALE	198	100,0

Tabella n° 3 - Tipologia di colture trattate - anno 2004 e 2005, U.F. Igiene e Sanità Pubblica - Zona Sud Est

COLTURE TRATTATE	2004	2005			
VIGNETO	135	144			
OLIVETO	15	16			
GRANO e ALTRI CEREALI	38	22			
GIRASOLE	3	7			
ALTRO (Frutteto, Seminativo, Favino, ect.)	14	9			
			TOTALE	198	100,0

Nel Chianti F.no, su iniziativa dell'Area Funzionale della Prevenzione della Zona Sud-Est, è stato condotto un intervento per il monitoraggio dei rischi per l'uomo e per l'ambiente derivanti dall'utilizzo di **mancozeb** nella coltivazione della vite, che ha visto impegnati, nei vari ambiti di competenza, il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL 10, l'A.R.P.A.T., il Comune di Tavarnelle V.P., il C.S.P.O., la Regione Toscana, l'A.R.S.I.A. e le Associazioni di categoria agricole ("Progetto Mancozeb").

L'indagine svolta ha avuto un carattere conoscitivo e preventivo, ha preso in esame non soltanto i soggetti professionalmente esposti ed i loro familiari,



ma anche i soggetti appartenenti alla popolazione generale, ed è il primo di questa tipologia che è stato realizzato nel Chianti F.no.

Sul mancozeb, ma soprattutto sull'etilentiourea, suo prodotto di degradazione fortemente idrosolubile, grava il sospetto su un'azione cancerogena e teratogena che poteva coinvolgere non solo gli esposti professionalmente, ma anche la popolazione in generale, sia perché risiede in aree agricole, o in quanto consumatrice di alimenti o bevande potenzialmente contaminate.

I risultati rappresentano un quadro conoscitivo della realtà agricola e delle pratiche e delle misure di protezione e prevenzione adottate dalle aziende ed hanno rilevato:

- l'assenza di contaminazione delle risorse idriche e del territorio;
- la maggiore esposizione dei lavoratori agricoli in alcuni fasi come quelle del "rientro in coltura";
- una esposizione anche nell'ambiente domestico per la sovrapposizione tra ambiente di vita e di lavoro;
- alcune abitudini di vita e comportamenti che possono dare indicazioni su eventuali atti di prevenzione primaria.

Il progetto ha evidenziato la necessità di una maggiore formazione e informazione dei lavoratori e dei familiari sull'importanza delle misure di prevenzione di igiene sia collettiva che individuale (ad es. rispetto dei tempi di rientro in coltura, idonei dispositivi di protezione individuale, idonei locali spogliatoi e servizi igienici comprensivi di doccia, procedure per una corretta decontaminazione dopo l'esposizione e per evitare la contaminazione degli indumenti e degli oggetti personali).

Infine, nel gennaio 2009, si è avviata la collaborazione delle UU.FF. ISP e PISLL dell'AF della Prevenzione - Zona Sud Est, al "**Progetto Fitofarmaci - Chianti**: un'indagine sull'utilizzo dei fitofarmaci nelle aziende agricole", condotto da ARPAT e UNIFI DIAF-Dip Ingegneria Agraria e Forestale, con l'obiettivo generale di ridurre l'esposizione e gli effetti negativi dei fitofarmaci sulla salute della popolazione della zona fiorentina sud est, promuovendo l'adozione di precauzioni e stili di vita corretti. La distribuzione dei prodotti fitosanitari e la conseguente valutazione dei rischi da esposizione sulla popolazione,



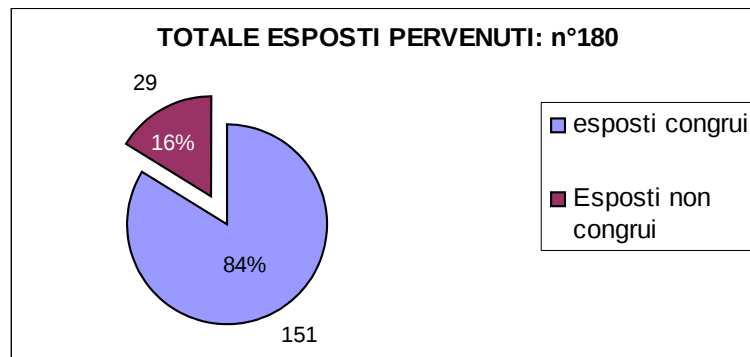
rappresenta una delle criticità più importanti. La zona fiorentina Sud Est si caratterizza per una intensa attività di viticoltura (con il 60% degli addetti e delle aziende fiorentine e circa 24.000 ettari di superficie coltivata - 68% dell'area fiorentina) con un ampio utilizzo di sostanze chimiche.

Esposti per inconvenienti igienico-ambientali

Le segnalazioni di inconvenienti igienico-ambientali effettuate dai cittadini, sia a livello individuale che collettivo, sono in larga parte da mettere in relazione ad effetti molesti che, a causa di un peggioramento della qualità della vita, possono per via indiretta comportare anche un deterioramento dello stato di salute degli individui coinvolti, soprattutto nei centri urbani.

Le segnalazioni pervenute per l'anno 2004 e 2005 al Servizio Territoriale di Igiene e Sanità Pubblica della ASL 10 da parte di residenti nei 13 Comuni della Zona Sud-Est, sono riportate nella figura e nella tabella seguenti.

Figura 1 Esposti per inconvenienti igienico-ambientale pervenuti da parte di residenti nella Zona Sud-Est - Anno 2004



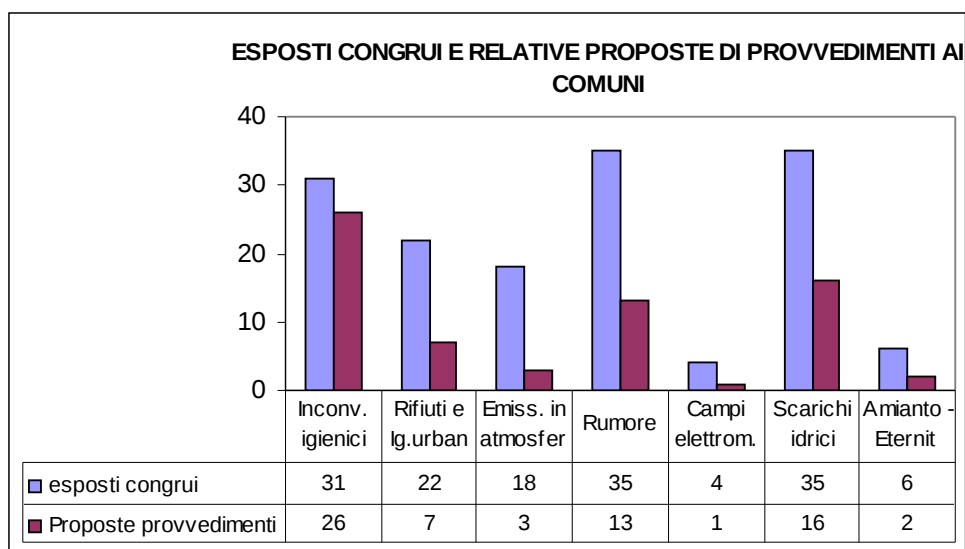
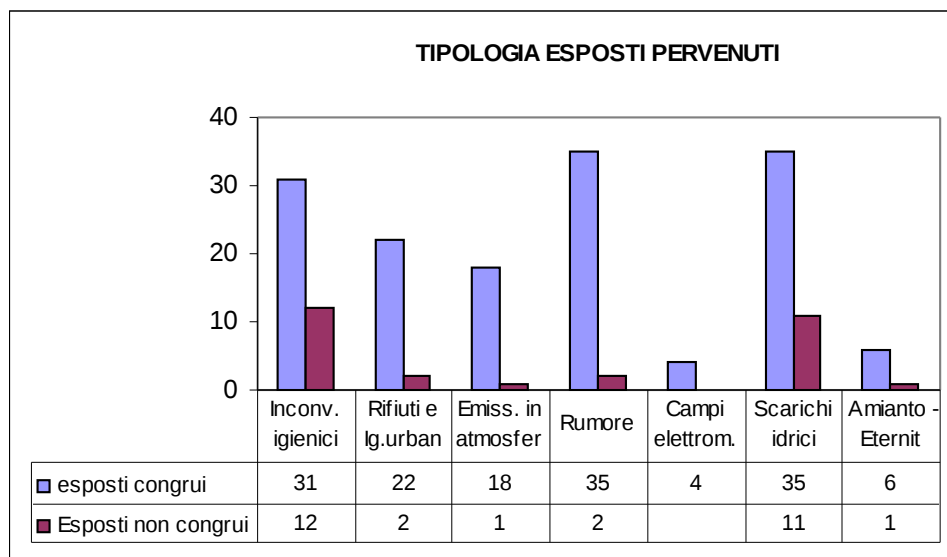


Tabella 4 Esposti per inconvenienti igienico-ambientale pervenuti da parte di residenti nella Zona Sud-Est - Anno 2005

TIPOLOGIA E N° ESP TOT	Verifica sanitaria	Esame rapporto TP	Esposti non congrui	Pareri igienici e ambient ali	Esposti -risposta	Proposta provvedim enti aut. sanitaria
Inconvenient i igienici vari 48	10		7	6	6	25
Rifiuti e igiene urbana 17	5		2	55	1	2
Emissioni in atmosfera 18	4		4	1	7	2
Rumore 24	3			4	6	11
CEM 6	62 (ARPAT)			6		3
Scarichi idrici 43	5		15	4	9	14
Amianto/Ete rnit 17	4		1	1	2	10

**Tot→ 173
67**

29

Fra gli “inconvenienti igienici vari” sono compresi in genere quelli segnalati da privati, con tipologia molto varia, tra cui citiamo la presenza di agenti infestanti, la tenuta di animali domestici, il malfunzionamento di impianti tecnici in civili abitazioni, ecc., che si manifestano nella maggior parte dei casi in luoghi e spazi privati. Tale tipologia di esposti comprende la parte più numerosa tra gli esposti non congrui, che in base alla normativa regionale sui livelli di assistenza definiti dal Piano Sanitario Regionale, presentano aspetti relativi a rapporti di natura privata non attinenti ai Servizi Territoriali di Igiene e Sanità Pubblica, ma di competenza del Codice Civile.

Purtroppo non è ancora possibile una elaborazione per singolo Comune della tipologia di esposti pervenuti; si può solo indicare che fra i vari Comuni della

Zona, dai residenti nei Comuni di Bagno a Ripoli, Figline V.no e Reggello, sono pervenuti circa il 70% delle segnalazioni per inconvenienti derivanti da scarichi idrici.

2.2 GESTIONE DELLA POPOLAZIONE CON PATOLOGIE CRONICHE

2.2.1 Presa in carico del paziente cronico



Secondo un autorevole rapporto dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (*Preventing chronic diseases: a vital investment*) negli ultimi vent'anni le malattie croniche si sono diffuse anche nei Paesi più poveri e oggi sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa.

I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà.

Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, e grazie a trattamenti sanitari.

L'80% dei decessi per malattie croniche si verifica in Paesi a reddito medio-basso, in pari misura tra uomini e donne, il numero di persone, famiglie e comunità colpite sta aumentando.

Cause delle malattie croniche



Le malattie croniche possono essere sconfitte con le conoscenze attuali, le soluzioni sono efficaci ed economicamente convenienti.

Un'ulteriore riduzione annuale del 2% nel tasso di mortalità per malattie croniche nel mondo per i prossimi 10 anni e le conoscenze necessarie sono già disponibili.

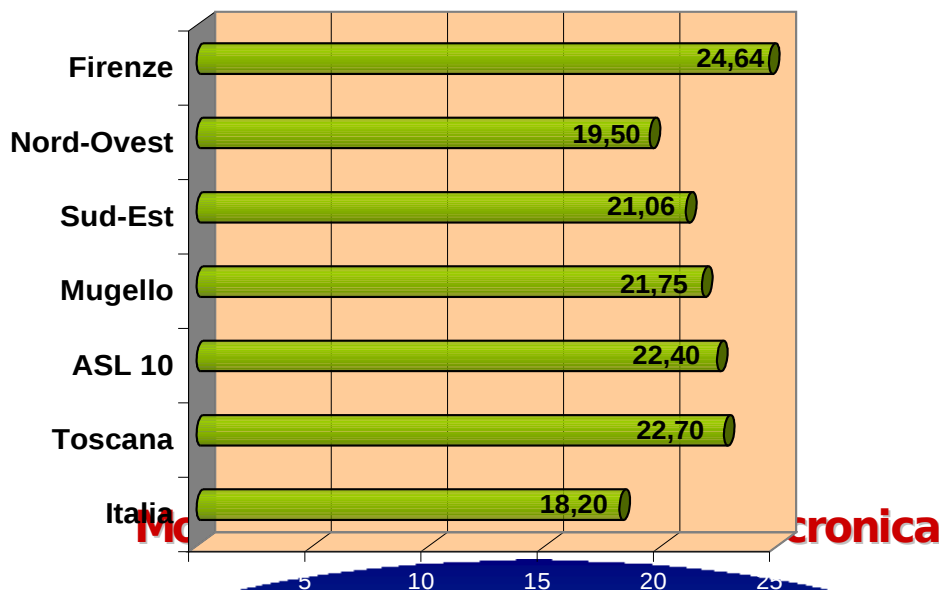


Le caratteristiche indispensabili per i nuovi modelli di gestione si possono così sintetizzare:

- un approccio pro-attivo,
- il coinvolgimento di pazienti, famiglie e comunità,
- l'integrazione tra cure primarie e secondarie,
- l'utilizzazione di evidenze scientifiche,
- la motivazione dei professionisti

Inoltre, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, rende ancora più urgente l'attivazione di politiche sanitarie e non sanitarie, ad hoc.

La percentuale di cittadini con età superiore a 65 anni nella regione Toscana, è ben più alta del dato nazionale.



La rete territoriale è la naturale sede per recepire ed applicare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche.

Il modello è in realtà pensato come un “sistema” all’interno del quale, i sei elementi costitutivi interagiscono, rinforzandosi a vicenda.

I sei elementi possono essere così descritti:

1. **La Comunità:** le risorse politiche e sociali della comunità devono essere mobilitate e coordinate per venire incontro ai bisogni
2. **L’organizzazione dell’assistenza sanitaria:** creare una cultura, un sistema che promuova una assistenza sicura e di elevata qualità
3. **L’auto-gestione :** mettere in condizioni i pazienti di gestire la loro salute attraverso il supporto all’autocura.
4. **Il sistema di erogazione delle cure:** le modalità attraverso cui si garantiscono l’assistenza clinica ed il supporto all’autogestione della malattia
5. **Il supporto alle decisioni:** l’introduzione di linee guida e la diffusione delle evidenze scientifiche nella pratica clinica. Mettere in evidenza le preferenze del paziente
6. **Il sistema informativi:** l’organizzazione e la gestione dei dati dei pazienti e della popolazione per facilitare un’assistenza efficiente ed efficace.

Nella Zona Distretto Sudest, è stato studiato e sperimentato il modello proattivo in applicazione del “Chronic Care Model”. I risultati incoraggianti dei progetti già attuati, sulle malattie croniche e nello specifico sugli anziani (che sempre negli ultra 85enni, risultano portatori di almeno due patologie concomitanti), orientano al consolidamento sia del percorso per lo scompenso cardiaco e sia del percorso per il diabete.



Significativi risultati si sono raggiunti nella Zona Fiorentina Sud-est soprattutto nell'abbattimento dei ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco e nella riduzione dei ricoveri per complicanze dovute a diabete; indicatori che si ritrovano anche nel sistema di valutazione aziendale e regionale.

La chiave di volta, che ha consentito il passaggio dalle tradizionali risposte indifferenziate a una modalità di presa in carico fortemente personalizzata, è stata la stratificazione del rischio e l'inserimento nelle modalità socio-assistenziali più pertinenti; viene così differenziata la risposta in base al rischio (alto, medio e basso) a cui corrispondono obiettivi, interventi e risultati diversi:

- attività di educazione sanitaria e modifica degli stili di vita per il basso rischio (80% della popolazione "cronica"),
- inserimento in percorsi strutturati e clinicamente validati (disease management) specifici per patologia con l'obiettivo di contenere le complicanze,
- attivazione di cure domiciliari e assistenza complessa per l'alto rischio, compresa la patologia oncologica.

Tutto questo, nell'ottica anticipatoria (rispetto a quanto previsto dall'attuale PSR) dell'approccio proattivo della sanità d'iniziativa e della coerenza con il Chronic Care Model come modello innovativo e di comprovata efficacia per la gestione dell'epidemia di cronicità.

E' in corso la valutazione per l'estensione e la sperimentazione in altri ambiti di condizioni e/o patologie ad alto impatto tra la popolazione: l'incontinenza urinaria (50% di prevalenza femminile), le a broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

2.2.2 Rafforzamento della continuità assistenziale territorio ospedale

La nostra SdS si è impegnata molto in questa direzione; la presenza di un rappresentante della Direzione di Presidio Ospedaliero nella Staff tecnico della SdS ha infatti rappresentato una forte spinta alla realizzazione di percorsi di continuità assistenziale. Riteniamo fondamentale mantenere ed



intensificare gli sforzi in questa direzione attraverso l'elaborazione di uno specifico Protocollo sulle "dimissioni difficili"

Il protocollo, fortemente orientato a sostenere l'utenza over 65, giunge al termine della fase di sperimentazione e vengono perfezionate le condizioni per la messa a regime: dalla valutazione effettuata si evidenzia sostanzialmente l'utilità di un percorso strutturato ed integrato per l'accompagnamento della persona con bisogni complessi nella fase di transizione dal ricovero ospedaliero all'inserimento nel più appropriato percorso territoriale; la tipologia a cui viene riservato tale percorso è selezionata su criteri di fragilità sociale ed impegno sanitario. Viene irrobustito il raccordo dell'Ospedale con la Sanità Territoriale e valorizzato lo snodo del PUAC.

I due cardini del protocollo, che ne rappresentano anche la valenza innovativa, si individuano prevalentemente nella valutazione multidimensionale e multiprofessionale e nei flussi di comunicazione tempestiva e completa.

2.2.3 Organizzazione Snella o Lean dell'Assistenza

La Società della Salute Sud Est ha aderito al progetto della ASL 10 "Organizzazione Lean Assistenza (O.L.A.)", per la riorganizzazione sia ospedaliera che territoriale. Il progetto si è sviluppato seguendo l'indicazione della Direzione aziendale di adottare una nuova strategia organizzativa, al fine di ottenere una disposizione più efficiente delle risorse umane e tecniche, in modo da generare maggior valore da distribuire tra tutti i portatori di interesse, primo fra tutti il cittadino - utente.

L'attuazione della nuova strategia rende obbligatorio l'abbandono dei vecchi modelli organizzativi burocratico funzionali, che frammentano le responsabilità e restringono la visione degli obiettivi aziendali da parte dei professionisti coinvolti nel loro raggiungimento: i modelli tradizionali non rendono possibile la visione complessiva dei processi operativi che agiscono in una organizzazione complessa come quella ospedaliera e rendono difficile l'integrazione fra le varie strutture produttive.

2.2.3.1 La dimissione complessa: progetto "Un solo paziente"



Una delle maggiori criticità che vengono a crearsi sia come difficoltà a carico dell'utenza e sia come impatto sull'organizzazione sanitaria, è ravvisabile in quella che si definisce la "dimissione difficile" da parte dell'ospedale verso l'ammissione nel territorio e nelle sue strutture.

Il momento della dimissione, quando resa complessa dalle condizioni clinico-assistenziali ed anche sociali, necessita di trovare risposte che rendano possibile da una parte, la messa a disposizione di posti letto ospedalieri per acuti e dall'altra la presa in carico territoriale per la continuazione delle cure e del supporto sociale ove necessario.

Per dare risposta a questo nodo fondamentale, è avviato un gruppo aziendale di progetto che ha come mandato quello di costruire e sperimentare un percorso di continuità Ospedale-Territorio tenuto distinto da quello per i cittadini non-autosufficienti ed anche rimodellando quelle che sono ad oggi le attribuzioni ed il coordinamento delle risorse.

Alcuni cardini del progetto:

In presenza di dimissioni complesse dall'ospedale, individuate su criteri prestabiliti, si avvia una valutazione effettuata dall'ospedale che orienta la scelta del setting appropriato utilizzando i criteri condivisi con i professionisti che operano nel Territorio ed i medici di medicina Generale. Il territorio definisce il piano di assistenza post-dimissione.

A ciascun ambito territoriale, in base alle caratteristiche della popolazione, vengono attribuite come "budget" le risorse: ricoveri in lungodegenza, cure intermedie, riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza riabilitativa domiciliare, accessi domiciliari medico medicina generale, ricoveri temporanei in RSA, pronto sociale domiciliare.



2.3 IL PROGETTO PER L'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

Il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente è una delle esperienze più innovative e rivoluzionarie nel panorama dei servizi agli anziani esistenti in Italia.

Il progetto punta a dare una risposta certa e tempestiva ai bisogni assistenziali delle persone anziane ed i loro familiari non in grado di provvedere ai propri bisogni autonomamente.

A conclusione della Fase Pilota, a cui la SdS Sud Est ha aderito, il 18 dicembre scorso con la legge regionale n. 66 viene istituito il Fondo per la non autosufficienza, con il quale si intende, appunto strutturare un insieme di servizi capaci di rispondere ai bisogni accertati per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti.

Il prossimo triennio vedrà la SdS impegnata ad implementare con forza il progetto, che in estrema sintesi si pone due obiettivi fondamentali:

- privilegiare la permanenza nel proprio ambiente familiare della persona non autosufficiente, potenziando i servizi e ritardare il più possibile e/o ridurre l'istituzionalizzazione
- ottenere una risposta assistenziale tempestiva, appropriata e flessibile.

La normativa regionale prevede che il sistema dell'accesso sia organizzato in:

- Punti Insieme, per l'informazione, l'accoglienza, l'orientamento, la registrazione del bisogno, l'avvio della raccolta e l'accompagnamento;
- Punto Unico di Accesso (PUA), per la presa in carico, attraverso la raccolta delle schede di richiesta e l'invio all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);



- Unità di Valutazione Multidisciplinare Zonale (UVM) per la valutazione e la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)

Compete appunto all'UVM valutare le condizioni del bisogno della persona e individuarne l'indice di gravità, verificare la sussistenza delle condizioni per l'attivazione del fondo, dividerne con la famiglia il progetto, verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi del PAP e l'appropriatezza delle prestazioni erogate

Tale sistema innovativo ha la finalità principale di fornire al cittadino un unico riferimento, evitandogli la necessità di dover compiere molteplici passaggi per rivolgersi ai vari servizi coinvolti e per portare avanti il percorso di presa in carico. Infatti, a qualsiasi Punto Insieme il cittadino si rivolga, il sistema unico integrato è in grado di avviare il percorso di presa in carico e di portarlo a termine, con la valutazione del grado di non autosufficienza e la definizione del PAP.

PUA, Punto Unico di Accesso, con funzioni di cabina di regia e di raccolta delle segnalazioni di bisogno, nella zona fiorentina Sud Est è ubicato presso la sede della SdS. Il PUA si potenzierà e sarà composto da un gruppo di operatori che garantirà permanentemente la presa in carico, con:

- l'accoglimento, la registrazione e la raccolta delle schede di richieste di intervento provenienti dai Punti Insieme e dai medici di medicina generale (M.M.G.);
- l'attivazione del percorso di valutazione multidimensionale, mediante l'identificazione degli operatori sociosanitari di riferimento facendosi inoltre garante della tempestività della risposta fornita;
- il governo dei flussi e l'interrelazione del sistema;
- il supporto al monitoraggio delle risorse del sistema integrato dei servizi sociosanitari che costituiscono il riferimento per i PAP

PuntInsieme: l'attività si svolge tramite:

- l'accoglimento e la lettura immediata del bisogno a cui farà seguito la registrazione della richiesta di intervento e la ricezione dell'istanza



presentata dal cittadino, da un suo familiare o eccezionalmente, dalla rete amicale e di prossimità;

- la “presa in carico” tempestiva della persona che risulti portatrice di un bisogno complesso sociosanitario e la successiva trasmissione al PUA di tutte le schede di registrazione delle richieste di intervento, valutate come complesse, al fine di identificare gli operatori di riferimento e attivare il percorso di valutazione multidimensionale;
- la segnalazione al PUA per l’avvio tempestivo degli interventi assistenziali considerati urgenti.

Dunque i Punti Insieme integrano in un unico sistema sia i punti di accesso sociali (servizio di Segretariato Sociale) che quelli infermieristici (presidi infermieristici).

Nella zona forentina Sud Est, ad oggi, sono presenti 11 Punti Insieme, dislocati, nei 13 Comuni; è nostra intenzione migliorarne e potenziarne l’accessibilità.

L’Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), assicura la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona in condizioni di non autosufficienza adottando gli strumenti valutativi previsti dalle vigenti normative e conduce il percorso in maniera globale allo scopo di formulare dei PAP che assicurino la risposta assistenziale più appropriata ai bisogni rilevati.

La SdS, dopo l’adesione alla fase Pilota del progetto, ha istituito un’unica U.V.M. al posto delle tre esistenti, al fine di garantire una maggiore omogeneità di valutazione ed una sola graduatoria per tutta la zona.

Obiettivi e azioni:

Favorire la permanenza della persona non autosufficiente nella propria abitazione il più a lungo possibile, garantendo una buona qualità della sua quotidianità, fornendo quanto serve a supportare le perdite funzionali e intervenendo a sostegno delle famiglie.

Per perseguire questo obiettivo pensiamo di:

- 1) riordinare il sistema dei servizi domiciliari, in un sistema di rete;



- 2) fornire all'UVM una gamma ampia di risposte e di interventi, che vada dalla semplice consulenza/informazione, all'erogazione di prestazioni economiche (contributi per gli assistenti familiari etc..) all'assistenza domiciliare sociale, a quella programmata, a quella integrata, ai centri diurni e ai cosiddetti ricoveri di sollievo;
- 3) rafforzare globalmente la capacità di governo del sistema e valorizzando, responsabilizzando gli operatori coinvolti;
- 4) programmare pacchetti coordinati di prestazioni per la domiciliarità.;
- 5) potenziare gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare
- 6) sostenere il mantenimento del massimo livello possibile di autonomia, salute e qualità della vita delle persone anziane, attraverso l'ottimizzazione di tutte le risorse territoriali, con particolare attenzione all'inserimento nella rete dei servizi del terzo settore
- 7) garantire l'appropriatezza nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti e ridurre il ricorso alla lista d'attesa, promuovendo una differenziazione dell'offerta delle strutture residenziali e semiresidenziali e supervisionando l'inserimento nei moduli.

2.4 SERVIZIO SOCIO SANITARIO ZONALE

I Sindaci della zona fiorentina sud est, dopo la positiva esperienza della sperimentazione, hanno ritenuto di dare avvio ad un percorso di consolidamento della esperienza consortile attraverso la costituzione di una gestione associata dei servizi socio sanitari, ad oggi erogati dalle amministrazioni comunali, con l'obiettivo di arrivare in un prossimo futuro, ad affidare alla SdS elementi di conduzione effettiva ed integrata delle funzioni in campo socio-assistenziale, socio-sanitario e di sanità territoriale. Nel corso di vigenza di questo Pis verrà data attuazione alla deliberazione n° 16 del 17 luglio 2008 che prevede di arrivare ad un unico servizio sociosanitario di Zona attraverso due tappe che consentano di mantenere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ad oggi raggiunta nei singoli Comuni e nella Asl.



Il modello organizzativo nella prima tappa avrà tre articolazioni: la zonale, che gestirà il progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, nonché i progetti zonali del PISR e due sub aree: Valdarno - Valdisieve e Bagno a Ripoli - Chianti. In tale fase, e nelle more del passaggio a gestione diretta di tutte le attività previste nelle due sub aree alla Società della Salute, è fondamentale promuovere forme di stretta cooperazione tra i Comuni nella erogazione dei servizi socio-assistenziali con il duplice obiettivo di ridurre e semplificare il numero di interlocutori del consorzio e incentivare processi aggregativi dei Comuni.

Proprio la complessità geografica del nostro territorio così come la sua storia sociosanitaria, rendono la nostra Zona una delle più complesse della Regione Toscana per la realizzazione di processi di unificazione zonale, il percorso individuato, condiviso dagli assetti tecnici dei 13 Enti Locali, costituisce una garanzia anche per amministratori e cittadini

Per arrivare a ciò la Giunta della Società della Salute aveva dato mandato ad un Gruppo Tecnico, coordinato dal Direttore della SdS, di: elaborare la proposta organizzativo-giuridica per la costruzione di una gestione associata ed integrata dei servizi socio-sanitari e di assistenza sociale attualmente ripartiti tra i comuni del sud est fiorentino aderenti al Consorzio della Società della Salute e l'ASL, che preveda un'articolazione territoriale delle funzioni di linea tale da mantenere ovvero migliorare i livelli qualitativi attualmente offerti, e non allontanare dai territori i punti di erogazione dei servizi di front-office. Nel corso di vigenza di questo PIS verrà avviato un confronto con gli stakeholders interessati sulle linee essenziali del progetto di costruzione della gestione associata di che trattasi; verrà avviata la concertazione sull'ipotesi con le Organizzazioni Sindacali di settore e con gli altri soggetti interessati.

2.5 MEDICI DI MEDICINA GENERALE

La SdS del sud est guarda con attenzione i processi di riorganizzazione in atto in tutta la medicina generale in particolare le decisioni della stessa in merito ad una sua maggiore integrazione con le altre componenti professionali del SST. Apprezza quanto la M.G. ha definito nel preaccordo dell'ACN in merito all'organizzazione funzionale propria dell'attività primaria



e l'obiettivo della riunificazione della presa in carico degli utenti a livello territoriale mediante l'istituzione del ruolo unico che deve necessariamente portare ad una diversa organizzazione della continuità assistenziale sia notturna che festiva. Apprezza la decisione della medicina generale di impegnarsi nella sperimentazione del Chronic care model nella gestione delle patologie croniche ed all'apporto che essa darà alla definizione della carta sanitaria che presto sarà distribuita a tutti i cittadini toscani. Auspica che quanto previsto dal piano sanitario regionale 2008/2010 in merito alla maggior responsabilizzazione anche di tipo economico della stessa ed alla sua volontà di andare a definire e contrattare con l'azienda sanitaria e con la stessa SDS budget tesi a migliorare la qualità delle prestazioni erogate ai nostri cittadini diventi presto una realtà.. La SDS ritiene che la medicina generale possa avere un ruolo determinante nel governo clinico della nostra zona e che si possa trovare un accordo con la stessa in merito a quanto previsto dalla legge 40 sulla sua partecipazione agli organi di governo della stessa SDS. Obiettivo della SDS è continuare la buona collaborazione fin qui attuata con la medicina generale che ha portato alla definizione di Percorsi diagnostici terapeutici quali quello della F.A , dello scompenso cardiaco, delle ematurie e delle calcolosi renali della nuova implementazione di quello sulla gestione delle urgenze vascolari. Tali PDT dovranno essere individuati per tutte quelle patologie che interessano il territorio e necessitano di essere gestite in tempi consoni alla loro gravità. La SDS si impegna a stabilire nuove forme di coinvolgimento di tutti i medici di medicina generale della nostra zona anche attraverso lo costituzione di consulte di zona e si candida fin da adesso alla sperimentazione delle nuove forme organizzative sia funzionali che strutturali previste per la medicina generale negli accordi nazionali , regionali e nel piano sanitario regionale.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il sistema delle cure primarie integrato rappresenta con l'Unità di Medicina Generale, i Pediatri di Libera scelta, la Medina di Comunità, la Specialistica Ambulatoriale, il modello più moderno attraverso cui assicurare la continuità delle cure della popolazione e di promozione della salute.



In particolare l'Unità di Medicina Generale (UMG) è la struttura organizzativa elementare a cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale. Con apposito atto di Giunta Regionale in ciascuna zona distretto/SdS potrà essere costituita una o più UMG in funzione della popolazione assistita.

I componenti di una UMG possono concentrare la loro attività in un'unica sede fisica, anche insieme ad altre UMG e ad altri servizi, oppure essere distribuiti in studi singoli o di gruppo sparsi sul territorio a seconda delle necessità oro-geografiche, della programmazione locale e di quella propria dell'UMG stessa.

Già nell'Accordo integrativo regionale del Marzo 2008 la Regione Toscana e la FIM.M.G. hanno concordato che la funzione operativa clinica della Medicina Generale possa afferire alla struttura organizzativa funzionale Unità di Medicina Generale.

In applicazione a quanto previsto dal PSR e dagli ACN, sarà attivata in ciascuna azienda sanitaria locale, su base sperimentale, almeno una UMG che coinvolga una popolazione di circa 20.000 assistiti.

Per ogni UMG sarà nominato un coordinatore, che avrà la responsabilità professionale e gestionale.

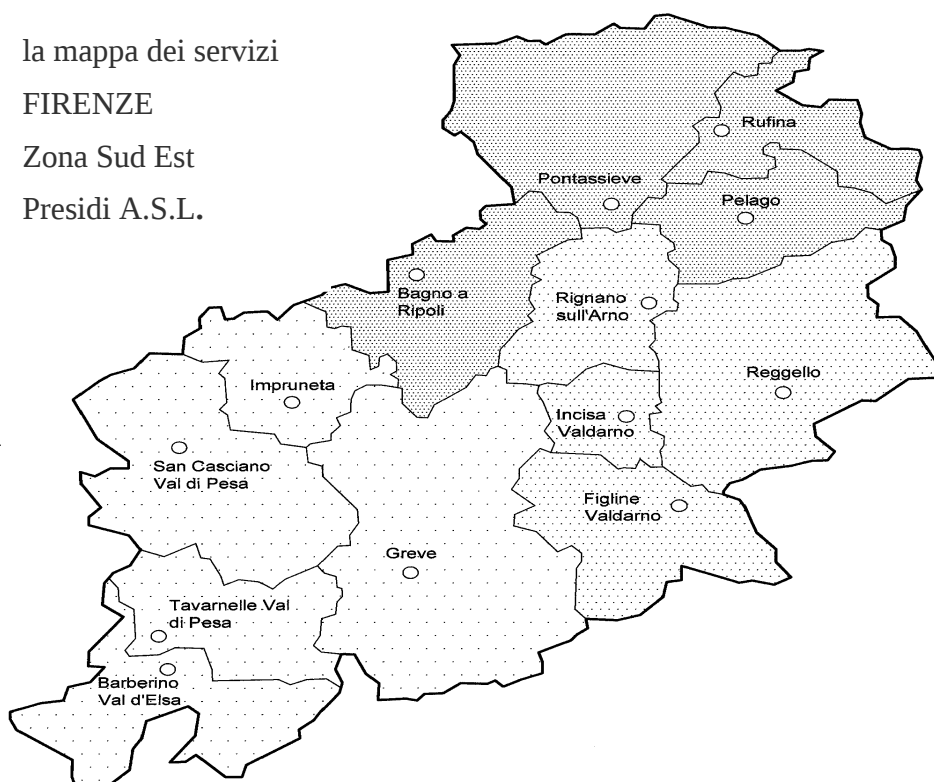
Si possono pertanto delineare le caratteristiche di queste unità, sulle quali la SdS svilupperà il modello territoriale per la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino:

- La medicina generale sarà organizzata in Unità (UMG): tutti i medici di medicina generale ne faranno parte;
- Le UMG saranno costituite indicativamente da 20-25 medici di medicina generale così da assistere una popolazione di 20-25.000 cittadini (a seconda del contesto orogeografico e della programmazione);
- Le UMG assicureranno un'assistenza di 10/12 ore ambulatoriali e 24H domiciliari;
- I medici potranno svolgere nell'UMG attività fiduciaria e/o attività oraria, fra loro coordinate per rispondere a tutte le esigenze assistenziali;



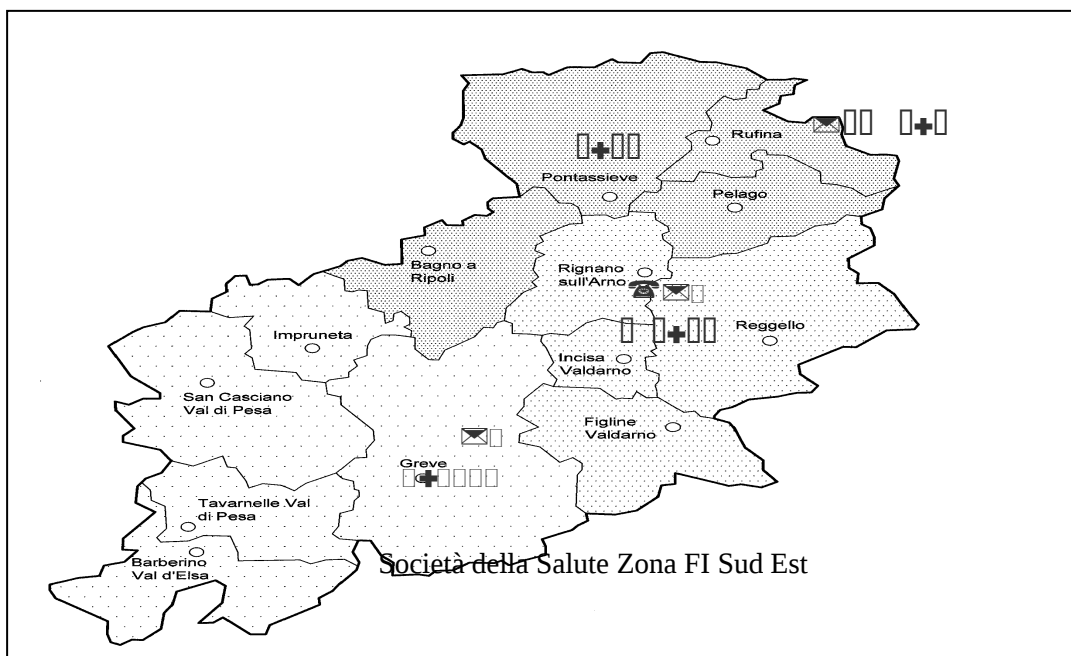
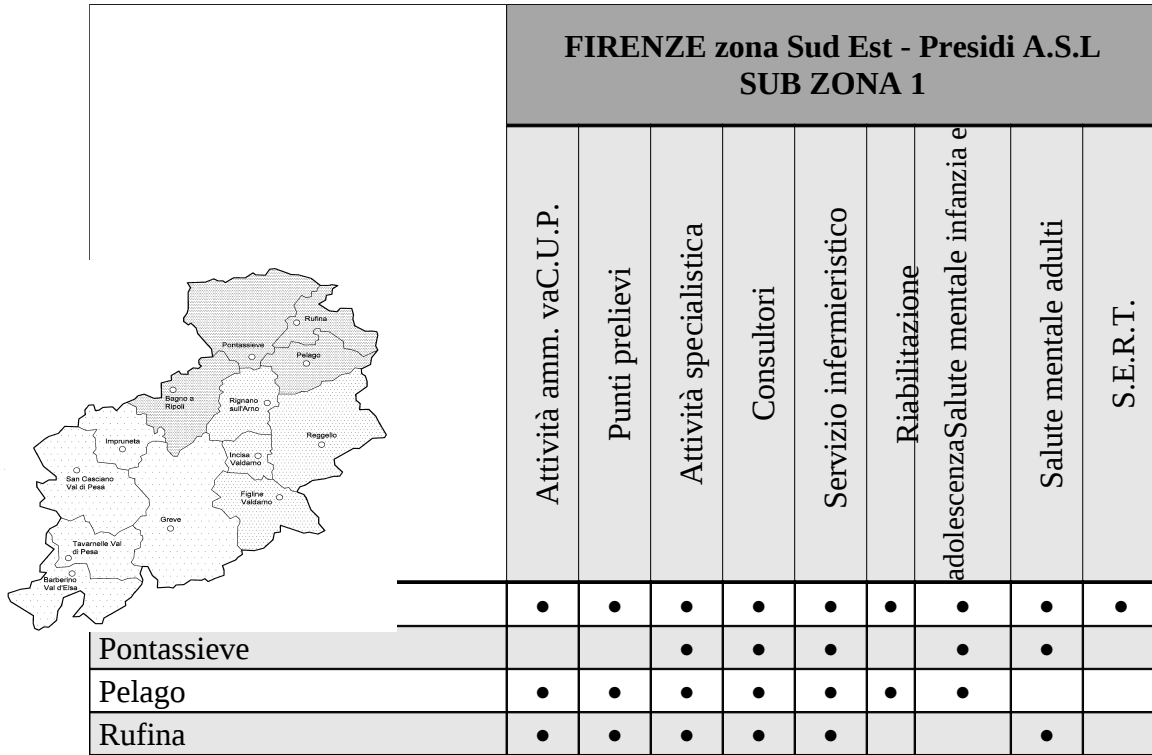
- Le UMG non avranno necessariamente personalità giuridica, ma potranno essere supportate da società di servizio;
- I M.M.G. potranno esercitare sia in una sede unica che in studi diversi, compreso il proprio.
- Ogni UMG dovrà:
 - possedere un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile collegato al sistema aziendale e/o regionale;
 - potersi avvalere di personale sanitario e non, secondo standard definiti.

la mappa dei servizi
FIRENZE
Zona Sud Est
2.6 Acci Presidi A.S.L.
2.6.1 Ri



Sono presenti poli ambulatori nei comuni di: Figline Valdarno, Pelago e Bagno a Ripoli (presso il presidio ospedaliero di Santa Maria Annunziata).

COMUNI		Attività amm. vaC.U.P.	Punti prelievi	Attività specialistica	Consultori	Servizio infermieristico	Riabilitazione	adolescenzaS. mentale infanzia e	Salute mentale adulti	S.E.R.T.
1sub zona	Bagno a Ripoli	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Pontassieve			•	•	•		•	•	
	Pelago	•	•	•	•	•	•	•		
	Rufina	•	•	•	•	•			•	
2sub zona	Impruneta	•	•	•	•	•	•	•	•	
	San Casciano V. P.	•	•	•	•	•		•	•	
	Greve	•	•	•	•	•	•	•	•	
	Tavarnelle V. P.	•	•	•	•	•	•		•	
	Barberino V. d'Elsa									
3sub zona	Rignano sull'Arno	•	•	•	•	•	•		•	
	Incisa Valdarno	•	•	•	•	•	•	•		
	Figline Valdarno	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Reggello	•	•	•	•	•	•		•	



☎	C.U.P.	+	Servizio infermieristico
✉	Attività amm. va	□	Riabilitazione età evolutiva
□	Punti prelievi	□	Salute mentale infanzia e adole.za
□	Poliambulatori	□	Salute mentale adulti
□	Consultori	□	S.E.R.T.

BAGNO A RIPOLI

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	-	-
✉	Attività amm. va	GRASSINA	Via Dante Alighieri.
□	Punti prelievi	PONTE A NICCHERI	Ospedale S. Maria Annunziata
□	Poliambulatori	PONTE A NICCHERI	Ospedale S. Maria Annunziata
□	Consultori	BAGNO A RIPOLI	Via Roma
		GRASSINA	Via Dante Alighieri.
+	Servizio infermieristico	GRASSINA	Via Dante Alighieri.
□	Riabilitazione età evolutiva	GRASSINA	Via Dante Alighieri.
□	Salute ment. inf. e adole.za	GRASSINA	Via Dante Alighieri.
□	Salute mentale adulti	BAGNO A RIPOLI	C.S.M/C.D. V. Giuliani (C.R.) Via Roma
		PONTE A NICCHERI	Ospedale S. Maria Annunziata
□	S.E.R.T.	PONTE A NICCHERI	Ospedale S. Maria Annunziata

PONTASSIEVE



ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	-	-
✉	Attività amm. va	-	-
☐	Punti prelievi	-	-
☐	Attività Specialistiche	-	-
☐	Consultori	PONTASSIEVE	Via Tanzini, 23
+	Servizio infermieristico	PONTASSIEVE	Via Tanzini, 23
☐	Riabilitazione	-	-
☐	Salute ment. inf. e adole.za	PONTASSIEVE	V. Tanzini, 23 C.S.M
☐	Salute mentale adulti	PONTASSIEVE	Via Tanzini, 23
☐	S.E.R.T.	-	-

PELAGO

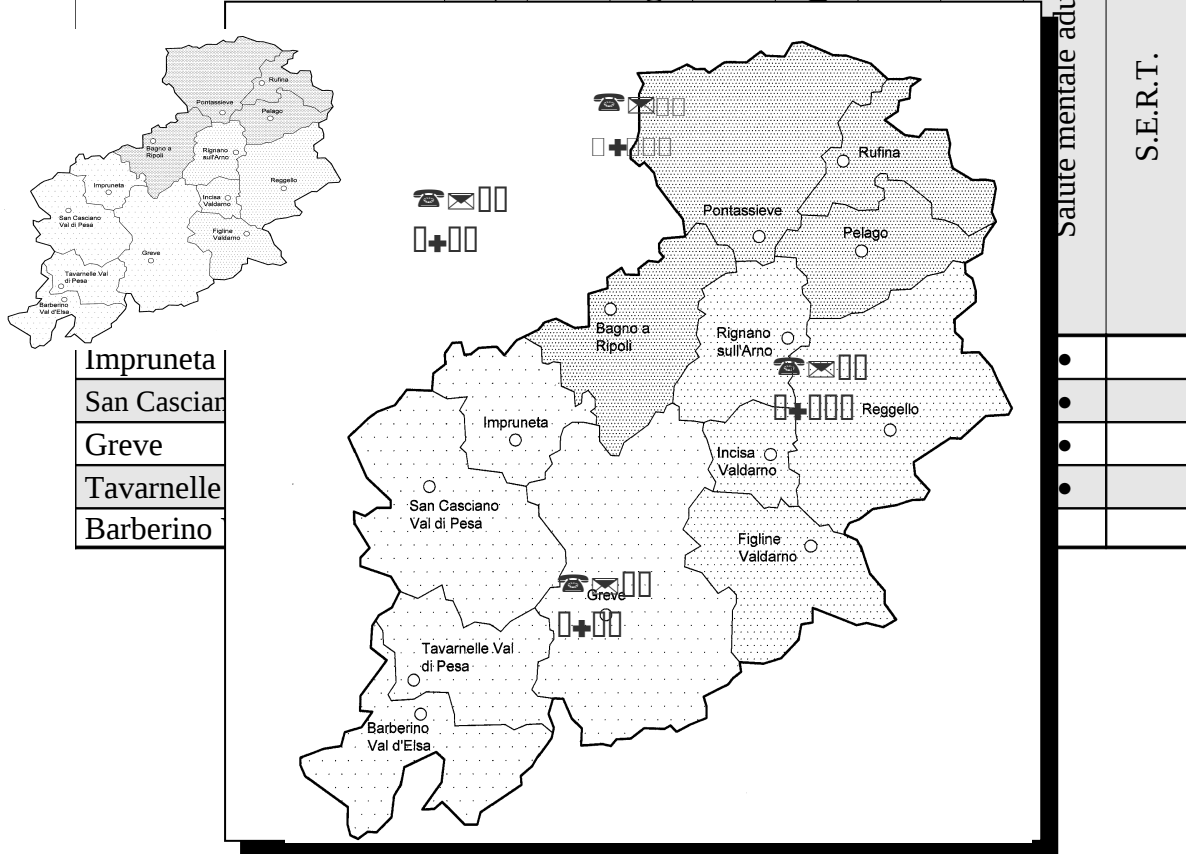
ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
✉	Attività amm. va	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Punti prelievi	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Poliambulatori	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Consultori	PELAGO	Piazza Ghiberti
+	Servizio infermieristico	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Riabilitazione	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Salute ment. inf. e adole.za	SAN FRANCESCO	Via Bettini.
☐	Salute mentale adulti	-	-
☐	S.E.R.T.	-	-

RUFINA

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	-	-
✉	Attività amm. va	RUFINA	Via Bonanni
☐	Punti prelievi	RUFINA	Via Bonanni
☐	Attività specialistiche	RUFINA	Via Bonanni
☐	Consultori	RUFINA	Via Bonanni



+	Servizio infermieristico	RUFINA	Via Bonanni
<input type="checkbox"/>	Riabilitazione	FIRENZE zona Sud Est Presidi A.S.L. SUB ZONA 2	
<input type="checkbox"/>	Salute ment. inf. e adole.za		
<input type="checkbox"/>	Salute mentale adulti		
<input type="checkbox"/>	S.E.R.T.		



ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
		TAVARNUZZE	Via F.lli Rosselli
✉	Attività amm. va	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
		TAVARNUZZE	Via F.lli Rosselli
☐	Punti prelievi	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
		TAVARNUZZE	Via F.lli Rosselli
☎	C.U.P.	TAVARNUZZE	Servizio infermieristico
		IMPRUNETÀ	Riabilitazione età evolutiva
☐	Punti prelievi	IMPRUNETÀ	Salute mentale inf. e adoles.za
		TAVARNUZZE	Salute mentale adulti
☐	Consultori	IMPRUNETÀ	S.E.R.T.
		TAVARNUZZE	S.E.R.T.
+	Servizio infermieristico	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
		TAVARNUZZE	Via F.lli Rosselli
☐	Riabilitazione età evolutiva	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
☐	Salute ment. inf. e adoles.za	-	-
☐	Salute mentale adulti	IMPRUNETÀ	Via Papa Giovanni XXIII
		TAVARNUZZE	Via F.lli Rosselli
☐	S.E.R.T.	-	-

IMPRUNETÀ

SAN CASCIANO VAL DI PESA



ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
✉	Attività amm. va	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	Punti prelievi	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	Poliambulatori	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	Consultori	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
+	Servizio infermieristico	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	Riabilitazione	-	-
☐	Salute ment. inf. e adole.za	SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	Salute mentale adulti	CHIESANOVA	C.S.M. (gruppo app.to)
		SAN CASCIANO V.P.	Via del Cassero, 19
☐	S.E.R.T.	-	-

GREVE IN CHIANTI

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	GREVE	Via della pace, 8
✉	Attività amm. va	GREVE	Via della pace, 8
☐	Punti prelievi	GREVE	Via della pace, 8
☐	Attività specialistiche	GREVE	Via della pace, 8
☐	Consultori	GREVE	Via della pace, 8
+	Servizio infermieristico	GREVE	Via della pace, 8
☐	Riabilitazione territoriale	GREVE	Via della pace, 8
☐	Salute ment. inf. e adole.za	GREVE	Via della pace, 8
☐	Salute mentale adulti	GREVE	Via della pace, 8
☐	S.E.R.T.	-	-

TAVARNELLE VAL DI PESA

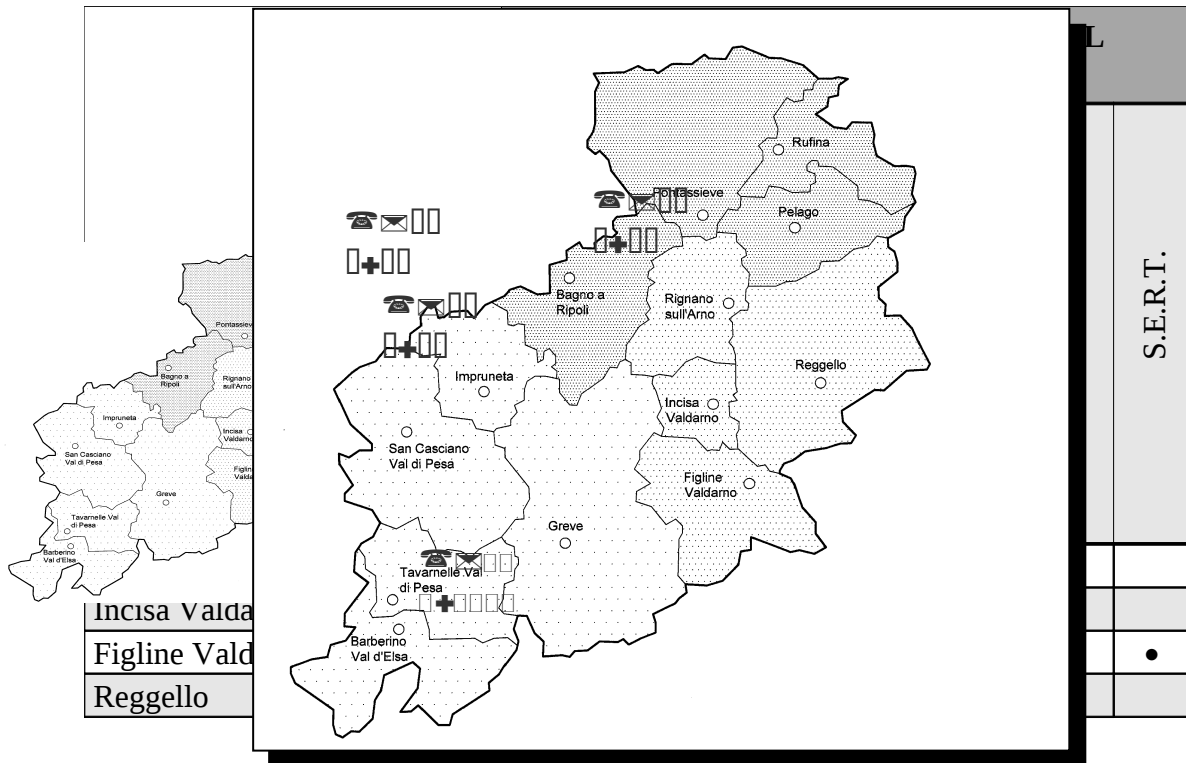


ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
✉	Attività amm. va	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
☐	Punti prelievi	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
☐	Attività Specialistiche	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
☐	Consultori	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
+	Servizio infermieristico	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
☐	Riabilitazione territoriale	TAVARNELLE V.P.	V. Rimembranza, 8
☐	Salute ment. inf. e adole.za	-	-
☐	Salute mentale adulti	TAVARNELLE V.P.	Via Naldini, 28
☐	S.E.R.T.	-	-

BARBERINO VAL DI PESA

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
-	-	-	-





	C.U.P.		Servizio infermieristico
	Attività amm. va		Riabilitazione età evolutiva
	Punti prelievi		Salute mentale infanzia e adole.za
	Attività Specialistiche		Salute mentale adulti
	Consultori		S.E.R.T.



RIGNANO SULL'ARNO

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	RIGNANO	P.za dei Martiri
✉	Attività amm. va	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	Punti prelievi	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	Attività Specialistiche	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	Consultori	RIGNANO	P.za dei Martiri
+	Servizio infermieristico	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	Riabilitazione	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	Salute ment. inf. e adole.za	-	-
🏠	Salute mentale adulti	RIGNANO	P.za dei Martiri
🏠	S.E.R.T.	-	-

INCISA VALDARNO

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
✉	Attività amm. va	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Punti prelievi	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Attività Specialistiche	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Consultori	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
+	Servizio infermieristico	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Riabilitazione territoriale	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Salute ment. inf. e adole.za	INCISA V.A.	Via Roma, 11/a
🏠	Salute mentale adulti	-	-
🏠	S.E.R.T.	-	-



REGGELLO

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	REGGELLO	P.za IV Novembre
✉	Attività amm. va	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	Punti prelievi	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	Attività Specialistiche	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	Consultori	REGGELLO	P.za IV Novembre
+	Servizio infermieristico	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	Riabilitazione territoriale	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	Salute ment. inf. e adole.za	-	-
☐	Salute mentale adulti	REGGELLO	P.za IV Novembre
☐	S.E.R.T.	-	-

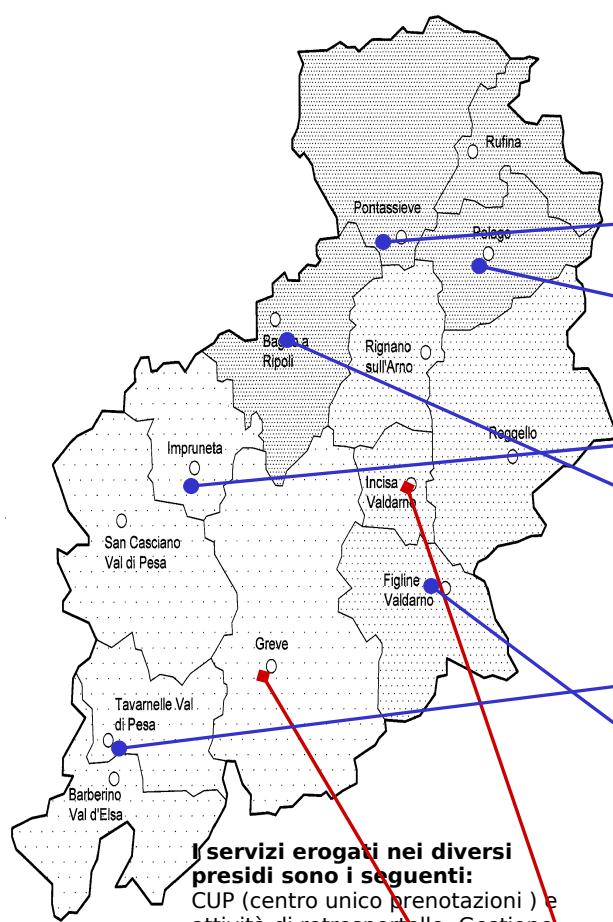
FIGLINE VALDARNO

ATTIVITÀ		LOCALITÀ	INDIRIZZO
☎	C.U.P.	FIGLINE	Ospedale Serristori
✉	Attività amm. va	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Punti prelievi	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Attività Specialistiche	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Consultori	FIGLINE	Via da Verrazzano
+	Servizio infermieristico	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Riabilitazione età evolutiva	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Salute ment. inf. e adole.za	FIGLINE	Via da Verrazzano
☐	Salute mentale adulti	FIGLINE	Via da Verrazzano
		FIGLINE	C.S.M./C.D/C.T.P. casa fam.
☐	S.E.R.T.	FIGLINE	Ospedale Serristori



Organizzazione della risposta in Rete

Cittadini Residenti: 162.630 Presidi socio sanitari interessati: n° 11



In fase di progettazione o realizzazione	
Presidi	
Pontassieve	<i>Palazzetto della Salute (progettazione)</i>
Pelago	<i>Ristrutturazione Poliambulatorio con Punto di Primo Soccorso e Radiologia (realizzazione)</i>
Impruneta	<i>Trasferimento attività sociosanitarie di Tavarnuzze (progettazione)</i>
Bagno a Ripoli	<i>Trasferimento attività sociosanitarie Viale Europa (progettazione)</i>
Tavarnelle	<i>Trasferimento attività sociosanitarie da: via Naldini e via Rimembranza (progettazione)</i>
Figline Valdarno	<i>Miglioramenti per attività sociosanitarie e Avvio ristrutturazione RSA via di San Romolo con allocazione servizi sociosanitari del Comune (progettazione)</i>

I servizi erogati nei diversi presidi sono i seguenti:
 CUP (centro unico prenotazioni) e attività di retrospello; Gestione agende specialisti (chianti e valdisieve); Gestione appuntamenti vaccinazioni; Anagrafe Sanitaria (iscrizione, scelta, revoca di MMG e PLD da parte di cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari regolari) e retrospello per variazione anagrafica dati comuni, cancellazioni per mobilità e decesso, invio domande in deroga al comitato consuntivo zonale; Rilascio tessera Team; Attività di medicina legale (rilascio bollettino per patenti); tenuta archivio; Varie (Controllo referti analisi non ritirati, fatture odontoiatriche, tavolo scuola, maternità anticipata, accessi medici e - per Figline - accessi medici e ricoveri programmati).

Interventi realizzati	
Presidi	
Incisa Valdarno	Ampliamento del presidio progetto cofinanziato Regione Toscana
Greve in Chianti	Nuovo Palazzetto della Salute di Greve accorpamento servizi dell'Azienda Sanitaria e aggregazione in un unico contesto le Associazioni di Volontariato Sociale di Greve



L'adeguamento della rete dei presidi territoriali di erogazione delle risposte socio-sanitarie.

Prosegue il lavoro di studio volto al potenziamento ed alla riqualificazione di tutti i presidi sanitari del territorio, nel cui ambito sono in procinto di realizzazione i seguenti interventi:

- l'avvio del "Palazzetto della Salute" di Pontassieve;
- la ristrutturazione del Poliambulatorio di Pelago, via Bettini 11 dove sarà allocato il Punto di Primo Soccorso e la Radiologia attualmente ubicata a Pontassieve, in via Palagi 28;
- l'avvio del nuovo presidio per le attività socio-sanitarie territoriali nel Comune di Impruneta destinato ad accogliere i servizi che si trovano ora in via Giovanni XXIII° ed in via Fratelli Rosselli, 6 (Tavarnuzze);
- la collocazione delle attività socio sanitarie attualmente svolte nel comune di Bagno a Ripoli (via D. Alighieri 36, Grassina) nel costruendo presidio che, in accordo con il Comune di Firenze ed il Quartiere 3, sarà ubicato nel vicino viale Europa;
- l'avvio del nuovo presidio per le attività socio-sanitarie territoriali nel Comune di Tavarnelle destinato ad accogliere i servizi che si trovano ora in via Naldini, 44 e in via della Rimembranza;
- l'inizio e la conclusione di taluni lavori migliorativi nel presidio per le attività socio sanitarie di Figline Valdarno di via G. da Verrazzano, 16 in attesa che sia avviata la ristrutturazione dell'attuale RSA di via San Romolo, dove saranno collocati tutti i servizi socio sanitari del comune.

Fra gli interventi appena realizzati si ricordano quelli relativi:

- all'ampliamento del presidio di Incisa Valdarno, nell'ambito del progetto cofinanziato dalla Regione Toscana;
- al nuovo Palazzetto della Salute di Greve che ha consentito - non solo di riunire i servizi dell'Azienda Sanitaria ubicati in precedenza in due distinte strutture aventi una superficie di appena la metà rispetto all'attuale - ma anche di aggregare in un unico contesto le Associazioni di Volontariato Sociale di Greve;

Continua l'attività del gruppo di lavoro integrato (EE.LL./Asl) che valuta la dismissione dei vecchi



presidi e/o la costruzione dei nuovi alla luce dei bisogni individuati tramite questo Pis, della accessibilità ai servizi da parte degli utenti, avendo presente che assume priorità assoluta la volontà di garantire servizi qualificati attraverso la presenza di professionalità qualificate e di strumentazioni diagnostiche appropriate.

2.6.2 PuntInsieme

Dallo scorso ottobre, nella zona fiorentina Sud Est, come su tutto il territorio regionale, sono stati formalmente aperti i PuntInsieme. La porta d'ingresso ai servizi ed alle prestazioni assistenziali per le persone non autosufficienti e i loro familiari. Nei Comuni della zona Fiorentina Sud Est sono presenti, ad oggi, 11 sportelli

PUNTINSIEME DELLA ZONA FIORENTINA SUD EST

Comune di Bagno a Ripoli

PUNTO INSIEME - Via Fratelli Orsi, 22 Tel. 055 6390395 Fax. 055 6390360

E-mail: assistenza@comune.bagno-a-ripoli.fi.it

Orario: Martedì 9,30 -12,30 - Giovedì 15,00 -18,00

Comune di Greve in Chianti

PUNTO INSIEME - Via della Pace, 1 Tel. 055 8549247 Fax. 055 8546247

E-mail: assistentsociali@comune.greve-in-chianti.fi.it

Orario: Martedì 9,30 -12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

Comune di Impruneta

PUNTO INSIEME - Via Papa Giovanni XXIII, 4 Impruneta - Tel. 055 2011331

fax 0552011413



E-mail: a.leoni@comune.impruneta.fi.it

Orario: Martedì 9,30 -12,30

Via F.lli Rosselli, 6 - Tavarnuzze - Tel. 055 2020411 Fax. 055 2373392

E-mail: a.leoni@comune.impruneta.fi.it

Orario: Giovedì 15,00 - 18,00

Comune di San Casciano in Val di Pesa

PUNTO INSIEME - Via del Cassero, 19 Tel. 055 8256316 Fax. 055 8256266

E-mail: info@comune.san-casciano-val-di-pesa.fi.it

Orario: Martedì 9,30 - 12,30 Giovedì 15,00 - 18,00

dal mese di giugno il PuntoInsieme sarà ubicato in Via Machiavelli, 56 (presso il Palazzo Comunale), con il seguente orario:

Lunedì 9,00 - 12,30 - Giovedì 14,30 - 17,00 (Tel. 055 8256212)

U.A.S.S. Ufficio Associato Servizi Sociali

Comune di Barberino Val d'Elsa e di Tavarnelle Val di Pesa

PUNTO INSIEME - Via Naldini, 44 Tel. 055 8050873-874-875 Fax. 055 8050876

E-mail: borghetto@comune.tavarnelle-val-di-pesa.fi.it

Orario: Martedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

Comune di Figline Valdarno

PUNTO INSIEME - Piazza IV Novembre, 3 - Tel. 055-9125222

(dal 1° giugno Tel. 055 8347845) Fax. 055 9125386

E-mail: sociale@comune.figline-valdarno.fi.it - r.tonnoni@comune.figline-valdarno.fi.it

Orario: Martedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

dal 1° giugno Martedì - Venerdì 9,00 - 12,00

Comune di Incisa Valdarno

PUNTO INSIEME - P.zza Municipio, 5 - Tel. 055 8333435

(dal 1° giugno Tel. 055 8347845) Fax. 055 8336669

E-mail: assistentesociale@comune.incisa-valdarno.fi.it

Orario: Martedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

dal 1° giugno Martedì - Giovedì 15,00 - 18,00

Comune di Reggello

PUNTO INSIEME - P.zza C. Alberto dalla Chiesa, 1 Tel. 055 8669277-276

Fax. 055 8669277

E-mail: sociale@comune.reggello.fi.it



Orario: Martedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00
dal 27 Aprile Martedì - Mercoledì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

Comune di Rignano sull'Arno

PUNTO INSIEME - Piazza Stazione - Tel. 055 8347860

(dal 1° giugno Tel. 055 8347845) Fax. 055 8348787

E-mail: sociale@comune.rignano-sullarno.fi.it

Orario: Martedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

dal 1° giugno Lunedì 9,00 - 12,00 - Mercoledì 10,00 - 12,00 - Giovedì 11,30 - 12,30

S.A.A.S. Servizio Associato Assistenza Sociale

Comuni di Pelago, Pontassieve e Rufina

PUNTO INSIEME - P.zza Vittorio Emanuele II,14 - Tel. 055 8360296 Fax.
055 8360302

E-mail: servizi.sociali@comune.pontassieve.fi.it

Orario: Lunedì 9,30 - 12,30 - Giovedì 15,00 - 18,00

2.6.3 Rete delle strutture private territoriali e convenzionata esterna

Nonostante l'attenzione che la Asl 10 di Firenze ha avuto, nell'ultima assegnazione di budget per l'offerta convenzionata di prestazioni riabilitative e di diagnostica per immagini, a valorizzare una redistribuzione che tenesse conto dei territori aziendali più svantaggiati, la Zona SudEst soffre ancora di una seria carenza di offerta di questi livelli di prestazione..

D'altra parte nel nostro territorio è presente un'interessante rete di case di cura convenzionate: una nel Chianti "Villa Le Terme", una nel Valdarno "Frate Sole" ed una nella Valdisieve "Casa di Cura Valdisieve", nonché di due strutture per la riabilitazione, una in Valdarno "Torzilli" ed due nel Chianti "Istituto Don Gnocchi" e "Blue Clinic".

Riteniamo importante, di concerto con la Asl 10 di Fi (socio di questa SdS), valorizzare questo tipo di offerta (rispettando il tetto budgetario aziendale per la convenzionata esterna) per i cittadini del nostro territorio; per far questo ad isorisorse per la Asl 10 sarà necessario individuare modalità di riprogrammazione della spesa storica nel settore, oggi particolarmente concentrata nel capoluogo di provincia.



2.7 LA PARTECIPAZIONE CONDIVISA

Uno degli obiettivi prioritari della Società della Salute Sud Est è promuovere la più ampia partecipazione dei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio nel campo dell'assistenza socio-sanitaria. Insieme ai Comuni ed alla ASL 10, la Società della Salute, già nella fase di sperimentazione, si era riproposta di coinvolgere e dare un ruolo di primo piano alla Consulta ed al Comitato di Partecipazione oltre alle Organizzazioni Sindacali, per la definizione dei progetti e delle modalità operative.

Nei prossimi anni, in particolare d'accordo con il Terzo Settore, si auspica di poter correggere le criticità di coinvolgimento, emerse nella nostra zona, durante l'attuazione del precedente PIS.

2.7.1 Il ruolo del Terzo Settore

Il Terzo Settore, così come è articolato nel momento attuale, comprende tutti gli organismi senza scopo di lucro che la società civile esprime: dalle associazioni di volontariato alle associazioni di promozione sociale, dalle cooperative sociali alle imprese sociali, alle fondazioni.

Nella difficoltà del reperimento di risorse da mettere a disposizione degli obiettivi di salute, è particolarmente importante l'apporto delle energie e delle risorse umane provenienti dal Terzo Settore ma è altrettanto importante delineare concretamente il percorso di partecipazione in modo da realizzare un sistema correttamente integrato, secondo il principio che il "privato" fa ciò che è nella sua finalità statutaria ma il "pubblico" indirizza, coordina e controlla.

Il principio di sussidiarietà si attua facendo riferimento alle realtà locali del Terzo Settore che sono le antenne più vicine e più sensibili ai bisogni della comunità di riferimento, inserendo gli organismi nel processo di coprogettazione e di valutazione degli effetti, a supporto delle decisioni che spettano all'ente pubblico e alla conseguente assegnazione delle risorse.



Alla luce dell'esperienza fino a qui verificata appare importante non separare operativamente i due organismi di partecipazione (Consulta e Comitato di Partecipazione) perché i due diversi punti di vista (chi offre i servizi sul territorio e chi li riceve) possono trovare un punto di incontro e di confronto proprio nell'operare congiuntamente e individuare anche un momento di sintesi, da proporre all'Ente pubblico.

Ciò nel completo rispetto dei ruoli e delle competenze indicate dalla normativa ed in particolar modo dalla legge regionale N. 60 del 2008; in riferimento alla quale si evince che (Art. 71 undecies, 1-2-3): "Sono compiti del comitato di partecipazione:

- a) avanzare proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo generale;
- b) esprimere parere sulla proposta di PIS e sullo schema di relazione annuale della società della salute entro trenta giorni dal loro ricevimento;
- c) esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, nonché sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità;
- d) redigere, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che è trasmesso agli organi della società della salute, alle organizzazioni sindacali e alle altre parti sociali.

3. Il comitato di partecipazione ha il potere di accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto e richiedere specifiche analisi e approfondimenti al direttore della società della salute.

Mentre all' Art. 71 undecies, 5, si precisa che " La consulta del terzo settore ... esprime proposte progettuali per la definizione del piano integrato di salute."

Si ritiene perciò che l'espressione di pareri, le riunioni di condivisione degli obiettivi e quant'altro connesso, possa anche essere esercitato **in maniera congiunta** su temi specifici così da far crescere anche la consapevolezza



della società che li esprime, oltre alla non trascurabile possibilità di dimezzare i tempi delle procedure di consultazione.

L'esperienza fino a qui effettuata ha indicato come la partecipazione è alta e qualificata quando ci si confronta su temi ed obiettivi concreti: Si rende perciò opportuno prevedere, come metodo abituale, la creazione di **“gruppi di lavoro”** per obiettivi, anche piccoli e specifici, non formalizzati in senso istituzionale ma flessibili secondo le necessità, in cui ogni organismo del Terzo Settore può indicare la persona più competente e più adatta a portare il proprio contributo per indirizzare al meglio la programmazione degli interventi e centrare gli obiettivi.

Altra particolarità della Società della Salute Firenze Sud Est è la divisione in **zone geografiche** diverse e distanti nello spazio che richiede un ripensamento dei rapporti già instaurati.

Si propone perciò che i due organismi di partecipazione si dotino di **“referenti”** zionali (Chianti.- Valdarno- Valdisieve- Bagno a Ripoli) che possano essere il canale veloce di informazione tra la Società della Salute e le Associazioni per questioni di settore o tecniche, lasciando al momento assembleare l'espressione dei pareri sulla definizione degli obiettivi, sull'indicazione delle priorità e l'assegnazione delle risorse.

Occorre infatti avere dei canali privilegiati per far arrivare le comunicazioni in tempi rapidi sia alla Società della Salute che agli organismi partecipanti.

E' auspicabile infine che il Presidente ed il Vice Presidente dei due organismi di partecipazione siano in stretto contatto con la Presidenza e la Direzione della Società della Salute per seguire l'iter dei provvedimenti che hanno una ricaduta su tutti i cittadini.

2.7.2 Il ruolo delle Organizzazioni Sindacali

La SdS riconosce un ruolo di fondamentale importanza alle organizzazioni Sindacali e datoriali.

Per questo ha stipulato con le OO.SS un protocollo attraverso il quale si è convenuto di regolamentare il confronto sulle scelte e sugli indirizzi relativi alle proprie competenze. I tavoli di concertazione con le OO.SS confederali, di categoria e del lavoro autonomo risultano oggi più che mai uno strumento



indispensabile ed indifferibile, data l'importanza delle questioni da affrontare, riguardanti le politiche socio-sanitarie del territorio.

In particolare sono oggetto di concertazione i seguenti temi:

- La rilevazione dei bisogni della collettività e la determinazione delle priorità di intervento in relazione agli stessi;
- La definizione degli indicatori di risultato quale strumento di verifica del raggiungimento degli obiettivi concordati;
- I criteri di accesso alle prestazioni e le eventuali modalità di partecipazione alla spesa degli utenti attraverso l'applicazione di un regolamento unico dell'ISEE.

Le parti inoltre potranno confrontarsi e sottoporre alla reciproca attenzione tutti quegli argomenti che di volta in volta riterranno opportuni.

3 GLI OBIETTIVI DI SALUTE

3.1 ANZIANI

Premessa

Già da tempo con la Del.G.R.T. 402/04 le politiche regionali pongono in primo piano la protezione della salute delle persone anziane, indicano con chiarezza gli obiettivi da perseguire e tracciano specifici percorsi assistenziali finalizzati ad assicurare azioni ed interventi di prevenzione, di tutela e di cura. L'ottica nella quale si colloca l'organizzazione sociale e sanitaria regionale guarda positivamente alla persona anziana come portatore di risorse e protagonista del welfare prima che come fruitore di servizi assistenziali, pertanto diventa prioritario investire sulla prevenzione dello stato di non autosufficienza, sorvegliare la persona anziana che

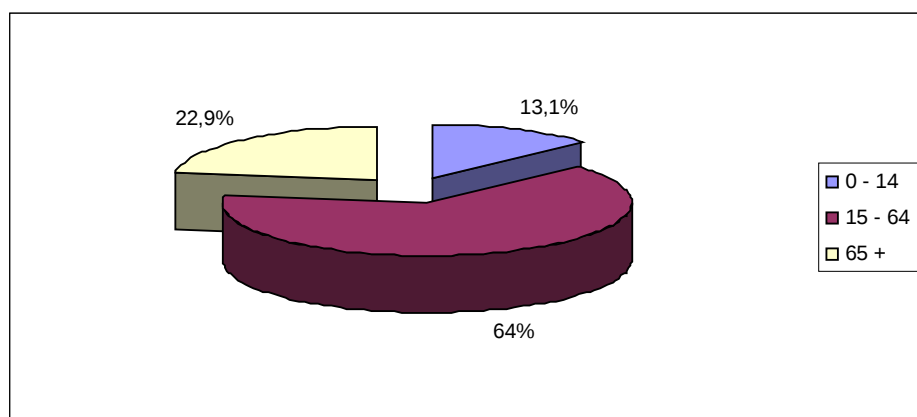


presenta fattori di rischio sia sanitari che sociali, promuovere sempre più opportunità di informazione e di educazione per miglioramento degli stili di vita, sostenere lo sviluppo e la diffusione di servizi assistenziali a bassa intensità assistenziale, tanto più efficaci se capillari e mirati al mantenimento dell'autonomia e ad evitare l'isolamento della persona anziana sola.

Quadro demografico

Anche nella zona fiorentina Sud Est la questione anziani assume particolare rilevanza. Il progressivo invecchiamento della popolazione, infatti, registra una costante crescita, con il 22,9 di ultrasessantacinquenni ed il 6,18 di ultraottantenni. Fra questi ben 22,58% vive solo.

Per precisione gli anziani di età superiore ai 64 anni che vivono soli (anagraficamente identificati in base alle famiglie composte da una sola persona) sono complessivamente 8.584, pari al 5,2% della popolazione totale (dato in aumento rispetto 2004, che si attestava al 4,7%).



Il problema della solitudine è più rilevante tra le donne, in quanto più longeve, ma anche predisposte a condizioni più invalidanti degli uomini e quindi più bisognose di interventi assistenziali sociosanitari più onerosi.

Le problematiche legate al progressivo invecchiamento della popolazione spingono, anche nel nostro territorio, a potenziare i seguenti ambiti d'intervento:

- Sorveglianza della salute della persona anziana allo scopo di evitare e contenere i processi invalidanti psico-fisici e sociali.
- Mantenimento della persona anziana nel proprio ambiente di vita, salvaguardando i rapporti familiari e le più ampie relazioni sociali.
- Garantire l'ospitalità in strutture residenziali e semiresidenziali alle persone non autosufficienti non più assistibili a domicilio.

Anziani non autosufficienti

Il piano integrato regionale individua come asse portante del welfare toscano il progetto di assistenza continua alla persona non autosufficiente, già delineato nella del. 402/94 della GRT. come modello integrato dei servizi sociosanitari distrettuali. La programmazione regionale ha dato un forte impulso alla realizzazione di un processo di riqualificazione degli strumenti di valutazione della condizione di non autosufficienza, di potenziamento dei servizi offerti sul territorio, di appropriatezza dei piani assistenziali personalizzati. A seguito delle disposizioni regionali si è provveduto nel corso dell'anno 2007 ad unificare le tre Commissioni di valutazione della condizione di non autosufficienza e a riqualificare la Commissione unica di Zona/Distretto mediante l'istituzione della Unità di Valutazione Multidimensionale, che si avvale di strumenti più appropriati alla rilevazione del bisogno assistenziale (scale di valutazione BADL, IADL, PFEIFFER, MDS). Successivamente si è avviato gradualmente un processo di riorganizzazione e qualificazione dei servizi e degli interventi sociali della zona/distretto, caratterizzato dal rinnovamento degli strumenti valutativi, dall'incremento delle risorse, da una maggiore flessibilità degli interventi. In particolare si sottolinea come L'Unità di valutazione multidimensionale operi in un prospettiva nuova non più unicamente legata all'accertamento della non autosufficienza bensì alla valutazione del bisogno sociosanitario, quale premessa per la predisposizione del piano assistenziale personalizzato. La costruzione del piano assistenziale individualizzato ha comportato un proficuo confronto, ancora in atto, tra gli operatori sociosanitari del territorio finalizzato ad assicurare l'informazione e l'accoglienza dell'utenza, l'integrazione professionale, l'appropriatezza e l'efficacia delle risposte



assistenziali, il coinvolgimento attivo delle famiglie.

Il potenziamento delle risorse ha riguardato in particolar modo gli interventi volti a sostenere i nuclei familiari che assistono continuativamente gli anziani non autosufficienti. La significativa presenza di assistenti familiari private che supportano i familiari nell'assistenza domiciliare continuativa ha imposto anche nella nostra Zona/Distretto la visibilità di questo fenomeno e ha richiesto da un lato il riconoscimento del forte impegno delle famiglie nell'ambito dell'assistenza ai loro cari e dall'altro la necessità di avviare azioni specifiche finalizzate all'emersione del lavoro nero e alla qualificazione professionale delle assistenti familiari. In questa direzione si registrano le azioni, realizzate nel corso dell'anno precedente, mirate sia ad un ampliamento dei servizi di assistenza tutelare che l'attività formativa rivolta agli assistenti domiciliari privati. Riguardo la formazione delle assistenti familiari si prevede di replicare il corso di qualificazione, avendo fatto tesoro delle osservazioni delle stesse assistenti circa i bisogni formativi e di quelle dei loro tutors, cioè delle assistenti domiciliari esperte, anch'esse formate a questo ruolo di accompagnamento e supervisione delle prestazioni e dell'assetto di assistenza tutelare all'anziano non autosufficiente e alle loro famiglie. Il progetto rivolto agli assistenti familiari comprende, di concerto con le associazioni del volontariato, anche azioni mirate all'integrazione sociale e all'accoglienza di questi lavoratori stranieri. Al fine di favorire l'incontro tra domanda e offerta di assistenti familiari la Zona/Distretto intende avvalersi degli uffici provinciali istituiti a questo scopo (Centri per l'impiego, ABC famiglie).

Pur confermando come priorità operativa l'impegno a promuovere la domiciliarità dei servizi sanitari e sociali sia in forma diretta che indiretta, al fine di evitare o ritardare più a lungo possibile il ricovero permanente in struttura, l'inserimento in strutture di ricovero a tempo indeterminato e non, si colloca ancora tra le risposte assistenziali più opportune per la complessità delle condizioni clinico/sanitarie e i gravosi carichi assistenziali da sostenere da parte delle famiglie (in molti casi già logorate dopo anni di assistenza ai loro congiunti). A fronte di queste considerazioni l'obiettivo da raggiungere è dunque da un lato l'estensione delle cure domiciliari lungo tutto l'arco della settimana e nell'arco della giornata anche nelle ore serali e dall'altro



utilizzare la residenzialità come risorsa all'interno del percorso assistenziale come risposta appropriata e fruibile tempestivamente nel caso vengano a mancare gli attuatori del piano personalizzato domiciliare. Di conseguenza si intendere azzerare nel corso dell'anno 2009 l'attuale lista di attesa per accedere alle strutture residenziali.

Con l'istituzione del Fondo unico per la non autosufficienza si completa il progetto/programma finalizzato ad assicurare l'accesso, la presa in carico, la risposta assistenziale appropriata. La legge regionale che istituisce il Fondo dedica particolare attenzione all'accoglienza e all'informazione delle persone coinvolte nell'assistenza di una persona anziana e/o non autosufficiente e a questo scopo istituisce specifici presidi, detti "Punti Insieme", che hanno il compito di assicurare queste funzioni. La segnalazione di bisogno assistenziale di natura complessa riceve una prima lettura al Punto Insieme e dallo stesso presidio viene avviata all'Unità di Valutazione multidimensionale per la predisposizione del percorso appropriato e condiviso con l'interessato e/o con i suoi familiari. Nella Zona/Distretto Fiorentina Sud-Est, che ha aderito alla "Fase Pilota" del progetto sull'assistenza continua alla persona non autosufficiente, le funzioni di accoglienza e d'informazione sono state svolte, in orari dedicati, all'interno dell'operatività dei servizi sociali territoriali, individuati, per formazione ed esperienza operativa come i più idonei a relazionarsi con il pubblico e a fornire l'informazione più ampia possibile sull'offerta dei servizi e sui percorsi assistenziali attuabili. La verifica svolta al termine della "Fase Pilota" ha evidenziato la necessità di rendere più visibili i "Punti Insieme", valorizzando maggiormente le funzioni assegnate che li contraddistinguono e che rappresentano uno dei valori intrinseci della politica regionale volta a garantire a tutti i diritti di cittadinanza. I "Punti Insieme" sono stati istituiti nella legge regionale che intende assicurare la continuità assistenziale alle persone non autosufficienti allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi, favorire l'ascolto dei bisogni delle persone anziane, uniformare ed estendere l'informazione sull'offerta dei servizi.

Anziani fragili

La costruzione di un sistema integrato di servizi rivolti alla persona anziana



richiede un piano strategico e un impegno costante anche a livello locale dove le linee guida regionali riferite alle tematiche della terza età devono trovare la corretta applicazione e trasformarsi in una progettazione concreta ed efficace. Per fronteggiare gli effetti sociali del crescente invecchiamento della popolazione la S.d.S. Fiorentina Sud-Est individua oltre all'area della non autosufficienza l'altro grande ambito d'intervento mirato alla prevenzione della perdita di autonomia mediante la sorveglianza attiva dell'anziano fragile, la costituzione di un archivio degli anziani fragili e l'istituzione di un unico coordinamento dei progetti sociali e sanitari rivolti a questo target, unitamente ad azioni di educazione alla salute. Con uno specifico progetto di Zona si attiva la tutela dell'anziano rispetto all'emergenza climatica estiva ma le azioni di protezione degli anziani soli o comunque temporaneamente senza l'aiuto familiare sono mantenute durante tutto l'arco dell'anno mediante l'attivazione di servizi e prestazioni assistenziali di bassa soglia, realizzate anche con una costante collaborazione tra gli enti locali e le associazioni di volontariato di tutta la zona. Tra le iniziative presenti sul nostro territorio e volte alla prevenzione dell'invecchiamento si segnala la ricerca attiva condotta in alcuni comuni con il progetto In CHIANTI, coordinato dall'ARS regionale, che fonda l'indagine sullo stato di salute della popolazione anziana su un paradigma interpretativo dell'invecchiamento maturato dalla fusione tra pratica clinica e conoscenza biologica di questo processo e ha come obiettivo l'intervento di prevenzione sia a livello d'individuo che di popolazione.

Presa in carico del paziente anziano e cronico: i progetti in corso

- 1) Protocollo per le "dimissioni difficili"
- 2) Il modello proattivo in applicazione del "Chronic Care Model";

1) Il protocollo per le "dimissioni difficili", fortemente orientato a sostenere l'utenza over 65, giunge al termine della fase di sperimentazione e vengono perfezionate le condizioni per la messa a regime: dalla valutazione effettuata



si evidenzia sostanzialmente l'utilità di un percorso strutturato ed integrato per l'accompagnamento della persona con bisogni complessi nella fase di transizione dal ricovero ospedaliero all'inserimento nel più appropriato percorso territoriale; la tipologia a cui viene riservato tale percorso è selezionata su criteri di fragilità sociale ed impegno sanitario.

Viene irrobustito il raccordo dell'Ospedale con la Sanità Territoriale e valorizzato lo snodo del PUAC.

I due cardini del protocollo, che ne rappresentano anche la valenza innovativa, si individuano prevalentemente nella valutazione multidimensionale e multiprofessionale e nei flussi di comunicazione tempestiva e completa.

2) I risultati incoraggianti dei progetti già attuati, sulle malattie croniche e nello specifico sugli anziani (che sempre negli ultra 85enni, risultano portatori di almeno due patologie concomitanti), orientano al consolidamento sia del percorso per lo scompenso cardiaco e sia del percorso per il diabete.

Significativi risultati si sono raggiunti nella Zona Fiorentina Sud-est soprattutto nell'abbattimento dei ricoveri ripetuti per scompenso cardiaco e nella riduzione dei ricoveri per complicanze dovute a diabete; indicatori che si ritrovano anche nel sistema di valutazione aziendale e regionale.

La chiave di volta, che ha consentito il passaggio dalle tradizionali risposte indifferenziate a una modalità di presa in carico fortemente personalizzata, è stata la stratificazione del rischio e l'inserimento nelle modalità socio-assistenziali più pertinenti; viene così differenziata la risposta in base al rischio (alto, medio e basso) a cui corrispondono obiettivi, interventi e risultati diversi:

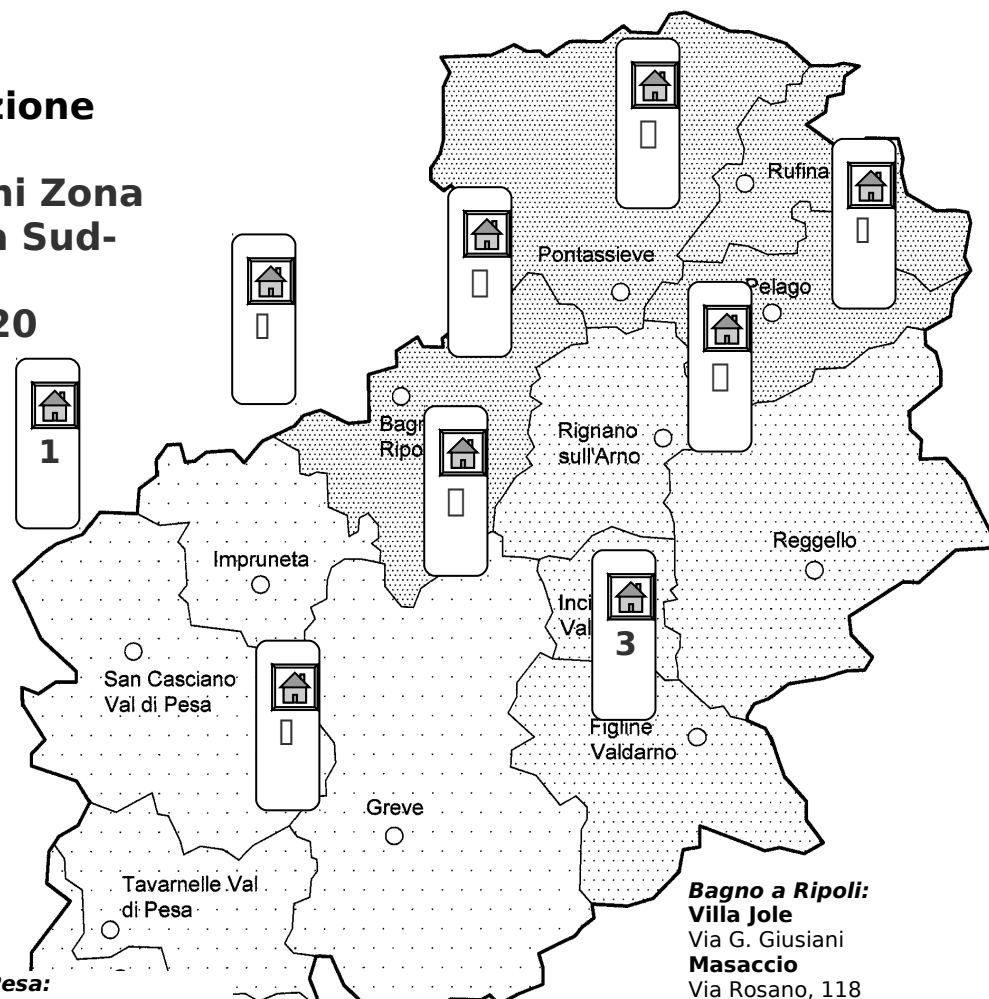
- attività di educazione sanitaria e modifica degli stili di vita per il basso rischio (80% della popolazione "cronica"),
- inserimento in percorsi di disease management specifici per patologia con l'obiettivo di contenere le complicanze,
- attivazione di cure domiciliari e assistenza complessa per l'alto rischio, compresa la patologia oncologica.



Tutto questo, nell'ottica anticipatoria (rispetto a quanto previsto dall'attuale PSR) dell'approccio proattivo della sanità d'iniziativa e della coerenza con il Chronic Care Model come modello innovativo e di comprovata efficacia per la gestione dell'epidemia di cronicità.

E' in corso la valutazione per l'estensione e la sperimentazione in altri ambiti di condizioni e/o patologie ad alto impatto tra la popolazione anziana: l'incontinenza urinaria (50% di prevalenza femminile), le a broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

**Localizzazione
Strutture
Per anziani Zona
Fiorentina Sud-
Est
Totale n. 20**



Tavarnelle Val di Pesa:

Naldini Torrigiani
Via B. Naldini
Tavarnelle S.R.L.
Via Cassia

Greve in Chianti:

Rosa Libri
Via Gramsci
Centro A.M. Ponticelli (Rosalibri SRL)
Via Pescille, Panzano

Casa di riposo Principessa di Piemonte

Via Maestro da Greve
Botticelli
Via R. Boschi Strada in Chianti

San Casciano Val di Pesa:

San Giuseppe
Via Decimo

Impruneta:

Opera Pia Leopoldo e Giovanni
Via Vanni e Leopoldo

Figline Valdarno:

Casa dell'Argia
ASP Centro Resid.le Lodovico Martelli
Via di San Romolo, 1

Casa Martelli

ASP Centro Resid.le Lodovico Martelli
Via della Resistenza, 1

Frate Sole

Via di San Romolo, 1

Reggello:

Villa Poggio Adorno
Delfino Residenze SRL Via Grandi Achille

Bagno a Ripoli:

Villa Jole
Via G. Giusiani
Masaccio

Via Rosano, 118

Villa S. Monica

Via Rosano, 44

Villa Olimpia

Via Rosano, 44

Villa S. Teresa

Via Petrosa, 8

Pontassieve:

Villa Laura (Lauragest SRL)

Via Molino del Piano 35/a

Centro diurno Croce Azzurra (La Cupolina SRL)

Via G. La Pira - Sieci

Pelago:

Monsavano

La Cupolina SRL Via Fortuna

3.2 DISABILI

Obbiettivi strategici

Riguardo ai servizi rivolti ai diversamente abili si sta assistendo, nella zona, al passaggio da una cultura assistenziale a una cultura di integrazione, con particolare attenzione all'età adolescenziale e adulta, che porti verso un'ottica di prevenzione invece che di assistenza. Tale attenzione si rende necessaria per diversi motivi:

- a) la riabilitazione precoce e quella scolastica consentono il raggiungimento di apprendimento e autonomia, soprattutto in situazioni di disabilità di tipo psichico;
- b) si conferma l'incremento della disabilità motoria post-traumatica nei giovani;
- c) il progresso delle cura mediche consente la sopravvivenza e il prolungamento della vita in sindromi complesse.

Occorre promuovere e sostenere un approccio che preveda per ogni soggetto l'elaborazione di un vero progetto abilitativo/riabilitativo globale (PARG) che si articoli in piani di intervento mirati non solo alla disabilità del soggetto ma anche alle potenzialità, alle diverse fasi di crescita, ai mutamenti dello stato di handicap, all'integrazione con l'ambiente familiare, scolastico, sociale e lavorativo.

Tuttavia, il processo d'integrazione ormai ampiamente condiviso in ambiente scolastico (anche se non sempre realmente attuato), trova maggiori difficoltà nel momento in cui il disabile diventa adulto.

Il portatore di handicap, al termine dell'esperienza scolastica viene spesso a trovarsi in una realtà in cui stenta ad inserirsi, non solo per i limiti personali ma, soprattutto, per resistenze familiari, inadeguatezza dei servizi, carenza di opportunità nel contesto sociale. Entra così in una spirale di "cronicità" rispetto alla quale gli stessi operatori socio-sanitari non riescono a trovare risposte soddisfacenti.

Al fine di evitare che il termine dell'iter scolastico coincida con il concentrarsi di una sommatoria di problematiche, con tendenza a nuove forme di emarginazione, abbandono o, peggio ancora, a fenomeni di segregazione



familiare o istituzionale, occorre intervenire sulla disabilità in forma multidisciplinare e sistematica durante le varie fasi di vita

È evidente che solo la Comunità locale di appartenenza rappresenta il luogo in cui tali bisogni possono e devono essere ascoltati, accolti e rielaborati in forma progettuale.

Si pone dunque il problema di anticipare i tempi di intervento individuando strategie che possano funzionare anche per i disabili da reale tramite tra mondo della scuola e del lavoro, introducendo a partire dalla scuola superiore (ma in alcuni casi anche prima) strumenti specifici di facilitazione e preparazione del disabile, eventualmente anche creando strutture capaci di sostenerlo in questo delicato momento di passaggio. E' questo del resto l'orientamento condiviso anche con altre istituzioni, pur non potendo nascondere i gravi ritardi nello sviluppo di questo modello.

A tale proposito sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1. Si favorisce la riduzione del ricorso alla residenzialità sia
 - a) sostenendo in forma più ampia l'esperienza di integrazione tra volontariato e privato sociale sul modello di quello realizzato da alcune Associazioni di Volontariato del territorio, finalizzato all'inserimento lavorativo di soggetti adulti diversamente abili.
 - b) ricorrendo al Fondo per la non Autosufficienza in relazione al quale si rende necessario utilizzare l'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare) per la valutazione delle situazioni complesse
2. Si rende necessaria la costituzione di un gruppo di valutazione del bisogno e di progettazione dell'intervento a valenza zonale.
3. Si intende rafforzare la messa in rete delle strutture presenti, di cui si allega l'attuale mappatura ed in particolare si ipotizza una specifica rete dei cinque Centri di Socializzazioni presenti nella zona con una differenziazione delle attività; in modo, da renderle "modulate" sui bisogni dell'utente in base ai livelli omogenei di disabilità o per intensità di assistenza.
4. Si conferma la necessità di avviare la Fondazione di Partecipazione ("Dopo di Noi"/"Sempre con Noi") come strumento giuridico utile a



realizzare la solidarietà e la mutualità sociale nei confronti di persone con disabilità psichica, fisica e sensoriale. La sua costituzione, infatti, assomma in sé più vantaggi:

- favorisce la condivisione di un programma comune istituzioni, privati (tra cui istituti e fondazioni bancarie) e volontariato sociale;
 - consente l'acquisizione e la gestione di risorse aggiuntive a quelle già investite dalle istituzioni, in quanto strumento operativo agile;
 - rappresenta un ulteriore strumento per programmare e razionalizzare la rete delle offerte presenti e future.
5. Si prevede un rafforzamento della rete del Terzo settore per migliorare ed ampliare il ventaglio dei servizi alla persona diversamente abile (attività diurna e di socializzazione).

Obbiettivi specifici

1 - Riduzione della residenzialità

Il diversamente abile, al termine dell'esperienza scolastica viene spesso a trovarsi in una realtà in cui stenta ad inserirsi, non solo per i limiti personali ma, soprattutto, per resistenze familiari, inadeguatezza dei servizi, carenza di opportunità nel contesto sociale.

Negli ultimi anni, insieme a Cooperative sociali ed Associazioni del Terzo Settore della zona sono stati attivati interventi legati al mondo della scuola, per cercare di costruire un contesto favorevole al passaggio dei ragazzi disabili al mondo del lavoro.

Le associazioni del territorio hanno cercato di promuovere una cultura di accoglienza nei confronti della disabilità, attivando, nelle scuole vari progetti, fra cui uno denominato "Percorsi di Educazione alla Diversità" ed altri specifici per l'inserimento graduale, nell'ambito pre-formativo e di formazione al lavoro, di ragazzi diversamente abili in età di obbligo scolastico.

Alla luce dei risultati ottenuti da tali esperienze, la tendenza è quella di proseguire su questa strada promuovendo l'estensione delle migliori pratiche a tutto il territorio, con il fine di favorire la permanenza dei soggetti diversamente abili nel contesto familiare e sociale di appartenenza e di contenere i fenomeni di istituzionalizzazione.



A tale proposito sarebbe auspicabile prevedere forme di ricovero di sollievo di breve durata, per le persone con problematiche più complesse, all'interno di una rete di servizi o, almeno, di centri collegati per garantire la graduale autonomizzazione della famiglia di origine e la sperimentazione di momenti di autonomia.

Inoltre, si intende favorire la riduzione della residenzialità, ricorrendo al Fondo regionale, relativo al progetto per l' "Assistenza continua alla persona non autosufficiente", una delle esperienze più innovative nel panorama dei servizi esistente in Italia. Il progetto che fino ad ora era rivolto solo agli anziani si estenderà anche alle persone con disabilità e consentirà pertanto di attivare ulteriori risorse atte a favorire la permanenza del portatore di handicap nel proprio contesto familiare e sociale il più a lungo possibile, garantendogli la miglior qualità di vita possibile. Tale obiettivo sarà perseguibile con l'attivazione di risposte assistenziali appropriate, flessibili e tempestive. Da ciò la necessità di utilizzare l'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare), principalmente per la valutazione delle situazioni complesse.

2 - Gruppo di valutazione a valenza zonale

La costituzione di un unico gruppo di valutazione può garantire un percorso coerente ed una presa in carico basata su procedure omogenee e condivise. Le segnalazioni dovranno pervenire dal Servizio Sociale o dal Medico di Medicina Generale.

Il gruppo di riferimento dovrà essere costituito da una parte stabile formata da:

- un Medico delle Cure Primarie (anche uno specialista??)
- un Responsabile del Servizio Sociale (o un suo delegato)
- un Medico o uno Psicologo della Salute Mentale Adulti
- un Assistente Sociale del Comune di pertinenza
- un Amministrativo

Le figure integrative da attivare al momento della presentazione del caso saranno:

- un Responsabile della U.O. Riabilitazione (o un suo delegato)
- un Responsabile della U.O Infermieristica (o un suo delegato)



- il Medico di Medicina Generale o un Pediatra di libera scelta
- un Medico del Sert (o un suo delegato)

La presa in carico comporterà la lettura di un problema e la sua traduzione in bisogno; sarà, pertanto, garantito a ciascun soggetto diversamente abile un bilancio delle competenze e le visite specialistiche necessarie per l'elaborazione del PARG. Il gruppo valuterà la documentazione relativa all'utente, individuerà gli operatori competenti per la predisposizione del PARG e la sua attuazione e trasmetterà loro la pratica. Anche la famiglia dovrà essere chiamata a condividere il progetto; con la sua "competenza affettiva", infatti, unita alla competenza tecnica e alla facoltà di promuovere le competenze sociali degli operatori, può, insieme al diversamente abile, incontrarsi nella costruzione di un progetto comune.

Il gruppo di valutazione si incontrerà indicativamente una volta al mese in un giorno fisso, per quanto riguarda i nuovi inserimenti; gli obiettivi previsti dal PARG verranno poi verificati e aggiornati con cadenza annuale. L'obiettivo di ogni PARG sarà, infatti, lavorare per lo sviluppo della maggiore autonomia possibile dell'utente.

Gli utenti che avranno raggiunto gli obiettivi del PARG e che non presenteranno altre necessità abilitative-riabilitative ai sensi della L. 104, verranno dimessi e passeranno per competenza al il Medico di Medicina Generale o un Pediatra di libera scelta

3 - Rete dei servizi

Nel territorio della zona Fiorentina Sud Est è presente una Rete di strutture per la disabilità, variegata e modulata sull'intensità dei bisogni. Si contano 20 "punti" in grado di offrire ospitalità residenziale, semiresidenziale e temporanea a persone in situazioni di handicap grave o medio grave.

Rispetto all'offerta attuale la volontà è quella di andare a predisporre la messa in rete delle strutture pur nelle difficoltà dovute alla complessità territoriale della zona.

In particolare si citano i **Centri di Socializzazione:** nella zona Fiorentina Sud Est ne sono presenti cinque, con una unica tipologia gestionale e organizzativa. Ciò grazie ad un'intesa che lega i Comuni e l'Azienda Sanitaria sulla convinzione che la problematica dell'handicap si colloca nell'area



dell'alta integrazione socio-sanitaria e sulla comune concezione che il Centro Diurno è ambiente comunitario in cui si realizzano la socializzazione e la riabilitazione della persona con handicap grave, attraverso la costruzione di relazioni positive con il territorio e la messa in atto di progetti sul singolo a valenza educativa e terapeutica insieme. I risultati raggiunti testimoniano come la nuova organizzazione dei Centri e l'approccio terapeutico adottato rispondano in modo soddisfacente a bisogni dell'utenza.

Il livello qualitativo delle prestazioni erogate si è innalzato negli ultimi anni e maggiori sono le opportunità di benessere offerte alle persone che usufruiscono di tali interventi. In generale gli obiettivi perseguiti dai Centri di Socializzazione sono volti principalmente a garantire l'attuazione di interventi integrati assistenziali, educativi/rieducativi e abilitativi/riabilitativi. La caratteristica rilevante dei Centri è infatti, proprio, quella di offrire interventi personalizzati in ambito educativo, socializzante, abilitativo e riabilitativo che nascono e si sviluppano all'interno di una progettazione comune con gli operatori coinvolti nella gestione del caso (compresi ovviamente gli operatori del territorio "inviante").

Ma per poter migliorare ulteriormente l'offerta in questo settore si valuteranno do valutazioni per moduli. In quest'ottica nel momento in cui l'utente verrà preso in carico (attivazione PARG) potrà essere stabilito il modulo di attività in cui inserirlo, individuando gli obiettivi a breve e medio termine. E' auspicabile prevedere verifiche periodiche da parte degli educatori dei centri che dovranno comunicare al gruppo di valutazione eventuali modifiche del PARG e proporre nuovi obiettivi.

Considerando i moduli come un insieme di attività specifiche per livelli omogenei di intensità di assistenza, sarà necessario, per la definizione delle attività, effettuare incontri con gli operatori e i responsabili dei centri di socializzazione. Oltre a programmare in modo distinto, ma integrato, gli interventi sanitari ed i percorsi sociali

3.1 Il Casolare e la Serra

Il progetto "il casolare e la serra" si basa su un accordo di programma sottoscritto dalla Regione Toscana, dalla Società della Salute zona Fiorentina Sud Est, dai 13 Comuni della stessa zona, dalla Provincia di Firenze e dall'Istituto degli Innocenti in collaborazione con l'Università degli Studi di



Firenze. Il progetto è il risultato dell'esperienza di diverse realtà pubbliche e private che da tempo sono impegnate nel territorio della zona sul tema della disabilità.

“Il casolare e la serra”, che consta di un recupero architettonico e rigenerazionale sociale di un complesso di proprietà dell'Istituto degli Innocenti, posto in località Rio di Luco, nel Comune di Reggello, sarà un centro polifunzionale ed al suo interno sarà possibile fare esperienze di vita autonoma, lavorativa e relazionale, facendo sì che diventi un centro di eccellenza, un vero e proprio laboratorio di idee finalizzato alla costruzione di autonomia. Costituirà lo snodo centrale della rete dell'offerta di risposte (pubbliche e private), nel campo della disabilità.

Con questa struttura la nostra Società della Salute intende raccogliere la sfida di “coinventare” processi di autonomia, non ancora attuati, per le persone disabili.

A tal proposito faremo riferimento a tutto il capitale di conoscenze, esperienze e proposte dei soggetti portatori di bisogno, delle loro famiglie, delle istituzioni scolastiche territoriali, dei soggetti del terzo settore, dei servizi socio sanitari, dell'Istituto Degli Innocenti, dell'Università degli Studi di Firenze e della Regione Toscana. Uno dei punti di forza de Il casolare e la serra consiste proprio nel progettare la sua realizzazione con un'analisi attenta ed accurata delle esigenze e necessità del territorio, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure impegnate nel settore della disabilità: persone disabili e le loro famiglie, associazioni, cooperative e servizi socio sanitari.

La realizzazione di questo progetto sarà integrata con la costituzione della Fondazione, “Durante e dopo di Noi”, che avrà un ruolo fondamentale nella coprogettazione di questo nonché di tutta la rete di risposte territoriali a queste specifiche problematiche

4 - Fondazione “Durante e Dopo di Noi”: Costituzione e supporto

In considerazione dell'importanza di favorire l'autonomia delle persone disabili e di assicurare che le loro famiglie svolgano a tal fine un ruolo attivo, la SdS SudEst sta lavorando alla costituzione di una Fondazione di partecipazione che, attraverso la professionalità e le risorse degli enti



pubblici, delle famiglie stesse e di altre istituzioni del territorio, consenta loro di decidere e vigilare sul cammino di indipendenza e/o assistenziale che riguarda il proprio familiare.

Si tratta di individuare modalità e forme per realizzare progetti esistenziali che consentano alle persone con abilità diverse di mantenere livelli di vita qualitativamente analoghi a quelli della vita con i loro familiari, anche quando questi non potessero più occuparsene.

Le fondazioni di partecipazione in questo contesto nascono con lo scopo principale di realizzare forme di tutela della persona disabile e percorsi di autonomia, nel pieno rispetto della volontà degli interessati e delle loro famiglie, coinvolgendo al contempo la società civile.

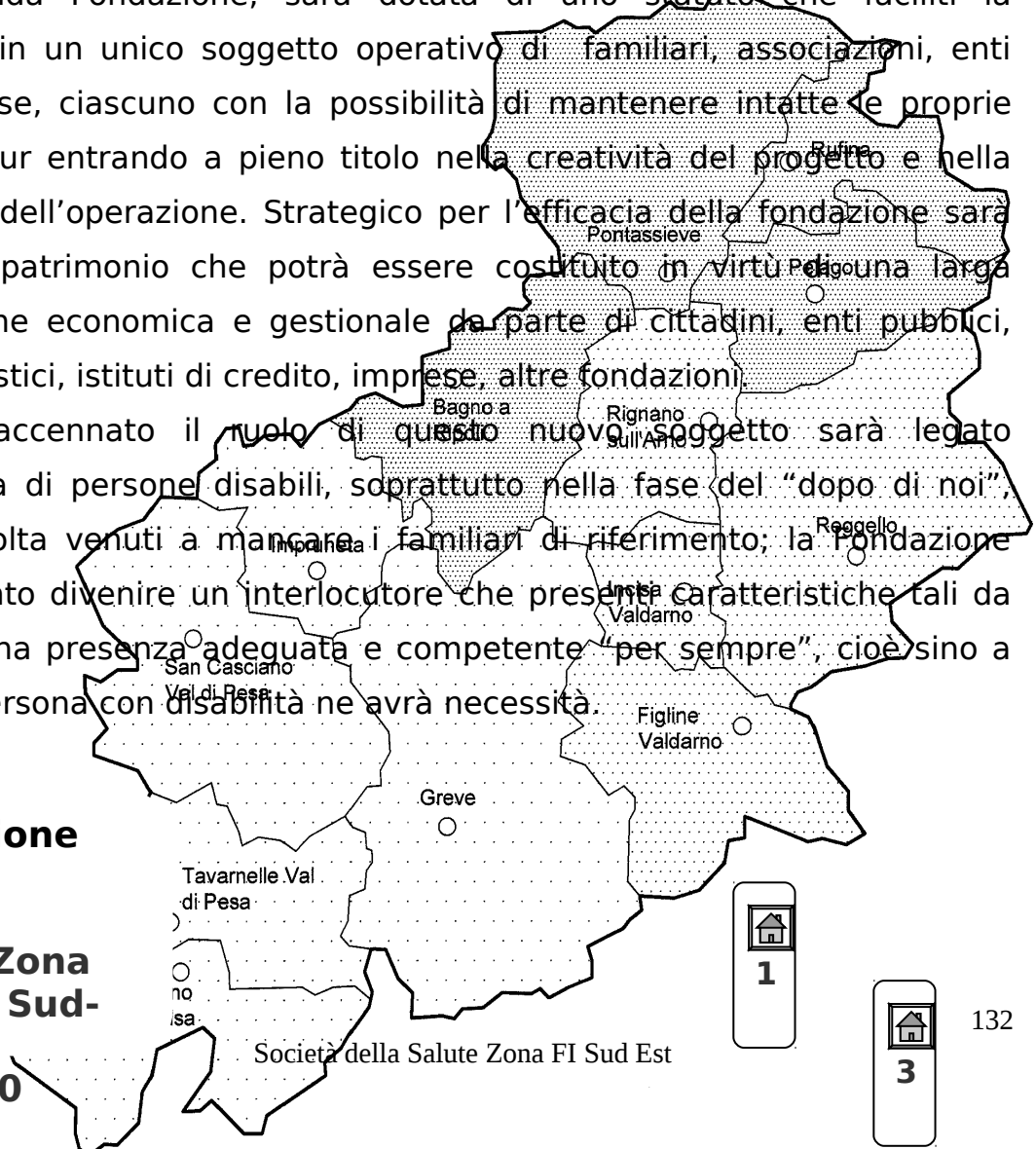
Si tratta di un istituto giuridico senza fini di lucro al quale si può aderire apportando denaro, beni materiali o immateriali, professionalità o servizi.

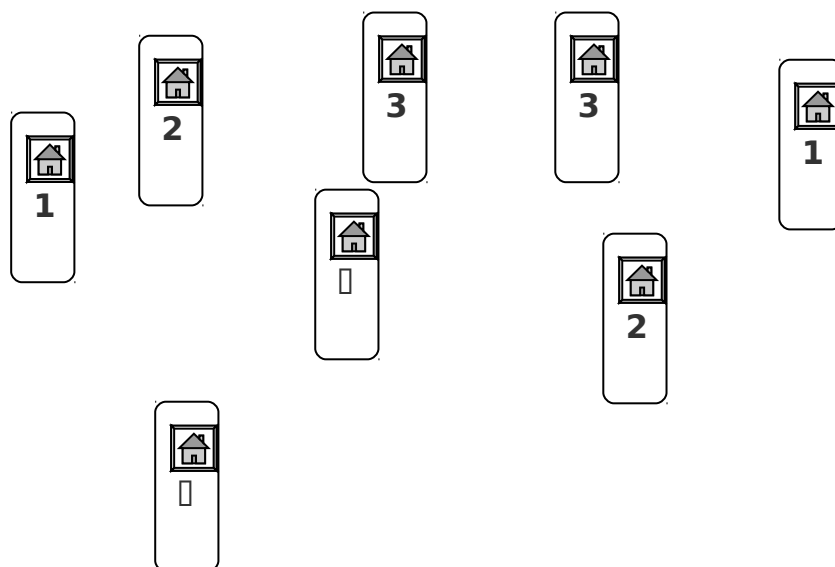
La fondazione ha come finalità principale la solidarietà e la mutualità sociale nei confronti di persone con disabilità fisica psichica o sensoriale.

La costituenda Fondazione, sarà dotata di uno statuto che faciliti la coesistenza in un unico soggetto operativo di familiari, associazioni, enti locali, imprese, ciascuno con la possibilità di mantenere intatte le proprie peculiarità pur entrando a pieno titolo nella creatività del progetto e nella trasparenza dell'operazione. Strategico per l'efficacia della fondazione sarà in effetti il patrimonio che potrà essere costituito in virtù di una larga partecipazione economica e gestionale da parte di cittadini, enti pubblici, enti ecclesiastici, istituti di credito, imprese, altre fondazioni.

Come già accennato il ruolo di questo nuovo soggetto sarà legato all'assistenza di persone disabili, soprattutto nella fase del "dopo di noi", ossia una volta venuti a mancare i familiari di riferimento; la Fondazione dovrà pertanto divenire un interlocutore che presenti caratteristiche tali da assicurare una presenza adeguata e competente "per sempre", cioè sino a quando la persona con disabilità ne avrà necessità.

**Localizzazione
Strutture
Per
disabilità
Zona
Fiorentina Sud-
Est
Totale n. 20**





Tavarnelle Val di Pesa:

Casa Famiglia Meijer
 Confraternita di Misericordia
Centro di Socializzazione di Tavarnelle
 ASL conv.ne Misericordia Tavarnelle

Greve in Chianti:

Casa Famiglia Panzano
 Da avviare con Rosalibri

Centro Socializzazione di Panzano

Da avviare con Rosalibri

Impruneta:

Cooperativa Le Rose
 Cooperativa Le Rose

Tavarnuzze:

Centro Socializzazione di Tavarnuzze
 ASL app.to coop ARCA

San Casciano:

La Casa del Sorriso
 Cooperativa Gruppo Insieme VAI

Rignano sull'Arno:

Centro Terapeutico Europeo - Le Torri
 CTE collegamento servizi sociali

Centro di Socializzazione di Rignano

ASL attività delegata app.to Di Vittorio

Centro Terapeutico Europeo Rignano (Villamagna)

CTE

Figline Valdarno:

Appartamento laboratorio di Figline
 Aseba progetto VAI

Centro Socializzazione di Figline

ASL attività delegata app.to Di Vittorio

Reggello:

Il Casolare La Serra
 Cooperativa Aseba , progetto VAI

Pelago:

Opera Diocesana Assistenza Diacceto
 RSD

Opera Diocesana Assistenza Cernitoio
 RSD

Opera Diocesana Assistenza ODA

Rufina:

Centro Socializzazione di Rufina
 SAAS Val di Sieve app.to Arca

Bagno a Ripoli:

RSD Antella
 Società Masini e Grifoni

Appartamento laboratorio di Bagno a Ripoli

Progetto VAI ed altro sogg.tto

Appartamento laboratorio di Grassina
 Progetto VAI ed altro soggetto

Inspirandosi al principio dell'*unicità della persona, intesa nelle sue componenti fisiche, psichiche e sociali*, le azioni intraprese per la cura e la tutela dei minori si presentano come area ad alta integrazione dove i servizi comunali, sanitari e del terzo settore lavorano in sinergia.

Obiettivo di tale sinergia è la costruzione di un *sistema di rete al cui centro sta il minore e la difesa dei suoi diritti e bisogni*.

Ormai da anni si è sviluppata nella nostra zona una modalità di lavoro, comune ai vari servizi, che privilegia:

- la *multiprofessionalità*, con la costruzione di gruppi di lavoro formati



- da diverse professionalità,
- la *territorialità*, intesa come attenzione al contesto di vita del minore e mantenimento dei suoi punti di riferimento territoriali,
 - l' *integrazione* tra tutti i servizi sociali e sanitari e tutte le agenzie presenti nella comunità utili per il minore e la sua famiglia,
 - la *continuità terapeutica*, garantendo l'assistenza senza soluzioni di continuità e incoerenza degli interventi nel passaggio della presa in carico tra servizi e al compimento della maggiore età.

Sia all'interno di équipes multiprofessionali stabili che all'interno di gruppi di lavoro che si costituiscono funzionalmente al bisogno, si risponde alla domanda dell'utenza tramite la costruzione di *progetti terapeutici, assistenziali, abilitativi-riabilitativi globali*.

Per il prossimo triennio la programmazione dei servizi si prefigge di raggiungere un ulteriore obiettivo di qualità andando ad individuare dei *percorsi assistenziali integrati*, caratterizzati da *appropriatezza* e da *efficienza*, con un buon uso delle risorse e con la scelta degli interventi più efficaci.

Diamo di seguito una descrizione sintetica delle azioni rivolte ai minori già attivate e che verranno proseguite in continuità, e delle nuove azioni che si intendono sviluppare, ordinandole secondo gli obiettivi strategici e specifici che le ispirano: è importante sottolineare che tutte le azioni, sia che si tratti di attività dei Comuni che dell'Azienda sanitaria o del terzo settore, rispondono agli stessi obiettivi - e questa condivisione progettuale è garanzia di vera *integrazione*.

Gli obiettivi e le azioni

I. Sviluppo dell'empowerment sociale

Il primo obiettivo riguarda il sostegno alla comunità tramite azioni di potenziamento e supporto alle risorse spontanee dei cittadini: rientrano in questo obiettivo, per es., gli interventi diretti al volontariato e i progetti per la leva civile dei giovani che costituiscono sia una risorsa per i servizi sia un'opportunità educativa e di sviluppo personale per le persone, che si



trovano ad essere impegnati nei servizi sociali e sanitari per l'handicap, gli anziani, la riabilitazione dei minori. Anche gli interventi di educazione alla salute vanno nella direzione non solo di prevenire il disagio ma anche potenziare le competenze socio-relazionali, gli stili di vita, la diffusione dei valori di cittadinanza attiva.

II. Interventi nelle fasce emergenti di rischio: perinatalità, adolescenza

L'esperienza dei servizi, la domanda dell'utenza e gli studi epidemiologici e clinici indicano i primi momenti della vita (la c.d. area perinatale dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino) e l'età adolescenziale come momenti particolarmente a rischio di sviluppo di disagio e/o psicopatologia; ciò richiede una particolare intensità di interventi.

Nell' area perinatale abbiamo una vasta gamma di offerta di servizi, dal sostegno economico alla maternità e alle famiglie attuato dai servizi sociali dei Comuni alle azioni sanitarie di promozione di una buona relazione madre-bambino, fino alle azioni di intercettazione dei primi segnali di patologia (come per es. la diagnosi precoce dei disturbi di relazione e dello spettro autistico, patologia grave ed in forte aumento). Nuove azioni saranno sviluppate nel prossimo triennio, tra cui un servizio di salute mentale perinatale, in rete con i punti nascita e consultori, e un ambulatorio zonale per i disturbi dello spettro autistico.

Per l'adolescenza, oltre al proseguimento dell'attività dell'ambulatorio zonale per lo scompenso psicopatologico, verranno attuate alcune nuove importanti iniziative: una ricerca sul comportamento sociale degli adolescenti e la loro fruizione dei servizi (attuata dai servizi di salute mentale adulti e infanzia in collaborazione con l'Università degli studi di Firenze), la collaborazione con l'Associazione Alesia per la prevenzione dei comportamenti autolesivi degli adolescenti, e la creazione di un punto di ricovero per i gravi disturbi alimentari (presso Ospedale Serristori, in collaborazione con il Centro aziendale per i D. C.A.).

III. Integrazione pubblico-privato sociale nell'area del disagio

Il disagio minorile è una realtà pesante e complessa, ad alta criticità, impossibile da affrontare se non all'interno di una rete di servizi, enti,



istituzioni diverse. Un obiettivo strategico importante è la creazione di una rete di sostegno integrata tra servizi pubblici e servizi del privato sociale: per questo obiettivo è stato avviato un percorso di riflessione e concertazione, denominato “Punti di contaminazione”, tra istituzioni scolastiche, privato sociale, famiglie affidatarie, servizi socio-santari che porterà alla costruzione di un Osservatorio zonale per il disagio dei minori. A questo Osservatorio sarà demandata l’analisi del fenomeno, l’individuazione di misure idonee ad affrontarlo, la formazione multiprofessionale ed inter-istituzionale, e si collocherà come un punto di raccolta e collegamento tra tutte le forze territoriali.

IV. Accessibilità e continuità assistenziale

Questi sono due importantissimi obiettivi che perseguono i servizi sia sociali che sanitari con azioni specifiche dirette a collegare i servizi ospedalieri per la nascita e la pediatria con i servizi territoriali, valorizzare il ruolo dei pediatri I.s. e medici m.g., ottimizzare le procedure di accesso ai servizi.

V. Sostegno genitorialità e figure adulte significative

Il sostegno alla genitorialità e agli adulti significativi per il minore è da sempre un obiettivo centrale dei nostri servizi che hanno prodotto negli anni una grande ricchezza di progetti ed iniziative spesso in sinergia con il privato sociale e le associazioni di famiglie. Le aree di maggiore intervento riguardano il percorso adottivo (da segnalare il sostegno psicologico post-adottivo denominato “Primi legami”, progetto speciale dell’Unità Funzionale salute mentale infanzia-adolescenza) e la genitorialità affidataria (Centro Affidi zonale, rete delle famiglie Pellicano, ecc...).

VI. Prevenzione e contrasto del disagio

Molteplici interventi sono in atto per la prevenzione e la riduzione del danno dovuto al disagio nelle sue molteplici forme di espressione: disagio scolastico e cognitivo, con interventi sia di sostegno alle istituzioni scolastiche che di attivazione di offerte formative extra scuola; disagio familiare, con la l’attività della c.d. tutela minorile (gli interventi dei servizi sociale e psicologico per i minori in condizioni di grave trascuratezza,



maltrattamento, sospetto abuso, quasi sempre in collaborazione con le Autorità Giudiziarie); disagio sanitario collegato a scorretti stili di vita (come per es il progetto contro l'obesità infantile) o psicologico, dovuto a traumi (progetto ALBA per il sostegno psicologico al lutto infantile).

VII. Sostegno all'inclusione sociale

In questa area di particolare rilevanza è il progetto Migranti che offre in tutta la zona interventi di mediazione culturale dentro la scuola e nella famiglia, di facilitazione all'accesso ai servizi, e di promozione dell'incontro tra culture. E' allo studio la possibilità di integrare questo servizio, con gli opportuni adattamenti, con gli interventi di sostegno al percorso post adottivo dei minori stranieri.

Tabella riassuntiva degli obiettivi e delle azioni già in atto nella zona e dei progetti nuovi da sviluppare nel triennio:

I. Obiettivi strategici	II. Obiettivi specifici	III. Azioni	
		• Continuazione progetti Esistenti	• Sviluppo nuove azioni
Sviluppo dell'empowerment sociale	Sostegno alle aggregazioni sociali spontanee, del volontariato e leva civile	Progetti per la Leva civile Attività di educazione alla salute	
Intensità di intervento nelle fasce emergenti di rischio: a) perinatalità,	Sostegno nell'area perinatale	Mamma segreta Bando di sostegno sociale alle famiglie Promozione allattamento seno Percorso nascita Progetti asili nido comunali	Promozione della salute mentale perinatale Percorso diagnostico e terapeutico per disturbi spettro autistico
b) adolescenza	Prevenzione e presa in carico del disagio grave in adolescenza	Emergenza/urgenza in adolescenza (ambulatorio UFSMIA	Ricerca intervento sul comportamento sociale in adolescenza



		scompenso) Collaborazione con centro aziendale DCA Ragazzi e reti Doc Crescere insieme Sieve Centri giovani Centri ascolto	(15/24 a.) Progetto punto ricovero DCA Integrazione con associazione Alesia 2007 per la prevenzione e la presa in carico dei comportamenti a rischio grave (suicidi, comportamenti autolesivi)
Integrazione pubblico-privato sociale	Creazione e rafforzamento rete pubblico-privato sociale per il disagio minorile	Collaborazione Casa Sassuolo, strutture residenziali, centri diurni Caritas	Creazione rete con procedure condivise (progetto : "Punti di contaminazione")
Accessibilità e continuità assistenziale	Continuità Ospedale/territorio Servizi sociosanitari/pediatrivi Is., mmg.	Presenza in carico dimissioni pediatriche e follow up Neonatale Consulenza UFSMIA reparti ostetrica, neonatologia, pediatria	
I. Obiettivi strategici	II. Obiettivi specifici	III. Azioni	
		• Continuazione progetti Esistenti	• Sviluppo nuove azioni
Sostegno genitorialità e figure significative	Sostegno alla genitorialità e contrasto del disagio familiare	Centro Affidi zonale Pellicano Cinque pani e due pesci Cèline Interventi in materia di adozione Primi legami	



Sostegno all'inclusione sociale	Sostegno all'inclusione scolastica e sociale dei minori stranieri	Progetto Migranti - Oltre le parole	

CRONOGRAMMA

Ogni singolo progetto ha un proprio specifico cronogramma che indica i tempi di attuazione e verifica.

Per l'area minori nel suo complesso si individua la seguente scansione temporale:

- entro 6 mesi dall'approvazione del PIS: attivazione dei progetti
- entro 1 anno " " : I° verifica generale sullo stato dei progetti
- entro 2 anni " " : II° verifica
- entro 3 anni " " : III° verifica
- dopo tre mesi dall'ultima verifica: stesura report finale

Preso in carico del paziente pediatrico

In continuità con il precedente PIS si conferma l'importanza della continuità assistenziale con il presidio ospedaliero di riferimento.

L'ammalarsi del bambino e il suo conseguente ingresso in una struttura curativa, oltre alle cure mediche necessarie, richiede un'adeguata accoglienza e la sicurezza che non vengono spezzati quei legami propri del vissuto quotidiano del piccolo paziente che rappresentano i suoi fondamentali punti di riferimento.

Da qui la necessità per la struttura sanitaria pediatrica di avvalersi di un'organizzazione in grado di supportare il bambino e la famiglia nella difficile esperienza dell'ospedalizzazione. Nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici ospedale-territorio il DEA PEDIATRICO rappresenta un modello



organizzativo che si realizza attraverso l'erogazione di prestazioni, quali accertamenti, osservazione ed eventuale dimissione entro poche ore laddove la clinica e gli accertamenti stessi lo consentono. L'accesso diretto del piccolo paziente senza passaggi dal pronto soccorso favorisce la strutturazione di ambienti idonei per il trattamento di cura e diagnosi, con creazione di spazi ludici e di iniziative d'animazione che mettono l'ospedale in comunicazione e in continuità con i cittadini e la città. Emerge la logica di valorizzazione del personale medico e infermieristico, culturalmente e professionalmente preparato all'approccio del piccolo paziente, il vantaggio di ridurre ricoveri impropri, l'aumento di soddisfazione dell'utenza, l'ottimizzazione delle risorse e l'implementazione di modelli assistenziali che realizzano la continuità del percorso pediatrico.

In questa logica di integrazione ed in fase di "decollo" operativo il Servizio di Day Service Pediatrico, un percorso ambulatoriale che consente l'adeguata gestione di quei casi con patologie per le quali si prospettano processi assistenziali relativamente standardizzabili, con il coinvolgimento e l'integrazione funzionale tra specialisti ospedalieri e tra i Pediatri di libera scelta.

Obiettivi.

- Ridurre per alcune patologie pediatriche l'inappropriato accesso al DEA.
- Semplificare il percorso di accesso alle strutture ambulatoriali.
- Superare il limite dell'attività ambulatoriale semplice garantendo la continuità e la presa in carico.
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso la diminuzione dei ricoveri pediatrici potenzialmente inappropriati.
- Aumentare l'integrazione funzionale tra specialisti ospedalieri e tra i Pediatri di libera scelta.

Vantaggi.

- Introduzione di un nuovo modello assistenziale
- Tendenza ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse
- Aumento del grado di soddisfazione dell'utenza
- Integrazione ospedale- territorio

Il Pediatra di libera scelta con criteri di appropriatezza in rapporto alle caratteristiche clinico assistenziali dell'utente, prescrive la visita specialistica



su ricettario regionale esplicitando il quesito diagnostico. Alla prima visita potrà prospettarsi la necessità di un ulteriore accesso per seguire approfondimenti diagnostico- strumentali e/o di laboratorio. Al termine dell'iter diagnostico, clinico e/o strumentale, il paziente torna al proprio pediatra con una lettera di dimissione , con la prescrizione della terapia da effettuare(i farmaci di prima prescrizione saranno forniti, se possibile, dalla Farmacia all'interno dell'Ospedale), gli esami effettuati, in originale, la data per eventuali successivi controlli.



3.4 LA SALUTE MENTALE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA

Interventi per i minori disabili

Il servizio di salute mentale infanzia-adolescenza (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia - adolescenza nella sua articolazione in équipes multiprofessionali territoriali) insieme ai servizi sociali dell'ASL e dei Comuni si prende carico della disabilità infantile con interventi di diagnosi, presa in carico, abilitazione/riabilitazione, inserimento scolastico e sociale, secondo quanto previsto dalla legge n.104.

L'accesso al servizio avviene prevalentemente su invio dei servizi ospedalieri di follow up post-natale, la neonatologia dell'ospedale Meyer e Careggi, la pediatria di base.

Lungo il percorso della presa in carico il servizio invia l'utente alla Commissione I.104 per l'accertamento dell'handicap e/o l'invalidità. Più raramente, il primo accertamento dell'handicap avviene in sede di Commissione e da questa l'utente transita al servizio. Della Commissione I.104

fanno parte alcuni medici UFSMIA. Altre volte, la rilevazione della disabilità avviene al momento dell'impatto del minore con la vita scolastica e sociale, soprattutto con il primo ingresso nella scuola elementare: questa rilevazione riguarda essenzialmente le forme più lievi di handicap cognitivo e mentale.

Ogni intervento effettuato per la disabilità ha caratteristiche di multidisciplinarietà ma tra i molteplici operatori coinvolti per i vari interventi specialistici necessari, vengono individuati sempre un case-manager sanitario ed uno sociale, che costituiscono punti di riferimento stabili per l'utenza, in genere per tutto il percorso della crescita.

Quando necessario per completare la diagnosi e la presa in carico, il servizio si collega in rete con centri ospedalieri di secondo e terzo livello, e di alta specializzazione, nonché con centri privati specialistici e organizzazioni del terzo settore, comprese le associazioni dei familiari.



Costante collegamento viene tenuto con le Commissioni Handicap della zona.

Il servizio è in grado di assicurare capillarità, continuità e completezza della presa in carico della disabilità; questa potenzialità positiva è minacciata da alcune criticità:

- la riduzione del personale (da 5 a 3 neuropsichiatri infantili) e delle risorse;
- l'eccessivo numero delle certificazioni scolastiche (prevalentemente dovuto alla scarsa capacità, da parte delle istituzioni scolastiche, di individuare strumenti diversi per affrontare il disagio e le difficoltà di apprendimento) che rende molto difficile per gli operatori medici e psicologi garantire efficacemente ed appropriatamente i compiti previsti della legge
- modalità superate di gestire gli interventi scolastici (il protocollo di intesa scuola-sanità per l'handicap è vecchio di anni e la commissione provinciale per il suo rinnovo non ha ancora completato il proprio lavoro).

Per il prossimo triennio gli obiettivi per la disabilità infantile che si è data l'UFSMIA insieme ai Servizi sociali, cercheranno di affrontare le criticità presenti e di migliorare gli interventi.

Questi obiettivi riguardano:

- utilizzo della classificazione OMS della disabilità (ICF) per indirizzare con maggiore appropriatezza e focalizzazione gli interventi abilitativi-riabilitativi e migliorare il passaggio delle informazioni ai servizi esterni, alle istituzioni scolastiche e ai servizi per gli adulti al momento del passaggio alla maggiore età;
- revisione critica del percorso di certificazione e di inserimento scolastico ai fini di individuare azioni migliorative di razionalizzazione degli interventi e delle risorse, di concerto con gli organismi scolastici;
- individuazione di percorsi definiti servizi-scuola per i disturbi specifici e il ritardo dell'apprendimento;



- azioni di collaborazione e progettazione comune con le associazioni dei familiari presenti nella zona.

Attività e progetti per la salute mentale dei minori

L'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia-adolescenza assicura la diagnosi e la presa in carico del disagio e della psicopatologia minorile tramite équipes multiprofessionali presenti nei quattro maggiori presidi territoriali.

L'organizzazione territoriale del servizio è da sempre una specificità della nostra zona e ha dimostrato di essere un mezzo importante per garantire diffusione dell'informazione, accessibilità al servizio e una buona risposta ai bisogni dell'utenza. Contemporaneamente, tuttavia, l'emergere di nuovi bisogni assistenziali e l'aumento della domanda, nonché alcune criticità (tra cui, la più grave è la diminuzione del personale assegnato al servizio) hanno evidenziato la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse e mettere in atto alcuni strumenti di governo dell'accesso e della domanda, nonché di affiancare all'organizzazione strettamente territoriale alcuni 'progetti speciali zonali' che possono offrire risposta a bisogni specifici con interventi specializzati e tempi rapidi.

Accesso al servizio e attività clinica nei presidi territoriali

Le équipes territoriali offrono prestazioni di analisi della domanda, psicodiagnosi, diagnosi neurologica e psichiatrica, sostegno psicologico, psicoterapia, riabilitazione, interventi educativi riabilitativi, e ogni altro intervento per rispondere al disagio e alla psicopatologia infantile e della famiglia.

Iniziative di governo della domanda sono state intraprese per far fronte al divario tra diminuzione delle risorse e aumento della richiesta: l'accesso al servizio avviene attraverso i *front-office*, consentendo di effettuare una selezione delle domande di intervento in base all'urgenza e alla competenza professionale; collegamento continuativo con le istituzioni scolastiche e la pediatria I.s.. e ospedaliera.

Progetti speciali zonali



Per affrontare alcune problematiche assistenziali particolarmente critiche che necessitano intensità, specificità, velocità di intervento e che non possono perciò essere completamente assolte all'interno della routine delle équipes territoriali, sono state creati sperimentalmente alcuni progetti specifici:

- *Ambulatorio per lo scompenso acuto psicopatologico in adolescenza*
- *“Primi legami - consulenza psicologica per la genitorialità adottiva”*
- *A.L.B.A – per il sostegno psicologico al lutto dei minori*

Questi progetti, già presenti del P.I.S. 06/08, hanno ricevuto il finanziamento della Società della salute, utile per consentire il loro avvio.

Nel prossimo triennio è prevista l'attivazione di altri due progetti:

- *Gruppo Autismo*

La Regione Toscana richiede la presa in carico precoce e specifica dell'autismo secondo le linee guida nazionali ed internazionali, e secondo le indicazioni organizzative regionali e di area vasta. L'UFSMIA sud est ha individuato un piccolo pool di operatori che tiene i contatti e collabora con l'Area vasta, è referente per lo screening attuato dai pediatri libera scelta, supporta gli operatori territoriali per la diagnosi e l'impostazione della cura.

- *Promozione della salute mentale perinatale*

Questo progetto, approvato dalla Società della Salute e dal Dipartimento di Salute Mentale, ha ricevuto un finanziamento regionale ed è finalizzato alla realizzazione di interventi di diagnosi e cura del disagio e della psicopatologia in area perinatale (dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino), in rete con i consultori, i reparti di ostetricia e neonatologia, ed ogni altro servizio dedicato alla nascita e alla prima infanzia.

3.5 LA SALUTE MENTALE ADULTI

I Servizi di Salute Mentale Adulti, attraverso le loro articolazioni (Unità Funzionale di zona e Moduli), svolgono nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale e della Società della Salute del Sud-Est un lavoro di accoglienza, decodifica del bisogno di cura, assistenza e riabilitazione nell'ambito della sofferenza psichica.

L'ottica di intervento è quella dei servizi di comunità tesa a promuovere e favorire l'accessibilità ai servizi per l'individuazione precoce dei disturbi,



sostenendo il soggetto nelle sue competenze, favorendo l'integrazione nel contesto sociale di appartenenza, contrastando lo stigma nei confronti suoi e degli altri soggetti portatori di disagio.

Concordemente con i dati epidemiologici dei paesi occidentali cresce la domanda soprattutto nell'ambito dei disturbi affettivi (depressione-mania), dato confermato dalla spesa farmaceutica per i farmaci antidepressivi che nella Azienda sanitaria e nella nostra zona risultano al di sopra della media nazionale. Modelli culturali e stili di vita predominanti tesi a valorizzare l'efficienza e la performance, mal dispongono a dare ascolto a segni anticipatori in questo ambito spesso negati o vissuti in termini di vergogna e fragilità.

Anche la clinica dello spettro schizofrenico risulta modificata nella sua presentazione, attraverso la frequente presenza di storie di abuso di sostanze a valenza stimolante ed eccitatoria, che mistifica ed oscura il quadro endogeno di sofferenza, quadro che trova radici lontane nella tarda adolescenza.

Un discorso a parte merita l'intervento e bisogno di sostegno psicologico che sempre più, specie la popolazione giovanile, esprime come modalità privilegiata per fronteggiare il proprio disagio. Al di là della inappropriata, a volte, di tale richiesta, permane un significativo divario tra bisogni espressi e capacità dei servizi di risposte in tale direzione, anche se l'orientamento verso il gruppo in questo approccio sicuramente riesce a soddisfare i bisogni di una platea più ampia di utenti.

Permane nei Servizi forte l'impegno ad ottimizzare le risorse professionali ed economiche messe in campo, nonché il lavoro di valorizzazione della ricca rete sociale presente nei nostri territori nell'ottica di promozione e sostegno di una comunità competente e solidale.

Dati attività U.F.S.M.A. Zona Sud-Est anno 2005

N. totale dei pazienti con 1 contatto nell'anno: 2359

- MOM 9: 884
- MOM 10: 940



- MOM 11: 535
- Ricoveri in SPDC OSMA ordinari: 243 + d.H. 41
di cui n. 11 utenti fuori zona
- Prime visite: 531
- Inserimenti a termine in strutture extr'aziendali: 4+4 con doppia diagnosi
- Inserimenti a termine in strutture aziendali: 13 utenti
- Inserimenti lavorativi (IST): 84
- Stage-borse con provincia di Firenze: 8

Dati attività U.F.S.M.A. Zona Sud-Est anno 2006

N. totale dei pazienti con 1 contatto nell'anno: 2819

- MOM 9: 1099
- MOM 10: 1080
- MOM 11: 640
- Ricoveri in SPDC OSMA ordinari: 232 + d.H. 47
di cui n. 12 utenti fuori zona
- TSO: 14
- Prime visite: 615
- Inserimenti a termine in strutture extr'aziendali: 3+4 con doppia diagnosi
- Inserimenti a termine in strutture aziendali: 12 utenti
- Centri diurni: 86
- Inserimenti lavorativi (IST): 83
- Stage-borse con provincia di Firenze: 4

Dati attività U.F.S.M.A. Zona Sud-Est anno 2007

N. totale dei pazienti con 1 contatto nell'anno: 2829

- MOM 9: 1041
- MOM 10: 1170
- MOM 11: 618
- Ricoveri in SPDC OSMA ordinari: 235 + d.H. 51
di cui n. 13 utenti fuori zona
- TSO: 17



- Prime visite: 622
- Inserimenti a termine in strutture extr'aziendali: 2+3 con doppia diagnosi
- Inserimenti a termine in strutture aziendali: 7 utenti
- Centri diurni: 78
- Inserimenti lavorativi (IST): 76
- Stage-borse con provincia di Firenze: 3

Dati attività U.F.S.M.A. Zona Sud-Est anno 2008

N. totale dei pazienti con 1 contatto nell'anno: 3043

- MOM 9: 1136
- MOM 10: 1204
- MOM 11: 666
- Ricoveri in SPDC OSMA ordinari: 251 + d.H. 48
di cui n. 18+9 utenti fuori asl
(a partire da marzo presenti 2 posti letto per UFSMA Firenze)
- TSO: 16
- Prime visite: 662
- Inserimenti a termine in strutture extr'aziendali: 5+4 con doppia diagnosi
- Inserimenti a termine in strutture aziendali: 6 utenti
- Centri diurni: 72
- Inserimenti lavorativi (IST): 71
- Stage-borse con provincia di Firenze: 3

La **tipologia diagnostica degli utenti ricoverati** è costituita dal 64 al 69% da psicosi sia schizofrenia, schizoaffettività, disturbi affettivi (disturbo bipolare, mania, depressione maggiore). Un ulteriore percentuale intorno al 15 al 17% da nevrosi depressive; l'8-9% circa da disturbi di personalità; 4-6% in crescita da situazioni di abuso (alcool, sostanze).

La **tipologia diagnostica nei Centri di salute mentale** vede un incremento dei disturbi nevrotici (di disturbo d'ansia, da attacchi di panico, ossessivo compulsivo) ed una riduzione in percentuale della psicosi intorno al 50% degli utenti in carico.



Attività del **Centro Terapia Psichiatrica (CTP):**

day hospital

- (2005) 42
- (2006) 47
- (2007) 61

Attività di studio e di ricerca:

- Studio randomizzato di intervento sulla rete sociale (M. Negri, DSM Trieste, DSM Milano)
- Studio cometa (valutazione della aderenza, persistenza, costi e qualità della vita nei soggetti in terapia con farmaci antipsicotici) Società it. Di psichiatria, Univ. Di Milano, Janseng-Cilag
- L'autobiografia come cura, ricerca-intervento in collaborazione con l'Università di Firenze Facoltà di Psicologia
- Studio GISAS Gruppo italiano per lo studio degli antipsicotici di seconda generazione (Studio multicentrico promosso dall'Ist. M. Negri)
- Partecipazione allo studio di valutazione degli esiti promosso dal DSM Firenze e Soc. it. di epidemiologia psichiatrica

Collaborazioni della U.F. SMA Sud-Est:

- 1) Con il Day hospital oncologico OSMA e con l'UCC zona sud-est, consulenza psicologica per gli utenti e gruppi per gli operatori
- 2) Con Malattie Infettive OSMA supporto (psicologico) per protocollo sperimentazione di nuovi farmaci ad azione antivirale e nelle sindrome HIV.
- 3) Polisportiva Rugiada: attività dedicata ad integrare nella pratica sportiva utenti della UFSMA Sud-Est.
- 4) CESVOT, Coordinamento Regionale Gruppi autoaiuto, Fondazione De Voto, Corsi di formazione per volontari per la sensibilizzazione alla metodica dell'autoaiuto.



Progetti Finalizzati attuati con finanziamenti Regione Toscana

- 1) Freetime anno 2007
- 2) Spider anno 2008
- 3) Educazione all'autonomia abitativa Progetto del 2003 esecutivo dal 2005

3.6 LE DIPENDENZE

Obiettivi generali e azioni nell'ottica dell'integrazione sanitaria e socio sanitaria.

Il Servizio Tossicodipendenze è un'unità funzionale multidisciplinare specializzata, istituita all'interno del Sistema Sanitario Nazionale per affrontare la prevenzione, la cura e la riabilitazione nei problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti. Nel corso degli anni al Servizio sono state attribuite competenze anche per gli interventi sulle sostanze legali, alcol e tabacco. Gli interventi hanno sempre carattere "interdisciplinare", per la natura dei problemi trattati e per le capacità delle differenti professionalità di favorire cura, inclusione sociale e mantenimento dello stato di salute.

Attività svolte dal Servizio tossicodipendenze.

Consulenza: Ridefinizione della domanda dell'utente o dei familiari. Attività di informazione ed orientamento. Attività di consulenza nei reparti ospedalieri.

Diagnosi: inquadramento clinico generale, tossicologico, psicodiagnostico, sociale.



Programmi terapeutici e socio-riabilitativi individualizzati:

Trattamento medico e controllo dello stato di salute. Psicoterapie individuali, familiari e di coppia. Colloqui di sostegno psicologico. Interventi sociali di sostegno al lavoro ed a percorsi di studio. Inserimenti in Comunità Terapeutiche. Definizione di programmi con utenti detenuti. Svolgimento di programmi alternativi al carcere.

Interventi di prevenzione: Educazione alla salute nelle scuole medie inferiori e superiori. Centro Consulenza adolescenti, genitori ed insegnanti. Interventi di promozione del benessere con attenzione all'uso e abuso di sostanze stupefacenti in contesti di aggregazione: progetto Ragazzi DOC Valdarno DOC e Strade giovani. Interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro. Incontri informativi e di sensibilizzazione con la popolazione. Prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze.

Attività alcolica: Intervento medico. Intervento psicoterapeutico. Counseling all'utente e alla famiglia. Invio ai gruppi di auto-aiuto. Trattamenti socio-riabilitativi. Inserimenti in Comunità.

Attività contro il tabagismo: Centro Antifumo: consulenza, diagnosi e trattamento farmacologico. Terapia di gruppo.

Presidio residenziale a gestione diretta: Comunità Terapeutica Residenziale "POGGIO ASCIUTTO" e due mini appartamenti collegati

Obiettivi generali dell'u.f.m. dipendenze sud-est

- **Valutazione e monitoraggio del fenomeno**
- Mantenere e se possibile rafforzare gli interventi di prevenzione
- Sviluppo di un sistema di gestione orientato alla Qualità
- Miglioramento della cura di casi complessi e a pluridiagnosi
- interventi di sostegno dell'inclusione sociale e riduzione del danno

Obiettivi specifici ed azioni

mantenimento della prevenzione primaria nelle scuole medie superiori e inferiori tramite CIC, Centri di ascolto, progetti integrati con altre strutture aziendali e del privato sociale.

Mantenimento della prevenzione nel territorio con la collaborazione per il progetti con operatori di strada e con il progetto "Crescere Insieme" .



Rafforzamento della prevenzione alcolica in collaborazione con ACAT per la "Scuola Territoriale Alcolica".

Miglioramento della frequenza di contatti con i medici di medicina generale per le problematiche alcoliche.

Prosecuzione dell'attività di monitoraggio e miglioramento con progetto dipartimentale, per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze per via endovenosa e di vaccinazione nei pazienti a rischio di epatiti.

Attività antifumo nell'ottica della prevenzione di malattie e mortalità fumo correlate, tramite la partecipazione ai progetti "HPH" e "Città libere dal fumo" e con il mantenimento dell'attività rivolta ai singoli e ai gruppi del Centro Antifumo.

Sviluppo, nell'ambito del progetto SESIT, dell'applicazione della cartella elettronica SIRT.

Partecipazione al gruppo aziendale di raccolta e stesura del Bollettino dell'Osservatorio socio-epidemiologico del Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria di Firenze che, insieme ai dati, fornisce una lettura ed una interpretazione aggiornata dell'andamento del fenomeno.

Aggiornamento con dati dell'Agenzia Regionale di Sanità sul consumo di alcol, sostanze ed altri comportamenti a rischio nei giovani, per favorire la conoscenza del fenomeno nell'intera Società della Salute ed in particolare nei servizi dell'Azienda, dei Comuni e delle altre Agenzie interessate al problema.

Lavoro di verifica e diffusione dei requisiti di accreditamento dei presidi Ser.T, come da delibera del Consiglio Regionale n..70 del 19 luglio 2005, finalizzata al miglioramento della presa in carico effettuata dall'equipe multidisciplinare Ser.T. Lavoro per l'accreditamento del servizio con la stesura di procedure sull'attività svolta.

Analisi e miglioramento continuo dei processi di cura, prevenzione e riabilitazione.

Miglioramento del lavoro tramite Case manager.

Confronto su tavoli interservizi e interistituzionali per un miglioramento della presa in carico di casi complessi quali quelli a doppia diagnosi e/o a rischio di marginalità sociale.



Monitoraggio congiunto di pazienti seguiti anche dalle Malattie infettive, tramite incontri periodici con cadenza da definire.

Mantenimento degli interventi di inserimento lavorativo, inteso sia come strumento terapeutico e quindi parte integrante del programma individualizzato, sia come strumento di inclusione sociale attraverso la sperimentazione di attività, abilità e capacità lavorative. Miglioramento dell'attività di ricerca e sostegno per percorsi formativi e scolastici al fine di favorire l'inclusione sociale dei soggetti tossicodipendenti attraverso l'offerta di nuove esperienze formative e/o di riqualificazione professionale. Mantenimento degli interventi di sostegno sociale per difficoltà particolari correlate alla situazione di tossicodipendenza attraverso una risposta più mirata alla specificità dei bisogni sociali, in particolare per quella fascia nella quale diviene più marcata la fragilità per l'età, la comorbilità e quindi più a rischio di esclusione sociale.

Miglioramento dell'attività di assistenza educativa individualizzata per favorire l'inclusione sociale di soggetti con tossicodipendenza grave e/o complessa.

Mantenimento dell'attività di consulenza e presa in carico di soggetti ristretti in strutture carcerarie al fine di definire possibili progetti terapeutici individualizzati, che diventino programma per misure alternative al carcere e favoriscano la ri-inclusione sociale di soggetti spesso multiproblematici.

Lo sviluppo dell'attività con il Dipartimento della Prevenzione

La Società della Salute e il Dipartimento della Prevenzione dell'ASL 10 di Firenze, area zona sud est, convinti della assoluta necessità, di favorire in maniera attiva la salute della popolazione, di intervenire sui fattori determinanti di salute, hanno individuato alcune priorità, allo scopo di ottenere una articolazione più appropriata e socialmente produttiva sfruttando tutte le sinergie possibili, progettuali ed operative, tra Comuni e Dipartimento di Prevenzione. Per ottenere più efficacia, migliori risultati e maggiore soddisfazione di tutti gli attori, sono stati sviluppati alcuni cardini culturali quali, la centralità della salute, l'applicazione dell'integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale, la ricerca di processi in



grado realizzare obiettivi comuni, di curare la qualità dei servizi e di attuare una costante ed efficace comunicazione con i cittadini. Nella programmazione e gestione degli interventi è stata rivolta particolare attenzione ai principi di equità, sobrietà e sostenibilità che si traduce nella lotta alle disuguaglianze e allo spreco, nel corretto impiego e nella valorizzazione delle risorse umane.

Nell'ambito dell'attività del Dipartimento di Prevenzione quindi, è stata condivisa una politica partecipativa che vuole: tenere conto del ruolo di tutti gli operatori e della popolazione, definire obiettivi di salute, individuare interessi e resistenze, socializzare informazioni e buone pratiche, condividere decisioni operative ed effettuare valutazioni di processo e di risultato.

In particolare le sinergie da perseguire riguardano:

- la collaborazione nella messa a punto e nella diffusione del materiale informativo finalizzato a migliorare l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per la prevenzione dei danni in caso di incidenti stradali (cinture di sicurezza, casco, seggiolini per bambini, ecc..), anche in occasione di lavoro;
- la collaborazione per la diffusione e la socializzazione delle conoscenze utili alla prevenzione degli infortuni domestici;
- la realizzazione di uno sportello unico "infestanti" per informare i cittadini, rilevare tempestivamente possibili rischi sanitari e far fronte, nel giro di pochi anni, ad un probabile ulteriore reale ed impellente bisogno di salute;
- la promozione della vaccinazione contro il papillomavirus, attraverso la realizzazione di una campagna informativa (conferenza stampa, incontro con gli operatori della scuola, con i rappresentanti dei genitori, produzione di materiale informativo);
- la collaborazione tra le polizie municipali ed il Servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro della azienda USL in merito alla vigilanza sul rispetto delle norme di sicurezza in edilizia;



- l'attivazione di percorsi che consentano agli immigrati, affetti da patologie infettive (ed in particolare da tubercolosi), di proseguire anche dopo la dimissione ospedaliera, un idoneo percorso terapeutico in grado di consentire la guarigione e prevenire le recidive;
- la produzione di materiale informativo per utenti e gestori delle piscine ed incontri con i gestori, finalizzati a garantire condizioni igieniche migliori durante la balneazione;
- l'adozione di iniziative finalizzate a disincentivare l'abitudine al fumo da svolgersi nelle scuole ed attraverso un'azione di sensibilizzazione e di vigilanza nei pubblici esercizi;
- uno studio pilota multidisciplinare per la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro in un campione di aziende del territorio con la collaborazione dell' ISPO, Sert, Counseling Nutrizionale e Medicina dello Sport;
- la collaborazione per la diffusione e la socializzazione delle conoscenze utili alla prevenzione degli infortuni in lavoratori migranti (Servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro in collaborazione con il centro di mediazione culturale del comune);
- la promozione della vaccinazione antinfluenzale nelle categorie a rischio e nei soggetti ultrasessantatrenni, attraverso l'invio a tutti di una nota informativa;
- la sensibilizzazione della popolazione, nell'ambito di iniziative locali, ad una alimentazione corretta e consapevole, anche formando la popolazione stessa in modo da renderla capace di leggere criticamente le informazioni provenienti dalla pubblicità e dalle etichette apposte sugli alimenti;
- applicazioni degli indirizzi statali con particolare riferimento all'assicurazione dell'erogazione dei LEA e adempimenti specifici previsti nei rapporti tra Stato e Regioni.

Tale scelta si pone in assoluta continuità con quelle adottate negli anni precedenti.



3.7 LA RETE CONSULTORIALE 2008 -2010

La salute materno-infantile rappresenta una componente fondamentale della salute pubblica della popolazione e la promozione di essa rappresenta una scelta strategica che presuppone politiche sanitarie e sociali che si riconoscono nel modello sociale, pubblico ed universalistico dell'assistenza. I consultori familiari propongono un modello di stato sociale fondato sulla partecipazione, superando una concezione culturale e scientifica della malattia e della prevenzione di matrice bio-organicistica, a favore di una visione complessiva in cui l'approccio biologico si integra con quello psicologico, sociale ed educativo.

Come indicato dal POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile) adottato con D.M. 24/4/2000 dal Ministro della Sanità “ la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico devono essere assolti dal primo livello rappresentato dalla rete dei consultori familiari; il consultorio familiare costituisce un importante strumento all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari.

Il consultorio in rete con i servizi e gli enti che intervengono su aree omogenee o sui soggetti con problematiche comuni, ha come funzione quella di fornire interventi socio-sanitari che:

- assicurino la tutela della salute della donna in relazione all'esperienza della maternità e alla specificità del vissuto femminile nei momenti cruciali del ciclo vitale
- garantiscano la tutela della salute e della qualità di vita nell'infanzia e nell'adolescenza anche intervenendo sugli aspetti sociali del disagio giovanile
- impostino azioni mirate per ciò che attiene alle relazioni di coppia, di famiglia e al disagio familiare con particolare attenzione ai nuovi assetti familiari
- favoriscano lo sviluppo della capacità nel fare scelte responsabili di procreazione e garantiscano il ruolo di consulenza per l'esercizio dei ruoli genitoriali.



La delibera della G.R. n. 259 del 10-04-2006 “ Programma di interventi di riqualificazione dei servizi consultoriali e di educazione e formazione, finalizzati alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della maternità e paternità responsabile e di una sessualità consapevole” seguendo le indicazioni del POMI, promuove la riqualificazione dei consultori con l’obiettivo di:

- rendere omogenei i consultori per tipologia di interventi, prestazioni e modelli organizzativi
- avviare un processo graduale che sappia adeguare l’offerta e la qualità dei servizi alle reali esigenze del territorio.

La normativa regionale prevede la creazione in ogni zona-distretto di almeno un consultorio familiare, giovani ed immigrati di tipo principale (presenza in equipe di Ginecologo, Ostetrica, Assistente Sanitaria e/o Infermiere professionale, Pediatra, Assistente Sociale e Psicologo); affida alle U.F. Attività Consultoriali l’organizzazione e la gestione di queste attività, in stretto collegamento con le attività del Distretto, assegnandogli, dal punto di vista funzionale, l’equipe multiprofessionale.

Nella nostra Azienda non è attualmente prevista la costituzione di questa struttura funzionale, ma viene garantito un coordinamento a livello centrale; le attività consultoriali rientrano nella sfera di competenza della UF Attività Sanitarie di Comunità (ASC).

Nella zona sud-est ci sono 2 consultori giovani e 13 consultori familiari di tipo secondario (in ognuno è garantita la presenza del ginecologo in copresenza con l’ostetrica e del pediatra in copresenza con l’assistente sanitaria o inf. professionale); è rimasta solo la proiezione di una psicologa dell’UF SMIA nel CCG di Grassina, mentre le figure dello psicologo e assistente sociale sono state fino ad oggi assenti in tutti i consultori.

Il piano di riqualificazione vuole investire sul consultorio di tipo principale che diventa indispensabile per una appropriata accoglienza e presa in carico delle problematiche collegate alle aree di attività proprie; per questo è necessario disporre di consultori con equipe strutturate, stabili e in rete con i consultori di tipo secondario; fondamentale lo strumento informatico per monitorare il percorso nascita e le attività di tutela della donna e del bambino.



Obiettivi specifici:

1) Informatizzazione complessiva e in rete di tutte le sedi consultoriali con i presidi ospedalieri aziendali, con l'ISPO e la Regione.

Tale obiettivo si rende indispensabile sia per ottimizzare tutti gli specifici percorsi (nascita, prevenzione oncologica, la contraccezione e l'interruzione volontaria della gravidanza, salute delle donne immigrate), che per rispondere al debito informativo richiesto dalla regione. L'obiettivo viene perseguito attraverso:

- il completamento della rete hardware in tutte le sedi consultoriali
- la formazione del personale
- l'attivazione e la diffusione del programma informatizzato

2) Riqualficazione dei consultori attraverso:

- l'adozione del modello dell'equipe psico-socio-sanitaria per la costituzione di almeno un consultorio principale familiare e uno giovani a livello di zona, garantendo in queste sedi le figure professionali dello psicologo e dell'assistente sociale
- la definizione e implementazione di un nuovo modello organizzativo "dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)" omogeneo e validato, orientato verso una offerta attiva, equa e solidale con strategie informative che raggiungano anche le donne che non possono partecipare a corsi completi e le donne immigrate
- la riqualficazione del percorso IVG attraverso l'implementazione delle azioni di promozione per una corretta contraccezione al fine di diminuire il numero delle IVG ripetute (frequenti soprattutto nelle donne immigrate), garantendo la presa in carico anche sotto il profilo psicologico e sociale e offrendo attivamente la visita post IVG;
- la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno con interventi individuali e di gruppo
- la implementazione di progetti di promozione alla salute ed educazione sanitaria (anche al di fuori della struttura consultoriale: scuole, punti di aggregazione giovanile etc...), di educazione alla sessualità consapevole e



alla prevenzione del disagio adolescenziale nelle scuole di ogni ordine e grado, in collaborazione con il Servizio di educazione alla salute

- la implementazione di interventi finalizzati alla prevenzione dei tumori femminili, in particolare prevenzione delle neoplasie del collo dell'utero attraverso l'effettuazione dello screening (pap-test) in collaborazione con l'ISPO

- la promozione dell'integrazione tra i servizi consultoriali e gli altri servizi della ASL (ASC, SMIA, SMA, SERT,) in particolare con quelli che si occupano di adolescenti e integrazione con le azioni progettuali attivate dai Comuni e dal Terzo Settore, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro per ricomporre e mettere in rete gli interventi a sostegno del settore materno infantile.

L'azione che né consegue consiste nella riqualificazione complessiva del modello consultoriale di promozione della salute e presa in carico attualmente carente nella componente psicologica e sociale.

3.8 LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione, attraverso un processo globale, mira all'integrazione sociale, a tutti i livelli, della persona diversamente abile, nonché al massimo recupero possibile delle funzioni lese.

L'intervento riabilitativo deve tener conto degli aspetti clinici, ma anche della complessità bio-psico-sociale dell'individuo ed essere orientato alla evidence based medicine (EBM).

Ne consegue che diviene valore intrinseco del sistema sanitario, la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni delle persone con disabilità attraverso la coerenza e la unitarietà degli interventi riabilitativi svolti a beneficio della singola persona.



Gli interventi di riabilitazione necessitano, quindi, della collaborazione fra le varie strutture coinvolte nel percorso, così da assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale, nonché l'integrazione multiprofessionale.

Tali azioni si configurano nell'ambito del governo clinico, data la prevalenza di disabilità presente sul territorio, anche al fine di un ottimale utilizzo della rete dei servizi. In questo contesto assume particolare significato la gestione ed il monitoraggio degli interventi di riabilitazione ambulatoriale previsti dalla normativa regionale di applicazione dei LEA (D.G.R. 595/2005) .

Tale delibera, che governa le attività di riabilitazione, ha prodotto una variazione delle modalità di accesso ai servizi ed alle prestazioni.

La delibera prevede due percorsi sanitari inseriti nei LEA ed un percorso di promozione di stili di vita corretti per soggetti fragili chiamato AFA (Attività Fisica Adattata).

I due percorsi sanitari (n° 2 e n° 3) si rivolgono rispettivamente, a pazienti con condizioni di disabilità minime modificabili e pazienti con condizioni di disabilità complesse modificabili, che richiedono una presa in carico globale e multidisciplinare , svolta in regime ambulatoriale e/o domiciliare.

Nel percorso 2 per l'accesso ai servizi, è necessaria la richiesta di riabilitazione specifica ,redatta su ricettario regionale, da parte del medico di medicina generale, pediatra di libera scelta e/o specialista pubblico; nel percorso 3 è richiesta la formulazione di un progetto riabilitativo individuale redatto dagli specialisti pubblici e dagli operatori della riabilitazione.

Il percorso 1 ha carattere non sanitario ed è rivolto alle "sindromi algiche da ipomobilità" e a disabilità croniche stabilizzate ; tende a sviluppare stili di vita sani e corretti per soggetti a rischio (Attività Fisica Adattata).

Nelle attività di riabilitazione è compresa l'assistenza protesica, rivolta ai cittadini invalidi "aventi diritto" e regolata da specifiche normative nazionali e regionali. In particolare queste ultime hanno di recente esteso la prescrizione ai M.MG., per ciò che riguarda gli ausili non personalizzati, semplificando l'iter burocratico del cittadino.

Obiettivi e azioni



a) Garantire al cittadino utente una risposta territoriale adeguata alla crescente richiesta da parte delle strutture di degenza (reparti ospedalieri e case di cura accreditate) di interventi riabilitativi in continuità terapeutica.

Le azioni:

- Partecipazione ad una adeguata programmazione e di una redistribuzione complessiva della tipologia dell'offerta tra pubblico e privato accreditato in tutto il sistema aziendale:
- ricercare una maggiore appropriatezza nell'individuazione dei percorsi riabilitativi

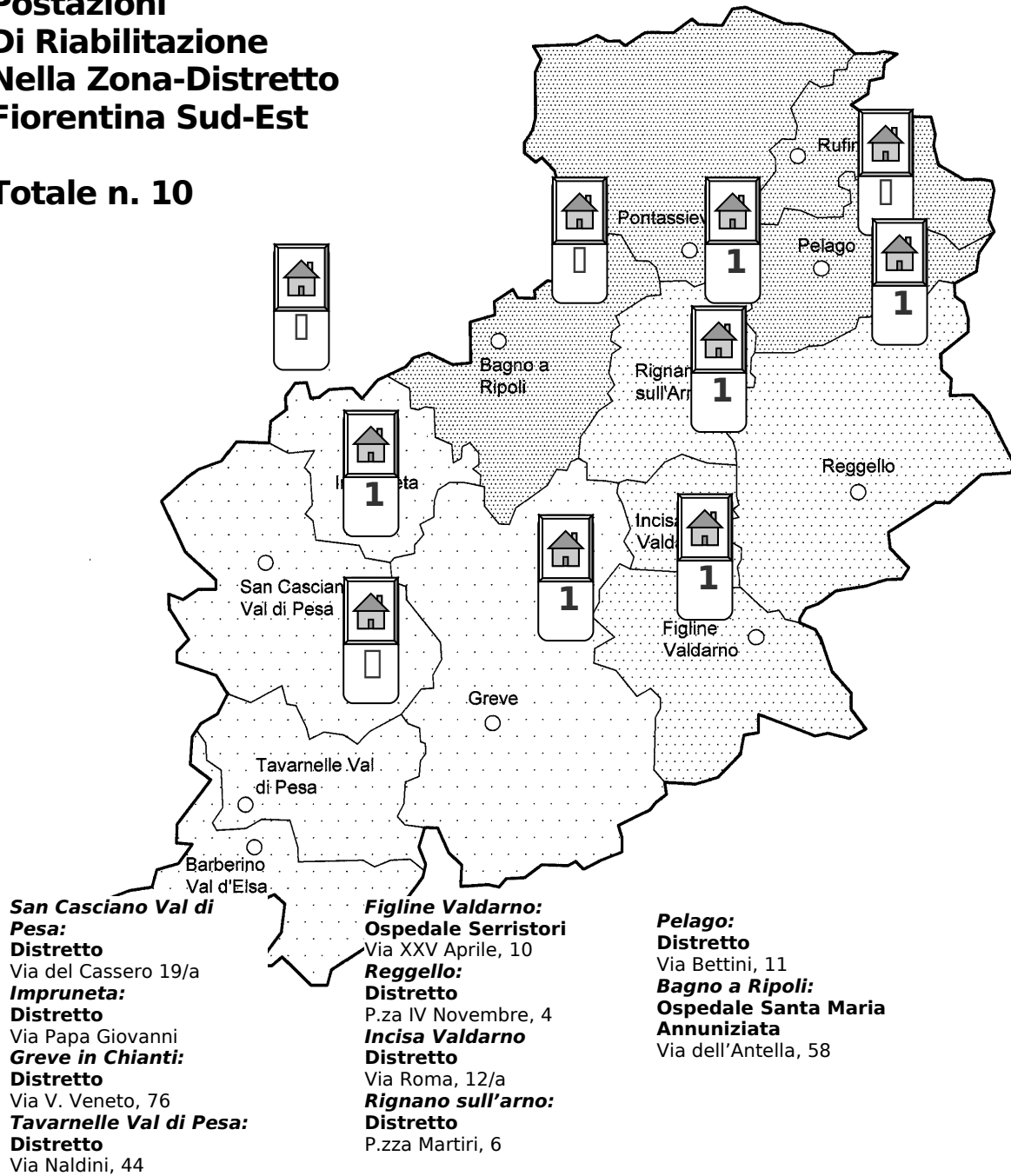
b) Promuovere stili di vita corretti

- Partecipare allo sviluppo di corsi di attività fisica adattata (AFA) per patologie disabilitanti stabilizzate con priorità per l'ictus, effettuati da enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI presenti sul territorio zonale e da altre associazioni disponibili ad intervenire, che garantiscano analoghi requisiti;
- Partecipare al miglioramento del sistema di monitoraggio aziendale/sds delle attività AFA in corso.
- Incrementare la promozione di stili di vita corretti negli alunni delle scuole primarie dei Comuni della zona in un quadro di prevenzione primaria della disabilità.



Localizzazione Postazioni Di Riabilitazione Nella Zona-Distretto Fiorentina Sud-Est

Totale n. 10



3.9 L'ODONTOIATRIA



L'attività odontoiatrica ha sempre registrato un buon gradimento da parte della popolazione, testimoniato dal fatto che nonostante il progressivo incremento delle prestazioni erogate realizzato negli ultimi anni permane purtroppo una significativa lista di attesa.

L'aumento numerico delle prestazioni e l'ampliamento della offerta è stata ottenuta sia migliorando l'efficienza operativa che mediante aumento di alcune ore di attività settimanale che ha portato l'attività odontoiatrica svolta nel S-E ad oltre 70 ore settimanali

È stata applicata la delibera GRT 861 e stipulata convenzione con due studi privati che a tariffe identiche a quelle Aziendali, a carico del paziente, erogano prestazioni a cittadini non esenti in lista di attesa. L'offerta è arricchita anche dallo svolgimento di libera professione intramurale.

Oltre alla consueta attività terapeutica chirurgica, conservativa e protesica sono stati attivati o consolidati alcuni specifici percorsi assistenziali orientati a categorie deboli, infanzia, anziani, disabili,

Iniziativa rivolte all'infanzia:

- Programma di **sigillature** svolto da professionisti privati e coordinato da Azienda Mayer finanziato da apposito stanziamento Regionale
- Attivazione di percorso assistenziale dedicato di diagnosi e cura per **residenti in casa famiglia**
- Attualmente il servizio di **Ortodonzia svolge circa 300 visite annuali ed ha in terapia annuale circa 150 ragazzi** ad appropriatezza validata con indice internazionale IOTN

Iniziativa rivolte agli anziani:

- Erogare annualmente oltre 60 protesi gratuite con risorse derivate dalla attività istituzionale



- Finanziata e programmata visite di screening nelle RSA e riabilitazioni protesiche, nel corso del 2008 non è stato raggiunto l'obiettivo numerico delle prestazioni che dovrebbe essere completato entro il 2009

Disabili e pazienti con rischio clinico

Per i pazienti Disabili e /o con comorbidità che innalzi il rischio si è mantenuta l'attività in ambulatorio protetto presso Serristori e sviluppato un percorso di Day surgery presso IOT ove necessario.

Strutture logistiche

Nell'ambito della riorganizzazione del Presidio Serristori sono all'esame soluzioni che entro il 2009 potranno permettere a Figline l'installazione di attrezzatura aggiuntiva ed in particolare di una ulteriore poltrona con miglioramento della efficienza, affidabilità e possibilità di operatività di due professionisti.

Anche a Pontassieve è previsto un potenziamento dell'ambulatorio con installazione di una poltrona aggiuntiva, la realizzazione di tale potenziamento dovrebbe avvenire entro il 2009 ma considerata la complessità delle ristrutturazioni in atto nel pPresidio, pare più ragionevole supporre una concretizzazione entro il 2010



4 IL PIANO DI COMUNICAZIONE

“COMUNICARE FA BENE ... ALLA SALUTE”

La Mission

*Questo programma si colloca nella prospettiva di una maggiore razionalizzazione della comunicazione e della informazione della Società della Salute Sud Est, con l’obiettivo, di **rendere ancora più trasparente l’azione del Consorzio, più efficace l’informazione, più qualificata e rispondente alle aspettative dell’utenza la comunicazione.***

Il nostro Piano di Comunicazione vuole essere un piano zonale, relativo alle competenze previste dalla Sud Est a livello di zona e non sostituisce, né si vuole sovrapporre ai piani di comunicazione predisposti dai singoli Enti e dall’ASL 10, ma si propone di aggiungersi ed affiancare questi.

Introduzione

Con la legge regionale N. 60 del dicembre del 2008 sono state istituite le Società della Salute, consorzi di enti locali, tra l’azienda sanitaria locale ed i comuni per l’esercizio delle attività sanitarie territoriali, socio – sanitarie e sociali integrate. La Società della Salute Sud Est, che ha avviato la fase di sperimentazione nel settembre del 2003, ai sensi del Piano Sanitario Regionale, è costituita dai Comuni dell’area Chianti, Valdarno e Valdisieve e dall’Aziende Sanitaria 10.



Come tutte le Società della Salute, in Toscana ne sono state sperimentate 19, la SdS Sud Est rappresenta una delle innovazioni più importanti della programmazione sanitaria di questi anni ed ha come scopo prioritario sia la salute ed il benessere sociale sia l'offerta di prestazioni socio sanitarie qualificate, universali ed eque sul territorio.

Se si concorda, quindi, sul fatto che la Sds offre e "vende" servizi di utilità sociale, attraverso un modello culturale più moderno, orientato all'integrazione, alla partecipazione ed al dialogo, se ne deduce che ha bisogno di fare conoscere i propri "prodotti" attraverso l'informazione e la comunicazione.

Ed anche se può sembrare un paradosso, nell'era della comunicazione è sempre più difficile comunicare, farsi conoscere ed apparire per quello che realmente si è. Da qui la necessità di attivare una strategia "infocomunicativa" non solo per persuadere i cittadini della validità delle scelte operate dal Consorzio (dimensione più squisitamente politica!), ma anche quella di metterli al corrente delle decisioni assunte e delle opportunità offerte.

L'attività infocomunicativa includerà quindi una dimensione informativa ed una più strettamente comunicativa, che comprenderà la:

- Comunicazione esterna indirizzata sia ai cittadini singoli e/o associati con tre scopi principali: garantire loro il diritto d'informazione; agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti e promuovere le iniziative programmate
- Comunicazione interna, rivolta agli operatori sanitari, agli amministratori, al terzo settore per renderli sempre più consapevoli e partecipi dei programmi, dei servizi e dei progetti della SDS.

L'attività di informazione è diretta verso i media e deve assicurare il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni di interesse generale.



Il Piano di Comunicazione

Descrizione e finalità

Il Piano della Comunicazione (PDC) è uno strumento programmatico che delinea gli obiettivi, le strutture, le modalità, gli strumenti e le principali iniziative che caratterizzano le attività di informazione e comunicazione della Società della Salute.

Il piano vuol essere soprattutto uno strumento di lavoro, che attraverso una definizione delle

regole e delle attività programmate facilita il coordinamento tra i vari soggetti impegnati in attività di comunicazione, razionalizzando il lavoro, evitando dispersioni di energia e sovrapposizioni.

La caratteristica qualificante del progetto e la condizione primaria per la sua realizzazione è, pertanto, la partecipazione e la collaborazione attiva di tutta l'organizzazione.

Obiettivi centrali del PDC della Società della Salute sono l'incremento qualitativo e quantitativo dell'informazione rivolta ai mass-media e lo sviluppo delle attività e servizi di comunicazione al pubblico.

I concetti di informazione e comunicazione spesso si sovrappongono e, in parte, si confondono l'uno nell'altro. In realtà, si tratta di due versioni diverse della stessa tematica, di due lati di una medesima medaglia, che possono essere guardati ed utilizzati sia insieme, come un'unità, sia nelle loro specifiche peculiarità.

Iniziamo da due definizioni minimali:

L'INFORMAZIONE è sia l'atto con cui si danno o si ricevono notizie, sia la notizia stessa, più o meno dettagliata, precisa e particolareggiata. È il contenuto puro e semplice del messaggio, trasmesso in forma scritta o verbale. È composta di parole ed eventualmente di immagini.

La **COMUNICAZIONE** è qualcosa di più dell'informazione; la comunicazione contiene l'informazione, ma comunicare significa trasmettere un insieme di elementi rendendone partecipe l'altro o gli altri. In ogni circostanza della vita, ci troviamo nelle condizioni di scambiare messaggi, informazioni,



emozioni e sensazioni con le persone con cui entriamo in contatto. Questo è comunicare.

Un'attività, quest'ultima che si dovrà orientare verso due diversi target, "pubblici interni" , attraverso un'attività di comunicazione interna; e "pubblici esterni" con un'attività di comunicazione esterna. La SdS viene ancora troppo spesso percepita nell'immaginario collettivo (pubblici esterni), ma anche fra gli operatori, gli amministratori, i rappresentanti del terzo settore e del mondo dell'associazionismo (pubblici interni) come una realtà astratta e nebulosa. E' necessario quindi pianificare e definire un programma di comunicazione destinato sia a modificare le percezione dell'attività della SDS nella collettività (pubblico esterno), sia a creare un'interazione con i pubblici interni, da considerare non solo e non tanto come destinatari di una strategia di comunicazione, che abbiamo definito interna, ma bensì come tramiti della comunicazione rivolta all'esterno, in quanto veri e propri "portatori di visibilità della SDS all'esterno".

La tabella che segue vuol essere uno schema sintetico di come una strategia di comunicazione efficace si possa raggiungere solo grazie ad un incrocio fra gli obiettivi, il target di riferimento e le modalità comunicative necessarie con cui si possono raggiungere.



OBBIETTIVI		COMUNICAZIONI INTERPERSONALI	COMUNICAZIONE MEDIATA DIRETTA	COMUNICAZIONE MEDIATA INDIRETTA
Per la visibilità della SDS	Collettività Cittadini dei Comuni (pubblico esterno)	Comunicazione di front office e di assistenza, presentazione nuovi servizi, campagne di comunicazione e convegni	Opuscoli informativi, brochures, manifesti e volantini. Sito Internet	Comunicati e conferenze stampa, campagne di comunicazione, trasmissioni. Rete civica della Provincia, Met (quotidiano online degli enti pubblici della provincia di Firenze).
Per la gestione e lo sviluppo organizzativo	Operatori, terzo settore amministratori (pubblici interni)	Relazioni face to face, comunicazione di ricevimento, riunioni di gruppo, convention	Comunicazioni ufficiali, reports. Sito Internet	Comunicati e conferenze stampa, campagne di comunicazione, trasmissioni Rete civica della Provincia, Met.
Per il potenziamento e visibilità dei servizi	Pubblico esterno e pubblici interni	Comunicazione di front office e di assistenza, presentazione nuovi servizi, riunioni di gruppo, convention	Opuscoli informativi, brochures, volantini, reports. Sito Internet	Comunicati e conferenze stampa, campagne di comunicazione, trasmissioni Rete civica della Provincia, Met.

Indirizzi e settori di attività

Le iniziative di comunicazione, che si prevedono nel PDC si riferiscono alle attività fondamentali e precisamente:

- 1) illustrare e promuovere le attività del Consorzio ed il suo funzionamento;
- 2) agevolare l'accesso ai servizi, promuovendone la conoscenza;
- 3) avviare un'effettiva attività di "marketing" della SDS, con iniziative che avvicinino il cittadino al Consorzio;
- 4) programmare campagne di comunicazione su temi di rilevante interesse, da sviluppare con vari strumenti nell'arco di un anno o più, su argomenti da definirsi (su proposta o valutazione della Giunta);
- 5) avviare iniziative di indagine sulla qualità dei servizi (sarebbe possibile ipotizzare anche incarichi esterni per indagini approfondite);
- 6) implementare ed aggiornare costantemente il sito;
- 7) sviluppare le attività di comunicazione interna (pubblici interni), dalla predisposizione di un newsletter ad attività convegnistica e di formazione;
- 8) promuovere l'immagine della SDS, conferendo conoscenza e visibilità ad eventi di importanza locale, regionale e nazionale

Ma vediamo più in dettaglio gli obiettivi delle singole attività:

L'obiettivo di carattere generale delle azioni di **Comunicazione esterna** è plurimo:

1. creare le condizioni e gli strumenti per rendere possibile e concreta quella **partecipazione** che abbiamo già visto essere alla base di ogni concetto di moderna democrazia e di un'accresciuta qualità della vita;
2. dare **visibilità ai servizi erogati** dal Consorzio e dai singoli enti che lo costituiscono, nonché agli eventi, alle manifestazioni, alle iniziative intese nella loro globalità;
3. garantire **l'informazione** corretta e tempestiva



4. favorire l'utilizzo di un **linguaggio amministrativo semplice**, adeguato al mezzo di comunicazione prescelto ed al contenuto che deve essere comunicato ed utile alla comprensione dello stesso da parte del destinatario della comunicazione;

5. favorire l'ascolto e il feedback (attivazione PuntInsieme)

Anche la **Comunicazione interna** si deve manifestare nella pluralità dei suoi obiettivi, di seguito sintetizzati.

OBIETTIVI STRATEGICI

1. Condivisione dei valori fondanti il Consorzio
2. Sviluppo di una cultura organizzativa, aumento dell'efficienza e dell'efficacia
3. Miglioramento del clima interno (fra i vari soggetti a cui il Consorzio fa riferimento)
4. Miglioramento del sistema relazionale

OBIETTIVI STRUMENTALI

1. Condivisione degli obiettivi strategici e della mission del Consorzio, delle principali attività, del concetto di partecipazione
2. Condivisione delle conoscenze individuali e settoriali
3. Valorizzazione delle competenze
4. Coinvolgimento nelle iniziative
5. Condivisione degli eventi

L'attività di Informazione è legata alla necessità di far circolare informazioni corrette e complete a largo raggio, garantendo un rapporto costante e diretto con tutti i tipi di mass media, curando, oltre che il mezzo cartaceo, televisivo e radiofonico, anche la crescente presenza di siti internet a carattere informativo.

Nello specifico, l'attività di informazione dovrà garantire visibilità ai servizi e alle iniziative di interesse locale ed extra locale senza costi aggiuntivi. Oltre ai media locali, sono individuati di volta in volta quelli nazionali e/o specializzati più adatti al tipo di informazione comunicata.

Strumenti

Gli strumenti che si possono utilizzare per la realizzazione degli obiettivi e delle attività del PDC sono numerosi: dalle forme tradizionali (albo pretorio,



manifesto, volantino), all'uso delle nuove tecnologie (sito internet), all'organizzazione di convegni ed alla promozione di campagne di prevenzione. Ma come sopra detto, il nostro obiettivo è l'incremento qualitativo e quantitativo dell'attività di informazione, sia quella eteroprodotta, attuata tramite i media con comunicati e conferenze stampa, sia quella autoprodotta diretta al cittadino con opuscoli informativi, brochures ed ai pubblici interni con reports e news letters.

Un ruolo di primo piano dovrà sempre di più assumere il Sito Internet della SDS Sud Est.

Il sito rappresenta un importante e costante strumento di informazione con la comunità locale e con tutti i referenti possibili, offrendo un'occasione di informazione e di partecipazione priva di vincoli di spazio e di tempo imposti dagli incontri fisici. Sul sito sono disponibili le notizie inerenti i lavori della SDS ed i progetti in corso. L'auspicio è non solo quello di mantenere le attuali funzioni, ma sviluppare le informazioni ivi contenute, aggiornarlo costantemente e sviluppare una comunicazione verso gli iscritti alla mailing list.

Le tabelle che seguono vogliono essere uno schema dettagliato e sintetico delle azioni di comunicazione che si prevede di realizzare:

Informazione ai mezzi di comunicazione di massa

Comunicazione a mezzo stampa

Oggetto	Soggetti destinatari	Modalità
Comunicato stampa	Mailing-list di testate giornalistiche, emittenti radio e TV	- e-mail - fax - met
Conferenze stampa	Mailing-list di testate giornalistiche, emittenti radio e TV	Convocazione: - fax - e-mail - met - telefono

Comunicazione audiovisiva

Oggetto	Emittente Società produttrice	Periodo	Spesa prevista
Trasmissione	Emittenti locali e	Costantemente	



televisiva	regionali		
Spazi informativi	Emittenti regionali	locali e	Periodicamente

Comunicazione interna (pubblici interni)

Oggetto	Soggetti destinatari	Modalità
brochures, reports	Operatori, amministratori, settore e volontariato	- e-mail - copia cartacea

INFORMAZIONE ALL'UTENZA

Informazioni Grafico Editoriali

Tipo di iniziativa	Finalità	Uscite	Target di riferimento	Tempi	Risorse economiche
Redazione "Opuscolo informativo"	Far conoscere ai cittadini i servizi ed i progetti della SDS	1 o 2 l'anno	Tutti i capi famiglia	1° numero febbraio/marzo 2009	
Redazione manifesti e/o volantini	Promozione iniziative e campagne di prevenzione	Per tutti gli incontri	Spazi pubblici, ambulatori, ospedale, farmacie		

Campagne di comunicazione di eventi

Evento, Servizio, Attività	Strumenti	Spesa prevista
Convegni, seminari, giornate di studio	spot televisivi, acquisizione spazi su settimanale e quotidiano, locandine, spazio sul sito, conferenza stampa	
"Giornate speciali"	Pubblicazione manifesto e promozione con comunicati e conferenza stampa	

Internet

Oggetto	Attività
Sito internet	Particolare attenzione si dovrà porre alla gestione del sito, con costanti aggiornamenti ed integrazioni.



5. IL QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE

VOCE DI SINTESI	DA ASL - Dati di previsione per l'anno 2009	DA COMUNI Dati consuntivi per l'anno 2006
20. Acquisti di esercizio	1.716	
21. Servizi sanitari	2.812	
22. Personale convenzionato	18.350	
22.a. Altro personale	252	
23. Personale dipendente	11.022	
23°. LP (costi)	0	
23b. produttività aggiuntiva	20	
23c. Cooperative	1.436	
24. Spese generali	970	
24.a Leasing	0	
25. Manut. E G. S. Calore	197	
26. Servizi vari appaltati	427	
27. Ammortamenti, Fondi	341	
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	37.543	
30. Assistenza Farmaceutica	28.035	
31. RSA, minori, L.20, SM, Tox	10.278	
32. Case di cura	9.761	
33. Riabilitazione art. 26	5.547	
34. Assistenza protesica	998	
35. Stranieri	0	
36. Diagnostica, spec e ass. sanit. Varia	403	
37. Trasporti	1.919	
38. Sussidi	318	
39. Mobilità passiva	48.398	
x. Farmaci H	949	
y. Distribuzione diretta	5.530	
TOTALE COSTI DI EROGAZIONE	112.136	
53. Imposte	2981	
50. Fondi	0	
42. Oneri gestionali	683	
42.a Oneri finanziari	0	
Fondi finalizzati (costi)	0	
TOTALE ONERI FINANZIARI E GESTIONALI	3.664	
Sociale Area Anziani		3.284
Sociale Area minori e famiglie		1.847
Sociale area disabili		3.853
Sociale povertà e disagio		998
TOTALE GENERALE	153.343	9.982



“La cosa strana non è la malattia quanto piuttosto il prodigio della salute

E’ la malattia e non la salute a manifestarsi come ciò che si oggettiva da sé e che “ci viene incontro” in breve “ciò che ci invade”

La salute non si dà a vedere... per definirla si possono fissare dei valori standard; se poi volessimo assegnare tali valori ad una persona sana ne faremmo un malato.

Non è naturale l’applicazione delle regole basate su valori di misura. Nonostante il suo carattere segreto la salute si percepisce però specie di senso di benessere

E’ quando la salute va in crisi che si rende necessaria la cura del medico e il dialogo ne fa parte.

La salute non è precisamente un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai particolari della vita. E’ però nelle esperienze contrarie che viene alla luce ciò che è nascosto”

**Hans-Georg Gadamer
“Dove si nasconde la salute”**



Allegato “A”

Organizzazione Servizio Socio Sanitario Zonale

Nell’ottica del mantenimento dei servizi e della graduale implementazione del modello organizzativo per la gestione diretta delle funzioni sociali alla SdS, si propone un periodo di start-up e di graduale assunzione da parte del Consorzio delle competenze attualmente allocate presso le Amministrazioni Comunali, articolandole, in partenza su tre livelli, di seguito specificati.

Si parla qui di funzioni amministrative ed organizzative perché:

9. le funzioni erogative non si spostano;
10. le funzioni di programmazione sono già collocate tutte a livello di zona (Società della Salute).

La ricollocazione avviene tenendo conto delle seguenti direttrici:

11. vi è la volontà di muovere progressivamente verso una gestione unitaria capace di pervadere nel tempo tutti i livelli, sempre mantenendo la localizzazione dei punti di erogazione;
12. tutte le funzioni, a qualunque livello collocate rispondono ad una programmazione unitaria da cui non possono discostarsi;
13. la ricollocazione deve avvenire iso-risorse, senza creare duplicazioni;
14. si deve cercare la semplificazione ed il vantaggio per il cittadino utente.

Livello 1 - Funzioni gestite unitariamente da Sds a livello di Zona

15. Rapporto continuo con l’area di coordinamento politiche sociali integrate della Regione Toscana;
16. gestione rete PUA e coordinamento PUA/Punti insieme (comunicazione centro/periferie, sviluppo software, verifica tempi



risposta, verifica rispetto standard, organizzazione dati, rapporti con Regione);

17. supporto amministrativo alle unità di Valutazione Multidimensionale (Segreteria, verbali, coordinamento budget);
18. gestione flussi finanziamenti regionali nell'area sociale e socio-sanitario (rapporti con Regione, supporto alla Direzione SDS per l'allocazione delle risorse, gestione bando terzo settore, archivio progetti, erogazione risorse, controllo avanzamento progetti);
19. gestione servizi di zona, ad esempio: Vita Adulta Indipendente; Centro affidi zonale; Centro interculturale (affidamento incarichi, gare di appalto servizi, gestione budget);
20. gestione progetti di interesse zonale: es. "Una Fondazione durante e dopo noi" (affidamento incarichi, gestione budget, supporto alle decisioni della Direzione SDS);
21. supporto amministrativo alle commissioni di zona coordinate da professionalità del sociale (es. controllo strutture...);
22. acquisto e Sviluppo di un software per la gestione integrata dei servizi sociali;
23. coordinamento delle attività di formazione ed aggiornamento nell'area sociale e socio-sanitaria;
24. impegni e liquidazioni risorse afferenti alle funzioni sopra definite, utilizzando un service per servizi di ragioneria e tesoreria.

Livello 2 - Funzioni gestite dai Comuni a livello di sub area
--

- Organizzazione e gestione dei servizi e dei progetti socio assistenziali, ad eccezione dei servizi e progetti gestiti unitariamente a livello di zona dalla SdS e dei servizi di competenza dei singoli comuni;
- gestione del personale amministrativo e professionale;



- gestione gare di appalto per tutti i servizi domiciliari, educativi, ed in generale per i servizi attribuiti a questo livello di gestione (bando di gara secondo direttrici di zona, procedure di gara, stipula contratti, gestione contenzioso, controllo applicazione capitolati, controllo standard di servizio);
- strutture residenziali e semi-residenziali in area sociale e socio-sanitaria (autorizzazioni, convenzioni, appalto per la gestione di quelle pubbliche in area sociale, gestione e liquidazione rette parte sociale, gestione contenzioso) conformemente al quadro programmatico definito unitariamente a livello di zona;
- gestione del budget (impegni e liquidazione fatture);
- coordinamento delle Commissioni Assistenza (controllo budget, verifica standard e LEA);
- gestione informazioni tra SDS e amministrazioni comunali in relazione a: scelte di programmazione, controllo di gestione, decisioni UVM e Commissioni assistenza;
- raccolta ed organizzazione dati da trasmettere alla SDS;
- supporto amministrativo alle commissioni di area coordinate da professionalità del sociale (es. barriere architettoniche...).

• Livello 3 - Territoriale - Comuni singoli

Ove non assegnate ai livelli precedenti:

- funzioni relative all'ufficio casa (assegnazione alloggi ERP, bandi ERP, emergenza abitativa, contributi affitti, rapporti con Casa spa e LODE);
- erogazione contributi decisi dalle UVM e dalle Commissioni assistenza (impegno e liquidazione risorse assegnate);
- supporto amministrativo alle Commissioni assistenza (Segreteria, verbali);



- supporto organizzativo ai punti di erogazione decentrati (utenze, arredi, sollecito manutenzioni);
- rapporti con le Associazioni locali (iniziative di socializzazione, trasporti sociali, contributi dai singoli Comuni, iniziative locali).

