



Società della Salute del  
Mugello

# PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2008-2010

## INDICE

### PREMESSA

1	LA SOCIETA' DELLA SALUTE .....	7
2	LA PARTECIPAZIONE NELLA PROGRAMMAZIONE.....	13
2.1	GLI ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE .....	13
2.2	LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI .....	15
2.3	IL PRINCIPIO DEL "FARE RETE" .....	15
3	PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO INTEGRATO .....	17
3.1	LE EVIDENZE DEL PROFILO DI SALUTE .....	19
3.1.1	Evoluzione socio-demografica.....	20
3.1.2	Stato di salute e servizi socio-sanitari .....	23
3.2	AMBITI E OBIETTIVI DI SALUTE DEFINITI .....	26
4	GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE CONSIDERATI NEL PIS.....	29
4.1	GLI AMBITI E GLI OBIETTIVI DI SALUTE .....	29
4.1.1	ANZIANI .....	29
4.1.2	DISABILI .....	30
4.1.3	SALUTE MENTALE.....	32
4.1.4	MINORI E FAMIGLIA.....	33
4.1.5	IMMIGRATI .....	34
4.2	L'AREA TRASVERSALE .....	35
4.3	GLI AMBITI DI SISTEMA .....	36
4.4	I PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO .....	37

ALLEGATO 1 - SCHEDE PROGETTI

ALLEGATO 2 - PROFILO DI SALUTE

*“Occorre ripetersi che ciò che conta è adesso:  
costruire, ora, qualcosa, a ogni costo,  
con tutte le nostre forze”*

*Muriel Barbery “L’eleganza del riccio”*

## PREMESSA

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

Così termina in modo impegnativo la premessa del precedente Piano integrato di Salute 2005\2007 ed è giusto lasciarci interrogare, ricominciare da questa esternazione\esortazione.

Se è vero che la Società della Salute ha come fine istituzionale la salute e il benessere sociale e, come presupposto, quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito, innanzitutto ma non solo, ai servizi socio- sanitari della comunità locale, delle parti sociali e del terzo settore e se è vero che nella Società della Salute devono evitarsi duplicazioni tra le sue funzioni e quelle degli Enti consorziati, dobbiamo cogliere l’opportunità grande offerta dalla L.R. che, finalmente, norma questa modalità organizzativa.

Infatti, ma era inevitabile in una così lunga fase di sperimentazione che, oltre a prospettare una rivoluzione culturale, non poteva non presentare notevoli ambiguità, questo processo lento, iniziato nel 2003, ha avuto luci e ombre.

Tra queste ultime, un difficile approccio rispetto al sostegno incondizionato di tutti gli attori ed all’effettiva convinzione che, solo praticando la fatica di un ruolo attivo nella costruzione di una diversa modalità organizzativa e partecipativa, mettendo in gioco le proprie certezze, le istituzioni e l’intera comunità potevano rendere valore aggiunto al nuovo percorso della Società della Salute. Ciò è ancora più decisivo in una realtà quale quella del Mugello, penalizzata dalla dispersione di un territorio difficile e da una limitata, sia pure in espansione, densità abitativa. Queste difficoltà trovano e, purtroppo, troveranno infatti una concreta traduzione in risorse finalizzate insufficienti senza l’effettivo, coinvolgimento di cui sopra.

Dall’altra parte dobbiamo registrare con orgoglio la consapevolezza che viene fuori dai “racconti morali” di alcuni progetti fondamentali quali l’anziano in famiglia nell’ambito

della non autosufficienza, la sicurezza stradale o l'azione incisiva che s'intende ad esempio realizzare per la prevenzione e la terapia delle malattie cardiovascolari ed, in particolare, dello scompenso cardiaco. Nello stesso modo non possiamo non sottolineare l'efficacia di azioni di sistema quali l'affidamento alla SdS (nella fase sperimentale primo esempio nell'intera Regione Toscana) della gestione associata di servizi sociali, la costituzione del servizio sociale integrato o la, non semplice, adesione al modello di una vera regia territoriale sull'asse dei fondamentali momenti organizzativi del Punto Unico di Accesso e dell' Unità di Valutazione Multidimensionale.

Dobbiamo prendere coscienza sempre più di una prospettiva per noi vitale, quella di proporci in modo consapevole come un laboratorio, un ambito "privilegiato" in cui verificare nuovi stili di programmazione, operativi e di governo che pongano al centro la relazione, credere e far credere nella speranza, proprio nella speranza, che nel Mugello si possono qualificare valori non riconducibili alle logiche dei soliti rapporti di forza e di mercato e dei criteri classici contabili.

Questo è lo spirito che deve essere appannaggio comune di tutti e il presupposto del significato del Piano integrato di Salute e dei Patti istituzionali con la regione Toscana e di quelli territoriali stipulati con il mondo della partecipazione: il valore in definitiva delle reti sociali (nel senso pieno del termine) che dovremo essere disposti a misurare e su cui farci misurare.

Le brevi considerazioni che seguono descrivono il significato del principale momento di programmazione della Società della Salute.

Il Piano integrato di salute sulla base della normativa regionale è lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di Zona Distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei Comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione e della loro interconnessione con quelle relative ai settori che abbiano comunque influenza sullo stato di salute della popolazione.

Nel caso di sperimentazione della Società della Salute, il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona distretto.

Il presente Piano assume il principio che la salute e il benessere dei cittadini rappresentano l'obiettivo di fondo che ispira ogni politica e ogni livello di programmazione.

Lo stato di salute di una popolazione è determinato da molteplici fattori, alcuni come il sesso, l'età, il patrimonio genetico sono imm modificabili, mentre altri possono essere culturalmente influenzati, modificati, corretti. Si pensi ad esempio a:

- o stili di vita degli individui come l'abitudine al fumo, all'alcool, i comportamenti alimentari e sessuali, l'attività fisica che sono identificabili come i principali determinanti delle più frequenti malattie croniche;
- o qualità degli affetti e delle relazioni sociali, come la presenza o assenza di una rete di supporto sociale o familiare, su cui poter contare nella gestione delle difficoltà quotidiane, che possono condizionare lo stato di salute inducendo o evitando lo sviluppo di stati depressivi o di ansia;
- o fattori legati all'ambiente di vita e di lavoro (reddito, livello di istruzione, situazione occupazionale e abitativa, stili alimentari e condizioni igieniche);
- o condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali.

Tutti questi fattori interagiscono gli uni con gli altri creando una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità delle persone e quindi il loro stato di salute. Sono tutti fattori, eccetto quelli biologici, su cui è possibile però intervenire adottando adeguate politiche generali, ma anche sociosanitarie. L'organizzazione dei sistemi sociosanitari può infatti contribuire a creare una piattaforma per promuovere l'equità in una società oppure può alimentare e rafforzare le disuguaglianze.

I recenti rapporti su salute e benessere sociale, occupazione e immigrazione, così come su salute e qualità dell'ambiente, confermano la necessità di puntare ad una svolta delle politiche pubbliche basata sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di coordinamento aperto, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati.

Nel prossimo triennio il Piano integrato di salute del Mugello si misura con la credibilità e l'impegno di un'intera Comunità per lo sviluppo del sistema territoriale, quale ambito privilegiato della produzione delle politiche sociosanitarie, e per la promozione dell'accessibilità e della qualità dei servizi; tutto questo attraverso la partecipazione della cittadinanza e dei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio nelle problematiche sociosanitarie. Il valore fondante è quello di un territorio, di una comunità che attraverso la qualità delle relazioni sociali mira a rinforzare il tessuto della solidarietà in un contesto consapevole ed accogliente della persona nella sua

globalità. Proviamo ad accendere noi tutti una piccola luce per poter alimentare ancora la scommessa su una umanità fuori dal coro.

## 1 LA SOCIETA' DELLA SALUTE

La Società della Salute del Mugello è un consorzio pubblico costituito in forma sperimentale l' 08/10/2004 tra gli 11 Comuni facenti parte della Zona Sociosanitaria Mugello, l'Azienda Sanitaria di Firenze e la Comunità Montana del Mugello per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di loro competenza nonché, in seguito a verifica, di gestione integrata dei relativi servizi nel territorio corrispondente alla zona sociosanitaria.

Ad una prima fase di sperimentazione delle Società della Salute avviata dalla Regione Toscana con Deliberazione Consiglio Regionale n. 155 del 24/09/2003, al fine di promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, per qualificare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini, è seguita una seconda fase in cui la Regione con propria deliberazione n.442 del 19/06/2006 dà atto di procedere alla successiva fase attraverso l'attivazione delle funzioni di governo effettivo del sistema sociale e sanitario e di orientamento della domanda. In questa seconda fase la Società della Salute del Mugello ha integrato le proprie funzioni di programmazione e governo della domanda con quelle gestionali.

Con la Legge 60 del 19/11/2008, che modifica la L.R. n.40 del febbraio 2005 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", la Regione Toscana chiude dunque anche la seconda fase di sperimentazione delle società della Salute per aprirne una nuova, che vede le SDS quali consorzi con le seguenti funzioni di (art.71 bis comma 3), stabilendo tuttavia come un anno come limite massimo per l'adeguamento a tali disposizioni:

- indirizzo e programmazione strategica 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;
- programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a), inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;
- organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3

septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

- 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 in rapporto agli obiettivi programmati.

In effetti un aspetto molto rilevante che ha distinto e contraddistingue la SDS Mugello nel panorama regionale è la **gestione** ad oggi disciplinata con la Legge 60/2008. Come suddetto, già nel periodo di sperimentazione, in particolare a partire dal 01/04/2007, questa SDS oltre a svolgere la funzione di governo del sistema ha visto il trasferimento delle deleghe da parte di tutti gli 11 comuni per la gestione associata dei servizi sociali e socio-sanitari nei settori degli anziani, handicap, minori e immigrati, precedentemente affidata dagli stessi Comuni alla Comunità Montana Mugello (Del. Ass. SDS n.23 e 40/2006).

La delega relativa alla gestione associata di alcune materie del settore sociale è riportata di seguito:

- *Gestione associata di servizi e interventi in favore delle famiglie*: concernente le funzioni comunali relative alla concessione di contributi per il sostegno della maternità, ai servizi di sostegno alla genitorialità e alla nascita, compresi gli interventi, ad essi riconducibili, previsti negli atti della programmazione regionale e locale. La gestione associata si occupa inoltre di consulenze e di mediazione familiare, di sostegno alle persone nei casi di abuso e di maltrattamento, attivati o promossi sul territorio di tutti i Comuni associati.
- *Gestione associata di servizi e interventi di assistenza sociale per soggetti con handicap fisico o psichico*: comprende le funzioni, i servizi e le attività comunali relativi alla tutela dei soggetti con disabilità, per gli aspetti di assistenza sociale, socio-educativa, di socializzazione e riabilitazione, compresi gli interventi previsti negli atti della programmazione regionale e locale. La gestione associata comprende inoltre i seguenti servizi e attività:
  - a) la gestione dei contributi economici e dei buoni servizio, attivati o promossi sul territorio zonale di tutti i Comuni associati;
  - b) la gestione dei servizi domiciliari, attivati o promossi sul territorio zonale di tutti i Comuni associati;

- c) la gestione dei servizi residenziali e semiresidenziali (comunità alloggio protetto, centro diurno socio-educativo e riabilitativo, ecc.) attivati o promossi sul territorio zonale di tutti i Comuni associati;
  - d) la gestione dei servizi di trasporto per disabili;
  - e) la gestione degli interventi di sostegno scolastico.
- *Gestione associata servizi di assistenza sociale e di integrazione di stranieri, apolidi o nomadi:* concerne le funzioni comunali relative ai servizi e agli interventi per l'accoglienza, l'integrazione sociale e il sostegno abitativo, compresi gli interventi, ad essi riconducibili, previsti negli atti della programmazione regionale e locale e dunque la gestione dei centri residenziali di accoglienza e di ascolto, organizzazione e gestione dei corsi di lingua e cultura italiana, gestione degli interventi di sostegno abitativo, attivati o promossi sul territorio zonale, ecc.
  - *Gestione associata servizi e interventi di assistenza sociale per anziani:* concernente funzioni di regolamentazione e gestione di una graduatoria unica per l'ingresso in RSA di anziani non autosufficienti, erogazione rette - parte sociale - alle RSA, regolamentazione e gestione del servizio di assistenza domiciliare e gestione centri diurni per anziani.
  - *Gestione associata servizi e interventi di assistenza sociale per minori:* concernente la gestione del servizio di pronta accoglienza per minori, la predisposizione di un regolamento unico e di uno schema di convenzione per comunità educative per minori a dimensione familiare, la gestione del Centro Affidi zonale, la costituzione e gestione di un Osservatorio per il sostegno, la consulenza, il coordinamento, la verifica dei progetti educativi attivi sul territorio, la regolamentazione e gestione del servizio di educativa domiciliare.
  - *Gestione associata servizi e interventi nel settore educativo* in particolare riguardante la gestione di procedure relative all'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento delle strutture per la prima infanzia ed agli interventi di aggiornamento, riqualificazione e consulenza pedagogica per gli operatori delle strutture educative pubbliche e private del territorio zonale.
  - *Gestione Fondo Non Autosufficienza per persone anziane* finalizzato alla realizzazione di un insieme di servizi capaci di rispondere ai bisogni accertati per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone anziane non autosufficienti. La Regione Toscana mette infatti mette a disposizione della

propria comunità un sistema integrato dei servizi sociosanitari che fornisce al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno, attraverso la costituzione di un apposito fondo regionale finalizzato.

- *Altri interventi associati* realizzati:
  - predisposizione di una struttura organizzativa dei servizi sociali unificati tra gli undici comuni della Zona Socio Sanitaria e l'Azienda Sanitaria;
  - redazione ed eventuale gestione di programmi e progetti nei settori sociale ed educativo, riguardanti o l'intero ambito territoriale zonale o comunque territori comprendenti più Comuni della Zona sociosanitaria, anche in integrazione con l'Azienda Sanitaria per gli aspetti di competenza;
  - predisposizione di un nuovo regolamento unico di assistenza che preveda l'aggiornamento periodico dei parametri.

Altro aspetto rilevante dell'attività della SDS è il governo dell'offerta e della domanda dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali. Tale attività, sulla base delle indicazioni della legge, potrà essere esercitata attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multiprofessionale, analizzando i consumi sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento in modo tale da incentivare obiettivi di salute, assicurare la continuità assistenziale e favorire l'integrazione con progetti sociali, sanitari e sociosanitari territoriali in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali.

La Società della Salute del Mugello opera attraverso i seguenti **Organi**:

- *Assemblea dei soci* costituita dai rappresentanti legali di tutti gli enti aderenti (n. 13), che adotta tutti gli atti fondamentali, detta gli indirizzi programmatici e le direttive all'organo Esecutivo.
- *Organo Esecutivo* composto da 5 membri eletti dall'assemblea nel proprio seno, il Presidente dell'Assemblea ed il direttore generale Azienda Sanitaria di Firenze. Tale organo, nell'ambito degli indirizzi programmatici e delle direttive dell'assemblea, adotta gli atti ed i provvedimenti necessari all'attività di gestione con funzioni propositive e d'impulso nei confronti dell'Assemblea.
- *Presidente*, eletto all'interno dell'Assemblea, ha rappresentanza generale del Consorzio e compie gli atti che gli sono demandati dallo statuto o da deliberazioni dell'assemblea dei soci, promuove la consultazione sugli atti di indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli organismi

costituiti nella società della salute per favorire la partecipazione. Il presidente inoltre assicura il collegamento tra l'assemblea dei soci e la giunta esecutiva, coordinando l'attività di indirizzo, programmazione e governo con quella di gestione e garantendo l'unità delle attività della società della salute.

- *Direttore*, nominato con atto dell'Assemblea, su proposta dell' Esecutivo, predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività, esercita la direzione amministrativa e finanziaria della società della salute con autonomia e responsabilità manageriale per il raggiungimento dei risultati assegnati.
- *Collegio dei revisori dei conti* nominato dall'Assemblea, composto da 3 membri regolarmente iscritti nel Registro dei Revisori Contabili di cui 1 designato dall'Azienda Sanitaria, esercitante il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della SDS.

Al fine di coordinare ed integrare le funzioni operative delle attività sanitari e sociali, il Direttore con propri atti ha previsto un articolazione organizzativa che lo coadiuva nelle sue funzioni, fermo restando il supporto delle struttura amministrativa di zona dell'ASL10 per le attività come previsto dagli atti di indirizzo regionali:

- *Staff di Direzione* diretto funzionalmente dal Direttore della SDS, svolge la propria attività al fine di coadiuvare il Direttore secondo gli indirizzi dell'Assemblea nell'elaborazione delle strategie tese ad affermare la centralità dei bisogni dell'utente, nella progettazione dell'attività preventiva, nella programmazione relativa al Piano Integrato di Salute, al rispetto del bilancio della SDS, ecc. Al fine di garantire la più ampia rappresentanza territoriale, tale organo si compone dei componenti il coordinamento zonale e dei responsabili dei servizi alla persona dei Comuni.
- *Collegio di Direzione* che costituisce altro gruppo di lavoro ristretto che supporta il Direttore nell'attività, in particolare gestionali, della Società della Salute ed in particolare nella predisposizione degli atti obbligatori, per le strategie generali di organizzazione e attuazione dei programmi. E' composto dal Coordinatore sanitario della zona-distretto, dal Responsabile della gestione unica del sociale, dal Responsabile delle funzioni relative alle attività ad elevata integrazione Coordinatore sociale della zona-distretto, dal Responsabile per le attività relative alla qualità, monitoraggio attività e valutazione d'esito, dai Rappresentanti dei medici di famiglia, dal Responsabile della struttura tecnico amministrativa di zona, dal

Responsabile dell'UF sociale o loro delegati, da un funzionario amministrativo con funzioni di raccordo e segreteria Il gruppo di lavoro è allargato ad altre professionalità di volta in volta necessarie.

Sempre nella logica di miglioramento dell' organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie è stato istituito l' *ufficio unico per la gestione associata* delle materie socio-assistenziali per lo svolgimento delle funzioni amministrative delegate (N. 18 Del 28/05/2007).

## 2 LA PARTECIPAZIONE NELLA PROGRAMMAZIONE

La SDS del Mugello ha come obiettivo quello di promuovere la più ampia partecipazione della cittadinanza ed ei soggetti pubblici e privati che operano sul territorio nel campo dell'assistenza sociosanitaria.

### 2.1 GLI ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE

Con l'attuazione della fase sperimentale della SDS hanno preso forma i due organismi di partecipazione previsti nello statuto (Comitato di Partecipazione e Consulta del Terzo Settore) la cui presenza, permette al mondo dell'associazionismo di volontariato e terzo settore ed alle associazioni della zona di rappresentare sia le categorie sanitaria, sociosanitaria e sociale sia quelle che agiscono sui determinanti di salute condividendo le linee dell'azione pubblica ed integrando la programmazione politica con le esperienze e le progettualità del tessuto associativo. Tale tipo di organizzazione, attraverso la comunicazione diretta tra le diverse forme della rappresentanza, può svolgere un ruolo significativo per promuovere anche la consapevolezza diffusa delle politiche pubbliche tra i cittadini e valorizzare il ruolo del territorio e il rapporto tra cittadini e istituzioni. La costruzione di una cultura della salute allargata oltre l'ambito socio sanitario avviene attraverso la costruzione di sinergie tra tutti i soggetti operanti sui diversi determinanti di salute, non solo quelli che sono attivi nei settori come l'ambiente, ormai culturalmente considerato connesso al concetto di salute, ma anche altri, come le tematiche attinenti al mondo della produzione e del lavoro, la formazione e la cultura, lo sport e gli stili di vita innovativi ecc.

Ai sensi dell'art. 35 dello Statuto, già nella fase di sperimentazione, la SDS Mugello ha istituito la **Consulta del Terzo Settore** dove sono rappresentate le organizzazioni del volontariato e del terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano erogando prestazioni in campo sanitario e sociale. E' stato istituito l'albo del Terzo settore e con Del Ass. n. 15/2005 sono stati nominati i componenti ed il suo coordinatore. Tuttavia la Consulta è stata integrata nel corso di questi ultimi anni dopo aver verificato i requisiti delle associazioni che abbiano fatto richiesta di inserimento (Del. Ass. n. 02/2008) arrivando a contare n. 51 componenti. Allo stesso modo è stato integrato il **Comitato di Partecipazione** anch'esso costituito durante al fase di sperimentazione ed attualmente composto da n. 14 componenti. Per il Comitato di

partecipazione l'art. 36 dello Statuto della SDS Mugello prevede componenti che siano "espressione di soggetti della società, con sede in maniera stabile nel territorio di competenza della Società della Salute del Mugello, rappresentativi dell'utenza, dell'associazionismo di tutela, purché non erogatori di prestazioni". E' attraverso tale organismo che i cittadini "partecipano" alla Società della Salute, beneficiando di un meccanismo di tutela che supera il tradizionale confinamento agli aspetti di mera tutela (nelle forme del reclamo e della rimostranza), per affermarsi anche nell'ambito della progettazione, della vigilanza e della verifica dei risultati, dell'accesso ai dati, ecc.. Nel corso di questa programmazione e della passata il Comitato e la Consulta hanno espresso il proprio parere sulla bozza del Piano Integrato di Salute inoltre la SDS Mugello per coinvolgere tutti gli attori locali, ai vari livelli di responsabilità, nella costruzione del sistema prefigurato dal PIS 2007-2010 a partire dai Livelli di Base di Cittadinanza Sociale promuove, sulla base del Patto interistituzionale con la regione Toscana, la stipula del Patto Territoriale ispirato ai principi dell'uguaglianza, della umanizzazione, della salute intesa come diritto/dovere, della continuità assistenziale. La sottoscrizione del patto non implica solo la definizione dei limiti di competenza e di intervento fra SDS ed enti della partecipazione nella costruzione di Livelli di Base di Cittadinanza Sociale ma promuove anche un modo di articolarsi e di agire della/nella società come condizione di crescita e come assunzione di pubbliche responsabilità da parte di tutti i soggetti attivi nelle comunità locali.

Uno dei compiti della SDS è quello di consolidare un sistema di governance locale attraverso la formalizzazione di modalità di collaborazione e di corresponsabilizzazione di natura sia verticale che orizzontale idonee a valorizzare l'apporto di tutti i soggetti sociali e territoriali, istituzionali e del terzo settore, interessati alle politiche integrate per il benessere.

Il Patto territoriale che la SDS Mugello si accinge a sottoscrivere con i propri organismi di partecipazione individua ambiti di intervento specifici non soltanto relativi ai Livelli di Base di Cittadinanza Sociale (Segretariato Sociale per l'informazione, Servizio Sociale Professionale per la presa in carico e l'assunzione della responsabilità dei percorsi assistenziali delle persone assistite, Punto Unico di Accesso, Pronto Intervento Sociale) ma comprende anche i progetti "Anziano Fragile" ed "Anziano in famiglia" inseriti anche nel nuovo documento di programmazione.

## 2.2 LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Costituisce fermo intendimento della SDS Mugello assicurare il diritto di informazione, consultazione e concertazione sindacale e la partecipazione delle OOSS alle scelte sulle materie sociosanitarie e le politiche di salute. La concretizzazione, ai fini della programmazione, di momenti di confronto con le organizzazioni sindacali avviene sulla base di un protocollo stipulato con le stesse attraverso il quale si è convenuto di regolamentare il confronto sulle scelte e gli indirizzi relativi alle competenze della SdS. In particolare, per quelle azioni che richiedono interventi complessi sono stati istituiti tavoli operativi tematici.

## 2.3 IL PRINCIPIO DEL “FARE RETE”

In continuità con il lavoro finora svolto, con questo Piano Integrato di Salute, la Società della Salute del Mugello vuole riaffermare il principio di individuazione delle azioni e progetti concreti, attraverso soluzioni condivise tra i soggetti della comunità che sono chiamati, a vario titolo, ad assicurare servizi sul territorio.

I percorsi sono stati realizzati grazie alla presenza partecipativa di un gruppo multiprofessionale che si è impegnato a migliorare il momento programmatico con la consapevolezza di partecipare ad un unico progetto.

La SdS, si impegna dunque a sviluppare un “modello per il territorio” in linea con il piano realizzato per il sostegno agli anziani non autosufficienti e con interventi che richiedono una forte attenzione alla prevenzione ed educazione sanitaria.

Diventa quindi fondamentale continuare a sostenere i processi di cambiamento necessari a governare il territorio in termini di scelte che considerino il valore del fattore umano come la chiave indispensabile ad un sistema che voglia assicurare rispetto per i bisogni del cittadino, qualità, appropriatezza delle cure, contenimento dei costi.

I contenuti dell’assistenza appartengono strettamente alla professionalità dell’operatore, che da noi si coniuga con l’entusiasmo ed il senso di appartenenza, ma, per rendere veramente efficaci ed efficienti le prestazioni, i professionisti devono sempre essere messi in grado di capirne l’obiettivo e anche l’impegno che ciò comporta per il suo raggiungimento, venendo ad incidere sull’organizzazione, sulla routine e sulle consuetudini acquisite.

La delicata mission della SdS è la presa in carico e la continuità assistenziale sul territorio, un lavoro organizzato di rete, un lavoro di équipe tra le strutture e tra gli

operatori, che deve essere percepito anche dai cittadini, anch'essi protagonisti. Non a caso il modello organizzativo dell'erogazione dei servizi finanziati con il Fondo Regionale per la non autosufficienza vede il ruolo l'utente e la propria famiglia in un ruolo proattivo nel sistema.

In sintesi, vogliamo rendere l'intervento verso l'utente efficace al di là della stretta prestazione, privilegiando la comunicazione, facendo capire il perché di certe soluzioni operative rispetto agli obiettivi, generando con il contributo di tutti gli attori uno stato di fiducia reciproca tra collaboratori, operatori ed utenti.

Al centro dell'azione di governo della Società della Salute è sempre stato posto il lavoro "in rete", con cui vengono definiti con chiarezza obiettivi e percorsi, in modo tale che ogni professionista possa adoperarsi, in modo paritetico, per quanto riguarda le competenze e sviluppare al contempo una comune conoscenza nell'apporto di tutti al lavoro.

Il sistema territoriale che questo PIS vuole sviluppare nei prossimi tre anni si presenta come *trait d'union* tra utenti, familiari, operatori, M.M.G., Pediatri, volontari, associazioni, in una "convivenza" finalizzata a realizzare sul territorio una risposta di salute sanitaria e sociale e di presa in carico del cittadino tramite livelli diversificati di collaborazione.

### 3 PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO INTEGRATO

E' dunque il PIS lo strumento di programmazione che inizia a realizzare tali intenti, che in una logica di comunità, sono connotati come esito dei percorsi culturali, organizzativi, professionali, metodologici, di cittadinanza, concordati dagli attori coinvolti, istituzionali e non. Deve essere dunque valorizzata la dimensione del PIS come processo ed in quanto tale, conseguente al profilo di salute, agli indirizzi politici, alle indicazioni emerse dai tavoli della partecipazione, alle valutazioni tecniche.

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

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

La Società della Salute del Mugello, muovendosi in questa logica ha prodotto nel luglio 2008 il proprio Profilo di Salute che fornisce un quadro descrittivo dei principali aspetti demografici, epidemiologici, ambientali e delle problematiche sanitarie e sociali della popolazione residente nei comuni della zona sociosanitaria Mugello, punto di partenza per ogni programmazione. Nella costruzione del documento, non disponendo di un vero

e proprio Osservatorio sociosanitario o ufficio statistico, ci siamo avvalsi delle banche dati e delle informazioni al momento disponibili presso le strutture a noi direttamente collegate, le statistiche ufficiali ed i dati reperibili presso gli uffici regionali (vedi Allegato 2 al PIS).

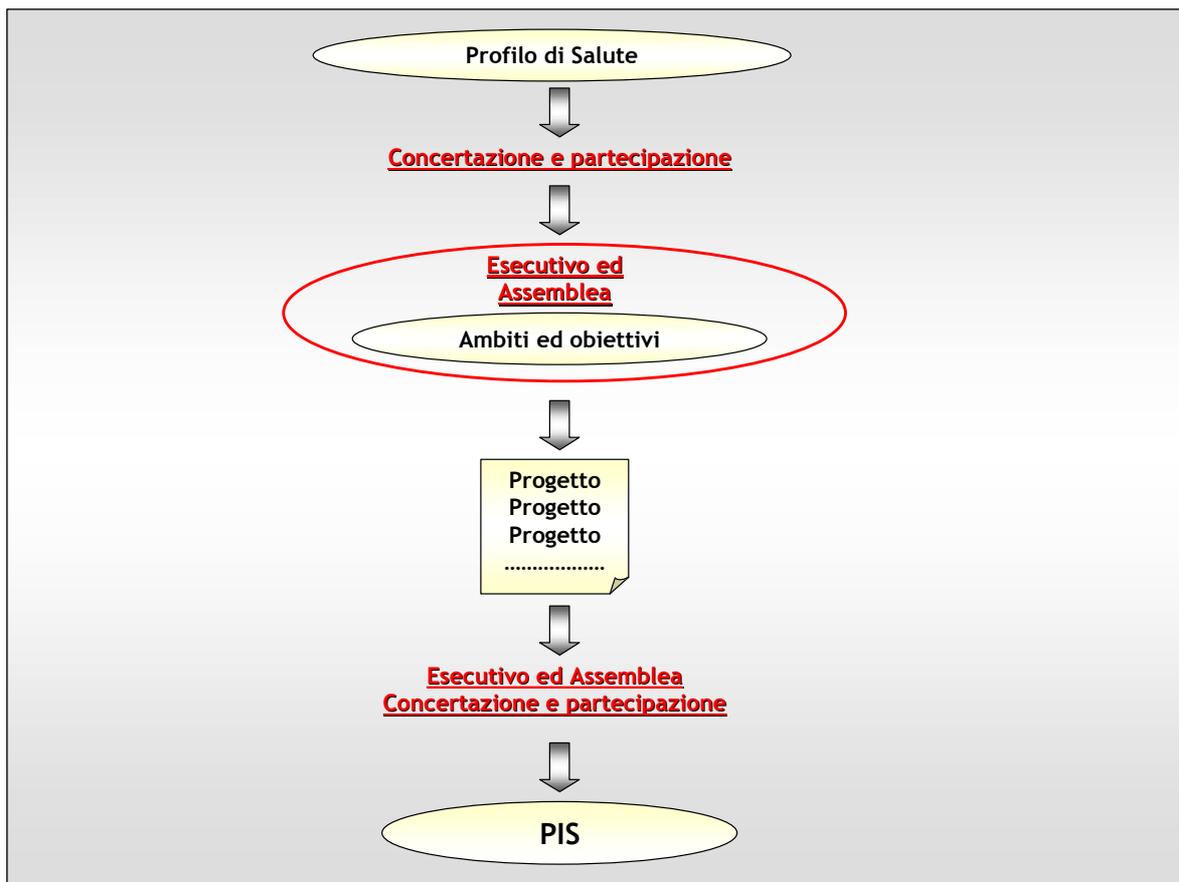
Attraverso una graduale analisi condivisa con gli organismi di concertazione e partecipazione sono successivamente scaturite osservazioni, criticità ed anche la necessità di indagare aree o fenomeni specifici.

La principale indicazione/criticità emersa dal processo di condivisione è stata la mancanza di alcune informazioni relative a problematiche specifiche ed al loro aggiornamento (stili di vita, istruzione, monitoraggio svolto da MES, incidenti sul lavoro, ecc.). Dunque, preso atto delle suddette indicazioni è stato fornito un relativo aggiornamento delle evidenze quantitative delle condizioni sanitarie, sociali, ambientali della zona sociosanitaria Mugello (Allegato 1 del PIS - Profilo di Salute), nuovamente condivisi con gli organismi di partecipazione e successivamente approvati in Assemblea (Del n. 15 del 28/07/2008).

E' stata la condivisione di quest'ultimo documento la base di partenza per l'analisi dei punti di forza e di debolezza del nostro sistema, sulla base delle quali a sua volta sono state individuate le prime linee di indirizzo per il triennio 2008-2010 da parte degli Organi di Assemblea ed esecutivo (Del. Esecutivo n.14 del 13/10/2008) che la SDS si prefigge di raggiungere.

Dunque sulla base degli indirizzi politici di programmazione, stabiliti attraverso la definizione di priorità, specifici ambiti di intervento e relativi obiettivi, il gruppo tecnico ha ipotizzato i progetti specifici d'intervento.

Le progettualità approvate dall'Esecutivo e dall'Assemblea sono state nuovamente condivise con gli organismi di concertazione e partecipazione e tradotte dal Piano Integrato di Salute.



Si riportano nel paragrafo successivo gli aspetti più rilevanti emersi dall'analisi del profilo di Salute che rappresentano appunto l'avvio della costruzione del PIS.

### 3.1 LE EVIDENZE DEL PROFILO DI SALUTE

L'obiettivo attuale della sanità pubblica mira al riconoscimento della salute come dimensione globale della qualità della vita. Dunque il concetto di "salute" è inteso come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non di semplice assenza di malattia. In tale prospettiva dunque vengono ad assumere importanza, accanto agli aspetti strettamente sanitari, il contesto in cui il cittadino vive e tutto l'insieme dei fattori di natura non sanitaria in grado di influenzare lo stato di salute.

In questa ottica, il Profilo di Salute della SDS del Mugello presenta una lettura congiunta dei dati relativi alla salute degli abitanti del Mugello affiancati alle problematiche relative a fattori sociali, economici ed ambientali del contesto in cui vivono e che influenzano il loro stato di benessere.

La redazione di tale strumento, come evidenziato, è stata possibile grazie al reperimento di dati presso varie strutture, Enti ed Agenzie che operano anche a livello fiorentino in ambito socio-sanitario. La lettura e l'analisi congiunta dei fenomeni socio-sanitari locali e la loro integrazione con le politiche provinciali e regionali è stata possibile nonostante le lacune dovute alla mancanza di un "Osservatorio Socio-sanitario Zonale", strutturato e legittimato all'accesso ed al trattamento di alcuni dati .

Tuttavia le conoscenze relative ai bisogni ed all'utilizzo dei servizi socio-sanitari sono state facilitate dalla scelta degli Enti Locali di gestire in forma associata i Servizi Sociali con delega dal 01 aprile 2007 alla SDS Mugello comprendendo anche l'assegnazione funzionale alla SDS Mugello da parte dei Comuni delle figure di assistente sociale organizzate attraverso un coordinamento unico da parte della SDS stessa.

Il profilo dunque ha permesso di delineare il quadro generale dello stato di salute della popolazione ed il quadro dei servizi socio-sanitari offerti dal territorio, evidenziando alcuni punti di forza e di debolezza della zona socio-sanitaria del Mugello.

### **3.1.1 Evoluzione socio-demografica**

Anche per il 2007 il Mugello ha continuato la sua crescita demografica raggiungendo i 66.432 iscritti alle anagrafi, con una crescita del 1,8% rispetto all'anno precedente e dell'11,3% rispetto al 1999; è evidente tuttavia una divaricazione nella tendenza demografica del fondovalle rispetto alle aree più prettamente montane (vedi trend demografico pag.8 Profilo di Salute). La bassa densità abitativa, soprattutto nei comuni montani, tuttavia fa rilevare una maggiore difficoltà ad assicurare equità e tempestività di accesso ai servizi e comunque maggiori costi delle prestazioni.

L'incremento di popolazione nell'ultimo anno comunque continua ad essere quasi esclusivamente generato dal saldo migratorio che compensa il saldo naturale ancora negativo. Fra le componenti migratorie, quella proveniente dall'estero ha rappresentato, nel 2007, il 39% del totale. La popolazione straniera si attesta così al 7,6% del totale della popolazione mugellana, in notevole crescita e su livelli superiori rispetto al resto della provincia (6,9%) ma al momento ancora inferiori al resto della Toscana (7,8%). Elevati flussi migratori presentano dunque immediati vantaggi in termini di aumento di capitale umano disponibile e al contempo alcuni "svantaggi" rispetto alla calibratura di servizi ed accessi agli stessi ed alla presa in carico, si pensi ad esempio al sistema scolastico e socio-sanitario. Tuttavia è soltanto grazie ai flussi migratori

provenienti dall'estero che la natalità ha registrato un lieve aumento in questi ultimi anni; per il 2007 il Mugello risulta avere un tasso di natalità pari a 9,09 per 1000 abitanti residenti, maggiore sia della media provinciale (8,72) che regionale (8,82).

Dunque i punti di forza costituiti da un lieve aumento del tasso di fecondità, della popolazione giovanile soprattutto straniera e la tendenza alla riduzione dell'indice di vecchiaia sono causa tuttavia di un incremento degli assistiti in carico ai servizi sociosanitari, l'emersione di nuovi bisogni assistenziali legati alla crescente presenza di cittadini non italiani e di una ben più complessa relazione con il sistema dei servizi determinata anche dall'impatto dei diversi approcci culturali, religiosi, sociali con il sistema valoriale e metodologico che impronta il sistema dei servizi. Ad oggi in Mugello rimane comunque una popolazione residente sostanzialmente "vecchia" sostenuta dall'elevata presenza di "grandi vecchi" residenti soprattutto nei comuni montani. Il numero di anziani ultra 85enni residenti nei comuni del Mugello infatti risulta circa 2.100 (3,2% della popolazione totale) e 5.500 sono gli anziani con età compresa tra 75- e 84 anni; il 22% inoltre risultano anziani anagraficamente soli che appunto sono quelli che presentano i maggiori bisogni assistenziali. La prevalenza di ultra 85enni del Mugello risulta in linea con la prevalenza di ultra 85enni dell'azienda ASL(3,2%), mentre è superiore a quella provinciale (1%) e regionale (3%) e superiore ad altre zone sociosanitarie della ASL (Fi:3,8; Fi NO: 2,56; Fi SE: 2,56); se inoltre si considera che molti di loro vivono da soli in luoghi isolati o in montagna, la situazione acquisisce un peso ancora più rilevante. In tale ambito il Mugello è stato scelto come zona per la sperimentazione della fase pilota del progetto regionale sulla "Non Autosufficienza". La SDS Mugello ha quindi strutturato il progetto "Anziani in famiglia" che prevede una valutazione multidimensionale del bisogno dell'utente che scaturisce in un piano assistenziale personalizzato condiviso con l'utente o referente familiare in una sorta di patto formale che impegna dunque l'Ente pubblico ed il cittadino.

Benché il Mugello abbia conservato una specifica identità culturale, rispetto all'area fiorentina, le modifiche strutturali demografiche e sociali in atto in questi anni hanno comunque cambiato profondamente le famiglie che gradatamente stanno perdendo il loro ruolo di "rete di supporto". Il 31% di famiglie residenti sono costituite da una sola persona, il 12% sono famiglie monogenitoriali che dunque risultano espressione di una convivenza interrotta, o per la morte di un genitore o per la separazione dei coniugi, o mai iniziata come per le madri nubili o di convivenza di fatto non registrata anagraficamente. Dunque non solo vedovanze, ma anche separazioni, divorzi, libere

unioni e procreazione fuori dal matrimonio caratterizzano sempre di più questo tipo di famiglia. Il numero delle famiglie è aumentato grazie all'immigrazione di famiglie straniere (la cui dimensione media è di 3 componenti), ma la composizione media di una famiglia mugellana risulta rimanere pari a 2 componenti.

L'andamento economico del 2006 è risultato nel complesso positivo, con un PIL cresciuto dell'1,5% rispetto al 2005. Tale crescita è in linea con quella toscana ma inferiore a quella provinciale (+2,1%). Sostanzialmente tutti i settori produttivi hanno mostrato un segno positivo, particolarmente significativo (più del 3%) nei comparti dell'alimentare, della moda, della meccanica e del commercio. In particolare, fra i settori di specializzazione locale quello alimentare e la meccanica hanno presentato andamenti molto positivi, mentre l'agricoltura, l'estrazione e lavorazione dei minerali non metalliferi e le costruzioni sono rimasti sostanzialmente stazionari. La peggiore performance del Mugello rispetto al resto della provincia e della regione è dovuta all'andamento fiacco nel settore delle costruzioni, dopo anni di forte crescita.

Il Mugello non eccelle né nell'offerta né nella domanda di professionalità superiore ed universitaria, nonostante la nascita da pochi anni del corso universitario infermieristico che risulta essere ampiamente frequentato anche da studenti fiorentini. L'elevata percentuale di esiti scolastici negativi rispetto alla media provinciale rappresenta, di per sé, un elemento di debolezza del sistema, ma non diviene elemento critico della tenuta del tessuto sociale finché, nel mercato del lavoro, non si genera insoddisfazione sia dal lato dei giovani (che aspirano a posti più qualificati e meglio remunerati) che delle imprese (che non trovano il personale di cui hanno bisogno). Gli istituti superiori del Mugello oltre ad accogliere il 70% degli studenti residenti in zona (il 27,3% degli studenti mugellani si sposta a Firenze) accoglie quasi il 13% degli studenti residenti nella Montagna Fiorentina. Da evidenziare dunque anche l'alta attrattività svolta dal corso di laurea infermieristica istituito nell'anno accademico 2004/2005 a Borgo San Lorenzo che offre già concreta possibilità formativa ed occupazionale per il nostro territorio. Nel corso degli anni si registra un netto aumento delle immatricolazioni, gli iscritti sono per la maggioranza (74%) persone residenti nella zona del Mugello ma anche persone residenti nei comuni della Valdisieve (4,6%), nella Provincia di Firenze (11,3%), nella Regione (1,8%) ed addirittura residenti fuori regione (8,3%).

Inoltre per quanto riguarda l'accesso al mercato del lavoro la SdS ha istituito un tavolo sugli inserimenti lavorativi, al fine di creare un percorso formativo/lavorativo, con progetti personalizzati per i soggetti fragili.

Da una lettura trasversale dell'evoluzione demografica, delle tipologie di problemi seguiti dai servizi sociosanitari e delle attività del terzo settore così come sono state presentate nei diversi tavoli della SdS, sta emergendo con evidenza l'aumentare di una vulnerabilità sociale diffusa anche nel territorio del Mugello.

La recente fragilità del sistema del lavoro non tocca più soltanto la popolazione immigrata, ma riguarda anche adulti italiani che si trovano disoccupati in età avanzata. Le conseguenze sulla possibilità non solo di reperimento ma anche di tenuta dell'alloggio sono già visibili, soprattutto nelle famiglie numerose monoreddito non solo di immigrati. Si sta inoltre verificando l'incremento di una fragilità delle reti primarie di sostegno, in particolare per le famiglie monogenitoriali, in genere madri sole con figli immigrate e non, con basse retribuzioni e senza sostegni parentali.

La vulnerabilità economica delle situazioni descritte si sta allargando anche a nuove tipologie, quali soggetti con basse retribuzioni e basse pensioni che, in mancanza di reti familiari o sociali di sostegno presentano bisogni economici sempre più frequenti.

La SdS intende porre un'attenzione trasversale, sia nei progetti che nel lavoro dei tavoli, alle tre principali aree del disagio sociale (casa, lavoro, integrazione) che evidenziano appunto anche nel Mugello una maggiore vulnerabilità sociale e su cui è necessario coinvolgere tutte le risorse e le competenze istituzionali, del volontariato e dell'intera comunità.

### **3.1.2 Stato di salute e servizi socio-sanitari**

La SDS Mugello, pur avendo limitate conoscenze specifiche sulla distribuzione dei principali fattori di rischio nella popolazione residente nella zona, dovute anche alla mancanza di un osservatorio strutturato ed integrato con quello provinciale e regionale, si è posta come obiettivo, attraverso specifico progetto, di incidere sempre più sull'intera popolazione (dai bambini agli anziani) per evitare che acquisiscano comportamenti a rischio e per stimolare l'adesione a stili di vita corretti e salutari in modo da evitare decessi prematuri e ritardare il più possibile il manifestarsi delle malattie. La promozione globale degli stili di vita dunque riguarderà i rischi legati alla dipendenza da fumo, l'abuso di alcool e droghe ma anche la scorretta alimentazione e la sedentarietà.

La speranza di vita alla nascita è un importante indice sintetico dello stato di salute della popolazione; nonostante l'aumento registrato negli ultimi anni sia della speranza di vita alla nascita che quella a 65 anni il Mugello registra il valore più basso rispetto alle

altre zone della ASL10 (78,7 per i maschi e 84,1 per le femmine) ma comunque in linea con il valore regionale.

Le cause di morte più frequenti, anche se proprio in queste patologie si registra un calo della mortalità, sono rappresentate dalle malattie circolatorie (41%) e dai tumori (29%). Se consideriamo la mortalità, sia generale che prematura, il Mugello registra un trend decrescente nonostante registri la mortalità più elevata rispetto alle altre zone della ASL10. In particolare, rispetto alle altre zone della ASL, il Mugello registra elevati tassi di mortalità, in entrambi i sessi, per tumore allo stomaco, malattie cerebrovascolari ed incidenti stradali. Il fenomeno degli incidenti stradali è l'esempio delle conseguenze in termini di salute di politiche non sanitarie considerato infatti dalla SdS Mugello come argomento prioritario sul quale intervenire attraverso progetti di prevenzione e sensibilizzazione.

I tassi di ospedalizzazione per i residenti del Mugello risultano più elevati rispetto alle altre zone della ASL10 solo per le patologie in cui si ha maggiore mortalità.

Per gli abitanti del Mugello vi è una buona attrazione da parte del presidio ospedaliero presente nella zona (60%), anche per DRG a maggior peso, registrando una migrazione in ospedali "fuori regione" (11,6%) per motivi prevalentemente geografici; infatti i residenti dei comuni montani fanno spesso uso dei presidi ospedalieri emiliani.

Rispetto alle altre zone della ASL ma anche alle medie provinciale e regionale c'è un minor utilizzo del Day Hospital.

Per garantire la continuità assistenziale, in un'ottica in cui l'ospedale diventa sempre più il luogo per la cura della fase acuta della malattia e i servizi territoriali devono rispondere in tutte le altre fasi, si sta già affiancando, attraverso il modello organizzativo del PUA e UVM, al processo di de-ospedalizzazione un modello organizzativo dell'offerta territoriale capace di essere un'alternativa al ricorso ospedaliero per tutte quelle prestazioni sanitarie e sociali che possono trovare soluzione in una dimensione assistenziale extraospedaliera, di facile fruizione da parte del paziente.

E' importante dunque, considerata anche l'età media della popolazione della zona, continuare esperienze di intervento basate sui principi della medicina di iniziativa, in particolare a livello territoriale secondo il Chronic Care Model come indicato anche sul Piano Sanitario Regionale. E' ampiamente riconosciuto che l'autogestione è necessaria per la cura dei malati cronici. Gli interventi per migliorare la capacità dei pazienti e degli operatori di gestire le cure, possono essere molto efficaci e rappresentano una

componente essenziale dell'assistenza ai malati. Ruolo essenziale sarà svolto dai Medici di Medicina Generale che operano nella Zona Mugello, assicurando l'assistenza medica di base.

PUNTI DI FORZA	CRITICITA'
Considerata "polmone verde alle porte di Firenze"	Presenza zone montane a bassa densità abitativa e maggior difficoltà ad assicurare equità e tempestività di accesso ai servizi
Aumento popolazione residente per un saldo migratorio positivo con: - aumento tasso fecondità - aumento popolazione giovanile - aumento cittadini non italiani in età giovanile e lavorativa - tendenza riduzione indice vecchiaia	Rimane una popolazione sostanzialmente "vecchia" con importanza problemi di assistenza anziani (presenti circa 2.100 ultra-85enni e 5.500 75-84enni; circa 2.700 ultra-74enni anagraficamente soli)
	Indice di vecchiaia particolarmente elevato nei comuni dell'Alto Mugello
	Causa incremento assistiti in carico ai servizi sanitari
	Nuovi bisogni assistenziali legati alla crescente presenza di cittadini non italiani e diversi atteggiamenti verso il sistema sanitario, ecc.
	Popolazione in riduzione nella "Romagna Toscana"
Area che conserva una specifica identità culturale territoriale	Peso importante famiglie unipersonali e monogenitoriali
	Crescita economica inferiore rispetto alla Provincia
	Percentuale esiti negativi scolastici superiore al valore medio provinciale e regionale
Forte capacità di integrazione tra gli Enti locali attraverso la gestione unitaria ed associata dei servizi sociali con delega alla SDS Mugello	-
-	Raccolta differenziata RU molto bassa in alcuni comuni
-	Scarse conoscenze specifiche della Zona sulla distribuzione dei principali fattori di rischio nella popolazione
Aumenta la speranza di vita alla nascita ed a 65 anni	Permane il valore più basso rispetto alle altre delle Zone della Asl 10
Mortalità generale e prematura con trend in riduzione	Mortalità generale più elevata rispetto alle altre delle Zone della Asl 10
	Tendenza ad una più elevata mortalità rispetto alle altre delle Zone della Asl 10 per alcune cause specifiche almeno in entrambi i sessi (tumore stomaco, malattie sistema circolatorio, malattie cerebrovascolari, incidenti stradali) o solo nei maschi (infarto miocardio)
	220 nuovi non autosufficienti nel 2007 (82 per Alzheimer)
	292 anziani non autosufficienti usufruiscono assistenza domiciliare e 229 sono residenti in RSA
Progettazione del "Tavolo sulla disabilità" sui percorsi di integrazione scolastica	Presenza di 608 disabili (età < 65 anni), di cui 50 seguiti in assistenza domiciliare, 22 in strutture sanitarie residenziali e 52 in centri diurni
Progettazione del "Tavolo sulla Salute Mentale"	Tassi utenti nuovi e prevalenti di utenti dei Servizi di salute mentale adulti leggermente più elevati della media della Asl 10
-	Incremento annuale di utenti Sert più elevato rispetto alle altre zone della Asl 10.
-	Permangono indici di lesività e di mortalità degli incidenti stradali elevati rispetto alla media provinciale e regionale
Tendenza ad un minore ricorso all'ospedale (in particolare femmine)	E' giustificato visto la maggior mortalità? Tende comunque ad essere generalmente più elevata rispetto alle altre aree della Asl 10 per le patologie in cui si ha una maggior mortalità.
Buona attrazione presidio ospedaliero presente nella Zona, anche per DRG a maggior peso.	Minor uso del DH
	Elevata migrazione in ospedali "fuori regione" per motivi prevalentemente "geografici"

### 3.2 AMBITI E OBIETTIVI DI SALUTE DEFINITI

Per quanto concerne lo scorso triennio, considerata la necessità di un tempo di maturazione e radicamento territoriale della SDS è stato ritenuto indispensabile l'avvio di approfondimenti su specifici ambiti utili ad esprimere una programmazione più appropriata, condivisa e concordata su alcune aree quali: minori, adolescenti e giovani, immigrati, marginalità e salute mentale. L'individuazione di alcune aree prioritarie nel precedente documento di programmazione era legata oltre che alle evidenze epidemiologiche, alla tutela del livello dei servizi costruito fino a quel momento.

In questi anni dunque si sono aperte discussioni e concertazioni sui sopraccitati "ambiti di successiva programmazione" con l'istituzione di tavoli specifici (immigrati, politiche giovanili, salute mentale, inserimenti lavorativi, disabilità, volontariato e residenzialità) dai quali sono scaturite vere e proprie proposte progettuali.

Dunque nel Piano Integrato di Salute 2008-2010 la SDS Mugello non si limita a programmare solo su specifici ambiti prioritari ma su tutte le fasce di popolazione tenendo conto del lavoro svolto dai tavoli tematici.

Ritornando al percorso di costruzione del PIS: la SDS ha definito gli obiettivi di salute specifici per ogni ambito, identificato i progetti/programmi necessari al raggiungimento stessi seguendo sia il criterio di continuità, rispetto alcuni interventi già in atto, che quello di innovazione per i bisogni emersi dal profilo di salute.

I progetti dunque sono stati raggruppati negli schemi successivi secondo la loro attinenza con gli ambiti di intervento rispondendo agli obiettivi definiti sia dalla programmazione regionale che sociosanitaria locale. Le risorse necessarie per la realizzazione dei progetti (ultima parte considerata in ogni scheda progetto), trovano la relativa copertura finanziaria come segue:

- per l'annualità 2008 tutti i progetti hanno già trovato puntuale copertura nel bilancio di previsione 2008 approvato con deliberazione SdS n.12/2008 e successive modificazioni e/o integrazioni;
- per l'annualità 2009 troveranno invece copertura in:
  - o Fondo Sociale Regionale 2009 cautelativamente quantificato nell'importo complessivo di € 900.000,00;
  - o Risconti passivi (risorse ancora disponibili al 31/12/2008) da riportare sul bilancio di previsione 2009;

- o Impegno della Regione Toscana all'erogazione di risorse finalizzate per progetti specifici ( es. "fondo non autosufficienza");
- per l'annualità 2010 non sono state determinate in mancanza di atti certi e considerando il passaggio della Società della Salute dalla fase sperimentale a quella di effettiva stabilizzazione dell'attività complessiva.

<b>AMBITO</b>	<b>ANZIANI</b>
<b>OBIETTIVO</b>	Favorire la domiciliarità, sostenere le famiglie nella cura degli anziani prevedendo prestazioni sociosanitarie adeguate ai bisogni delle persone anziane. Abbattimento delle liste di attesa per RSA
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anziano in famiglia</li> <li>- Anziano fragile</li> <li>- Posti temporanei in RSA</li> <li>- Definizione retta sociale</li> <li>- Ridefinizione criteri Lista Unica Accesso in RSA</li> <li>- Centri diurni</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b>DISABILI</b>
<b>OBIETTIVO</b>	Sostenere le persone disabili e le loro famiglie, valorizzando il ruolo degli attori comunitari. Favorire l'integrazione scolastica
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondazione "Partecipazione dopo di noi"</li> <li>- Integrazione scolastica</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b>SALUTE MENTALE</b>
<b>OBIETTIVO</b>	Promuovere l'integrazione sociale e lavorativa attraverso percorsi individualizzati. Analizzare il fenomeno relativo ai disturbi del comportamento alimentare
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio Spazio</li> <li>- Disturbo comportamento alimentare</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b>MINORI e FAMIGLIA</b>
<b>OBIETTIVO</b>	Promuovere la genitorialità volontaria per rispondere ai bisogni dei minori in difficoltà. Sviluppare nei giovani la consapevolezza di poter partecipare attivamente alla vita sociale e civile attraverso percorsi innovativi di comunicazione.
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro affidi</li> <li>- K@ntieri di Konfine</li> <li>- Sistema Promozione Benessere</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b><i>IMMIGRATI</i></b>
<b>OBIETTIVO</b>	Favorire l'integrazione degli immigrati attraverso un sostegno per l'abitazione
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ri-abitare</li> <li>- Agenzia Casa</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b><i>TRASVERSALE</i></b>
<b>OBIETTIVO</b>	Migliorare la qualità della vita e lo stato di salute della popolazione del territorio del Mugello
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserimenti lavorativi</li> <li>- Abitare</li> <li>- Stili di vita: guadagnare in salute</li> <li>- Sicurezza stradale</li> <li>- Pronto intervento sociale</li> <li>- Polo formativo SDS</li> <li>- Infortuni sul lavoro, crescita cultura sicurezza</li> <li>- L'informazione per la sicurezza nel lavoro agricolo</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b><i>DI SISTEMA</i></b>
<b>OBIETTIVO</b>	Tutelare la centralità del cittadino nelle politiche e nei servizi attraverso il consolidamento del governo unitario del sistema
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportello Unico di Accoglienza</li> <li>- Testo Unico Prestazioni Sociali</li> <li>- SIM</li> <li>- Sistema Informativo Sociosanitario</li> <li>- Piano della Comunicazione</li> <li>- Miglioramento della Qualità</li> <li>- Prototipo prenotazione e pagamento internet</li> <li>- Gestione PUA</li> </ul>

<b>AMBITO</b>	<b><i>PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO</i></b>
<b>OBIETTIVO</b>	Favorire la massima continuità assistenziale e la condivisione delle scelte riguardo l'erogazione dei servizi tra SDS, Ospedale e cittadino
<b>PROGETTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percorso integrato dimissioni ospedaliere programmate</li> <li>- Finestra telefonica per urgenze radiologiche</li> <li>- Percorsi riabilitativi ortopedici ospedale-territorio</li> <li>- Percorso integrato ospedale-territorio dell'ostetricia e ginecologia</li> <li>- Percorso integrato ospedale-territorio del paziente affetto da scompenso cardiaco</li> <li>- Diagnosi precoce del tumore gastrico nell'area del Mugello</li> </ul>

## **4 GLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE CONSIDERATI NEL PIS**

Al fine di rendere omogenea la lettura del testo e di armonizzare il lavoro sui singoli temi si presenta di seguito, per ogni area, una breve analisi di contesto delineata attraverso le considerazioni emerse dal Profilo di Salute e l'articolazione delle priorità e degli interventi che la SDS Mugello intende sostenere per realizzare gli obiettivi prefissati.

Come già indicato, la SDS Mugello non si limita a programmare solo su specifici ambiti prioritari ma, ovviamente nell'ottica di una continua evoluzione del modello, su tutte le fasce di popolazione tenendo conto anche del lavoro svolto dai tavoli tematici.

### **4.1 GLI AMBITI E GLI OBIETTIVI DI SALUTE**

#### **4.1.1 ANZIANI**

La tradizionale definizione di popolazione anziana è basata sulla definizione determinata dall'età anagrafica che individua le persone anziane in coloro che hanno compiuto il 65-esimo anno d'età ed oltre, anche se ormai è piuttosto il segmento di popolazione ultrasettantacinquenne sulla quale viene focalizzata l'attenzione generale. Addirittura cambia la classificazione della vita, che non è più in 3 fasce, ma in quattro, con l'ultima relativa alle età finali. Infatti al 2008 il Mugello continua a registrare la presenza di una popolazione sostanzialmente "molto anziana" sostenuta dall'elevata presenza di "grandi vecchi" residenti soprattutto nei comuni montani (presenti circa 2.100 ultra-85enni e 5.500 anziani 75-84enni; circa 2.700 ultra-74enni anagraficamente soli) che registrano dunque un indice di vecchiaia particolarmente elevato rispetto agli altri comuni.

L'invecchiamento della popolazione è caratterizzato dunque dalle problematiche di tipo sanitario che inducono significativi bisogni di assistenza sostenuti ancora in gran parte dalla struttura della famiglia. La solitudine costituisce un altro significativo indicatore dei bisogni degli anziani aggravato dalla presenza di problematiche sanitarie ma anche relativamente alla perdita del potere di acquisto delle pensioni da loro percepito. Infine la condizione di isolamento geografico costituisce un ulteriore rischio, in particolar modo se connesso, con le altre due problematiche descritte.

I dati dei cittadini che hanno avuto accesso ai servizi finanziati con il Fondo regionale e di questa Società della Salute per la Non Autosufficienza hanno evidenziato il peso delle problematiche sociosanitarie anche sulla fascia dei “grandi vecchi”.

Il progetto sulla Non Autosufficienza e gli altri programmi previsti in tale ambito si pongono quattro finalità:

- Prevedere prestazioni valutate professionalmente in relazione ai bisogni delle persone anziane, anche attraverso azioni tempestive e flessibili;
- Ampliare il ventaglio delle risorse a disposizione per sostenere la domiciliarità: dagli interventi di compagnia del volontariato dedicati alla fragilità, allo sviluppo dei centri diurni, fino agli interventi residenziali, temporanei e non, nelle strutture;
- Favorire la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, con un percorso valutativo e la conseguente erogazione di prestazioni con modalità di forte integrazione sociosanitaria;
- Migliorare l’appropriatezza della risposta residenziale non temporanea, qualora quest’ultima sia l’unica risposta appropriata, anche attraverso una gestione dinamica della lista di attesa per l’ingresso in RSA.

Per sostenere il raggiungimento di queste finalità la SDS Mugello, in particolare nel percorso del progetto “Anziano in famiglia”, ha ulteriormente implementato il modello organizzativo già esistente che prevede dei punti di ascolto dei bisogni dei cittadini (Punti insieme ) decentrati a livello comunale, un Punto Unico di Accesso Sociosanitario (PUA) che realizza la valutazione del bisogno, l’ulteriore raccolta di elementi documentali e l’organizzazione successiva della Unità di valutazione Multidimensionale (UVM) che elabora il progetto personalizzato (PAP) condiviso con la famiglia in caso di problematiche sociosanitarie complesse.

Questo modello partito inizialmente come fase sperimentale, adesso a regime, sta costituendo il modello organizzativo di riferimento anche per la presa in carico di altre tipologie di utenza.

#### **4.1.2 DISABILI**

La presentazione di un quadro esaustivo del numero di persone disabili residenti nella zona Mugello è ostacolata innanzitutto dall’assenza di una definizione univoca del concetto di disabilità. I dati relativi alla presenza dei soggetti disabili è comunque limitato in quanto basato essenzialmente sulle richieste di accesso ai servizi sociali e

sanitari da parte delle persone; evento che non si verifica per tutti i casi realmente presenti sul territorio (sia per situazioni di scarso bisogno, che per l'attivazione di risorse proprie o familiari, che per componenti culturali tradizionali di ritegno nel far conoscere all'esterno la presenza di un handicappato nel nucleo familiare) che pertanto non risultano registrati. Inoltre si riscontra un'ulteriore difficoltà nel reperimento dei dati utili a fornire una compiuta rappresentazione del fenomeno dovuta al fatto che le informazioni sono provenienti da differenti banche dati non confrontabili ed integrabili. Ad esempio, la disabilità viene spesso associata all'invalidità, anche se in realtà si tratta di due concetti differenti: il primo fa infatti riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente le attività fondamentali della vita quotidiana e si riconduce alla legge n. 104/92, mentre il secondo rinvia alla valutazione del danno biologico (indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza) e degli eventuali diritti in termini economici o di altre provvidenze collegate alla legge n. 118/71 e successive modificazioni.

In base alla prima definizione, la Società della Salute del Mugello ha provveduto a rilevare il numero delle persone con disabilità con meno di 65 anni di età, residenti nei comuni afferenti la zona sociosanitaria Mugello, partendo dai dati delle certificazioni finalizzate all'accertamento dello stato di handicap rilasciate dall'apposita Commissione dell'ASL. Da tali dati si evince la presenza di 10 persone con disabilità ogni 1.000 residenti, di cui il 35% plurihandicap, di cui n. 50 (8,2%) beneficiari di assistenza domiciliare ed altrettanti in centri diurni.

Alla luce di tale quadro informativo, gli obiettivi che la SDS intende perseguire per l'area disabilità si caratterizzano per la creazione di sinergie e di reti fra tutti gli attori comunitari. L'azione fondamentale in quest'area risulta quindi l'identificazione di modalità che consentano la partecipazione di tutti gli attori interessati, la crescita della consapevolezza di lavorare in sinergia tra i servizi e i soggetti del volontariato. Nelle risposte ai bisogni dei cittadini disabili e svantaggiati, il lavoro di rete consente di individuare opportunità e risorse aggiuntive, promuovendo ruoli propositivi di tutti i soggetti puntando alla qualificazione dei servizi, all'integrazione in ambito scolastico, extrascolastico, lavorativo e nel tempo libero.

L'evoluzione culturale, tecnologica, telematica e della domotica avvenuta in questi ultimi decenni ha creato le condizioni affinché si possano migliorare le prospettive di qualità di vita delle persone con disabilità gravi e gravissime. Oggi esiste la possibilità di trovare soluzioni compensative o sostitutive delle attività umane attraverso strumenti di

ausilio semplici come le facilitazioni per la vita quotidiana o ad elevata complessità tecnologica come il telecomando che consente di guidare un autoveicolo.

E' importante però tener sempre presente che la condizione di handicap, rispetto alla persona normodotata, deriva anche dalla inadeguatezza dell'ambiente: se gli spazi vengono correttamente progettati e realizzati per soddisfare le esigenze di ogni portatore di handicap, è possibile eliminare o mitigare i disagi e realizzare le condizioni affinché ognuno possa utilizzare l'ambiente in condizioni di autonomia e sicurezza.

La SDS si pone quindi come obiettivo quello di sostenere le persone disabili e le loro famiglie attraverso la costituzione di una Fondazione di partecipazione nel territorio della SdS "Partecipazione Dopo di Noi", progetto sviluppato all'interno del tavolo sulla disabilità e supportato dalle indicazioni della Regione Toscana. In tal modo si intendono ricercare forme di gestione più snella e partecipata delle strutture rivolte ai disabili garantendo da una parte una durata nel tempo, caratteristica propria dell'Istituto della fondazione e una partecipazione attiva da parte di tutti i soggetti interessati, propria dell'istituto dell'associazione. Inoltre si intende dar vita a un soggetto di promozione sul territorio di politiche attive di integrazione sociale, culturale, scolastica e lavorativa delle persone portatrici di handicap.

Altro obiettivo è quello di migliorare l'integrazione del disabile nella scuola attivando percorsi personalizzati e strutturati omogenei nel territorio, attraverso il coordinamento di tutti i servizi, delle famiglie e della scuola ed un confronto continuo con il mondo della partecipazione. Naturalmente, sullo sfondo, rimane ogni attenzione allo sviluppo della normativa regionale sulla non autosufficienza che, a partire dalla fine del 2009, inciderà sulla programmazione istituzionale e territoriale degli interventi sulla disabilità.

#### **4.1.3 SALUTE MENTALE**

Per quanto riguarda i servizi di salute mentale per adulti della ASL10 si rileva nel 2007 un andamento in crescita dell'utenza rispetto a quella rilevata nell'ultimo triennio. La prevalenza dei disturbi psichici trattati da questi servizi, in particolare nel Mugello mostra un aumento molto marcato dell'utenza (+ 63%) rispetto anche alle altre zone sociosanitarie. Un andamento analogo si registra anche nei servizi di salute mentale Minori dove il Mugello registra comunque un andamento omogeneo rispetto alle altre zone sociosanitarie della ASL10.

Le finalità previste in questo ambito si realizzano attraverso interventi sul tessuto sociale e sugli ambiti della “normalità”. E’ sicuramente uno degli ambiti privilegiati del cambiamento da perseguire in cui la risposta assistenziale è incisiva solo se si integra con un approccio culturale diverso e con una rete solidaristica che coinvolge tanti momenti della comunità.

Ci misureremo ad esempio con azioni che incidono sul quotidiano come l’abitare o con caratteristiche di prevenzione quali quelle previste per i disturbi del comportamento alimentare, una delle forme con cui si possono manifestare disagi familiari e relazionali. L’integrazione sociale si realizza anche con una attenzione continua e costante ad un altro aspetto fondamentale legato ad inserimenti “accompagnati” in ambiti lavorativi accoglienti che aiutano la socializzazione e l’espressività e il presupposto per integrarsi effettivamente all’interno dei vari contesi sociolavorativi.

#### **4.1.4 MINORI E FAMIGLIA**

La popolazione presa a riferimento per questa area è quella che va da 0 a 17 anni compiuti la cui incidenza sui residenti nella zona Mugello al 31/12/2007 è pari al 16,2%; particolarmente rilevante è inoltre l’elevata proporzione degli stranieri sui minori che risulta significativa anche per quei comuni in cui si rileva una presenza di minori inferiore alla media zonale. Il 26,4% delle famiglie residenti include nuclei familiari con almeno 1 minore. Il tasso di natalità degli ultimi anni ha registrato un leggero aumento, fenomeno sostenuto soprattutto da immigrati stranieri ormai stabilizzati nella nostra zona.

Si rilevano inoltre n. 43 situazioni di affido (sia familiari che nei servizi residenziali del territorio) ed un incremento di richieste di adozione dal 2002 al 2007.

Gli obiettivi di questo ambito si raggiungono attraverso interventi che sono promotori di un processo “nella comunità con la comunità” e non si appiattiscono in risposte prestazionali sulle porzioni di disagio manifestato.

Tre sono le direttrici orientate agli obiettivi di tale ambito:

- attenzione alla realtà giovanile ed alla creazione di nuovi spazi di riferimento riconoscibili sul territorio. L’obiettivo è quello di creare strumenti ed opportunità uguali a tutti i giovani della nostra zona sui temi della partecipazione e socializzazione, protagonismo e responsabilità, cittadinanza attiva cultura della legalità, creatività e l’impegno sociale;

- interventi sui fenomeni di marginalità e di disagio crescenti, la cui natura complessa, e in certi casi multiproblematica, rende ancora più indispensabile una risposta che preveda la sinergia fra operatori del pubblico e del privato sociale, nonché il coinvolgimento, a vario titolo, di realtà associative e volontaristiche del territorio in attività anche di tipo preventivo;
- iniziative atte a supportare le famiglie in crisi e quelle a rischio. Sappiamo come le famiglie rappresentino il nucleo sociale originario e fondamentale per la costituzione della società e di tutti gli aspetti connessi, sia positivi sia negativi. E' dalla famiglia che discendono quei modelli di relazione e controllo di sé adeguati al contesto o, purtroppo, capaci di arrecare sofferenza agli altri in generale, oppure a specifici soggetti, attraverso patologie o comportamenti, individuali e sociali, più o meno a rischio. La SDS intende quindi promuovere anche una cultura dell'affidamento familiare, sostenendolo e valorizzandolo quale strumento di aiuto e supporto, nelle situazioni di disagio e di difficoltà del nucleo familiare. Si vorrebbe consolidare nel territorio una cultura e una rete di corresponsabilità sociale sulla tematica dell'affido che coinvolga gli Enti locali, l'Azienda ASL, le Associazioni di volontariato e altre realtà organizzate di cittadinanza.

#### **4.1.5 IMMIGRATI**

Le cause di spostamento delle persone possono essere di natura individuale e/o familiare. Gli arrivi dedotti dalle iscrizioni anagrafiche dei comuni della zona sociosanitaria Mugello negli ultimi 10 anni registrano un progressivo aumento, soprattutto di cittadini stranieri, che da un lato ha contribuito all'incremento della natalità, dall'altro incidono sull'aumento di situazioni di fragilità sociale che conseguentemente causano un incremento degli accessi ai servizi. La situazione di crisi economica nazionale ed internazionale si riverbera anche nel Mugello nei due volani fondamentali di inserimento quali il lavoro e la casa. La SDS ha orientato in via prioritaria per questo triennio gli interventi di supporto all'abitazione che consentano di bilanciare in parte la condizione di svantaggio nell'accesso alla casa degli immigrati. La realizzazione di tali interventi è orientata alla creazione di reti sinergiche fra soggetti istituzionali, terzo settore e soggetti privati. Anche in questo ambito alcune azioni iniziate con il progetto "anziani in famiglia", rispetto l'emersione nei suoi molteplici

aspetti del fenomeno assistenti familiari, contribuiranno alla crescita culturale e alla conoscenza di sensibilità e aspettative reciproche tra più “mondi”.

## 4.2 L'AREA TRASVERSALE

La scelta di considerare come area specifica gli ambiti degli Interventi trasversali e di Sistema dei servizi si pone in continuità con l'analisi svolta dall'assemblea della SdS e l'indicazione di evidenze contenute nel Profilo di salute, con il contributo dei tavoli della partecipazione, su tematiche in merito alle quali più tipicamente può realizzarsi l'approccio integrato della SdS.

Questo ambito si rivolge all'intera popolazione del Mugello per un'azione di salute storicamente programmata da singoli servizi spesso solo formalmente in contatto tra loro. La visione d'insieme che la SdS, nell'ottica descritta in premessa, offre una migliore possibilità di analisi di ciascun intervento nelle sue relazioni con gli altri, di valutazione degli esiti che nella comunità, soggetto intero, sempre meno possono essere ricondotti a singole competenze bensì all'intreccio di azioni su piani diversi.

Infine la SDS Mugello intende affrontare il “principio dell'appropriatezza” cercando di porre le persone nelle condizioni di aumentare il controllo di ciò che determina la loro salute al fine di migliorarla. Vuole promuovere un nuovo rapporto con i cittadini che, nel vivere quotidiano ed anche durante le loro attività lavorative, aiuti a maturare una coscienza civile con l'assunzione di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale in termini di diritti come di doveri.

Costituiscono quindi una priorità le iniziative pubbliche di sensibilizzazione su tali argomenti come quelle realizzate nell'ambito del progetto Sicurezza Stradale, gli interventi di educazione alla salute legati alla promozione della cultura relativa, che valorizzino gli aspetti di integrazione e di intersectorialità nonché la logica dell'autodeterminazione.

In questa logica inoltre risulta necessario il collegamento sempre più stretto tra il PIS e gli altri strumenti di programmazione territoriali che incidono sui settori di competenza della SdS o che comunque hanno attinenza con il benessere e gli obiettivi di questo triennio di programmazione. Dai Piani Strutturali dei Comuni, al Regolamento Urbanistico; dai Piani commerciali a quelli ambientali; dal Piano della formazione al

Piano di sviluppo; alle progettazioni che riguardano lo sport, il tempo libero, la cultura, elaborati da tutti i soggetti istituzionali che insistono sul territorio: i Comuni, la CM Mugello, la ASL. E' necessario che vi siano corrispondenze formali tra i diversi strumenti al fine di riuscire a governare le diverse scelte e risorse in una logica di condivisione degli obiettivi che non potranno essere raggiunti senza l'apporto strategico di ogni segmento del sistema che attiva gli interventi.

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

Oltre a progetti mirati allo sviluppo di conoscenze, ad azioni di sensibilizzazione e di prevenzione appartengono a questo ambito progetti relativi a interventi che vanno dall'offerta di prime risposte tempestive e concrete di accoglienza per bisogni imprevisti di sopravvivenza di persone in grave situazione di marginalità e/o abbandono, alla possibilità di offrire aiuto per reperire gli alloggi, per garantire risposte al bisogno primario della casa delle persone in situazione di temporanea difficoltà promuovendo l'integrazione fra servizi pubblici e privati, alla sperimentazione di un protocollo per gli inserimenti lavorativi con persone disabili e altri soggetti fragili.

#### **4.3 GLI AMBITI DI SISTEMA**

Ineludibile è l'approccio di sistema che la SdS deve realizzare, strategico anche per il miglioramento delle risposte al cittadino. Poter sperimentare modelli organizzativi dei servizi e di progettazione integrata consente di non limitarsi ad operare sull'aspetto quantitativo delle risorse e sulla gestione di singole prestazioni, ma di aprire nuovi punti di vista, nuove collaborazioni e sinergie sempre più necessarie in un quadro di risorse decrescenti che in quanto tali non consentono sovrapposizioni di interventi accanto, tra l'altro a zone d'ombra di bisogni non affrontati.

In una territorio come il Mugello, caratterizzata da una conformazione geomorfologia che rende più difficili gli accessi, gli spostamenti, lo scambio di informazioni, diventa quindi fondamentale poter collegare tra loro le reti esistenti sul territorio, prima di attivarne delle nuove replicandole per ogni servizio e riuscire a valorizzare anche le diversità in un governo zonale in grado di sviluppare ricadute sugli enti in termini di ottimizzazione delle risorse a tutela della qualità professionale degli operatori.

Lo sguardo in questo caso non è centrato sul mondo dei servizi aziendali o comunali, bensì è rivolto al cittadino, ai suoi bisogni, alle possibilità di accesso che devono essere garantite a tutti con particolare riferimento alle fasce deboli e dunque a tutte quelle azioni che concretizzino i diritti di cittadinanza.

#### **4.4 I PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO**

Per garantire la massima integrazione ospedale-territorio sono stati sviluppati nel corso di questi anni diversi percorsi integrati ospedale territorio.

In base alla delibera di Giunta della Regione Toscana n. 522 del 17/07/2006 con la quale si fornivano indicazioni utili alla realizzazione omogenea della nuova fase di sperimentazione delle SdS, è stato stipulato un Accordo specifico con l'Azienda USL 10 di Firenze prevedendo percorsi operativi che assicurino la continuità assistenziale tra l'ospedale del Mugello punto di riferimento per la sua storia e per le sue prospettive con i servizi territoriali nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati.

Le azioni individuate sono volte a disciplinare quegli aspetti che riguardano la de-ospedalizzazione attraverso la presa in carico del cittadino da parte dei servizi territoriali, determinando correttamente i flussi di informazione tra ospedale e territorio, a favore dell'utente.

Dunque i principi guida ispiratori dei percorsi integrati Ospedale - Territorio e dei progetti della Zona del Mugello sono la ricerca della massima continuità assistenziale e la condivisione delle scelte riguardo alla individuazione di priorità, criteri e modalità di erogazione dei servizi.