

All. D documento elaborato dal Comitato di Partecipazione e dalla Consulta del Terzo Settore

Contesto Generale e Continuità tra POA 2024 e POA 2025

L'analisi dei documenti evidenzia una **continuità nelle strategie di intervento**, con un focus su assistenza domiciliare, salute mentale, integrazione socio-sanitaria, dipendenze e contrasto alla violenza di genere. Tuttavia, **permangono alcune criticità strutturali** già segnalate nel monitoraggio 2024, che nel POA 2025 non sembrano ancora risolte.

La **Provincia di Prato** dispone già di una rete di servizi territoriali consolidati, tra cui:

- **Case della Salute e Case di Comunità** (in fase di implementazione),
- **Servizi socio-sanitari per la disabilità e la non autosufficienza**,
- **Strutture per la salute mentale e i servizi SerD per le dipendenze**,
- **Centri antiviolenza e strutture di accoglienza per donne vittime di violenza**.

Nonostante ciò, i problemi di accesso, la frammentazione delle risposte e il sotto-dimensionamento delle risorse umane rimangono fattori critici da affrontare nel 2025.

Analisi delle Criticità e Proposte di Miglioramento per il 2025

Servizi per la Non Autosufficienza e la Disabilità

Criticità individuate (2024)

- Tempi di attesa lunghi per servizi domiciliari e residenziali.
- Scarsa disponibilità di strutture semiresidenziali.
- Difficoltà nell'accesso ai percorsi di autonomia e inserimento lavorativo per le persone con disabilità.

Azioni previste (2025)

- Consolidamento della **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale per non autosufficienti.
- Implementazione della Riforma della Disabilità (D.Lgs. 62/2024).

Margini di miglioramento

- **Aumentare il numero di posti nelle strutture semiresidenziali e residenziali**, per evitare l'ospedalizzazione di pazienti non autosufficienti.
- **Creare percorsi di autonomia lavorativa per le persone con disabilità**, coinvolgendo aziende locali e cooperative sociali.
- **Potenziare l'assistenza domiciliare** attraverso la formazione di equipe multiprofessionali, riducendo la frammentazione tra servizi sanitari e sociali.

Continuità Ospedale-Territorio

Criticità individuate (2024)

- Ritardi nell'attivazione delle **Case della Comunità** e degli **Ospedali di Comunità**.
- Difficoltà nella presa in carico post-ricovero e nelle dimissioni protette.

Azioni previste (2025)

- Sviluppo del **modello di infermiere di famiglia e di comunità**.
- Maggiore integrazione tra cure primarie e servizi ospedalieri.
- **Margini di miglioramento**
- **Accelerare l'attivazione delle Case della Comunità** e garantire la loro presenza capillare sul territorio pratese.
- **Rafforzare i percorsi di dimissione protetta** con piani di assistenza personalizzati per pazienti fragili.
- **Estendere il progetto di Infermiere di Famiglia e di Comunità** per garantire un punto di riferimento continuo tra ospedale e territorio.

Salute Mentale

Criticità individuate (2024)

- Aumento della domanda senza un incremento delle risorse disponibili.
- Scarsa integrazione tra servizi psichiatrici e servizi sociali.
- Mancanza di strutture dedicate alla gestione delle emergenze psichiatriche.

Azioni previste (2025)

- Maggiori investimenti nella presa in carico di persone con disagio mentale.
- Implementazione della **UFS Autismo per adulti**.
- Ampliamento dei percorsi di salute mentale nelle strutture penitenziarie.

Margini di miglioramento

- **Creare un sistema di emergenza psichiatrica territoriale**, con una rete di servizi 24/7 per evitare l'intasamento dei pronto soccorsi.
- **Sviluppare percorsi di inserimento lavorativo per persone con disturbi mentali**, con tirocini e progetti di reinserimento.
- **Potenziamento dei servizi di supporto domiciliare per la salute mentale**, con il coinvolgimento del Terzo Settore.

Contrasto alla Violenza di Genere

Criticità individuate (2024)

- Numero insufficiente di centri antiviolenza e case rifugio.
- Mancanza di formazione specifica per operatori sanitari e sociali.

Azioni previste (2025)

- Potenziamento della rete **Codice Rosa**.
- Attivazione di sportelli specializzati nelle Case della Comunità.

Margini di miglioramento

- **Aumentare il numero di strutture di accoglienza protetta** per donne e minori vittime di violenza.
Rafforzare la formazione del personale socio-sanitario per individuare tempestivamente situazioni di violenza domestica.
- **Creare un protocollo di coordinamento tra servizi sociali, sanitari e forze dell'ordine**, per una risposta più tempestiva e integrata.

Dipendenze

Criticità individuate (2024)

- Aumento delle dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, internet).
- Mancanza di strutture di reinserimento sociale per ex tossicodipendenti.

Azioni previste (2025)

- Potenziamento dei servizi per il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).
- Maggiore collaborazione tra SerD e servizi di salute mentale.

Margini di miglioramento

- **Creazione di programmi di prevenzione specifici per le dipendenze digitali e il gioco d'azzardo.**
Maggior investimento nei percorsi di recupero e reinserimento sociale per le persone in uscita dai SerD.
- **Sviluppare unità mobili di intervento** per raggiungere persone con dipendenze nei contesti di maggiore rischio.

Conclusioni e Priorità per il 2025

- Dall'analisi emerge che il POA 2025 mantiene la continuità con il 2024, ma presenta ancora **alcune criticità irrisolte**. Per garantire un miglioramento effettivo della qualità dei servizi, si suggerisce di:
 - **Definire obiettivi misurabili** per ogni servizio, con indicatori di impatto chiari.
 - **Rafforzare la rete di assistenza territoriale**, con tempi certi per l'apertura di Case della Comunità e Ospedali di Comunità.
 - **Aumentare le risorse umane** nei servizi di salute mentale, assistenza domiciliare e contrasto alla violenza di genere
 - **Creare percorsi di autonomia per le persone con disabilità e fragilità mentale**, con politiche di inserimento lavorativo.
 - **Migliorare il coordinamento tra servizi sanitari e sociali**, evitando frammentazioni e sovrapposizioni.

L'implementazione di queste azioni consentirebbe di superare i limiti evidenziati nel monitoraggio 2024 e garantire servizi più efficaci e inclusivi per i cittadini della Provincia di Prato nel 2025.

Analizzando le criticità del profilo di salute della zona Pratese e confrontandole con le schede di programmazione, emergono alcune aree che sembrano non trovare un riscontro diretto o sufficiente nelle attività pianificate. Ecco un elenco di tali criticità e alcune proposte per colmare queste lacune:

Qualità Ambientale (Aria e Acqua):

Criticità: La non conformità agli standard OMS per la qualità dell'aria (PM10 e PM2.5) e lo stato chimico scarso delle acque sotterranee e superficiali (contaminazione da nitrati e triclorometano)

Riscontro nelle schede: Nonostante l'importanza cruciale, non si individuano schede specifiche dedicate al miglioramento della qualità dell'aria o alla bonifica delle acque nel documento "All.C.POA 2025_Schede_Programmazione.pdf".

Proposte:

- Creazione di una scheda progetto specifica: Dovrebbe essere sviluppata una scheda progetto mirata alla riduzione dell'inquinamento atmosferico e al miglioramento della qualità delle acque, con obiettivi misurabili e azioni concrete (es. monitoraggio costante della qualità dell'aria e dell'acqua, interventi per ridurre le emissioni industriali e agricole, promozione di pratiche agricole sostenibili, ecc.).
- Collaborazione intersettoriale: Coinvolgere diversi settori (ambiente, trasporti, agricoltura, industria) per affrontare le cause dell'inquinamento in modo integrato.
- Sensibilizzazione e coinvolgimento della comunità: Promuovere campagne di sensibilizzazione sulla qualità dell'aria e dell'acqua, coinvolgendo attivamente la comunità nella ricerca di soluzioni.
- Stili di Vita (Alimentazione e Attività Fisica):

Criticità:

Pur non essendo esplicitamente elencate tra le "criticità" principali, le abitudini alimentari scorrette e la sedentarietà rappresentano fattori di rischio significativi per molte malattie croniche (cardiovascolari, diabete, obesità, tumori) [vedi risposta precedente].

Riscontro nelle schede: La scheda P22 "Promozione della salute nelle scuole"⁵ e P25 "Promozione della salute nelle comunità - COMUNITÀ ATTIVE"⁶ affrontano indirettamente la promozione di stili di vita sani, ma potrebbero essere insufficienti. Inoltre, la scheda AS17- DA3 "Azioni di integrazione interdipartimentale e sociosanitaria nel percorso disturbi dell'alimentazione e della nutrizione"⁷ affronta i disturbi alimentari, ma non la prevenzione.

Proposte:

- Programmi di educazione alimentare: Implementare programmi di educazione alimentare nelle scuole, nelle comunità e nei luoghi di lavoro, promuovendo un'alimentazione sana ed equilibrata.
- Incentivare l'attività fisica: Promuovere l'attività fisica attraverso campagne di sensibilizzazione, creazione di spazi pubblici attrezzati, offerta di corsi e attività sportive a prezzi accessibili
- Collaborazione con il settore alimentare: Collaborare con il settore alimentare per promuovere la produzione e la commercializzazione di alimenti sani e per limitare la pubblicità di prodotti dannosi per la salute.

- Interventi sull'ambiente: Creare ambienti favorevoli a stili di vita sani, ad esempio promuovendo l'uso della bicicletta e del trasporto pubblico, facilitando l'accesso a parchi e aree verdi, limitando la disponibilità di fast food e bevande zuccherate.
- Coinvolgere i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Famiglia (PdF): I MMG e i PdF possono svolgere un ruolo fondamentale nella promozione di stili di vita sani, fornendo consigli personalizzati ai pazienti e indirizzandoli verso programmi e servizi specifici.

Screening e Prevenzione Oncologica:

Criticità:

Pur essendoci una buona adesione allo screening cervicale, è importante continuare a promuovere e migliorare l'adesione agli altri programmi di screening oncologico (mammografico, colon-rettale) [vedi risposta precedente].

Riscontro nelle schede:

Non si individuano schede specifiche dedicate al potenziamento dei programmi di screening oncologico.

Proposte:

- Campagne di sensibilizzazione mirate: Realizzare campagne di sensibilizzazione mirate a specifiche fasce di popolazione, utilizzando diversi canali di comunicazione (mass media, social media, eventi pubblici, ecc.).
- Offerta attiva di screening: Offrire attivamente lo screening ai soggetti eleggibili, contattandoli direttamente e facilitando l'accesso ai servizi.
- Migliorare l'accessibilità: Rendere i servizi di screening più accessibili, ad esempio ampliando gli orari di apertura, offrendo servizi mobili, riducendo i tempi di attesa.
- Monitoraggio e valutazione: Monitorare costantemente i tassi di adesione agli screening e valutare l'efficacia dei programmi, apportando eventuali modifiche e miglioramenti.

La zona Pratese presenta delle criticità specifiche riguardo alla presa in carico della salute mentale infantile e adolescenziale, che necessitano di ulteriori chiarimenti e riscontri nei documenti forniti

Nel "Profilo di Salute in Sintesi" si evidenzia che:

Il tasso di ospedalizzazione per problemi psichiatrici nei minori è inferiore alle medie aziendali e regionali². Questo dato potrebbe sembrare positivo, ma non indica necessariamente una buona presa in carico; potrebbe, invece, suggerire una difficoltà nell'accesso ai servizi o una sottostima del problema.

C'è una bassa continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni (3,8%), con una performance inferiore rispetto a Toscana e AUSL TC. Questo è un segnale allarmante, poiché la continuità delle cure è fondamentale per garantire un Follow-up efficace e risultati positivi nel lungo termine.

Analizzando le "Schede di Programmazione" si trovano diversi riferimenti a percorsi e servizi dedicati alla salute mentale infantile e adolescenziale:

SMIA2 Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/20184
SMIA3 Percorso disturbi neuromotori
SMIA4 Percorso disturbi del linguaggio
SMIA6 Integrazione con i punti nascita e follow up neonatologico
SMIA7 Percorsi integrati con i pediatri di famiglia per la diagnosi precoce (NIDA)
SMIA8 Percorsi di presa in carico delle emergenze urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza, continuità THT
SMIA9 Percorso di Inclusione scolastica
SMIA10 Servizi Residenziali della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
SMIA11 Servizi Semiresidenziali della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
SMIA14 Percorso disturbi neurosensoriali
SMIA18 Percorso disturbi dell'apprendimento

Tuttavia, nonostante la presenza di questi percorsi, la bassa continuità nella presa in carico evidenziata nel "Profilo di Salute" suggerisce che ci potrebbero essere delle criticità nell'implementazione o nell'efficacia di tali servizi. Potrebbe esserci una difficoltà nel passaggio tra i diversi livelli di cura, una mancanza di coordinamento tra i servizi, o una scarsa adesione da parte delle famiglie

Per migliorare la situazione, si potrebbero prendere in considerazione le seguenti azioni:

Rafforzare i percorsi di continuità assistenziale: Implementare protocolli specifici per garantire un passaggio fluido tra i diversi servizi (territoriali, ospedalieri, riabilitativi), coinvolgendo attivamente il paziente e la sua famiglia.

Potenziare i servizi territoriali: Investire in servizi territoriali di prossimità, come i Consulteri Familiari e i Centri di Salute Mentale, per garantire una presa in carico precoce e tempestiva dei problemi di salute mentale infantile e adolescenziale.

Promuovere la formazione degli operatori:

Offrire una formazione specifica agli operatori sanitari e sociali che lavorano con bambini e adolescenti, per migliorare la loro capacità di riconoscere e gestire i problemi di salute mentale.

Sensibilizzare la popolazione:

Realizzare campagne di sensibilizzazione per ridurre lo stigma associato ai problemi di salute mentale e incoraggiare le famiglie a chiedere aiuto.

Monitorare e valutare i risultati:

Monitorare costantemente i risultati dei servizi offerti e valutare l'efficacia degli interventi, apportando eventuali modifiche e miglioramenti.

È fondamentale che per il futuro vengano messe in programmazione attività che cerchino di colmare questo GAP.

Presa in carico dei disabili intellettivi al momento del passaggio alla maggiore età.

Come negli anni precedenti, si conferma la totale assenza di presa in carico dei disabili intellettivi al raggiungimento della maggiore età.

Questo passaggio rappresenta un cambiamento significativo nella vita di un giovane adulto che passa dalla scuola, ambiente inclusivo, alla quasi totale assenza di contatti sociali normotipici, eccetto i familiari. Nei profili di salute e nelle schede di programmazione manca un monitoraggio o

una proposta relativa a questo aspetto, tranne che per le persone autistiche. Mancano opportunità e professionisti competenti in questo ambito.

Dai 18 anni, il disabile intellettivo è seguito dalla riabilitazione sotto la figura del fisiatra, che però non ha le competenze necessarie per affrontare queste problematiche. È essenziale sviluppare programmi di supporto e orientamento per aiutare i giovani disabili nella transizione verso la vita adulta, fornendo strumenti e risorse adeguate. La creazione di reti di sostegno tra famiglia, scuola e servizi sociali può rendere meno traumatico questo passaggio, garantendo continuità educativa e relazionale.

Le schede di attività che potrebbero essere rilevanti includono:

AS14 Programma sperimentale per la presa in carico persone disabili e autistiche adulte¹. Questa scheda indica un'attenzione specifica verso le persone disabili e autistiche adulte, suggerendo un riconoscimento delle sfide che affrontano in questa fase della vita. Gli obiettivi specifici includono l'elaborazione e l'approvazione del progetto, e l'avvio della prima fase di sperimentazione⁴.

SMA2 Percorso Autismo adulti². Questo percorso è specificamente dedicato agli adulti con autismo.

SMIA2 Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/20183.

DSS5_DIS2 Riforma della Disabilità D.Lgs. 62/20245. Questa scheda menziona interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema.

SA Inserimenti occupazionali per persone svantaggiate e disabili⁶.

Sebbene queste schede affrontino il tema della disabilità negli adulti, non vi è un focus specifico sul momento cruciale del passaggio dalla minore alla maggiore età. Questo passaggio comporta sfide uniche legate all'autonomia, all'alloggio, al lavoro e alla pianificazione del futuro.

Per affrontare meglio le esigenze specifiche dei disabili intellettivi non autistici durante la transizione all'età adulta, si potrebbero considerare le seguenti azioni:

Creare un percorso dedicato alla transizione all'età adulta:

Questo percorso dovrebbe fornire supporto e orientamento ai giovani disabili e alle loro famiglie nella pianificazione del futuro, affrontando temi come l'autonomia abitativa, l'inserimento lavorativo, la gestione delle finanze e la salute.

Rafforzare la collaborazione tra i servizi:

È fondamentale garantire una stretta collaborazione tra i servizi sanitari, sociali, educativi e del lavoro per supportare al meglio i giovani disabili nella transizione all'età adulta.

Promuovere l'autodeterminazione e l'inclusione sociale:

È importante promuovere l'autodeterminazione dei giovani disabili, incoraggiandoli a prendere decisioni sulla propria vita e a partecipare attivamente alla società.

Progetti VITA INDIPENDENTE Regionale⁷.

Dare attuazione al Programma Regionale attraverso la valutazione delle UVM⁷.

Fondi famiglia a sostegno dei percorsi di tutela.

Efficacia UVMD e PROGETTO DI VITA:

La problematica sopracitata è aggravata dalla scarsa efficacia dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare, che è gravemente sottodimensionata per affrontare adeguatamente la presa in carico dei disabili intellettivi adulti. Le valutazioni nella zona Pratese richiedono tempi molto

lunghi, con richieste pendenti da oltre tre anni. Inoltre, il Progetto di Vita, vincolato alle UVMD, condiziona la maggioranza dei servizi e azioni progettuali proposte.

Nelle schede le UVMD sono menzionate in relazione a:

Inserimento in strutture semiresidenziali per persone disabili: L'inserimento in queste strutture, sia a gestione diretta che convenzionata, viene disposto dalle UVMD sulla base del progetto riabilitativo (PRI) estensivo di durata semestrale, su indicazione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa, nell'ambito del progetto di vita ex DGRT 14491.

Progetti VITA INDIPENDENTE Regionale: Dare attuazione al Programma Regionale attraverso la valutazione delle UVM (le fonti non specificano se si tratti di UVMD, ma è ragionevole pensarlo, data la natura del programma e le competenze delle UVMD).

In sintesi, le UVMD svolgono un ruolo cruciale nella valutazione dei bisogni e nella definizione dei progetti riabilitativi per persone con disabilità, nonché nella disposizione degli inserimenti in strutture semiresidenziali. Le UVMD sono coinvolte nell'attuazione del Programma Regionale VITA INDIPENDENTE.

Il Presidente della Consulta del terzo settore

Renza Sanesi

Il Coordinatore del Comitato di Partecipazione

Cristian Torracchi