



INDICE GENERALE

PROFILO DELLA COMUNITA' - ANNO 2009.....	3
RELAZIONE TECNICA SUGLI ESITI DEL PIS - ANNUALITA' 2009.....	33

Profilo della Comunità Anno 2009

Geografia, confini, caratteristiche

Il Mugello è una vallata appenninica corrispondente al corso superiore del fiume Sieve, un affluente dell'Arno. Il territorio della Zona socio sanitaria è in gran parte collinare e montano, risale dal fondovalle al crinale appenninico e anche oltre (la cosiddetta Romagna Toscana, 3 comuni oltre lo spartiacque, ma da ottocento anni storicamente legati a Firenze). La Zona confina con l'Emilia Romagna, l'area fiorentina e la Provincia di Prato. Gli undici comuni che ne fanno parte sono: Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio, San Godenzo, San Piero a Sieve, Scarperia, Vicchio.

Il Mugello ha spiccata consapevolezza di possedere una identità culturale territoriale specifica rispetto alla città di Firenze e alla cintura urbana. Tale elemento, non semplicemente spiegabile con i dati oggettivi della descrizione territoriale, configura infatti una omogeneità nella diversità. Le differenze interne infatti sono sensibili e dunque il forte senso d'identità è forse motivato da ragioni storiche, dal relativo isolamento del passato, oppure dal tendenziale autosviluppo dell'area, o ancora dalla relativa omogeneità del governo politico amministrativo. Esso comunque consente livelli di collaborazione e motivazione della comunità locale molto alti, benché in presenza di specifiche e a volte gelose identità sociali e culturali tipiche della Toscana.

La Zona sociosanitaria è caratterizzata da una bassa densità della popolazione, dalla presenza di nuclei in zone montane isolate, da una cultura intrisa di tradizionali valori contadini ma anche di chiusure e pregiudizi del passato. Gli elementi innovativi stentano a prendere campo e scontano una storica deprivazione culturale, contrassegnata da un basso indice di scolarità. L'ampio ventaglio di stili di vita rinvenuti nel territorio (provenienti dall'area urbana cosmopolita, come da chiuse comunità contadine tradizionali), determina difficoltà a sintetizzare caratteristiche omogenee evidenti per la gran parte della popolazione. Tra la fascia montana (per esempio i territori dei comuni di San Godenzo, Marradi, Palazzuolo, Firenzuola) e il fondovalle (in particolare alcuni territori nei comuni di Londa, Scarperia, Borgo San Lorenzo, Barberino e San Piero) si misura tutta la distanza sociale causata da fenomeni opposti, di alta presenza di anziani o di crescente diffusione di minori.

Zona a lungo marginale, perché fuori dalle grandi vie storiche di comunicazione, il Mugello dopo la fuga dei mezzadri dall'agricoltura, tipica delle aree interne dell'Italia centrale negli anni cinquanta del secolo scorso, si è sviluppato sotto il profilo industriale e artigianale (soprattutto con fabbriche metalmeccaniche, chimiche e tessili) e in seguito anche turistico.

Oggi cerca di farsi conoscere come "il polmone verde alle porte di Firenze", sfruttando la vicinanza alla città ma anche la propria collocazione geografica. La vallata è disseminata di antiche pievi e castelli rurali, vi si trovano agriturismi e fattorie dalle produzioni tipiche, è occasione di trekking e passeggiate a cavallo, è luogo natale della famiglia Medici, ed anche di grandi pittori come Giotto, Beato Angelico, Andrea del Castagno e più di recente di Galileo Chini, il grande ceramista liberty. Vuole caratterizzarsi per la cordialità nell'accoglienza, la varietà e la numerosità di feste popolari e di sagre paesane, la valorizzazione di tradizionali attività artigiane (la produzione di coltelli a Scarperia, quella lapidea della pietra serena di Firenzuola), e di produzioni agricole di qualità (castagne, vino, olio).

Il Mugello per molti ricorda solo l'Autodromo Internazionale del Mugello che ospita le gare del campionato mondiale di moto e automobilismo.

Il territorio

La montanità del territorio è un elemento da tenere in attenta considerazione nella interpretazione dei fenomeni sociali e nella programmazione dei servizi. La densità di popolazione della Zona è pari a 51,92 abitanti per kmq, ed è piuttosto bassa ovunque, ma ovviamente soprattutto nelle zone montane, dove raggiunge punte minime di 11-12 abitanti per kmq.

I dati relativi all'acclività e alla percentuale di territorio con altitudine superiore ai 600 metri confermano che la Zona del Mugello ha una fisionomia morfologica fondamentalmente montana e piuttosto "aspra", disposta per di più su due diversi versanti idrografici (tirrenico per il fiume Sieve, e adriatico per Lamone, Senio e Santerno).

La popolazione

Un elemento fondamentale di valutazione del Mugello è la composizione della popolazione e i fenomeni che l'hanno caratterizzata negli ultimi anni; attualmente è in corso un fenomeno di progressiva integrazione tra l'area del Mugello e l'area fiorentina. Nel primo dopoguerra lo spopolamento delle campagne e le migrazioni verso la città sono state un fenomeno socio-demografico importantissimo, che si è interrotto negli anni '80. A partire dal censimento del 1991 nelle principali città toscane la popolazione residente è scesa rispetto al censimento precedente, a favore, spesso, dei comuni della cintura periferica. È accaduto a Firenze, Siena, Pisa, Livorno, Arezzo e Carrara. A Firenze il calo ha avuto inizio nel 1981 mentre dal 1991 ha interessato anche tutti i comuni confinanti; al contrario, la popolazione residente nei comuni della cintura urbana di secondo livello e lungo le principali direttrici verso Firenze (Chianti, Mugello, Val di Sieve, area fiorentina sud-est, area empolesse) sta crescendo enormemente.

Nel dopoguerra il lavoro era nelle città e la popolazione spostava la propria residenza nell'area del proprio luogo di lavoro. Negli ultimi 20 anni e, soprattutto, negli ultimi 10 anni, il fenomeno si è invertito, e cioè un ritorno verso le corone periferiche dei centri urbani.

Questo "ritorno" non interessa le zone più disagiate, ma i territori della provincia che sono meglio collegati con la città e che hanno qualità della vita (costi, servizi, tranquillità) tipiche delle realtà provinciali.

A seguito del progressivo aumento demografico registrato negli ultimi anni, la popolazione della Zona socio-sanitaria Mugello al 31 dicembre 2008 registra 66.985 individui residenti, divisa in 11 municipalità: quasi 18.000 residenti sul Comune di Borgo S. Lorenzo, più di 10.000 abitanti il Comune di Barberino di Mugello, Scarperia e Vicchio superano i 7.000 abitanti, Dicomano i 5.000, ma ci sono 6 comuni che hanno una popolazione inferiore ai 5.000, e 3 di questi sono al di sotto dei 2.000 abitanti.

Il saldo attivo demografico di Zona dunque è sostenuto essenzialmente dal saldo migratorio dovuto essenzialmente al sempre maggior afflusso di persone provenienti sia dalla città di Firenze che dall'estero. Infatti solo negli ultimi anni a fronte del continuo invecchiamento della popolazione si è assistito (soprattutto nei comuni e valle) ad una leggera ripresa del tasso di natalità. Le famiglie che vengono ad abitare nella nostra Zona sono prevalentemente giovani, spesso con bambini, senza particolari radici con il territorio e quindi senza una rete parentale di supporto.

La forma della piramide dell'età tipica di popolazioni in forte crescita, non risulta in questo caso molto adeguata, in quanto la frequenza nelle classi di età più alte non si

restringono (dando appunto una forma piramidale), ma anzi si allargano con un visibile sbilanciamento verso le donne. Quando andiamo ad analizzare i rapporti tra i sessi, osserviamo una situazione pressoché equilibrata sia nella fascia di età della popolazione attiva (15-64 anni) che nella fascia di età giovanile (inferiore 14 anni). La situazione, invece cambia profondamente per la popolazione ultra 65-enne, in cui le donne evidenziano una maggiore longevità. La struttura particolare della piramide può quindi essere spiegata dunque come segue: il restringimento alla base, così come l'allargamento verso l'alto, possono derivare dal calo delle nascite e dalla maggior longevità della popolazione soprattutto femminile; mentre l'allargamento della parte centrale può essere dovuto oltre che al declino delle nascite ai fenomeni di immigrazione.

L'indice di vecchiaia della Zona per il 2008 è di 158,66 (ovvero ogni 100 residenti minori di 15 anni ve ne sono 158 con età superiore ai 64 anni), inferiore a quello provinciale e regionale è in riduzione anche rispetto agli anni scorsi ma superiore a quello nazionale. Naturalmente tale indice a causa delle differenziazioni territoriali interne ha picchi altissimi nei comuni montani (es. Palazzuolo 303, Marradi 284, Firenzuola 228).

Nella zona socio-sanitaria del Mugello si riscontra un indice di dipendenza pari a 54,5 nel 2008 (pressoché costante da qualche anno), che assume valori eccezionali nei comuni di montagna (Firenzuola 66; Marradi 61; San Godenzo 60) sempre per la massiccia presenza di anziani.

Il fenomeno dell'immigrazione straniera ha assunto particolare rilievo in questi ultimi anni e risulta in forte accelerazione. La popolazione straniera residente nella Zona è di 5.502 unità, l'8,2% dei mugellani (è il 6,4 % nell'ambito provinciale e il 7,8 % in quello regionale). Le principali nazionalità straniere presenti nel Mugello al 31/12/2008 sono quella albanese, rumena e marocchina. Per quanto riguarda un altro fenomeno relativo alla popolazione immigrata nel territorio del Mugello vanno segnalati gli interventi in corso relativi a grandi opere (Ferrovia Alta Velocità, Variante di Valico) che interessano la zona e che sono fonte di squilibrio per la presenza nei cantieri di persone e famiglie senza una vera e propria integrazione con il territorio. Trattasi di immigrazione interna ma anche di stranieri.

La popolazione minorile nel Mugello è in crescita, grazie all'immigrazione di famiglie straniere con più alta fecondità e di giovani coppie che dalla città si spostano nella cintura circostante in ricerca di una migliore qualità della vita e per il minore costo di acquisto di un'abitazione. Modesto è invece l'incremento della natalità dei vecchi residenti. L'indice di dipendenza giovanile del 2008 risulta pari a 21,06.

Da notare inoltre che la società mugellana è caratterizzata da relazioni di vicinato e di collaborazione parentale tipiche delle società contadine. Anche la realtà dell'aiuto ai minori è stata preceduta da esperienze di accoglienza dei "nocentini" (così venivano chiamati i minori affidati alle famiglie di mezzadri da parte dell'Istituto degli Innocenti di Firenze) o di orfani di località vicine.

A causa della particolare rilevanza della popolazione anziana nell'area è opportuno un breve approfondimento. La popolazione con età superiore ai 64 anni nel Mugello al 31/12/2008 è pari a 14.487 unità, il 21,63 % della popolazione. L'analisi della struttura per età della popolazione nei Comuni del Mugello conferma come sia proprio nei Comuni montani (S.Godenzo, Firenzuola, Marradi e Palazzuolo) che si registra un'alta presenza di anziani.

L'indice di dipendenza anziani di Zona per il 2008 è 33,41 ma nei comuni precedentemente segnalati presenta un valore molto alto, compreso nel range 44 - 48. Ciò significa che ad una persona anziana corrispondono poco più di due persone in età produttiva (15 - 64 anni).

In particolare in questi comuni appenninici, sono presenti anche percentuali significative di ultra 85enni (es. 4,6 % di S.Godenzo e 4,7 % di Palazzuolo) a fronte di una % zonale del 2,87 % dell'intera popolazione.

Se può essere importante ai fini della programmazione dei servizi sociali e delle politiche sociali per gli anziani conoscere la dimensione di tale popolazione nei vari Comuni, lo è ancor di più conoscere la presenza e la dimensione della popolazione più bisognosa di attenzione, di cura e di sostegno, vale a dire gli anziani soli (13,6% del tot famiglie), coloro cioè che risultano più a rischio di ricovero in caso di peggioramento, anche solo temporaneo, delle condizioni di salute: i cosiddetti "anziani fragili". I dati di cui disponiamo non consentono di capire del tutto il fenomeno; tuttavia proprio con i progetti "Anziano in famiglia" ed "Anziano fragile" si intende far emergere anche i bisogni non ancora conosciuti dai servizi.

Per quanto riguarda la composizione delle famiglie, si rileva che al 2008 il 31% delle famiglie è costituito da un solo componente, le famiglie con componenti >3 sono per lo più straniere o miste. È rilevante anche la % di famiglie monogenitoriali con figli (12% del tot famiglie) e quella di coppie senza figli (16%).

Lo stato di salute

La Zona socio sanitaria del Mugello facente parte della ASL 10 di Firenze, una delle aziende sanitarie più grandi in Italia a causa dell'esigua densità abitativa e della sua montanità presenta problemi del tutto nuovi e particolari nella organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari, non sempre compresi dall'ottica metropolitana.

Nel settore socio sanitario è imponente la presenza di strutture residenziali rivolte alla popolazione anziana, molte delle quali private. Più di recente sono sorte nuove strutture diurne e residenziali di sostegno alle famiglie con portatori di handicap fisico e psichico. Nella Zona è importante la presenza del privato sociale (cooperazione e associazionismo). Vivace è la progettualità zonale nel settore, con una buona integrazione tra pubblico e privato. Dalla fine degli anni '90 i servizi comunali sono gestiti in forma associata, prima attraverso la comunità montana, dal 2007 con la Società della Salute. Negli ultimi anni sono cresciuti gli standards di qualità nella realizzazione dei servizi domiciliari (assistenziali ed educativi) ed anche nei servizi a contatto diretto con la cittadinanza.

I tassi di mortalità generale in entrambi i generi presentano nel Mugello valori superiori ai valori medi regionali anche se con differenze non significative. Anche per quanto riguarda la mortalità prematura nei maschi il Mugello registra valori superiori alle altre zone ed al valore medio regionale.

Le cause di morte più frequenti come per le scorse annualità sono rappresentate dalle malattie circolatorie (39,4%, di un punto % inferiore rispetto all'annualità 2003-2005) e dai tumori (30% di un punto % superiore rispetto all'annualità 2003-2005). Il Mugello registra tassi di mortalità significativamente superiori alla media regionale solo per il Tumore alla stomaco in entrambi i sessi, mentre per altre cause registra valori sempre inferiori alla media regionale, addirittura il tasso di mortalità per cardiopatia ischemica nei maschi è significativamente inferiore alla media regionale.

Nella presente analisi vengono riportati inoltre i ricoveri dei residenti ovunque avvenuti (ospedali pubblici ASL, regionali ed extraregionali e strutture private accreditate e non). Sono inoltre considerati tutti i ricoveri (acuti, di riabilitazione e di lungodegenza). Tale scelta è motivata dall'intenzione di descrivere l'uso dell'ospedale da parte dei residenti, indipendentemente dal luogo e dalla forma in cui avviene, come espressione del bisogno

di assistenza ospedaliera della popolazione. I dati presentati di seguito si riferiscono al 2006 perché questo è l'ultimo anno per cui, al momento attuale, sono disponibili i dati di ospedalizzazione completi dei ricoveri fuori regione.

Sono stati calcolati tassi standardizzati (standard: popolazione toscana al 2000) di ospedalizzazione totale e di "primo ricovero" per tutte le cause e per le principali cause di ricovero. Quest'ultimo indicatore raggruppa i ricoveri di uno stesso paziente sulla base del codice fiscale. Viene così valutato il numero di soggetti residenti nella ASL 10 (e ovunque ricoverati) che si sono rivolti, per una data patologia, ad una struttura di cura almeno una volta nell'anno in esame, eliminando dall'analisi gli eventuali ricoveri ripetuti. La patologia di ricovero è stata definita in base alla diagnosi di dimissione principale. I tassi così calcolati forniscono una misura della frequenza delle diverse patologie nella popolazione, depurandola dal fenomeno dei ricoveri ripetuti, ed in una ottica epidemiologica approssimano il numero di soggetti affetti dalla malattia in questione (in particolare la quota che ricorre per tale motivo all'ospedale).

Di seguito viene riportata la distribuzione percentuale delle principali cause di ricovero. Le malattie circolatorie rappresentano il 19% del totale dei ricoveri, seguite dai tumori (12%). Al terzo posto si hanno una serie di patologie, quali malattie dell'apparato digerente (9%), traumatismi (8%), mentre al quarto posto altre patologie dell'apparato genito-urinario, respiratorio e osteomuscolare (7%) ecc.

Nello specifico analizzando i tassi standardizzati per cause, il Mugello registra valori significativamente inferiori alla media regionale per i tumori (nei maschi) e nessun valore significativamente superiore alla media regionale per altre patologie.

Per quanto concerne la distribuzione percentuale per tipologia di presidio di ricovero dei residenti nella ASL 10, si considerano i DRG con peso basso (< 0,6; indice di patologie che dovrebbero essere trattate preferenzialmente in strutture ospedaliere di primo livello) e con DRG alto (>2,0; indice di patologie che dovrebbero essere trattate in strutture ospedaliere con maggior livello di specializzazione).

In entrambi i casi le strutture ospedaliere situate nel territorio della ASL 10 assicurano più dell'80% dei ricoveri, con una inversione delle quote proporzionali assorbite da Careggi e dagli ospedali della ASL 10 in relazione al peso del DRG. Modesta è la quota di pazienti che si ricoverano in strutture extraregionali (6,16%), con la unica eccezione della Zona Mugello (12,03%). In tale area è elevato il ricovero fuori regione sia per i DRG con peso basso, che in maniera più accentuata per quelli con peso alto. Il ricorso a ricoveri fuori regione riguarda in modo particolare i residenti nei comuni dell'Alto Mugello.

Società della Salute del Mugello

**AGGIORNAMENTO 2009
PIANO INTEGRATO DI SALUTE
2008-2010**

SOCIALE E SANITARIO IN CIFRE

INDICE

<u>1 LA POPOLAZIONE ED IL TERRITORIO.....</u>	<u>12</u>
<u>1.1 IL TERRITORIO.....</u>	<u>12</u>
<u>1.2 TREND TEMPORALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE.....</u>	<u>13</u>
<u>1.3 PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEGLI INDIVIDUI RESIDENTI.....</u>	<u>15</u>
<u>1.4 GLI INDIVIDUI CON CITTADINANZA STRANIERA RESIDENTI AL 31/12/2008.....</u>	<u>17</u>
<u>1.5 LE FAMIGLIE.....</u>	<u>18</u>
<u>2 STATO DI SALUTE.....</u>	<u>20</u>
<u>2.1 MORTALITA'.....</u>	<u>20</u>
<u>2.1.1 MORTALITA' GENERALE E PREMATURA.....</u>	<u>20</u>
<u>2.1.2 MORTALITA' PER CAUSE.....</u>	<u>22</u>
<u>2.2 OSPEDALIZZAZIONE.....</u>	<u>27</u>
<u>2.2.1 OSPEDALIZZAZIONE GENERALE.....</u>	<u>27</u>
<u>2.2.2 OSPEDALIZZAZIONE PER CAUSE.....</u>	<u>29</u>
<u>2.3 OSPEDALIZZAZIONE - INDICI DI MOBILITÀ.....</u>	<u>35</u>
<u>3 I SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI.....</u>	<u>37</u>
<u>3.1 GLI UTENTI IN CARICO AI SERVIZI SVOLTI IN GESTIONE ASSOCIATA SDS AL 31/12/2008.....</u>	<u>37</u>
<u>3.2 FONDO NON AUTOSUFFICIENZA: PROGETTO ANZIANO IN FAMIGLIA.....</u>	<u>37</u>
<u>3.3 FONDO EMERGENZA SOCIALE 2009.....</u>	<u>41</u>
<u>Note 49</u>	
<u>Note 51</u>	
<u>Fase 1 52</u>	
<u>Fase 3.....</u>	<u>52</u>
<u>Note 53</u>	
<u>Fase 1 54</u>	
<u>Fase 3.....</u>	<u>54</u>
<u>Note 56</u>	
<u>Fase 1 75</u>	
<u>Note 75</u>	
<u>Fase 1 98</u>	
<u>Fase 3.....</u>	<u>98</u>
<u>Note 101</u>	
<u>RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE.....</u>	<u>129</u>
<u>Fase 1 129</u>	
<u>Fase 3.....</u>	<u>129</u>
<u>Fase 5 132</u>	
<u>Fase 7.....</u>	<u>132</u>
<u>Attività svolta.....</u>	<u>132</u>
<u>Fase 9 133</u>	
<u>Attività svolta.....</u>	<u>133</u>
<u>Note 133</u>	

1 LA POPOLAZIONE ED IL TERRITORIO

1.1 IL TERRITORIO

Gli aspetti morfologici

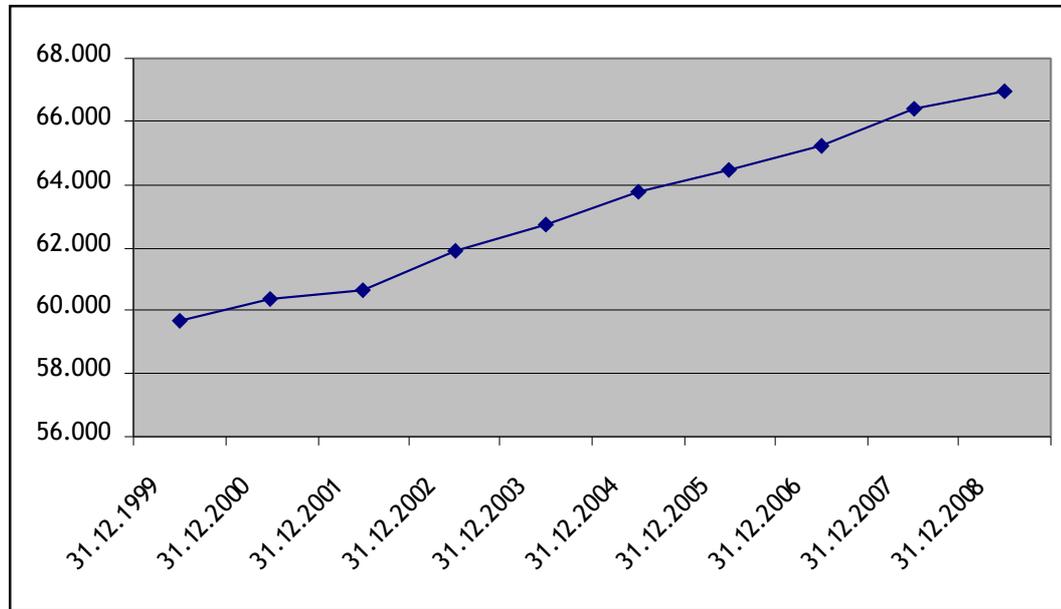
Comune	Intensità morfologica	% territ. con intens. rilievo 251-1000 m	% territ. con altit. > 600 m	% territ. Con pendenza > 24°
Barberino di Mugello	46,7	6	20	15,2
Borgo San Lorenzo	51,1	14,6	28,6	30,5
Dicomano	60,5	28,3	27	35,2
Firenzuola	68,6	26,1	67	26,6
Londa	73,9	51,4	67,3	37,3
Marradi	69,5	27,8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

Superficie e densità di popolazione

Comuni	Popolazione al 31/12/2008	Superficie in kmq	Zona Altimetrica	Densità di popolazione 2008
Barberino di Mugello	10.786	133,71	Collina interna	80,67
Borgo San Lorenzo	17.923	146,15	Collina interna	122,63
Dicomano	5.626	61,76	Collina interna	91,09
Firenzuola	4.938	272,06	Montagna interna	18,15
Londa	1.842	59,40	Montagna interna	31,01
Marradi	3.339	154,07	Montagna interna	21,67
Palazzuolo sul Senio	1.218	108,90	Montagna interna	11,18
San Godenzo	1.286	99,19	Montagna interna	12,97
San Piero a Sieve	4.143	36,63	Collina interna	113,10
Scarperia	7.685	79,37	Collina interna	96,82
Vicchio	8.199	138,89	Collina interna	59,03
MUGELLO	66.985	1.290,13		51,92

1.2 TREND TEMPORALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

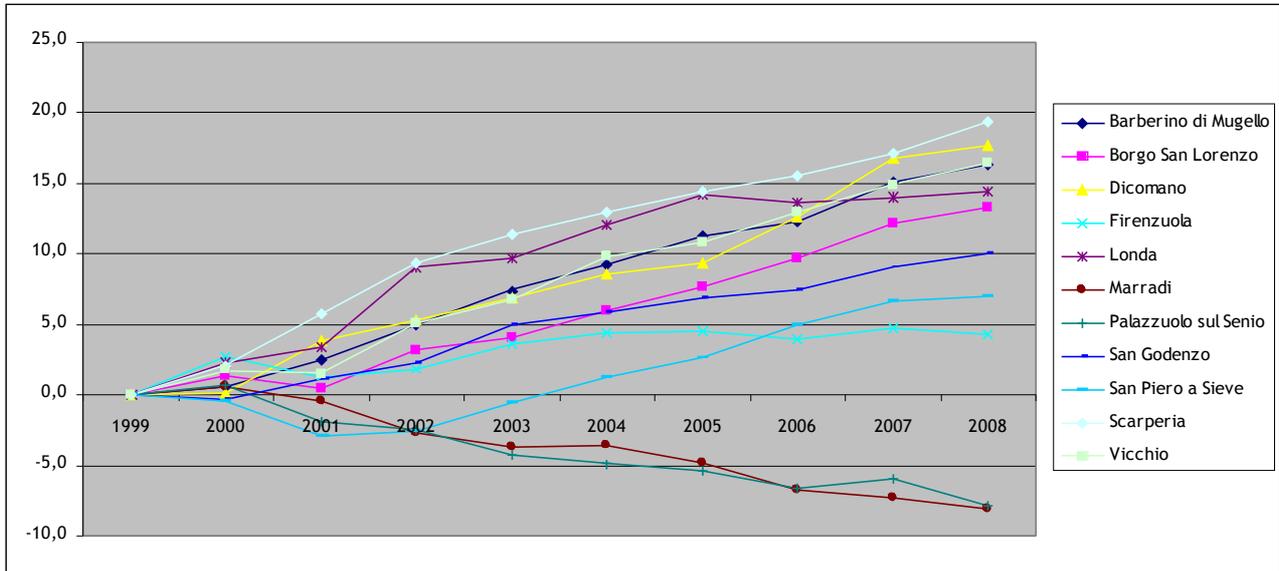
Popolazione residente nella zona sociosanitaria Mugello dal 1999 al 2008



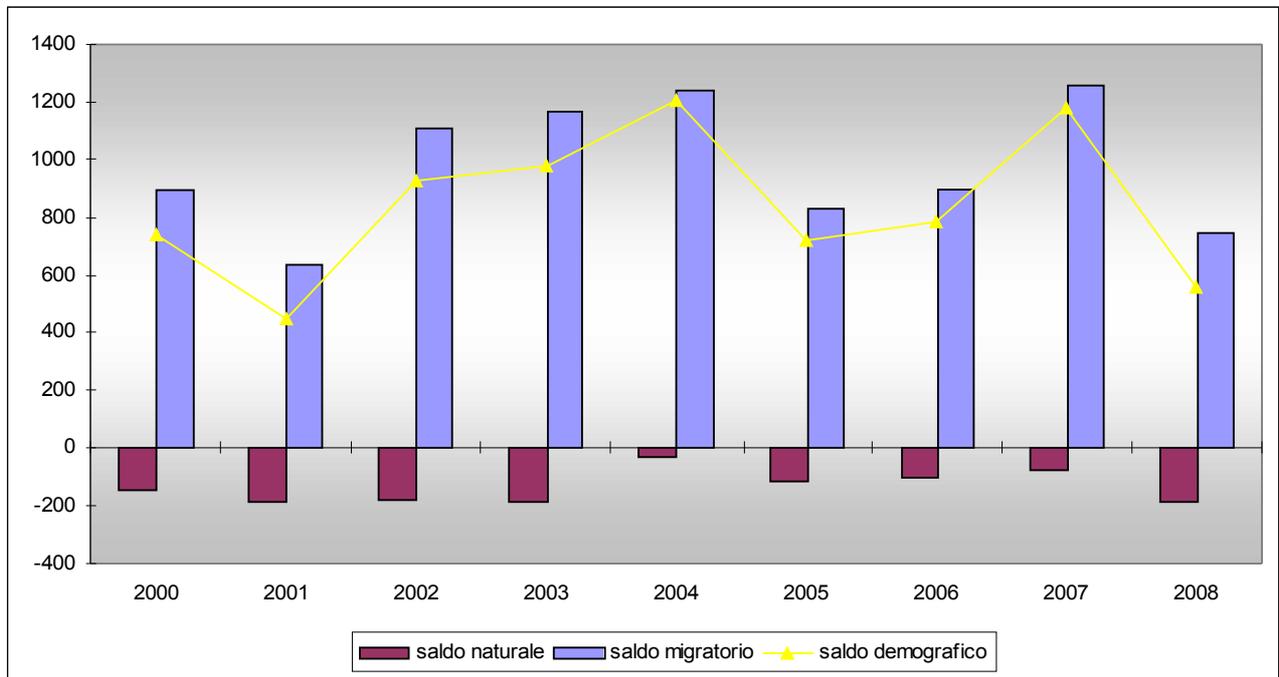
Popolazione residente nei comuni della zona sociosanitaria Mugello dal 1999 al 2008

Comune	Popolazione al 31.12.1999	Popolazione al 31.12.2000	Popolazione al 31.12.2001	Popolazione al 31.12.2002	Popolazione al 31.12.2003	Popolazione al 31.12.2004	Popolazione al 31.12.2005	Popolazione al 31.12.2006	Popolazione al 31.12.2007	Popolazione al 31.12.2008
Barberino di Mugello	9.268	9.326	9.504	9.724	9.943	10.120	10.313	10.404	10.666	10.786
Borgo San Lorenzo	15.814	16.022	15.884	16.309	16.455	16.766	17.026	17.349	17.744	17.923
Dicomano	4.781	4.787	4.963	5.037	5.111	5.190	5.231	5.387	5.585	5.626
Firenzuola	4.733	4.859	4.791	4.818	4.902	4.939	4.945	4.921	4.957	4.938
Londa	1.610	1.646	1.665	1.756	1.766	1.804	1.838	1.830	1.835	1.842
Marradi	3.631	3.650	3.615	3.533	3.496	3.501	3.455	3.388	3.366	3.339
Palazzuolo sul Senio	1.322	1.331	1.297	1.290	1.266	1.257	1.251	1.234	1.244	1.218
San Godenzo	1.169	1.165	1.182	1.196	1.227	1.237	1.250	1.256	1.274	1.286
San Piero a Sieve	3.874	3.859	3.761	3.773	3.853	3.921	3.973	4.065	4.133	4.143
Scarperia	6.436	6.565	6.807	7.041	7.165	7.273	7.367	7.438	7.538	7.685
Vicchio	7.043	7.161	7.150	7.403	7.523	7.736	7.808	7.956	8.090	8.199
Totale	59.681	60.371	60.619	61.880	62.707	63.744	64.457	65.228	66.432	66.985

Andamento demografico popolazione residente dal 1999 al 2008 - Variazioni base 1999



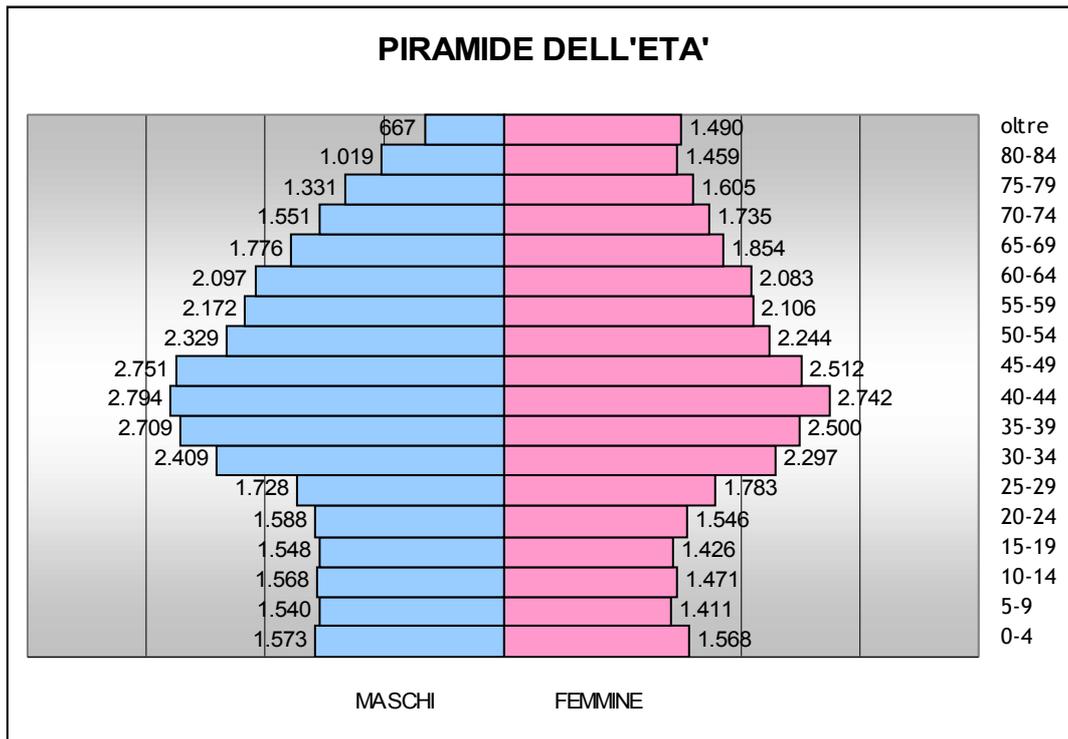
Bilancio demografico - Saldi naturali, migratori e demografici Anni 2000-2008



1.3 PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEGLI INDIVIDUI RESIDENTI

Tabella 4 - Popolazione residente per classe d'età e sesso - Zona sociosanitaria Mugello Anagrafe al 31/12/2008

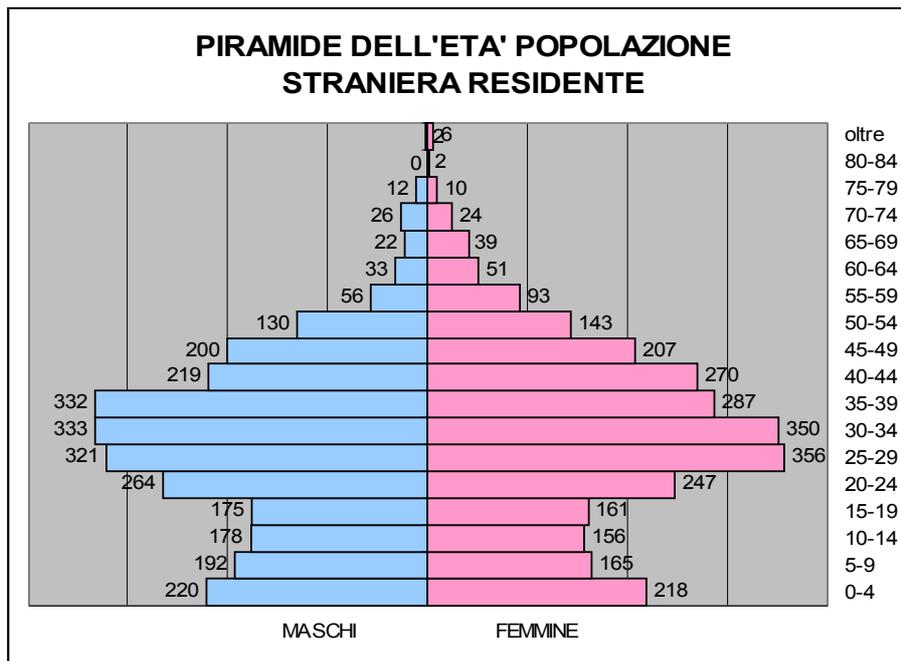
CLASSE ETA'	F	di cui stranieri	M	di cui stranieri	TOTALE	di cui stranieri
0-4	1.568	218	1.573	220	3.141	438
5-9	1.411	165	1.540	192	2.951	357
10-14	1.471	156	1.568	178	3.039	334
15-19	1.426	161	1.548	175	2.974	336
20-24	1.546	247	1.588	264	3.134	511
25-29	1.783	356	1.728	321	3.511	677
30-34	2.297	350	2.409	333	4.706	683
35-39	2.500	287	2.709	332	5.209	619
40-44	2.742	270	2.794	219	5.536	489
45-49	2.512	207	2.751	200	5.263	407
50-54	2.244	143	2.329	130	4.573	273
55-59	2.106	93	2.172	56	4.278	149
60-64	2.083	51	2.097	33	4.180	84
65-69	1.854	39	1.776	22	3.630	61
70-74	1.735	24	1.551	26	3.286	50
75-79	1.605	10	1.331	12	2.936	22
80-84	1.459	2	1.019	0	2.478	2
oltre 85	1.490	6	667	2	2.157	8
nd	2	1	1	1	3	2
Totale	33.834	2.786	33.151	2.716	66.985	5.502



Principali indicatori della struttura della popolazione - Anni 2002-2008

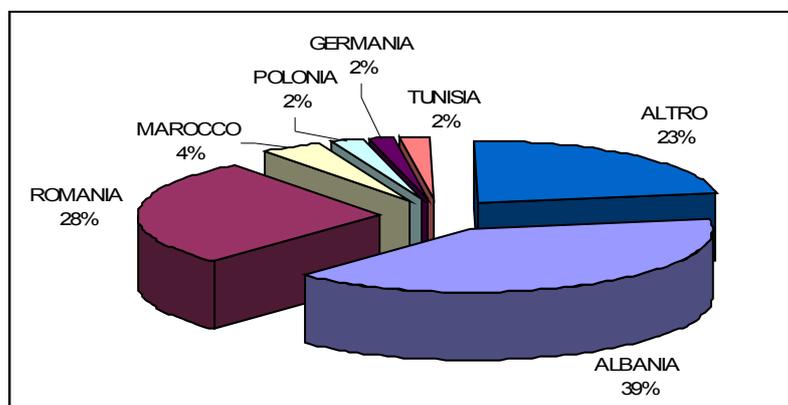
Indice	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Indice di vecchiaia	172,44	164,01	162,87	163,08	161,89	160,31	158,66
Indice di dipendenza anziani	33,90	33,24	33,47	33,89	33,93	33,56	33,41
Indice di dipendenza giovanile	19,66	20,26	20,55	20,78	20,96	20,94	21,06
Indice di dipendenza strutturale	53,56	53,50	54,02	54,68	54,89	54,50	54,46
Indice di struttura	109,74	108,26	110,59	112,63	115,77	118,27	121,99
Indice di ricambio	142,60	134,81	130,40	122,50	128,81	132,91	140,55
Rapporto di mascolinità	97,83	98,28	98,33	98,50	98,29	98,14	97,98
Tasso di natalità	8,70	8,51	9,87	8,92	9,23	9,09	9,03
Tasso di fecondità totale	38,65	37,67	44,21	40,11	41,75	41,12	41,13
Indice di carico di figli per donna feconda	17,14	19,13	20,09	20,26	20,76	21,09	21,21
Indice di dipendenza senile ridefinito	25,66	24,97	25,05	25,17	25,57	25,75	25,61
Rapporto tra quarta e terza età	66,01	66,37	68,26	69,89	70,11	70,18	68,23
Rapporto tra terza età e bambini	204,32	187,42	181,22	177,59	177,78	179,18	182,14
Indice di dipendenza strutturale ridefinito	55,01	55,08	55,21	55,36	56,03	56,33	56,49
Rapporto di tra prima età e adulti	29,35	30,11	30,16	30,18	30,46	30,58	30,88

1.4 GLI INDIVIDUI CON CITTADINANZA STRANIERA RESIDENTI AL 31/12/2008



Residenti stranieri al 31/12/2008 per i primi 10 paesi di provenienza

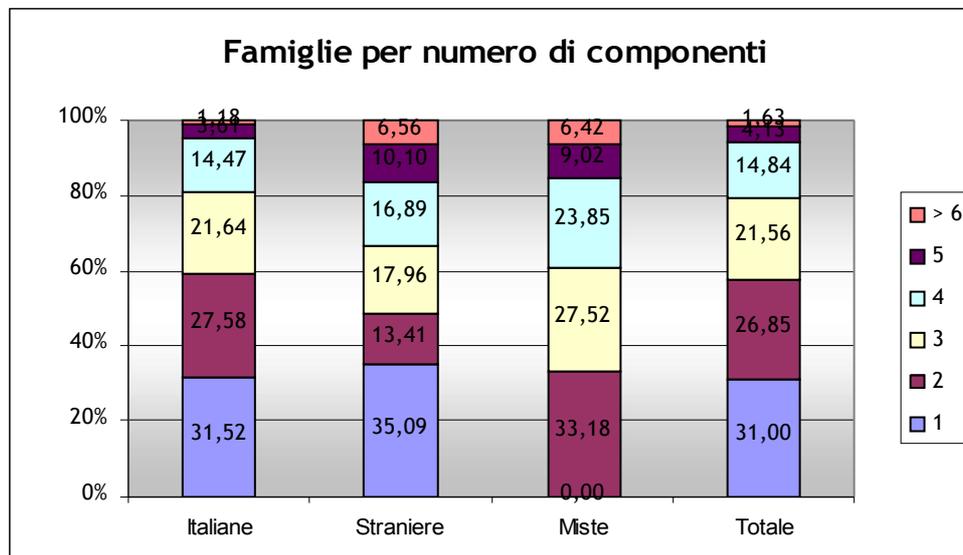
Provenienza	N.	%
ALBANIA	2.184	39,7
ROMANIA	1.529	27,8
MAROCCO	231	4,2
POLONIA	118	2,1
GERMANIA	99	1,8
TUNISIA	97	1,8
MACEDONIA	71	1,3
PERU'	69	1,3
FILIPPINE	66	1,2
UCRAINA	62	1,1
ALTRO	976	17,7
Totale	5.502	100,0



1.5 LE FAMIGLIE

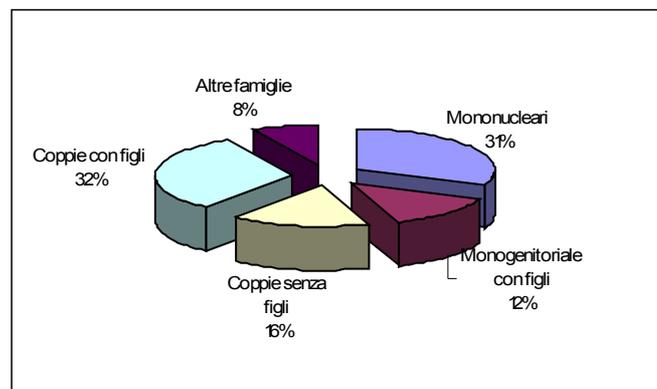
Famiglie residenti per numero di componenti in Anagrafe al 31/12/2006

Numero Componenti	Valori assoluti				Rapporti di composizione			
	Italiane	Straniere	Miste	Totale	Italiane	Straniere	Miste	Totale
1	8.025	594	0	8.619	31,52	35,09	0,00	31,00
2	7.021	227	217	7.465	27,58	13,41	33,18	26,85
3	5.510	304	180	5.994	21,64	17,96	27,52	21,56
4	3.684	286	156	4.126	14,47	16,89	23,85	14,84
5	919	171	59	1.149	3,61	10,10	9,02	4,13
> 6	300	111	42	453	1,18	6,56	6,42	1,63
Totale	25.459	1.693	654	27.806	100	100	100	100

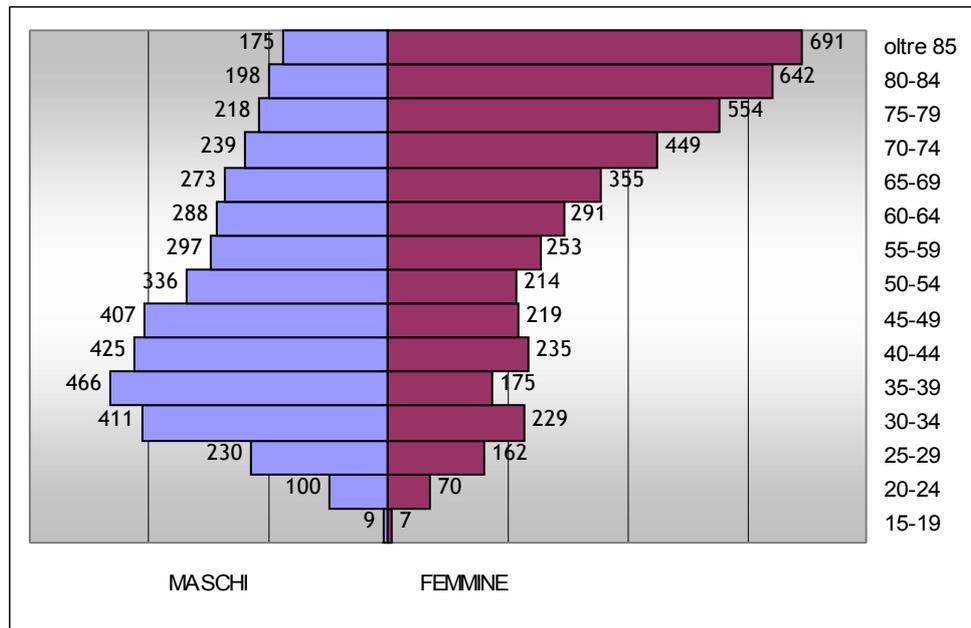


Famiglie residenti per tipologia

Tipologia	N.	%
Mononucleari	8.619	31
Monogenitoriale con figli	3.702	13
Coppie senza figli	4.558	16
Coppie con figli	8.790	32
Altre famiglie	2.137	8
TOTALE	27.806	100



Famiglie mononucleari residenti per classe di età e sesso - Zona Sociosanitaria Mugello

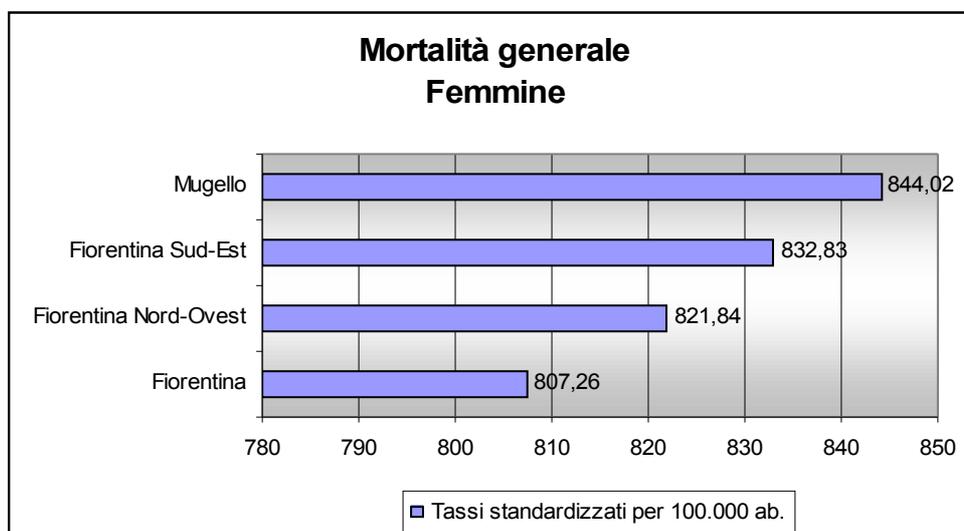
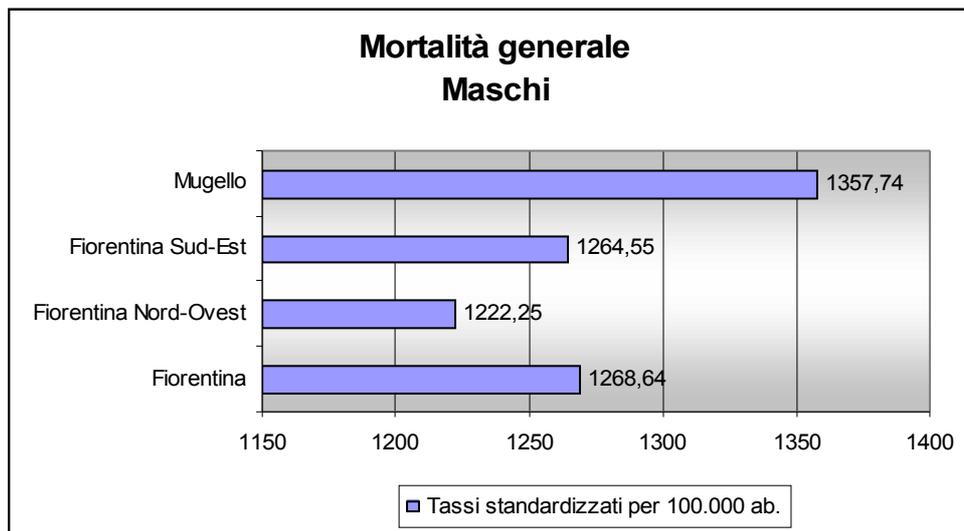


2 STATO DI SALUTE

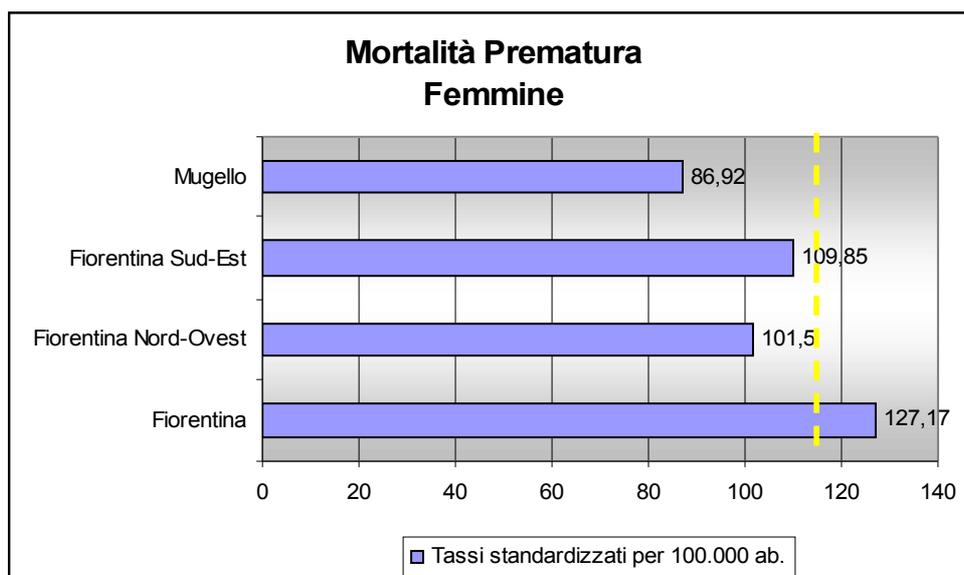
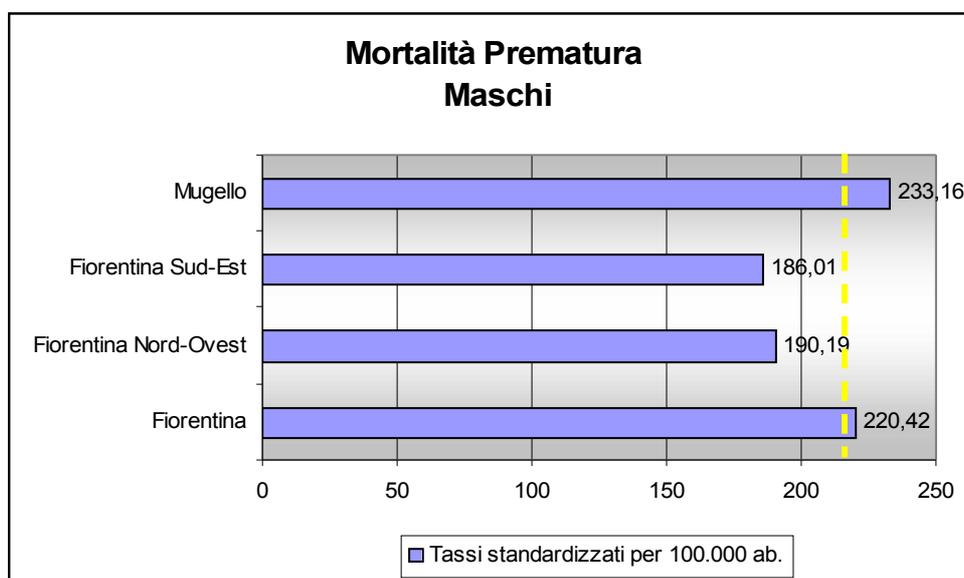
2.1 MORTALITA'

2.1.1 MORTALITA' GENERALE E PREMATURA

MORTALITA' GENERALE				
RESIDENZA	Maschi		Femmine	
	Numero decessi	Tasso grezzo	Numero decessi	Tasso grezzo
Fiorentina	6116	1.190,18	7090	1.205,07
Fiorentina Nord-Ovest	2832	949,68	2909	913,10
Fiorentina Sud-Est	2482	1.044,15	2530	1.015,98
Mugello	1020	1.078,91	1007	1.047,04
REGIONE TOSCANA	58131	1.117,93	60267	1.079,21

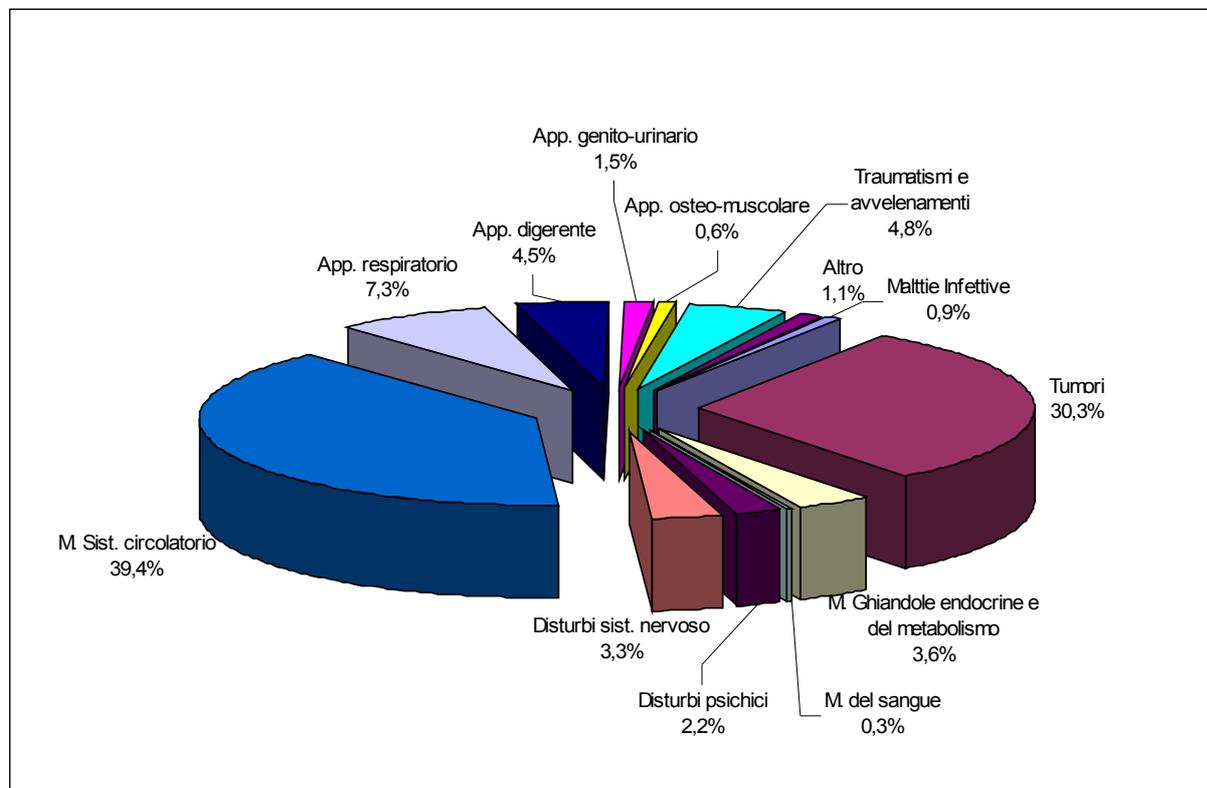


MORTALITA' PREMATURA (0-64 anni)				
RESIDENZA	Maschi		Femmine	
	Numero decessi	Tasso grezzo	Numero decessi	Tasso grezzo
Fiorentina	884	219,67	576	138,99
Fiorentina Nord-Ovest	457	189,48	260	106,77
Fiorentina Sud-Est	352	184,55	213	113,57
Mugello	167	218,48	61	84,05
REGIONE TOSCANA	8871	213,01	4987	120,70



2.1.2 MORTALITA' PER CAUSE

Distribuzione mortalità per grandi gruppi di patologia - Anni 2004-2006



Mortalità per tumori. Residenti nella ASL 10. Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000, per 100.000). Triennio 2004-2006¹

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
TUMORI						
USL 10 - Firenze	427.00	414.10	439.91	227.09	219.38	234.79
Fiorentina	427.12	408.56	445.68	234.13	223.10	245.15
Fiorentina Nord-Ovest	419.62	393.28	445.96	220.53	204.68	236.38
Fiorentina Sud-Est	431.56	402.51	460.61	214.67	197.41	231.92
Mugello	435.31	388.37	482.24	238.23	208.56	267.90
TOSCANA	442.30	436.05	448.56	229.51	225.79	233.22

Segue....

¹ L'intervallo di confidenza rappresenta un parametro di fondamentale importanza soprattutto negli studi epidemiologici in cui la variabilità campionaria, derivante dall'osservazione di un piccolo numero di casi, può giocare un ruolo importante nell'interpretazione dei risultati. E' dato dagli estremi (Limite Inferiore e Limite Superiore) della serie continua di valori, calcolata dai dati del campione, entro la quale è probabile (convenzionalmente al 95 o al 99 %) che sia compreso il vero valore del parametro in oggetto e che dunque il risultato non sia influenzato dalla casualità.

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Tumore dello Stomaco						
USL 10 - Firenze	37.83	33.99	41.68	15.99	14.00	17.98
Firenze	30.44	25.55	35.33	13.95	11.39	16.51
Fiorentina Nord-Ovest	38.15	30.13	46.17	14.02	10.07	17.98
Fiorentina Sud-Est	46.98	37.22	56.74	18.65	13.56	23.75
Mugello	60.33	42.46	78.20	29.72	19.55	39.88
TOSCANA	37.61	35.77	39.45	16.63	15.66	17.61
Tumore dello Colon retto						
USL 10 - Firenze	55.94	51.23	60.65	32.94	30.05	35.83
Firenze	57.74	50.88	64.59	34.59	30.43	38.74
Fiorentina Nord-Ovest	51.55	42.23	60.87	37.25	30.72	43.78
Fiorentina Sud-Est	62.15	50.99	73.31	25.88	19.93	31.82
Mugello	41.22	26.73	55.72	27.79	18.02	37.57
TOSCANA	55.57	53.33	57.81	33.54	32.14	34.95
Tumore del Polmone						
USL 10 - Firenze	110.48	104.05	116.91	28.42	25.64	31.20
Firenze	109.34	100.10	118.59	33.60	29.30	37.90
Fiorentina Nord-Ovest	115.44	101.99	128.90	24.90	19.56	30.25
Fiorentina Sud-Est	106.51	92.49	120.53	21.16	15.65	26.67
Mugello	112.10	88.66	135.53	23.24	13.88	32.61
TOSCANA	114.76	111.64	117.87	23.49	22.28	24.70
Tumore della Mammella						
USL 10 - Firenze				36.20	33.08	39.32
Firenze				39.38	34.79	43.97
Fiorentina Nord-Ovest				31.07	25.11	37.03
Fiorentina Sud-Est				35.43	28.31	42.55
Mugello				31.93	20.73	43.14
TOSCANA				35.82	34.33	37.32
Tumore dell'Utero						
USL 10 - Firenze				8.39	6.90	9.87
Firenze				8.13	6.05	10.21
Fiorentina Nord-Ovest				7.20	4.33	10.07
Fiorentina Sud-Est				10.15	6.45	13.85
Mugello				9.36	3.43	15.28
TOSCANA				9.18	8.42	9.93

Segue...

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Tumore dell'Ovaio						
USL 10 - Firenze				9.13	7.54	10.71
Firenze				10.39	7.98	12.81
Fiorentina Nord-Ovest				7.77	4.75	10.79
Fiorentina Sud-Est				6.57	3.56	9.57
Mugello				11.63	4.89	18.37
TOSCANA				11.07	10.23	11.9
Tumore della Prostata						
USL 10 - Firenze	39.04	34.92	43.16			
Firenze	42.69	36.58	48.79			
Fiorentina Nord-Ovest	33.46	25.52	41.41			
Fiorentina Sud-Est	37.19	28.26	46.12			
Mugello	36.11	21.25	50.97			
TOSCANA	39.08	37.10	41.05			
Tumore della Vescica						
USL 10 - Firenze	21.22	18.28	24.16	3.15	2.30	4.01
Firenze	19.21	15.27	23.16	2.86	1.73	3.98
Fiorentina Nord-Ovest	21.25	14.93	27.57	3.71	1.78	5.64
Fiorentina Sud-Est	23.30	16.28	30.33	2.51	0.74	4.29
Mugello	29.56	17.36	41.76	5.43	0.99	9.86
TOSCANA	22.66	21.20	24.11	3.94	3.46	4.41

Nota: In verde sono evidenziati i valori significativamente inferiore alla media regionale, in rosso quelli significativamente superiori.

Mortalità per malattie circolatorie. Residenti nella ASL 10. Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000, per 100.000). Triennio 2004-2006

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO						
USL 10 - Firenze	459.84	445.58	474.09	318.57	309.98	327.16
Firenze	461.33	441.19	481.46	303.50	291.99	315.01
Fiorentina Nord-Ovest	433.08	403.96	462.21	322.20	303.32	341.08
Fiorentina Sud-Est	463.95	431.70	496.20	351.26	330.05	372.48
Mugello	523.89	467.30	580.49	350.22	316.69	383.76
TOSCANA	514.37	507.12	521.63	361.99	357.57	366.41
Cardiopatía ischemica						
USL 10 - Firenze	162.52	154.17	170.87	80.36	76.03	84.69
Firenze	168.93	156.91	180.95	76.66	70.89	82.43
Fiorentina Nord-Ovest	160.83	143.38	178.27	80.74	71.25	90.23
Fiorentina Sud-Est	156.65	138.04	175.27	91.09	80.25	101.92
Mugello	146.99	117.51	176.47	79.27	63.03	95.50
TOSCANA	182.67	178.42	186.91	94.98	92.71	97.25
Infarto miocardio						
USL 10 - Firenze	69.82	64.49	75.15	33.07	30.26	35.87
Firenze	71.49	63.79	79.20	29.28	25.66	32.90
Fiorentina Nord-Ovest	64.26	53.65	74.87	39.99	33.30	46.68
Fiorentina Sud-Est	72.77	60.57	84.97	38.23	31.23	45.24
Mugello	71.24	51.49	90.99	26.89	17.37	36.40
TOSCANA	76.55	73.89	79.20	37.30	35.86	38.73
Malattie Cerebrovascolari						
USL 10 - Firenze	115.94	108.69	123.20	93.76	89.12	98.40
Firenze	113.07	102.96	123.17	85.20	79.12	91.28
Fiorentina Nord-Ovest	113.06	97.89	128.23	102.30	91.70	112.91
Fiorentina Sud-Est	114.47	98.37	130.58	105.98	94.43	117.53
Mugello	146.60	116.31	176.89	106.11	87.83	124.38
TOSCANA	145.91	141.99	149.82	120.28	117.75	122.82

Nota: In verde sono evidenziati i valori significativamente inferiore alla media regionale, in rosso quelli significativamente superiori.

Mortalità per altre rilevanti cause di morte. Residenti nella ASL 10. Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000, per 100.000). Triennio 2004-2006.

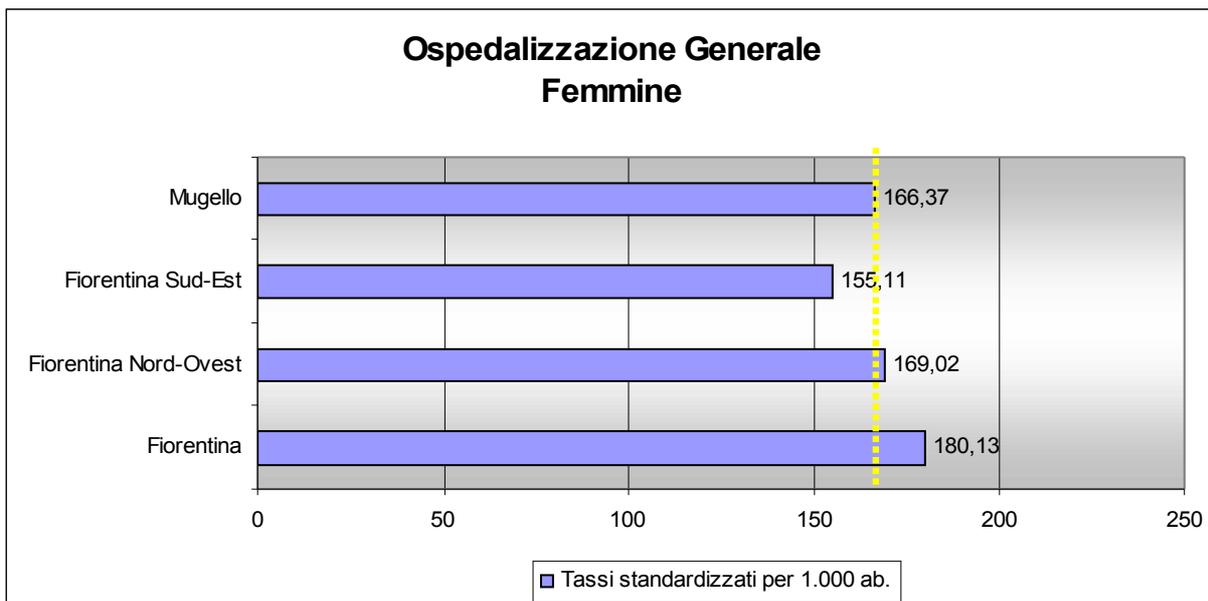
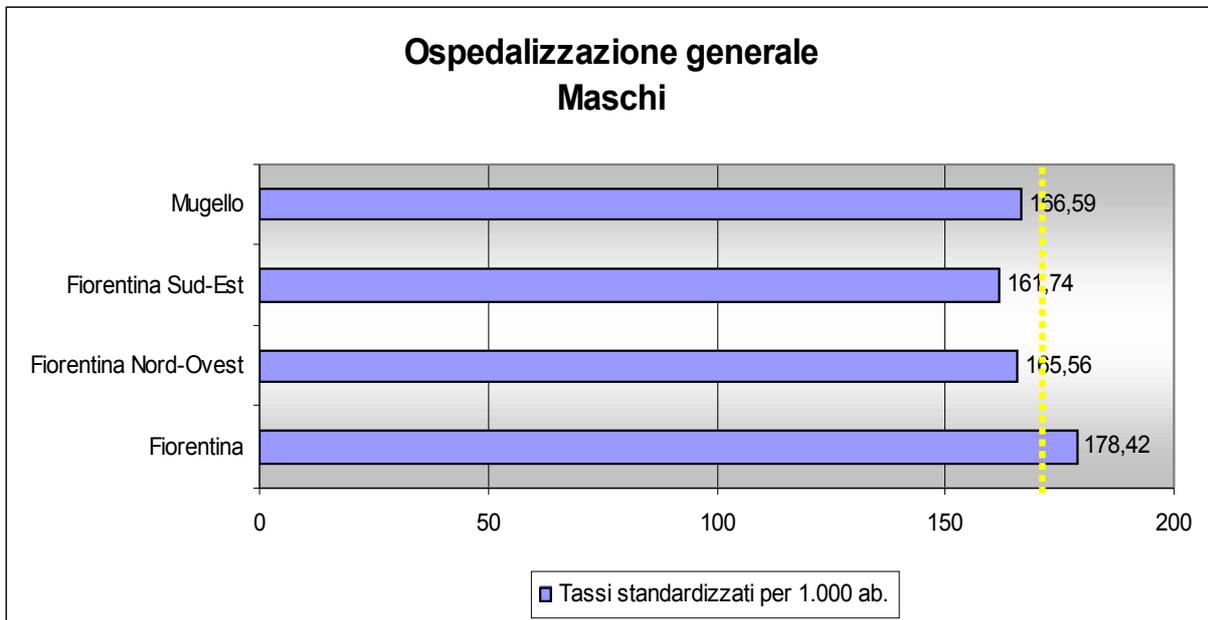
	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
MALATTIE RESPIRATORIE						
USL 10 - Firenze	119.13	111.81	126.44	58.10	54.44	61.77
Firenze	123.21	112.74	133.68	58.19	53.19	63.19
Fiorentina Nord-Ovest	114.37	99.06	129.68	59.68	51.59	67.77
Fiorentina Sud-Est	118.28	101.88	134.69	57.81	49.18	66.45
Mugello	109.92	84.53	135.30	53.50	40.49	66.52
TOSCANA	117.68	114.19	121.16	47.60	46.00	49.21
MALATTIE APPARATO DIGERENTE						
USL 10 - Firenze	47.96	43.48	52.45	36.30	33.33	39.28
Firenze	50.18	43.72	56.65	37.37	33.18	41.55
Fiorentina Nord-Ovest	44.90	35.58	54.22	39.48	32.81	46.15
Fiorentina Sud-Est	46.91	36.64	57.18	27.23	21.32	33.14
Mugello	50.63	34.54	66.71	44.17	31.56	56.78
TOSCANA	50.54	48.37	52.72	34.98	33.57	36.38
TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI						
USL 10 - Firenze	54.83	50.11	59.54	32.92	30.05	35.79
Firenze	51.45	44.91	57.99	33.52	29.44	37.60
Fiorentina Nord-Ovest	56.60	46.64	66.56	39.24	32.59	45.89
Fiorentina Sud-Est	56.81	45.81	67.80	22.62	17.23	28.02
Mugello	67.37	49.04	85.70	38.19	26.38	50.01
TOSCANA	60.08	57.75	62.40	28.80	27.51	30.10
Incidenti stradali						
USL 10 - Firenze	12.53	10.38	14.69	2.94	2.00	3.87
Firenze	13.68	10.38	16.99	3.30	1.81	4.78
Fiorentina Nord-Ovest	10.12	6.17	14.07	2.79	0.96	4.62
Fiorentina Sud-Est	11.11	6.67	15.55	1.90	0.23	3.57
Mugello	17.34	8.33	26.34	4.43	0.45	8.41
TOSCANA	16.10	14.96	17.23	4.17	3.63	4.70

Nota: In verde sono evidenziati i valori significativamente inferiore alla media regionale, in rosso quelli significativamente superiori.

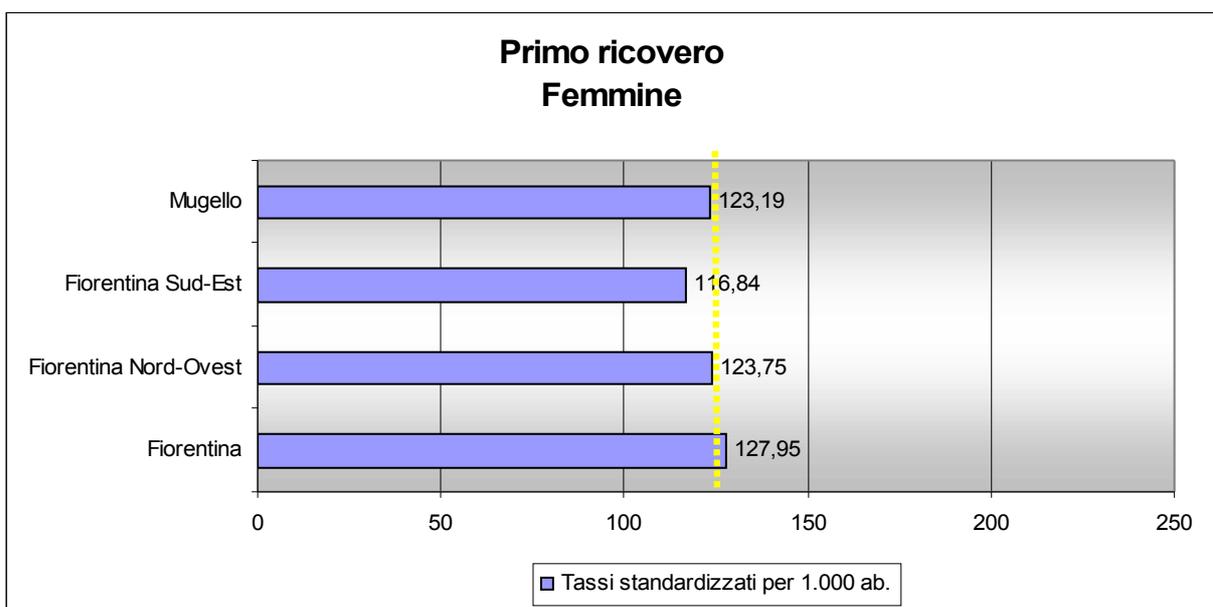
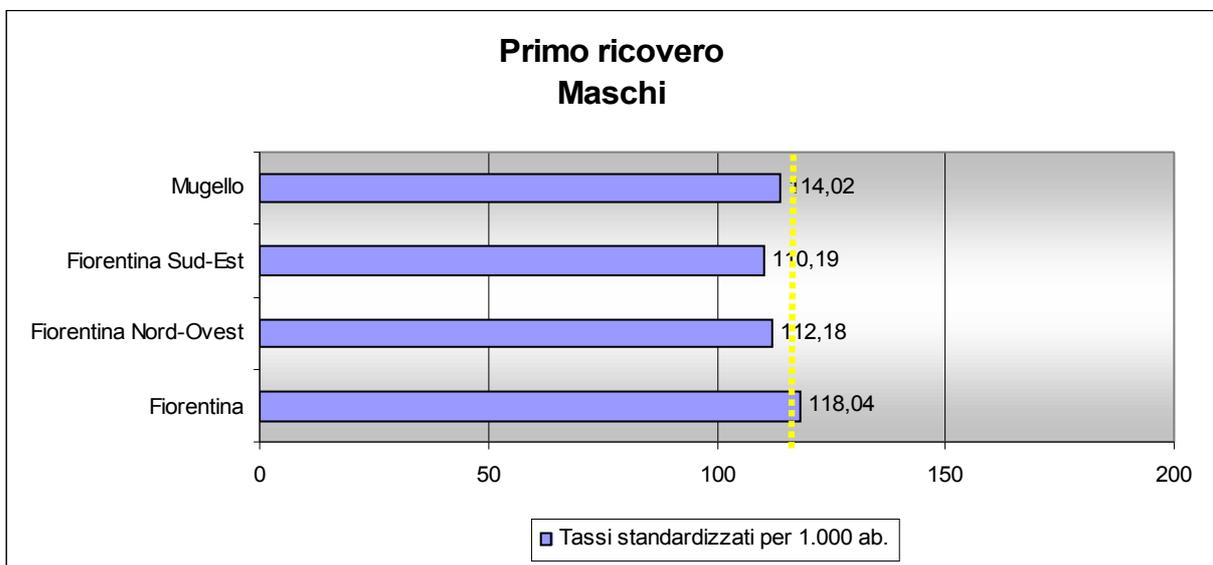
2.2 OSPEDALIZZAZIONE

2.2.1 OSPEDALIZZAZIONE GENERALE

OSPEDALIZZAZIONE GENERALE				
RESIDENZA	Maschi		Femmine	
	Ricoveri	Tasso grezzo	Ricoveri	Tasso grezzo
Fiorentina	30.441	177,45	38.526	197,21
Fiorentina Nord-Ovest	15.618	156,48	18.427	173,12
Fiorentina Sud-Est	12.494	156,43	13.426	160,62
Mugello	5.037	157,51	5.581	171,87
REGIONE TOSCANA	286.801	164,16	328.364	175,34

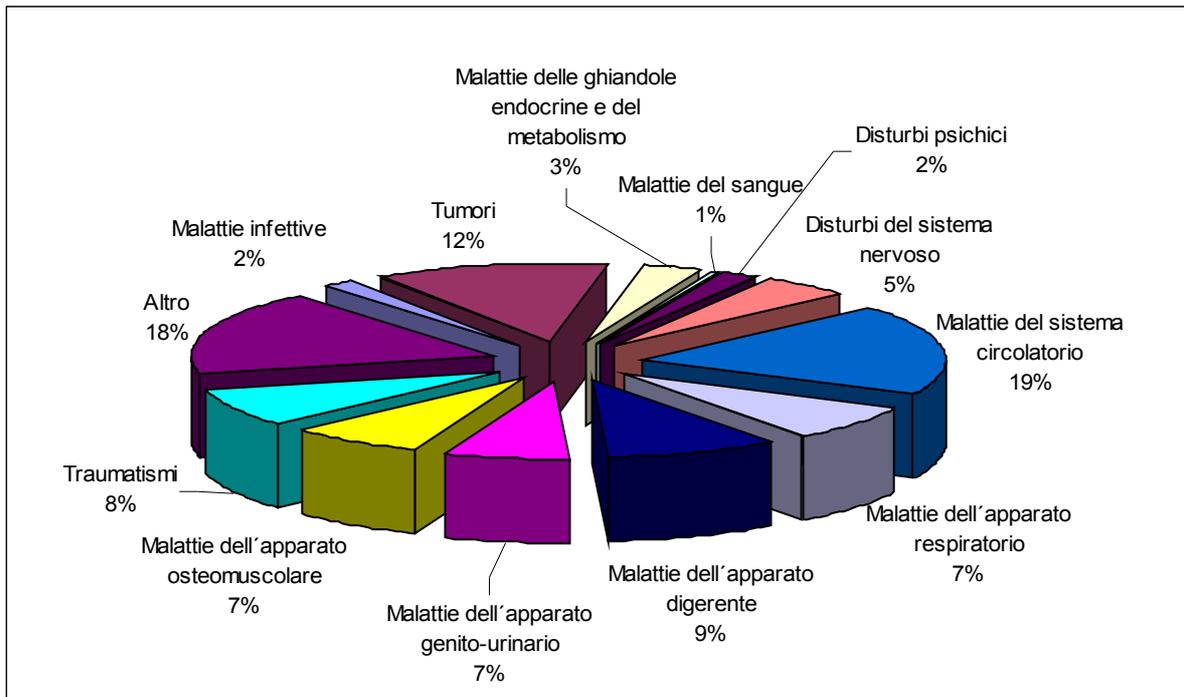


RESIDENZA	PRIMO RICOVERO			
	Maschi		Femmine	
	Ricoveri	Tasso grezzo	Ricoveri	Tasso grezzo
Fiorentina	20.160	117,52	26.772	137,04
Fiorentina Nord-Ovest	10.678	106,99	13.380	125,71
Fiorentina Sud-Est	8.565	107,23	10.006	119,71
Mugello	3.480	108,82	4.078	125,58
REGIONE TOSCANA	196.914	112,71	241.311	128,85



2.2.2 OSPEDALIZZAZIONE PER CAUSE

Distribuzione dei ricoveri per grandi gruppi di patologia (ordinari e dh, ovunque avvenuti) - Periodo 2004-2006



Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000; per 1.000) di "primo ricovero" per tumori. Residenti nella ASL 10 (ovunque ricoverati). Anno 2006

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
TUMORI						
USL 10 - Firenze	15.87	15.46	16.29	14.87	14.51	15.23
Fiorentina	16.41	15.79	17.02	15.81	15.27	16.35
Fiorentina Nord-Ovest	15.63	14.82	16.45	13.74	13.04	14.43
Fiorentina Sud-Est	15.40	14.50	16.29	13.84	13.05	14.63
Mugello	14.32	12.93	15.70	15.29	13.93	16.64
TOSCANA	16.33	16.13	16.53	14.40	14.23	14.57

Segue.....

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Tumore dello Stomaco						
USL 10 - Firenze	0.50	0.42	0.57	0.23	0.18	0.27
Firenze	0.43	0.33	0.53	0.22	0.16	0.28
Fiorentina Nord-Ovest	0.41	0.28	0.55	0.21	0.13	0.29
Fiorentina Sud-Est	0.71	0.51	0.91	0.27	0.16	0.38
Mugello	0.56	0.29	0.83	0.23	0.08	0.37
TOSCANA	0.51	0.48	0.55	0.24	0.22	0.26
Tumore dello Colon retto						
USL 10 - Firenze	1.38	1.25	1.50	0.91	0.83	1.00
Firenze	1.54	1.35	1.73	1.00	0.87	1.13
Fiorentina Nord-Ovest	1.28	1.03	1.52	0.81	0.64	0.97
Fiorentina Sud-Est	1.20	0.95	1.46	0.89	0.69	1.08
Mugello	1.15	0.76	1.55	0.77	0.48	1.06
TOSCANA	1.40	1.34	1.46	0.83	0.79	0.87
Tumore del Polmone						
USL 10 - Firenze	1.44	1.32	1.57	0.43	0.37	0.49
Firenze	1.55	1.36	1.73	0.48	0.39	0.57
Fiorentina Nord-Ovest	1.42	1.17	1.67	0.39	0.27	0.51
Fiorentina Sud-Est	1.22	0.97	1.47	0.41	0.28	0.55
Mugello	1.51	1.05	1.97	0.31	0.12	0.50
TOSCANA	1.42	1.36	1.48	0.33	0.31	0.36
Tumore della Mammella						
USL 10 - Firenze				2.01	1.88	2.14
Firenze				2.08	1.88	2.27
Fiorentina Nord-Ovest				1.89	1.63	2.14
Fiorentina Sud-Est				1.87	1.58	2.16
Mugello				2.36	1.82	2.90
TOSCANA				1.86	1.80	1.92
Tumore dell'Utero						
USL 10 - Firenze				0.44	0.38	0.50
Firenze				0.49	0.39	0.58
Fiorentina Nord-Ovest				0.42	0.30	0.54
Fiorentina Sud-Est				0.31	0.19	0.43
Mugello				0.52	0.26	0.77
TOSCANA				0.41	0.38	0.44
Tumore dell'Ovaio						
USL 10 - Firenze				0.22	0.18	0.27
Firenze				0.24	0.17	0.31
Fiorentina Nord-Ovest				0.18	0.10	0.26
Fiorentina Sud-Est				0.16	0.08	0.24
Mugello				0.39	0.17	0.61
TOSCANA				0.24	0.22	0.26

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
Tumore della Prostata						
USL 10 - Firenze	1.28	1.16	1.40			
Firenze	1.31	1.13	1.48			
Fiorentina Nord-Ovest	1.30	1.07	1.54			
Fiorentina Sud-Est	1.19	0.94	1.44			
Mugello	1.23	0.81	1.64			
TOSCANA	1.28	1.22	1.34			
Tumore della Vescica						
USL 10 - Firenze	2.09	1.94	2.24	0.39	0.33	0.45
Firenze	2.13	1.91	2.35	0.46	0.37	0.55
Fiorentina Nord-Ovest	2.00	1.71	2.30	0.31	0.21	0.41
Fiorentina Sud-Est	2.23	1.89	2.58	0.33	0.22	0.45
Mugello	1.79	1.28	2.30	0.33	0.13	0.52
TOSCANA	1.97	1.90	2.04	0.33	0.30	0.35

Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000; per 1.000) di “primo ricovero” per malattie del sistema circolatorio. Residenti nella ASL 10 (e ovunque ricoverati). Anno 2006.

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
MAL. SISTEMA CIRCOLATORIO						
USL 10 - Firenze	26.49	25.95	27.04	16.15	15.79	16.51
Firenze	27.10	26.30	27.90	16.26	15.75	16.77
Fiorentina Nord-Ovest	26.12	25.03	27.21	16.04	15.30	16.78
Fiorentina Sud-Est	25.31	24.14	26.48	15.33	14.53	16.14
Mugello	26.87	24.91	28.83	17.85	16.46	19.24
TOSCANA	27.23	26.97	27.49	16.83	16.65	17.00
Infarto miocardio						
USL 10 - Firenze	2.89	2.71	3.07	1.10	1.01	1.19
Firenze	3.11	2.84	3.38	1.16	1.02	1.29
Fiorentina Nord-Ovest	2.90	2.54	3.26	1.07	0.88	1.25
Fiorentina Sud-Est	2.44	2.08	2.80	0.97	0.77	1.16
Mugello	2.90	2.26	3.55	1.16	0.81	1.51
TOSCANA	2.90	2.82	2.99	1.21	1.17	1.26
Cardiopatía ischemica						
USL 10 - Firenze	7.74	7.45	8.03	2.75	2.60	2.89
Firenze	7.85	7.42	8.27	2.77	2.56	2.97
Fiorentina Nord-Ovest	8.02	7.43	8.61	2.58	2.29	2.87
Fiorentina Sud-Est	6.82	6.22	7.41	2.63	2.30	2.96
Mugello	8.61	7.50	9.72	3.35	2.75	3.96
TOSCANA	7.40	7.27	7.53	2.86	2.79	2.93
Malattie Cerebrovascolari						
USL 10 - Firenze	5.56	5.31	5.81	3.68	3.52	3.85
Firenze	5.70	5.33	6.07	3.80	3.56	4.04
Fiorentina Nord-Ovest	5.80	5.27	6.33	3.74	3.39	4.10
Fiorentina Sud-Est	4.58	4.08	5.08	3.04	2.69	3.39
Mugello	6.35	5.39	7.32	4.29	3.64	4.95
TOSCANA	6.47	6.34	6.60	4.36	4.27	4.45

Tassi standardizzati (standard: Toscana 2000; per 1.000) di "primo ricovero" per altre patologie rilevanti. Residenti nella ASL 10 (ovunque ricoverati). Anno 2006.

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
MALATTIE GH. ENDOCRINE ECC.						
USL 10 - Firenze	4.43	4.22	4.65	5.43	5.21	5.66
Firenze	4.88	4.54	5.21	6.02	5.68	6.37
Fiorentina Nord-Ovest	4.82	4.38	5.27	5.35	4.92	5.79
Fiorentina Sud-Est	3.25	2.86	3.65	4.30	3.86	4.74
Mugello	3.67	3.02	4.33	4.77	4.01	5.52
TOSCANA	3.72	3.63	3.81	5.13	5.03	5.23
DISTURBI PSICHICI						
USL 10 - Firenze	2.79	2.62	2.96	3.15	2.98	3.32
Firenze	3.31	3.03	3.58	3.73	3.45	4.01
Fiorentina Nord-Ovest	2.34	2.03	2.64	2.66	2.34	2.97
Fiorentina Sud-Est	2.43	2.08	2.78	2.64	2.29	3.00
Mugello	2.16	1.66	2.67	2.70	2.13	3.26
TOSCANA	2.43	2.36	2.51	2.68	2.61	2.76
MALATTIE SISTEMA NERVOSO						
USL 10 - Firenze	6.99	6.71	7.26	6.56	6.32	6.80
Firenze	7.41	6.99	7.82	6.78	6.42	7.13
Fiorentina Nord-Ovest	6.72	6.19	7.25	6.27	5.80	6.75
Fiorentina Sud-Est	6.48	5.91	7.06	6.23	5.70	6.75
Mugello	6.64	5.71	7.57	6.64	5.76	7.52
TOSCANA	6.72	6.60	6.85	6.53	6.42	6.65
MALATTIE RESPIRATORIE						
USL 10 - Firenze	12.03	11.67	12.39	7.27	7.02	7.52
Firenze	12.27	11.73	12.81	7.39	7.02	7.76
Fiorentina Nord-Ovest	11.91	11.17	12.64	6.80	6.32	7.29
Fiorentina Sud-Est	11.22	10.45	11.99	7.48	6.91	8.05
Mugello	13.44	12.07	14.81	7.57	6.65	8.49
TOSCANA	12.71	12.53	12.88	7.74	7.61	7.86
MALATTIE APPARATO DIGERENTE						
USL 10 - Firenze	16.93	16.51	17.36	10.43	10.13	10.74
Firenze	17.17	16.54	17.79	10.61	10.16	11.06
Fiorentina Nord-Ovest	16.17	15.35	17.00	10.39	9.78	11.00
Fiorentina Sud-Est	17.16	16.23	18.10	10.10	9.42	10.78
Mugello	17.51	15.99	19.03	10.39	9.28	11.49
TOSCANA	17.26	17.06	17.46	11.30	11.15	11.45

Segue.....

**SOCIALE E SANITARIO IN CIFRE
ANNUALITA' 2009**

	Maschi			Femmine		
	Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza		Tasso Standardizzato	Limiti di confidenza	
		Inferiore	Superiore		Inferiore	Superiore
MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOMUSCOLARE						
USL 10 - Firenze	9.31	9.00	9.63	11.03	10.72	11.34
Firenze	9.24	8.78	9.70	10.68	10.24	11.12
Fiorentina Nord-Ovest	8.87	8.27	9.47	12.11	11.46	12.77
Fiorentina Sud-Est	9.42	8.73	10.10	10.40	9.71	11.09
Mugello	10.40	9.25	11.55	10.73	9.59	11.87
TOSCANA	10.68	10.52	10.83	11.73	11.57	11.88
TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI						
USL 10 - Firenze	13.47	13.09	13.85	11.58	11.27	11.90
Firenze	14.36	13.78	14.94	12.39	11.92	12.86
Fiorentina Nord-Ovest	13.43	12.67	14.18	11.83	11.18	12.47
Fiorentina Sud-Est	11.94	11.14	12.73	10.17	9.51	10.84
Mugello	12.31	11.03	13.58	9.33	8.30	10.36
TOSCANA	13.12	12.95	13.30	10.36	10.21	10.50

2.3 OSPEDALIZZAZIONE - INDICI DI MOBILITÀ

Distribuzione percentuale per tipologia di presidio di ricovero. Soggetti residenti nella ASL 10 (e ovunque ricoverati). Anno 2006

Zone Socio-Sanitarie e Aziende USL di residenza	Ubicazione presidio di ricovero (%)					
	PO USL di residenza	AO Area vasta di residenza	PO USL dell'Area vasta di residenza	AO Area vasta non di residenza	PO USL dell'Area vasta non di residenza	Fuori Regione
TOTALE RICOVERI						
USL 10- FIRENZE	45,51	43,14	2,99	1,47	2,71	4,19
Fiorentina	42,59	47,5	2,36	1,34	2,11	4,1
Fiorentina Nord-Ovest	36,56	52,22	1,76	1,36	5,26	2,84
Fiorentina Sud-Est	58,94	27,66	7,08	2,18	1,18	2,97
Mugello	60,27	23,66	1,08	0,93	2,04	12,03
Toscana	57,47	24,64	3,38	3,49	4,85	6,16
DRG PESO < 0,6						
USL 10- FIRENZE	50,15	40,88	3,91	0,67	2,99	2,91
Fiorentina	23,56	24,8	2,74	0,32	2,39	9,03
Fiorentina Nord-Ovest	21,28	24,17	1,98	0,29	5,82	4,93
Fiorentina Sud-Est	36,9	13,92	12,43	0,61	1,17	6,34
Mugello	39,85	9,66	1,18	0,24	2,62	25,69
Toscana	63,41	21,96	3,82	2,15	5,35	4,73
DRG PESO >2,0						
USL 10- FIRENZE	31,23	40,27	2,6	1,4	1,86	3,39
Fiorentina	28,17	45,63	2,07	1,27	1,39	3,16
Fiorentina Nord-Ovest	23,68	46,58	1,99	1,22	3,78	2,1
Fiorentina Sud-Est	44,67	24,88	5,26	2,17	0,67	2,63
Mugello	41,32	24,29	1,25	0,92	1,59	10,85
Toscana	40,15	25,72	3,25	3,51	4,24	5,68

Ricoveri ordinari ed in DH, percentuali standardizzate per età. Soggetti residenti nella ASL 10 (e ovunque ricoverati). Anno 2006

	Ricoveri (%)	
	ordinari	Day Hospital
USL 10- FIRENZE	63,37	36,63
Fiorentina	62,97	37,03
Fiorentina Nord-Ovest	63,20	36,80
Fiorentina Sud-Est	63,33	36,67
Mugello	66,28	33,72
TOSCANA	63,62	36,38

3 I SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI

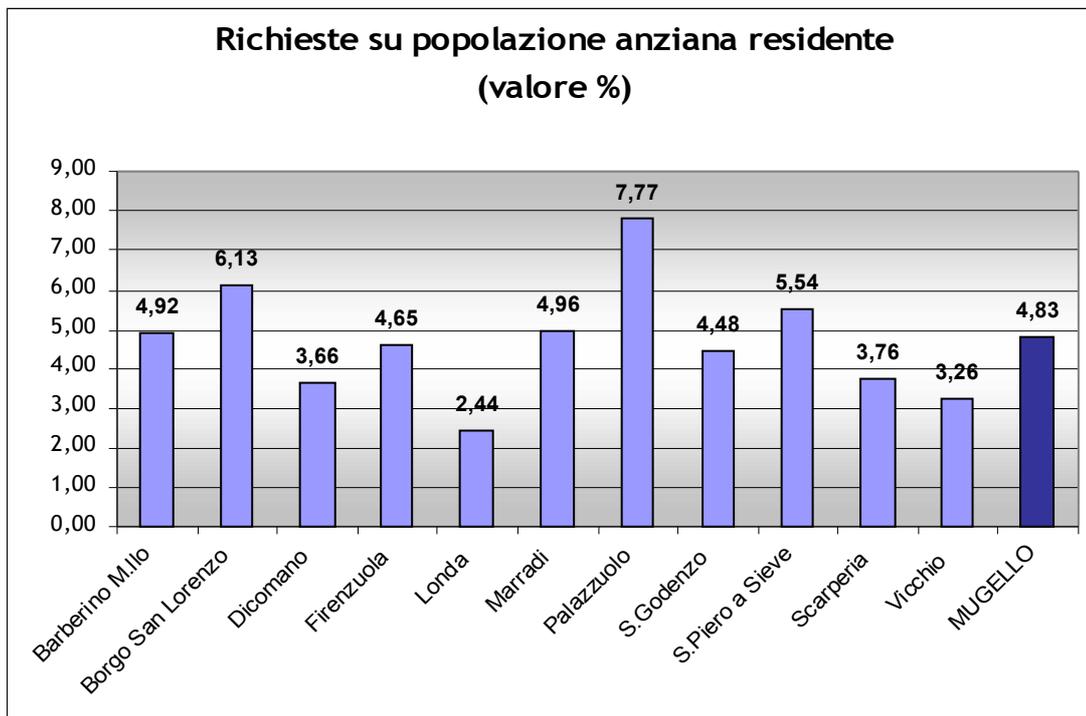
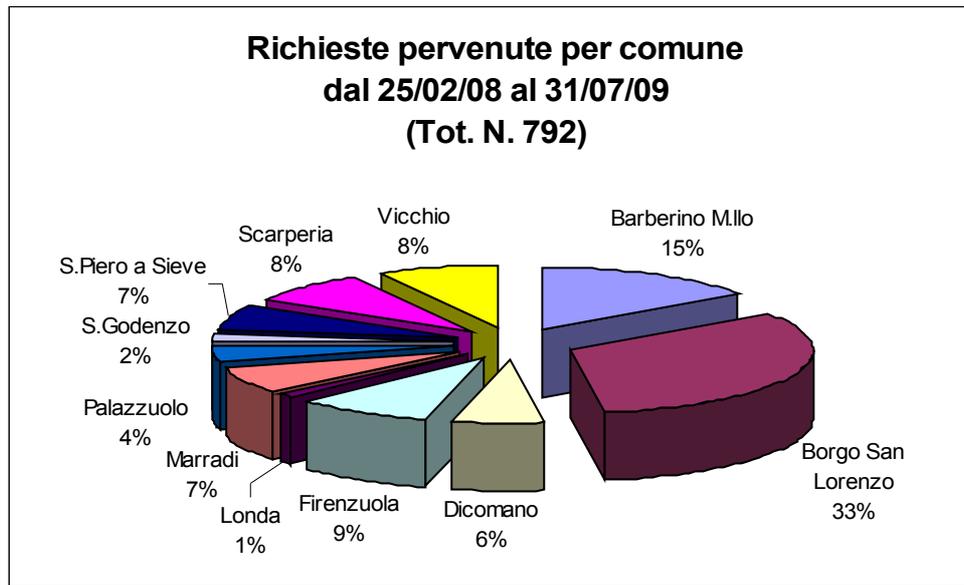
3.1 GLI UTENTI IN CARICO AI SERVIZI SVOLTI IN GESTIONE ASSOCIATA SDS AL 31/12/2008

Comune	Rsa Rsd	Socializzazione e Trasporti	Centro Diurno Dicomano	Educativa Domiciliare	Ass. scolastica	Ass. Domiciliare	Totale	Popolazione al 31.12.2008	utenti per 1000 abitanti
Barberino	23	9	0	11	12	26	81	10.786	7,51
BSL	28	15	0	16	10	13	82	17.923	4,58
Dicomano	5	3	12	5	1	9	35	5.626	6,22
Firenzuola	15	2	0	6	4	38	65	4.938	13,16
Londa	1	0	1	1	2	3	8	1.842	4,34
Marradi	1	11	0	3	0	14	29	3.339	8,69
Palazzuolo	0	0	0	0	0	10	10	1.218	8,21
S.Godenzo	0	0	0	3	1	8	12	1.286	9,33
S.Piero A Sieve	6	3	0	5	6	17	37	4.143	8,93
Scarperia	12	14	0	10	8	31	75	7.685	9,76
Vicchio	16	11	5	13	8	21	74	8.199	9,03
Totali	107	68	18	73	52	190	508	66.985	7,58

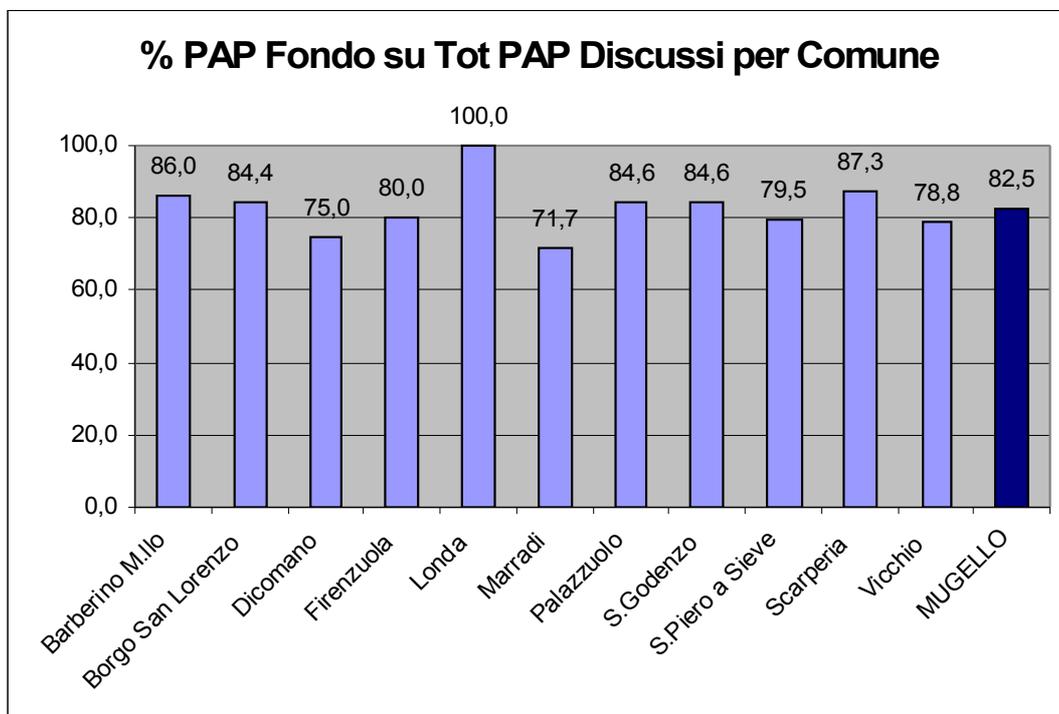
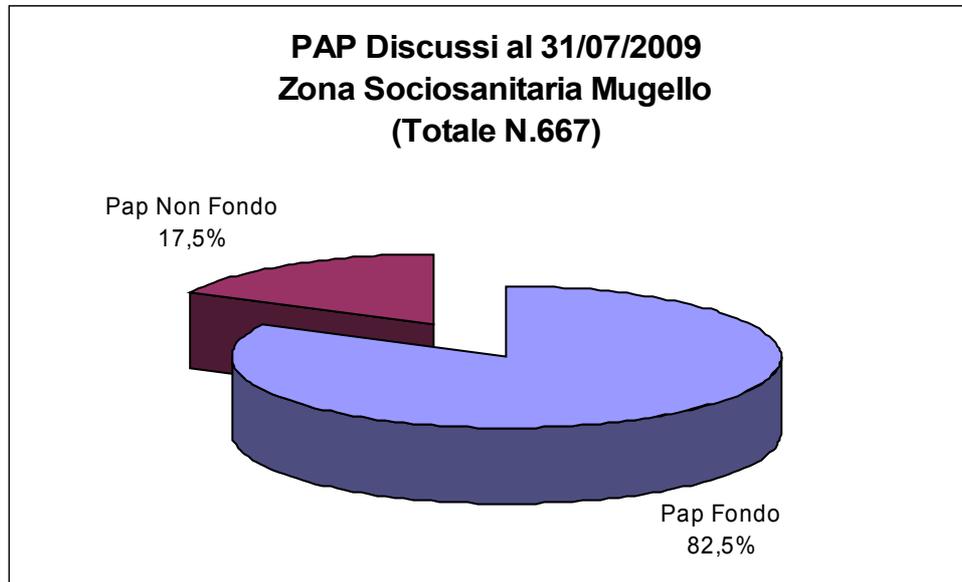
3.2 FONDO NON AUTOSUFFICIENZA: PROGETTO ANZIANO IN FAMIGLIA

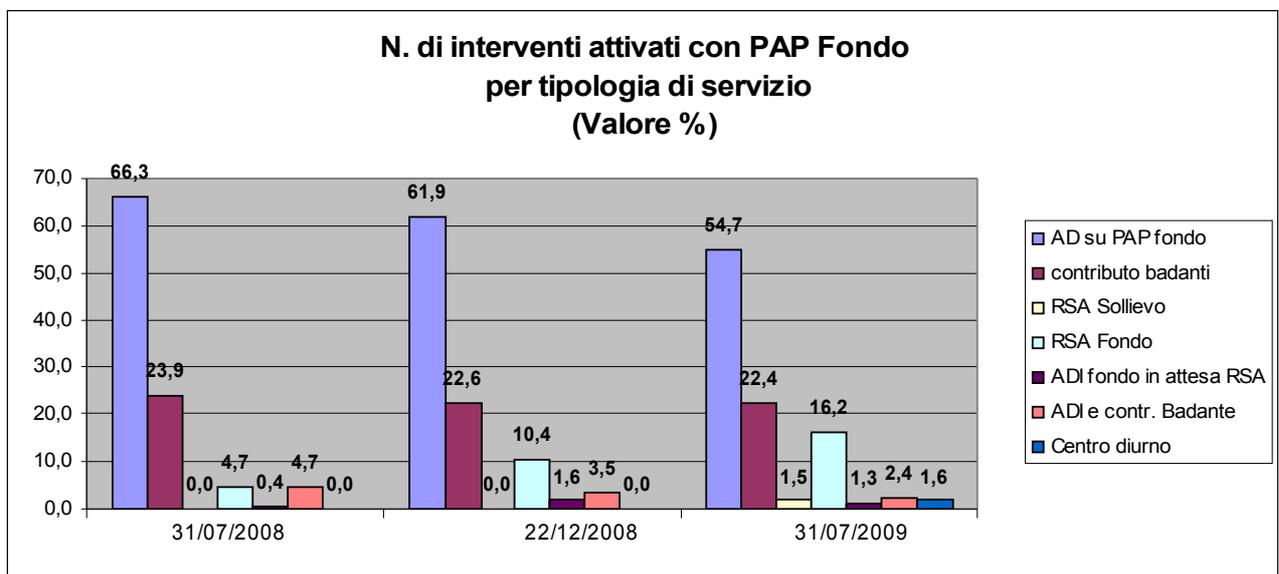
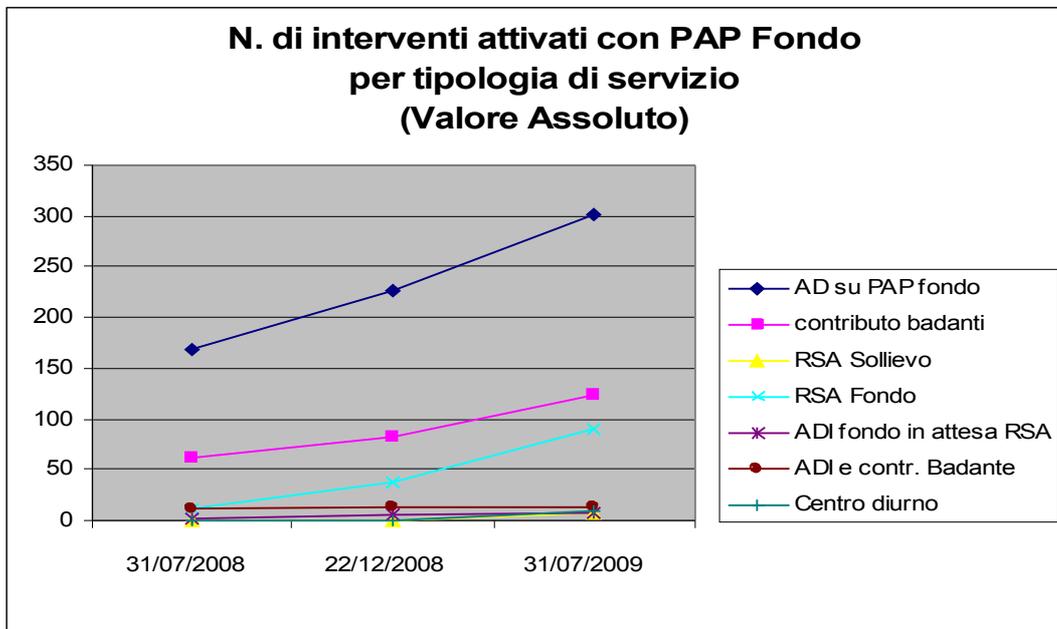
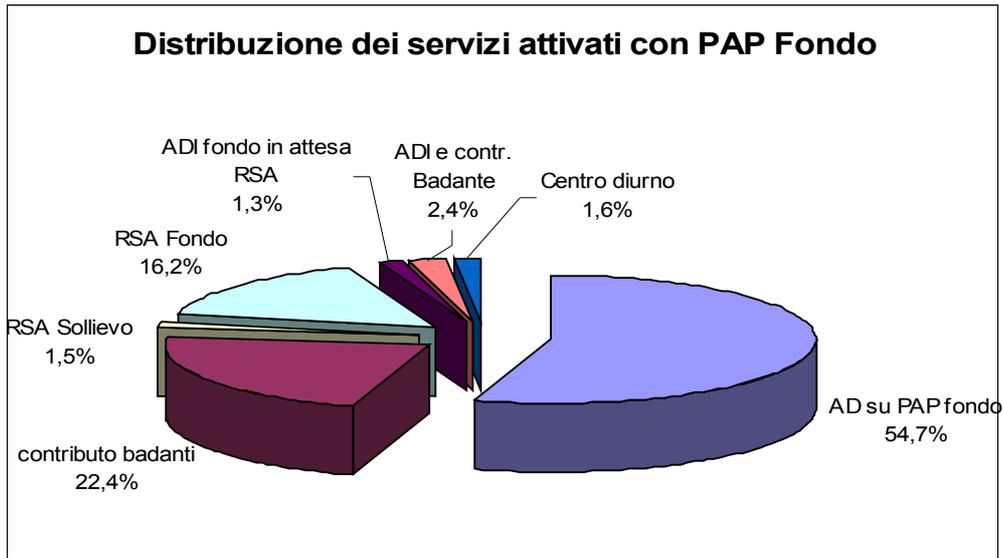
PROGETTO ANZIANO IN FAMIGLIA: DOMANDE PERVENUTE DAL FEBBRAIO 2008 AL LUGLIO 2009

Comune	Richieste valutazione	Deceduti prima dell'UVM	Rinunce prima della commissione	Richieste attive	Pap discussi
Barberino M.llo	123	12	6	105	100
Borgo San Lorenzo	253	17	8	228	218
Dicomano	52	7	3	42	40
Firenzuola	75	8	2	65	65
Londa	9	1	0	8	8
Marradi	47	1	0	46	46
Palazzuolo	32	3	0	29	26
S.Godenzo	17	2	0	15	13
S.Piero a Sieve	51	3	2	46	44
Scarperia	64	5	3	56	55
Vicchio	69	4	8	57	52
MUGELLO	792	63	32	697	667

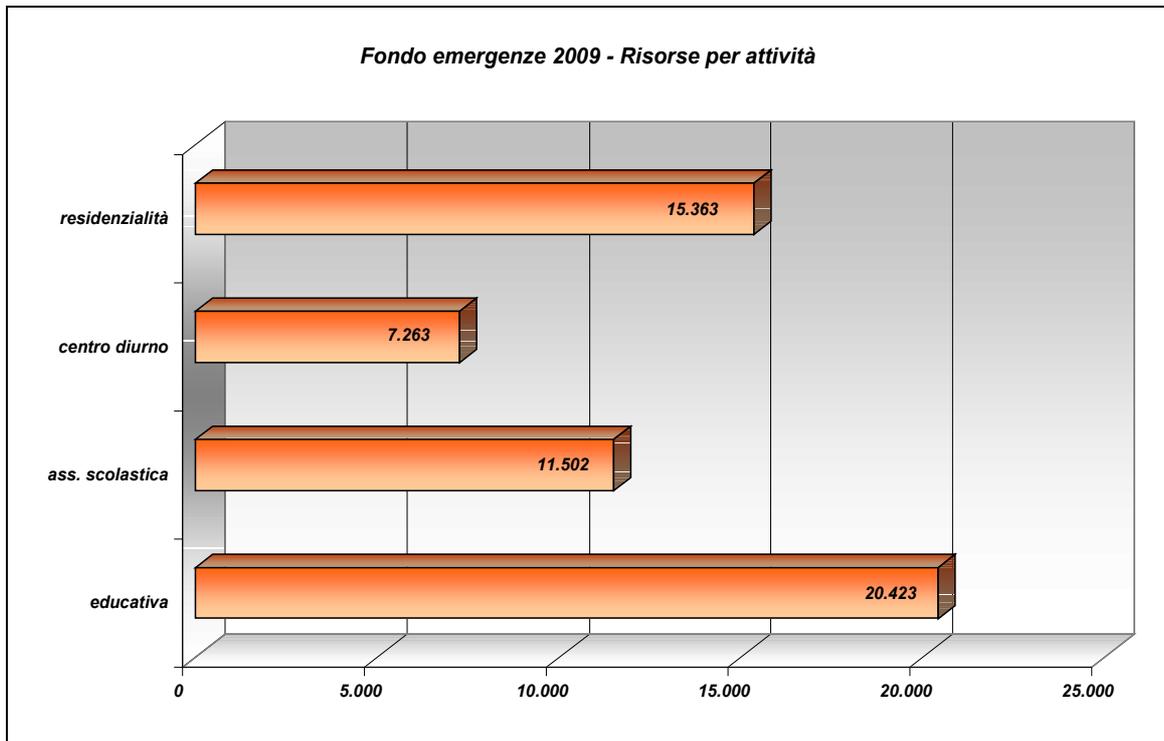
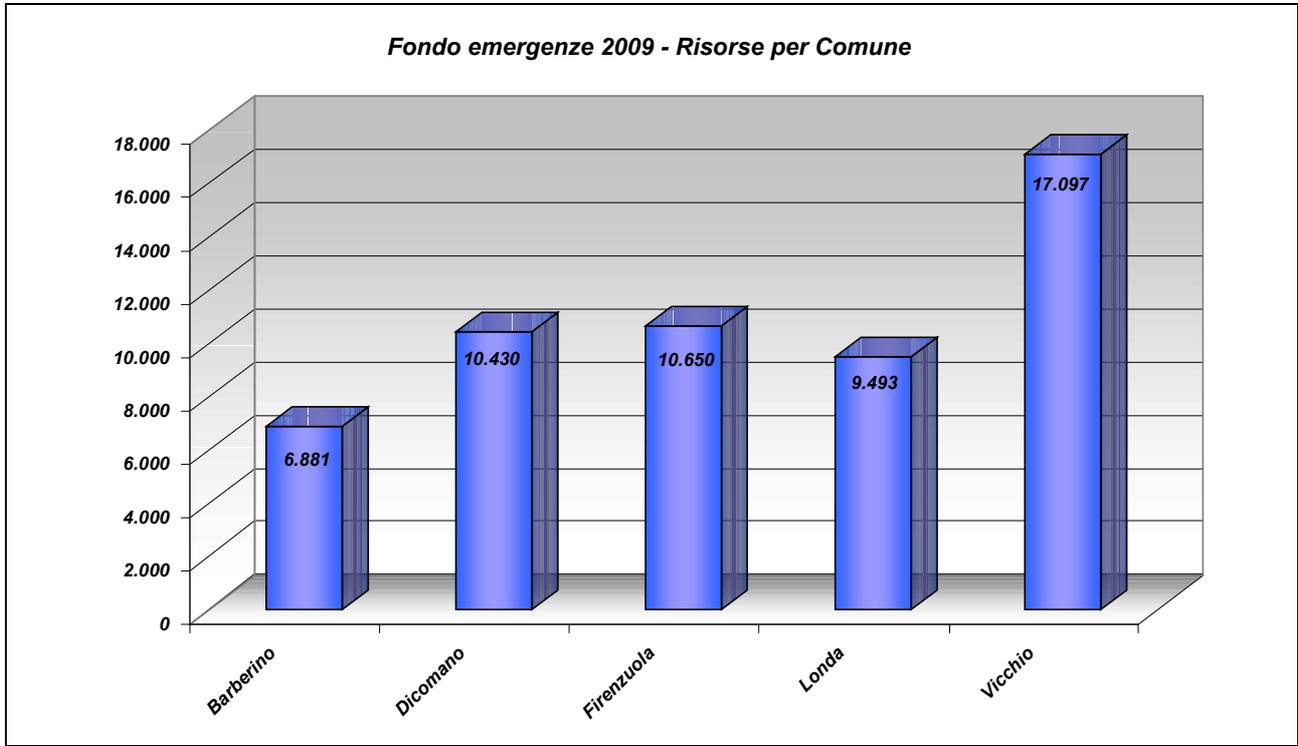


PROGETTO ANZIANO IN FAMIGLIA: DOMANDE PERVENUTE DAL FEBBRAIO 2008 AL LUGLIO 2009





3.3 FONDO EMERGENZA SOCIALE 2009



RELAZIONE TECNICA SUGLI ESITI DEL PIS
Annualità 2009

Progetto di riferimento	ANZIANO IN FAMIGLIA
Ambito del progetto	L.R. 66/2008 Istituzione Fondo Non Autosufficienza
Responsabile del progetto	Massimo Principe

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 1) non è necessaria alcuna variazione
- 2) sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase
Attività svolta	<p>A partire dal 25 febbraio 2008, data di inizio della sperimentazione, al 21 novembre 2009 sono pervenute al Punto Unico di Accesso (P.U.A.) n. 897 segnalazioni segnando un incremento medio del 164% rispetto al numero di segnalazioni registrate negli anni precedenti (circa 300/anno).</p> <p>Grazie alla compartecipazione di tutti gli attori interessati, Infermieri e Assistenti Sociali, cui spetta l'attivazione di ogni singolo percorso e Medici di Famiglia, che hanno accolto le istanze dei cittadini nei 22 Punti Insieme dislocati su tutto il territorio della Zona, è stato possibile "intercettare" il 4,83% della popolazione anziana >65enne della Zona Mugello con bisogni di assistenza tali da richiedere una valutazione riguardo alla propria condizione di non autosufficienza.</p>
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	<p>Le schede di segnalazione del bisogno così selezionate e predisposte sono trasmesse per l'esame alla UVM che, nel periodo preso in considerazione ha definito e condiviso con ogni assistito e la sua famiglia, rispettando nella quasi totalità dei casi i tempi di legge. Ad oggi n° 712 Piani di Assistenza Personalizzati (PAP), pari al 85% delle istanze</p>

	<p>pervenute (al 15% non è stato dato corso per rinuncia o decesso). Si ribadisce che l'assistenza personalizzata è attribuita a tutti i cittadini prescindendo dal Comune di residenza. Come valore aggiunto, onde evitare disagi negli spostamenti ad utenti così fragili sono dedicate sedute UVM anche nei Comuni periferici e montani.</p> <p>Le liste d'attesa nelle RSA, sono passate da 104 al 31/07/2008 a 5 del 31/07/2009 è pari ad un abbattimento del 99%.</p>
Eventuali criticità riscontrate	Valorizzazione del ruolo dei responsabili dei casi, tempistica e relazioni con il Giudice Tutelare, rapporti con i CAAF.
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Corso di formazione e tutoraggio da parte dei responsabili dei casi, protocollo d'intesa con l'ufficio del Giudice Tutelare, accordo regionale per i CAAF.

Note	L'importo originario è stato ricalibrato sulla base dell'andamento delle domande. In più da novembre 2008 Si è dato corso ad un incremento di quote sanitarie e sociali per l'abbattimento delle liste di attesa legate all'inserimento in RSA.
-------------	---

Progetto di riferimento	ANZIANO FRAGILE
Ambito del progetto	ANZIANI
Responsabile del progetto	TIMPANELLI - CAI

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 3) non è necessaria alcuna variazione
4) X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Attività svolta	<p>E' stata realizzata l'azione 1, relativa al consolidamento delle attività iniziate:</p> <p>a) Sono state rinnovate tutte le convenzioni con ampliamento dei soggetti coinvolti;</p> <p>b) sono state identificate le nuove procedure con le relative modulistiche in via di formalizzazione; c) E' stato progettato un sistema di controllo circa l'utilizzo dei finanziamenti;</p> <p>d) E' stato riformulato l'accordo con la protezione civile;</p> <p>e)E' in via di aggiornamento il pacchetto informativo per l'attività di informanziani;</p> <p>f) sono stati formulati progetti individuali sia semplici che complessi per i soggetti beneficiari delle prestazioni finanziate dal progetto</p>		

<p>Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo</p> <p>Presenti 4 indicatori, di cui: realizzati pienamente n. 2 Avviato n. 1 Da iniziare n. 1</p>	<p>Descrizione in dettaglio: 1) realizzati il 100% degli interventi progettati; 2) Stipulate le convenzioni e gli accordi necessari per svolgere le attività; 3) avviati contatti per ampliare numero soggetti coinvolti; 4) non iniziate attività per identificazione e contatti anziani fragile dai dati anagrafici.</p>		
<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Le ore acquisite dai finanziamenti sono state temporaneamente destinate dall'Esecutivo ad altro progetto per emergenze non altrimenti affrontabili. Inoltre nel monte orario è stato richiesto il completamento della ricerca sugli anziani soli già realizzata e finanziata dal Comune di Dicomano, valutata congrua con le finalità del progetto. Questi elementi hanno comportato un ritardo nell'avvio della fase di contatto con i Comuni per l'accesso alle banche dati anagrafiche</p>		
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Avvio da parte della SdS dei contatti formali necessari alla operatività relativamente alle banche dati comunali e all'incrocio con quelle sanitarie</p>		

Note	<p>Si precisa che nella scheda di progetto del PIS 2008/2010 l'azione 1 riguarda le attività di conferma e consolidamento di quelle realizzate ad oggi e l'azione 2 riguarda l'approfondimento dei dati anagrafici comunali; inoltre le fasi a) e b) sono riferite all'azione 2.</p> <p>Interamente spesa la quota prevista per: contributi freddo, telefonia sociale, emergenza climatica e welfare leggero sviluppando gli interventi meglio dettagliati in tabella di seguito. Permane criticità sull'azione n.1 e permane l'indicazione circa le azioni correttive da intraprendere, che si ipotizza efficacemente attivabile nell'ambito della costituenda forma definitiva della SdS slittando quindi alla realizzazione formale di quest'ultima entro il primo semestre 2010.</p>
-------------	--

Comuni	Contributi freddo n. 41	Welfare n.46	Telefonia n. 19	Telesoccorso n.21
Barberino	0	2	3	2
Borgo S. Lorenzo	14	8	7	11
Dicomano	5	1	2	1
Firenzuola	0	8	1	0
Londa	0	0	1	0
Marradi	7	0	0	0
San Godenzo	1	3	2	1
San Piero	2	9	0	1
Scarperia	4	11	0	3
Vicchio	2	4	3	3
Palazzuolo	6	0	0	0

Progetto di riferimento	Istituzione di posti residenziali temporanei in RSA
Ambito del progetto	Anziani
Responsabile del progetto	Paola Beagley Irenei

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta		Revisione del progetto in seguito alla acquisizione di quote sanitarie aggiuntive-stesura procedura di accesso, approvazione con delibera dell'assemblea in data 23.03.09	Inizio del progetto a partire dal 01/04/09	
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo		Pienamente raggiunto ed anticipato	Alla data odierna si registrano n.7 iscrizioni	

Eventuali criticità riscontrate		Monitoraggio della spesa in itinere(solo per la parte sanitaria)	Approccio culturale difficile a questa opportunità da parte delle famiglie	
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere		Definire modalità di monitoraggio per la parte sociale della spesa	Coinvolgimento degli organismi di partecipazione su questa tematica	

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	Criteria per la definizione della retta sociale nelle RR.SS.AA. della Zona
Ambito del progetto	Anziani
Responsabile del progetto	Paola Beagley Irenei

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Identificazione gruppo tecnico dedicato, modifica dei componenti	Incontri con le AS dedicate all'area anziani ed al PUA		
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo				

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Impossibilità a procedere stante la situazione tecnico-politica legata anche alle continue modifiche operative sulle valutazioni e il cambiamento a livello regionale sulle definizioni relative all'accREDITAMENTO</p>			
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Sospendere le attività fino all'emanazione di norme certe da parte della Regione Toscana</p>			

<p>Note</p>	<p>Il progetto non ha necessità di finanziamento</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	Ridefinizione criteri Lista Unica di accesso in RSA
Ambito del progetto	Anziani
Responsabile del progetto	Paola Beagley Irenei

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	F a s e 1	Fase 2	F	Fase 4
Attività svolta	Definizione gruppo di lavoro composto nella 1° Fase dalle ass.soc. Dedicato all'area anziani	Incontri per confronto della attuale modalità di attribuzione di punteggio con le proposte regionali relative al progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente		

Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo				
--	--	--	--	--

Eventuali criticità riscontrate	Impossibilità alla prosecuzione del progetto per la carenza della normativa regionale			
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

Note	Il progetto non ha necessità di finanziamento, nel frattempo grazie alla attribuzione delle quote sanitarie aggiuntive, la Lista Unica di Accesso è stata completamente esaurita, alla data del 21 dicembre 2009 e' in Lista di attesa n. 1 persona inserita con il percorso UVM-Pap
------	--

Progetto di riferimento	Centri Diurni-Centro Diurno Le Cento Primavere-Dicomano/Centro Diurno Alzheimer S.Giuseppe-Ronta Borgo San Lorenzo
Ambito del progetto	Anziani
Responsabile del progetto	Paola Beagley Irenei

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	F a s e 1	Fase 2	F	Fase 4
Attività svolta	CD.Dicomano,definizione fabbisogno arredi CD.Alzheimer,richiesta alla RT di finanziamento per la gestione	CD.Dicomano, consegna e montaggio degli arredi, imbiancatura a cura del comune di Dicomano CD.Alzheimer		

		recepimento finanziamento regionale		
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	Trasferimento finanziamento al comune di Dicomano CD.Alzheimer, impegno scritto da parte della RT per il finanziamento	Definizione dell'utenza		
Eventuali criticità riscontrate	Seguire le procedure amm.ve Ridefinizione del progetto secondo le risorse	Ad oggi non ci sono state nuove iscrizioni		
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	-----	<p>Publicizzazione, ridefinizione del progetto con le Ass.Sociali e con i MMG</p> <p>Per quanto riguarda il centro Alzheimer è stata informata la neurologia ed i vari possibili utenti della comm.ne accertamento handicap.</p>		

Note	E' previsto l'affidamento globale del servizio tramite gara entro il 30/06/2010.
------	--

Progetto di riferimento	Fondazione "Dopo di noi"
Ambito del progetto	disabilità
Responsabile del progetto	Massimo principe, Lucilla Borselli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Attività svolta	Costituzione gruppo di lavoro	Discussione bozza di statuto presentata dalle famiglie	Confronto e osservazioni su bozza di statuto	Redazione bozza di statuto condivisa	Presenza d'atto Statuto da parte dell'assemblea della SdS
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	5%	10%	15%	5%	5% A questa fase il raggiungimento dell'indicatore di processo è pari al 40%
Eventuali criticità riscontrate					
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere					

<p>Note</p>	<p>L'Assemblea della SdS ha preso atto con deliberazione del 23.3.2009 della bozza di statuto condivisa, individuando il tavolo sulla disabilità come sede per il confronto e l'elaborazione di una proposta definitiva, comprensiva delle indicazioni relative al patrimonio della Fondazione, da sottoporre all'assemblea della SdS stessa. Nella stessa deliberazione si dava inoltre mandato al tavolo sulla disabilità di promuovere tutte le azioni per pubblicizzare la bozza di Statuto presso Enti, Associazioni, privati al fine di fare conoscere l'iniziativa e reperire ulteriori membri.</p> <p>Si è proceduto a redarre una prima scheda di presentazione da sottoporre a Enti e associazioni, privati, per la ricerca di eventuali adesioni alla Fondazione. Il delicato lavoro è stato sospeso nell'attesa dell'imminente individuazione del referente politico del tavolo sulla disabilità.</p>
-------------	---

Progetto di riferimento	INTEGRAZIONE SCOLASTICA
Ambito del progetto	disabilità
Responsabile del progetto	Marino Marunti, Lucilla Borselli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Concertazione del percorso con tutti gli operatori interessati	Presentazione del modello al mondo della partecipazione e alle scuole	Approvazione del percorso da parte dell'esecutivo SdS	Effettuata una prima relazione al tavolo sulla disabilità del 21 maggio 2009. Al momento dell'insediamento del nuovo tavolo verrà presentato un riepilogo conclusivo delle attività svolte e la relativa progettazione.

Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	20%	5%	3% A questa fase il raggiungimento degli indicatori di processo è pari al 28%	A questa fase il raggiungimento degli indicatori di processo è pari a circa l'80%
Eventuali criticità riscontrate				Dando priorità alle attività legate al progetto si sono verificate difficoltà organizzativo-professionali nella gestione delle altre attività dell'UFMI
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

Note	La relazione finale metterà in luce il carico di lavoro necessario per la realizzazione del progetto, in modo da poter programmare la quota di monte orario del personale professionale UFMI relativamente al numero e alla complessità dei casi.
-------------	---

Progetto di riferimento	SVILUPPO LABORATORIO SPAZIO
Ambito del progetto	SALUTE MENTALE
Responsabile del progetto	De Berardinis

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

5) non è necessaria alcuna variazione
X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Conclusione commesse 2007	Conclusione del trasferimento delle attività del Laboratorio nel nuovo capannone industriale	Ricerca di nuove commesse e Promozione e marketing sociale	Aumento n. persone all'interno dei due livelli
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100%	100%	100%	Non raggiunto
Eventuali criticità riscontrate		Al gravoso impegno economico sostenuto dalla Cooperativa Sociale Archimede per l'ampliamento del Laboratorio tramite la locazione della sede di Vicchio, si sono venute ad		a risentire maggiormente della situazione è soprattutto la strutturazione stabile del 2° livello che prevede un tipo di lavorazione meno elementare ed a più

		aggiungere le ripercussioni della recente situazione di crisi economico - produttiva	elevata redditività; una volta poi che il 2° livello trovasse una strutturazione più stabile dal punto di vista delle attività lavorative (come si prevede che avvenga nel corso del prossimo anno, in sintonia con la generale ripresa della produttività nazionale) ed aumentasse il numero dei pazienti inseriti, la convenzione prevede che il Servizio di Salute Mentale contribuisca con l'apporto di un secondo operatore, ma il persistere dell'attuale situazione di carenza di personale rende problematica l'ipotesi di destinare un secondo operatore
--	--	--	--

				all'attività del laboratorio
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere		<p>Si rende necessario un dimensionamento del progetto soprattutto in ordine all'entità dei costi delle sedi di attività del laboratorio, prevedendo l'acquisizione di un'altra sede a costi più contenuti. Si prevede la possibilità di mantenere, transitoriamente, a Villa Falcucci la sede di tutte le attività del laboratorio.</p>		<p>Si rende necessaria una verifica (non oltre febbraio 2010) relativa sia alle prospettive di mercato che alla disponibilità di personale da parte del Servizio</p>

Note	<p>Premesso</p> <ul style="list-style-type: none"> • che al monitoraggio attuale il progetto conferma tutta la sua validità sul piano dell'efficacia riabilitativa e del reinserimento sociale nei confronti dei soggetti gravemente svantaggiati che questa U.F. ha inserito nel programma del laboratorio; • che, sfortunatamente, al gravoso impegno economico sostenuto dalla Cooperativa
-------------	---

	<p>Sociale Archimede per l'ampliamento del Laboratorio tramite la locazione della sede di Vicchio, si sono venute ad aggiungere le ripercussioni della recente situazione di crisi economico - produttiva,</p> <p>si ridefiniscono, per l'anno 2010, alcune misure di adeguamento strutturale del progetto, gli indicatori di processo, gli indicatori di esito e la proposta di finanziamento:</p> <p>Misure di adeguamento strutturale del progetto: Affinché i positivi risultati che l'esperienza ha sin'ora raggiunto possano essere salvaguardati, rispetto alle negative conseguenze della contingente e generalizzata situazione di crisi economico-produttiva, si rende necessario un dimensionamento del progetto soprattutto in ordine all'entità dei costi delle sedi di attività del laboratorio; si prevede pertanto, alla scadenza dell'attuale contratto di locazione della sede di Vicchio (31.03.10), l'acquisizione di un'altra sede a costi più contenuti. Nelle more della ricerca di una sede idonea, si prevede la possibilità di mantenere, transitoriamente, a Villa Falcucci la sede di tutte le attività del laboratorio.</p> <p>Indicatori di processo rilevati semestralmente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Definizione per ciascun soggetto inserito di uno specifico progetto riabilitativo personalizzato.2. Monitoraggio del numero di ricoveri psichiatrici effettuati da ciascun inserito nell'anno.3. Monitoraggio del lavoro di marketing svolto dalla Cooperativa Archimede nella ricerca di nuove opportunità di lavoro per il Laboratorio4. Monitoraggio della entità economica delle entrate prodotte dal Laboratorio e della entità economica dei cosiddetti "salari terapeutici" elargiti ai soggetti inseriti nell'attività del Laboratorio.5. Individuazione e validazione sperimentale di schede di valutazione relative all'andamento lavorativo, psicologico e relazionale per i soggetti inseriti <p>Indicatori di esito rilevati semestralmente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mantenimento di un numero complessivo di inseriti non inferiore a 10.
--	---

2. Mantenimento della entità del “salario terapeutico” entro limiti non inferiori a 200 euro mensili per un’attività estesa su 5 giorni alla settimana e per 4 ore al giorno.
3. Rilievo di un numero complessivo di ricoveri psichiatrici non superiore a tre tra tutti gli inseriti
4. Somministrazione delle schede di valutazione
5. Reperimento nuova sede

Proposta di finanziamento:

La proposta di finanziamento del progetto viene ridefinita, per il 2010, in 20.000 euro complessivi da elargire alla Cooperativa Sociale Archimede in misura coerentemente proporzionale al numero di mesi di affitto pagati per la nuova sede del laboratorio; si intende con ciò che alla Cooperativa sarà elargito un finanziamento scalare che va dai 20.000 euro per l’avvio della nuova locazione in Aprile, sino a zero per il mancato avvio della nuova locazione entro il 2010.

Progetto di riferimento	INTERVENTI PER DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE
Ambito del progetto	SALUTE MENTALE
Responsabile del progetto	Marino Marunti, Giulia Banchi

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 6) non è necessaria alcuna variazione
7) sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Incontri territoriali programmati e di prossima realizzazione	Iniziata attività di informazione e sensibilizzazione. Svolti Incontri sul tema nel comune di Dicomano, in collaborazione con l'Assessore Frascati. Scarsa partecipazione della popolazione con rapporto sfavorevole per costi-benefici.		

Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100% semestrale 35% nei tre anni			
<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Per questo anno programmazione scolastica già iniziata con laboratori sugli stili di vita che in parte comprendono il progetto. Pertanto incontri da programmare in numero inferiore</p> <p>Necessità per la SDS di considerare le effettive risorse per una presa in carico territoriale dei casi segnalati. Mancanza di Budget specifico Ufmi per tali interventi</p>	<p>Per la complessità del tema e l'esiguità delle risorse è necessario avviare una riflessione e un confronto approfondito sui modelli da proporre al territorio rispetto alla presa in carico delle situazioni a rischio, conclamate ed anche per le attività di prevenzione, considerando l'esperienza già indicata di Dicomano. Dobbiamo fare attenzione a non creare aspettative per le quali non abbiamo risorse per rispondere territorialmente in modo adeguato a situazioni così complesse. L'Azienda ha definito un modello di</p>		

		<p>attivazione, nonostante parere diverso dell'Ufmi, che prevede di rivolgersi per le situazioni cliniche al Centro specialistico di Lastra a Signa, presso il Distretto. Di fatto, si è già verificata una criticità, nella parte della presa in carico ed al momento dell'invio il centro specialistico Aziendale di Lastra a Signa si è dichiarato impossibilitato a seguire il caso, così come l'Ufma di Borgo San Lorenzo (la minore in questione era prossima alla maggiore età) per dichiarate difficoltà di esiguità di personale.</p>		
--	--	---	--	--

<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Necessità di definire il Budget UFMI</p> <p>Proposta di inserimento incontri di sensibilizzazione sul comportamento alimentare anche per la "Biblioteca che promuove salute".</p>	<p>Per i motivi esposti si ritiene di differire la collaborazione con i medici del territorio, nell'attesa di superare criticità che devono trovare prima una adeguata soluzione nella programmazione delle attività. Necessità di rivedere il progetto e avviare riflessione sul tema e sui modelli da proporre.</p>		
---	--	---	--	--

<p>Note</p>	<p>Necessità di ridefinire il progetto in senso generale ed anche rispetto alle risorse di Budget, per gli aspetti della presa in carico e cura dei soggetti coinvolti, con SDS e Azienda, al fine di raggiungere una effettiva chiarezza nel territorio dei modelli da proporre, per i soggetti portatori del disturbo e programmare attività efficaci di prevenzione.</p>
--------------------	---

Progetto di riferimento	Centro Affidi Zonale
Ambito del progetto	Minori e Famiglie
Responsabile del progetto	Patrizia Baldassarri - Marino Marunti

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 8) non è necessaria alcuna variazione
9) sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Realizzata (anche attraverso la partecipazione al tavolo delle politiche giovanili)	In data 3 luglio 2009 abbiamo effettuato un sopraluogo di verifica con indicazioni di allestimento. La Responsabile Servizi alla persona del Comune di Vicchio informa che i lavori volgono al termine. Resta da definire la linea telefonica e parte degli arredi. Siamo in attesa delle procedure amministrative per l'individuazione dello Psicologo da assegnare. Iniziata attività di organizzazione per la parte operativa con riunioni e valutazione con gli operatori dei servizi collegati.		

Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo		I lavori di ristrutturazione sono in via di conclusione e quindi il raggiungimento del risultato di processo è subordinato al livello di conclusione delle necessità di base		
Eventuali criticità riscontrate		Tempi di programmazione non adeguati per la parte strutturale		
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere		-----		

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	K@ntieri di Confine; Portale Giovani MugHello!
Ambito del progetto	Politiche giovanili
Responsabile del progetto	Francesca Marchi

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
10)sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Tavolo integrato SDS - SFI per le politiche giovanili	Procedura d'affidamento per aggiornamento del Portale al gruppo redazionale	Aggiornamento e manutenzione e sviluppo Portale giovani MugHello	Coordinamento gruppo redazionale per implementazione informazioni sul portale
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	completo	completo	completo	completo
Eventuali criticità riscontrate	dato il cambio di amministrazione nell'anno 2009 le riunioni si sono interrotte temporaneamente	nessuna	nessuna	nessuna

Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				
---	--	--	--	--

Note	<p>Il progetto ha concluso la prima fase nel dicembre 2008 con la messa in rete del Portale giovani www.portalegiovanimugello.it</p> <p>Il progetto Portale Giovani Mugello è stato presentato sull'APQ Regione Toscana anno 2009, ed ha ottenuto un finanziamento pari a € 10.000,00.</p>
-------------	--

Progetto di riferimento	SPB Sistema Promozione Benessere
Ambito del progetto	Progetto di sistema- prevenzione-
Responsabile del progetto	A. Guidi

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione

sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2
Attività svolta	<ul style="list-style-type: none"> -Coord con Comuni per realizzazione laboratori (Barberino, Scarperia, Palazzuolo); -Realizzazione attività e laboratori giovani (Dicomano, Borgo San Lorenzo); -Strutturazione percorsi con genitori sul tema adolescenza Comune Firenzuola; -Svolgimento di attività di monitoraggio, sostegno e rilevazione situazioni di cronicità e marginalità nelle dipendenze - Contatto con SerT Emilia Romagna per creazione nuove sinergie rispetto ad azioni su i Comuni “di crinale” 	In continuum con quanto previsto nella fase precedente
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	Livello di raggiungimento degli indicatori di processo, in linea con quello indicato da progetto (per entrambe le azioni (educativa di strada- operatore territoriale)	In linea con quello indicato da progetto (per entrambe le azioni (educativa di strada- operatore territoriale)
Eventuali criticità riscontrate	- Linee da seguire da parte del sistema per una disgiunzione, che sia funzionale, delle azioni “Operatore Territoriale” e “Officine di strada”	- Difficoltà di reperimento fondi integrativi per l’integrazione del servizio “Officine di strada” per la copertura dei 30.000€ preventivati come co-finanziamento per l’annualità 2009
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere		- Disgiunzione delle due attività previste dal progetto: “operatore Territoriale” e “Officine di strada”

Note	Per l’importo previsto dal progetto sulle azioni di “officine di strada”, le attività si concluderanno con il mese di novembre.
-------------	---

Progetto di riferimento	RI-ABITARE
Ambito del progetto	IMMIGRATI
Responsabile del progetto	ALESSANDRA PINI

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	1 SEM.2008	2 SEM.2008	1 SEM.2009	2 SEM.2009	1 SEM.2010	2 SEM.2010
Attività svolta	Sostegno con Progetto Agenzia Casa e canone e utenze a carico del Comune di Borgo San Lorenzo	Interventi di nuova sistemazione abitativa con canone e utenze a carico del Comune di Borgo San Lorenzo	Interventi proseguiti con canone e utenze a carico del Comune di Borgo San Lorenzo	Interventi proseguiti con canone e utenze a carico del Comune di Borgo San Lorenzo		
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	10%	10%	20%	30%		

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>		<p>Mancanza di finanziamenti per programmare la ristrutturazione di immobile di proprietà comunale che consente economie sul canone e utenze.</p>	<p>Mancanza di finanziamenti per programmare la ristrutturazione di immobile di proprietà comunale che consente economie sul canone e utenze.</p>	<p>Mancanza di finanziamenti per programmare la ristrutturazione di immobile di proprietà comunale che consente economie sul canone e utenze.</p>		
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Il sostegno economico a un nucleo familiare con 4 minori per il momento è a totale carico del Comune di Borgo San Lorenzo con pagamento canone e utenze</p>	<p>Il sostegno economico a un nucleo familiare con 4 minori per il momento è a totale carico del Comune di Borgo San Lorenzo con pagamento canone e utenze</p>	<p>Il sostegno economico a un nucleo familiare con 4 minori per il momento è a totale carico del Comune di Borgo San Lorenzo con pagamento canone e utenze , a questa situazione si sono aggiunti 4 adulti da sostenere totalmente.</p>	<p>Il sostegno economico a un nucleo familiare con 4 minori per il momento è a totale carico del Comune di Borgo San Lorenzo con pagamento canone e utenze , a questa situazione si sono aggiunti 4 adulti da sostenere totalmente.</p>		

<p>Note</p>	<p>Per l'anno 2010 il progetto poiché non sono stati reperiti finanziamenti regionali non viene riproposto. Gli interventi continueranno ad essere sostenuti solo dal Comune di Borgo San Lorenzo.</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	Agenzia casa
Ambito del progetto	Immigrati
Responsabile del progetto	Mery Cai, Lucilla Borselli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE
 X non è necessaria alcuna variazione
 sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Inserimento nel Progetto Abitare il mondo	Avvio del progetto	Ricerca di soluzioni immobiliari, attività di intermediazione, microcredito, contributi prevenzioni sfratti accompagnamento famiglie	Continuazione delle azioni di cui alla fase 3 Monitoraggio del progetto secondo le indicazioni della Regione Toscana, nel rispetto dei tempi stabiliti
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	5%	10%	15% A questa fase il monitoraggio previsto dal progetto è pari al 30% circa	30% A questa fase il monitoraggio previsto dal progetto è pari a circa il 60%

Eventuali criticità riscontrate		Difficoltà nel seguire l'iter burocratico assai pesante imposto dal Ministero	Limitatezza delle risorse rispetto ai bisogni	Difficoltà nel seguire l'iter burocratico assai pesante imposto dal Ministero
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	Progetto sperimentale per gli inserimenti lavorativi di soggetti in situazione di fragilità.
Ambito del progetto	Trasversale
Responsabile del progetto	Faina, Cai

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 11) non è necessaria alcuna variazione
12) X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	1.2: mappatura proposta all'interno del GOTZ per competenza Provincia in materia. 1.3 Avvio ricognizione preliminare delle disponibilità di inserimenti in un Comune campione con la mediazione dell'Ente Locale		1.4 Studio di fattibilità relativamente alla attivazione di risorse formative in collaborazione con il cred e la provincia, titolari della competenza e dei finanziamenti	

<p>Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo</p>	<p>Ind n. 1: non raggiunto Ind. N. 2 in fase iniziale.</p>			
<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>1.1: Equipe non costituita perché non finanziata e impossibilità di sottrarre ore dal sistema dei servizi territoriali 1.2 Lentezza nella acquisizione della mappatura collegata alle modalità di gestione dei dati in ambito provinciale. 1.3 Sostanziali indisponibilità delle realtà produttive contattate per difficoltà correlate alla crisi economica contingente</p>		<p>1.4 L'attuale strutturazione della formazione finanziata non rende possibile formazioni mirate secondo i bisogni delle realtà produttive e dei soggetti da inserire</p>	

<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Reperire finanziamenti necessari per la costituzione dell'equipe. Ipotizzati bando ESPRIT RT e bando GAL, tutt'ora da pubblicare</p>		<p>1.4 proposta elaborata congiuntamente all'interno del tavolo tra le cooperative sociali di tipo B e presentata alla Provincia riguardante la creazione di una filiera formativa tra le coop sociali e le aziende che venga formalizzata e finanziata e sia propedeutica all'inserimento lavorativo dei soggetti disabili</p>	
--	---	--	---	--

<p>Note</p>	<p>Relativamente agli obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ob.n.2: realizzate attività di consolidamento all'interno del GOTZ con i seguenti esiti: <ul style="list-style-type: none"> ▪ possibilità di accesso delle informazioni di titolarità della provincia e sviluppo, attraverso una presenza costante, della conoscenza di percorsi sviluppabili in ambito provinciale. ▪ elaborazione di una procedura, validata poi nel territorio di tutta la provincia, per
-------------	--

avviare contatti diretti da parte del GOTZ con le aziende del territorio, ai sensi dell'art 10 della L68. Successivo avvio dei primi contatti

- Ob. N. 3: attività di supporto e di processo da parte del Tavolo e del GOTZ per sviluppare reti tra i diversi soggetti del territorio con il seguente esito:
 - proposta alla Provincia della definizione di una Convenzione che sblocchi la possibilità di collegare aziende private e cooperative di tipo B su fasi definite della lavorazione secondo quanto previsto dalla normativa e mirato a sviluppare possibilità di inserimenti lavorativi. La regia e la guida della Provincia è prevista dalla normativa e garanzia di trasparenza e correttezza.
 - Coinvolgimento nei lavori del tavolo di soggetti delle agenzie educative del territorio, con individuazione di un opportuno collegamento da attivare tra il GOTZ e i tirocini formativi con relativi bilanci di competenze realizzati dal Liceo per una loro validazione nel successivo percorso di inserimento lavorativo extrascolastico.

Nel 2009 vi è stata una interruzione delle attività del tavolo coincidente con il rinnovo della Assemblea della SdS e la relativa decadenza del referente politico e tecnico. Le attività progettuali solo di natura tecnica tra gli operatori e le cooperative sociali, anche finalizzate a singoli progetti individuali sono proseguite informalmente ma con risultati inferiori alle previsioni per due ordini di motivazioni: 1) la crisi economica ha colpito in maniera significativa le possibilità di assorbimento degli inserimenti lavorativi da parte delle cooperative sociali coinvolte nel progetto; 2) solo in data 02/11/09 la Giunta RT ha emanato la Delibera N .963 “ Indirizzi ai Gruppi di azione locale per la redazione dei bandi relativi alle misure/sottomisure/azioni dell'asse 4” che disciplina la fonte di finanziamento individuata. Si ritiene quindi che non sia necessario un cambiamento del progetto ma la previsione del suo slittamento a tutta l'annualità 2010 con la stesura del piano operativo nei termini che saranno previsti dal bando in via di emanazione

Progetto di riferimento	“ABITARE” - PERCORSO INTERMEDIO ALLA RESIDENZIALITA’
Ambito del progetto	AMBITO TRASVERSALE
Responsabile del progetto	De Berardinis, Timpanelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- 13) non è necessaria alcuna variazione
14) sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Fase di avvio - Stesura definitiva del documento di funzionamento e stesura del regolamento interno alle abitazioni della rete	Fase di attivazione	Accoglienza utenti	
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100%	Non avvenuta. Si prevede che anche se in misura solo iniziale si attivi nel corso del 2010	0%	

Eventuali criticità riscontrate				
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere		Abitabilità del 1° appartamento messo a disposizione dal comune di Borgo San Lorenzo relativamente all'impiantistica (riscaldamento, acqua, luce, gas), agli arredi ed alle utenze.	Formalizzazione delle modalità di compartecipazione economica al progetto da parte delle famiglie e dei soggetti interessati.	

Note	<p>Il progetto può già contare sulla definitiva stesura del documento di funzionamento e sulla stesura del regolamento interno alle abitazioni della rete.</p> <p>Per il concreto avvio del progetto (che potrebbe darsi, anche se in misura solo iniziale, già nel corso del 2010) occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • che almeno il primo appartamento della rete, messo a disposizione dal Comune di Borgo San Lorenzo, venga posto in condizione di abitabilità relativamente all'impiantistica (riscaldamento, acqua, luce, gas), agli arredi ed alle utenze • che vengano formalizzate la modalità di compartecipazione economica al progetto da parte delle famiglie e dei soggetti interessati. <p>Come rilevato al precedente monitoraggio si considera utile, già da ora, un coinvolgimento dei Servizi interessati affinché operino un vaglio circa i potenziali candidati all'inserimento nel progetto.</p>
------	---

Progetto di riferimento	STILI DI VITA
-------------------------	---------------

Ambito del progetto	TRASVERSALE
Responsabile del progetto	Giulia Banchi, Annarosa Naldi

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 1	Fase 2
Attività svolta	<p>Iniziative di promozione del benessere sui temi della salute realizzate con: amministrazioni comunali Barberino, Borgo S.L e Sindacato Unitario Pensionati e prog. Parole di salute alla tua biblioteca (Barberino San Piero, Vicchio)</p> <p>Tot. Iniziative 15 incontri.</p> <p>Realizzazione Campus con studenti Produzione materiale divulgativo delle iniziative</p>	<p>Sono state ribadite con i Medici di Medicina Generale le procedure per l' adeguatezza delle richieste relative ai vari percorsi 1-2-3- Svolto nel mese di giugno incontro di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche AFA rivolto ai MMG e con la partecipazione delle Associazioni Sportive della Zona E' in itinere la convenzione con il Comune di S. Piero.</p>	<p>Per l'anno 2009 le iniziative di Educazione alla salute sono concluse . E' iniziata la programmazione per il 2010 Le iniziative hanno coinvolto circa 600 persone. Le attività con gli studenti hanno coinvolto circa 100 ragazzi.</p>	<p>Per l'Afa non sono previste ulteriori iniziative. Al momento siamo in attesa del regolamento Aziendale per l'attività AFA</p>
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	90%	60%		

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>* Difficoltà per mancanza di tempo da dedicare all'organizzazione dell'iniziativa sugli Stili di Vita</p>	<p>Difficoltà nel reperimento di locali adeguati per lo svolgimento dei corsi AFA in alcuni Comuni. Scarsa partecipazione dei MMG</p>		<p>Permangono tali difficoltà</p>
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Necessità di persona di supporto per organizzare eventi.</p>	<p>Costituzione di un gruppo continuo di monitoraggio al fine di migliorare anche la comunicazione con i MMG. Costituzione di nuove procedure per l'arruolamento degli utenti secondo le ultime direttive regionali</p>		<p>In attesa del regolamento</p>

<p>Note</p>	
--------------------	--

Progetto di riferimento	TRASVERSALE
Ambito del progetto	SICUREZZA STRADALE
Responsabile del progetto	BANCHI GIULIA

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Prosegue l'attività di controllo con l'etilometro Acquisto secondo etilometro	Resoconto dei controlli effettuati da parte delle PM comunali Riunioni di verifica e progettazione con il gruppo di lavoro	Attività di educazione e informazione con le scuole del territorio (primarie e superiori)	
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	90%	100%	100%	

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Mancanza di disponibilità dei dati da parte dell'ufficio provinciale di monitoraggio sull'incidentalità SIRSS nonostante le sollecitazioni effettuate</p>			
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Necessità di coinvolgimento formale dell'amministrazione provinciale come Oss. Per monitoraggio sull'incidentalità che gestisce SIRSS</p>	<p>Ridimensionamento delle attività in base alle risorse non pervenute da parte della Regione Toscana</p>		

<p>Note</p>	<p>*ACI - donazione Drug Test pari a importo 5.000,00 €</p>
--------------------	---

Progetto di riferimento	Infortunati sul lavoro, crescita della cultura della sicurezza
Ambito del progetto	Dipartimento prevenzione
Responsabile del progetto	Roberto Bolognesi

<p>RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE</p> <p>non è necessaria alcuna variazione X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda</p>
--

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta				
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100	100	Entro II sem. 2009 Non è stata realizzata nei termini di tempo previsti	Non prevista
Eventuali criticità riscontrate			Difficoltà collegate al coinvolgimento di soggetti sociali e istituzionali diversi (SdS, UF PISLL, CGIL-CISL-UIL zonali, Associazione ind.li Mugello)	

<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>			<p>Rilancio dell'iniziativa e spostamento del termine per la realizzazione della fase 3 al 1° semestre 2010</p>	
--	--	--	---	--

<p>Note</p>	<p>Il progetto, finora concretizzatosi in incontri preliminari con OO.SS. confederali Mugello, CNA Mugello, Confindustria Mugello E nella realizzazione di un convegno sul tema sicurezza sul lavoro, un impegno comune, che ha visto la partecipazione oltre che dei soggetti suddetti, della Regione Toscana e del Dipartimento Prevenzione della ASL 10, prevede la costituzione di un tavolo per l'assunzione di iniziative informative rivolte a lavoratori e studenti sul tema della sicurezza e salute sul lavoro</p>
-------------	--

Progetto di riferimento	L'informazione per la sicurezza nel lavoro agricolo
Ambito del progetto	Dipartimento prevenzione
Responsabile del progetto	Roberto Bolognesi

<p>RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE</p> <p>non è necessaria alcuna variazione X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda</p>
--

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Attività svolta						
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100%	100% (prodotte schede informative e gadgets che richiamano ai problemi infortunistici in agricoltura)	Entro II sem. 2009 0% Non realizzata	Entro II sem. 2009 100% raggiunto nel primo semestre	Entro I sem. 2010	Entro II sem. 2010
Eventuali criticità riscontrate				Difficoltà legate all'attività generale della U.F.	Difficoltà legate all'attività generale della U.F.	

Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Prevedere il completamento delle fase 1 e 2 entro il II semestre 2009	Prevedere il completamento delle fase 1 e 2 entro il II semestre 2009	Realizzare entro I semestre 2010		Realizzare entro II semestre 2010	
--	---	---	----------------------------------	--	-----------------------------------	--

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	PRONTO INTERVENTO SOCIALE
Ambito del progetto	SISTEMA
Responsabile del progetto	CAI, MARTELLI

<p>RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE</p> <p>non è necessaria alcuna variazione x sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda</p>
--

	Fase 1
Attività svolta	<p>E' in corso la fase 1, cioè l'analisi delle tipologie di bisogno con il SIM. E' stata inoltre avviata l'attività di rete attraverso un primo confronto tra il SIM e una Associazione di volontariato che interviene in materia, condividendo l'analisi dei bisogni e iniziando la redazione di un elenco di altre associazioni, gruppi e risorse informali da coinvolgere nel progetto.</p> <p>E' stata acquisita una proposta da parte di un soggetto del territorio per la definizione di posti dedicati che è al vaglio tecnico e amministrativo.</p>
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	In fase di analisi l'indicatore 2).

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>L'avvio più strutturato della fase 2 (identificazione e coinvolgimento di tutti i soggetti territoriali etc) per essere completamente realizzata implica la preliminare attivazione di una rete istituzionale che lo convalidi e lo supporti fino alla costituzione formale del gruppo di lavoro previsto che introdurrà la fase n. 3 del progetto. A tale scopo dovrà essere valutato anche l'apporto degli organismi della partecipazione della SdS e degli amministratori locali in essa rappresentati, oltre che il coinvolgimento del tavolo per il Volontariato. Va considerato inoltre che non tutte le tipologie di bisogno sono attualmente in gestione associata SdS con le conseguenze amministrative-gestionali collegate</p>
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Si ipotizza necessario uno slittamento dei tempi previsti inizialmente, allo scopo di verificare i tempi e le modalità di realizzazione di quanto previsto dalla Delib. Assemblea Sds Mugello n. 6 del 20/04/2009 per le ricadute sulle attività del progetto in merito alle criticità evidenziate.</p>

<p>Note</p>	<p>Le difficoltà nel coinvolgimento della rete dei soggetti attivi/attivabili è determinata dal fatto che la materia è nuova e non esistono elenchi ufficiali dei soggetti attivi. Si parte dalla conoscenza operativa dei soggetti territoriali pubblici e privati che già operano nel settore con interventi simili o assimilabili a quelli previsti dal progetto. La completezza e la correttezza nell'identificazione dei soggetti da coinvolgere quindi non può essere collegata solo alla conoscenza esperienziale dei servizi ma deve essere veicolata da indicazioni formali dei soggetti istituzionali che costituiscono appunto la rete istituzionale necessaria. Come già proposto nella scheda i soggetti istituzionali sono rintracciabili negli organismi di partecipazione della SdS e negli amministratori locali rappresentati nella SdS. Il tavolo per il volontariato, come già esplicitato anche nel progetto, può rappresentare la cabina di regia dei rapporti e delle azioni da realizzare. Per quanto attiene ai tempi di slittamento, visto l'attuale momento di passaggio legislativo, si reputa opportuno attendere la formalizzazione della nuova assemblea della SdS e successivamente, attraverso un confronto con il Direttore (e le strutture organizzative tecniche ad esso collegate) e l'Esecutivo, identificare le migliori strategie di coinvolgimento degli organismi della partecipazione e degli</p>
--------------------	--

	<p>amministratori, con l'ottica di innescare un circuito di informazione virtuoso in ciascun territorio comunale per il coinvolgimento di tutte le realtà associative presenti che potrebbero essere utilmente arruolate nel gruppo di lavoro.</p>
--	--

Si confermano sia l'analisi delle criticità riscontrate tutt'ora perduranti sia le azioni correttive già individuate nel precedente step di verifica.

Non si ritiene necessaria una ulteriore variazione del progetto ma la previsione del suo slittamento a tutto il 2010, con la realizzazione a regime della SdS come prevista dai nuovi atti (statuto e convenzione) attualmente in via di approvazione

Progetto di riferimento	Realizzazione Polo Formativo SdS Mugello
Ambito del progetto	Di sistema
Responsabile del progetto	Alberto De Paola -Luciana Giannelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

		F a s e 1	Fase 2	F	Fase 4
Attività svolta	Attivazione del Triennio Formativo del corso di Laurea in Infermieristica		Realizzazione di incontri con i soggetti istituzionali che possono determinare le condizioni per la realizzazione di un Master Universitario		Attivazione di corsi di Formazione in collaborazione con la Società della salute Mugello la Regione Toscana e la Cooperativa Proformma
			Attivazione di Corsi per Operatori Socio Sanitari in collaborazione con L'Azienda Sanitaria di Firenze e di Corsi di addetti all'assistenza di Base in collaborazione con la Cooperativa		

			ProForma	
--	--	--	----------	--

<p>Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo</p>	<p>Il 75% degli studenti ha frequentato le lezioni toriche e il 100% ha frequentato il tirocinio clinico</p>	<p>Nel febbraio 2009 è stato realizzato un primo incontro con la Dirigente Amministrativa del Polo Universitario è previsto incontro con Responsabili Start Gal</p>	<p>Realizzati e in corso di realizzazione 4 corsi di Formazione per Operatori Socio Sanitari e per ADB di cui due hanno già sostenuto gli esami abilitanti</p>	<p>Attivati e conclusi corsi per Infermieri e Operatori Socio Sanitari on the Job su Badanti a domicilio corsi di Formazione per i Punti Insieme e Corsi di aggiornamento Morbo di Alzheimer</p>
<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Difficoltà al reperimento di spazi in alcuni momenti dell'anno solare e alla individuazione delle sedi di tirocinio.</p>	<p>Difficoltà alla individuazione di soggetti che possano finanziare l'attività.</p>	<p>Difficoltà al reperimento di spazi in alcuni momenti dell'anno solare</p>	<p>Difficoltà al reperimento di spazi in alcuni momenti dell'anno solare</p>
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Necessità di procedere al più presto ad una ristrutturazione dell'immobile con ottimizzazione degli spazi attuali ed eventuale ampliamento degli stessi al piano inferiore.</p>	<p>Necessità di incontrare soggetti con potenziali capacità di investimento operanti sul territorio.</p>	<p>Necessità di procedere al più presto ad una ristrutturazione dell'immobile con ottimizzazione degli spazi attuali ed eventuale ampliamento degli stessi al piano inferiore.</p>	<p>Necessità di procedere al più presto ad una ristrutturazione dell'immobile con ottimizzazione degli spazi attuali ed eventuale ampliamento degli stessi al piano inferiore.</p>

<p>Note</p>	<p>Il Comune di Borgo San Lorenzo ha previsto nel più breve tempo possibile un adeguamento antisismico che comporterà la necessità di trasferimento in altri locali. Detto spostamento potrebbe avvenire anche all'inizio del prossimo anno solare con l'attivazione dei finanziamenti previsti per la ristrutturazione. Ad oggi ci sono difficoltà nella individuazione dei locali che potranno essere messi a disposizione per circa un anno. L'ipotesi più acclarata al momento sono i containers prefabbricati in prossimità del Chino Chini nel momento dello spostamento delle relative attività scolastiche che potrebbero creare qualche difficoltà nella realizzazione delle attività del prossimo anno anche se si auspica per le criticità riscontrate che detto recupero inizi il prima possibile. Infine si rende necessaria la progettazione del recupero dell'immobile per valutare l'Entità del finanziamento a disposizione sia per il recupero stesso che per l'acquisto di attrezzature.</p> <p>Per l'anno 2010 è indispensabile che la SDS continui a farsi carico della spesa legata alla pulizia dei locali prevedendo la stessa nel proprio bilancio di previsione.</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	SPORTELLO UNICO ACCOGLIENZA
Ambito del progetto	SISTEMA
Responsabile del progetto	BORSELLI, SOLFANELLI, CAI

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
X sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	La ricognizione avviata ha evidenziato la permanenza di situazioni molto differenziate tra gli 11 comuni che complica ulteriormente ogni fase di avvio.	Analisi delle attività e delle pratiche relative agli stranieri gestite dalla ASL e dai Comuni per un confronto sulle possibilità di interrelazione	Avvio di un confronto e scambio di informazioni con ASL per verificare la possibilità di una sperimentazione per la scelta del medico di medicina generale al momento dell'iscrizione del cittadino all'anagrafe per la residenza	

Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo				
Eventuali criticità riscontrate	<p>1) Una prima analisi delle modalità con cui vengono gestite le informazioni in ambito aziendale e degli 11 comuni ha confermato quanto espresso nella motivazione del progetto (assenza di collegamenti e sinergie sia sui contenuti sia sulle modalità organizzative e gli strumenti adottati)</p> <p>Il percorso di avvicinamento dei due contesti si presenta molto complesso, trattandosi anche di materie al momento non in gestione associata e nella totale autonomia di ciascuno degli 11 Comuni. Inoltre la referenza centrale aziendale del</p>	<p>Difficoltà nel confronto con interlocutori istituzionali anche in assenza del riferimento sul tavolo sull'immigrazione</p>		

	<p>progetto è da tempo in una fase di riorganizzazione, che ha comportato una sospensione nelle indicazioni progettuali aziendali.</p>			
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Allo scopo di sperimentare su scala ridotta le attività previste dal progetto per realizzare uno sportello unico, si propone di identificare un settore problematico specifico di particolare connessione tra le competenze comunali e quelle aziendali. I referenti indicano il settore della immigrazione su cui ripartire dalla fase 1 del progetto. Si ipotizza anche il coinvolgimento dello specifico tavolo organizzato dalla SdS sulla tematica</p>			

	dell'immigrazione. Si reputa infatti necessario un confronto con tutti i soggetti interessati per la realizzazione della rete istituzionale che renda possibile lo scambio operativo delle informazioni e l'avvio del percorso di avvicinamento dei modelli aziendale e degli 11 comuni			
--	---	--	--	--

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	TESTO UNICO PRESTAZIONI SOCIALI: L'ISEE NEL SOCIALE
Ambito del progetto	DI SISTEMA
Responsabile del progetto	ALESSANDRA PINI

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	1 SEM.2008	2 SEM.2008	1 SEM.2009	2 SEM.2009
Attività svolta	Costituzione gruppo di lavoro fra resp.dei comuni con compiti diversi	Predisposizione schema di lavoro inviato ai componenti dei gruppi di lavoro	Approvazione da parte della Regione toscana della deliberazione G.R. n.385 del 11/05/2009	Approvazione scheda regolamentare per la compartecipazione dell'utente alla quota sociale delle RSA
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	5%	5%	15%	30%
Eventuali criticità riscontrate		Mancanza di documenti definitivi da parte della R.T. dopo L.R.66/2008		
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

<p>Note</p>	<p>Con l'avvio della gestione associata nel settore sociale verrà modificato e attuato sulla zona SdS Mugello la parte applicativa Isee per gli altri servizi previsti a compartecipazione non facenti parte del Fondo non autosufficienza.</p>
--------------------	---

Progetto di riferimento	SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE (SIM)
Ambito del progetto	SISTEMA
Responsabile del progetto	CAI

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
x sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2
Attività svolta	In via di svolgimento tutte le attività previste dalla n. 1 alla 7 compresa, con le criticità sotto descritte.	
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	Mantenuta la presenza AASS nel PUA e l'apertura degli sportelli sociali. Da realizzare la formalizzazione delle procedure di cui si richiede uno slittamento di tempi per i motivi più sotto descritti.	
Eventuali criticità riscontrate	Azione 1: la realizzazione dei livelli essenziali (posta come vincolo al progetto) non è ancora pienamente operativa. Inoltre le attività del progetto "Anziano in famiglia" (azione 5.) hanno fortemente impegnato il servizio. Quindi non è stato valutato opportuno operare cambiamenti in questa fase, come invece	

	<p>previsto dall'azione 1.</p> <p>Azione 2.:non è ad oggi emanato l'atto di indirizzo RT previsto dalla L.R. 66/2009 con i relativi cambiamenti da prevedere per il PUA. E' stato invece avviato un progetto aziendale ("Un solo paziente") attualmente in via di simulazione, che implica una diversa organizzazione delle relazioni tra Sim, Ospedale e PUA che le dimensioni saranno valutabili al termine della simulazione.</p> <p>Azione 6: gli eventuali cambiamenti verranno riformulati all'interno del nuovo impianto organizzativo da realizzare ai sensi della Delib. Assemblea Sds Mugello n. 6 del 20/04/2009.</p>	
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Slittamento tempistica delle seguenti azioni: n.1; n.2; n.6;</p>	

<p>Note</p>	<p>Quanto identificato nelle criticità di valutazione sta trovando attualmente riscontro nella proposta contenuta nella nuova convenzione della SdS Mugello, in via di approvazione con il passaggio ad una gestione associata complessiva del settore sociale</p> <p>Con la realizzazione a regime della SdS Mugello verranno ulteriormente specificate nel Regolamento di organizzazione le linee di intervento relative alle criticità segnalate (azioni 1, 2, 6) mentre verranno ulteriormente potenziate le azioni n. 2,3, 4, 5, 7.</p> <p>Si valuta quindi di non prevedere cambiamenti nel progetto ma slittare la definizione dei contenuti operativi delle azioni 1, 2 e 6 che troveranno riscontro nel Regolamento di organizzazione SdS entro il primo semestre del 2010.</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	Sistema informativo dei servizi socio-sanitari : realizzazione di un percorso per il PUA/UVM.
Ambito del progetto	SISTEMA
Responsabile del progetto	Patrizia Baldassarri - Maurizio Timpanelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2
Attività svolta	Studio e sperimentazione di uno strumento di rilevazione per il pua/uvvm	Dal mese di novembre gli operatori del territorio (AA.SS/ Infermieri) inseriscono le schede di valutazione utilizzando Caribel Realizzati n°6 incontri per lo studio e l'implementazione del software Caribel
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	Realizzati n.5 incontri per la verifica della sperimentazione avviata a partire dal percorso della non autosufficienza ed estesa a tutti gli ambiti	100%

Eventuali criticità riscontrate	1. Nello strumento informatizzato	
--	-----------------------------------	--

	<p>relativo alla scheda PUA occorre apportare sostanziale modifica per registrare nostra attività</p> <p>2. attualmente non ancora pervenute le modifiche proposte dalla regione per il sistema ars e le altre schede attese entro marzo.</p>	
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>1. la ditta caribel in questo momento non accetta proposte di modifiche per cui gli operatori informatici hanno trovato soluzioni intermedie</p> <p>2. è stata individuata la data del 1 maggio per inizio ufficiale attività di utilizzo programma pua/territorio nonostante le carenze di cui sopra.</p>	<p>1) Dal mese di ottobre sono state inserite nel software tutte le schede regionali relative al protocollo valutativo</p> <p>2) Dal primo dicembre p.v. utilizzo sperimentale in sede di UVM del software caribel</p> <p>3) Dal mese di gennaio 2010 utilizzo a regime del programma pua/uvvm</p>

<p>Note</p>	<p>Nessun cambiamento per la parte finanziaria</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	Piano della comunicazione
Ambito del progetto	SISTEMA
Responsabile del progetto	Benito Martelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

**X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda**

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Realizzata news e collocati totem	Iniziato attività relative al protocollo con UNCEM	Redatta procedura	Redatta procedura
Obiettivi che l'attuazione degli interventi ha permesso di raggiungere	Divulgato notizie internamente ed esternamente	Non ancora valutabili	Non ancora valutabili	Non ancora valutabili
% o livello di raggiungimento indicatori	100%		100%	100%
Eventuali criticità riscontrate	Aggiornamento totem			
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

<p>Note</p>	<p>Per il 2010 si prevede la convenzione con il Comune di Borgo San Lorenzo per la gestione associata dei servizi di informazione, comunicazione e relazioni con il pubblico, finanziandola con somme inutilizzate nell'anno 2009 da indicare nel bilancio di previsione.</p>
-------------	---

Progetto di riferimento	Miglioramento della qualità
Ambito del progetto	TASVERSALE
Responsabile del progetto	Benito Martelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

X non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Somministrato questionario	Analizzato dati	Avuto incontri con la SS Innovazione Sviluppo Servizi Sanitari (ex VRQ)	Predisposto e presentato in Regione il Piano di formazione/valorizzazione del ruolo dei responsabili del caso come elemento cardine del SGQ relativo alla gestione "non auto"
Obiettivi che l'attuazione degli interventi ha permesso di raggiungere	Misurato soddisfazione utenza			
% o livello di raggiungimento indicatori	100%		100%	100%
Eventuali criticità riscontrate				
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

	Fase 5	Fase 6	Fase 7	Fase 8
Attività svolta	Non effettuata in attesa finanziamento regionale per formazione responsabili del caso	Non effettuata in attesa finanziamento regionale per formazione responsabili del caso	Prevista nel 2011	Prevista nel 2011
Obiettivi che l'attuazione degli interventi ha permesso di raggiungere				
% o livello di raggiungimento indicatori				
Eventuali criticità riscontrate				
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Prorogare realizzazione al primo semestre 2010	Prorogare realizzazione al primo semestre 2010	Sospesa in vista dell'imminente legge regionale su accreditamento strutture territoriali	Sospesa in vista dell'imminente legge regionale su accreditamento strutture territoriali

Note	
-------------	--

Progetto di riferimento	Realizzazione di un software per la prenotazione ed il pagamento su internet
Ambito del progetto	Erogazione prestazioni specialistiche (CUP)
Responsabile del progetto	D.ssa Carla Buonamici

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Realizzazione modulo Pagamento in line	Realizzazione modulo Prenotazione on line		
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100%	100%		
Eventuali criticità riscontrate				
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				

<p>Note</p>	<p>Il progetto si è concluso nei tempi previsti I servizi sono disponibili al seguente indirizzo http://www.asf.toscana.it</p>
-------------	--

Progetto di riferimento	Gestione PUA
Ambito del progetto	Sistema
Responsabile del progetto	Calamini-Baldassarri

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
x sono necessarie le variazioni riportate in seguito della schede

	Fase 1	Fase 2-3
Attività svolta	<p>N. 2 incontri effettuati con operatori PUA per la revisione delle procedure .</p> <p>N. 2 Incontri con operatori dei Punti insieme e PUA per condividere procedura informatizzata</p> <p>N. 1 incontro con operatori responsabili dei casi e operatori PUA per comunicare operatività del fondo non autosufficienza</p>	<p>N 5 incontri effettuati con operatori PUA per aggiornamento procedure rispetto ai cambiamenti legislativi e dei regolamenti. Coordinata formazione operatori Punti</p> <p>Insieme con formatori individuati dalla Regione</p> <p>N° 2 Incontri con operatori dei Punti Insieme per condivisione variazione procedure</p> <p>N° 1 incontro per condivisione procedura operativa UVM adulti</p> <p>N° 1 Proposta di aggiornamento regolamento operativo</p> <p>N° 7 incontri con referenti del Progetto Caribel per la verifica della funzionalità della procedura e successive</p>

		comunicazioni effettuate agli operatori territoriali e PUA
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	Sperimentata la procedura Caribel condivisa sulla fase iniziale del percorso utente (Segnalazione) Elaborazione di proposte per aggiornamento procedure regolamento operativo	Condivisa con operatori PUA e territoriali la procedura segnalazione che risulta a regime. Sperimentazione procedura PUA con le nuove schede e formazione al gruppo di valutazione PUA per la convocazione della seduta UVM e l'uso schede prevista.
Eventuali criticità riscontrate	Implementazione sistema informativo presenta difficoltà oggettive legate alla mancanza di alcune schede per la definizione del bisogno e la necessità di modifiche necessarie per la comunicazione fra gli operatori PUA UVM - territorio Difficoltà alla definizione e predisposizione di un piano delle attività quotidiano e relativi strumenti di integrazione	Evidenziate alcune criticità nel sistema Caribel per quanto riguarda la scheda PAP che dovrà essere modificata inserendo gli elementi previsti dal regolamento "anziani in famiglia" Criticità legate ai cambiamenti dei regolamenti legati alla 66/2008 che hanno portato dispersione di risorse e non hanno permesso di seguire il lavoro sul gruppo
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Lavoro con il gruppo per condividere una strategia con strumenti condivisi	Già comunicate al Direttore della S.d.S.
Note	Sulle criticità emerse da definire con il direttore il campo di azione dei responsabili del progetto e le varie figure coinvolte che interagiscono . Ridefinire il ruolo e le responsabilità dei punti insieme alla luce della nuova normativa	

Progetto di riferimento	PROGETTO "DIAGNOSI PRECOCE" TUMORE GASTRICO AREA MUGELLO
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	Dr. Vincenzo Lucchetti

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

- non è necessaria alcuna variazione
 sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Dal novembre 2004 al giugno 2006 arruolati 147 soggetti. Considerando l'alta partecipazione della popolazione non viene chiuso il reclutamento.	Nel gennaio 2007 iniziati i controlli (non previsti nella prima stesura del Progetto)	Nel febbraio 2008 termine arruolamento. Reclutati 167 familiari di I° grado di pz. affetti da etp gastrico (verifica corrispondenza familiarità con Registro Tumori Toscana)	Autunno 2010 termine dei "secondi controlli"
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100%	inizio primi controlli	100% terminato l'88% dei "primi controlli" Inizio "secondi controlli"	In itinere
Eventuali criticità riscontrate			Dal mese di gennaio 2009 si era ritenuto	Dal mese di settembre 2009

			opportuno incrementare le sedute Endoscopiche (I° e III° mercoledì di ogni mese) per completare i controlli.	interruzione delle sedute Endoscopiche dedicate al Progetto per importante "mole" di esami CUP prenotati presso Endoscopia del P.O.
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere				Da gennaio 2010 ripristino ed ulteriore incremento delle sedute Endoscopiche dedicate al Progetto.

Note	<p>Rimangono circa € 5.000 per completare i controlli</p> <p>Non segnaliamo importi da acquisire poiché alla fine dell'anno 2008 ed inizio 2009 sono state acquisite, poiché applicabili a tutto campo in gastroenterologia e non specifiche solo del Progetto, le seguenti metodiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Breath test (che viene eseguito con richiesta su ricettario regionale e prenotazione CUP il sabato mattina presso l'Endoscopia; - tre Kit annui di Gastropanel da utilizzare per il Progetto, ma anche da poter effettuare in casi selezionati su indicazione del medico curante o dello specialista gastroenterologo esterno dopo discussione ed accordo con i Dirigenti Medici del P.O. dedicati al Progetto. <p>Tutti i controlli si concluderanno nell'autunno 2010.</p>
-------------	---

	<p>Dopo la conclusione dei controlli sarà oggetto di discussione da parte dell'intero Gruppo di Studio se proseguire ulteriormente nel follow-up di questi soggetti, con quali metodologie, etc..</p>
--	---

Nei prossimi giorni sarà inviato per pubblicazione su Rivista Internazionale il primo lavoro inerente esclusivamente ai dati emersi dal "primo passaggio" nei 167 familiari.

E' inoltre intenzione di pubblicare a breve termine un lavoro inerente alla doppia lettura Anatomico-Patologica delle biopsie effettuate in corso di gastroscopia.

Ovviamente a medio-lungo termine saranno oggetto di pubblicazione i dati emersi ed il loro confronto in termini di evolutività fra I° passaggio, I° e II° controllo.

Progetto di riferimento	MATERNO INFANTILE
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	A.Fedi, A. Naldi

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE
x sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Attività svolta	<ul style="list-style-type: none"> -Presenza medici ospedalieri sul territorio. -Presenza medico ospedaliero non obiettore sul territorio -Continuità assistenziale 		<ul style="list-style-type: none"> -E' in via di approvazione la delibera per una seduta consultoriale mensile di 5 ore dello stesso medico sumaista che ha l'incarico ospedaliero per la legge 194/78 - Al momento tuttavia l'attività prevista viene effettuata, a carico della struttura ospedaliera.

<p>Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo</p>	<p>Obiettivi raggiunti, con qualche difficoltà per la presenza di medico ospedaliero non obiettore sul territorio (ricorso a plus orario)</p>	<p>La riorganizzazione delle attività ospedaliere è prevista per il secondo semestre 2009</p>	<p>-Delibera e finanziamento già predisposti. -In quanto alla riorganizzazione delle attività ospedaliere, è prevista per Dicembre 2009 una riunione di condivisione con i referenti territoriali , e l'avvio completo nella riorganizzazione da Gennaio 2010</p>
<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Rispetto alla stesura iniziale della scheda, occorrono alcune modifiche riguardanti l'indicatore di processo e l'indicatore di esito. Per quanto riguarda il primo, "la presenza di medico non obiettore in almeno due sedute ambulatoriali a mese" non è attuabile, poiché al medico ospedaliero non obiettore è già assegnato il turno quindicinale di servizio presso il consultorio, e il mantenimento di due sedute al mese non è compatibile con le necessità di servizio, ferie o assenze per altri motivi, in cui a quel servizio consultoriale può essere destinato altro medico, obiettore</p>	<p>Al 31/3/2009, i tre obiettivi specifici del progetto sono stati rispettati. Per quanto riguarda l'indicatore di processo, si è fatto il possibile per raggiungere le due sedute richieste di medico non obiettore, destinando in plus orario lo specialista ospedaliero SUMAI con convenzione per IVG al servizio consultoriale (Marzo 2009), ma la soluzione ideale, e definitiva, a questa criticità ci sembra quella indicata nella colonna a fianco, e nel relativo importo da acquisire. Per quanto riguarda le attività previste, in particolare la nuova organizzazione interna per la gestione delle gravidanze a rischio, nonostante le difficoltà descritte nella precedente scheda, riteniamo che entro Giugno, come dichiarato,</p>	<p>Si sollecita quindi la definizione della pratica</p>

		almeno un primo avvio, parziale, dei servizi ostetrici rivolti a una migliore collaborazione e interscambio con le attività consultoriali possa essere attuato.	
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	<p>Questo problema può essere risolto in due modi: o riducendo l'impegno presentato come obiettivo; oppure assegnando un turno mensile di 5 ore SUMAI al medico Sumaista a contratto presso il nostro Ospedale per il servizio delle IVG. Con questa seconda ipotesi si otterrebbe una garanzia di presenza del medico non obiettore sul territorio adeguata, e inoltre si potrebbe realizzare quell'incremento di presenza dello specialista ospedaliero sul territorio, con i relativi riscontri positivi di integrazione e di continuità assistenziale che costituiscono l'essenza degli obiettivi del progetto. Questa soluzione potrebbe servire inoltre a realizzare l'indicatore di esito: "almeno uno specialista ospedaliero presente nei consultori ad una seduta settimanale", poiché mi risulta che presso il consultorio di Borgo San Lorenzo, che ha sedute settimanali, sia presente solo lo specialista territoriale. L'obiettivo sarebbe raggiunto realizzando una</p>		E' in valutazione la redistribuzione delle attività in favore delle sedi a maggiore richiesta di prestazioni (es. Barberino)

	seduta mensile dello specialista SUMAI ospedaliero presso il consultorio di Borgo San Lorenzo.		
--	--	--	--

Note	L'importo per l'ipotesi di variazione descritta è calcolato per il costo di 5 ore SUMAI mensili dello specialista Ospedaliero (circa 40 euro l'ora), per 12 mensilità.
-------------	--

Progetto di riferimento	PERCORSI RIABILITATIVI ORTOPEDICI
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	Massimo Mondanelli, Annarosa Naldi e Tiziana Faraoni

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
Xsono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1 al 31Marzo 2009	Fase 2 dal 1 aprile al 15 novembre 2009
Attività svolta	Riunione verifica stato avanzamento progetto Verifica indicatori previsti Valutazione/ricognizione documentazione già predisposta per opuscolo e pianificazione azioni da prevedere/completare	Riunione verifica stato avanzamento progetto. Verifica indicatori previsti.
Obiettivi che l'attuazione degli interventi ha permesso di raggiungere	Obiettivi specifici 1,2 e 3	Obiettivi specifici1,2,3 e 4
% o livello di raggiungimento indicatori	Indicatori 1 e 3 100% Indicatore 2 al 30%	Indicatori di processo 1 e 3 100% e 2 al 60%*

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>Mancanza di criteri chiari per la continuità assistenziale/sociale dei pazienti dimissibili al proprio domicilio . Previsto incontro in merito</p>	<p>La criticità segnalata è ancora presente e riguarda il servizio e pertanto non implica il non raggiungimento degli obiettivi</p>
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>Precisazione per l'indicatore di esito: la valutazione funzionale viene effettuata a due mesi dall'intervento per frattura collo-femore e protesica in elezione di anca e ginocchio da parte degli operatori della riabilitazione funzionale sui pazienti che ritornano alla loro osservazione, valutando con la scala FIM il livello di autonomia nel salire le scale . Gli standard verranno definiti dopo un anno di osservazione</p>	<p>Previsto incontro per valutazione anno di osservazione e più puntuale definizione/implementazione dell'indicatore e relativo standard</p>

* Il raggiungimento dell'indicatore verrà ottenuto con implementazione di alcune informazioni per la protesi di ginocchio e con la realizzazione di opuscolo stampato, non ancora realizzato.

<p>Note</p>	
--------------------	--

Progetto di riferimento	PAZIENTE AFFETTO DA SCOMPENSO CARDIACO
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	Dr. Pasquale Petrone , S.S. Cardiologia, P.O. Mugello- Dr. Mauro Guarnieri, MediCoop - Dr. Anna Rosa Naldi, U.F. M. ASC

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

**non è necessaria alcuna variazione
sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda**

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	Costituzione di un gruppo di lavoro	Costituzione di un Registro dei Pazienti con scompenso cardiaco	Promozione e sensibilizzazione	Definizione progetto (risorse e finanziamenti)

<p>Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo</p>	<p>Costituito il gruppo di lavoro</p>	<p>Costituito un Registro provvisorio attraverso i dati incrociati provenienti da : nominativi ricoverati per DRG 127 presso il P.O. Mugello nel 2008 nominativi pz seguiti presso l'ambulatorio di continuità assistenziale della Cardiologia dello scopenso nominativi dei pz seguiti dal servizio di assistenza domiciliare nominativi dei pz forniti dai MMG (inserito l'80% circa dei pazienti prevedibili)</p>	<p>incontro con il Sindacato dei Pensionati del Mugello e con i MMG incontro con sindacato CISL ospedaliero Presentazione del progetto all'Associazione Volontari Ospedalieri Presi contatti per la costituzione di una associazione ONLUS di cittadini a sostegno del progetto</p>	<p>E' stata delineata l'organizzazione del progetto nell'area del mugello Ne è stata discussa ed approvata la fattibilità Sono stati discussi e presentati i risultati al Dir. Del Dip. Cardiologico Aziendale Dr. A.Zupprioli ricevendone approvazione Sono state definite nel dettaglio le risorse necessarie e i finanziamenti per ottenerle, di cui quota parte tramite la presentazione da parte della SdS e deliberazione aziendale del progetto riferito alto Mugello "Percorso assistenziale integrato per lo scopenso cardiaco e la prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, per la Zona Montana del Mugello"</p>
--	---------------------------------------	--	---	---

<p>Eventuali criticità riscontrate</p>	<p>nessuna</p>	<p>Difficoltà nel coinvolgimento di tutti i MMG e dell'invio da parte di molti di loro delle liste pz</p>	<p>Le caratteristiche del progetto richiedono che le azioni di promozione conseguano alla definizione di fattibilità e delle risorse necessarie</p>	<p>Le caratteristiche del progetto richiedono che la individuazione delle risorse consegua alla definizione di fattibilità</p>
<p>Ipotesi di azioni correttive da intraprendere</p>	<p>nessuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invio di una mail di sollecito motivato con testo concordato tra i responsabili del progetto a tutti i MMG. • Il registro verrà gradualmente incrementato durante la fase operativa 	<p>Variazione del cronogramma</p>	<p>Variazione del cronogramma</p>

	Fase 5	Fase 6	Fase 7	Fase 8
Attività svolta	Fattibilità e Adattamento nel Mugello dei percorsi assistenziali differenziati in base al livello di criticità del paziente.	Ri-definizione dei ruoli di ogni "attore" del progetto	Consolidamento e sviluppo dell'ambulatorio ospedaliero dello scompenso cardiaco /Day Service	Coinvolgimento e formazione dei ruoli del progetto
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	E' stato eseguito lo studio di fattibilità adattando il progetto LIS alla realtà geografica e demografica del Mugello, definendo nel dettaglio i percorsi assistenziali in base al livello di criticità del pz, in particolare dalla dimissione dall'ospedale all'assistenza integrata sul territorio	E' stato ridefinito, concordato e condiviso il ruolo di ogni singolo attore del progetto, nell'ottica di una integrazione in rete	E' stato sviluppato l'ambulatorio: <ul style="list-style-type: none"> - incremento del numero di PM biventricolari/ICD fatti impiantare nei centri di riferimento - organizzazione della rete con il centro trapianti di Siena - collaborazione con la Nefrologia dell'OSMA per la dialisi peritoneale domiciliare 	Non disponibile
Eventuali criticità riscontrate	Integrazione ed omogenizzazione delle risorse già esistenti con quelle da creare ex-novo.	nessuna	nessuna	Subordinata alla definizione delle risorse e finanziamenti
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	nessuna	nessuna	nessuna	Variazione del cronogramma

	Fase 9	Fase 10		
Attività svolta	Assistenza infermieristica domiciliare (sperimentazione)	Informazione e formazione della famiglia del pz; addestramento con autoapprendimento del BLS (sperimentazione)		
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	E' stato inserito il primo paziente nel percorso di assistenza integrata e domiciliare in via sperimentale	Non disponibile		
Eventuali criticità riscontrate	Necessità di sfruttare le risorse esistenti ma dedicate ad altra tipologia di pazienti in attesa delle risorse effettive richieste subordinate alla disponibilità dei finanziamenti previsti	Subordinata alla definizione delle risorse e finanziamenti		
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Variazione del cronogramma	Variazione del cronogramma		

Note	
-------------	--

DATI GENERALI DEL PROGETTO RELATIVO PROGETTAZIONE FUTURA

Società della Salute proponente: Società della Salute del Mugello

Responsabile del Progetto:

Dott. Alfredo Zuppiroli Direttore Dipartimento Cardiologico ASL 10 Firenze
Dott.ssa Anna Rosa Naldi - UFM ASC Zona Distretto Mugello
Dott. Fabrizio Bandini Cardiologia P.O. Borgo S. Lorenzo
Dott. Pasquale Petrone Cardiologia P.O. Borgo S. Lorenzo
Dott. Alberto Depaola Direttore U.O. Territoriale Infermieristica
Zona Distretto Mugello
Dr. Mauro Guarnieri MMG- MediCoop Zona Distretto Mugello
Dr. Giovanni Banchi MMG- MediCoop Zona Distretto Mugello

Comuni coinvolti nella progettazione: Comuni della zona sociosanitaria Mugello

Natura triennale o annuale del progetto: triennale

Titolo: Percorso assistenziale integrato per lo scompenso cardiaco e la prevenzione secondaria della Cardiopatia ischemica per la Zona del Mugello.

Descrizione del progetto:

Nell'ambito delle patologie croniche l'approccio terapeutico farmacologico e non farmacologico è stato definito e diffusamente condiviso e nei prossimi anni non sono previste innovazioni in tal senso; gli ulteriori miglioramenti che possono essere apportati nel futuro passano pertanto attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi che garantiscano l'estensione a tutti i pazienti cronici delle terapie, l'adesione alle stesse, l'assistenza alla cura e alla qualità di vita, al fine di ottenere da un lato una minore incidenza di riacutizzazione della malattia, dall'altro una migliore qualità di vita ovvero, laddove non è possibile ciò per l'estremo stato di avanzamento della malattia, il migliore livello di assistenza all'accompagnamento alla morte.

La medicina d'iniziativa, pro-attiva verso il paziente, da un lato e il modello del Chronic Care Model, con l'attuazione di percorsi di presa in carico a lungo termine, dall'altro, rappresentano le basi per poter sviluppare tale assetto organizzativo. La coesistenza di questi due approcci porta allo sviluppo di processi di cura basati sulla continuità assistenziale che prevede una forte integrazione tra servizi e utenti e tra ospedale e territorio.

Lo scompenso cardiaco rappresenta la patologia cardiaca più diffusa nella popolazione generale, e per la Zona Mugello l'incidenza di mortalità per le malattie cardiovascolari sfiora il 41% , rappresentando la prima causa di morte.

Dal canto suo la Zona Mugello presenta caratteristiche demografiche e geografiche peculiari, con una prevalenza di popolazione anziana superiore all'area metropolitana di Firenze (il 26% della popolazione generale nel Mugello contro il 23% dell'area metropolitana) e un'ampia area di montagna (che interessa in particolare 5 comuni), lontane dall'ospedale e con accessi stradali obbligati, che rendono estremamente difficoltosi i trasferimenti, soprattutto se si tratta di utenti anziani, non autosufficienti nei trasporti, per i quali l'accesso all'assistenza e alla cura, genera un notevole incremento dei costi sanitari.

Azioni concrete allora divengono:

- il decentramento dell'assistenza, attraverso una capillare rete infermieristica a livello dei Presidi e, laddove necessari domiciliare
- il potenziamento della interazione fra cardiologi ospedalieri e MMG ed il decentramento graduale della consulenza cardiologica dei pazienti in follow-up attraverso la dotazione di elettrocardiografi presso gli ambulatori infermieristici dei Presidi dei Comuni montani

La dotazione permette:

- l'esecuzione del tracciato effettuato dagli infermieri del presidio territoriale
- la sua trasmissione alla cardiologia di riferimento (P.O. di Borgo S. Lorenzo)
- l'immediata refertazione, con la possibilità di diagnosticare alterazioni ischemiche e disturbi del ritmo in tempi brevi e senza far spostare il paziente riducendone il disagio.

Un sistema del genere però non può prescindere da una stretta collaborazione con l'Ospedale e con i medici di medicina generale (MMG), in una rete integrata in cui risorse umane e strumentali e competenze professionali convergono a garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente affetto da malattia cronica.

L'applicazione di un sistema così organizzato si realizza per la malattie cardiache croniche, in particolare per lo scompenso cardiaco e la cardiopatia ischemica, una volta risolta la fase acuta.

Obiettivi attesi:

- Migliorare le condizioni di salute dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico.
- Migliorare l'adesione alla terapia farmacologica e non farmacologica.
- Favorire la consapevolezza della propria malattia, formazione e supporto all'auto-cura attraverso colloqui individuali tra operatori sanitari e paziente.
- Favorire la domiciliarità dell'assistenza dei pazienti più complessi e degli "anziani fragili"
- Favorire la diagnosi delle alterazioni ischemiche e disturbi del ritmo in tempi brevi evitando il disagio degli spostamenti, tramite esecuzione presso i Presidi degli elettrocardiogrammi.
- Creare una rete caratterizzata da una stretta collaborazione ed integrazione con sanitari ospedalieri, medici di medicina generale, sanitari territoriali che convergono nella garanzia della continuità assistenziale secondo compiti e modalità condivise.

Presupposti e struttura organizzativa

- ***Basi razionali***

La medicina d'iniziativa, pro-attiva verso il paziente, il modello del Chronic Care Model, con l'attuazione di percorsi di presa in carico a lungo termine.

- ***Principi organizzativi***

Processi di cura basati sulla continuità assistenziale attraverso:

- una forte integrazione ed interazione tra i servizi e utenti e tra ospedale e territorio
- l'uso e l'accesso corretto rispetto alle risorse
- un salto culturale rivolto all'appropriatezza delle richieste ed al miglioramento della risposta da parte dei servizi
- una rete intra e interaziendale per le attività sanitarie più avanzate

Fase organizzativa del progetto

- Costituzione di un gruppo di lavoro - realizzato nel corso del 2009
- Costituzione di un Registro dei pazienti con scompenso cardiaco - in fase di elaborazione
- Costituzione del Call Center a gestione Medicoop - previsto entro primo semestre 2010
- Definizione dei ruoli e dei compiti di ogni "attore" del progetto - fase conclusa
- Assistenza infermieristica ambulatoriale nei presidi e/o domiciliare - entro primo semestre 2010

- Predisposizione di elettrocardiografi con server presso gli ambulatori infermieristici dei Presidi ed esecuzione ECG con consulenza cardiologica - entro I semestre 2010

Modalità operative

E' stato adottato come schema organizzativo e gestionale il Chronic Care Model per lo scompenso cardiaco, adattato alle caratteristiche dei servizi e delle condizioni oro-geografiche della Zona , in particolare della Zona Montana.

I pazienti sono divisi in tre gruppi, A,B,C, a secondo della complessità clinica e del livello assistenziale.

Gruppo A: Basso profili di rischio (livello Self Management Kaiser)

Formazione e supporto all'auto-cura attraverso il colloquio tra operatore sanitario e paziente: il paziente viene informato attraverso un colloquio che può avvenire al momento della dimissione, o presso l'ambulatorio del MMG o ospedaliero dello scompenso tra medico MMG/cardiologo o infermiere e paziente stesso riguardo a:

- 1) Inquadramento generale delle problematiche della malattia
 - 2) Aspetti legati alla terapia farmacologia e a stili di vita (alimentazione,attività fisica ect.)
 - 3) Modalità per riconoscere precocemente i segni di instabilità della malattia
- Il colloquio può essere ripetuto entro 1 mese presso l'ambulatorio del MMG con l'obiettivo di verificare le conoscenze e competenze che sostengono l'auto-cura acquisite in precedenza e di aumentare il livello di attenzione su di esse

Monitoraggio e controllo: questa attività viene effettuata attraverso:

- 1) visite individuale in ambulatorio del MMG che rileva:
 - Eventuale presenza o modificazione dei segni e sintomi di malattia
 - Aderenza agli stili di vita consigliati e testa la capacità di autocura

Effettuate a distanza di 1 mese dalla dimissione/arruolamento e ripetute al 4° 6° e 10° mese

- 2) visite individuali in ambulatorio del MMG che esegue una valutazione clinica (almeno 1 controllo ogni 3 mesi) e del Cardiologo dell'ambulatorio dello scompenso (1 controllo 1 volta l'anno)

Gruppo B: medio profico di rischio (livello Care Management Kaiser)

Monitoraggio e controllo: visite individuali presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale (a isorisorse) o gli ambulatori infermieristici del Presidio:

1° mese : 1 controllo ogni 15 gg./follow-up telefonico

2° mese: 1 controllo mensili/follow-up telefonico

3° mese fino al 12° mese: 1 controllo ogni 2 mesi /follow-up telefonico (totale 8 controlli)

-visite individuali in ambulatorio del MMG che segue una valutazione clinica (almeno 1 controllo ogni 3 mesi) e del Cardiologo dell'ambulatorio dello scompenso (1 controllo ogni 6 mesi)

Gruppo C: alto profilo di rischio (livello Case Manegement Kaiser)

Monitoraggio e controllo: visite individuali ambulatoriali o domiciliari da parte dell'infermiere del Presidio

1° mese: 1 visita domiciliare alla 1°,2° e 4° settimana

2° e 3° mese: 1 visita mensile (a domicilio o ambulatorio del presidio secondo le condizioni cliniche del paziente) e follow-up telefonico

4° al 12° mese: 1 visita mensile domiciliare o ambulatoriale del presidio e follow-up telefonico

Totale 14 controlli.

La frequenza dei controlli potrà comunque variare in base all'andamento clinico del paziente

-visite individuali in ambulatorio o domiciliari del MMG che esegue una valutazione clinica (almeno 1 volta al mese) e del Cardiologo dell'ambulatorio dello scompenso (secondo necessità e su indicazioni del MMG e comunque almeno 1 controllo ogni 3 mesi)

Durante il periodo di monitoraggio domiciliare qualora se ne riscontri l'esigenza verrà fornito:

- Assistenza infermieristica per infusioni endovenose intermittenti di diuretici a domicilio
- Monitoraggio dello stato di idratazione mediante impedenziometro portatile

Per l'esecuzione del controllo infermieristico ambulatoriale e domiciliare sono state elaborate schede di monitoraggio clinico infermieristico e una scheda per il monitoraggio della variazione del peso corporeo

CALL CENTER

Il paziente proveniente da segnalazione dimissioni ospedaliere, ambulatorio cardiologico, Medico di medicina Generale sarà indirizzato al Call Center, gestito da Medicoop.

A quest'ultimo sono affidati i seguenti compiti:

- filtro dei pazienti in fascia A-B-C- e convalida della presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale secondo il modello condiviso.
- Indirizzo al PUA per i pazienti con maggiore complessità assistenziale individuabili nella fascia B o C, il quale provvederà ad inviare la segnalazione agli infermieri territoriali del Presidio di appartenenza del paziente per la presa in carico
- Richiamo attivo per le consulenze cardiologiche programmate e le visite ambulatoriali dei Medici di medicina Generale, regolate secondo un calendario differenziato sui livelli di gravità e per le visite ambulatoriali effettuabili presso i Presidi per i pazienti in fascia B e C.
- Costituzione di un Registro dello Scopenso
- Elaborazioni statistiche ed epidemiologiche

Definizioni delle risorse e dei costi aventi come fonte di finanziamento la Regione Toscana "Progetto Montagna"

<p>CALL CENTER E' stato considerata l'opportunità di costituire un Call Center gestito da Medicoop nell'ambito di una fattiva collaborazione ed integrazione dell'équipe multidisciplinare operativa. Costo pers. infermieristico: 2 h giornaliera x40 eurox 5 gg.x 52sett.</p>		<p style="text-align: right;">EURO</p> <p style="text-align: right;">20.800</p>
--	--	---

<p>GRUPPO A n. Pazienti previsti 800-1000/anno (circa 80% della prevalenza dei pz. Anziani)</p> <p>Questo gruppo di pazienti è gestito a livello territoriale esclusivamente presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale secondo le modalità organizzative sopra esposte, è prevista la produzione di depliant informativi da consegnare ai pazienti come momento di rafforzamento della consapevolezza della malattia e supporto all'auto-cura.</p> <p>Materiale informativo 2000 depliant</p>		<p>2.000</p>
<p>PAZIENTI GRUPPO B N. Pazienti previsti 140/anno (calcolato sul 13%)</p> <p>Accessi del paziente presso l'ambulatorio infermieristico:</p> <p>al 1° mese n. 2 accessi al 2° mese n. 1 accesso dal 3° al 12° mese: n. 1 accesso ogni 2 mesi</p> <p>totale n. 8 visite /mese x 30 min.x 140 pz. x 40 euro ora totale costo infermieri territoriali per gruppo B</p>		<p>22.400</p>
<p>PAZIENTI GRUPPO C N. pazienti previsti 80/anno (calcolato sul 7%)</p> <p>Si prevede che le visite siano prevalentemente domiciliari, non si esclude tuttavia che alcuni pazienti possano recarsi agli ambulatori territoriali infermieristici.</p> <p>Al 1° mese si effettua 1 visita alla 1°.2°, 4° settimana a domicilio Al 2° e 3° mese: 1 visita al mese a domicilio/ambulatorio Dal 4° al 12° mese: 1 visita mese prevalentemente ambulatoriale se le condizioni cliniche lo consentono</p>		

Totale n. 14 visite/mese x45 min. x 80 pz.x 40 euro ora = Totale costo infermieri territoriali per il gruppo C		33.600
ELETTROCARDIOGRAFI Per i comuni montani di Marradi, S. Godenzo, Palazzuolo, Londa e Firenzuola si prevede la dotazione di un ECG+communication module+kit stress presso gli ambulatori infermieristici. Costo strumentazione: n. 1 server organizer+ software trasmissione euro n. 5 ECG a 3.600 ciascuno euro Non sono previsti costi aggiuntivi per il personale.	20.000 18.000	38.000
TOTALE		116.800

Definizione delle risorse e dei costi aventi come fonte di finanziamento la ALS 10 di Firenze

		EURO
FORMAZIONE: “sensibilizzazione e metodi di comunicazione per il self management“ Corso di comunicazione : 1 : 8 ore Corso di formazione specifico : 4h Rivolto a : 55 MMG / 5 cardiologi / 7 IP di cardiologia Tot: 67 (20-25/corso) 3 corsi di comunicazione svolto da un formatore di professione ognuno di (½ g + ½ g) 1200- 1300€ / giorno 3 corsi specifici 4h 40€/h tot.ore 24	3.600/ 3.900€ 1.000€	6.990

4 a 24 ore nei casi dubbi 5 alla dimissione sempre		
FASE INTRAOSPEDALIERA - CONTROLLO CARDIOLOGICO - gruppo A N° 800 1 controllo/h/anno 800 ore - gruppo B N° 140 2 controlli/h/anno 280 ore - gruppo C N° 80 4 controlli/h/anno 320 ore - totale 1400 ore		
Il controllo, come già avviene nelle S.d.S sud est/Centro/e sud ovest, verrebbe affidato ad un cardiologo attraverso una borsa di studio finanziata dal LIS: facendo riferimento alle condizioni attuali la borsa è di 2300 € /mese per 25 ore di lavoro/settimana il che significa 23€/ora lorde 23€x1400 ore =	32.200€	32.200€
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI/COMPUTER IMPEDENZIOMETRI (portatili) N° 9 700€ /uno PC Portatili : N° 9 500€/uno ECG P8000 altri distretti N° 5 1.500€/uno	6.300€ 4.500€ 7.500€	
		18.300€
TOTALE		75.900€

Progetto di riferimento	FINESTRA TELEFONICA PER URGENZE RADIOLOGICHE
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dott. Roberto CARPI ➤ Rappresentante MMG

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
 sono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Attività svolta	<ul style="list-style-type: none"> - Lo Strumento finestra telefonica è ormai consuetudine consolidata. - n. 1 incontro annuale con i MMG per la valutazione del percorso definito, con esito positivo, in data 15/11/09. 			
Livello di raggiungimento degli Indicatori di Processo	100% utilizzo degli spazi messi a disposizione per la FT			

Eventuali criticità riscontrate	Prenotazione diretta dell'esame da parte del MMG senza preventivo contatto con il Radiologo			
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Incremento del 50% degli spazi disponibili per la FT affiancandola a più efficace attività di filtro e ad un più stretto contatto con i MMG			

<p>Note</p>	<p>La FT si è dimostrata efficace e gradito strumento per i MMG finalizzato ad individuare una risposta celere a bisogni urgenti del cittadino, con un tasso di occupazione dello spazio sulle liste di prenotazione pari al 100%</p> <p>A volte il contatto con il Radiologo, come figura di consulente idoneo a indirizzare un percorso diagnostico, è venuto meno.</p> <p>Si propone pertanto di incrementare ulteriormente (+50%) l'ampiezza di questo canale privilegiato di prenotazione affiancandolo ad un più stretto contatto tra MMG e medico radiologo, nell'ottica anche di un iniziale percorso, da intraprendere nel corso dei prossimi mesi, di rivisitazione e consolidamento dei criteri di appropriatezza prescrittiva.</p>
--------------------	--

Progetto di riferimento	PERCORSO INTEGRATO DIMISSIONI OSPEDALIERE PROGRAMMATE
Ambito del progetto	PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE TERRITORIO
Responsabile del progetto	Dott.ssa Tiziana Faraoni e Dott. Maurizio Timpanelli

RISPETTO ALLA PROGETTAZIONE INIZIALE

non è necessaria alcuna variazione
Xsono necessarie le variazioni riportate in seguito della scheda

	Fase 1, al 31 marzo 2009	Fase 2, al 15 novembre 2009
Attività svolta		
Obiettivi che l'attuazione degli interventi ha permesso di raggiungere	<ul style="list-style-type: none"> - presa in carico in caso di dimissione ospedaliera programmata per patologie complesse definite nella procedura, assicurando la continuità assistenziale a domicilio del paziente. - modalità omogenee per l'attivazione del servizio - assicurare la continuità assistenziale tra l'Ospedale e i Servizi Territoriali consentendo il recupero, anche parziale, dell'autonomia in ambito domestico e familiare. 	<ul style="list-style-type: none"> - presa in carico in caso di dimissione ospedaliera programmata per patologie complesse definite nella procedura, assicurando la continuità assistenziale a domicilio del paziente. - modalità omogenee per l'attivazione del servizio - assicurare la continuità assistenziale tra l'Ospedale e i Servizi Territoriali consentendo il recupero, anche parziale, dell'autonomia in ambito domestico e familiare

% o livello di raggiungimento indicatori	Totale delle segnalazioni nel primo trimestre 2009 sono state 114. Rispetto dei tempi di segnalazione nel 95% (standard 80%) nessuna mancata segnalazione di pz prima dell'invio a domicilio, (standard non > 5%) .	Totale delle segnalazioni al 15 novembre 2009 sono state 316. Rispetto dei tempi di segnalazione nel 94% (standard 80%) nessuna mancata segnalazione di pz prima dell'invio a domicilio, (standard non > 5%)
Eventuali criticità riscontrate	Monitoraggio puntuale dei reingressi evitabili.	Permane la difficoltà del monitoraggio puntuale dei reingressi evitabili in quanto la riorganizzazione per intensità di cure, l'adozione della cartella integrata in atto nel PO hanno assorbito molte risorse e non è stato ancor possibile stilare dei criteri da portare alla discussione dei colleghi del territorio.
Ipotesi di azioni correttive da intraprendere	Miglioramento del sistema di rilevazione dei reingressi con la ricerca di criteri oggettivabili	

Note	<p>A cavallo tra il 2° ed il 3° trimestre 2009 l'ospedale ed il territorio hanno partecipato alla prima fase di sperimentazione del progetto aziendale "un solo paziente" che fa parte del percorso che ha come obiettivo finale quello di definire la procedura aziendale per la continuità assistenziale ospedale - territorio. La sperimentazione effettuata ha rappresentato un notevole impegno in quanto si è sovrapposta alle attuali modalità organizzative che per motivi ovvii non potevano essere sospese. Le risultanze e le osservazioni effettuate anche in rapporto all'esperienza maturata in questi anni nel Mugello sono state sintetizzate in un documento ed inviate ai referenti aziendali del progetto. E' prevista a breve una nuova fase che vedrà nuovamente impegnati gli operatori ospedalieri e territoriali.</p>
-------------	---