

PROFILO DEI SERVIZI

Società della Salute Pratese

Indice generale

Premessa.....	1
Assetti organizzativi.....	2
Organizzazione presente e futura.....	2
I servizi socio sanitari e socio assistenziali.....	8
Il supporto alla SdS.....	13
La sanità territoriale.....	15
Offerta dei servizi.....	19
L'offerta dei servizi socio assistenziali e socio sanitari.....	19
I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità.....	29
La Salute Mentale Adulti.....	30
La Salute Mentale Infanzia Adolescenza.....	33
Le Dipendenze.....	35
le Attività Consultoriali Territoriali.....	37
Contrasto alla Violenza di Genere.....	39
La sanità territoriale.....	42

Premessa

Il Profilo dei Servizi, così come previsto dalla DGRT n°1339/2019, descrive la rete dei servizi e degli interventi attivati dall'ambito territoriale con indicazione delle loro capacità in termini di prestazioni e attività erogate e ne evidenzia i relativi fabbisogni. Costituisce la base conoscitiva del sistema di offerta attivo nella nostra SdS ed è composta da due parti:

- il quadro degli assetti organizzativi della SdS articolato in Sanità territoriale, Socio sanitario, Socio assistenziale, dettagliato con le informazioni relative alle singole strutture organizzative;
- il quadro dell'offerta dei servizi come rappresentazione delle tipologie dei servizi offerti in materia di sanità territoriale, socio sanitario e socio assistenziale attivati per i cittadini con l'indicazione dei principali dati di attività

Assetti organizzativi

Organizzazione presente e futura

Il territorio dell'Azienda Usl Toscana Centro è composto da 72 comuni con 1.638.345 residenti (dato Istat al 01/01/2018), ed è suddiviso in 8 zone distretto, in 7 delle quali è istituita la Società della Salute e la Società della Salute Area Pratese è una di queste.

La normativa regionale definisce la zona – distretto come l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria viene realizzata attraverso la Società della Salute (artt. 71 bis ss) oppure mediante la convenzione socio-sanitaria (art. 70 bis).

Fino al 2018 la SdS Area Pratese ha garantito in forma indiretta la gestione unitaria dei servizi di cui alla legge n. 40 del 2005 e s.m.i., comma 3 lettera c) e d) avvalendosi del Comune di Prato e dell'Azienda USL Toscana Centro quali Enti erogatori rispettivamente dei servizi socio assistenziali e dei servizi socio sanitari e gestendo in forma diretta, per tutta l'area Pratese, l'organizzazione e la gestione dei progetti regionali, ministeriali e del Fondo Sociale Europeo.

Nel settembre del 2018 l'Assemblea dei Soci ha approvato un atto di indirizzo per avviarsi alla gestione diretta da parte della SdS e ad ottobre ha definito le macroazioni da intraprendere e un crono programma di massima delle stesse ed ha elencato le Attività, i Progetti e i Servizi socio assistenziali e socio sanitari relativamente alla non autosufficienza e alla disabilità oggetto della gestione diretta da parte della SdS Area Pratese e a dicembre 2018 è stata approvata la Convenzione per la gestione in forma diretta da parte della SdS Area Pratese delle attività socio assistenziali e di quelle socio sanitarie afferenti le aree della disabilità e della non autosufficienza ai sensi dell'art. 71 bis, comma 3, lett. c) e d) L.R. 40/2005 e s.m.i., sottoscritta da tutti gli Enti consorziati in data 07.03.2019 - Repertorio SdS Area Pratese n. 1 del 07/03/2019. La Convenzione prevede che annualmente in sede di previsione di bilancio, il Consorzio SdS, in concertazione con gli altri Enti consorziati, determina l'elenco dei servizi sociali e socio sanitari che il Consorzio gestirà nell'anno; tale elenco può essere integrata o modificata in qualsiasi momento sia per effetto di norme nazionali o regionali che per effetto di decisioni dell'Assemblea dei Soci SdS, poichè trattandosi di servizi che rimangono nell'ambito delle lett. c) e d) comma 3 art. 71 bis legge regionale 40/2005 è sufficiente accordo tra il Consorzio e l'Ente consorziato interessato al trasferimento. Al 31.12.2019 si è proceduto perciò ad una ricognizione dei Servizi e delle attività svolte dal Consorzio, sia in forma diretta che in forma indiretta.

Elenco dei Servizi, Attività, Progetti Fondi Ministeriali/Regionali gestiti in forma diretta e in forma indiretta dal Consorzio SdS al 31.12.2019 - Allegato "A" Delibera Assemblea Soci SDS Prato n. 24 del 09/12/2019

SERVIZIO/PROGETTO/ATTIVITÀ	TIPO GESTIONE	ENTE EROGATORE
Progetto "Home Care Premium" (Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare in favore di utenti dell'INPS – Gestione Dipendenti Pubblici non autosufficienti)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "SEUS" (Servizio Emergenza ed Urgenza Sociale)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Codice rosa" (Progetto SEUS)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "PACOT" (Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarietà)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "+ Abilità (Dopo di noi)" (Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare)	Diretta	SdS Area Pratese

Progetto FSE "Prisma" (Progetto d'Inclusione Sociale per persone in situazione di marginalità)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Svolta" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Point" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "PoDaD." (Prato Demenze a Domicilio)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Made in PO" (servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Caffè ed Atelier Alzheimer"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Pippi" (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione del minore)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Arianta" (interventi contro la violenza di genere)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Nuovo sportello antiviolenza"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Diamoci una mossa" (iniziative a supporto attività fisica nella comunità)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "CONFEZIONE: una opportunità di lavoro presso il Carcere La Dogaia di Prato"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Fondi famiglia" (UVMT- implementazione equipe multi professionale)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "La musica non ti lascia mai solo" (progetto realizzato con Camerata Strumentale Città di Prato / RSA)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "GAP" (Gioco d'Azzardo Patologico)	Indiretta	Azienda USL TC
Progetto "Outsider" (interventi di prevenzione e riduzione del danno in favore di persone tossico/alcool dipendenti a forte marginalità sociale)	Indiretta	Azienda USL TC
Progetto "ADA" Adattamento domestico autonomia personale	Indiretta	Azienda USL TC
Progetto "PON SIA" (contrasto alla povertà intesa come estensione, rafforzamento e consolidamento della sperimentazione del Sostegno per l'inclusione attiva)	Indiretta	Comune di Prato
Fondo di solidarietà interistituzionale	Indiretta	Comune di Prato
Fondo non autosufficienza	Indiretta	Ausl Toscana Centro / Comune di Prato
Fondo nazionale politiche sociali (Fras)	Indiretta	Comune di Prato
Fondo ministeriale per gli interventi ed i servizi sociali di contrasto alla povertà	Indiretta	Comune di Prato
Vita Indipendente	Indiretta	Azienda USL TC
Vita indipendente Ministeriale	Indiretta	Azienda USL TC
Anziani Residenziali RSA	Indiretta	Azienda USL TC
Anziani Semiresidenziali	Indiretta	Azienda USL TC
Adulti Inabili Residenziali	Indiretta	Azienda USL TC
Centri Diurni Handicap	Indiretta	Azienda USL TC
Inserimenti socio terapeutici	Indiretta	Azienda USL TC
Handicap - attività ludico motoria in acqua	Indiretta	Azienda USL TC
Interventi socio educativi/Assistenza Scolastica alunni disabili	Indiretta	Azienda USL TC
Handicap - interventi educativi domiciliari per giovani ed adulti - ex ISI (sostegno educativo domiciliare disabili)	Indiretta	Azienda USL TC
Handicap - giovani con disturbi psico-patologici (Campostino) e adulti con disagio psico-sociale relazionale (Clitumno)	Indiretta	Azienda USL TC
Assegni di cura	Indiretta	Comune di Prato
Assistenza domiciliare	Indiretta	Comune di Prato

Trasporti sociali	Indiretta	Comune di Prato
Minori residenziali	Indiretta	Comune di Prato
Minori semiresidenziali	Indiretta	Comune di Prato
Socializzazione per minori	Indiretta	Comune di Prato
Affidamenti familiari	Indiretta	Comune di Prato
Sostegno educativo minori	Indiretta	Comune di Prato
Spazio incontro (incontri protetti)	Indiretta	Comune di Prato
Contributi e sussidi per sostegno al reddito	Indiretta	Comune di Prato
Pasti a domicilio	Indiretta	Comune di Prato
Mensa, dormitorio e povertà alimentare	Indiretta	Comune di Prato

Conseguentemente è stato rafforzato l'organico della SdS rivedendo sia il Regolamento di Organizzazione, il Funzionigramma e l'Organigramma del Consorzio e si è dato avvio ad un proprio sistema informativo, di gestione atti e di contabilità economico patrimoniale, necessario per poter procedere alla gestione diretta.

La Delibera della Giunta regionale Toscana del 04 marzo 2019 n. 269 "Governance delle Reti territoriali" ha sottolineato tre aspetti importanti per le Società della Salute:

- il dettaglio dell'evoluzione del ruolo delle zone distretto/Società della salute, dove viene chiarito il cambiamento e ampliamento del ruolo a seguito della l.r. 84/2015 e della l.r.11/2017;
- governance e programmazione delle Sds/zone distretto, dove si descrivono le finalità e modalità della programmazione zonale, il modello di ufficio di piano per le zone distretto/Società della salute e il budget di zona;
- le reti territoriali, dove si descrive la matrice organizzativa zone distretto/dipartimenti e le indicazioni operative per l'implementazione della matrice organizzativa.

Al fine di sostenere e implementare lo sviluppo delle SdS, la DGRT 269/2019 declina e specifica per maggiore chiarezza, il concetto di gestione diretta e di gestione indiretta da parte della SdS, prevedendo che, per quanto attiene alle modalità gestionali delle risorse relative alle attività sociali e socio-sanitarie vi siano due diverse modalità:

- *Governance* e responsabilità gestionale diretta delle Società della Salute con trasferimento e iscrizione delle risorse al bilancio della Società della Salute;
- *Governance* e responsabilità gestionale indiretta delle Società della Salute con assegnazione delle risorse nel budget di zona, senza loro trasferimento e iscrizione delle risorse al bilancio della Società della Salute.

Con tali premesse a partire dal 1° Gennaio 2020 si può procedere alla gestione diretta da parte della SdS, di ulteriori attività e servizi condivisi con gli Enti soci del Consorzio, come specificato nell'allegato "B" della Delibera Assemblea dei Soci SDS Area Pratese n. 24 del 24/12/2019, ovvero la gestione amministrativa dei servizi socio assistenziali afferenti ai Comuni dell'Area Pratese, escluso quelli del Comune di Prato, saranno svolti con modalità di gestione diretta dalla S.d.S.; la gestione amministrativa dei servizi socio sanitari (limitatamente alla non autosufficienza e alla disabilità) afferenti ai Comuni dell'Area Pratese, saranno svolti con modalità di gestione diretta dalla S.d.S. attraverso un contratto di avvalimento con l'Azienda USL TC per quanto attiene alle risorse sociali, e saranno svolti con modalità indiretta dalla Azienda USL TC per quanto attiene alle quote sanitarie.

Elenco dei Servizi, Attività, Progetti Fondi Ministeriali/Regionali gestiti in forma diretta dal attraverso consorzio SdS dal 01.01.2020

AMBITO TERRITORIALE: CANTAGALLO, CARMIGNANO, VERNIO, VAIANO, MONTEMURLO, POGGIO A CAIANO		
SERVIZI PER AREA INTERVENTO	TIPO GESTIONE	ENTE EROGATORE
AREA ANZIANI		
Rette quota sociale gestione diretta rsa	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Rette quota sociale residenziale rsa	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Assegno di cura	Diretta	SdS Area Pratese
Assistenza domiciliare	Diretta	SdS Area Pratese
AREA MINORI E FAMIGLIA		
Rette quota sociale residenziale - comunita'	Diretta	SdS Area Pratese
Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta	SdS Area Pratese
Contributo economico per affidamento familiare	Diretta	SdS Area Pratese
Attività di socializzazione	Diretta	SdS Area Pratese
Sostegno educativo minori	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto incontri protetti	Diretta	SdS Area Pratese
AREA INCLUSIONE, MARGINALITA' E DIRITTI CITTADINANZA		
Contributi economici di sostegno al reddito	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto mensa-accoglienza notturna -	Diretta	SdS Area Pratese
AREA DISABILITA'		
Trasporti sociali	Diretta	SdS Area Pratese
Rette quota sociale residenziale cap-rsd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Inserimenti socio-terapeutici	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Attività ludico motoria in acqua (Crida)	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Sostegno educativo domiciliare (ex isi)	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Assistenza scolastica all' handicap	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Strutture di Campostino e Clitumno	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Aiuto personale	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
AMBITO TERRITORIALE: COMUNE PRATO		
SERVIZI PER AREA INTERVENTO	TIPO GESTIONE	ENTE EROGATORE
AREA ANZIANI		
Rette quota sociale gestione diretta rsa	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Rette quota sociale residenziale rsa	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC

Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Assegno di cura	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Assistenza domiciliare	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
AREA MINORI E FAMIGLIA		
Rette quota sociale residenziale - comunita'	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Contributo economico per affidamento familiare	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Attività di socializzazione	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Sostegno educativo minori	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Progetto incontri protetti	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
AREA INCLUSIONE, MARGINALITA' E DIRITTI CITTADINANZA		
Contributi economici di sostegno al reddito	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Progetto mensa-accoglienza notturna -	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Pasti a domicilio	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
AREA DISABILITA'		
Trasporti sociali	Diretta attraverso convenzione	Comune di Prato
Rette quota sociale residenziale cap-rsd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Rette quota sociale semiresidenziale cd	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Inserimenti socio-terapeutici	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Attività ludico motoria in acqua (crida)	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Sostegno educativo domiciliare (ex isi)	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Assistenza scolastica all' handicap	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Strutture di Campostino e Clitumno	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC
Aiuto personale	Diretta attraverso contratto di avvalimento	Azienda USL TC

AMBITO TERRITORIALE: AREA PRATESE		
SERVIZIO	TIPO GESTIONE	ENTE EROGATORE
Progetto "Home Care Premium" (Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare in favore di utenti dell'INPS – Gestione Dipendenti Pubblici non autosufficienti)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "SEUS" (Servizio Emergenza ed Urgenza Sociale)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Codice rosa" (Progetto SEUS)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "PACOT" (Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "+ Abilità (Dopo di noi)"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Prisma" (Progetto d'Inclusione Sociale per persone in situazione di marginalità)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Svolta" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)	Diretta	SdS Area Pratese

Progetto FSE "Point" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "PoDaD." (Prato Demenze a Domicilio)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto FSE "Made in PO" (servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Caffè ed Atelier Alzheimer"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Pippi" (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione del minore)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Arianta" (interventi contro la violenza di genere)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Nuovo sportello antiviolenza"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Diamoci una mossa" (iniziative a supporto attività fisica nella comunità)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "CONFEZIONE: una opportunità di lavoro presso il Carcere La Dogaia di Prato"	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "Fondi famiglia" (UVMT- implementazione equipe multi professionale)	Diretta	SdS Area Pratese
Progetto "La musica non ti lascia mai solo" (progetto realizzato attraverso Camerata Strumentale Città di Prato / RSA)	Diretta	SdS Area Pratese
Accordo attraverso Provincia Prato per integrazione scolastica alunni disabili scuola media II°	Diretta	SdS Area Pratese

Il Comune di Prato, per consentire un passaggio graduale delle proprie funzioni e la messa a regime delle nuove procedure di gestione operativa della SdS, procederà dal 1.1.2020 alla gestione dei servizi socio-assistenziali in modalità diretta attraverso convenzione con SdS, mantenendo la titolarità del personale nei ruoli amministrativi e delle procedure gestionali già in essere nelle annualità precedenti e di cui alle convenzioni tra Società della Salute, Comuni dell'Area Pratese e Azienda USL Toscana Centro, fino a successivi atti.

La gestione diretta dei servizi sociali e socio-sanitari da parte della SdS, pur con le eccezioni sopra descritte, richiede di procedere ad una diversa organizzazione del personale profilo professionale Assistente Sociale che opera sulle materie di competenza del Consorzio SdS: come previsto dalla LR. 40/2005 la SdS si avvale di personale messo a disposizione dagli Enti Consorziati, Amministrativi, Assistenti Sociali e altre professionalità, per lo svolgimento delle proprie funzioni, quali servizi sociali e socio-sanitari, attraverso l'istituto dell'assegnazione funzionale per il personale dipendente della Azienda USL TC e attraverso l'istituto del distacco e del comando per quanto attiene al personale dipendente dei Comuni e della Regione Toscana.

I Comuni di Poggio a Caiano, Montemurlo, Vaiano e Carmignano hanno già provveduto a formalizzare gli atti di comando al Consorzio SdS per il proprio personale profilo Assistente Sociale e Amministrativo operante nelle materie di competenza della SdS, il Comune di Prato dovrà procedere agli atti di comando/distacco alla S.d.S per il personale con profilo Assistente sociale dal 1.1.2020 e l'Azienda USLTC procederà alla assegnazione funzionale per i propri dipendenti profilo prof.le Assistente Sociale nel rispetto del Protocollo stipulato fra l'Azienda USL Tc, la RSU e le OO.SS in data 06.03.2017

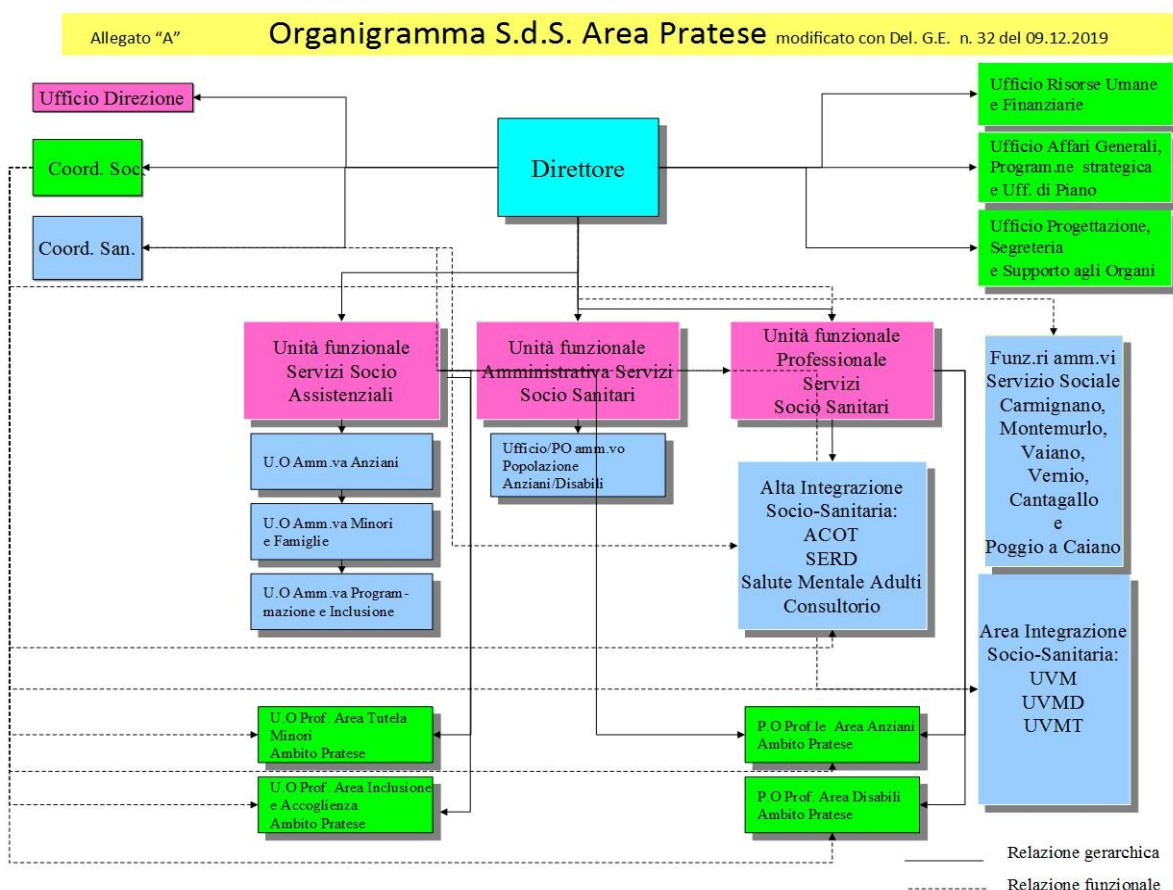
I servizi socio sanitari e socioassistenziali

Nell'ambito pratese l'organizzazione dei servizi socio sanitari e socioassistenziali con i vari soggetti istituzionali coinvolti può essere rappresentata, nel contesto attuale, sia con linee gerarchiche sia con linee funzionali; per tutto il 2020 avremo continue evoluzioni con necessari adeguamenti e modifiche organizzative e procedurali che saranno via via introdotte e che andranno di pari passo con il processo di evoluzione verso una completa gestione diretta dei servizi.

L'attuale Organigramma si compone come riportato nelle figura n.1 da:

- Uffici che costituiscono il Consorzio SdS (sono rappresentati in colore verde)
- gli Uffici che parzialmente costituiscono il Consorzio SdS (sono rappresentati in colore rosa)
- gli Ufficio che all'attualità pur non costituendo il Consorzio SdS, svolgono funzioni socioassistenziali e socio sanitarie in modalità di gestione indiretta completando il quadro dei servizi da erogare nell'Area pratese (sono rappresentati in colore celeste);

Figura 1



L'ulteriore schema di dettaglio del funzionamento a matrice del Servizio Sociale Professionale all'interno della SdS, figura 1a, integra l'Organigramma, specificando che trattasi delle sole relazioni funzionali e di coordinamento tra il Coordinatore Sociale e il Servizio Sociale Professionale.

Figura 1.a



Il dettaglio delle funzioni per ogni Unità Funzionale, Uffici e Unità Operative è riportato nel funzionigramma.

FUNZIONIGRAMMA DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE Allegato "B" deliberazione di Giunta SDS n. 32 del 09.12.2019	
Unità Funzionali Uffici Unità Operative	Funzionigramma
Ufficio Progettazione, Segreteria e Supporto agli Organi	Attività Amministrativa e di Supporto agli organi (supporto al lavoro degli organi SdS, convocazioni, verbalizzazioni sedute). Segreteria Direzione: Gestione agenda, rubriche e contatti, gestione corrispondenza e rapporti istituzionali Rapporti/relazioni con utenza e rapporti con URP degli Enti consorziati Raccolta e pubblicazione atti deliberativi Giunta e Assemblea Repertorio Contratti/scritture private Sostegno alla Progettazione in particolare alla progettazione su FSE Gestione di specifiche progettualità: Home Care Premium, Caffè e Atelier Alzheimer, ecc.. Progetto SEUS - Pronto intervento sociale Predisposizione delle rendicontazioni relativamente a progetti e fondi assegnati
Ufficio Risorse Umane e Finanziarie	Gestione della Convenzione per la gestione diretta e predisposizioni rendicontazioni per Enti consorziati Atti recepimento/destinazione fondi regionali e altri Enti Gestione dei rapporti contabili e finanziari con gli Enti Consorziati (Comuni e Azienda USL) Rapporti con consulente fiscale

	<p>Predisposizione Bilancio e gestione contabilità</p> <p>Supporto alle Unità Funzionali per le Rendicontazioni e certificazioni</p> <p>Rapporti con Tesoreria</p> <p>Servizio economale</p> <p>Rapporti con Collegio Sindacale</p> <p>Controllo di gestione, monitoraggio dei conti e budget zona</p> <p>Gestione contabilità, fatture, liquidazioni e tutti gli adempimenti conseguenti</p> <p>Gestione delle attività relative al personale</p> <p>Rendicontazione generale delle attività e reportistica</p> <p>Relazioni sindacali</p> <p>Predisposizione delle rendicontazioni relativamente a progetti e fondi assegnati</p>
<p>Ufficio Affari Generali, Programmazione strategica e Ufficio di Piano</p>	<p>Informatizzazione dei servizi</p> <p>Supporto al Direttore per applicazione leggi e regolamenti</p> <p>Predisposizione ed aggiornamento dei regolamenti SdS</p> <p>Supporto al Comitato di Partecipazione e alla Consulta del Terzo Settore</p> <p>Ufficio Stampa, comunicazione e gestione sito web</p> <p>Privacy, Anticorruzione e trasparenza</p> <p>Assistenza al contenzioso</p> <p>Supporto nelle attività di programmazione locale annuale e pluriennale: profilo di salute, POA-PIS/PIZ</p> <p>Ufficio di Piano</p> <p>Conservazione documenti e sulle procedure di scarto di archivio</p>
<p>Coordinatore Sociale</p>	<p>Attività di coordinamento e di integrazione del Servizio Sociale Professionale per garantire unitarietà e coerenza delle azioni alla programmazione in ambito sociale e socio-sanitario nella zona Pratese</p> <p>Collaborazione con il Direttore nella gestione delle attività della SdS, partecipazione al processo di pianificazione strategica e concorso alla formulazione di proposte e pareri e alla gestione complessiva della SdS</p> <p>Formulazione di indirizzi sulle attività di assistenza sociale per garantire i livelli omogenei ed uniformi delle stesse su tutto l'Ambito</p> <p>Coordinamento del personale professionale Assistenti Sociali della SdS</p> <p>Monitoraggio Progetto Seus - Pronto intervento sociale</p> <p>Formulazione di proposte al Direttore e all'Ufficio di Direzione per le parti di competenza, ai fini dell'elaborazione dei Bilancio annuale e pluriennale, dei progetti e delle attività</p> <p>Collaborazione con il personale dei Comuni e della Azienda alla programmazione, predisposizione, attuazione e rendicontazione dei progetti e gare/avvisi in ambito sociale e socio-sanitario di livello locale, regionale, ministeriale ed europeo</p>
<p>Unità Funzionale Servizi Socio Assistenziali</p> <p>U.O. Amministrativa Minori e Famiglie</p>	<p>Centro per le Famiglie, Centro Affidi e Centro Adozioni</p> <p>Programma Ministeriale PIPPI</p> <p>Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana.</p> <p>Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati</p> <p>Interventi socio educativi per minori</p> <p>Inserimenti in strutture residenziali e gruppi appartamento per adolescenti e giovani dai 16 a 21 anni</p> <p>Inserimenti in strutture semiresidenziali</p> <p>Servizio di diritto di visita del minore con il genitore (spazi incontri)</p>
<p>Unità Funzionale Servizi Socio Assistenziali</p> <p>U.O. Professionale Area Tutela Minori</p>	<p>Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese</p> <p>Progetti personalizzati per minori e famiglie in situazione di vulnerabilità e sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria</p> <p>Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana</p> <p>Referente UVMT</p> <p>Coordinamento del Centro per le Famiglie</p> <p>Coordinamento del Centro Affidi</p> <p>Coordinamento Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori</p>

Ambito Pratese	Coordinamento Tavoli interistituzionali e partecipazione a Protocolli d'Intesa	
	Interventi di sostegno alla genitorialità	
	Sostegno socio educativo territoriale domiciliare	
	Interventi a sostegno di donne con figli vittime di violenza, maltrattamento o abuso (anche a carattere di emergenza/urgenza)	
	Inserimenti di minori in servizi semiresidenziali	
	Inserimenti di minori in servizi residenziali	
	Attività di socializzazione per minori	
	Contributi economici per l'affidamento familiare di minori	
	Contributi economici a sostegno del reddito familiare	
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area	
	Promozione dei diritti, protezione e tutela dei minori	
	Servizio di diritto di visita del minore con il genitore (spazi incontri)	
	Monitoraggio budget virtuale assegnato per servizi	
	Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale	
	Monitoraggio della gestione dei dispositivi/servizi afferenti all'area	
	Progettazione, monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati	
	Gestione di specifici progetti dell'area tutela minori (Arianta, PIPPI, ecc...)	
Assicurare la presa in carico professionale dei minori e dei loro nuclei familiari sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria		
Unità Funzionale Servizi Socio Assistenziali	Assistenza domiciliare socio assistenziale (over e under 65)	
	Contributi a sostegno di assistenti familiari (over e under 65)	
	Progetti e servizi di socializzazione rivolti ad anziani fragili (pasti caldi, ecc).	
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana	
	U.O. Amministrativa Anziani	Trasporto sociale
		Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati
Unità Funzionale Professionale Servizi Socio sanitari	Attività di coordinamento del Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese	
	Progetti personalizzati per anziani in situazione di fragilità e non autosufficienza	
	Integrazioni funzionali con UVM e ACOT	
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana	
	P.O. Professionale Area Anziani	Monitoraggio budget virtuale assegnato per servizi (es. trasporto sociale, servizio di assistenza domiciliare, pasti caldi, contributi a sostegno di assistenti familiari)
		Coordinamento Tavoli interistituzionali e partecipazione a Protocolli d'Intesa
	Ambito Pratese	Predisposizione e gestione liste di attesa per i servizi dell'Area anziani
		Contributi economici a sostegno del reddito familiare
		Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale
		Progettazione, monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti fondi assegnati
		Gestione di specifici progetti dell'area anziani (es. Progetto Caffè ed Atelier Alzheimer, progetto Demenze, ecc...)
		Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area
		Monitoraggio della gestione dei dispositivi/servizi afferenti all'Area
		Inserimenti di anziani non autosufficienti in strutture semiresidenziali
		Inserimenti di anziani non autosufficienti in strutture residenziali
		Inserimento di anziani fragili (autosufficienti) in strutture e sistemazioni abitative varie
Promuovere, sviluppare e coordinare un programma di socializzazione per gli anziani ospiti delle RSA del territorio.		
	Attività di coordinamento di Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese	
	Interventi a sostegno di donne sole vittime di violenza, maltrattamento e abuso (anche a carattere di	

Unità Funzionale Servizi Socio Assistenziali P. O. Professionale Area Inclusione e Accoglienza Ambito Pratese	emergenza/urgenza)
	Progetti personalizzati per l'integrazione sociale di soggetti adulti fra 18 e 65 anni e di nuclei familiari in condizione di svantaggio sociale e marginalità anche inseriti in percorsi di accoglienza abitativa
	Progetti di integrazione a favore dei cittadini residenti nelle aree attrezzate per popolazione Sinti e Rom
	Segretariato sociale e Punto unico di accesso (PUA- PASS)
	Interventi e servizi di contrasto a situazioni di grave emarginazione sociale
	Monitoraggio budget virtuale assegnato per servizi
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e partecipazione a Protocolli d'Intesa
	Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale
	Interventi a sostegno di donne sole vittime di tratta
	Monitoraggio della gestione dei dispositivi/servizi afferenti all'Area
	Gestione del Programma Reddito di Cittadinanza o strumenti similari
	Monitoraggio Centro diurno di socializzazione per adulti
	Coordinamento Equipe Multidisciplinare per i percorsi di inclusione sociale
	Supporto all'inserimento lavorativo
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Accoglienza notturna/dormitorio
	Sostegno all'Emporio Alimentare e distribuzione pasti a domicilio e beni prima necessità
	Progetto Condominio solidale Housing sociale
	Sostegno al Progetto della Mensa sociale
Gestione di specifici progetti dell'area inclusione	
Coordinamento commissione accoglienza abitativa	
Contributi economici a sostegno del reddito familiare	
Progettazione, monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati	
Unità Funzionale Amministrativa Servizi Socio sanitari Ufficio/P.O. Amministrativa Area Popolazione Anziani e Disabili Ambito Pratese	Struttura di supporto UVM, UVMD e PUA
	Inserimenti di anziani non autosufficienti in strutture semiresidenziali
	Inserimenti di anziani non autosufficienti in strutture residenziali
	Struttura residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (La Melagrana)
	Progetti a valere sul FSE, Fondi Ministeriali o altro
	Gestione dei flussi RFC, dei dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana
	Monitoraggio della gestione dei dispositivi/servizi afferenti all'Area
	Gestione diretta della struttura semiresidenziale Kairos
	Inserimenti socio-lavorativi/socio-terapeutici di soggetti disabili
	Inserimenti di persone disabili in strutture semiresidenziali
	Inserimenti di persone disabili in strutture residenziali
	Progetto Vita Indipendente Regionale
	Progetto Vita Indipendente Nazionale
	Progetto Budget di Salute
	Sostegno educativo domiciliare rivolto a minori e giovani adulti con problematiche dello spettro autistico (ex ISI)
	Progetto Gravissime Disabilità
	Attività ludico motoria in acqua per soggetti disabili (progetto Crida)
Assistenza Scolastica Alunni Disabili	
Rendicontazione e supporto alla progettazione e al monitoraggio di progetti e fondi assegnati	
Unità Funzionale Professionale Servizi Socio sanitari P.O. Professionale	Attività di coordinamento di Servizio Sociale Professionale nell'Area Pratese
	Progetti personalizzati per cittadini disabili
	Componente UVMD e sviluppo progetto di vita con budget di salute
	Progetto Gravissime Disabilità
	Inserimenti di persone disabili in strutture semiresidenziali
Inserimenti di persone disabili in strutture residenziali	

Area Disabili Ambito Pratese	Monitoraggio della gestione dei dispositivi/servizi afferenti all'Area
	Inserimenti socio-lavorativi/socio-terapeutici di soggetti disabili
	Monitoraggio e cura dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria relativi all'Area
	Progettazione, monitoraggio e supporto alla rendicontazione di progetti e fondi assegnati
	Gestione diretta della struttura semiresidenziale Kairos
	Progetto Vita Indipendente regionale e ministeriale
	Gestione di specifici progetti dell'area disabili
	Monitoraggio budget virtuale assegnato per servizi
	Contributi economici a sostegno del reddito familiare
	Coordinamento Tavoli interistituzionali e partecipazione a Protocolli d'Intesa
	Attività ludico motoria in acqua per soggetti disabili (progetto Crida)
	Sostegno educativo domiciliare rivolto a minori e giovani adulti con problematiche dello spettro autistico (ex ISI)
	Assistenza Scolastica Alunni Disabili
	Partecipazione Progetto SEUS - Pronto intervento sociale
	Collaborazione alla costruzione dei flussi RFC, di dati di Area e del debito informativo con la Regione Toscana

Come da previsione normativa, il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona, con funzioni parzialmente diverse: sanità territoriale come direttore ZD, servizi sociosanitari e socioassistenziali come direttore SdS.

Il supporto alla SdS

L'art. 64.2 lr 40/2005 ss.mm.ii. "**struttura a supporto del direttore di zona**" prevede la costituzione dei seguenti organismi /uffici:

- ufficio di direzione zonale - composto da responsabili delle unità funzionali, 1 coordinatore infermieristico, 1 coordinatore riabilitatore, i coordinatori AFT, il coordinatore sociale;
- ufficio di piano (composto da personale asl e personale comuni, deputato alla elaborazione del PIS e del PIZ) che per le SdS fa parte della propria organizzazione, come previsto dalla DGRT 269/2019 che individua composizione e funzioni dell'ufficio di piano zonale;
- coordinatore sanitario individuati dal direttore di ZD tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale per coadiuvarlo nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

L'ufficio di direzione Zonale nello specifico è attualmente composto da: Coordinatore Sanitario Laura Tattini, Direttore Area SMIA (a.i UFC SMIA) Marco Armellini, SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Raffaella Bartolini, Direttore Area Dipendenze (ai UFC Dipendenze) Antonella Manfredi, Direttore S.O.S. Assistenza Infermieristica Daniela Amazzini, SOS Servizi Sanitari Cure Primarie Alessandro Pecchioli, Resp. UF Professionale Servizi Sociosanitari Egizia Badiani, Direttore Area SMA (UFC SMA Prato) Giuseppe Cardamone, Direttore del Presidio Ospedaliero di Prato Daniela Matarrese, Unità Funzionale Servizi Socioassistenziali (Dirigente Servizio Sociale e Immigrazione Comune di Prato) Valentina Sardi, Unità Funzionale Amministrativa Servizi Sociosanitari (Responsabile Servizi amministrativi per il territorio e Sociale) Cristina Maggini, PO Riabilitazione Funzionale Area Prato Catia Pierinelli, Direttore Area Gestione Operativa (a.i. SOS Attività di riabilitazione funzionale Empoli, Prato e Pistoia) Sandra Moretti, Coordinatore Sociale Sandra di Rocco, PO Ufficio Affari Generali, Programmazione strategica e Ufficio di Piano Fabiola Mila Ganucci, PO Ufficio Progettazione, Segreteria e Supporto agli Organi Vania Mariotti, PO Ufficio Risorse Umane e

Finanziarie Massimiliano Bettazzi, UFS SMA Prato Francesco Raimondi, Coordinatore AFT Mauro Ruggeri, Coordinatore AFT Gianni Salvadori, Coordinatore Complesso UFC Promozione della Salute Dipartimento della Prevenzione Lucia Carollo, Direttore UFS Attività Consultoriali Prato e Pistoia Paola Delia Marini, Direttore Area Malattie cerebro-vascolari e degenerative (SOC Neurologia Prato) Pasquale Palumbo, Direttore Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione (a.i. SOC Medicina fisica e riabilitativa I) Bruna Lombardi, Annachiara Marini, PO Infermieristica territoriale Sonia Simonetti, PO distretti zona pratese Barbara Poli, Direttore SOC Servizi ai Cittadini Claudio Sarti.

Con riferimento al “Coordinatore sociale”, l’art. 37 della l.r. 41/2005 ss.mm.ii. stabilisce laddove è costituita la società della salute, il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati.

Il coordinatore sociale

- a) è responsabile dell’attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale;
- b) coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi;
- c) fa parte dell’ufficio di direzione di cui all’articolo 64, comma 6, della l.r. 40/2005.

L’Ufficio di Piano, come previsto dalla D.G.R. 269/2019 costituisce l’organismo tecnico preposto alla elaborazione dei percorsi e atti che definiscono la programmazione sociale e sanitaria territoriale, è costituito oltre che dal Direttore della SdS da personale messo a disposizione dai Comuni e dall’Azienda Usl.

All’interno della SdS è stata costituita un apposito Ufficio con anche assegnata la funzione di Ufficio di Piano e al fine di poter adempiere alle scadenze stabilite dalla Regione Toscana che richiede che entro il 31 marzo 2020 ogni Zona abbia completato il percorso programmatico territoriale con l’approvazione del PIS/PIZ 2020-2022 e del POA 2020, è stata definita una modalità di lavoro tesa alla integrazione e al coordinamento fra gli Enti/professionisti coinvolti.

Si è costituito, in primo luogo, una Cabina di regia a livello di Zona Distretto con il compito della predisposizione del PIS, che coordina e sovrintende l’intero processo di programmazione, formata dai componenti stabili dell’Ufficio di Piano della SdS, dal Direttore SDS, dal Coordinatore Sociale di zona, dal Coordinatore Sanitario di Zona, Ufficio Risorse Umane e Finanziarie, Ufficio Progettazione segreteria e supporto organi: Paganelli Lorena (Direttore SdS), Tattini Laura (Coordinatore Sanitario di zona), Di Rocco Sandra (Coordinatore Sociale di zona), Ganucci Fabiola Mila (Ufficio di Piano SdS), Bettazzi Massimiliano (Ufficio Risorse Umane e Finanziarie), Mariotti Vania (Ufficio Progettazione, segreteria e Supporto Organi)

Sono stati costituiti altresì gruppi di lavoro riferibili a varie aree della programmazione:

- a. Cure primarie: SOS Coordinamento sanitario, UFC/UFS Cure palliative, UFC/UFS attività consultoriali, SOC/SOS Assistenza Infermieristica Ostetrica, SOS attività di riabilitazione funzionale, SOS Medicina fisica e riabilitativa dell’azienda sanitaria;
- b. Integrazione sociosanitaria: UF Servizio Sociale Territoriale, UFC/UFS SMA, UFC/UFS SMIA, UFC/UFS SerD dell’azienda sanitaria,
- c. Socio assistenziale: UF Servizio Sociale dell’azienda sanitaria, Coordinatore Sociale, Responsabili Servizi Sociali dei Comuni
- d. Promozione e Prevenzione: referente del Dipartimento di Prevenzione dell’azienda sanitaria,
- e. Contrasto alla violenza di genere:

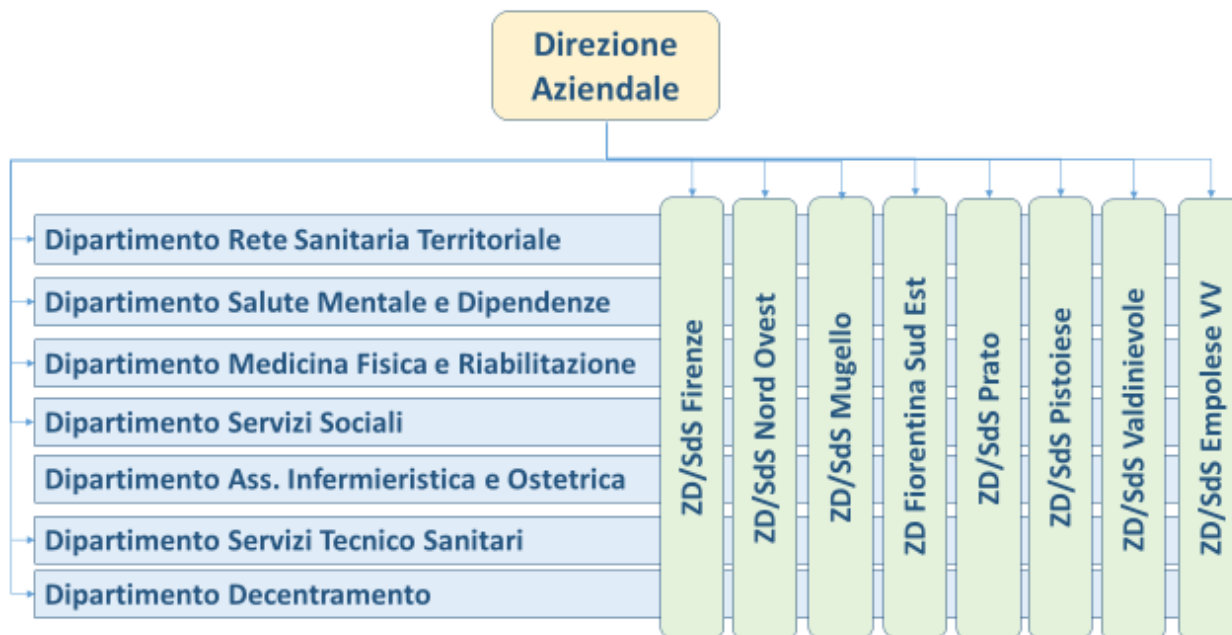
Con la delibera n. 1635 del 28/11/2019 è stato modificato e rafforzato il gruppo di lavoro “Ufficio di piano aziendale”, costituito dall’azienda sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS/Zone Distretto della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i Dipartimenti aziendali (Dipartimento Servizio Sociale, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Servizi Infermieristici e Ostetrici, Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari, Dipartimento del Decentramento, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento Emergenza e Area Critica, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco, Dipartimento Area Tecnica ecc.).

L’ufficio di piano dell’Azienda Usl Toscana Centro, oltre a garantire il “Coordinamento a livello di Azienda Usl per il supporto alla conferenza aziendale dei sindaci e per la predisposizione del Piano Attuativo Locale (PAL)”, come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 269/19, esercita una forte integrazione fra Società della Salute/Zone Distretto tra loro e con i Dipartimenti aziendali interessati dalla programmazione territoriale, sostiene la collaborazione, la trasversalità e la coerenza fra territori della Toscana Centro, lavora alla redazione di documenti comuni e garantisce il supporto dell’epidemiologia per la redazione dei profili di salute e la presenza di un unico esperto di budget e contabilità dell’azienda sanitaria. L’ufficio è composto da un rappresentante delle seguenti strutture organizzative dell’Azienda Usl TC: Staff della Direzione Generale Azienda USL TC; Direzione Servizi Sociali; SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico assistenziale Prato, Pistoia, Empoli e relazioni con agenzie esterne; UFC Epidemiologia; SOC Controlling; SOC Servizi alle Zone-SdS.

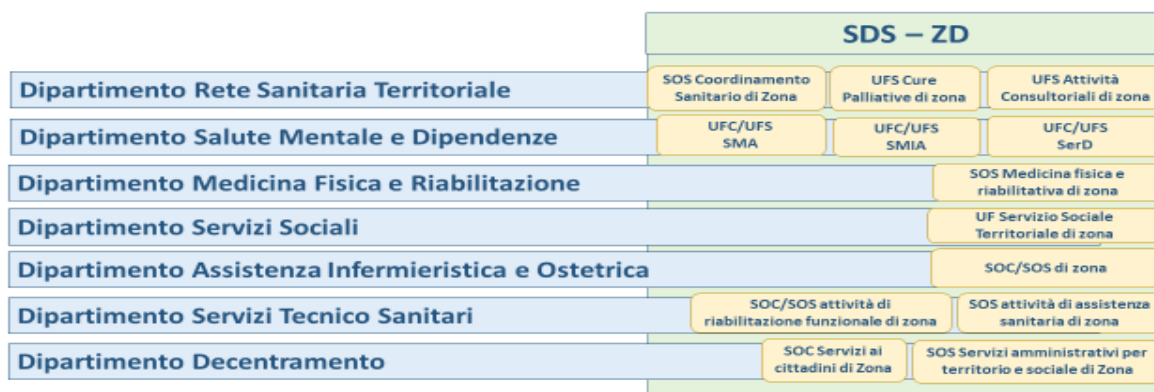
La sanità territoriale

LR 40/2005 ss.mm.ii. art. 71 bis, comma 4, stabilisce che “fatto salvo quanto previsto al comma 3, lett c), la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall’azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività”.

Le strutture operative dell’Azienda USL TC per la gestione di queste attività sono, ovviamente, le zone distretto; PAUSL attraverso un’organizzazione matriciale con i dipartimenti aziendali territoriali e le strutture organizzative di zona, garantisce unitarietà e coerenza sul territorio della USL Toscana Centro.



In particolare, con riferimento alla sanità territoriale e quota parte dei servizi socio-sanitari, la Zona Distretto si articola nelle seguenti strutture organizzative zonali frutto dell'incrocio matriciale tra Dipartimenti e Zone Distretto.



Il **Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale** si articola in due Aree, l'Area "Governare Servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati" e l'Area "Assistenza sanitaria territoriale e continuità" che a loro volta si articolano in strutture operative complesse o semplici (SOC e SOS) e in unità funzionali complesse e semplici (UFC, UFS) - vedi organigramma Asl TC.

Dal Direttore del Dipartimento dipendono direttamente le otto strutture operative semplici con funzioni di coordinamento sanitario di zona. Per la SdS Area Paratese è prevista SOS Coordinamento Sanitario dei Servizi Zona Prato. Il responsabile della SOS è un medico di comunità di nomina

aziendale e coincide con il Coordinatore Sanitario previsto dall'art. 64.2 comma 4 della LR 40/2005 ssmmii.

All'interno dell'Area Assistenza sanitaria territoriale e continuità sono incardinate le strutture organizzative relative alle cure palliative e all'attività consultoriale:

- la UFC Coordinamento aziendale Cure Palliative composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: "UFS Cure Palliative e Hospice Firenze" e "UFS Cure Palliative e Hospice Empoli, Prato e Pistoia";
- la UFC Attività Consultoriali composta da due unità funzionali semplici di carattere zonale: "UFS Attività consultoriali Firenze e Empoli" e "UFS Attività consultoriali Prato e Pistoia".

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze costituisce l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale e delle dipendenze nell'ambito del territorio di competenza. Il Dipartimento si articola in tre aree: l'area Salute Mentale Adulti, l'area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e l'area Dipendenze. Le attività istituzionali del settore sono svolte sul territorio dalle Unità Funzionali (UF) di riferimento, complesse (UFC) o semplici (UFS): U.F. Salute Mentale Adulti territoriale specifiche per ogni zona, U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza territoriale specifiche per ogni zona e UF Dipendenze territoriale specifiche per ogni zona (vedi organigramma Asl TC).

Il Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione assicura percorsi riabilitativi semplici o complessi ed integrati, sia in regime di degenza che in ambito territoriale (ambulatoriale e domiciliare). Il Dipartimento si articola in due Strutture operative complesse (SOC) e quattro strutture operative semplici (SOS): la "SOC Medicina fisica e riabilitativa I", suddivisa nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Firenze" e nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Empoli" e la "SOC Medicina fisica e riabilitativa II", suddivisa nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Pistoia" e nella "SOS Medicina fisica e riabilitativa Prato" (vedi organigramma Asl TC).

Il Dipartimento dei Servizi Sociali si articola in una struttura operativa complessa "SOC Programmazione e governo dei servizi sociali" e in tre aree, l'Area Qualità professionale a cui corrisponde la SOS Qualità professionale, l'Area Qualità delle prestazioni erogate dalle strutture a cui corrisponde la SOS Verifica qualità delle prestazioni erogate dalle strutture e l'Area Servizio Sociale Territoriale a cui corrisponde la SOS Servizio Sociale Territoriale. Quest'ultima si articola a sua volta in otto unità funzionali (UF) territoriali di valenza zonale. Per la SdS Area Pratese è prevista la UF Zona Prato

Il responsabile della UF zonale è un assistente sociale con incarico di Posizione Organizzativa di nomina aziendale.

Il Regolamento di organizzazione della SdS ha previsto la Unità Funzionale Professionale Servizi Socio-sanitari da intendersi in coincidenza con la struttura organizzativa già presente in Azienda USL TC.

Il Dipartimento Assistenza Infermieristica e ostetrica si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico e ostetrico. Il Dipartimento si articola in due Aree, l'Area Programmazione e controllo risorse e l'Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio a loro volte in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento ai servizi infermieristici e ostetrici territoriali che ospedalieri (vedi organigramma Asl TC).

Il **Dipartimento Servizi Tecnico Sanitari** si configura come una struttura delle professioni sanitarie a valenza aziendale, dotata di autonomia gestionale e titolare di funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto. Il Dipartimento si articola in due Aree, l'Area Gestione Operativa e l'Area Indirizzo, progettazione e monitoraggio nonché in strutture operative complesse (SOC) e semplici (SOS) di valenza zonale, sia con riferimento alla riabilitazione funzionale, che all'assistenza sanitaria, alle attività tecniche della prevenzione, alle attività diagnostiche di laboratorio e per immagini (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento al **supporto amministrativo** l'art. 64.1 della LR 40/2005 ssmmii al comma 2 lett b) prevede che il direttore di zona “*coordina le attività tecnico amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa*”. Tale struttura amministrativa dell'Azienda Usl Toscana Centro è incardinata nel **Dipartimento del Decentramento**. Il Dipartimento è costituito da strutture operative complesse (SOC) e strutture operative semplici (SOS) relative alle funzioni di CUP-Call Center, Urp e Tutela, Accoglienza e servizi ai cittadini, Servizi alle Zone-SdS, Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione, Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti pubblici e con soggetti privati (vedi organigramma Asl TC).

Con riferimento specifico al supporto alle Zone Distretto / Società della salute il Dipartimento prevede la specifica “SOC Servizi alle Zone – SdS” articolata in quattro SOS:

- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Empoli
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato
- SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Pistoia

Offerta dei servizi

La presente sezione del profilo dei servizi fornisce una descrizione generale delle principali tipologie dei servizi offerti sul territorio zonale / della Società della salute in materia di socioassistenziale, sociosanitario e sanità territoriale.

L'offerta dei servizi socioassistenziali e sociosanitari

Le attività di assistenza sociale previste dal nomenclatore sociale regionale, possono essere così sintetizzate:

Le attività di segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi

- il segretariato sociale, la funzione che potrebbe essere definita di *front office*, è il servizio previsto nei livelli essenziali sociali *ex lege* n. 328/2000 che rappresenta la porta di accesso al sistema dei servizi sociali territoriali, dove la domanda del cittadino viene valutata e orientata e vengono offerti ascolto professionale, accoglienza, informazione e un primo orientamento sulle risorse e sulle opportunità socioassistenziali (e sociosanitarie) presenti sul territorio, curando anche l'eventuale invio al Servizio Sociale professionale;
- sportello tematico connesso al progetto "*Home Care Premium*" promosso da INPS per rafforzare il sistema italiano di *welfare*, integrando gli interventi pubblici destinati alle persone non autosufficienti con servizi di assistenza domiciliare rivolti a dipendenti e pensionati pubblici, nonché ai loro coniugi, parenti o affini di primo grado;
- è attivo da molti anni il centri di ascolto per il contrasto della violenza di genere.

Servizio Emergenza ed Urgenza Sociale : Progetto "SEUS"

Il SEUS è un sistema che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di area vasta (Azienda Usl Toscana Centro) che di Società della Salute / Zona Distretto, per la gestione efficiente, efficace ed appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale anche con la costituzione, tramite la collaborazione del Terzo Settore, di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365. Si può considerare a tutti gli effetti il "pronto soccorso" del servizio sociale, a favore di coloro che vengono a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (L. 328/2000 art. 22, comma 4).

Nel 2018 cinque SdS e la Zona Distretto Sud Est, insieme all'Azienda Usl Toscana Centro, hanno sperimentato questo nuovo servizio innovativo e procedono al suo consolidamento anche grazie all'evoluzione che il SEUS ha avuto, diventando progetto regionale con la previsione di sperimentazione anche in alcune zone extra toscana centro e il suo inserimento nel PSSIR 2018-2020.

SEUS 2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	Fuori zona
Numero segnalazioni	46	---	73	---	66	87	81	329	15
n. persone prese in carico	61	---	126	---	91	119	102	467	25

Si tratta di un servizio di secondo livello perché, ad oggi, è attivabile attraverso un numero verde gratuito solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, pronto soccorso, e non direttamente dai cittadini.

La configurazione di livello essenziale del SEUS presuppone che il servizio sociale professionale che interviene nell'ambito dell'emergenza – urgenza sociale promuove una relazione d'aiuto con i cittadini con obiettivi e caratteristiche metodologiche specifiche e diverse dal servizio sociale ordinario: un servizio ponte che garantisca una presa in carico limitata esclusivamente alla gestione della fase acuta e/ o immediatamente successiva alle dimissioni ospedaliere, per poi essere trasferita alla presa in carico dei servizi sociali territoriali. La realizzazione delle azioni di SEUS comporta inoltre una flessibilità organizzativa ed un forte ancoraggio alle reti locali dei servizi, sia pubblici che privati, in grado di valorizzare e ricomporre le risposte locali in urgenza già attive in una logica di “sistema di reti”.

Le attività di servizio sociale di supporto alla persona, alla famiglia e alla rete sociale

gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio. Interventi di valutazione, di consulenza e di presa in carico, progettazione individuale e attività di supporto alle persone in difficoltà al fine di individuare e attivare possibili soluzioni ai loro problemi. Per utenti si intende il numero di persone in carico in un anno (con cartella sociale attiva) e che abbiano ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale (es. relazione, indagine).

AREA ANZIANI

Anziani in carico ai servizi sociali.

sono circa 1.680 gli anziani in carico ai servizi sociali di tutti comuni della zona Pratese

Servizi e strutture

Assistenza sanitaria domiciliare infermieristica (ADI)

E' un servizio fornito direttamente a casa della persona non autosufficiente con problemi di salute che necessitano di cure infermieristiche: l'intervento è attivato dal medico di medicina generale.

Nel mese di aprile 2019 sono state prese in carico n. 1.561 ultra 65 enni.

Servizio di Assistenza Domiciliare

servizio rivolto a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona e/o di aiuto nella gestione della propria abitazione, 750 gli anziani che in un anno ne usufruiscono.

Assegni di cura

sono a favore di persone non autosufficienti, in presenza di badante o caregiver familiare finalizzato a garantire la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali, 346 i beneficiari nell'anno 2017

Contributo economico per le disabilità gravissime: DGRT n. 664/17

La Regione Toscana, attraverso risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze dedicato alle disabilità gravissime, sostiene da molti anni i percorsi domiciliari, di assistenza e cura per le persone con disabilità grave e gravissima. Si tratta di interventi, integrativi e aggiuntivi rispetto a quanto già previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, che prevedono l'erogazione di un contributo economico mensile che va da 700 a 1.000 euro mensili per consentire alla persona con disabilità gravissima di poter assumere un assistente personale. I beneficiari di questo progetto possono essere anziani non autosufficienti ma anche minori e adulti con grave disabilità.

Progetto ADA (Adattamento domestico) DGRT n. 1446/18

E' finalizzato a favorire la permanenza al domicilio per le persone, non autosufficienti, con disabilità grave, attraverso consulenze tecniche ed eventuali contributi economici indirizzati al superamento di

barriere architettoniche e all'adattamento della abitazione, al fine di favorire lo svolgimento di attività quotidiane.

Progetto Home Care Premium

Progetto finanziato con risorse Inps, trattasi di un contributo economico per assunzione di un assistente familiare e di prestazioni integrative rivolte a soggetti non autosufficienti familiari di dipendenti pubblici. Invalidità almeno del 67%

Progetto FSE "PACOT" (Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità)

Progetto FSE "PoD.aD." (Prato Demenze a Domicilio)

Progetto "La musica non ti lascia mai solo" (progetto realizzato attraverso Camerata Strumentale Città di Prato / RSA)

Distribuzione pasti a domicilio

Intervento rivolto a anziani e adulti soli che vivono in situazione di grave marginalità e isolamento sociale, o in temporanea difficoltà

Contributi economici a integrazione del reddito familiare

Interventi economici, anche una tantum, ad integrazione del reddito di persone e famiglie in situazione di disagio economico e sociale

Trasporto sociale

Rivolto ad anziani non autonomi per la frequenza a centri diurni, 335 i beneficiari in un anno

Inserimento in centri diurni (CD)

Sono strutture organizzate come ambienti di vita e garantiscono prestazioni di assistenza sanitaria, riabilitativa, di animazione e di cura alla persona e prestazioni alberghiere.

I posti autorizzati sono n. 103

Inserimento al centro diurno Alzheimer (CDA – La casa della melagrana -)

E' rivolto a malati di demenza con gravi disturbi del comportamento, valutati dal centro per i disturbi cognitivi (CDCD), con un piano di intervento personalizzato definito in unità di valutazione multidisciplinare (UVM).

Supporta le famiglie nell'assistenza continuativa alla persona; riduce lo stress dei care giver, offrendo ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare le fasi di crisi, anche dal punto di vista psico-relazionale.

Supporta la famiglia nella fase del rientro in famiglia attraverso il servizio domiciliare svolto da operatori del centro medesimo.

I posti autorizzati sono n. 10

Il n. dei CD nella zona pratese sono 10

I due progetti innovativi : Caffè Alzheimer e Atelier Alzheimer

Fanno parte della rete dei servizi territoriali in grado di fornire una assistenza qualificata, personalizzata e flessibile a persone affette da demenza senile a partire dalle fasi iniziali;

L'Atelier si rivolge a persone con una demenza senile ad esordio precoce, lavora in stretta collaborazione con il CDCD; il Caffè Alzheimer è inteso come luogo di inclusione e apertura verso la società civile, in uno spazio dedicato alla persona con demenza ed ai suoi familiari, ove possono sentirsi protagonisti fuori dal concetto assistenziale.

(RSA) Inserimento temporaneo o residenziale in residenza sanitaria assistenziale

Sono strutture che accolgono persone anziane che per esigenze terapeutico assistenziali non possono trovare soluzioni adeguate nel proprio ambito familiare.

Le prestazioni sono quelle indicate per il centro diurno.

I posti autorizzati sono n. 825

Il n. delle rsa nella zona pratese sono 18

L'inserimento della persona in RSA avviene nell'ambito del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). La quota sociale o alberghiera della retta è a carico dell'utenza, con eventuale integrazione da parte dei Comuni determinata in base all'Isee.

I moduli base e specialistici in RSA

Il DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R "Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 - Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" prevede la declinazione dell'offerta in RSA nei seguenti moduli:

- MODULO BASE residenziale - La combinazione media intensità assistenziale/ media complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo per la non autosufficienza stabilizzata Durata in base al piano di assistenza.
- MODULO BASE semi- residenziale. Il "Centro Diurno" è una struttura che si propone come intervento alternativo al ricovero e come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente della persona non autosufficiente stabilizzata.
- MODULO BIA - La combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale), un modulo di residenza assistenziale per anziani destinato a rispondere al bisogno di assistenza meno complesso.
- MODULI SPECIALISTICI - Le combinazioni alta intensità assistenziale/alta complessità organizzativa corrispondono a strutture organizzate rispettivamente con i seguenti moduli specialistici:
 - disabilità di prevalente natura motoria per persone che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es. esiti di ictus, parkinson, fratture).
 - disabilità cognitivo comportamentale residenziale per persone con demenza e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e insonnia). La Durata è quella prevista dal piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso.
 - disabilità cognitivo comportamentale semiresidenziale Il Centro Diurno è un luogo che per sua natura assolve una duplice finalità: quella di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi e del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi, e quella di accoglienza temporanea e di sollievo per la famiglia. Durata in base al piano di assistenza.
 - stati vegetativi permanenti stabilizzati – terminali per persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria.
 - Cure intermedie in RSA setting 3 di cui alle DGRT n. 909/2017 e 1596 del 16/12/2019.

L'accordo regionale per la libera scelta regola i rapporti tra Usl, SdS e gestori esclusivamente per i moduli base e lascia al governo di parte pubblica la responsabilità di orientamento e pianificazione per l'utilizzo dei posti di natura specialistica e dei posti in ambito semi-residenziale.

La deliberazione 1786 del 19/12/2019 "Pianificazione strategica dei posti letto di Cure Intermedie e RSA e ripartizione moduli specialistici" individua l'offerta complessiva dell'Azienda Usl Toscana Centro

da raggiungere gradualmente nel prossimo triennio per poter migliorare il livello dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

FABBISOGNO TRIENNIO 2020-2023 Del. ASL TC 1786/2019	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Modulo disabilità di natura motoria	6	16	6	2	12	4	10	30
Modulo disabilità di natura cognitivo comportamentale	62	136	40	13	20	10	20	56
Modulo stati vegetativi persistenti	4	20	4	0	10	3	14	4
Modulo BIA	10	80	20	10	20	10	44	15
Centro diurno base	114	140	65	22	100	40	63	106
Centro Diurno cognitivo comportamentale	15	80	15	5	16	10	14	14

L'indicatore della griglia LEA "numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti" raggiunge nel 2018 il 11.59 per l'Azienda Usl Toscana Centro, superando il valore di soglia minimo ministeriale previsto del 9.8.

Centro di riferimento per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

Il Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) è una struttura clinica focalizzata sulla prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle diverse forme di demenza. Il paziente che si rivolge al CDCD segue un iter diagnostico multidimensionale, volto ad approfondire gli aspetti anamnestici, cognitivi, comportamentali e funzionali. Questa procedura è mirata a formulare una diagnosi accurata e a pianificare un piano di trattamento adeguato per le specifiche esigenze dell'individuo.

Voucher domiciliari FSE

Nell'ambito dei Progetti Organizzativi Regionali di utilizzo del Fondo Sociale Europeo, finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, la Regione Toscana ha pubblicato nel 2017 l'avviso pubblico per il "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità". A seguito di tale avviso le Società della Salute della Toscana hanno indetto manifestazioni di interesse per la predisposizione di un elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi. L'erogazione dei voucher domiciliari è demandata alle Acot per la continuità Ospedale – Territorio, che gestiscono, oltre ai voucher, gli ingressi nei posti Letto Cure intermedie censiti nel GSS Ministeriale. Le giornate di assistenza nei posti letto delle cure intermedie confluiscono nel RFC 118.

Pronto Badante

Il progetto regionale sperimentale "Pronto Badante" garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie che per la prima volta si trovano ad affrontare l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione

consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani

AREA MINORI E FAMIGLIA

bambini e ragazzi di 0-17 anni in carico ai servizi sociali territoriali dei comuni afferenti alla Sds Area Pratese: 1.757 di cui stranieri 799

Interventi e servizi a favore di minori

Spazio Incontro

E' il luogo dove si svolgono gli incontri genitori/figli in forma protetta, disposti dall'A.G., al fine di garantire il bisogno/diritto del bambino alla salvaguardia della relazione con entrambi i genitori ed i legami che ne derivano

Sostegno socio educativo a favore di minori (SEI)

Interventi di sostegno individuale o di gruppo destinati a soggetti minori a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio, in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale.

Contributi economici per progetto di Affidamento Familiare di minore

Attività di supporto per favorire l'accoglienza di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato, anche in esecuzione di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Contributi in denaro alle famiglie che accolgono temporaneamente minori con problemi familiari, come da normativa vigente.

Inserimenti di minori in centri educativi semiresidenziali

Inserimenti in strutture diurne finalizzate a sostenere il minore nel proprio percorso di crescita e a supporto delle competenze familiari.

Inserimenti minori in strutture residenziali

Inserimento dei minori presso strutture a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria che ne decreta l'allontanamento per gravi problematiche familiari. Accoglienza di minori privi di rappresentanza legale in Italia (MSNA)

Attività di socializzazione a favore dei minori

Gli interventi si svolgono in centri che si caratterizzano come luoghi di incontro, di scambio, di esperienze dove si svolgono attività ludico ricreative sociali, educative, culturali e sportive per un corretto utilizzo del tempo libero, per minori segnalati dal Servizio sociale

Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori

Attività volta a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare. colloqui di accoglienza individuali o di coppia per conoscere le fasi del percorso adottivo, gli aspetti normativi, socio-educativi e psicologici; corsi di informazione e preparazione per le coppie aspiranti all'adozione; incontri con gli Enti autorizzati per l'adozione internazionale per conoscere le procedure, la normativa e l'organizzazione dei paesi stranieri; informazioni nella fase post-adottiva, per eventuali sostegni, da parte degli operatori socio-sanitari.

Centro Affidi

Diffondere la cultura dell'affidamento eterofamiliare tra la popolazione residente nell'area Pratese sensibilizzazione all'accoglienza, deistituzionalizzazione /prevenzione alla istituzionalizzazione. Sostenere le famiglie affidatarie nel loro percorso di accoglienza. Sostenere i nuclei familiari di origine nel superamento delle loro difficoltà. Promuovere il lavoro di rete e l'integrazione territoriale Fornire informazioni relative all'iter procedurale dell'affidamento eterofamiliare di minori stranieri (tempi, modalità di richiesta, ecc...) Offrire ai minori stranieri la possibilità di venir accolti da una famiglia capace di garantirgli i suoi diritti e sostenerlo nel percorso evolutivo mantenendo i rapporti affettivi con i propri familiari e integrandoli con nuovi affetti.

Attività di informazione e sensibilizzazione

Interventi di informazione e di sensibilizzazione rivolti a tutti i cittadini, per favorire la conoscenza dei potenziali rischi sociali. Attività svolta direttamente (es. consultori ASL) e in collaborazione con associazioni del terzo settore (esempio: Centro Antiviolenza "La Nara")

Progetto "Pippi" (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione del minore)

Progetto "Fondi famiglia" (UVMT- implementazione equipe multi professionale)

AREA DISABILITA'

Soggetti disabili 0 - 64 anni in carico al servizio sociale professionale: 1.328

Servizi e strutture

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati sul territorio e dedicati alle persone disabili sono:

- il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni
- il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)
- il Progetto Gravissime Disabilità
- il FNA dedicato alla SLA
- Dopo di Noi (legge 112/2016)
- FSE Inclusione (occupabilità disabili e sma)
- l'Assistenza Domiciliare Integrata
- l'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale
- Integrazione scolastica: rapporto con le scuole e ee.ll.

Bambini inseriti in strutture educative (asili nido – scuole materne) in anno sono stati 129

Sostegno all'inserimento lavorativo: nell'anno sono stati 237 le persone interessate

Sostegno socio-educativo scolastico: 260 ragazzi in anno

Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare: 59 utenti

Assistenza domiciliare socio-assistenziale: 129 beneficiari

Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari: 38

Soggetti che hanno usufruito del trasporto sociale (escluso quello scolastico): 298

Soggetti che hanno usufruito del trasporto scolastico: 95

Soggetti inseriti in strutture residenziali al 31/12/2018: 144

Soggetti inseriti in strutture semiresidenziali al 31.12.2018:191

Strutture per il "Dopo di noi": in questa categoria rientrano le soluzioni abitative previste dalla legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" (art. 4)

"Recupero Autonomia in Acqua" per Disabili - Fondazione CRIDA: 229

Strutture di Campostino e Clitumno

Progetto "+ Abilità (Dopo di noi)"

Progetto FSE "Made in PO" (servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili)

Accordo attraverso Provincia Prato per integrazione scolastica alunni disabili scuola media II°

AREA INCLUSIONE, MARGINALITA' E DIRITTI CITTADINANZA

Nel febbraio del 2019 l'Assemblea della SdS ha approvato il Documento Programmatico della Zona Pratese di contrasto alla povertà, così come previsto nella DGRT n. 998 del 10.09.2018 "Documento Programmatico misure di contrasto alla povertà, ai sensi del Decreto lgs n. 147/2017 art.14 comma 1."

Azioni prioritarie previste nel Documento Programmatico sono:

- Accesso e tutela: rafforzamento dei punti di accesso, del segretariato sociale, del pronto intervento sociale.
- Presa in carico: rafforzamento del SSP in relazione all'analisi preliminare, equipe multidisciplinare, predisposizione dei PAP.
- Sostegni ulteriori al beneficio economico: rafforzamento degli strumenti (servizi, attività, prestazioni) a disposizione del progetto personalizzato semplificato o complesso quando l'equipe multidisciplinare ne ravvisi l'esigenza.

Le modalità di promozione delle misure di contrasto alla povertà, con specifico riguardo al REI sono state:

- Nella prima fase di avvio della misura Sia/ReI si è provveduto a realizzare una road map per la realizzazione di un vademecum utile agli operatori e agli utenti, contenente notizie sull'offerta complessiva dei territori che costituiscono l'ambito. Per gli interventi sulla povertà la realizzazione della mappa ha visto il coinvolgimento di istituzioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato.
- Il lavoro descritto ha richiesto il coinvolgimento delle istituzioni pubbliche e private con l'intento di arrivare a costituire più tavoli permanenti per l'aggiornamento della road map e delle intese verso interventi di promozione informazione unitaria. Tale attività si intende propedeutica alla definizione di un protocollo di intesa inter-istituzionale che declini linee guida per l'accesso ai servizi integrati per il contrasto alla povertà.
- I punti di accesso sono 6, uno per ogni Comune facente parte dell'ambito territoriale. Il numero medio di ore di apertura è di 20 ore settimanali con un accesso differente fra gli sportelli, in particolare per la differente popolazione presente nei territori che compongono l'ambito. Rispetto alla complessiva popolazione residente nell'ambito corrispondente con la Provincia di Prato (253 mila al 2016) il rapporto è di uno sportello ogni 42 mila abitanti. Anche le professionalità coinvolte sono diverse per i differenti profili socio-demografici che compongono l'ambito Pratese. Nel territorio del comune capofila, che ha il maggior numero di abitanti e di accessi (18 mila nell'annualità 2018), è stato realizzato il segretariato sociale con un accesso integrato e su due livelli (1PUA: informazione e orientamento-2: approfondimento di bisogni espressi) che vede coinvolti assistenti sociali, personale amministrativo, volontari leva civile e mediatori culturali. L'accesso si effettua con un primo livello di ascolto finalizzato all'orientamento dell'utenza verso i servizi fruibili, un orientamento informativo sul territorio (volontariato e terzo settore), facilitazione alla presentazione di istanze e agevolazioni, e con un secondo livello di approfondimento e di indirizzo alla definizione dell'intervento.
- Sono organizzati momenti di confronto inter-istituzionale con il centro impiego e con il terzo settore nella realizzazione dei tavoli di promozione delle azioni di contrasto alla povertà e vulnerabilità sociale.

- non sono stati previsti Punti di accesso presso istituzioni terze. A tal fine si precisa che l'ambito ritiene utile agire con una governance diretta senza delega, che privilegi il contributo inter-istituzionale nelle successive aree di interesse (analisi preliminare, equipe multiprofessionale e progetto personalizzato)

La modalità di prima presa in carico (attuate o da attuarsi) per l'elaborazione dell'analisi preliminare:

- gli assistenti sociali impegnati nell'attività di analisi preliminare sono 25, 20 per il Comune di Prato e 5 per i Comuni dell'area. Si tratta di modalità di lavoro propedeutico alla realizzazione dei differenti progetti svolto da assistenti sociali due giorni a settimana per il comune di Prato e una volta ogni 15 giorni per i Comuni dell'area. L'attività professionale dei Comuni dell'ambito zonale è affidata ad assistenti sociali impegnati in funzioni sociali e socio-assistenziali. Gli assistenti sociali dei servizi sanitari e socio-sanitari svolgono azioni prioritariamente in ambito sanitario, divenendo coinvolti dal sistema REI solo laddove è preesistente un progetto riabilitativo socio-sanitario, pertanto il loro numero non è determinabile. L'analisi preliminare è disgiunta dalla presa in carico, anche quando il soggetto richiedente è già conosciuto dai servizi sociali o socio-sanitari. La scelta è legata alla necessità di effettuare un quadro di analisi partecipato, non vincolato dalla conoscenza reciproca, che raccolga elementi nuovi. Dopo esito positivo della domanda REI il cittadino è invitato a presentarsi per un colloquio di conoscenza della situazione di povertà vissuta e per avviare le azioni previste. Con l'utilizzo di strumentazione informatica e di una piattaforma interattiva locale con l'intero sistema istituzionale l'analisi preliminare è il primo passo verso l'approfondimento e la progettazione dell'intervento di contrasto della povertà o miglioramento della condizione di partenza.
- l'attività di empowerment ad oggi ha visto una serie di pratiche di lavoro coordinato tra gli assistenti sociali dedicati all'analisi preliminare, il responsabile di servizio e il livello di accesso. Inoltre è stata avviata una indagine conoscitiva per la profilazione dell'utenza all'esito della domanda REI. E' da attuarsi il miglioramento della performance attraverso la valorizzazione degli studi di caso e della supervisione da attuarsi periodicamente almeno ogni 6 mesi.
- Rispetto all'esito dell'analisi preliminare i percorsi attuati sono tre e proseguiranno nella medesima attuazione fino alla partenza del reddito di cittadinanza che vede il proseguimento della collaborazione inter-istituzionale anche in fase di elaborazione del quadro di analisi propedeutico al progetto. I tre percorsi sono: 1 progetto sociale semplificato laddove le condizioni connesse alla povertà riguardano il miglioramento della capacità di gestione del budget e /o il corretto utilizzo delle risorse disponibili e derivanti dalle misure integrative al reddito ;2 solo lavoro discussione del caso in equipe stabile orientata al quadro approfondito verso il patto di servizio integrato, laddove le condizioni di partenza presentino fattori di rischio di esclusione dal mercato del lavoro (collocamento mirato, perdita del lavoro da non oltre due anni); 3 bisogni complessi discussione del caso in equipe specifica e orientata al quadro approfondito verso il patto di inclusione integrato. Rispetto ai servizi specialistici in area sanitaria e socio-sanitaria l'analisi preliminare avvia la richiesta di approfondimento al gruppo di cura che ne valuterà se far convergere il progetto REI con il programma riabilitativo in essere o chiederne un approfondimento ad una delle due equipe stabili.
- La collaborazione in questa fase avviene sia in forma digitale attraverso l'interazione fra le banche dati, sia in forma colloquiale attraverso la conoscenza diretta degli interlocutori delle varie istituzioni/servizi coinvolti.

Le equipe multidisciplinari

- le equipe attive sono 2 stabili presso la sede istituzionale dell'ambito territoriale con l'attesa realizzazione di una terza equipe da collocarsi presso il locale centro impiego. Le equipe hanno compiti e composizione diversificata. Equipe REI propedeutiche ai patti di servizio integrati : componenti ordinari (centro impiego, responsabile U.O inclusione e accoglienza, istruttore

amministrativo, referente del volontariato organizzato, beneficiari e assistente sociale case manager) componenti aggiuntivi (scuola, medico medicina generale, stakeholders, personale ASL per situazioni di particolare vulnerabilità o dipendenze) . Equipe Social Board propedeutica al patto di inclusione integrato: componenti ordinari (assistente sociale case manager, privato sociale, istruttore amministrativo, beneficiari) componenti aggiuntivi (scuola, medico medicina generale, stakeholders) .

- Nell'ambito del programma P.I.P.P.I. sono state costituite 9 EEMM che seguono le 10 famiglie inserite nella sperimentazione. Le EEMM sono formate da alcuni operatori stabili (assistente sociale ed educatore), da operatori sanitari (psicologo o neuropsichiatra presenti in 5 EEMM su 10), dall' insegnante e dalla famiglia. Le EEMM sono cosiddette a geometria variabile, in quanto sono integrate da un operatore dei centri diurni frequentati da alcuni bambini e da un referente dell'equipe social board per le famiglie che usufruiscono del REI, nonché dalle famiglie d'appoggio laddove il dispositivo sia attivato per la famiglia. Nei tempi indicati dalla sperimentazione, T0, T1, T2 , l'EM si riunisce per la compilazione dell'assessment e della microprogettazione che viene inserita in RPMonline al fine dell'elaborazione del Patto educativo. Fra un tempo e l'altro si svolgono gli incontri di verifica sull'andamento delle microprogettazioni e sul raggiungimento degli obiettivi individuati. Il numero degli incontri non è fisso ma varia a seconda della situazione. In media due incontri in EM al mese per ogni singola famiglia.
- Il terzo settore ha un ruolo istituzionale in quanto Gestore di una serie di attività e servizi, legati al progetto complessivo Social Board a valere sul finanziamento Pon inclusione avviso 3. Le attività di presa in carico valorizzano l'avvio di esperienze inclusive attraverso l'affiancamento di tutor relazionali, forniti dal gestore, con ruoli educativi, promozionali e di animazione sociale.
- l'attività ha in uso un programma informatizzato di raccolta dati quanti/qualitativi ,di interazione con altre banche dati. E' presente una check list per la gestione degli appuntamenti coordinato con l'accesso e l'analisi preliminare. Ad oggi è in avvio un piano di miglioramento della performance attraverso interviste semi-strutturate agli operatori coinvolti in forma stabile. Si vorrebbe attuare l'attività stabile di empowerment degli operatori per valorizzare la presa in carico del Modello Parlamento (equipe e beneficiario) da sostituirsi al Modello Binario di intervento (assistente sociale e utente) .
- si vuole avviare una 4 equipe di presa in carico che vada a costituire un altro punto della rete di protezione e di inclusione sociale che nell'ottica del reddito di cittadinanza possa favorire specifici percorsi di ricerca attiva e partecipata. Detta equipe avrà collocazione fuori dalla sede istituzionale e preferibilmente presso i centro impiego. L'Equipe si avvale della collaborazione delle agenzie datoriali e di garanzia giovani.

Altri Servizi e interventi

Contributi economici di sostegno al reddito

Progetto mensa-accoglienza notturna

Progetto FSE "Prisma" (Progetto d'Inclusione Sociale per persone in situazione di marginalità)

Progetto FSE "Svolta" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)

Progetto FSE "Point" (Progetto d'inclusione socio-lavorativa per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria)

Progetto "CONFEZIONE: una opportunità di lavoro presso il Carcere La Dogaia di Prato"

I percorsi per la Non Autosufficienza e la Disabilità

La presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità costituisce la parte centrale dei due macro percorsi diagnostico terapeutico socio assistenziali (PDTAS) che coinvolgono dipartimenti aziendali e le Società della Salute.

Il soggetto pubblico deputato alla organizzazione ed alla gestione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità, a detenere la responsabilità dei PDTAS in questione e ad essere destinatario delle risorse regionali dedicate è la Società della Salute

Tali percorsi, coordinati e finanziati a livello zonale, si realizzano in modo coordinato e complesso secondo una modalità a matrice con i dipartimenti aziendali interessati (DGRT 269/2019).

Con Legge Regionale n.66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" e con la DGRT 370/2010 "Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" la Regione Toscana ha delineato le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti implementando nuove forme di assistenza e potenziando quelle già attive, con l'obiettivo di realizzare un sistema di assistenza di tipo universalistico che consenta il pieno riconoscimento dei diritti di cittadinanza e prestazioni socio-sanitarie appropriate al bisogno della persona anziana o disabile attraverso i seguenti strumenti:

- Accesso attraverso i “[Punti insieme](#)”, presenti su tutto il territorio, che garantiscono accoglienza, informazione, orientamento alle diverse opportunità e tipologie di assistenza.
- La costituzione di Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale;
- il piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) è l'équipe multiprofessionale deputata alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale, ed all'elaborazione dei Piani di Assistenza Personalizzati (PAP). La UVM, costituita in ogni SdS/Zona distretto, è composta da personale medico, infermieristico, di servizio sociale e amministrativo dell'azienda sanitaria secondo le linee professionali e le indicazioni dei Dipartimenti aziendali di afferenza. Il personale assistente sociale in alcune specificità locali è assicurato dagli enti locali. La presa in carico, allo stesso modo, avviene sul territorio integrando le risorse degli enti locali e dell'azienda sanitaria.

La tabella seguente riporta il volume di attività del progetto non autosufficienza nelle singole SdS/ZD, con riferimento alle richieste di valutazione da parte della UVM (segnalazione del bisogno) e le prese in carico della popolazione anziana ultra 65enne nell'anno 2018.

Assistenza alla persona anziana non autosufficiente anno 2018 – numero assistiti trattati

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS VDN	SdS Pistoiese	SdS EVV	TOSCANA CENTRO
Totale	4.153	10.403	4.615	2.278	7.780	4.307	6.586	6.357	46.762
di cui anziani	3.718	9.606	4.227	2.008	7.053	3.719	6.207	5.840	42.389

(fonte: archivio regionale AD-RSA Rfc 115 Rfc 118 – estrazione Infoview del 30/01/2020,, tab. 51.01)

Ogni Società della Salute /ZD ha approvato il proprio “Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente” in coerenza con la l.r. 66/2008, gestito a livello zonale con una forte integrazione con l’Azienda Usl Toscana Centro, anche sotto il profilo delle risorse.

A seguito della riforma sanitaria toscana e della costituzione dell’Azienda Usl Toscana Centro si è reso opportuno creare sinergie e collaborazioni tra dipartimenti aziendali e le Società della Salute / Zone Distretto, attivando modalità di confronto sulle diverse realtà, frutto di storie e di contesti differenti, prevedendo da un lato profili di armonizzazione e dall’altro modalità di valorizzazione delle differenze zonali.

Uno dei temi principali oggetto di confronto è stato proprio quello relativo all’analisi dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” presenti sui territori della Toscana Centro, che ha evidenziato forti differenze nelle regole di accesso e di presa in carico. Al fine di individuare alcuni profili di armonizzazione, tali da garantire equità nei confronti dei cittadini della Toscana Centro, sono stati costituiti gruppi di lavoro inter-zonali e multi-professionali, coinvolgendo tutte le UVM zonali e i dipartimenti aziendali coinvolti.

Questo lungo processo ha portato ad un primo risultato con la deliberazione 1460 del 24/10/2019 “Profili di armonizzazione dei nove “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda Usl Toscana Centro- approvazione”, costruita e condivisa con le direzioni zonali e delle Società della Salute.

Il percorso per la persona disabile

La DGRT 1449/2017 prevede la riorganizzazione del sistema dei servizi integrati per la persona con disabilità, orientata a sostenere e garantire politiche di sostegno all’inclusione, qualità e appropriatezza delle risposte. Si prevede un ridisegno complessivo della presa in carico integrata della persona con disabilità sotto molteplici aspetti (sistema di accesso e presa in carico, unità di valutazione multidisciplinare, Progetto di vita, budget di salute, Case manager, continuità del progetto nelle diverse fasi di vita, sistema informativo) e la Regione ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro dedicati ai principali nodi di tale riorganizzazione, coinvolgendo le aziende sanitarie e le SdS/Zone Distretto.

In coerenza con le DGRT 1449/2017 e 1642/2019, e con la normativa nazionale, un ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle **Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVM) zonale**, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

Un primo passo verso l’attuazione della DGRT 1449 è stato fatto proprio attraverso la costituzione formale in tutte le SdS delle UVM zonali, come recepito nella deliberazione aziendale n. 1644 del 06/12/2019.

La Salute Mentale Adulti

La mission del servizio della Salute Mentale Adulti è quella di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta (>18 anni). Il Dipartimento e le UF SMA zonali assicurano la globalità degli interventi per la popolazione in età adulta per quanto concerne i disturbi psichici individuali o familiari, le patologie psichiatriche e il disagio psicosociale, operando in modo multiprofessionale attraverso il lavoro integrato di più figure professionali quali psichiatri, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, operatori socio sanitari e operatori tecnici dell’assistenza.

Si avvale della collaborazione di altri attori istituzionali e non ed è in collegamento con tutte le altre agenzie presenti sul territorio, coinvolte nella prevenzione e cura della salute mentale.

La Salute Mentale Adulti opera con azioni rivolte:

- *alle persone con disagio psicopatologico*, per trattare la sofferenza psichica, favorire modalità sane di relazioni e l'aderenza al trattamento, promuovere stili di vita adeguati al mantenimento della salute e prevenire il rischio di ricadute. Per alcune tipologie di disagio quali i disturbi dello spettro schizofrenico, i gravi disturbi dell'umore, i disturbi di personalità e i disturbi del Comportamento alimentare (DCA), oltre che per i pazienti con doppia diagnosi per dipendenza da sostanze, sono attivati interventi integrati multi-professionali e percorsi mirati;
- *ai familiari*, per affrontare il disagio collegato alla patologia del congiunto, per offrire percorsi terapeutici sistemici che consentano cambiamenti più efficaci e duraturi e attivare risorse inespresse affinché la famiglia da oggetto di cura possa diventare risorsa nel trattamento;
- *agli ambienti istituzionali* quali l'ospedale, le RSA e le altre strutture sanitarie e socio sanitarie della ASL ed extra ASL, con attività di consulenza specialista e di programmazione integrata degli interventi;
- *alla rete comunitaria formale e semi-formale* quali scuole, luoghi di lavoro, cooperative sociali, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e di familiari, con interventi di educazione sanitaria tesi a promuovere la prevenzione del disagio psichico, il superamento dello stigma e l'inserimento sociale di utenti fragili.

Inoltre la UF SMA ricopre un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico delle persone con autismo in età adulta all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità zonali (UVMD) previste dalla normativa vigente e costituite con deliberazione Asl TC n. 1644 del 06/12/2019.

Le attività cliniche della Salute Mentale Adulti (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, territoriale ed ospedaliera) vengono svolte in stretta integrazione con la SMIA, il SERD, il Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri dell'Ospedale, i MMG, il Servizio Assistenza Sociale e con la Salute in carcere.

Gli interventi attivati sono i seguenti:

1. trattamenti psichiatrici ambulatoriali (visita psichiatrica, colloquio psichiatrico, psicoterapia individuale e di gruppo);
2. prestazioni infermieristiche ambulatoriali e domiciliari;
3. attività riabilitativa svolta nei contesti di vita o nei Centri Diurni;
4. attività riabilitativa residenziale nelle Strutture Residenziali;
5. trattamenti in regime di ricovero per emergenze psicopatologiche;
6. interventi di educazione sanitaria e promozione della salute.

Di seguito si rappresenta sinteticamente l'offerta della Salute Mentale Adulti.

- **Il Centro di Salute Mentale (CSM)**

È la sede in cui la UF opera attraverso la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.

Gli operatori (medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, professionisti della riabilitazione, educatore professionale, OSS) svolgono attività di accoglienza e di presa in carico diagnostica e terapeutica dell'utenza e di definizione e attuazione dei programmi terapeutici e riabilitativi, oltre a fornire la opportuna consulenza alle equipe multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti.

- **Servizi Semiresidenziali**

Sono i luoghi deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale. L'accesso avviene su indicazione dell'équipe che ha in carico la persona e la frequenza è in relazione alla tipologia d'intervento indicata nel progetto individualizzato. Sono previste verifiche intermedie e la dimissione una volta raggiunti gli obiettivi prefissati.

- **Servizi Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla l.r. 51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016.

La Salute Mentale Adulti promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio che negli appartamenti supportati (abitazioni private in cui convivono due o più utenti).

- **Il progetto "Abitare Supportato" Salute Mentale**

Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di salute mentale di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza. Nel 2017 su Prato erano presenti 22 appartamenti

- **Servizi Domiciliari**

Oltre agli appartamenti supportati, l'UF SMA promuove e sostiene l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale sia al loro domicilio, realizzando interventi di supporto a persone con problemi di salute mentale nello svolgimento delle azioni quotidiane legate alla gestione domestica e alla cura di sé, favorendo il superamento dell'isolamento sociale e l'integrazione nei contesti abitativi di riferimento all'interno della comunità locale di appartenenza aiutandole a uscire dalla condizione di isolamento sociale

Le prestazioni di assistenza domiciliare vengono erogate in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Programmi socio sanitari finalizzati al recupero delle abilità personali e sociali della persona in carico**

Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, la UF SMA realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Questi interventi possono talvolta concretizzarsi anche in interventi di carattere economico, in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Interventi di rete territoriale**

La UF SMA sostiene con proprie risorse l'attivazione di progetti integrati con altri partner ai fini della prevenzione, della promozione della salute e dell'inclusività sociale: polisportive per l'integrazione sociale, gruppi teatrali, attività di musico-danza terapia, eventi sociali, ecc.. Questi interventi, oltre che essere offerti agli utenti, sono aperti alla partecipazione della popolazione generale con lo scopo di combattere lo stigma e contribuire a creare i presupposti per costruire una comunità inclusiva e competente e quindi meno vulnerabile al disagio psichico.

- **SMA in carcere**

Il Servizio Salute mentale Adulti assicura la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute con problemi di salute mentale attraverso la valutazione multiprofessionale (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, OSS, medici salute in carcere) e la predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita.

A completamento della descrizione dei servizi della salute mentale adulti si rileva la presenza del **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**, il reparto ospedaliero deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario

Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura della UF SMA. A tal fine l'équipe curante (medici psichiatri, infermieri, oss) è la stessa che opera nelle strutture territoriali.

SPDC	Firenze Sud Est	Firenze Q. 1 - 2 -3	Firenze Nord Ovest (Oblate) Sesto, Campi, Q. 5	Firenze Nord Ovest (Torregalli) Q.4 Scandicci	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
PL	10	12	12	8	4	12	9	4	12
DH	5				1			2	

La Salute Mentale Infanzia Adolescenza

L'ambito di intervento della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è quello relativo ai disturbi neuropsichici in età evolutiva (psichiatrici, neurologici e neuropsicologici) che rappresentano il 18-22% della popolazione generale in età da 0-17 anni.

Le attività svolte riguardano interventi di prevenzione primaria, interventi diagnostici e terapeutici nell'ambito della patologia neurologica e psichiatrica, attività di riabilitazione neuromotoria, attività di counseling alle istituzioni scolastiche, attività di formazione e di ricerca e, per alcune tipologie patologiche particolari quali la patologia neuromotoria precoce, la patologia neuropsicologica e la patologia autistica, sono stati organizzati interventi e percorsi mirati.

L'approccio diagnostico e terapeutico attuato è complesso, multimodale, interessato non solo agli aspetti relativi alla disabilità presentata, ma soprattutto al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale.

Sono state attivate strutture organizzative che tengono conto della estrema variabilità clinica e sociale dell'utenza e della necessità di attuare modelli di presa in carico dinamici e modificabili, sulla base delle esigenze e bisogni emergenti.

I percorsi assistenziali sono organizzati tenendo conto dell'età e delle tipologie patologiche prevalenti (patologia neuromotoria, patologia neuropsicologica, patologia psichiatrica di elevata complessità - autismo, psicopatologia dell'adolescente DCA, ADHD - in una logica che individua livelli organizzativi periferici e moduli di approfondimento e presa in carico trasversali.

• L'accesso ai servizi

I presidi distrettuali della SMIA rappresentano i principali punti di accesso. In queste sedi i medici effettuano le prime visite oltre a collaborare con i pediatri, altri medici specialisti e con le altre professionalità operanti nel presidio (psicologi per l'età evolutiva, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali) per il monitoraggio di situazioni cliniche già conosciute o confermate. In alcuni casi la presa in carico viene effettuata a livello distrettuale, mentre nelle situazioni di elevata complessità è previsto l'invio ai servizi di approfondimento organizzati per tipologia patologica.

L'invio ai servizi avviene principalmente attraverso:

- follow-up neonatologico che si svolge in collaborazione con la Pediatria, presso il reparto ospedaliero. E' rivolto ai bambini da 0 a 2 anni inviati dai pediatri del reparto per prematurità o problemi alla nascita.
- Percorsi integrati con i pediatri di famiglia per la diagnosi precoce in attuazione della DGRT 699/2009 relativa al rapporto con i Pediatri di famiglia per l'individuazione precoce dei disturbi del neuro-sviluppo.

- **I percorsi per età e tipologia patologica**

Questo livello di presa in carico prevede moduli di approfondimento, gruppi di lavoro costituiti da Neuropsichiatri Infantili, psicologi, professionisti della riabilitazione ed educatori e assistenti sociali specificamente formati nell'ambito a loro assegnato (neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, riabilitativo).

Tutti i percorsi di seguito elencati prevedono la Valutazione multidimensionale e multiprofessionale (psicologo, neuropsichiatra infantile, logopedista, neuropsicomotricista), condivisa con la famiglia, predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita. Per ogni fascia di età vengono definiti percorsi e azioni specifiche integrati con i percorsi educativi.

- Percorso Autismo
- Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018
- Percorso disturbi neuromotori
- Percorso disturbi del linguaggio e dell'apprendimento
- Percorso disturbo da deficit di attenzione e iperattività
- Gruppo di Lavoro sulla Psicopatologia dell'Adolescenza

- **Integrazione con le istituzioni scolastiche**

La SMIA svolge attività integrate di valutazione e consulenza per le istituzioni scolastiche di tutti gli ordini e gradi, attraverso la predisposizione dei profili funzionali e l'attività di consulenza per la redazione dei PEI e azioni per l'inclusione nella scuola.

- **Servizi Semiresidenziali e Residenziali**

Si tratta di Strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di semi-residenzialità e residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza, secondo i livelli di assistenza previsti dalla l.r. 51/2009 e dal Regolamento di attuazione approvato con DPGR 79/R del 17/11/2016.

L'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale viene disposto dalla SMIA con modalità e durata basate sui bisogni della persona e sul PTRI nell'ambito del progetto di vita. In alcuni casi l'inserimento in struttura residenziale viene disposto dall'autorità giudiziaria come misura alternativa alla pena detentiva.

- **Equipe Multidimensionale per la presa in carico della disabilità**

La UF SMIA svolge un ruolo centrale nella valutazione e nella presa in carico dei minori con disabilità all'interno delle UVMD zonali (deliberazione Asl TC n. 1644 del 06/12/2019) ed è coinvolta a pieno titolo nella riorganizzazione della presa in carico delle persone con disabilità, prevista dal DLgs 66/2017 e dalla DGRT 1449/2017.

- **Unità di Valutazione Multidimensionale Tutela (UVMT)**

La SMIA svolge un ruolo centrale anche nella costituzione delle UVMT zonali, équipe multiprofessionali di natura integrata socio-sanitaria di cui alla DGRT 769/2019 per la definizione del progetto di intervento rivolto a famiglie in condizioni di vulnerabilità, fragilità o difficoltà, composta da assistente sociale, educatore professionale, psicologo/neuropsichiatra/psichiatra (professionisti dell'area socio-sanitaria) e i componenti della famiglia.

Con riferimento ai **disturbi del comportamento alimentare** è stata costituita nel Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda Usl Toscana Centro, a cavallo fra SMA e SMIA, la "UFS Disturbi

dell'alimentazione" di valenza dipartimentale, deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. Sono stati attivati due Centri di riferimento aziendale, a Empoli e a Firenze, per la prevenzione e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo-comportamentale, gruppi di sostegno e psicoeducazione per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi di art therapy.

Le Dipendenze

I Servizi per le Dipendenze rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcool, tabacco e farmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, sostanze sintetiche, ecc) e per le nuove forme di dipendenze comportamentali.

La rete dei servizi per le dipendenze è composta:

- dai Ser.D. (Servizi per le dipendenze patologiche) dove vengono fornite prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in relazione ai disturbi da uso di sostanze e alle dipendenze comportamentali.
- dai Servizi residenziali (comunità) che forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda del bisogno prevalente;
- dai Servizi semi-residenziali (centri diurni) che forniscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante alcune ore della giornata.

Nell'Azienda Usl Toscana Centro opera una rete capillare di **servizi per le dipendenze (Ser.D)** che assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori socio sanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area socio-sanitaria.

Le équipe operano in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con la rete territoriale dei servizi e sono attive relazioni funzionali con il Reparto di malattie Infettive degli Ospedali Aziendali e dell'AUO Careggi, con la Salute Mentale (SMA e SMIA), con le SPDC degli Ospedali, l'ambulatorio di Tossicologia dell'AUO di Careggi e con il Centro Alcolologico della Regione Toscana (CAR) Careggi.

È attivo un collegamento con i Laboratori e Servizi di diagnostica per gli esami strumentali e di laboratorio (chimico-clinici, sierologici, tossicologici).

I Ser.D collaborano inoltre con enti ed associazioni del terzo settore operanti nel territorio provinciale, regionale e nazionale.

- **I percorsi di presa in carico del Ser.D.**

Ai cittadini vengono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali attraverso interventi medico-farmacologici, psicologici/psicoterapici, socio-riabilitativi e di prevenzione individuale:

- **Percorso sostanze illegali**
- **Percorso Alcool**
- **Percorso Fumo di Tabacco**
- **Percorso Gioco d'azzardo Patologico (GAP)**
- **Nuove dipendenze**

Ciascun assistito viene formulata e documentata la valutazione diagnostica multiprofessionale e attivata la presa in carico, anche attraverso la formulazione di un piano di trattamento personalizzato, che può prevedere interventi di natura ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale, oltre alla partecipazione a gruppi di auto aiuto per le persone in carico e di sostegno per i familiari o all'attivazione di programmi/progetti orientati all'autonomia quali l'inserimento in appartamento supportato, l'inserimento lavorativo ecc.

- **I programmi di prevenzione**

I Ser.D. attuano programmi di prevenzione collaborando con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto) interessate al problema.

Inoltre viene assicurata la disponibilità dei principali interventi di prevenzione e monitoraggio per malattie correlate o concomitanti, con modalità tali da garantirne il rispetto della privacy, con particolare riferimento alle seguenti attività:

- lo screening e l'educazione sanitaria per la prevenzione dell'infezione da HIV;
- lo screening delle epatiti virali, l'educazione sanitaria e le vaccinazioni disponibili.

- **Il progetto "Abitare Supportato" Dipendenze**

Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di dipendenza di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza.

Appartamenti abitare supportato Dipendenze	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
Anno 2018			1	1	1	1		7

- **Inserimenti socio terapeutici in ambito lavorativo**

Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, il Ser.D. realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Questi interventi possono talvolta prevedere interventi di carattere economico con valenza terapeutico motivazionale, in coerenza con il progetto di cura personalizzato della persona.

- **Ser.D. in carcere**

Ai sensi del D.L. 230/99 viene assicurata la presa in carico e la gestione dell'assistenza delle persone detenute tossico e alcolodipendenti. Nei Ser.D. Carcerari (Sollicciano e La Dogaia, Santa Caterina) risultano presi in carico nel 2018 n. 623 utenti.

Presa in carico Dipendenze per percorso – anno 2018

	Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
TD	424	1.919	636	236	1.164	434	563	629
Alcool	138	703	177	126	293	167	143	304
GAP	19	213	65	13	182	47	56	87
Tabagisti	105	218	44	81	236	29	46	50
Altri	12	64	21	13	70	35	94	31

TOT	698	3.001	943	469	1.945	712	902	1.166

le Attività Consultoriali Territoriali

Il settore di programmazione “Materno Infantile” è un ambito complesso, multiprofessionale (ginecologia, ostetricia, assistenza sociale, mediazione culturale ecc.) che, seppur in un’ottica principalmente territoriale, mantiene forti collegamenti con il corrispondente ambito ospedaliero.

La struttura principale attraverso la quale le attività relative all’area materno infantile vengono erogate sul territorio sono i Consultori, orientati principalmente alla tutela della salute della donna di ogni età, e in particolare durante la gravidanza e i primi mesi di maternità, alla tutela della salute e della qualità della vita del bambino durante l’infanzia e nell’adolescenza ed allo sviluppo di scelte consapevoli e responsabili riguardo alla procreazione e alla genitorialità. Attraverso la salute della donna si tutela anche la salute della famiglia e della società: le donne rivestono infatti un ruolo di health driver (attraverso promozione di stili di vita che influenzano lo stato di salute presente e futuro) e di caregiver (attraverso l’attività di assistenza e cura di familiari fragili e malati) (sito ministero della Salute 2017).

Oltre alla tutela della salute della donna si prevede un potenziamento della rete consultoriale attraverso la riorganizzazione dei Consultori Giovani, anche mediante una redistribuzione territoriale ed un potenziamento delle attività, in modo da sviluppare le attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, di intercettazione e presa in carico del disagio giovanile e di avvio di un percorso di prevenzione infertilità in età adulta, anche maschile.

Il Consultorio costituisce infine un luogo centrale per l’informazione sui percorsi.

Sedi consultoriali della AUSL TC

Zona Fiorentina Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinevole	SdS Pistoiese	SdS Empolese Valdarno Valdelsa
CONS. DI GRASSINA CONS. DI GREVE PRESIDIO DI IMPRUNETA CONS. TAVARNELLE CONS. INCISA CONS. PONTASSIEVE DISTR.SOCIO SANITARIO REGGELLO CONS. RIGNANO S.ARNO CONS. S.CASCIANO V.P. PRESIDIO DI FIGLINE VALDARNO	CONS. PALAGI CONS. CANOVA CONS. MORGAGNI LE PIAGGE (OSTERIA) CONS. D'ANNUNZIO CONS. CAMERATA	CONS. CALENZANO O CONS. ROSSINI ALFA COLUMBUS CONS. SCANDICCI CONS. SESTO ENO	CONS. BARBERINO MUGELLO CENTRO POLIVALENTE BSL CONS. DICOMANO CONS. FIRENZUOLA CONS. MARRADI	CONS. MONTEMURLO CONS. POGGIO A CAIANO CENTRO SALUTE DONNA PRATO CONS. VAIANO	C.S.S. LAMPORECCHIO CONS. MONSUMMANO T. C.S.S. MONTECATINI CENTRO SOCIO SANITARIO PESCIA	CONS. DI AGLIANA CONS. MONTALE CENTRO DONNA CONS. BOTTEGONE CONS. FORNACI CONS. QUARRATA CONS. SAN MARCELLO	CONS. LIMITE CONS. CASTELFENO CONS. CERRETO CONS. CERTALDO CONS. EMPOLI CONS. FUCECCHIO CONS. MONTELUPO CONS. MONTESPERTOLI CONS. CASTELFRANCO CdS LE CAPANNE H DEGLI INFERMI CONS. P. EGOLA CONS. S. CROCE CdS GAMBASSI CdS VINCI

I principali percorsi organizzati e gestiti tramite i consultori territoriali sono:

- **Procreazione responsabile**

Interventi regionali per l’educazione alla salute sessuale e riproduttiva e per l’accesso alla contraccezione gratuita previsti dalla DGRT 1251/2018.

- **Diagnosi prenatale**

Accesso agli screening prenatali, test combinato e offerta degli screening appropriati e del Non Invasive Prenatal Test (NIPT) Integrazione Attività Consultoriali con dipartimento Materno Infantile in attuazione della DGRT 1371/2018

- **Percorso nascita**

Preso in carico dalla consegna del libretto di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino, attraverso le seguenti azioni: valutazione del livello di rischio e attivazione dei percorsi specifici; ambulatorio gestione clinica; corsi di accompagnamento alla nascita; percorsi di assistenza al puerperio e supporto all'accudimento del neonato e alla famiglia; consulenza sulla salute della madre e del bambino; sostegno allattamento; sostegno alla genitorialità

- **Depressione post partum**

Percorso specifico per la depressione post partum attraverso l'applicazione di uno strumento di screening e la diffusione delle informazioni riguardo alla presenza del servizio dedicato

- **Gravidanza fisiologica**

Preso in carico delle gravidanze valutate a basso rischio al momento della consegna del libretto, seguito per tutto il percorso dalle ostetriche territoriali in rete con l'attività consultoriale

- **Vaccinazioni in gravidanza**

Percorso di attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza attraverso la formazione degli operatori e la diffusione delle informazioni agli utenti

- **Percorso IVG**

Attività e prestazioni dedicate all'IVG, anche attraverso l'omogeneizzazione tra zone dei percorsi chirurgici e medici; Prevenzione delle IVG ripetute anche attraverso la somministrazione di contraccettivi sicuri secondo le indicazioni della DGRT 1251/2018.

- **Percorso Menopausa**

Ambulatorio specifico per la presa in carico del periodo menopausale dalla fisiologia agli aspetti patologici; Diffusione di materiale informativo;

- **Prevenzione Oncologica**

Screening oncologici della sfera femminile, anche in collaborazione con ISPRO

- **Interventi mirati per la multiculturalità**

Attività e prestazioni specifiche rivolte alle comunità straniere presenti sui territori relative a tutte le attività consultoriali (consultorio giovani, presa in carico della gravidanza, percorso IVG ecc.), indipendentemente dal profilo giuridico (con o senza permesso di soggiorno).

- **Progetto Persefone**

Ambulatorio specifico di livello aziendale a servizio di tutte le Zd/SdS dedicato a donne vulnerabili vittime di tratta e tortura

- **Ambulatori di primo livello di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**

Istituzione di un ambulatorio di primo accesso, con ginecologo e andrologo, per la valutazione di problematiche di infertilità in prima istanza con eventuali approfondimenti / accertamenti diagnostici. Gli ambulatori sono 3 a livello aziendale (Firenze, Prato e Pistoia). L'attività viene svolta in collaborazione con l'Andrologia di Careggi.

- **Progetto Mamma Segreta**

Il progetto nasce per prevenire l'abbandono alla nascita e sostenere le gestanti e le madri in gravi difficoltà garantendo a quest'ultime tutto il sostegno possibile da parte dei servizi territoriali e ospedalieri presenti sul territorio regionale. Obiettivo primario del progetto è la costruzione di un percorso di prevenzione e di tutela che permetta alla donna in difficoltà di affrontare con consapevolezza la propria situazione sia che decida di tenere il bambino sia che decida di non riconoscerlo, partorendo quindi in anonimato. La legge italiana garantisce infatti il diritto per tutte le donne, comprese le donne in condizioni di clandestinità, di partorire in anonimato gratuitamente ricevendo la necessaria assistenza sanitaria per loro stesse e per il bambino.

- **Medicina Di Genere**

L'istituzione del centro di medicina di genere, con l'indicazione per tutte le aziende di organizzare una struttura dedicata a queste tematiche, risale al 2014. Nello stesso anno ogni azienda allora esistente ha

deliberato individuando i vari referenti. Nel 2019 è stata prevista con delibera aziendale l'unificazione di tutti i centri delle ex ASL, mantenendo un riferimento per ogni ex azienda.

È stata svolta attività di formazione in tutte le aziende ed è nato un ambulatorio sperimentale multidisciplinare (diabetologia, ginecologia, cardiologia) per la presa in carico nel post parto di donne che hanno avuto patologie della gravidanza che possono correlare con patologie croniche future, con scopo preventivo.

Contrasto alla Violenza di Genere

Nell'ambito della continuità T-H-T è inserita **la Rete del Codice Rosa** coordinata dal dirigente medico responsabile delle attività consultoriali dell'Azienda Usl Toscana Centro.

Il Codice Rosa è un percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate. Quando è rivolto a donne che subiscono violenza di genere si parla del "Percorso per le donne che subiscono violenza" cd. Percorso Donna, mentre per le vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione è il c.d. Percorso per le vittime di crimini d'odio.

Il percorso è attivo qualunque sia la modalità di accesso al servizio sanitario, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria e prevede precise procedure di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale, da parte di un'equipe multidisciplinare per la presa in carico delle problematiche provenienti dall'ospedale e anche per quelle che si possono presentare in cronico.

Il percorso opera in sinergia con enti, istituzioni ed in primis con **la rete territoriale dei Centri Antiviolenza**, in linea con le direttive nazionali e internazionali.

Rete territoriale di sostegno e protezione per il contrasto della violenza alle donne nella Provincia di Prato

Nel nostro territorio provinciale da anni le istituzioni si sono dimostrate sensibili al fenomeno della violenza ed hanno lavorato insieme per i percorsi di presa in carico delle donne e minori vittime di violenza, promuovendo e aderendo a reti di collaborazione e interazione che hanno dato ottimi risultati. In questi ultimi anni si è anche consolidata la rete locale attiva nei percorsi di emersione, protezione e inclusione socio-lavorativa delle vittime di tratta e sfruttamento (attualmente denominata Progetto SATIS).

Ritenendo fondamentale promuovere e sostenere interventi territoriali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne e il femminicidio, come previsto nell'intesa Stato Regioni del 14.11.2014, nella Legge Regionale 59/2007 e nel Piano Nazionale contro la violenza maschile alle donne 2017/2020, affinché sul territorio si strutturino risposte articolate secondo i bisogni e coordinate tra i vari soggetti impegnati in questo ambito nel gennaio 2019 è stato sottoscritto un protocollo fra il Centro antiviolenza, le istituzioni ed enti pubblici, università, sindacati locali, le Associazioni ed enti privati senza fini di lucro che operano in zona-distretto pratese per prevenire e contrastare la violenza contro le donne e per definire la modalità di costituzione e funzionamento della Rete di sostegno e protezione per il contrasto della violenza alle donne nella Provincia di Prato e le modalità di realizzazione del Progetto pratese.

Gli altri progetti attivati per il contrasto alla violenza di genere:

Progetto "Arianta" prevede le seguenti azioni:

- Apertura di una nuova casa rifugio di seconda accoglienza del Centro Antiviolenza LA NARA;
- Apertura di nuovi sportelli territoriali per il Centro Antiviolenza LA NARA;

- Intervento di rete: pronto intervento/emergenza per le donne che devono essere allontanate nell'immediato dalla propria residenza in situazione di emergenza e che non possono essere ospitate sul momento in case rifugio esistenti;
- Intervento di rete: formazione congiunta degli operatori della rete territoriale;
- Intervento di rete: sensibilizzazione della cittadinanza

Progetto "Codice rosa" (Progetto SEUS)

Progetto "Nuovo sportello anti violenza"

Le cure palliative

Le cure palliative rappresentano la cura olistica di individui di ogni età con gravi sofferenze correlate alla salute, dovute alla grave malattia, in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita e perseguono lo scopo di migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver.

Rientrano nei LEA fin dal 2001, ma con il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 192 n. 502” trovano maggior definizione negli articoli 23, 31 e 38 comma 2.

Le Cure Palliative:

- Includono la prevenzione, la diagnosi precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, tra cui il dolore e altri sintomi di sofferenza, disagio psicologico, sofferenza spirituale e bisogni sociali. Quando possibile, questi interventi devono essere basati sull'evidenza/prove.
- Forniscono il supporto per aiutare i pazienti a vivere più pienamente possibile fino alla morte, facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare obiettivi di cura.
- Sono applicabili lungo tutto il decorso della malattia, in base ai bisogni del paziente.
- Vengono fornite in combinazione con terapie che intervengono sulla malattia ogniqualvolta necessario.
- Possono influenzare positivamente il decorso della malattia.
- NON INTENDONO affrettare né posporre la morte, affermano la vita e riconoscono il morire come un processo naturale.
- Forniscono il supporto alla famiglia e ai caregivers durante la malattia del paziente, e durante il loro lutto.
- Vengono somministrate nel riconoscimento e nel rispetto dei valori culturali e del credo del paziente e della famiglia.
- Sono applicabili in tutti gli ambiti di assistenza sanitaria (luogo di residenza e istituzioni) e in tutti i livelli (dal primario al terziario).
- Possono essere fornite da professionisti con formazione di base in cure palliative.
- Richiedono cure palliative specialistiche con un team multi-professionale a cui rinviare i casi complessi. IAHP (International Association for Hospice and Palliative Care) 2018.

L'organizzazione aziendale garantisce l'erogazione delle cure palliative in regime di consulenza, ambulatoriale, domiciliare e residenziale, in base ai livelli di assistenza di seguito descritti.

- **Consulenze di cure palliative** - Le consulenze per il controllo dei sintomi e la gestione del fine vita, la definizione del livello di assistenza e del setting più adeguato, vengono erogate

principalmente ai reparti ospedalieri in collaborazione con l’Agenzia per la continuità ospedale Territorio (ACOT) e con i Medici di Medicina Generale, ma anche al domicilio e in RSA.

- **Cure palliative ambulatoriali** - Sul territorio dell’Azienda sono previsti ambulatori dedicati a pazienti ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale.
 - **Cure Palliative Precoci e Simultanee** - erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. L’intervento precoce delle cure palliative (“early palliative care”) non solo nelle patologie oncologiche ma in tutti i malati con patologie croniche degenerative in fase avanzata si sta sempre più affermando come un modello nuovo e più efficace di intervento: è in grado di migliorare la qualità di vita dei malati, di aumentare la loro consapevolezza rispetto alla situazione clinica e di supportarli nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, di garantire una maggiore appropriatezza delle cure, con una riduzione degli accessi in pronto Soccorso, dei ricoveri nei reparti per malati acuti e della mortalità in ospedale, con un conseguente miglioramento della qualità della vita del paziente.
 - **Assistenza Domiciliare – Unità di cure palliative domiciliari** - Le cure palliative domiciliari nell’ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l’avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
- b) **Gli interventi di base** garantiscono un approccio palliativo attraverso l’ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.
- c) **Gli interventi di équipe specialistiche** multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all’instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.
- **Assistenza residenziale in Hospice** - L’hospice è un’articolazione della Rete assistenziale delle Cure Palliative che si può definire come una struttura specialistica di ricovero, che può accogliere temporaneamente o stabilmente i pazienti che si avvalgono del servizio di Cure Palliative. Costituisce un’alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato: l’Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore. Il ricovero in Hospice non è effettuato d’urgenza, ma è sempre programmato. La richiesta può provenire dal Medico di Medicina Generale, da una Unità di Cure Palliative o da un reparto ospedaliero.

Posti letto Hospice e Day-Hospice al 31/12/2018

HOSPICE PL al 31/12/2018	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
PL Hospice	10	11	10	0	10	2	11	0

						RSA Turati		
PL DH	2	1	1	0	1	0	1	0

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della Rete locale di Cure Palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che a prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multi professionali che assicurano cure e assistenza in via continuativa sulle ventiquattro ore, sette giorni su sette. Le cure in Hospice sono garantite in modo omogeneo: gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Le funzioni del **day-Hospice** sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Prestazioni Cure palliative erogate nel 2018

2018	Sud Est	Nord Ovest	Firenze	Mugello	Prato	Pistoia	VDN	EVV
Pazienti assistiti a domicilio 2° livello	281	252	366	149	205	135	202 solo 1° livello	296
Consulenze	879	279	382	nd	725	nd	nd	542
Pazienti assistiti in Hospice ordinario	178	202	143		297	143		----
Pazienti assistiti in Day Hospice	0	2	10		49	10		----

Nel 2020 è prevista l'apertura di un nuovo hospice nel territorio della SdS di Empoli con 10 posti letto dedicati, e l'attivazione di n. 2 PL nel territorio della SdS di Pistoia, in particolare a Gavinana presso una RSA, in modo da rispondere ai pazienti residenti nella montagna pistoiese con bisogni di cure palliative. E' previsto l'avvio di uno studio di fattibilità per una soluzione analoga sul territorio del Mugello.

La specifica applicazione delle cure palliative nelle ultime fasi della vita, decidendo di non usare trattamenti invasivi che prolungano la sopravvivenza, a seguito di eventi clinici o di evoluzione nell'atteggiamento del paziente di fronte al morire, anche alla luce della legge 219/2017, deve essere garantita in ogni setting assistenziale, eventualmente con la consulenza della UCP.

La sanità territoriale

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta primo punto di riferimento per il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari dell'Azienda, per il soddisfacimento dei bisogni di salute, la tutela della continuità e dell'integrazione assistenziale.

- **Assistenza sanitaria di base: le Cure Primarie**

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di famiglia (PdF), e costituisce la prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario. Per questo motivo il sistema delle Cure Primarie è da sempre oggetto di attenzione essendo uno degli snodi fondamentali del Servizio Sanitario, decisivo non soltanto per garantire

l'assistenza di primo livello in modo ottimale ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica di tutto il sistema.

A questo proposito l'art.1 del Decreto Balduzzi prevede un nuovo assetto di cure primarie attraverso la costituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le UCCP (Unità complesse di cure primarie) nuovi luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, poliambulatori territoriali nei quali convergono le competenze di più figure professionali operanti nel servizio sanitario (medici specialisti, infermieri, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali, MMG e PdF), che coincidono nella nostra realtà regionale con i modelli più evoluti di Case della Salute.

Assistenza sanitaria di base al 31/12/2019	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Medici di Medicina Generale	129	321	179	50	190	80	119	160
Pediatri di Famiglia	20	46	28	7	30	16	19	29
AFT	5	8	5	2	7	3	5	7
Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	22	45	28	20	19	12	27	32
Sedi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)	7	10	7	6	5	4	7	7
Sedi di Assistenza Turistica	3				1		1	

• Sanità di iniziativa e Chronic Care Model

Per Sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche di tipo "proattivo" che non attende che il cittadino si rechi spontaneamente nei setting che erogano servizi sanitari (ambulatori MMG, PdF, Ospedale) ma "agisce" prima che le patologie manifestino i primi sintomi o si aggravino, assicurando un approccio che non si limita ad offrire prestazioni sanitarie ma agisce su un'ampia gamma di interventi preventivi (es. educazione alla salute, modifica degli stili di vita) differenziandoli a seconda del livello di rischio che ogni persona ha di sviluppare una determinata condizione morbosa.

La Sanità d'iniziativa costituisce, quindi, uno dei nuovi modelli assistenziali della Sanità Toscana (già dal Piano Sanitario 2008-2010), traendo ispirazione dal Chronic Care Model (CCM) ideato dal McColl Institute for Healthcare Innovation in California che si basa su sei fondamentali elementi (1. risorse della comunità, 2. Organizzazioni sanitarie; 3. Supporto all'auto-cura; organizzazione del Team; 4. Supporto alle decisioni 6. Sistema informativo) a sua volta aggiornato in Expanded CCM dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica come la prevenzione primaria e l'attenzione ai determinanti di salute andando quindi ad operare sulla comunità e l'intera popolazione di un determinato territorio.

La Sanità d'Iniziativa, inoltre, si caratterizza per la presenza di un team multi professionale (medici, infermieri, specialisti ecc.) in grado di integrare le proprie competenze specifiche attraverso un programma di interventi proattivi formalizzato all'interno di specifici percorsi (PDTA) utilizzando a questo scopo sistemi informatici capaci in prospettiva di indentificare le persone con una determinata patologia cronica stratificarla per livello di rischio e valutare oltre alle condizioni di salute anche l'adesione alle raccomandazioni.

	ZD	SdS	SdS	SdS	SdS	SdS	SdS	
--	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--

	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Pratese	Valdinievole	Pistoiese	SdS EVV
AFT	5	10	5	2	6	3	nd	7
MMG attivi	67	141	80	35	52	85	nd	80

- **ACOT e continuità ospedale territorio**

L'Agenda di Continuità Ospedale -Territorio (ACOT di cui alla DGRT 679/16) rappresenta lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio. Si tratta di una équipe multiprofessionale presente in tutte le Società della Salute, composta da Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale e Fisioterapista, con la consulenza strutturata di specialisti Fisiatri e Geriatri.

Il principale compito delle Acot è quello di individuare le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale. Promuove ed utilizza strumenti di handover standardizzati nella fase di dimissione per una comunicazione efficace a garantire sicurezza del paziente. Inoltre l'ACOT coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

I servizi di continuità disposizione dell'ACOT vanno dalla semplice fornitura ausili assistenziali all'attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi per arrivare ai percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP). A completare questo quadro di offerta ci sono i classici strumenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata e gli inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA), fino ad arrivare ai percorsi residenziali di Cure Intermedie (Low Care e Strutture sanitarie Intermedie).

ACOT – attività anno 2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Segnalazioni alla UVM (Progetto Non Autosufficienza)	423	498	5	26	363	113	186	481
Cure Intermedie Setting 2 / 3	1.242				638	212	592	333
Voucher Domiciliarità FSE	28	183	79	41	191	117	108	189
ADI – Assistenza Domiciliare Integrata	3.878				118	1.753	654	660

Altri strumenti degni di essere menzionati sono la segnalazione ai referenti territoriali per i Gruppi del **Programma IDEA** per il supporto al self management (DGRT 545/2017) e l'attivazione di pacchetti di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente (DGRT 905/17). A questo proposito ogni Zona distretto/SdS nell'ambito della programmazione POR FSE 2014-2020, al fine di potenziare i servizi di continuità assistenziale ha attivato dei buoni servizio per sostegno alla domiciliarità rivolto agli **anziani over 65** e ai **disabili gravi**. Il progetto interviene nella fase di dimissioni ospedaliere, offrendo al paziente una pluralità di servizi (infermiere, fisioterapista, operatore sociosanitario, un ricovero in

RSA per un massimo di 12 giorni) a supporto del rientro al domicilio, in attesa che venga organizzata una specifica presa in carico da parte dei servizi territoriali.

- **Cure intermedie**

Le cure intermedie sono definite come “una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione”. Si tratta prevalentemente di “servizi forniti in un arco temporale a breve termine (20 giorni massimo), erogati in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall'ospedale, evitando il protrarsi dei ricoveri”.

La DGRT 909/2017 ribadisce l'attribuzione territoriale delle cure intermedie e conferma l'obiettivo di garantire cure a pazienti post-acuti, ancora in situazione di malattia, non così grave da richiedere una permanenza in reparto ospedaliero, ma ancora non sufficientemente stabilizzati per tornare a casa. L'assistenza prestata nella fase delle cure intermedie ha la finalità di consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.

L'obiettivo è quello di garantire appropriatezza, continuità e omogeneità dell'assistenza, individuando tre tipologie di assistenza, o – come si dice nella delibera – tre setting di cure intermedie residenziali:

- **SETTING 1 - low care (alta intensità):** strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016). Tariffa 154 euro.
- **SETTING 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità):** strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016). Tariffa 132 euro.
- **SETTING 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità):** attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019). Tariffa 119 euro.

Per tutte e tre le tipologie, la durata massima della degenza è di **20 giorni**. Dopodiché il paziente potrà tornare al proprio domicilio, seguito comunque dal proprio medico di famiglia o essere orientato verso altri servizi dopo una valutazione multidimensionale.

Il costo delle cure intermedie è a totale carico del SSN.

Nella tabella seguente sono riportati i dati dell'offerta di cure intermedie nelle zone come da deliberazione dell'Azienda Usl Toscana Centro n. 1786 del 19/12/2019.

Cure Intermedie al 31/12/2018	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinievole	SdS Pistoiese	SdS EVV
CI Setting 1 (sanitario) requisiti D6 - Al 01/12/2019	24	-	-	-	-	-	-	-
CI setting 2 (sanitario) requisiti D7 – Al 01/01/2019	53	36	-	-	25	-	16	-
Ci Setting 3 al 31/12/2019	-	-	-	11	-	12	14	-

- **Casa della Salute - Presidi territoriali - Piano regolatore del territorio**

La Casa della Salute rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali

bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della CdS stessa. L'integrazione professionale, infatti, rappresenta uno degli elementi fondanti della Casa della Salute e in genere prevede l'assistenza diretta alla persona (presa in carico e follow-up) la prevenzione e la promozione della Salute (Sanità d'iniziativa e progetto IDEA) e lo sviluppo di percorsi di integrazione socio-sanitaria (anziani non autosufficienti e disabili).

La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata oltre a promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali all'interno della propria sede con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

Il Piano Regolatore del Territorio prevede una mappatura di presidi di I° e II° livello distribuiti nell'ASL TC in base a criteri omogenei riferiti al numero dei residenti, alla densità della popolazione, alla conformazione geografica e alla viabilità e fornisce un quadro organico delle strutture sanitarie di riferimento per ogni singola Zona Distretto. Con riferimento ai Presidi afferenti alle Cure Primarie è stata approvata la Delibera n.477 del 21/03/2019 (Approvazione del Piano Regolatore Territoriale dei Presidi afferenti al Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale e contestuale nomina dei Responsabili di Presidio Territoriale).

La situazione attuale è quella riportata nello schema allegato che fotografa la situazione 2019 ed indica la pianificazione già definita con i relativi tempi previsti per l'attuazione.

	ZD Sud Est	SdS Firenze	SdS Nord Ovest	SdS Mugello	SdS Pratese	SdS Valdinevole	SdS Pistoiese	SdS EVV
Casa della Salute attive	0	2	2	0	0	5	4	11
Casa della Salute in programma	5	3	1	0	4	2	3	5
Presidi Cure Primarie	13	5	8	12	11	1	16	6
Altri Presidi	0	6	0	0	6	3	3	0

• Self Management

Il **modello Idea** si basa sul Programma di Autogestione delle malattie croniche, diabete e dolore cronico della Stanford University, rivolto ai cittadini affetti da malattie croniche, diabete e dolore cronico e/o loro familiari. Si tratta di seminari facilitati da due conduttori della durata di 2 ore e mezzo che si svolgono nei setting delle associazioni del terzo settore, per sei settimane consecutive; durante gli incontri le persone acquisiscono elementi di stile di vita sano e buone abitudini.

L'obiettivo è quello di potenziare le capacità/competenze necessarie per l'autogestione del proprio stato di salute, unendo le esperienze e le conoscenze dei pazienti e dei loro familiari e attivando le risorse latenti, in modo da migliorare il benessere psicofisico della persona.

L'attenzione è focalizzata sulle attività che una persona svolge quotidianamente per mantenersi in salute, imparando a gestire non solo la propria malattia ma anche l'impatto che questa ha sulla propria vita e sulle proprie emozioni. Il paziente assume così un ruolo attivo nella gestione della malattia. I risultati attesi sono sia personali, miglioramento dello stato di salute auto percepito, dell'autostima, l'incremento dell'attività fisica, ma anche una maggior collaborazione con medici e personale sanitario e migliore adesione alla terapia con riduzione delle emozioni difficili (ansia e paura).

I seminari sono gratuiti e vi possono partecipare la persona con malattia cronica e/o un suo familiare/amico o entrambi.

Progetto Idea	ZD	SdS	SdS	SdS	SdS	SdS	SdS	SdS
								SdS

	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Pratese	Valdinievole	Pistoiese	EVV
Seminari effettuati periodo 01/04/2019 – 31/	0	3	0	1	3	0	1	1

- **Assistenza ambulatoriale**

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche (elencate nel Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) erogate dai medici specialisti, o comunque sotto la loro responsabilità clinica, negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri dell'Azienda o all'interno di strutture private accreditate, autorizzate e convenzionate con l'Azienda Usl.

Sinteticamente, l'assistenza specialistica si articola in:

Attività diagnostica:

- strumentale: effettuata attraverso apparecchiature, con o senza uso di radiazioni (RX, TAC, RM, scintigrafia, ecografia, ECG, EEG, gastroscopia, colonscopia, artroscopia, audiometria, ecc.)
- di laboratorio: Chimica clinica; Microbiologia; Virologia; Anatomia e istologia patologica; Genetica; Immunoematologia

Attività clinica:

- Visite specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare
- Attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.
- Riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione moto-ria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.