



**DELIBERAZIONE N.5 DEL 20/02/2026
DELLA CONFERENZA DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO**

**OGGETTO: APPROVAZIONE PROGRAMMAZIONE OPERATIVA ANNUALE 2026 (POA) E
PIANO INTEGRATO DI SALUTE (PIS) 2024-2026 E PIANO DI INCLUSIONE ZONALE (PIZ)**

L'anno duemilaventisei e questo dì venti (20) del mese di febbraio (02), alle ore 09:30 si è riunita la Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata della Zona Sociosanitaria del Valdarno presso la Sala Riunioni primo piano del Comune di San Giovanni Valdarno.

Invitati con lettera di Convocazione ns. prot. n. 0003393 del 16/02/2026, risultano presenti i componenti come dettagliato nella tabella sottostante:

COMPONENTI	PRESENTE	ABITANTI 2025	QUOTE	
Sindaco Comune di BUCINE	Sì	9.921	6,96%	X
Sindaco Comune CASTELFRANCO PIANDISCO'	Presente Ass. Orietta Gagliardi	9.756	6,85%	X
Sindaco Comune di CAVRIGLIA	Presente Vicesindaco Thomas Stagi	9.513	6,68%	X
Sindaco Comune di LATERINA PERGINE V.NO	Sì	6.296	4,42%	X
Sindaco Comune di LORO CIUFFENNA	Sì	5.914	4,15%	X
Sindaco Comune di MONTEVARCHI	Presente Ass. Lorenzo Allegrucci	24.060	16,88%	X
Sindaco Comune di SAN GIOVANNI V.NO	Sì	16.503	11,58%	X
Sindaco Comune di TERRANUOVA BRACCIOLINI	Presente Vicesindaco Massimo Quaoschi	12.077	8,48%	X
TOTALE COMUNI			66%	8/8
Direttore Generale Azienda Usi Toscana sud est	Delegata Dott.ssa Patrizia Castellucci - Direttrice dei Servizi Sociali dell'Azienda USL Toscana Sud Est		34,00%	X
TOTALE			100%	8/8

Presiede l'adunanza la Presidente della Conferenza dei Sindaci Valentina Vadi – Sindaco di San Giovanni Valdarno.



Constatata la presenza della maggioranza dei membri e la rappresentanza delle quote di partecipazione prevista ai fini della validità della seduta:

LA CONFERENZA ZONALE DEI SINDACI INTEGRATA DEL VALDARNO

VISTA la Legge n.328 del 8/11/2000: “Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e s.m.i.

VISTA la Legge Regionale n. 40 del 24/02/2005: “Disciplina del servizio sanitario regionale” e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale n. 41 del 24/02/2005: “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” e s.m.i.

PREMESSO che con Delibera di questa Conferenza n. 29 del 13/06/2023: “*Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno NOMINA*”, viene nominato Presidente della Conferenza dei Sindaci Valentina Vadi, Sindaco di San Giovanni Valdarno e il Comune di San Giovanni Valdarno a partire dal 13/06/2023;

VISTA la Legge Regionale n. 11 del 23/03/2017 “Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla L.R.T. 40/2005 ed alla L.R.T. 41/2005”, con la quale la Regione Toscana ha ridefinito gli ambiti delle Zone Distretto con l’obiettivo di promuovere una programmazione attraverso progetti integrati (PIS e PIZ) individuati come strumenti di raccordo e sviluppo e delle relative risorse da destinare;

CONSIDERATO che la Zona Distretto costituisce sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali sia l’ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e del socioassistenziale;

RICHIAMATA la Convenzione per l’esercizio delle funzioni sociosanitarie firmata dai rappresentanti legali dei Comuni di Bucine, Castelfranco Piandiscò, Cavriglia, Laterina Pergine Valdarno, Loro Ciuffenna, Montevarchi, San Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini e l’Azienda Usl Toscana Sud Est n. rep. 3171 del 15/12/2022;

SPECIFICATO che:

- Il Piano Integrato di Salute (PIS) costituisce lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, in coerenza con la programmazione regionale e aziendale;
- L’Ufficio di Piano della Zona Distretto Valdarno, congiuntamente all’Azienda USL Toscana Sud Est, ha predisposto lo schema di Atto di indirizzo che costituisce la cornice per la successiva elaborazione del PIS/PIZ 2026, integrando analisi, indirizzi strategici regionali e bisogni del territorio;

**RICHIAMATE:**

- la Delibera del Consiglio Regionale n. 67 del 30/07/2025 in cui è stato approvato il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-2026, dove vengono dettagliate le politiche in maniera sanitaria e sociale che costituisce il nuovo quadro di riferimento strategico regionale in ambito sanitario e sociale;
- la DGRT 900/2025 che approva le "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Salute e per la sua integrazione con il Piano di Inclusione Zonale", con particolare riguardo ai processi partecipativi e alla governance multilivello;

RICHIAMATI inoltre, i seguenti atti della CZSI del Valdarno di programmazione zonale:

- la Deliberazione n. 3 del 24/01/2020 avente oggetto "*Atto di indirizzo per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ) – Approvazione*";
- la Deliberazione n. 9 del 28/05/2020 avente oggetto "*Approvazione del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale*";
- la Deliberazione n. 6 del 23/02/2021 con oggetto "*Approvazione progettazioni POA 2021*";
- la Deliberazione n. 4 del 22/02/2022 con oggetto "*Approvazione progettazioni POA 2022*";
- la Deliberazione n. 7 del 21/02/2023 con oggetto "*Approvazione progettazioni POA 2023*";
- la Deliberazione n. 6 del 29/02/2024 avente oggetto "*Approvazione progettazioni POA annualità 2024*";
- la Deliberazione n. 29 del 27/09/2024 avente oggetto "*Approvazione progettazioni POA 2024*";
- la Deliberazione n. 8 del 21/02/2025 con oggetto "*Approvazione programmazione annuale 2025 (POA)*";
- la Deliberazione n. 34 del 12/09/2025 con oggetto "*Approvazione progettazioni POA 2025 Zona Distretto Valdarno*";
- la Deliberazione n. 49 del 28/11/2025 con oggetto "*Approvazione atto d'indirizzo per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS) 2024-2026*";

VISTO il documento del Piano Integrato di Salute (PIS) 2024-2026 e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ), allegato alla presente deliberazione come parte integrante e sostanziale (*All. A*), elaborato dall'Ufficio di Piano e presentato nella seduta odierna dall'Azienda USL Toscana Sud Est;

PRECISATO che, nel documento di cui sopra, viene presentata una sintesi degli indicatori di salute e del ricorso ai servizi sanitari e sociosanitari del territorio, vengono definiti gli obiettivi di salute e i programmi per il loro raggiungimento, la macro assegnazione delle risorse economiche, la rete dei servizi e, a cascata per obiettivi e programmi, l'elenco degli interventi da attuare nel territorio zonale, articolati in 87 schede di Programmazione Operativa annuale per l'anno 2026 (POA 2026);

PRECISATO che il documento di cui sopra, in tutte le sue parti, è sviluppato coerentemente con le disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-26;

VALUTATO positivamente il percorso di progettazione realizzato, che ha coinvolto la società civile con incontri del Comitato di Partecipazione Azienda USL ZD Valdarno, e con le associazioni, enti, cooperative, organizzazioni sindacali, attive nel territorio in un incontro pubblico;



PRESO ATTO che l'Azienda USL ZD Valdarno procederà al caricamento delle informazioni relative al PIS/PIZ/POA allegato al presente atto sul portale regionale PROWEB, entro la scadenza prevista del 28/02/2026;

PRECISATO che il presente atto dovrà essere presentato ai Consigli Comunali zonali entro il 31/03/2026 per opportuna informazione;

Con votazione palese e unanime dei presenti, constatata la presenza dei membri e la rappresentanza delle quote di partecipazione previste ai fini della validità delle deliberazioni;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate,

1. **Di approvare** il documento del Piano Integrato di Salute (PIS) 2024-2026 e Piano di Inclusione Zonale (PIZ) per la Zona Valdarno, allegato alla presente Deliberazione come parte integrante e sostanziale (*All. A*);
2. **Di approvare** altresì l'elenco dei progetti componenti la Programmazione Operativa Annuale 2026 per la Zona Valdarno, contenuti all'interno del documento allegato (*all. A*);
3. **Di dare mandato** all'Azienda USL Toscana Sud Est di procedere per tutti gli adempimenti per il caricamento delle informazioni relative al PIS/PZ/POA allegato al presente atto sul portale regionale PROWEB, entro la scadenza del 28/02/2026;
4. **Di trasmettere** il presente atto per opportuna competenza e/o informazione:
 - ai Sindaci dei Comuni del Valdarno;
 - ai Presidenti dei Consigli Comunali;
 - al Direttore Generale Azienda UsI Toscana Sud Est;
 - alla Direttrice Servizi Sociali Azienda UsI Toscana Sud Est;
 - alla Direttrice Zona Distretto Valdarno Azienda UsI Toscana Sud Est.

La Presidente della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno
Valentina Vadi

PIANO INTEGRATO DI SALUTE (PIS) 2024-2026 E PIANO DI INCLUSIONE ZONALE (PIZ)

ZONA VALDARNO

20 febbraio 2026

Indice

Premessa.....	3
Quadro Normativo.....	4
Elenco degli atti della CZSI Valdarno di riferimento.....	5
Situazione sociosanitaria e demografica della Zona Valdarno/ Profilo di Salute e bisogni sociosanitari emergenti.....	6
Obiettivi di salute.....	11
Risorse disponibili per il 2026.....	13
Percorso Partecipativo per la Programmazione Zonale.....	14
Piano Operativo Annuale – POA.....	17
Impegni della Conferenza Zonale Integrata.....	24
Impegno alla collaborazione nella realizzazione degli obiettivi.....	24
Tempistiche di attuazione e scadenze principali.....	24
Allegati:.....	24
1 PROFILO DEI SERVIZI ZONALI.....	25
2 DETTAGLIO SCHEDE POA 2026 (non allegato materialmente a questo atto ma inserito in procedura PROWEB).....	

Premessa

La programmazione zonale del Valdarno muove dalla cornice di riferimento normativa elaborata da Regione Toscana, sulla base della quale la Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata ha approvato con deliberazione n. 49 del 28/11/2025 l'atto di indirizzo per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ) 2024-2026.

Con il PIS, strumento fondamentale di programmazione zonale, vengono definiti gli obiettivi di salute, la macro assegnazione delle risorse economiche e la rete dei servizi e degli interventi da attuare coerentemente con le disposizioni del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).

Il PIZ, strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni definisce:

- le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale
- i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale
- i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio
- i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario
- i servizi a carattere residenziale per le fragilità
- le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale
- le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno
- l'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività relativi alle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca.

Il PIS, che si coordina e si integra con il PIZ, è costituito dal Profilo di Salute, dalla valutazione delle opportunità, criticità ed aree di miglioramento dell'intero territorio ed infine dalle progettualità espresse dai componenti della società locale.

Il Profilo di Salute rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale: nell'analisi dei dati forniti dalla Regione Toscana per l'elaborazione del Profilo di Salute zonale, si evidenzia che molti indicatori sono in linea con la media dell'Azienda USL Toscana Sud Est e della Regione Toscana; i determinanti di salute rappresentati da tali indicatori vengono considerati, per questo, privi di particolari criticità e tali da non raffigurare una priorità di intervento nella predisposizione del piano. Lo stesso profilo di salute evidenzia al contempo aree di criticità sulle quali è necessario porre in essere delle progettualità e delle azioni integrate di contenimento.

Il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-26, approvato il 30 luglio 2025 con Delibera del Consiglio Regionale n. 67, dettaglia le politiche in materia sanitaria e sociale e costituisce il nuovo quadro di riferimento strategico regionale in ambito sanitario e sociale.

Il nuovo piano delinea le strategie sanitarie e sociali della Regione e vuole essere uno strumento di programmazione socio-sanitaria, con una più marcata integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie.

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, la Conferenza Zonale Integrata ha espresso con l'atto di indirizzo approvato con Delibera parere favorevole affinché il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorba interamente l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LRT 41/2005, articolo 29.

Il Piano Integrato di Salute (PIS) è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale coerente con le disposizioni del PSSIR, e ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale.

Quadro Normativo

- LRT 40/2005 ‘Disciplina del servizio sanitario regionale’ e s.m.i., art. 21 ‘Piani integrati di salute’:
 - Comma 1. Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.
 - Comma 3. Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, e si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005, ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.
 - Comma 4. In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l’elaborazione del PIZ.
 - Comma 5. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate e la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.
 - Comma 6. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale e la parte operativa zonale - il Piano Operativo Annuale (POA) - è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all' articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005.
 - Comma 7. La Giunta regionale elabora linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ.
- LRT 40/2005 ‘Disciplina del servizio sanitario regionale’ e s.m.i., art. 71 sexies:
 - Comma 5. L’approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del PIS, avviene previo parere dei consigli degli enti locali, da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento e, nel caso di SdS, partecipano all’assemblea per l’approvazione dell’atto anche gli enti che non aderenti al consorzio.
- LRT 41/2005 ‘Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale’ e s.m.i., art. 29 ‘Piano di inclusione zonale’:
 - Comma 4. Il PIZ è approvato dalla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34, ovvero dalle società della salute, ove esistenti, e si coordina con le altre politiche socio-sanitarie integrate a livello di zona-distretto nell'ambito del piano integrato di salute di cui all'articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).
 - Comma 5. Il PIZ ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte attuativa del PIZ viene aggiornata annualmente ed è condizione per l’attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale.
- DGRT 900/2025 ‘Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato Sociale e per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (art. 21 comma 7 L.R. n. 40/05). Con questo atto, per la sua integrazione con il Piano Integrato Zonale (PIZ), sottolineando che la programmazione delle politiche, degli interventi e delle risorse costituisce la base di riferimento per la progettazione delle attività da svolgere a livello territoriale, al fine di garantire i livelli essenziali di prestazioni sociali e di assistenza. Le linee guida dedicano un’attenzione specifica ai soggetti della programmazione e alle loro modalità di coinvolgimento. La L.R.T. 75/2017 “Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell’utenza nell’ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005” ha ridefinito gli istituti di partecipazione interessando trasversalmente le organizzazioni sanitarie regionali e aziendali, le zone-

distretto e le società della salute.

- Delibera del Consiglio Regionale Toscana n. 67 del 30.07.2025, di approvazione del “Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-2026”, che è così articolato:
 - Punto 1.1. Il quadro di riferimento normativo programmatico per la stesura del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è composto da una cornice di norme, di atti di programmazione, di piani e programmi che nascono dai livelli internazionali, europei, nazionali e regionali.
 - Punto 2. Le sfide del modello toscano per un’assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale pubblica e universalistica composte da sette obiettivi generali.
 - Punto 3. Fattori di crescita e azioni trasversali
 - Sezione Seconda. Obiettivi Specifici in riferimento agli Obiettivi Generali e ai Fattori di crescita e Azioni trasversali.

Elenco degli atti della CZSI Valdarno di riferimento

Si riportano le delibere della Conferenza zonale dei Sindaci Integrata Valdarno inerenti la programmazione in oggetto:

- Deliberazione n. 3 del 24/01/2020: Atto di indirizzo per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ)- Approvazione
- Deliberazione n. 9 del 28/05/2020: Approvazione del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale
- Deliberazione n. 6 del 23/02/2021: approvazione progettazioni POA 2021
- Deliberazione n. 4 del 22/02/2022: Approvazione progettazioni POA 2022
- Deliberazione n. 7 del 21/02/2023: Approvazione progettazioni POA 2023
- Deliberazione n. 6 del 29/02/2024: Approvazione progettazioni POA- annualità 2024
- Deliberazione n. 29 del 27/09/2024: Approvazione progettazioni POA 2024 (monitoraggio intermedio)
- Deliberazione n. 8 del 21/02/2025: Approvazione programmazione annuale 2025 (POA)
- Deliberazione n. 34 del 12/09/2025: Approvazione progettazioni POA 2025 Zona Distretto Valdarno (monitoraggio intermedio)
- Deliberazione n. 49 del 28/11/2025: Approvazione dell’atto di indirizzo per la predisposizione del Piano Integrato di Salute (PIS) 2024-2026

Situazione sociosanitaria e demografica della Zona Valdarno/ Profilo di Salute e bisogni sociosanitari emergenti

Dai dati ARS relativi al 2024, la Zona Valdarno presenta una struttura demografica più favorevole rispetto alla media regionale, è una zona “giovane” ma con una mortalità che richiede attenzione.

Demografia e Stato di salute generale						
Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di natalità	6,0	5,7	5,6	4,5		6,4
Indice di vecchiaia	222,0	241,9	253,2	355,1		196,5
Percentuale di over74enni	14,0	14,6	15,0	17,6		12,4
Tasso di ospedalizzazione generale	116,7	116,1	119,7	126,4		109,0
Tasso di mortalità generale	885,7	859,1	853,2	946,0		785,9
Speranza di vita alla nascita	85,2	85,3	85,4	84,4		86,2

In particolare:

- Punto di Forza (Vitalità): L'Indice di vecchiaia (222,0) è sensibilmente più basso della media toscana (241,9). Questo, unito a un Tasso di natalità (6,0) superiore alla media regionale (5,7), delinea un territorio meno "anziano" e potenzialmente più dinamico.
- Punto di Debolezza (Mortalità): Nonostante la popolazione sia più giovane, il Tasso di mortalità generale (885,7) è superiore alla media toscana (859,1). Dato che la Speranza di vita (85,2) è sostanzialmente in linea con la regione, questo scostamento sulla mortalità potrebbe indicare una prevalenza di patologie acute o croniche non adeguatamente compensate (coerentemente con i dati sulle ospedalizzazioni per scompenso riportati più avanti).

I Determinanti di salute della Zona evidenziano benessere economico ma anche fragilità lavorativa rispetto ai dati regionali: il profilo socio-economico è solido, ma presenta zone d'ombra nel mercato del lavoro e nel supporto abitativo.

Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	2,9	3,7	3,3	5,1		2,4
Reddito imponibile medio	23.942,1	24.279,8	23.402,3	21.415,4		28.967,7
Importo medio mensile pensioni INPS	1.157,7	1.155,5	1.119,9	1.030,4		1.296,5
Famiglie con integrazione canoni locazione	3,9	9,9	7,5	15,8		1,0
Tasso grezzo di disoccupazione	25,2	23,8	25,3	39,2		17,7
Indice presenza terzo settore formalizzato	25,8	29,6	31,4	20,0		43,2
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	4,1	5,4	4,8	7,2		3,6

- **Punto di Forza (Tenuta Economica):** La percentuale di famiglie con ISEE sotto i 6.000€ (4,1%) è decisamente inferiore alla media regionale (5,4%). Anche il ricorso a pensioni e assegni sociali (2,9) è molto contenuto rispetto alla Toscana (3,7), indicando una minore incidenza di povertà estrema.
- **Punto di Debolezza (Lavoro e Terzo Settore):** Il Tasso di disoccupazione (25,2) è superiore alla media regionale (23,8). Inoltre, l'Indice di presenza del Terzo Settore (25,8) è inferiore alla media toscana (29,6).

Inoltre, a partire dai dati riportati nelle tabelle seguenti, estratti dalla batteria di indicatori prodotti da ARS Toscana in quanto significativamente diversi rispetto ai dati medi e quindi meritevoli di attenzione, la Zona si presenta come un territorio con un efficace sistema di prevenzione e di presa in carico territoriale, in grado di assorbire i bisogni dei minori e delle persone non autosufficienti. Emerge dagli indicatori analizzati, tuttavia, una fragilità anche strutturale nella gestione delle cronicità e nei comportamenti a rischio dei giovanissimi che genera, oltre ai disagi dovuti al permanere di liste di attesa, per gli anziani non autosufficienti, una pressione impropria sui ricoveri ospedalieri.

PUNTI DI FORZA:

Determinanti di salute:

	Zona	Toscana
- Percentuale di 14-19 obesi	1,1	2,3
- Propensione al gioco d'azzardo maggiorenni	1031,9	1304,8

Famiglie e minori:

	Zona	Toscana
- Tasso di minori in affidamento familiare:	3,5	1,8
- Tasso di minori in struttura residenziale:	0,2	1,1
- Ragazzi 11-17 che frequentano assoc/gruppi	26,5	22,2
- Indice benessere relazione con pari	47,3	42,6

- Soddisfazione con genitori ragazzi 11-17	53,2	47,4
Disabilità e non autosufficienza:	Zona	Toscana
- Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	36,2	28,1
- Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	12,5	11,7
- Indice inserimento alunni con disabilità scuola primaria e secondaria di I grado	5,5	4,3
Prevenzione e promozione della salute:	Zona	Toscana
- Adesione screening mammografico	77,1	57,4
- Adesione screening coloretale	46,1	44,1
- Copertura per vaccino HPV	90,2	80,2
Salute Mentale e dipendenze:	Zona	Toscana
- Contatto entro 7 gironi con il DSM dal ricovero	63,1	40,8
- Continuità presa in carico pz assistiti salute mentale	76,9	63,4

PUNTI DI DEBOLEZZA:

Determinanti di salute:	Zona	Toscana
- Percentuale di 14-19enni bevitori eccedenti (binge drinkers):	41,6	33,4
- Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope:	31,9	30,1
Famiglie e minori:	Zona	Toscana
- Ragazzi 11-17 che subiscono violenza/bullismo:	23,6	19,7
Cronicità:	Zona	Toscana
- Prevalenza cronicità:	340,1	321,2
- Prevalenza diabete:	70,7	63,5
- Prevalenza BPCO:	16,2	14,0
- Prevalenza Demenza:	13,5	11,5
Disabilità e non autosufficienza:	Zona	Toscana
- Incidenza di disabilità:	9,0	5,7
- Incidenza disabilità grave:	3,6	2,2
Gestione delle principali patologie croniche:	Zona	Toscana
- Ospedalizzazione scompenso (>18 anni):	171,8	135,7
- Diabetici con una visita diabetologica:	18,4	30,8

Assistenza farmaceutica territoriale:	Zona	Toscana
- Consumo di antibiotici:	16	14,4
Salute Mentale e dipendenze:	Zona	Toscana
- Ospedalizzazione patologie psichiatriche (>18 anni):	237,8	217,6

I dati selezionati evidenziano le seguenti considerazioni.

Punti di Forza: L'efficacia della rete territoriale

- **Eccellenza nella Prevenzione:** La Zona supera significativamente la media regionale negli screening (mammografico 77% vs 57%) e nella copertura vaccinale HPV. Questo indica una popolazione collaborativa e servizi di prevenzione efficienti.
- **Resilienza Sociale e Minori:** I ragazzi mostrano livelli di benessere relazionale e soddisfazione familiare superiori alla media. L'alto tasso di affidamento familiare rispetto alle strutture residenziali indica una scelta politica e sociale orientata all'accoglienza in contesti affettivi.
- **Presa in carico della Non Autosufficienza:** L'assistenza domiciliare diretta (36,2%) è molto più capillare rispetto al dato medio regionale, segno di un distretto che "cura a casa".
- **Salute Mentale Reattiva:** La capacità di contattare il paziente entro 7 giorni dal ricovero (63%) è un indicatore di eccellenza nella continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Punti di Debolezza: Criticità e sfide programmatiche

- **Fragilità Giovanile (Stili di vita):** Nonostante il buon clima familiare, i dati sul *binge drinking* (41,6%) e sul bullismo sono preoccupanti. C'è uno scollamento tra il benessere percepito e i comportamenti a rischio. Nelle schede POA che seguiranno ci sono progetti che da tempo cercano di attenuare e invertire questi fenomeni.
- **Gestione della Cronicità (Gap Ospedale-Territorio):** Questo è il punto più critico. La prevalenza di malattie croniche (Diabete, BPCO) è alta, ma il dato sulle ospedalizzazioni per scompenso (171,8) suggerisce che queste patologie vengano gestite in modo più efficace a livello ambulatoriale.
- **Appropriatezza Farmaceutica:** L'uso di antibiotici sopra la media regionale segnala la necessità di interventi di formazione per medici e cittadini sull'antibiotico-resistenza e questo tema dovrà essere sviluppato in azioni di sensibilizzazione dirette verso entrambi i target.

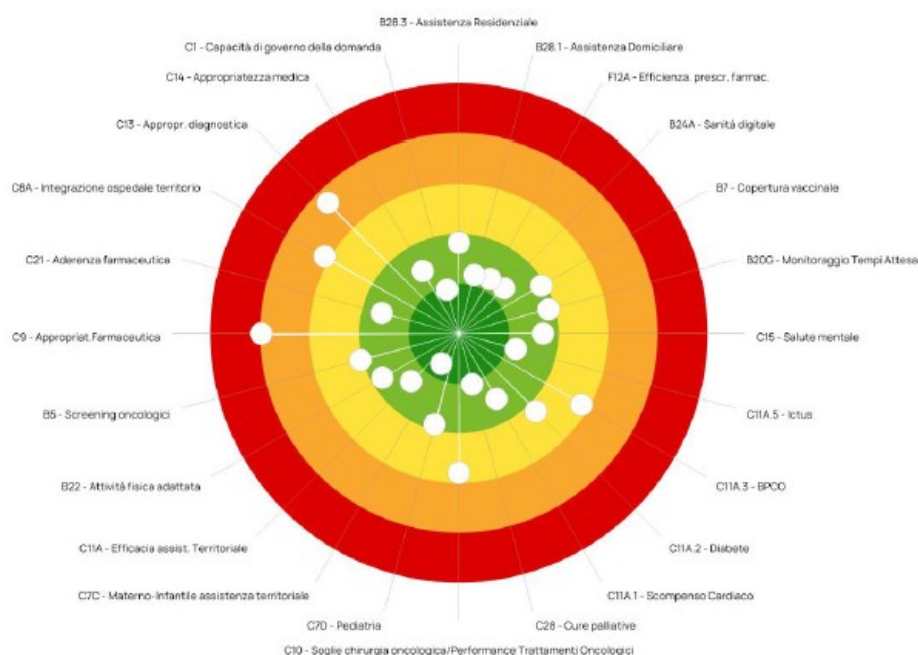
Si completa la descrizione dei punti di forza e debolezza della zona, inserendo anche la valutazione sintetica della performance zonale elaborata dal Laboratorio Mes S. Anna Pisa con i dati del 2024. Nell'insieme di una valutazione buona spero la gran maggioranza degli indicatori, si segnalano le 3 situazioni più critiche nell'appropriatezza farmaceutica e diagnostica, e nell'integrazione ospedale-territorio. Queste dimensioni sono sottese a molti progetti contenuti nelle successive schede POA.

INDICATORI A SUPPORTO DEI PROFILI DI SALUTE

RICORSO AI SERVIZI

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI E SERVIZI TERRITORIALI, Anno 2024

Bersaglio 2024
Valdarno



Quanto sopra è utile per inquadrare il contenuto di riferimento nel quale il PIS 2024-26 zonale si inserisce, con l'obiettivo di ridurre le criticità e cercare di consolidare e ampliare ulteriormente i punti di forza di questo territorio.

Obiettivi di salute

Il PSSIR 2024-26 individua **sette obiettivi generali** strategici:

- Obiettivo Generale 1: Promuovere la salute in tutte le politiche: “Health in all policies”*
- Obiettivo Generale 2: L’assistenza territoriale*
- Obiettivo Generale 3: Rafforzare l’integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione*
- Obiettivo Generale 4: Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche*
- Obiettivo Generale 5: Appropriatezza delle cure e governo della domanda*
- Obiettivo Generale 6: La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale*
- Obiettivo Generale 7: Transizione ecologica e politiche territoriali*

Il PSSIR 2024-2026 individua anche nove Fattori di crescita e Azioni trasversali, ciascuno dei quali articolati in Obiettivi specifici, qui riportati:

Fattori di crescita e Azioni trasversali. 1. Formazione e rapporti con le università 2. Promozione della ricerca e della sperimentazione clinica: più salute con la ricerca 3. Bioetica: la medicina incontra le ragioni e i valori della persona 4. La partecipazione e orientamento ai servizi 5. L’amministrazione condivisa e la co-programmazione 6. Supportare le politiche per la salute attraverso il rafforzamento delle attività internazionali 7. Controllo di gestione e misure di efficienza energetica 8. Investimenti sanitari 9. La valorizzazione delle professioni e degli operatori della sanità.

Il complesso degli Obiettivi generali, Fattori di crescita e Azioni trasversali, con i relativi Obiettivi specifici e i Piani di settore trattati dal Piano sanitario e sociale integrato regionale 2024-2026, costituisce il riferimento necessario per l’elaborazione del Piano Integrato di Salute 2026 (d’ora in avanti PIS).

All’interno degli obiettivi generali la Zona ha individuato 20 azioni programmatiche da attuare attraverso l’elaborazione dei Programmi Operativi Annuali, anch’essi contenuti nel presente documento ed oggetto di approvazione:

Obiettivo Generale 1: Promuovere la salute in tutte le politiche: “Health in all policies”

- Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita
- Rafforzare i Servizi Sociali e prevenire il fenomeno del burn out tra gli operatori sociali
- Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione

Obiettivo Generale 2: L’assistenza territoriale

- Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate
- Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari
- Prendere in cura i malati cronici e complessi con modelli innovativi ed integrati e di medicina di iniziativa

Obiettivo Generale 3: Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

- Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente
- Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia
- Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata
- Individuare precocemente il disagio psichico, sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze e potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale
- Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri
- Gestire le modalità di accesso al percorso residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza

Obiettivo Generale 4: Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche

- Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza
- Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio
- Offrire cure integrate ai malati oncologici
- Integrare la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione per garantire la circolarità dei percorsi di presa in carico dei bisogni del cittadino

Obiettivo Generale 5: Appropriatezza delle cure e governo della domanda

- Governare l'appropriatezza della domanda e le liste di attesa
- Sviluppare azioni di monitoraggio per il controllo dell'appropriatezza farmaceutica

Obiettivo Generale 6: La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale

- Promuovere la digitalizzazione del sistema sanitario e utilizzo dell'IA per l'innovazione e l'integrazione

Obiettivo Generale 7: Transizione ecologica e politiche territoriali

- Sviluppare azioni di efficientamento energetico in ambito sanitario

La Conferenza Zonale dei Sindaci ha individuato nell'atto di indirizzo i seguenti obiettivi strategici:

- Continuare le attività e le politiche di promozione della salute rivolte a varie fasce di cittadini, in primis i giovani e la popolazione scolastica, in tutte le sedi, dal Consultorio alle scuole alle occasioni di aggregazione alla educativa di strada.
- Migliorare i processi di presa in carico del paziente cronico coinvolgendo la Medicina Generale e la specialistica sia all'interno delle CdC che attraverso gli strumenti di telemedicina a sostegno della domiciliarità e della prossimità dei servizi
- Migliorare alcuni processi di presa in carico per i quali gli indicatori hanno evidenziato nella Zona Valdarno qualche criticità, a cominciare dal diabete.
- Dotare la Zona Valdarno di una maggiore offerta per la presa in carico di persone con Alzheimer, sia con un potenziale aumento dei posti letto residenziali dedicati (modulo cognitivo) che con una nuova offerta semiresidenziale.
- Accompagnare la medicina generale nell'implementazione del nuovo modello definito dall'AIR 2025.
- Sviluppare i servizi a supporto delle Dipendenze Patologiche e della Salute Mentale, sia attraverso i

progetti ad hoc e le strutture esistenti, che l'avvio dell'attività del nuovo centro semiresidenziale per il disagio psichico degli adolescenti (Gioi a San Giovanni Valdarno).

- *Implementare con processi ad hoc la definizione del Progetto di Vita per tutte le persone con disabilità che ne vorranno fare richiesta, in condivisione con le associazioni del terzo settore e potenziamento del servizio di inserimento al lavoro in collaborazione con il Centro per l'Impiego provinciale e zonale (equipe unica sociale e lavoro SIIL – Servizio Integrato Inclusione e Lavoro).*
- *Realizzazione percorso di adesione al SEUSS (servizio di pronto intervento sociale Regione Toscana) avviato con delibera CZSI n. 37 del 12/9/2025.*
- *Rafforzare i programmi per l'inclusione sociale e la lotta alla povertà.*
- *Semplificare i processi di accesso o di erogazione dei servizi con la digitalizzazione, anche attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore come facilitatore per i cittadini più fragili.*

I suddetti obiettivi sono declinati in tutto o in parte in più schede POA in quanto orientano tutta la programmazione zonale condivisa con la Conferenza dei Sindaci.

Risorse disponibili per il 2026

Il quadro delle risorse disponibili nella Zona è al momento ancora incompleto, in quanto non tutte le risorse sono state assegnate e anche lato Comuni l'assegnazione non è ancora completata. Cionondimeno, vengono nel seguito riportate le principali macrovoci ad oggi note:

NON AUTOSUFFICIENZA

• FNA	€ 1.461.992
• RESIDENZIALITA'	€ 6.284.877,24
• PRONTO BADANTE (3° ANNUALITA')	€ 57.256,51
• FSE DOMICILIARITA' (VA.DO.4) 2° ANNUALITA'	€ 258.714,00

DISABILITA'

• FONDO DISABILITA' AZIENDALE	€ 1.443.765,68
• DOPO DI NOI Annualità 2024	€ 64.655.53 (anticipo)
• IN-AUT	€ 80.000 (+20.000 cofinanz. Comuni)
• CARE GIVER	€ 54.079 (annualità 2024)
• VITA INDIPENDENTE FSE + SECONDA ANNUALITA'	€ 425.738+180.000
• FUNZIONI DELEGATE COMUNI	€ 775.200
• ARTI Progetto PerForm)	€ 30.000
• FONDO AUTISMO	€ 56.750

SERD

PREVENZIONE E CURA GIOCO D'AZZARDO (50% fin, ann. 2023) €37.651

ADOLESCENTI

PROGETTO DES_TEENAZIONE (triennale) € 3.464.139

Centro Diurno Disagio Mentale GIOi: € 320.270

Percorso Partecipativo per la Programmazione Zonale

L'elaborazione della programmazione operativa zonale (PIS/PIZ/POA) è il risultato di un articolato percorso di confronto che ha visto il coinvolgimento attivo del Comitato di Partecipazione Zonale in due incontri dedicati il 20/11/2025 e il 26/01/2026. A queste giornate si è aggiunta un'ulteriore occasione di confronto. Più di 60 associazioni, Enti, OOSS, cooperative attive nel territorio, sono state invitate a un incontro il 06/02/2026 alla presenza dell'Ufficio di Piano e quindi dei Comuni e dei RUF della Zona. Nel corso dell'incontro, aperto con una sintetica presentazione dalla Direzione di Distretto, degli obiettivi regionali e della declinazione aziendale e zonale dei progetti, sono emersi spunti, osservazioni e proposte per il miglioramento della programmazione operativa zonale, che sono di seguito sintetizzate perchè riflettono la necessità di un'integrazione sempre più profonda tra servizi sanitari, attori sociali e cittadini.

1. Partecipazione e Coinvolgimento del Terzo Settore

Le organizzazioni sindacali hanno ribadito il proprio ruolo di "ponte" istituzionale, offrendo la capillarità delle proprie sedi per facilitare l'orientamento dei cittadini e la diffusione delle informazioni sui servizi disponibili. È emersa l'importanza di proseguire e potenziare i progetti di peer-education, con particolare riferimento al progetto *Younge*, per intercettare i bisogni delle fasce giovanili attraverso linguaggi e canali appropriati.

2. Percorso Nascita e Salute di Genere

Il dibattito ha evidenziato alcune criticità relative alla mobilità sanitaria passiva per quanto riguarda la maternità. Nonostante l'eccellenza clinica del Punto Nascita del Valdarno — pioniere in pratiche innovative come il parto in acqua e il contatto "pelle a pelle" durante il taglio cesareo — l'Azienda, sia ospedale che territorio, in particolare il Consultorio e MMG, è impegnata a raggiungere il livello di parti previsto dalla normativa. Si è discusso di:

1. Migliorare la comunicazione esterna: potenziare il "reclutamento territoriale" e la presenza sui canali digitali/social per informare e sensibilizzare sulla qualità del servizio erogato dal Punto Nascita del Valdarno.
2. Potenziare le attività Consultoriali:
 - in riferimento al percorso Nascita, rafforzare il coordinamento con il Punto Nascita, aumentare la presa in carico anche delle gravidanze a medio rischio, istituire l'ostetrica del territorio che possa rappresentare un punto di riferimento non solo in gravidanza ma anche nel puerperio, prevedere la presenza nei Corsi Accompagnamento alla Nascita anche in altre aree senza punto nascita;

- per gli altri ambiti di attività del Consultorio, incrementare le ore di attività del Consultorio Giovani per rispondere alla forte affluenza (anche da aree limitrofe come Figline e Pontassieve) e rafforzare gli interventi di prevenzione contro la violenza domestica, considerata priorità assoluta per rompere i cicli di maltrattamento.

3. Sviluppo e Rafforzamento della Sanità Territoriale

Il potenziamento del territorio, sia come aumentata capacità di risposta ai bisogni della cittadinanza, in primis quelli della cronicità, sia come setting nel quale intercettare gli accessi impropri all'ospedale, avverrà, coerentemente al DM 77/2022 e alla DGRT 1508/2022, attraverso il completamento e l'avvio delle attività nelle Case di Comunità (CdC) e nell'Ospedale di Comunità (OdC), previste dal PNRR oppure già operative.

In linea con le scadenze del PNRR, la programmazione zonale prevede la prossima attivazione di 2 Case della CdC Hub a San Giovanni Valdarno e a Terranuova Bracciolini (nuove, la seconda in collegamento con l'esistente) e la continuazione e il rafforzamento delle 3 Spoke a Montevarchi, Bucine e Castelfranco Pian di Scò (già esistenti). Il cantiere della CdC di San Giovanni Valdarno si concluderà entro marzo, mentre quello di Terranuova è previsto per fine aprile, le attivazioni dei servizi al termine del percorso di autorizzazione all'esercizio.

Il dibattito ha riguardato la presentazione ai partecipanti delle principali novità del modello CdC.

Le attività garantite dalla CdC hub riguardano: l'assistenza al pubblico e supporto amministrativo organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, valorizzazione della partecipazione della Comunità.

Il modello assistenziale definito dall'Azienda prevede che le strutture ospiteranno specialisti in cardiologia, pneumologia, diabetologia e neurologia, cui si aggiunge la geriatria, già presente sul territorio, per attività di visita, di diagnostica, di consulenza, operando in stretta sinergia con i Medici di Medicina Generale. L'accesso sarà organizzato con agende dedicate e invii da parte degli MMG (anche in compresenza), dell'ambulatorio PIR, di altri specialisti. L'obiettivo è una presa in carico multidisciplinare supportata da tecnologie di primo livello (es. ecografi, POCT, elettrocardiografi, spirometri) e dalla telemedicina.

L'accesso ai servizi prevede l'evoluzione dal "Punto Insieme" al PUA (Punto Unico di Accesso) che rappresenta il luogo fisico in cui il cittadino trova accoglienza qualificata, informazione, orientamento e facilitazione dell'accesso ai servizi in risposta ai bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali. Opera anche in raccordo con le postazioni di front office (già Punti Insieme) dislocati in tutti gli altri 7 Comuni della ZD con aperture settimanali a scacchiera. L'approccio sarà interdisciplinare, con la presenza di assistenti sociali, infermieri e personale amministrativo per garantire orari di apertura più ampi ma soprattutto risposte integrate, di accoglimento del bisogno e capacità di prima lettura dei bisogni sociali/sanitari/socio-sanitari, conoscenza della rete dei servizi esterna ed interna alla CDC, conoscenze e utilizzo delle piattaforme informatiche per le fasi successive di presa in carico quando necessarie.

I partecipanti hanno espresso una valutazione favorevole e hanno evidenziato la necessità di continuare ad essere coinvolti nelle scelte principali e nell'avanzamento della percorso di implementazione delle strutture di cui trattasi.

4. Gestione delle prestazioni sanitarie non differibili (ambulatorio PIR)

Al fine di attenuare la pressione sul Pronto Soccorso di domanda che può essere gestita diversamente, è in fase di progettazione operativa l'Ambulatorio ad Attività Oraria Avanzata (PIR) nelle CdC. Tale servizio, attivabile tramite il numero unico 116117, sarà erogato ai medici RUAP e dalla ex Continuità Assistenziale h24 7gg su 7 nelle Hub (almeno una per zona) e garantirà risposte tempestive a bisogni assistenziali non differibili che non possono attendere i tempi del MMG curante ma che non richiedono accesso in PS, attraverso una gestione congiunta medico-infermieristica. Le diverse attività preliminari all'avvio di questo servizio sono in corso e nelle prossime settimane si vedrà la definizione completa del modello da implementare, anche sulla base di una DGRT di imminente approvazione.

Piano Operativo Annuale – POA

Gli obiettivi riportati sopra sono stati declinati in azioni che sono rappresentate da altrettante schede di dettaglio POA.

Il Piano Operativo Annuale elaborato sulle basi citate si compone di 87 schede progettuali, di cui 17 nuovi progetti e 8 risultanti dall'accorpamento di progetti del precedente anno.

Nella tabella seguente è rappresentato il numero di schede per obiettivo.

N.	OBIETTIVI PSSIR E ZONALI	NUMERO SCHEDE POA
1	PROMUOVERE LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE: "HEALTH IN ALL POLICIES"	16
2	L'ASSISTENZA TERRITORIALE	13
3	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SOCIO SANITARIA E LE POLITICHE DI INCLUSIONE	39
4	PROMUOVERE E REALIZZARE LA CIRCOLARITA' TRA I SERVIZI TERRITORIALI IN RETE LE CURE DI TRANSIZIONE LA RETE SPECIALISTICA OSPEDALIERA E IL SISTEMA INTEGRATO DELLE RETI CLINICHE	14
5	APPROPRIATEZZA DELLE CURE E GOVERNO DELLA DOMANDA	2
6	LA TRASFORMAZIONE DIGITALE NEL SISTEMA SANITARIO, SOCIO-SANITARIO E SOCIALE	2
7	TRANSIZIONE ECOLOGICA E POLITICHE TERRITORIALI	1
	TOTALE SCHEDE POA 2026	87

Nella tabella seguente sono elencati i progetti nuovi inseriti nella programmazione 2026:

Programma	Progetti nuovi 2026
Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Interventi multiprofessionali per pazienti anziani con decadimento cognitivo e sintomi psichiatrici
Integrare la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione per garantire la circolarità dei percorsi di presa in carico dei bisogni del cittadino	Pronto Intervento Sociale (PIS) - Servizio di Emergenza Urgenza SEUS
Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	DesTEENazione - Desideri in azione - comunità adolescenti
Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Gestione dei farmaci a scuola
Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	Bando INPS HCP 2025–2028
Promuovere la digitalizzazione del sistema sanitario e utilizzo dell'IA per l'innovazione e l'integrazione	Botteghe della Salute
Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	PMP (Piuma delle Mie Piume)

Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	Quota 500: Nascere in Valdarno
Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	Ospedale di Comunità
Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	Case di Comunità
Sviluppare azioni di efficientamento energetico in ambito sanitario e di sostenibilità ambientale	Differenziare per l'ambiente
Gestire le modalità di accesso al percorso residenziale e semiresidenziale per non autosufficienza	Gestione attività percorsi residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza
Sviluppare azioni di monitoraggio per il controllo dell'appropriatezza farmaceutica	Monitoraggi e azioni per l'appropriatezza farmaceutica
Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita	La spesa consapevole
Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute
Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	la diffusione dei principi di prevenzione e sicurezza domestica negli over 65
Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	SEMI: itinerari per far crescere comunità accoglienti ed eque

Nella tabella seguente è riportato l'elenco completo delle 87 schede, raggruppate per Programma, con i relativi titoli e referenti che, in accordo con l'equipe di riferimento per ciascun progetto, attuano le azioni previste. La descrizione di dettaglio di ciascuna scheda, con le singole azioni previste e gli obiettivi specifici, sono riportate nell'Allegato 2, non allegato materialmente a questo atto, ma risultante dalla procedura regionale PROWEB.

Programma Zonale		POA 2026	Referente	Note
Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza	1	Contrasto alla violenza di genere: Codice Rosa	Claudia Cannoni	
	2	Sportello Associazione Eva con Eva	Barbara Fantoni	
	3	Sportello "Ascolto Donna" Valdarno	Barbara Fantoni	
	4	Parlare agli uomini per...	Alberta Iadaresta	
Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	5	Corsi di accompagnamento alla nascita donne italiane e straniere	Alberta Iadaresta	
	6	Quota 500: Nascere in Valdarno	Patrizia Bobini/Elena Reborà	NUOVO
	7	Mamma, chi io?	Alberta Iadaresta	
	8	Care ostetrica – Focus sul puerperio	Alberta Iadaresta	
Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	9	ADI- Fondo povertà. PUC Progetti Utili alla Collettività - Tirocini di Inclusione ADI - Promozione di accordi di collaborazione in rete	Gabriele Rossi	
	10	SEMI: itinerari per far crescere comunità accoglienti ed eque	Alberta Iadaresta	NUOVO
	11	Sportello stranieri e Mediazione Culturale - Centro di Ascolto per Cittadini Stranieri del Valdarno	Gabriele Rossi	
	12	ADI e quota Servizi Fondo Povertà - quota servizi - LEP 1 - Presa in carico	Gabriele Rossi	
	13	PNRR Missione 5 "Inclusione e coesione" - Stazioni di posta	Gabriele Rossi	
	14	ADI Assegno di Inclusione - LEP 3 - Informazione e orientamento all'ADI	Gabriele Rossi	
	15	ADI - Fondo povertà - Rafforzamento dei servizi sociali	Gabriele Rossi	
	16	Ufficio di prossimità	Barbara Fantoni	
	17	Progetto "Banco alimentare" - Comune di Bucine	Alessandra Landucci	
	18	Implementazione assistenziale dell'offerta odontoiatrica	Fernando Cantoro	
Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	19	Bando INPS HCP 2025-2028	Barbara Fantoni	NUOVO
	20	Va.Do. 4 _Valdarno Domiciliarità 4	Claudia Cannoni	
	21	Centro Sociale Polivalente "La Bartolea"	Barbara Fantoni	
	22	PNRR - Autonomia degli anziani non autosufficienti	Alessandra Landucci	

Gestire le modalità di accesso al percorso residenziale e semiresidenziale per non autosufficienza	23	Gestione attività percorsi residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza	Claudia Cannoni	NUOVO
Governare l'appropriatezza della domanda e le liste di attesa	24	UVMD_ Unita' di valutazione multidimensionale disabilità	Claudia Cannoni	
Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	25	AUTISMO + (Promozione di qualità e quantità degli interventi di cura, riabilitazione, assistenza e sostegno sociale)	Stefano Berloff	
	26	PMP (Piuma delle Mie Piume)	Stefano Berloff	NUOVO
	27	Cyber Help!	Ilaria Bartoli	
	28	GAP - Contrasto al gioco d'azzardo patologico	Angela Passeri	
	29	Centro antifumo	Angela Passeri	
	30	Alleniamoci a star bene	Angela Passeri	
	31	Integrazione con l'auto mutuo aiuto in alcologia	Angela Passeri	
	32	Marciapiedi puliti	Angela Passeri	
Integrare la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione per garantire la circolarità dei percorsi di presa in carico dei bisogni del cittadino	33	Pronto Intervento Sociale (PIS) - Servizio di Emergenza Urgenza SEUS	Gabriele Rossi	NUOVO
Offrire cure integrate ai malati oncologici	34	Sportello D.A.T.	Tatiana Ieri	
	35	DAY HOSPICE	Tatiana Ieri	
	36	Progetto SCUDO	Tatiana Ieri	
	37	Cure palliative simultanee e precoci	Tatiana Ieri	
	38	Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE	Tatiana Ieri	

Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	39	GIO.i/Intensivo Giovani	Stefano Berloff	
	40	Ospedale di Comunità	Elena Rebora	NUOVO
	41	Case di Comunità	Elena Rebora	NUOVO
Prendere in cura i malati cronici e complessi con modelli innovativi ed integrati e di medicina di iniziativa	42	Implementazione Sanità d'Iniziativa di cui alla DGRT 650/2016	Fernando Cantoro	
	43	AFA - Attività Fisica Adattata	Fernando Cantoro	
	44	C.O.T. Centrale Operativa Territoriale	Fernando Cantoro	
Promuovere la digitalizzazione del sistema sanitario e utilizzo dell'IA per l'innovazione e l'integrazione	45	Botteghe della Salute	Alessandra Landucci	NUOVO
	46	PNRR _ RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA'	Alessandra Landucci	
Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	47	ATTIVITA' FISICA IN CLASSE: SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA	Ilaria Bartoli	
	48	Open days al Consultorio: obiettivo giovani, malattie sessualmente trasmissibili, menopausa	Alberta Iadaresta	
	49	Gestione dei farmaci a scuola	Ilaria Bartoli	NUOVO
	50	La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute	Ilaria Bartoli	NUOVO
	51	LA DIFFUSIONE DEI PRINCIPI DI PREVENZIONE E SICUREZZA DOMESTICA NEGLI OVER 65	Ilaria Bartoli	NUOVO
	52	Porte aperte al consultorio	Ilaria Bartoli	
	53	Skills for life: star bene a scuola	Ilaria Bartoli	
	54	Guadagnare salute donne immigrate	Alberta Iadaresta	
	55	Sapere per prevenire.....	Alberta Iadaresta	
	56	NATI PER LEGGERE	Alberta Iadaresta	
	57	“Alfabetizzazione per la prevenzione”	Alberta Iadaresta	
	58	Amarsi attraverso l'alimentazione	Alberta Iadaresta	
Rafforzare i Servizi Sociali e prevenire il fenomeno del burn out tra gli operatori sociali	59	PNRR - SUPERVISIONE	Barbara Fantoni	
Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	60	DesTEENazione - Desideri in azione - comunità adolescenti	Gabriele Rossi	NUOVO
	61	Sportello di Consulenza Pedagogica per genitori	Monica Cellai	
	62	P.I.P.P.I. _Programma di Intervento per Prevenire l'Istituzionalizzazione	Claudia Cannoni	

	63	ATTIVITA' A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA'	Claudia Cannoni	
	64	Adozioni - Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Claudia Cannoni	
	65	Gruppo tutela minori	Claudia Cannoni	
	66	Centro per la FAMIGLIA – spazio neutro per gli incontri protetti	Barbara Fantoni	
	67	ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE	Alessandra Landucci	
	68	PAROLEPRIME: ludoteca di promozione della salute e di prevenzione	Stefano Berloff	
Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita	69	LA SPESA CONSAPEVOLE	Ilaria Bartoli	NUOVO
	70	RAGAZZINSIEME ALIMENTI-AMO LA SALUTE	Ilaria Bartoli	
	71	PIANO EDUCATIVO ZONALE – P.E.Z. 2025_2026	Barbara Fantoni	
Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	72	Centri Diurni per persone con disabilità “Ottavo Giorno” e “Campo Base”	Claudia Cannoni	
	73	Sostegno a progetti di Vita Indipendente per persone con disabilità	Claudia Cannoni	
	74	Progetto per disabili _ Interventi innovativi finalizzati all’inclusione sociale e relazionale delle persone con disabilità	Monica Cellai	
	75	Progetto PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2, Investimento 1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità	Monica Cellai	
	76	Progetto per disabili "Durante e Dopo di noi"	Claudia Cannoni	
	77	Rete territoriale ILSA per inserimento lavorativo	Claudia Cannoni	
	78	Assistenza a domicilio persone disabilità gravissime	Claudia Cannoni	
Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	79	Interventi multiprofessionali per pazienti anziani con decadimento cognitivo e sintomi psichiatrici	Elisabetta Truglia	NUOVO
	80	Educazione alimentare per pazienti psichiatrici	Elisabetta Truglia	
	81	Collaborazione tra la Medicina Generale e la Psichiatria	Elisabetta Truglia	
	82	Programmi alternativi al ricovero in Comunità Terapeutica	Elisabetta Truglia	
	83	Abitare supportato	Elisabetta Truglia	
	84	Percorso per utenti con doppia diagnosi	Elisabetta Truglia	
	85	Psicoeducazione in SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)	Elisabetta Truglia	

Sviluppare azioni di efficientamento energetico in ambito sanitario e di sostenibilità ambientale	86	Differenziare per l'ambiente	Elena Rebora	NUOVO
Sviluppare azioni di monitoraggio per il controllo dell'appropriatezza farmaceutica	87	Monitoraggi e azioni per l'appropriatezza farmaceutica	Fernando Cantoro	NUOVO

Impegni della Conferenza Zonale Integrata

Impegno alla collaborazione nella realizzazione degli obiettivi

La CZSI e l'Ufficio di Piano, ognuno per la parte di propria responsabilità, collaboreranno alla realizzazione integrata dei programmi e delle attività programmati nelle schede costituenti questo Piano. L'Azienda Sanitaria e la Zona Valdarno, la Conferenza dei Sindaci e i singoli Comuni condividono l'obiettivo di mantenere un flusso informativo costante verso i cittadini, nel loro insieme o per fasce, sulle iniziative in atto, sul loro andamento e risultati. Si prevede per ciascuna scheda progettuale la realizzazione di azioni di comunicazione specifiche che potranno rendersi necessarie, non solo per informare, ma anche per invitare la cittadinanza o raggiungere gli specifici target di ciascuna azione che comporrà il Piano stesso.

Saranno utilizzati tutti i canali, da quelli più tradizionali, quali brochure e locandine, ma anche open day e convegni aperti alla cittadinanza, fino ovviamente ai siti istituzionali e ai social dell'Azienda e dei Comuni ma anche degli eventuali Partner/Terzo settore impegnati nella realizzazione delle singole azioni.

Tempistiche di attuazione e scadenze principali

Per quanto riguarda il PIS/POA le prossime scadenze sono:

- Entro il 28 febbraio 2026: approvazione formale del PIS/PIZ e Piano Operativo Annuale da parte della CZSI e successivo recepimento da parte dell'Azienda.
- Entro il 31 marzo 2026: Presentazione per approvazione ai Consigli Comunali

La realizzazione dei progetti contenuti nelle schede troverà per alcuni una scadenza naturale al 31.12.2026 ma per molte il prosieguo nell'anno successivo. Nel mese di settembre 2026 si procederà ad un monitoraggio dello stato di avanzamento del Piano in modo da verificare eventuali ritardi o necessità di intervento che potranno essere realizzate entro la scadenza suddetta, anche con il coinvolgimento della CZSI e degli stakeholders precedentemente nominati.

Allegati:

1 PROFILO DEI SERVIZI ZONALI

2 DETTAGLIO SCHEDE POA 2026 (non allegato materialmente a questo atto ma inserito in procedura PROWEB)

Allegato 1: PROFILO SERVIZI ZONALI

Continuità Assistenziale - 116117

La Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è un servizio attivo nelle fasce orarie non coperte dal Medico di Medicina Generale (medico di famiglia) e dal Pediatra di Libera Scelta (pediatra di famiglia).

Garantisce la continuità dell'assistenza medica per le prestazioni non differibili, con chiamata al numero unico regionale 116117.

Il servizio di Continuità Assistenziale non sostituisce il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta, ma ne integra i compiti nei giorni e orari in cui questi non sono attivi. Pertanto non può essere usato come alternativa per attività differibili quali visite domiciliari, certificati di malattia o prescrizioni farmacologiche.

Orario di servizio:

notturno

dalle 20:00 alle 08:00: tutti i giorni

diurno

dalle 08:00 alle 20:00: i prefestivi, il sabato e tutti i festivi (inclusa la domenica)

Consultorio

Il Consultorio è un servizio socio-sanitario integrato e multidisciplinare, istituito per tutelare e promuovere la salute psico-fisica e sociale delle donne, della coppia, della famiglia, dei bambini e degli adolescenti, sia italiani che stranieri.

L'accesso è diretto, cioè senza richiesta del medico, ma avviene con prenotazione. Tutte le prestazioni ricomprese nelle attività sotto elencate sono gratuite, senza ticket. Per altre prestazioni può invece essere richiesto il pagamento del ticket.

Al Consultorio Giovani si accede di norma senza prenotazione, negli orari previsti sotto.

Consultorio Giovani Valdarno

accesso gratuito e libero ogni martedì pomeriggio dalle ore 14.30 alle 18.00

Indirizzo: Via 3 Novembre 18 San Giovanni Valdarno c/o Consultorio Distretto Socio Sanitario

Responsabile ff.: dr. Filippo Francalanci

Per informazioni il servizio è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00

Per informazioni telefoniche dal lunedì al venerdì dalle ore 12.00 alle ore 13.00

Contatti telefonici 055 9106457

e- mail: consultoriogiovanivaldarno.ar@uslsudest.toscana.it

Cure Palliative

Le cure palliative sono costituite da interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali organizzati nell'ambulatorio ospedaliero, al domicilio del paziente o nella struttura residenziale [Hospice](#), nel rispetto della dignità e dell'integrità della persona.

L'intervento palliativo si caratterizza per le seguenti fasi:

- segnalazione del caso
- valutazione del bisogno fisico, psichico, sociale e spirituale

- presa in carico del malato e della sua famiglia ed elaborazione ed attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- riunione d'equipe per la discussione del caso di ogni singolo malato
- sostegno psicologico al malato, alla sua famiglia e all'équipe
- misurazione della qualità di vita dei malati con strumenti specifici validati e omogenei
- coinvolgimento della famiglia

La segnalazione del caso può avvenire:

- **in dimissione dal reparto ospedaliero**

la richiesta per la presa in carico territoriale da parte delle Cure Palliative viene segnalata alla COT dal medico ospedaliero. La COT trasmette tempestivamente la segnalazione alle Cure Palliative per la successiva valutazione del paziente da parte del medico palliativista, che informerà il medico di medicina generale curante della persona

- **dal domicilio**

la presa in carico avviene tramite richiesta tracciabile del medico di medicina generale. È auspicabile che la valutazione della presa in carico alla prima visita sia effettuata in maniera congiunta fra il medico di famiglia e l'équipe delle Cure Palliative, che valuta i criteri di ammissione in base alla complessità dei bisogni.

Dipendenze

Le dipendenze patologiche sono in carico al SER.D, il servizio territoriale che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze stupefacenti (droghe illegali come eroina, cocaina, anfetamina, hashish, marijuana, ecc., droghe legali come alcol, tabacco, psicofarmaci ecc.) e dei comportamenti devianti come il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la ricerca del rischio estremo, la dipendenza da Internet ecc.

Ser.D. Zona Distretto Valdarno

Resp. Dr.ssa Angela Passeri

e mail: angela.passeri@uslsudest.toscana.it

via Podgora, 1 Montevarchi

tel.055.9106732 fax 055.9106736

Salute mentale

Il sistema dei Servizi per la Salute Mentale integra le discipline di psichiatria, neuropsichiatria infantile, tossicologia, psicologia, infermieristica, riabilitazione psichiatrica, servizio sociale ed è governato attraverso i dipartimenti di coordinamento tecnico scientifico della Salute Mentale e delle Dipendenze.

I servizi sono rivolti agli adulti (Salute Mentale Adulti) e ai minori (Salute Mentale Infanzia e Adolescenza).

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze perseguono l'integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni, con il Volontariato no profit e con il Privato accreditato.

UFSMIA - Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

via III Novembre, 18 San Giovanni Valdarno

tel. 055 9106471 - fax 055 9106402

orario: da lunedì a venerdì 9:00-18:00 (luglio ed agosto: 8:00-15:30)

Responsabile Dr. Stefano Berloffa

E-mail: stefano.berloffa@uslsudest.toscana.it

Accesso alle prestazioni tramite prenotazione CupTel attivo dal lunedì al sabato dalle 8.00 alle 18.00:

- da telefono fisso al numero verde 800 575 800

- da cellulare al 0575 379100 (tariffa del proprio operatore telefonico)

UFSMA - Unità Funzionali Salute Mentale Adulti

via III Novembre, 18 San Giovanni Valdarno

Responsabile Dott.ssa Elisabetta Truglia

E mail: elisabetta.truglia@uslsudest.toscana.it

Front Office- Prenotazioni 055/9106452

Orario di apertura al pubblico: dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì il sabato dalle 8 alle 14

Accesso al servizio: diretto - o su richiesta del medico specialista o del medico di medicina generale

Equipe multi-professionale del servizio composta da: psicologi- psichiatri-infermieri-educatore - assistenti sociali

Servizi Sociali

I Servizi Sociali dell'Azienda USL Toscana sud est sono rivolti a tutti i cittadini e svolgono funzioni di accoglienza, sostegno, presa in carico e attivazione di interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico sociale e di marginalità.

In special modo:

- attivano e si prendono cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione sia interna all'Azienda (Ospedale-Territorio) che esterna (Enti locali, privato convenzionato/accreditato, III° e IV° settore);
- promuovono e sostengono l'integrazione e l'inclusione delle persone;
- potenziano, estendono e riqualificano le risorse sulla base dei bisogni espressi dai target di popolazione sul territorio, attraverso un sistema di interventi integrati che raccordi l'aspetto sociale con quello sanitario tenendo in particolare rilievo l'integrazione socio-sanitaria nel rispetto dei vincoli e delle risorse;
- attivano azioni di tutela mediante attività di promozione, accompagnamento, orientamento sui percorsi socio sanitari integrati.

I Servizi Sociali hanno come compito specifico l'integrazione socio-sanitaria, offrono attività di informazione (Segretariato Sociale), consulenza e supporto ai singoli, a nuclei e a gruppi che necessitano di interventi di supporto e/o educativi, integrati con gli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Operano in stretta collaborazione con gli Enti Locali, le reti sociali del territorio, le associazioni di volontariato, svolgendo attività proprie e attività socio-assistenziali su delega dei Comuni.

Il Segretariato Sociale fornisce informazioni sulla rete dei servizi sociali territoriali a cui può accedere il cittadino.

Tale attività è svolta presso i Punti Insieme presenti nel territorio forniscono informazioni accurate sulle caratteristiche del progetto Non Autosufficienza, con particolare riferimento alle procedure e ai requisiti per accedere alle RSA, alla rete di assistenza domiciliare ai

contributi per il sostegno al lavoro di cura delle assistenti familiari.

Le prestazioni che possono essere previste dal Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) rientrano tra le seguenti tipologie:

- interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali;
- inserimenti in strutture semiresidenziali;
- inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- inserimenti permanenti in residenza.

Gli assistenti sociali sono presenti anche nel Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e presso la Salute Mentale dove svolgono sia un'attività integrata con le altre professionalità e sia attività specifiche monoprofessionali orientate a sostenere le risorse della persona/famiglia e ad attivare relazioni con il contesto esterno.

In special modo, nel progetto terapeutico-riabilitativo individuale predisposto dal gruppo multi professionale e condiviso con il paziente, la famiglia, altri soggetti significativi per la persona, l'assistente sociale può effettuare: sostegno sociale, facilitazione nell'inclusione sociale, interventi su richiesta dell'autorità giudiziaria/Prefettura, interventi di rete.

UFAS - Unità Funzionale Assistenza Sociale

via III Novembre, 18 San Giovanni Valdarno

Responsabile Dott.ssa Claudia Cannoni

E mail: claudia.cannoni@uslsudest.toscana.it

PUNTI INSIEME zona Valdarno

Assistenza continua alla persona non autosufficiente

Numero unico di contatto informazioni e accesso agli sportelli per tutti i Punto Insieme della zona

Valdarno tel. 3666618855 in orario: dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e martedì e giovedì anche dalle 14:00 alle 17:00 oppure inviare mail a puntoinsieme.valdarno@uslsudest.toscana.it

Bucine

Casa della Salute

Via San Salvatore, 15

lunedì 10.00 – 12.00

Castelfranco Piandiscò

Casa della Salute

Via Europa, 2

martedì: 09.00 – 11.00

Cavriglia

Centro Socio Sanitario

Viale Principe di Piemonte 9

venerdì: 9.00 – 11.00

Pergine Valdarno - Laterina
Centro Socio Sanitario
Via Trento 21 – Laterina
Martedì 15.00-17.00

Loro Ciuffenna
Centro Socio Sanitario
Via Pratomagno 2
mercoledì: 9.00 – 11.00

Montevarchi
Centro Socio Sanitario
Via Podgora,7
giovedì 9.00 – 12.00

San Giovanni V.no
Casa della Salute
Via III Novembre,18
venerdì 11.30 – 13.30

Terranuova Bracciolini
Casa della Salute
Via Doninzetti,2
giovedì 15.00 – 17.00

SERVIZI PRENOTAZIONI visite e/o esami

CUP 2.0 - CUP regionale online

Visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale con prescrizione dematerializzata (ricetta bianca "DEMA").

Collegarsi al portale regionale www.prenota.sanita.toscana.it

CUP telefonico

Visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Orario: da lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle 18.00.

Provincia di Arezzo

- da telefono fisso numero verde 800 575 800

- da cellulare 0575 379100 (tariffa del proprio operatore telefonico)

Prenotazione esami di laboratorio

indirizzo mail: prenotaprelievo.ar@uslsudest.toscana.it

Nel corpo della mail devono essere scritti nome, cognome, telefono, numero della

prescrizione (che si trova in alto a destra - es. 0900A...) ed eventuale preferenza della sede del prelievo (Ospedale San Donato, distretto Via Guadagnoli, ecc.).

Gli esami di laboratorio (analisi del sangue, analisi delle urine, analisi campioni biologici ecc.) possono essere prenotati anche attraverso **ZeroCode** - sistema di prenotazione online di Regione Toscana per prelievi ed esami di Laboratorio Analisi

Il servizio consente di scegliere luogo, giorno ed ora dell'appuntamento ed accedere così direttamente e senza attesa al Punto Prelievo prescelto.

Sedi ed Orari CUP

Montevarchi

Sede Ospedale loc. La Gruccia attivo come CUP SPECIALISTICO**

lunedì – venerdì 8.00 18.00

sabato 8.00 12.00

Montevarchi

Sede Distrettuale Via Podgora, 7

lunedì – venerdì 8.00 18.00

sabato 8.00 13.00

San Giovanni Valdarno

Sede Distrettuale Via 3 Novembre

lunedì – venerdì 8.00 18.00

sabato 8.00 13.00

Cavriglia

Sede Distrettuale Via Principe di

Piemonte

venerdì 8.00 13.00

Pergine Valdarno

Sede Distrettuale Piazza del

Comune, 2

venerdì 8.00 12.00

Levane

Via Leona, 114

martedì - sabato 8.00 12.00

giovedì 14.30 17.30

Loro Ciuffenna

Sede Distrettuale Via Pratomagno

Via Leona, 114

martedì 8.00 13.00

export						
	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
1	Parlare agli uomini per...	Secondo i dati Istat del 2017 il 13,6% delle donne in Italia ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner, in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner. Tale situazione di violenza contro la donna spesso coinvolge anche i figli, in maniera diretta o indiretta. La Convenzione di Istanbul, all'Art. 16,ha sottolineato l'importanza di intervenire anche sull'uomo autore di violenza domestica, per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti. Per prevenire la violenza di genere è necessario educare, e rieducare	L'obiettivo ha una duplice scopo: uno è di promuovere fra gli uomini la cultura della non violenza , l'altro è di incoraggiare quegli uomini che hanno comportamenti violenti a a riflettere sui loro comportamenti nelle relazioni affettive con la partner o con i figli e a elaborare un pensiero per migliorare la relazione Fornire informazioni sui Servizi esistenti con incontro con popolazione maschile	Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza	Alberta Iadaresta	Attività continuativa
2	Sportello Associazione Eva con Eva	Nato nel 2009 come associazione per l'accoglienza di donne vittime di violenza. La sede è in via Garigliano 6 a Montevarchi. Lo sportello accoglie donne vittime di ogni tipo di violenza offrendo sostegno psicologico e legale.	• Accogliere la richiesta di aiuto da parte di donne vittime di violenza • Promuovere un percorso di fuoriuscita dalla violenza • Favorire e sostenere il lavoro di rete tra i vari soggetti pubblici e privati al fine di migliorare l'assistenza offerta. Il progetto ha la finalità di facilitare la richiesta di aiuto da parte di donne vittime di violenza, agevolare il loro accesso ai servizi del territorio, promuovere un lavoro integrato tra pubblico e privato sociale nella costruzione e realizzazione dei programmi di assistenza.	Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza	Barbara Fantoni	Attività continuativa
3	Sportello "Ascolto Donna" Valdarno	Il progetto, nato nel 2011 come sportello a bassa soglia per donne vittime di violenza o disagio, è aperto il martedì dalle 9 alle 12 presso il Centro sociosanitario di San Giovanni Valdarno. Lo Sportello è gestito dall'Associazione Pronto Donna- Centro Antiviolenza con personale appositamente formato in grado di rilevare e valutare le situazioni di violenza maschile sulle donne e orientare verso il Centro Antiviolenza. Ad oggi il servizio è un punto di riferimento sul territorio per donne in situazione di disagio e si pone l'obiettivo di orientarle verso i servizi appositi. Dal 2021 è attivo il numero unico dei Centri Ascolto Donna della Provincia di Arezzo 3384706049 a cui risponde un'operatrice dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00.	-Facilitare la richiesta di aiuto da parte di donne vittime di maltrattamento; -Facilitare la richiesta di aiuto di donne in situazione di disagio (economico, sociale, abitativo, lavorativo ecc.); -Agevolare il loro accesso ai servizi del territorio; -Promuovere un lavoro di rete tra pubblico e privato sociale nella costruzione dei programmi di sostegno ed accompagnamento.	Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza	Barbara Fantoni	Attività continuativa
4	Contrasto alla violenza di genere: Codice Rosa	Contrasto alla violenza di genere attraverso la collaborazione con i Centri Antiviolenza (CAV), accoglienza e ascolto, successivamente messa in protezione: PROCEDURA CODICE ROSA: attraverso l' attivazione della rete formale: l'Ospedale, le forze dell'Ordine, il Consultorio, A.G. Attivazione del team di valutazione multidisciplinare H 72 e collegamento con i servizi specialistici e I servizi sociali dei comuni. Collaborazione stretta con Il CAV per il reperimento della casa rifugio o di seconda accoglienza. La figura del referente sociale del Codice Rosa è prevista con delibera aziendale . Attività di informazione e ascolto attraverso lo sportello di Pronto Donna, stretta collaborazione affinché si pongano in essere interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio attraverso l'attivazione della rete dei servizi territoriali e dei servizi specialistici. Al fine di predisporre delle proposte temporee e funzionali al raggiungimento di un progetto di protezione e di cura per le donne vittime di violenza assicurno continuità fra l'ospedale e il territorio.	Il Codice Rosa è un percorso di tipo sociosanitario che prevede una forte integrazione tra politiche sanitarie e sociali, per assistere anche sul piano sociale e psicologico le persone vittime di violenza che si sono presentate al pronto soccorso. E' una Rete clinica tempo-dipendente, in grado di attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone, per il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici. Definisce le modalità di accesso ed il percorso socio-sanitario, in particolare nei servizi di emergenza urgenza delle donne vittime di violenza di genere (Percorso donna) e delle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione	Facilitare la richiesta di aiuto e l'accesso ai servizi da parte di persone vittime di violenza	Claudia Cannoni	Attività continuativa
5	Corsi di accompagnamento alla nascita donne italiane e straniere	Il corso di accompagnamento alla nascita comprende un insieme di interventi educativi a sostegno delle donne, dei loro partners e famiglie per aiutarli nella transizione alla genitorialità e per fare scelte informate, basate sui propri bisogni e valori. Rispondono, inoltre, all'esigenza delle donne di ricevere informazioni relative alla gravidanza, al parto, all'allattamento, alla genitorialità, all'accudimento del bambino e forniscono tecniche adeguate per affrontare il travaglio. Una programmazione particolare è rivolta alle donne straniere, essenzialmente a donne indiane etnia maggiormente rappresentata nel territorio della Zona Valdarno. Il corso di accompagnamento alla nascita comprende un insieme di interventi educativi a sostegno delle donne straniere.	- Fornire informazioni sui processi fisiologici della gravidanza, del parto, del puerperio, della cura di sé e del neonato. - Promuovere l'allattamento al seno - Fornire informazioni sui servizi territoriali/consultoriali - Far conoscere alle donne straniere le strutture e servizi territoriali utili alla donna per il percorso nascita Conduzione di n. 8 incontri (piccole pance) + 16 incontri (grandi pance) su vari temi: tutela sociale e normativa della gravidanza, aspetti psicologici legati ai cambiamenti nella donna e nel nucleo familiare, stili di vita consigliati in gravidanza, nutrizione, travaglio, parto e allattamento. Incontro con i pediatri di Libera Scelta e informazioni sul calendario vaccinale, incontro con gli specialisti ospedalieri (pediatra, anestesista, ginecologo), visita al blocco parto. Il corso di accompagnamento alla nascita è suddiviso in “Piccole Pance” e “Grandi Pance” a seconda delle settimane di gestazione delle donne. (Piccole Pance 14-18 settimane, Grandi Pance da 22/24 settimane). 2 corsi di n. 6 incontri su vari temi riguardanti la gravidanza sono rivolti alle donne straniere Presenza di operatori delle biblioteche territoriali per illustrare il progetto Nati per leggere Consegna materiale e illustrazione del progetto “ Nati per la musica”. A scelta delle donna, l'attività di movimento proposto durante il corso può essere effettuata in palestra o in acqua (piscina).	Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	Alberta Iadaresta	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
6	Quota 500: Nascere in Valdarno	Il Punto Nascita dell'Ospedale del Valdarno, negli ultimi anni, non ha raggiunto la quota di 500 parti prevista dalle normative per il mantenimento dell'apertura. Si tratta di un Punto Nascita fondamentale per un bacino di utenza che conta circa 100.000 abitanti. Obiettivo della Zona Distretto e dell'Ospedale del Valdarno è quello di raggiungere i 500 parti nell'anno 2026 e mantenere tale livello per gli anni successivi.	Le attività territoriali e ospedaliere a vantaggio della valorizzazione del Punto Nascita del Valdarno da attuare sono: - potenziamento dell'attività ostetrica, prevedendo l'ostetrica di riferimento e la sperimentazione dell'ostetrica di comunità - azione di sensibilizzazione sui Medici ginecologi per promuovere parto in Valdarno - aumentare l'attività di presa in carico al Consultorio e nel reparto ospedaliero attraverso razionalizzazione degli spazi, implementazione della tecnologia, intervento su agende per visite e ecografie - presentazione e promozione del Punto Nascita in Valdarno - Open day e materiale promozionale dedicati alla valorizzazione del Punto Nascita	Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	Patrizia Bobini Elena Rebora	Attività continuativa
7	Mamma, chi io?	La nascita di un figlio è un evento tanto sognato e desiderato ma diventare madri mette le donne davanti a un cambiamento forte e a qualcosa di totalmente nuovo, di fronte al quale si può avere la sensazione di essere impreparate ed inadeguate. Il progetto ha l'obiettivo di offrire, alle donne uno spazio protetto di confronto e di sostegno nel quale raccontare e raccontarsi condividendo esperienze, sentimenti ed emozioni in un clima deputato all'ascolto e all'accoglienza sostenendole rispetto a possibili ansie, paure e difficoltà che possono emergere sul proprio ruolo di madre, nella relazione con il proprio bambino.	Rendere le donne consapevoli delle loro risorse e capacità di madre coinvolgere i partner al sostegno e alla condivisione di questo momento. in questo Incontri di confronto/discussione fra il gruppo dei partecipanti e i conduttori Psicologa e Ostetrica Realizzazione di almeno 8 gruppi di tre incontri ciascuno	Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	Alberta ladaresta	Attività continuativa
8	Care ostetrica – Focus sul puerperio	Da diversi anni, il nostro Paese e la nostra Regione sono interessati da profondi e repentini cambiamenti demografici, primo fra tutti l'importante calo demografico legato a una bassa natalità Alla luce dei dati emersi devono essere programmate azioni volte al soddisfacimento dei nuovi bisogni di salute che si accompagnano a mutamenti delle condizioni di salute e della modalità di fruizione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari In merito agli interventi rivolti alla famiglia si prevedono azioni rivolte allo sviluppo delle competenze genitoriali e alla prevenzione della violenza domestica, all'intercettazione precoce di donne affette da Baby Blues Syndrome e depressione post partum con l'attivazione della rete psicosociale in casi selezionati. Le azioni proposte vogliono anche sostenere le donne e le famiglie per proseguire l'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi di vita del bambino (indicazione OMS)	Sostenere l'avvio e il proseguimento dell'allattamento al seno mediante il potenziamento dei servizi attualmente disponibili nel Percorso Nascita Aziendale, nell'ottica della continuità ospedale-territorio - Intercettazione precoce di tutte le fragilità psico- sociali - Favorire il benessere materno-neonatale; - Promuovere azioni favorevoli un corretto approccio genitoriale Contatto telefonico entro 7 giorni dal parto a tutte le puerpere che hanno partorito nel Punto Nascita Valdarno e che hanno espresso parere favorevole a essere contattate	Garantire efficacia e appropriatezza clinico-organizzativa nell'offerta dei servizi in rete per la gravidanza, la nascita ed il puerperio	Alberta ladaresta	Attività continuativa
9	ADI- Fondo povertà. PUC Progetti Utili alla Collettività - Tirocini di Inclusione ADI - Promozione di accordi di collaborazione in rete	I Progetti Utili alla Collettività (percettori ADI e SFL) e i Tirocini di Inclusione (percettori ADI e persone in simili condizioni socio-economiche) rappresentano degli strumenti a supporto dei progetti personalizzati di inclusione sociale. I Puc rappresentano un'opportunità di inclusione e di crescita personale. Gli operatori, attraverso un processo di orientamento e analisi dei bisogni individuano i candidati e cercano con loro l'ambiente più adatto per svolgere queste esperienze. Talvolta, la partecipazione ad un progetto Puc rappresenta un indicatore per valutare le capacità delle persone e la loro impiegabilità in percorsi più strutturati. L'attivazione di un Tirocinio di inclusione può rappresentare per una o più persone del nucleo una rilevante opportunità per coloro che in sede di analisi preliminare non dimostrino una immediata occupabilità. Nella progettazione dei tirocini viene valutata positivamente l'impiegabilità della persona in modo da favorire gli inserimenti in azienda per coloro che hanno maggiori prospettive di reinserimento nel mondo del lavoro. Il rafforzamento della presa in carico integrata e la promozione della collaborazione tra i servizi sociosanitari di zona, centro per l'impiego e enti del terzo settore rappresentano obiettivi importanti, realizzabili, ad esempio, attraverso l'attivazione del Servizio Integrato Inclusione Lavoro – SIIL - approvato con Delibera di Conferenza dei Sindaci n.28 del 22/05/2025 e firma del relativo protocollo d'intesa il 31/07/2025 – e la pubblicazione di un Avviso per la raccolta di Manifestazioni di interesse rivolte ad enti pubblici ed enti del terzo settore per ampliare in modo strutturato le progettualità relative ai PUC (23/09/2025).	Implementazione dei PUC e dei Tirocini di Inclusione - prosecuzione delle attività di scouting, matching, supporto e monitoraggio agli enti e ai beneficiari - implementazione del SIIL attraverso la calendarizzazione periodica e stabile delle Equipe .	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa
10	SEMI: itinerari per far crescere comunità accoglienti ed eque	Facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari e alla cura per i cittadini a rischio di esclusione sociale e più vulnerabili nell'area di Arezzo e Valdarno, rafforzando e innovando il sistema integrato di servizi e opportunità attualmente presente.	• Fornire un orientamento e assistenza multidimensionale, garantendo una copertura sia in termini territoriali sia in termini di bisogni alle persone a rischio più alto di esclusione sociale. • Favorire l'adozione, da parte degli operatori, di un approccio alla cura che tenga conto della diversità dei bisogni dei differenti gruppi target. • Promuovere la salute e il benessere psico-fisico in soggetti a rischio di marginalità o con background migratorio;	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Alberta ladaresta	Attività continuativa
11	Sportello stranieri e Mediazione Culturale - Centro di Ascolto per Cittadini Stranieri del Valdarno	Il centro di ascolto opera nella zona Valdarno con l'obiettivo di offrire un servizio di accoglienza, orientamento e integrazione per i nuovi cittadini residenti nel territorio. Fornisce sostegni concreti anche per accedere ai servizi e fornisce supporti anche per azioni di prevenzione primaria. Servizi di mediazione culturale per i servizi sociali	sostegni concreti anche per accedere ai servizi e fornisce supporti anche per azioni di prevenzione primaria. Servizi di mediazione culturale per i servizi sociali	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa
12	ADI e quota Servizi Fondo Povertà - quota servizi - LEP 1 - Presa in carico	La zona Valdarno ha istituito una Equipe con il preciso obiettivo di accompagnare i nuclei dei beneficiari destinati al sociale in un percorso individualizzato di inclusione sociale e lotta alla povertà. La presa in carico per l'ADI prevede alcune possibilità, fra le quali, la formazione, i tirocini di inclusione ed i PUC	Dare continuità e stabilità all'Equipe Incrementare l'equipe base di volta in volta e al bisogno con le seguenti figure: istituzioni scolastiche, associazioni di volontariato e vari settori comunali che erogano prestazioni agevolate	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
13	PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione” - Stazioni di posta	L'ambito Valdarno è composto da otto Comuni a gestione singola su territorio omogeneo. Nell'ambito opera un ufficio centralizzato, Equipe Povertà, per la gestione delle misure di contrasto alla povertà. Sul territorio sono presenti cittadini SFD certificati e molti che non hanno mai fatto richiesta di iscrizione anagrafica e che non sanno come devono fare. Il SST non ha modo di prendersi carico di queste persone. La stessa Caritas richiedendo l'isee per la distribuzione del pacco spesa non riesce ad intercettarli. L'Equipe Povertà è riuscita nel tempo ad intercettare alcune persone che non hanno una dimora stabile, spesso sono stati cancellati come irreperibili dall'ANPR e vivono in condizioni di estremo disagio abitativo e socio-sanitario, trovando alloggio temporaneo in campeggi, alberghi e strutture di accoglienza del privato sociale, senza possibilità di accesso alle cure e all'Assistenza sociale. Persone che non riescono ad accedere nemmeno al Rdc per la mancanza dei requisiti di residenza nel territorio Italiano, anche se in realtà sono presenti da anni ma senza poterlo dimostrare. Il progetto è stato avviato a valere sull' AVVISO1/2021PRINS chiamato “Casa Maurizio” che si occuperà dell'accoglienza di 6 persone senza fissa dimora e del loro accompagnamento ai servizi a alla riacquisizione dei diritti di cittadinanza.	L'apertura della stazione di posta e centro servizi, prevede: Supporto nella compilazione di pratiche per l'ottenimento di documenti e residenza anagrafica. Attività di orientamento ai servizi Segretariato sociale, collaborazione con CPI per ricerca attiva lavoro e eventuale iscrizione al collocamento mirato; collaborazione con i servizi socio-sanitari per accesso alle cure primarie, ad eventuali servizi specialistici (Ufsma, Ufsmia, Serd, Consultorio)utilizzo centro servizi per gruppi auto mutuo aiuto. Attivazione del mediatore linguistico-culturale qualora necessario. Saranno previste attività formative. Potranno essere sviluppate attività di integrazione e socializzazione aperte alla cittadinanza. Il servizio ha come finalità quello di rendere pienamente fruibile alle persone senza dimora presenti sul territorio della Zona il diritto all'iscrizione anagrafica in stretta collaborazione con i servizi anagrafici dei Comuni della Zona. Attraverso l'accesso al servizio di fermo posta si intende assicurare la reperibilità della persona permettendo l'esercizio della cittadinanza. Il progetto si svilupperà con la stretta collaborazione anche delle associazioni del terzo settore e di volontariato con la possibilità di usufruire di ospitalità temporanea presso strutture di accoglienza gestite da enti del terzo settore presenti nella zona Valdarno e di beneficiare dei pasti caldi da loro erogati e trasporti sociali. Il servizio sarà svolto in ottica di one stop shop che garantisca alle persone che si trovano in situazione di grave marginalità sociale di non dover disperdere energie nella ricerca delle offerte presenti sul territorio. Il Centro servizi è finalizzato alla riduzione della marginalità e invisibilità e all'inclusione sociale a favore delle persone adulte/famiglie e ha l'obiettivo di creare un punto unitario di accoglienza, accesso e fornitura di servizi, ben riconoscibile a livello territoriale dalle persone in condizioni di bisogno. Il centro sarà progettato come luogo di formazione, promozione, aggregazione e integrazione sociale.	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa
14	ADI Assegno di Inclusione - LEP 3 - Informazione e orientamento all'ADI	Definizione di una equipe stabile in qualità di LEP	Definizione di una equipe base composta da: AS, operatore CPI, specifici operatori sanitari e/o sociali già coinvolti nella presa in carico dei beneficiari del progetto.	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa
15	ADI - Fondo povertà - Rafforzamento dei servizi sociali	Le misure di contrasto rispondono alla “multidimensionalità” dei bisogni e alla corrispondente necessità di attivare risorse e azioni diverse. La zona Valdarno ha istituito una Equipe con il preciso obiettivo di accompagnare i nuclei dei beneficiari destinati al sociale in un percorso individualizzato di inclusione sociale e lotta alla povertà. L'equipe ha come scopo anche il potenziamento delle collaborazioni sociali al fine di armonizzare le reti esistenti sul territorio per il raggiungimento di una rete di Protezione e Inclusione sociale di zona	A1 – Incrementare il numero di aperture al pubblico degli sportelli di servizi alla persona per fornire informazioni e accogliere le richieste. A2 – Aumento delle ore degli assistenti sociali ed educatori dedicati A3 – Definizione di una equipe base composta da: AS , operatore CPI, specifici operatori sanitari e/o sociali già coinvolti nella presa in carico dei beneficiari del progetto.	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Gabriele Rossi	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
16	Ufficio di prossimità	il Ministero della Giustizia ha previsto, nell'ambito del PON GOVERNANCE 2014/2020 (Asse 1 - Obiettivo Tematico OT11 - Priorità di investimento T1 – Azione 1.4.1), la realizzazione di un Progetto Complesso denominato “Uffici di Prossimità” (di seguito Progetto complesso), le cui finalità sono: • creare una nuova prospettiva verso la giustizia di prossimità che preveda la presenza sul territorio di nuovi punti di contatto ed accessi al sistema giustizia soprattutto nei territori interessati dalla revisione delle circoscrizioni giudiziarie; • promuovere un Servizio-giustizia più vicino al cittadino ed in particolare alle “fasce deboli” attraverso la creazione di Uffici di prossimità in collaborazione tra la Regione Toscana, gli Uffici giudiziari e gli Enti territoriali; • offrire un servizio omogeneo, su tutto il territorio nazionale, replicando il Modello di Ufficio di Prossimità sviluppato nelle Regioni pilota.	Obiettivo primario del progetto del Ministero della Giustizia è quello di offrire un Servizio-giustizia più vicino al cittadino, individuando punti di accesso facilitato sul territorio, supportati da strumenti informatici per la semplificazione delle procedure, con il risultato complementare di migliorare la gestione dei procedimenti innanzi agli uffici giudiziari. Lo Sportello esercita la sua attività nell'area di competenza del Circondario del Tribunale di Arezzo, offrendo a tutte le persone residenti un servizio di sportello telematico, riguardante: L'Attività dello Sportello, nella prima fase di avvio, riguarda le seguenti fattispecie di Volontaria Giurisdizione, per le quali non è richiesta l'assistenza obbligatoria di un legale: 1) Amministrazione di sostegno 2) Tutele 3) Autorizzazioni ex art 320 c.c. riguardante i minori 4) Atti dello stato civile (formazione, rettifica, attribuzione cognome) 5) Autorizzazioni al rilascio di documenti validi per l'espatrio 6) Nomina curatore speciale ex art. 320 e ss. (minori) Lo Sportello svolge i seguenti compiti: (1) gestire azioni di informazione, diffusione e promozione di materiale informativo, in ordine ai procedimenti di Volontaria Giurisdizione sopra elencati (2) offrire supporto all'attività di richiesta di predisposizione dell'istanza, alla raccolta e alla verifica degli allegati ed alla compilazione della corretta modulistica (3) procedere sulla base dei moduli compilati dall'interessato alla redazione del documento informatico nativo digitale introduttivo del procedimento tramite il rispettivo codice SICID, nonché all'inoltro dello stesso tramite deposito telematico alla Cancelleria del Tribunale (4) fornire supporto alle attività di predisposizione dei rendiconti periodici di Amministrazione di Sostegno e Tutele (5) assicurare la raccolta dei rendiconti periodici compilati e curarne il deposito telematico nella Cancelleria del Tribunale. Il funzionario referente utilizzerà la modulistica disponibile sul sito ufficiale del Tribunale di AREZZO: http://www.tribunale.aretzo.it	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Barbara Fantoni	Attività continuativa
17	Progetto "Banco alimentare" - Comune di Bucine	Il banco alimentare consiste in un servizio di supporto rivolto a cittadini in situazioni di disagio economico e sociale. I volontari di un'associazione di volontariato del territorio, ogni 15 giorni, aprono lo sportello del Banco Alimentare per distribuire prodotti alimentari di prima necessità a persone e/o famiglie indicate dal Servizio Sociale del Comune di Bucine. Attivazione del sistema solidaristico tra mondo profit, mondo no-profit ed istituzioni attraverso protocolli di intesa. Analisi e studio dei vari aspetti relativi alla raccolta e alla distribuzione dei prodotti alimentari eccedenti, al fine di una loro distribuzione alle fasce deboli della popolazione. Redazione da parte del Servizio Sociale di un elenco di persone/famiglie che versano in condizioni di povertà relativa e/o assoluta a cui i volontari delle Associazioni consegneranno il pacco alimentare. Distribuzione da parte dei volontari dell'Associazione, che quotidianamente distribuiscono i prodotti presso il Banco Alimentare e/o li consegnano a domicilio a quelle persone non in grado di recarsi autonomamente al Banco Alimentare (Anziani non autosufficienti, donne non autofornite, portatori di handicap).	- Promuovere politiche di sostegno alla povertà e all'esclusione sociale - Creare un sistema solidaristico tra istituzioni, mondo profit e mondo no-profit - Ridurre il disagio economico di quella fascia debole e vulnerabile che accede ai Servizi Sociali - Ridurre lo spreco alimentare e la produzione di rifiuti organici - Sensibilizzare le giovani generazioni ad un uso consapevole e solidaristico dei prodotti alimentari	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Alessandra Landucci	Attività continuativa
18	Implementazione assistenziale dell'offerta odontoiatrica	L'odontoiatria sociale d'iniziativa si rivolge essenzialmente ai soggetti più deboli e/o più fragili della popolazione residente nella zona Distretto, in particolare anziani, minori, soggetti ricoverati in RSA, donne in gravidanza, soggetti non collaboranti.	- Implementare l'offerta assistenziale creando una rete professionale con I MMG, PLS, operatori RSA e specialisti odontoiatri - Potenziare gli accessi domiciliari in pazienti non trasportabili - Programmare accessi dell'igienista dentale nelle RSA - Attivare percorso in Narcosi per soggetti non collaboranti	Garantire servizi a favore di persone in condizioni di fragilità socio-economica e agli stranieri	Fernando Cantoro	Attività continuativa
19	Bando INPS HCP 2025–2028	Azioni di sostegno alla cura domiciliare delle persone non autosufficienti	- Supporto informatico e consulenza Attivazione di uno sportello di supporto per la Zona Valdarno, operativo 3 ore al giorno dal lunedì al venerdì (4 giorni telefonicamente e 1 giorno in presenza), per fornire informazioni, assistenza nella procedura telematica sul portale INPS e supporto nella presentazione e gestione delle domande; - Gestione delle Prestazioni Integrative Realizzazione e pubblicazione dell'avviso di manifestazione di interesse per il bando INPS “Home Care Premium (HCP) 2025 –2028 per la zona Valdarno, finalizzato all'accreditamento di operatori (liberi professionisti o dipendenti di studi associati e cooperative) per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto (logopedisti, educatori, OSS, infermieri, Biologi nutrizionali/dietisti, Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Educatori professionali, Infermieri professionali); -supporto attivo ai beneficiari del precedente HCP 2022-2025 per la presentazione e gestione nuova domanda HCP 2025-2028. - Supporto ai professionisti (Prestazione Integrativa) per la gestione dei rapporti professionisti/beneficiari e/o professionisti/INPS.	Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	Barbara Fantoni	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
20	Centro Sociale Polivalente "La Bartolea"	Il Centro Sociale Polivalente è sede di vari progetti e attività. 1. Il progetto “Argento Vivo e Dintorni” è rivolto ad anziani fragili e consiste in varie attività che si tengono per tre pomeriggi alla settimana, a cui si aggiungono altre giornate per eventi speciali; il progetto prevede anche varie iniziative nel periodo estivo come il Bartolea Estate. 2. Nel Centro operavano inoltre vari Gruppi di Auto Aiuto, nati dalla collaborazione tra il Coordinamento Regionale dell'Auto Aiuto, l'Amministrazione Comunale ed altri soggetti del territorio come l'Azienda USL e le Associazioni di Volontariato. L'Amministrazione sta riprendendo i contatti per riattivare i vari gruppi cessati a causa del Covid-19. 3. Il progetto Bartolea Caffè è un'idea che nasce per incontrarsi, per fermarsi e darsi ascolto, stare insieme, in un luogo protetto. È rivolto a persone che presentano una diagnosi di decadimento cognitivo, di Alzheimer, di demenza ed ai loro familiari, figli, nuore, fratelli e sorelle che se ne prendono cura. I bisogni per il malato e la sua famiglia sono molti e diversi fra loro: bisogno di cura, di assistenza, di informazione consapevole. Bartolea caffè vuole essere una risposta ad un bisogno di socialità, di rottura dall'isolamento che una diagnosi di demenza si porta dietro e si pone l'obiettivo di creare insieme nuove relazioni significative. Le famiglie invitate agli appuntamenti del Bartolea Caffè saranno accolte da operatori sociali e operatori dell'AIMA, impegnati a creare una palestra di relazione nelle sue diverse dimensioni: malato-operatore, familiare-malato, familiare-operatore in un contesto che sia ludico, di ascolto ma anche di svago e passatempo. Le attività si tengono sia al Centro Sociale Polivalente La Bartolea che al Museo del Cassero e gli incontri sono con periodicità mensile da ottobre a luglio.	• Prevenire l'isolamento degli Anziani e delle famiglie con varie problematiche (Alzheimer, Parkinson, affido ...) • Sostenere, informare ed orientare i cittadini in particolari stati di fragilità Le attività del progetto “Argento Vivo e Dintorni”, rivolto ad anziani ultra 65 enni, si tengono ogni lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 14,30 alle ore 17,30 con il supporto di un Assistente Sociale ed un Educatore Professionale e consistono in: ginnastica dolce, musica live, vfilm, tombola, pet-therapy, clown therapy, incontri a tema e molto altro ancora; i volontari AUSER si occupano del trasporto degli anziani che lo richiedono. Vengono organizzati eventi speciali come giornate con studenti degli istituti superiori del Valdarno o giornate a tema. Il Progetto prevede anche un ricco programma estivo tra cui la gita al mare ed il soggiorno diurno a Ricasoli (frazione in collina) nel mese di luglio. I Gruppi di Auto Aiuto vedono riunirsi persone che condividono un disagio e lo attraversano insieme, in un contesto riservato e protetto, alla presenza di un facilitatore della comunicazione; i gruppi sono aperti a tutti i cittadini degli otto Comuni del Valdarno.	Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	Barbara Fantoni	Attività continuativa
21	Va.Do. 4 _Valdarno Domiciliarità 4	Il Progetto, finanziato con i FSC, si articola su quattro azioni: AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza AZIONE 3 – Ampliamento del servizio di assistenza familiare AZIONE 4 - Servizi a favore dei minori	Per la persona con demenza: contenimento dei sintomi, mantenimento delle funzioni e miglioramento qualità della vita Per la famiglia: potenziamento delle risorse e delle competenze per lo svolgimento del lavoro di cura stabilizzazione delle condizioni di assistenza nell'ambiente familiare definizione di un punto di riferimento “prossimo” per eventuali criticità prevenzione rischi di isolamento sociale, miglioramento qualità della vita Per la rete territoriale dei servizi: costruzione tempestiva di percorsi condivisi prevenzione dell'acutizzazione del bisogno assistenziale rafforzamento delle capacità della rete di attivare risorse Per i soggetti del Terzo Settore coinvolti (Cooperative, associazioni) sostegno delle reti di solidarietà sociale e rafforzamento reti formali e informali del volontariato opportunità di relazione con le famiglie dei malati	Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	Claudia Cannoni	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
22	PNRR - Autonomia degli anziani non autosufficienti	Il progetto presentato a valere sulla linea 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti del PNRR intende: - mantenere e potenziare le cure intermedie; - mantenere la copertura e potenziare la presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche; \- potenziare la risposta domiciliare in termini di integrazione sociosanitaria. Il progetto ha l'obiettivo di prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane non autosufficienti assicurando loro di vivere in un contesto domiciliare, in appartamento condiviso, attrezzato per l'assistenza a distanza e la sorveglianza della condizione di salute, tramite un monitoraggio dei parametri vitali, ai quali sarà assicurato un percorso personalizzato di assistenza sociale e sociosanitaria integrata di tipo domiciliare che consentano all'anziano di conseguire e/o mantenere la massima autonomia ed indipendenza. Alle persone residenti nella "casa" sarà assicurato il mantenimento delle relazioni familiari e con la comunità. A tale fine saranno realizzati i seguenti interventi: Realizzazione di investimenti infrastrutturali per la riqualificazione di immobili di proprietà comunale in gruppi di appartamenti autonomi, corredati di strumentazione tecnologica e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari per la continuità assistenziale,,: "Casa Pogi" nel Comune di Bucine con 6 p.l; Il Progetto intende realizzare percorsi di assistenza, cura e promozione della integrazione sociale di anziani non autosufficienti con livelli di dipendenza medio-bassi nelle attività di vita quotidiana; sperimentare, verificare, validare e portare a modello una formula gestionale di co-housing per persone non autosufficienti. A tale fine saranno realizzati i seguenti interventi: Realizzazione di investimenti infrastrutturali per la riqualificazione di immobili di proprietà comunale in gruppi di appartamenti autonomi, corredati di strumentazione tecnologica e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari per la continuità assistenziale. Nella zona valdarno sarà presente "Casa Pogi" nel Comune di Bucine che accoglierà n. 6 persone anziane per le quali sarà predisposto un Piano Assistenziale Personalizzato a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale , con professionalità sanitarie e sociali. Gli anziani ospiti saranno assistiti sulle 24h e saranno loro monitorati i parametri vitali: frequenza cardiaca (FC); frequenza respiratoria (FR); Pressione arteriosa (PA); Temperatura corporea (T°); pulsossimetria; glicemia. I valori dei parametri saranno disponibili tramite APP al medico di famiglia I gruppi appartamenti potranno essere utilizzati anche per periodi temporanei a seguito di dimissioni ospedaliere protette, su progetto dell'ACOT (Agenzia di continuità Ospedale e Territorio).	Obiettivi specifici dell'intervento in coerenza rispetto alle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente e alla Legge 234 del 30 dicembre 2021, articolo 1, commi da 162 a 168: • valorizzare i principi di Libera Scelta e Autodeterminazione della persona anziana fragile • prevenire e contenere il ricovero in strutture sociosanitarie (deistituzionalizzazione) • prevenire, intervenendo in situazioni di fragilità, situazioni di non autosufficienza attraverso il monitoraggio dell'anziano con strumentazioni tecnologiche in collegamento con il MMG e l'USCA; • mantenere capacità e competenze residue • attivare a favore di anziani fragili una modalità di gestione autonoma e consapevole di spazi abitativi protetti; • promuovere l'integrazione del sistema nell'ottica di ricercare maggiore efficacia ed efficienza • coinvolgere le associazioni del territorio e potenziare le loro attività (servizi di prossimità, trasporto sociale, organizzazione di momenti ricreativi) • riqualificare spazi di socializzazione diurni	Garantire sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	Alessandra Landucci	Attività continuativa
23	Gestione attività percorsi residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza	Gestione liste ingressi in strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti	Presa in carico e gestione liste	Gestire le modalità di accesso al percorso residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza	Claudia Cannoni	Attività continuativa
24	UVMD_ Unità di valutazione multidimensionale disabilità	La UVMD dovrà essere composta da un gruppo stabile e dedicato di professionisti: medico di continuità, assistente sociale, amministrativo di supporto. Il nucleo stabile è integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella fase di redazione del Progetto di vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona, in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici Possono altresì essere coinvolti dalla UVMD, referenti di altri soggetti/enti pubblici, privati e del privato sociale, che hanno un ruolo nel Progetto di vita della persona. Per i casi in età scolare, almeno nella fase istruttoria della valutazione, è necessario il coinvolgimento di un rappresentante della scuola, come previsto dalla normativa nazionale di riferimento	L'obiettivo generale dell'U.V.M.D. consiste nell'individuare e garantire l'attuazione della migliore soluzione possibile per la persona con disabilità in situazione di bisogno sociosanitario, che incontri il gradimento della persona stessa e ne rispetti la libertà di scelta. L'U.V.M.D. per la definizione del progetto individualizzato dovrà utilizzare tutte le risorse della rete dei servizi territoriali . Il progetto individualizzato è finalizzato a: assicurare nella scelta e nell'attuazione degli interventi sociosanitari, la collaborazione della persona con disabilità, della rete parentale, della comunità di appartenenza, attivando le capacità potenziali di ogni soggetto coinvolto; favorire il più a lungo possibile un'adeguata permanenza presso il proprio domicilio della persona in stato di bisogno sociosanitario; perseguire percorsi di integrazione nel contesto sociale	Governare l'appropriatezza della domanda e delle liste di attesa	Claudia Cannoni	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
25	AUTISMO + (Promozione di qualità e quantità degli interventi di cura, riabilitazione, assistenza e sostegno sociale)	Il dato epidemiologico di un costante aumento dell'incidenza delle patologie dello spettro dell'autismo nei nuovi nati impone grande attenzione ai loro bisogni e delle loro famiglie. Appare innanzitutto necessaria l'articolazione di cure e di assistenza attraverso il coinvolgimento della rete di una pluralità di operatori, in modo da favorire la generalizzazione delle competenze emergenti in tutti i contesti di vita, anche attraverso il coordinamento degli interventi e la reciproca conoscenza. Trattandosi di condizioni che interessano tutta la durata dell'esistenza dell'individuo è necessario che l'articolazione dei trattamenti e degli interventi di aiuto si articoli in modo coordinato anche con il passaggio all'età adulta e all'età senile. La recente deliberazione delle linee guida della Azienda USLSUDEST delinea il quadro degli interventi e la loro articolazione nel corso del percorso di vita dell'individuo. La pluralità delle metodiche disponibili, degli enti e delle associazioni coinvolte, delle figure professionali interessate, impone la necessità di promozione di standard di assistenza clinica attravrso azioni di coordinamento e razionalizzazione. Organizzazione di incontri conoscitivi tra servizi per il 90% delle persone con disturbo dello spettro dell'autismo in fase di transizione	Promuovere i processi di transizione delle persone con disturbi dello spettro dell'autismo nel momento del passaggio dai servizi dell'età evolutiva e dell'età adulta allo scopo di favorire una piena comprensione delle condizione di salute dei clienti e il passaggio di conoscenze tra UFSMIA, UFSMA e servizi sociali, attraverso incontri coordinati tra i servizi. Promuovere una migliore qualità e quantità di interventi, articolati in applicazione delle attuali linee guida dell'Azienda USLSUDEST, implementando l'azione coordinata ed in rete di tutti i soggetti coinvolti nella cura e nell'assistenza delle persone con disturbo dello spettro dell'autismo, incluso privato sociale e terzo settore, attraverso incontri coordinati. L'ambito territoriale del Distretto Zona Valdarno, attraverso le risorse assegnate a valere sul Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico, finanzia due interventi di cui all'art. 4, punto 2, del DM 29/07/22. La presa in carico delle persone con disturbi dello spettro autistico, in presenza di bisogni sociosanitari complessi, rientra all'interno del percorso di presa in carico delle persone con disabilità, ai sensi del DGR 1449/2017, per le quali è definito un Progetto di vita individuale che ricomprende tutti gli interventi, le opportunità, le risorse e le prestazioni necessarie ad assicurare la piena inclusione sociale Le conseguenze psicoaffettive dell'emergenza pandemica hanno interessato un'ampia parte della popolazione, agendo in maniera particolare su adolescenti e giovani adulti e, tra questi, soprattutto sulle persone con disturbi dello spettro autistico, contribuendo, attraverso le restrizioni e le diminuite occasioni sociali, ad acuire difficoltà relazionali già presenti. Va inoltre segnalato come, con l'approssimarsi della vita adulta, per questa parte della popolazione la necessità di fare esperienza di occasioni di inclusione sociale e lavorativa assuma un ruolo fondamentale, mentre decresce l'efficacia degli interventi di riabilitazione. La programmazione è orientata pertanto alla costruzione di nuove possibilità di inclusione sociale e lavorativa che, ad integrazione dei percorsi già garantiti, possano portare al miglioramento delle abilità sociali, nonché a costruire possibilità di successive autonomie negli stessi o in altri contesti, con progressiva riduzione della presenza degli operatori dedicati. PERCORSI DI TRANSIZIONE Il percorso di transizione dei soggetti con disturbo dello spettro dell'autismo verso altri servizi idonei alla gestione delle dinamiche dell'età adulta è stato implementato anche attraverso l'attività di una psicologa a progetto in integrazione con il servizio sociale territoriale, il servizio di Salute Mentale Adulti, gli enti locali, il terzo settore ed il volontariato. I pazienti presi in carico in UFSMIA sono stati rivalutati al compimento del 18esimo anno nella dimensione del comportamento adattivo tramite test Vineland-II. Tale valutazione è servita per indirizzare la progettazione successiva nella valorizzazione dei punti di forza/ punti di debolezza del ragazzo/a. INTERVENTI PER L 'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA L'ambito territoriale del Distretto Zona Valdarno, attraverso le risorse assegnate a valere sul Fondo per l'inclusione delle persone con disturbi dello spettro autistico, finanzia due interventi di cui all'art. 4, punto 2, del DM 29/07/22. Il progetto verrà finanziato fino a maggio 2025. E' descritto specificatamente nel POA “NEL MONDO DI TUTTI”.	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Stefano Berloffa	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
26	PMP (Piuma delle Mie Piume)	Il progetto intende incrementare la forza di impatto e di efficacia delle iniziative di promozione della salute, prevenzione e trattamento a contrasto delle più comuni traiettorie evolutive derivanti da attaccamento insicuro ed esposizione ad eventi traumatici. In primis ci si propone di coordinare e aumentare il grado di efficacia delle iniziative di promozione della salute e di prevenzione già esistenti implementate nel Valdarno Aretino allo scopo di arginare alcuni rischi evolutivi, partendo da iniziative formative e di consulenza rivolte a genitori fino a iniziative innovative di integrazione delle attività terapeutiche e di organizzazione di interventi terapeutici intensivi. I primi 1000 giorni di vita di un essere umano sono un periodo di importanza strategica che pone le basi per lo sviluppo e la salute dell'intero arco della vita. Pertanto, l'investimento in interventi precoci di protezione e promozione della salute dei bambini nelle prime epoche della vita tramite un approccio intersettoriale è una delle priorità individuate dalle organizzazioni mondiali in sanità pubblica, quali l'OMS e l'UNICEF.	PROMOZIONE DELLA SALUTE E CONTRASTO ALLE TRAIETTORIE EVOLUTIVE DELL'ATTACAMENTO DISORGANIZZATO E DEL TRAUMA Si propone l'organizzazione di 2-4 incontri/anno tra servizi allo scopo di stilare un programma condiviso che garantisca il monitoraggio delle situazioni di fragilità, il coordinamento degli interventi in rete e la progettazione di eventuali interventi intensivi su situazioni di particolare complessità. I servizi che partecipano agli incontri sono CONSULTORIO, UFSMIA, UFSMA, UFAS, SERD. Si intende coinvolgere una rappresentanza di pediatri ospedalieri e di libera scelta, e redigere materiale informativo che indichi agli operatori coinvolti i percorsi possibili e le modalità di attivazione. Si intende inoltre aumentare il livello di fruibilità dei servizi già attivi nel Valdarno per la gravidanza ed i primi mille giorni del bambino (Percorsi famiglie fragili; Incontri di Accompagnamento alla Nascita IAN; Nati per leggere; Nati per la musica; Corsi di prevenzione traumi età pediatrica; "Mamma chi? lo?"; corsi di sensibilizzazione a insegnanti e genitori; PAROLEPRIME; P.I.P.P.I.; percorsi di supporto al caregiver in corso di riabilitazione del bambino); CARE-INDEX)	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Stefano Berloff	Attività continuativa
27	Cyber Help!	La Legge n.71/2017, in vigore dal 2017, prevede linee di orientamento per la prevenzione e il contrasto del cyberbullismo, assegnando alla scuola un ruolo centrale per lo sviluppo di una progettualità di intervento educativo anziché repressivo. A tal fine, fin da inizio 2018, gli Istituti scolastici del territorio operano in sinergia con i servizi territoriali per la realizzazione di interventi che includano la formazione del personale, la promozione di un ruolo attivo degli studenti nella prevenzione e nel contrasto del fenomeno mediante attività di peer education, con il coinvolgimento delle famiglie nelle attività e iniziative intraprese. Il progetto "Cyber help!", promosso dagli istituti scolastici che fanno parte della R.I.S.Va, attualmente coordinato dall' Istituto Comprensivo di Bucine, ha come finalità la realizzazione di queste direttive, in modo da ridurre l'incidenza dei fenomeni del bullismo e del cyberbullismo nel Valdarno e da migliorare il clima scolastico, promuovendo atteggiamenti di legalità e convivenza positiva nelle scuole e nelle comunità del nostro territorio. Il progetto prevede i seguenti interventi: -formazione dei docenti -formazione degli studenti mediante attività di peer education; -formazione e informazione rivolta ai genitori.	1) Fornire ai docenti, in un contesto di cooperazione e collaborazione e di scambio e condivisione di esperienze e risorse educative e didattiche: ✓ conoscenze di tipo psico-pedagogico e giuridico sui fenomeni del bullismo e del cyberbullismo; ✓ metodi e strumenti per la formazione degli studenti, con particolare attenzione alla peer education; ✓ strategie per l'identificazione, l'analisi e la gestione dei casi. 2) Favorire negli studenti, attraverso percorsi di peer education, lo sviluppo di: ✓ consapevolezza relativamente ai fenomeni del bullismo e del cyberbullismo; ✓ atteggiamenti responsabili nei confronti degli altri; ✓ strategie per poter chiedere aiuto nel caso fossero vittime e per supportare i compagni che dovessero subire prepotenze; ✓ conoscenze e competenze necessarie per utilizzo responsabile e sicuro della rete. 3) Fornire ai genitori: ✓ informazioni su tutte le attività e iniziative intraprese dalle scuole della R.I.S.- Va; ✓ conoscenze sui fenomeni del bullismo e del cyberbullismo; ✓ strategie per poter cogliere precocemente eventuali segnali di disagio dei propri figli; strumenti per un'educazione al rispetto di sé e degli altri, all'uso responsabile dei dispositivi tecnologici e alla sicurezza in rete.	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Ilaria Bartoli	Attività continuativa
28	GAP - Contrasto al gioco d'azzardo patologico	Il progetto prevede interventi rivolti a gruppi giovanili informali che si muovono in aree ad alto rischio e prevede le seguenti azioni: - Indagine sui bisogni del territorio - Rafforzamento rete territoriale zonale - Aumento delle competenze nella comunità locale sul gioco d'azzardo	- rafforzamento rete locale - mappatura realtà territoriale ed identificazione di vulnerabilità e sensibilizzazione rispetto al Gap e Gaming. - sensibilizzazione rivolta alla popolazione generale e a target specifici - mediazione e facilitazione dell' accesso ai servizi - Rafforzamento rete locale e raccordo con le altre reti della provincia . - Indagine sui bisogni del target effettuata da operatori di strada radicati nella comunità locale. - Promozione di attività/forme ludico creative sane con la realizzazione di eventi e/o laboratori - Incontri di sensibilizzazione con popolazione, associazioni, enti e scuole; evento finale - Interventi di prossimità fisica con giocatori ed esercenti per favorire l'accesso precoce alla cura -Realizzazione di 1 evento finale di restituzione dei dati emersi aperto a tutta la cittadinanza	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Angela Passeri	Attività continuativa
29	Centro antifumo	Il progetto prevede incontri di psicoterapia di gruppo cognitivo-comportamentale finalizzati alla riduzione e interruzione del fumo.	- Informazione alla popolazione - Sensibilizzazione e Promozione della salute - Cambio di stile di vita - Riduzione dei danni sulla salute pubblica	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Angela Passeri	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
30	Alleniamoci a star bene	Il progetto prevede la formazione di un gruppo di "Peer" (metodologia Life Skills/Peer education), specializzati in accoglienza/accompagnamento di ragazzi/e delle prime classi. La formazione si configura come laboratorio di apprendimento basato sull'esperienza volto a favorire in un clima di fiducia e piacevolezza l'allenamento e il rafforzamento delle Life Skills cognitive, emozionali e relazionali di base. Lo strumento del gioco nelle sue svariate forme e nel suo aspetto creativo, serio e vitale accompagnerà l'intero processo laboratoriale. I ragazzi/e oltre a fare un'esperienza formativa sul piano personale apprenderanno una serie di tecniche interattive e strumenti da utilizzare e applicare nell'anno scolastico successivo con i ragazzi/e delle prime classi. Particolare attenzione verrà posta durante la formazione alla sensibilizzazione dei Peer sui rischi legati al gioco d'azzardo lecito sia fisico che online e ad alcune sue connessioni col gaming. Destinatari del Progetto Studenti scuole secondarie di secondo grado- classi terze e quarte. Studenti scuole secondarie di secondo grado- nuove classi prime.	Creare all'interno dell'istituto un gruppo di studenti "Peer" che oltre all'accoglienza e accompagnamento delle prime classi diventino promotori all'interno dei gruppi scolastici in cui sono inseriti di messaggi e tematiche inerenti la promozione della salute e la prevenzione di comportamenti a rischio. Il progetto sarà così articolato: - Formazione Peer, sono previsti n. 8 incontri di formazione di due ore ciascuno, rivolti a studenti frequentanti il terzo anno della scuola secondaria di secondo grado. La selezione del gruppo di studenti da formare sarà preceduta da attività di selezione d'interesse realizzata da parte dei docenti. La formazione sarà tenuta dagli operatori del SerD - Svolgimento attività dei Peer all'interno delle classi prime, dove cureranno accoglienza, accompagnamento e momenti di sensibilizzazione su tematiche di rilievo per i ragazzi, e in particolare sui rischi connessi al gioco d'azzardo fisico e online e ad alcune sue relazioni col gaming. Questa attività, durante l'anno scolastico, verrà supervisionata dagli operatori SerD e dagli insegnanti referenti del presente progetto.	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Angela Passeri	Attività continuativa
31	Integrazione con l'auto mutuo aiuto in alcologia	Sostegno e integrazione con le reti territoriali dei club degli alcolisti in trattamento e con i gruppi di Alcolisti Anonimi. Collaborazione per interventi di sensibilizzazione e promozione di stili di vita per il contrasto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione generale.	- Invio dei pazienti e delle loro famiglie ai Club degli alcolisti in trattamento e gruppi degli Alcolisti Anonimi - Promozione e collaborazione nelle loro attività territoriali	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Angela Passeri	Attività continuativa
32	Marciapiedi puliti	Il progetto ha lo scopo di favorire il reinserimento sociale e lavorativo di soggetti svantaggiati in carico al SerD. zona Valdarno per i quali non è ancora possibile una collocazione nel mondo del lavoro. Pertanto"Marciapiedi Puliti"è una attività socio-riabilitativa e che, esplicita nel contesto urbano, favorisce la visibilità dell'utente che si riappropria del ruolo di cittadino attivo. L'accesso al progetto "Marciapiedi Puliti" è riservato alle persone in programma terapeutico presso il Ser.T. zona Valdarno, che vengono indicati e seguiti dagli educatori professionali del servizio. L'interruzione del programma terapeutico-riabilitativo comporta la sospensione dall'inserimento.	- Osservare le abilità lavorative e relazionali in un contesto protetto - Sviluppare le competenze cognitive e relazionali - Favorire il reinserimento sociale e lavorativo - Promuovere e valorizzare le competenze individuali a favore della collettività	Individuare precocemente il disagio psichico, potenziare azioni rivolte a persone con disturbi della salute mentale e sviluppare interventi di prevenzione delle dipendenze	Angela Passeri	Attività continuativa
33	Pronto Intervento Sociale (PIS) - Servizio di Emergenza Urgenza SEUS	Aderire al Servizio di Emergenza e Urgenza Sociale (SEUS) come da indicazioni regionali e decisione della Conferenza dei Sindaci	Avvio del Servizio di Emergenza e Urgenza Sociale (SEUS) nell'ambito territoriale del Valdarno, in coerenza con quanto previsto dalla DGR Toscana n. 838/2019 e secondo il modello organizzativo regionale (Delibera Conferenza Sindaci 37/2025. Formazione in collaborazione con i comuni dell'ATS, Azienda UsI Toscana Sud-Est e Regione Toscana	Integrare la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza-urgenza e le reti socio-sanitarie territoriali e di prevenzione per garantire la circolarità dei percorsi di presa in carico dei bisogni del cittadino	Gabriele Rossi	Attività continuativa
34	Sportello D.A.T.	possibilità per i cittadini valdarnesi di prendere appuntamento con i medici della nostra U.F. per avere spiegazioni in merito alle disposizioni anticipate di trattamento come previste dalla legge 219/17, ed eventualmente di compilarle con il supporto del palliativista per poi avviare il documento relativo alle necessarie pratiche di registrazione presso le sedi legalmente autorizzate (ASL, Ufficio di Stato Civile, Notaio...) in base alle preferenze dell'interessato	spiegazioni in merito alle disposizioni anticipate di trattamento come previste dalla legge 219/17, ed eventualmente di compilarle con il supporto del palliativista	Offrire cure integrate ai malati oncologici	Tatiana Ieri	Attività continuativa
35	DAY HOSPICE	aggiunta di un posto di Day-Hospice ai tre posti di degenza attualmente esistenti: si tratta di un setting di cura in cui assistere Pazienti che necessitano di manovre interventistiche a medio grado di complessità (medicazioni difficili e/o dolorose, posizionamento di cateteri venosi centrali, toracentesi o simili) che necessitano di un monitoraggio in struttura e richiedono perciò una degenza dell'ordine di alcune ore per poi rientrare in assistenza domiciliare nell'arco della giornata	Cure in struttura che richiedono degenza di poche ore per poi rientrare in assistenza domiciliare nell'arco della giornata	Offrire cure integrate ai malati oncologici	Tatiana Ieri	Attività continuativa
36	Progetto SCUDO	Assistenza domiciliare di cure palliative di primo e secondo livello.	• mantenere il malato terminale al proprio domicilio • contenimento dei sintomi causa di sofferenza • supporto psicologico al malato e alla famiglia • preparazione al fine vita APPROVAZIONE ISTRUZIONE OPERATIVA PER PRESA IN CARICO CONGIUNTA A DOMICILIO DI PZ CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE TRA IFC E PROGETTO SCUDO	Offrire cure integrate ai malati oncologici	Tatiana Ieri	Attività continuativa
37	Cure palliative simultanee e precoci	cure palliative domiciliari in fase precoce di patologia oncologica, concomitanti con terapie causali	controllo sintomi miglioramento tollerabilità delle cure antineoplastiche	Offrire cure integrate ai malati oncologici	Tatiana Ieri	Attività continuativa
38	Assistenza palliativa residenziale - HOSPICE	cure palliative in Hospice	Potenziamento della fruibilità, accesso, equità e appropriatezza delle cure, cure sintomatiche e di supporto a Pazienti affetti da patologia cronica ingravescente a cattiva prognosi con problematiche di ordine clinico e/o sociale	Offrire cure integrate ai malati oncologici	Tatiana Ieri	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
39	GIO.i/Intensivo Giovani	I giovani manifestano importanti difficoltà ad afferire ai servizi sanitari in una fascia d'età che va dai 15 ai 24 anni, età nella quale circa il 20% della popolazione manifesta difficoltà psicologiche importanti. In tale età si presentano sintomatologie importanti sia di tipo esternalizzante (quali le crisi di agitazione psicomotoria, l'aggressività etero-diretta, il mancato rispetto delle regole...) che internalizzante (come sintomi ansiosi e depressivi). La consultazione avviene soprattutto nei casi in cui si ha una estremizzazione dei sintomi con manifestazioni deliranti o violente oppure ritiro scolastico, agiti autolesivi, tentativi di suicidio. Nel post-acuto la possibilità di coinvolgere i giovani pazienti in una presa in carico psicoterapica ambulatoriale importante si dimostra scarsa. L'efficacia di questi trattamenti risulta peraltro incostante. La scelta di collocarli in situazioni di residenzialità prolungate rischia di promuovere un potenziale regressivo molto forte, con instabilità identitaria ed adozione di modalità disfunzionali di altri pazienti E' perciò necessario implementare un lavoro in rete tra i servizi al fine di progettare una presa in carico intensiva ed estensiva, multiprofessionale, complessa e coordinata, rivolta ai minori per i quali non vi è indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita, mirata al recupero delle capacità sociali ed al reintegro delle funzioni adattive. Progettazione di un centro diurno denominato GIOi che possa ospitare due gruppi di cinque ragazzi di età 15/18 anni. Nel 2025 si sono conclusi gli adempimenti per l'affidamento del servizio ad un ente terzo, dando avvio al contratto e con l'inizio dei lavori di ristrutturazione della struttura. L'inizio delle attività con gli utenti è prevista per febbraio 2026	Gli interventi programmati in rete per ciascun utente saranno finalizzati a: Miglioramento qualità della vita dei giovani e delle loro famiglie Integrazione sociale Prevenzione secondaria e riduzione della spesa sanitaria Prevenzione break down psicotici e riduzione ricoveri e lungodegenze Riduzione residenzialità terapeutiche ad alta intensità di cure Azioni ad alta intensità di cure, sul territorio, nel post-acuto (dopo tentati suicidi, azioni multi impulsive, break down psicotici) Riduzione dell'impulsività e del deterioramento del funzionamento globale	Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	Stefano Berloffia	Attività continuativa
40	Ospedale di Comunità	L'Ospedale di Comunità (OdC) e' una struttura sanitaria residenziale che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.	Apertura di un nuovo Ospedale di Comunità nel comune di Cavriglia prevista dal 1 aprile 2026	Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	Elena Rebora	Attività continuativa
41	Case di Comunità	Le Case della Comunità (CdC) sono le nuove strutture socio-sanitarie che entreranno a far parte del Servizio Sanitario Nazionale; sono state previste dal PNRR del 2021 e descritte nel DM 77 del 23 maggio 2022. Rappresentano il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.	Con delibera n.631 del 27/05/2024 la Regione Toscana ha approvato il piano di sviluppo del modello della Casa della Comunità sul territorio delle aziende USL della Toscana. Apertura nella Zona Distretto di 2 CdC Hub e 3 Spoke, con le attività previste dal DM/77 Apertura della CdC di San Giovanni Valdarno prevista dal 1 aprile 2026.	Potenziare la rete territoriale attraverso strutture per la risposta integrata dei bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari	Elena Rebora	Attività continuativa
42	Implementazione Sanità d'Iniziativa di cui alla DGRT 650/2016	Con deliberazione della Giunta regionale 716/2009, la Regione Toscana ha avviato l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale. Il modello descritto, basato sugli elementi costitutivi dell'expanded chronic care model (ECCM), affida la gestione del paziente affetto da una o più patologie croniche ad un team multiprofessionale, coordinato da un medico di Medicina Generale, nell'ambito del quale gli interventi clinici necessari vengono adottati sulla base di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per patologia (diabete, scompenso cardiaco, esiti di ictus, BPCO). Si è ritenuto poi necessario, con Delibera GRT 650/2016, in piena continuità con le azioni già realizzate e gli importanti risultati conseguiti in termini di salute pubblica, procedere alla revisione del modello di sanità d'iniziativa. Questo nuovo modello sancisce l'evoluzione del precedente progetto, nell'ottica del superamento della gestione per singoli PDTA verso un passaggio alla presa in carico basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente. Il nuovo modello si sviluppa sulla realtà organizzata delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).	- Curare i pazienti arruolati con le modalità definite nell'allegato alla Delibera GRT 930/2017 "Schema di accordo regionale con la Medicina Generale per l'attuazione della Sanità d'Iniziativa di cui alla DGR 650/16". - Individuare in ogni AFT i MMG "esperti" relativamente alle aree cliniche oggetto dei percorsi (cardiologica, metabolica-diabete, pneumologia e neurologia).	Prendere in cura i malati cronici e complessi con modelli innovativi ed integrati e di medicina di iniziativa	Fernando Cantoro	Attività continuativa
43	AFA - Attività Fisica Adattata	L'acronimo AFA indica l'attività Fisica Adattata, ovvero programmi di esercizio fisico svolti in gruppo, organizzati dalla zona Distretto ed espletati da associazioni sportive e palestre. Tale attività viene adattata, seguendo protocolli di esercizio messi a punto da operatori della ASL, alle capacità funzionali dei cittadini con patologie croniche ed è finalizzata alla modifica dello stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità e invecchiamento attivo della popolazione.	- Rinforzare l'attività di promozione dei corsi attraverso la Medicina General - Incrementare e rafforzare l'organizzazione dei corsi nelle zone periferiche del Distrett - Stimolare la partecipazione delle associazioni no-profit da coinvolgere in azioni facilitanti la realizzazione dei corsi.	Prendere in cura i malati cronici e complessi con modelli innovativi ed integrati e di medicina di iniziativa	Fernando Cantoro	Attività continuativa
44	C.O.T. Centrale Operativa Territoriale	Le malattie croniche sono all'origine del 92% dei decessi totali registrati, con un carico assistenziale pari ad oltre il 75% del peso globale e con un budget assistenziale pari al 75-80% del totale della spesa. In tale contesto, la realizzazione dell'integrazione tra ospedale e territorio, al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza, rappresenta una scelta strategica della programmazione regionale. Nel Valdarno è già attiva la Continuità Ospedale Territorio.	- Implementare le attività proprie dell'ACOT zonale con l'obiettivo di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce ed improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone il rientro a domicilio. Formulare, coordinare e monitorare i Piani Assistenziali Individuali (PAI) sulla base di una valutazione multidimensionale, sanitaria e sociale, con riferimento ai PDTA aziendali, sostituendosi possibilmente all'UVM zonale.	Prendere in cura i malati cronici e complessi con modelli innovativi ed integrati e di medicina di iniziativa	Fernando Cantoro	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
45	Botteghe della Salute	Il progetto delle Botteghe della Salute prevede l'apertura di uno sportello a Bucine capoluogo che diventi un punto nevralgico ed essenziale per il miglioramento dei servizi offerti alle persone, per la loro più ampia fruizione e per lo sviluppo della comunità tutta. Con il progetto si intende offrire una serie di servizi con l'obiettivo generale di ridurre nei beneficiari il loro gap tecnologico. L'operatore dello sportello garantirà formazione ed assistenza favorendo l'accessibilità ai Servizi Pubblici sanitari e sociali ed altri servizi di pubblica utilità promuovendo progressivamente il raggiungimento "dell'autonomia digitale" dell'utenza. Le aree interessate saranno: - Area servizi sanitari On line - Area Servizi On line non di tipo sanitario - Servizi di affiancamento/ supporto a presidi sanitari territoriali e delle Asl - Area Promozione Prevenzione della salute.	● Offrire un servizio di orientamento per la fruizione dei servizi territoriali socio-sanitari; ● Offrire formazione ed assistenza per accompagnare gli utenti nel mondo della digitalizzazione, partendo dalle esigenze specifiche e dalle competenze di partenza; ● Promuovere i servizi online offerti dalle pubbliche amministrazioni locali e centrali ● Supportare l'ottenimento dell'identità digitale.	Promuovere la digitalizzazione del sistema sanitario e utilizzo dell'IA per l'innovazione e l'integrazione	Alessandra Landucci	Attività continuativa
46	PNRR _ RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA'	Il progetto intende attivare attraverso una progettualità socio sanitaria integrata almeno ulteriori 150 dimissioni protette attraverso azioni e progetti individualizzati che, con la telemedicina e i buoni servizio, intendono garantire ad anziani fragili in uscita dagli ospedali il rientro presso il proprio domicilio in modalità protetta evitando l'istituzionalizzazione e supportando la rete parentale e di vicinato al fine di evitare l'isolamento e l'emarginazione sociale. I progetti individualizzati delle persone anziane in dimissioni protette saranno predisposti da un equipre multidisciplinare composta dai componenti dell'Acot-Uvm (Medico Acot, Infermiere Acot, assistente sociale Acot) integrata, in seguito alla predisposizione di Protocolli condivisi, dalle figure del geriatra territoriale, dal Servizio Sociale professionale territorialmente competente, dal MMG dell'anziano e dall'Infermiere del famiglia. Il progetto verrà attuato attraverso servizi e prestazioni specifiche: \-Sperimentare protocolli condivisi tra servizi sanitari e servizi sociali (Acot, Mo.Di.Ca, Geriatria del Territorio, MMG di famiglia Servizi Sociali e infermiere del territorio) per una presa in carico globale della persona e della sua famiglia durante la dimissione protetta; \- Predisporre atto di gara per l'attivazione di ore di Assistenza domiciliare a favore di anziani fragili in dimissione difficili dall'ospedale e per la fornitura di pasti a domicilio; \-Attivare la telemedicina presso il domicilio grazie all'incarico che il soggetto attuatore farà ad una Azienda del territorio, leader nel settore, in grado di dotare l'anziano al proprio domicilio di dispositivi e apparecchiature specifiche per il monitoraggio dei valori vitali e di quelli definiti dall'UVM in base alle esigenze socio-sanitarie di ogni utente. Nello specifico si prevede di: predisporre una web-app su cloud tramite browser/app dedicata; fornire un kit di strumentazione analitica domiciliare ad ogni utente; fornire un tablet ad ogni utente per raccolta e condivisione delle misurazioni; \-Attivare servizi di prossimità/socializzazione con il coinvolgimento e la partecipazione di enti privati accreditati e/o associazioni del terzo settore per l'attuazione e la gestione di alcune azioni (socializzazione e servizi di prossimità) previste nel piano individualizzato; \-Attivare corsi di formazione per familiari, assistenti di cura e volontari per l'utilizzo della telemedicina (lettura parametri vitali e altri dati) grazie al kit di strumentazione di cui sopra al fine di avere sotto controllo lo stato di salute dell'anziano in dimissioni protette.	1.Prevenire e monitorare situazioni di non autosufficienza al domicilio dell'anziano grazie alla dotazione di strumentazioni tecnologiche collegate a MMG, Geriatria territoriale, infermieri del territorio e all'attivazione di buoni servizio (assistenza domiciliare, pasti a domicilio, telemedicina, socializzazione); 2.Ridurre gli inserimenti residenziali presso le RSA (scheda 2.7.3 "Dimissioni protette"- LEPS); 3.Sperimentare e mettere a regime un modello di presa in carico integrata di dimissioni ospedaliere attraverso un lavoro di rete che vede coinvolti professionisti e mondo del volontariato; 4.Potenziare il grado di integrazione e co-azione tra i Servizi Sociali del territorio con i Servizi Socio-Sanitari e Ospedalieri attraverso una presa in carico integrata dell' Acot-Uvm che oltre a prevedere la presenza di Medico Acot, Infermiere Acot e assistente sociale Acot, sarà integrata dal geriatra territoriale, dal SS professionale territorialmente competente, dall'MMG e dall'Infermiere di famiglia; 5.Promuovere gli interventi volti all'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali e socioassistenziali di supporto all'anziano in situazioni di fragilità e alla sua famiglia per raggiungere maggiore efficacia ed efficienza; 6.Coinvolgere e valorizzare le associazioni del territorio al fine di potenziare le attività di socializzazione e aiuto (servizi di prossimità, organizzazione di momenti ricreativi) anche utilizzando gli spazi di socializzazione diurni in collegamento con il progetto Casa Pogi 1.1.2; 7.Supportare il nucleo familiare, tramite la rete sociale e di vicinato, nel lavoro di cura e di relazionalità onde prevenire o ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione; 8\. Potenziare la risposta di continuità ospedale-territorio.	Promuovere la digitalizzazione del sistema sanitario e utilizzo dell'IA per l'innovazione e l'integrazione	Alessandra Landucci	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
47	ATTIVITA' FISICA IN CLASSE: SCUOLA DELL'INFANZIA E PRIMARIA	I ritmi e gli stili di vita familiari sono sempre più caratterizzati dall' inattività fisica e dalla sedentarietà le cui principali cause sono l'uso dei cellulari e altri apparecchi tecnologici (computer, televisione, play station, ecc.), la mancanza di spazi e di tempo. Tutto questo riduce significativamente la possibilità di fare esperienze motorie. Risulta quindi fondamentale promuovere fin dall' infanzia il movimento e l'attività motorie per favorire la crescita e lo sviluppo sano dei bambini. Il progetto “Stretching che favola!” è rivolto alle scuole dell'infanzia; con esso i bimbi hanno l'opportunità di svolgere gli esercizi all' interno delle proprie classi. Intervento di formazione di due ore al personale docente delle classi dell' infanzia degli Istituti Comprensivi aderenti della Zona Distretto Valdarno. . Attività fisica giornaliera di stretching all'interno delle classi dell'infanzia, guidata dagli insegnanti: 10 minuti di semplici esercizi di ginnastica al giorno rinnovando sempre l'attenzione a questa attività motoria come stile di vita salutare spesso trascurato. Trattandosi di esercizi estremamente semplici e praticabili da ogni bambino, indipendentemente dalla qualità atletica, risulta intervento accessibile a tutti anche nell'ottica di contrastare le disuguaglianze tra bambini “sportivi” e non. L'attività fisica regolare (almeno 1 ora/cinque giorni settimana) è importante per la crescita e lo sviluppo sano di bambini e giovani. Il progetto “Stretching in classe” è coerente con gli obbiettivi della Delibera GRT n. 800/2008 “Guadagnare Salute”, rendendo più facile muoversi e fare attività fisica ed interviene riducendo le conseguenze della prolungata seduta dei bambini nei banchi scolastici, spesso scorretta. Intervento di formazione di due ore al personale docente delle classi terza primaria degli Istituti Comprensivi della Zona Distretto Valdarno. . Attività fisica giornaliera di stretching all'interno delle classi terze, guidata dagli insegnanti e/o dagli stessi bambini: 10 minuti di semplici esercizi di ginnastica al giorno rinnovando sempre l'attenzione a questa attività motoria come stile di vita salutare spesso trascurato. Trattandosi di esercizi estremamente semplici e praticabili da ogni bambino, indipendentemente dalla qualità atletica, risulta intervento accessibile a tutti anche nell'ottica di contrastare le disuguaglianze tra bambini “sportivi” e non e per la conoscenza e lo sviluppo delle skills personali.	- Abituare i bambini fin da piccoli ad effettuare una regolare attività fisica anche tra le mura della struttura scolastica. - Favorire un più armonico sviluppo psico motorio ed emotivo nei bambini. - Contrastare le disuguaglianze tra bambini “sportivi” e non. - Promuovere conoscenza e sviluppo delle skills personali.. - Estendere il progetto in almeno il 70% delle classi seconde primaria degli Istituti Comprensivi della Zona Distretto Valdarno.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli	Attività continuativa

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
48	Open days al Consultorio: obiettivo giovani, malattie sessualmente trasmissibili, menopausa	L'attività dei Consultori è orientata alla protezione, prevenzione, promozione della salute e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita, all'infanzia e all'adolescenza, alle coppie e alle famiglie, all'interno della propria comunità di riferimento. L'accesso al servizio è gratuito e senza prescrizione medica e le prestazioni sono prenotate direttamente al Consultorio. Gli ambiti di intervento previsti sono: Procreazione responsabile e contraccezione Informazione e prevenzione Visite, consulenze e pianificazione contraccezione ordinaria Inserimento, rimozione dispositivi intrauterini e sottocutanei Prescrizione, erogazione (alle aventi diritto) farmaci per contraccezione post-coitale Attivazione percorso contraccezione gratuita per le aventi diritto Percorso nascita Consulenza preconcezionale Consulenza e attivazione App HappyMamma/libretto di gravidanza Assistenza alla gravidanza Corsi e incontri di accompagnamento alla nascita Consulenza e sostegno psicologico e sociale Assistenza in puerperio Sostegno all'allattamento Sostegno alla genitorialità Sterilità e infertilità Prevenzione, informazione, consulenze e sostegno Avvio dell'iter diagnostico in raccordo con i centri PMA Interruzione volontaria di gravidanza (lvg)/Legge 194/78 Prevenzione e informazione Visite, consulenze e sostegno pre-lvg e post-lvg Rilascio documento/certificato Sessualità e affettività Informazione e interventi di promozione della salute sessuale e sulle tematiche di genere Visite e consulenze Sostegno psicologico Malattie sessualmente trasmesse Prevenzione e informazione Visite e consulenze Avvio iter diagnostico e trattamento Attivazione percorsi specialistici Menopausa Informazione e promozione della salute Visite e consulenze ostetrico-ginecologiche per disturbi correlati al periodo perimenopausale e postmenopausale e monitoraggio del trattamento Consulenza e sostegno psicologico e sociale Prevenzione oncologica del tumore della cervice uterina Informazione e prevenzione PAP test, HPV test come previsto dalla programmazione regionale per attività di screening Disagio e promozione del benessere Interventi di informazione e prevenzione Consulenza psicologica e sociale Presa in carico psicologica e psicoterapia per problemi relazionali individuali, di coppia e familiari Genitorialità e Famiglia Promozione e sostegno delle competenze genitoriali Sostegno per le vittime di violenza Prevenzione, accoglienza, consulenza e presa in carico delle vittime di violenza (violenza di genere, violenza sui minorenni e bullismo, mutilazioni genitali femminili) con attivazione di percorsi in rete	Negli ultimi anni si è assistito a un incremento delle malattie sessualmente trasmissibili. Si vuole richiamare l'attenzione sulla necessità di un'adeguata e corretta educazione alla sessualità sulla prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili e tumori associati, sulla tutela dei diritti legati alla sfera sessuale e alle scelte individuali Alla luce delle possibili ripercussioni metaboliche che età e carenza estrogenica comportano (patologia cardiovascolare e riduzione del contenuto minerale osseo), anche nella menopausa cosiddetta fisiologica si è ritenuto importante affrontare il tema dello stile di vita, inteso come corretta alimentazione, attività fisica, rinuncia al fumo e all'abuso di alcol. Importante inoltre promuovere una cultura di prevenzione e controllo delle alterazioni ginecologiche legate a questo stato L'adolescenza rappresenta un momento importante per il passaggio alla vita adulta ed è caratterizzata da numerosi cambiamenti fisici, psicologici-relazionali e sociali. Proprio in questo periodo possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura come abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti. Questi comportamenti se persistono possono compromettere lo stato di salute delle generazioni future. Investire nella salute dei giovani oggi, rappresenta un guadagno in salute domani. • Promuovere maggior consapevolezza sociale sulla salute sessuale • Fornire informazioni corrette al fine di promuovere informazioni in materia • Favorire l'accesso al Servizio • Fornire informazioni corrette rispetto agli stili di vita • Migliorare la conoscenza del Servizio alla popolazione target • Migliorare la conoscenza del Servizio alla popolazione target (giovani 13-26) Programmare almeno 3 date di Open Day	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta ladaresta	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
49	Gestione dei farmaci a scuola	• Garantire la sicurezza delle alunne e degli alunni e la corretta gestione dei farmaci in ambito scolastico, assicurando la continuità terapeutica e una comunicazione efficace tra famiglie, istituzioni scolastiche e servizi sanitari. • Assicurare una gestione uniforme della documentazione secondo la normativa vigente e le procedure aziendali ASL delle tre province. • Promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo del personale scolastico sulla somministrazione dei farmaci a scuola. • Integrare la gestione dei farmaci nei programmi di educazione alla salute e promozione di stili di vita sicuri. • Garantire la revisione periodica delle procedure operative per assicurarne l'aggiornamento e la conformità normativa.	Formazione rivolta al personale scolastico: Coordinamento tra istituti scolastici, servizi territoriali ASL e Dipartimento di Emergenza/Urgenza per l'uniformazione dell'iter procedurale. Raccolta, gestione e verifica della documentazione autorizzativa prevista dalla normativa. Realizzazione di attività formative e di aggiornamento rivolte al personale scolastico. Supporto alla continuità terapeutica e alla comunicazione tra scuole, famiglie e servizi sanitari. Revisione e aggiornamento periodico delle procedure operative aziendali. Integrazione delle attività di gestione dei farmaci nei progetti di educazione alla salute. Risultati attesi: Uniformità e appropriatezza nella gestione dei farmaci nelle scuole delle tre province. Personale scolastico formato e consapevole delle procedure di somministrazione dei farmaci. Tutela della salute delle alunne e degli alunni, garanzia della continuità scolastica e sicurezza del personale coinvolto. Miglioramento della comunicazione tra famiglie, istituzioni scolastiche e servizi sanitari. Procedure operative aggiornate e conformi alla normativa vigente.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli	Attività continuativa
50	La prevenzione delle cadute e degli esiti nella popolazione anziana: il percorso AFA cadute	Gestione dei pazienti che accedono per caduta ai PS aziendali e vengono dimessi senza danno grave (fratture, lussazioni, distorsioni), attraverso l'inserimento nei corsi AFA cadute. Modalità operative - ai pazienti ≥ 65 anni che entrano per caduta senza evidenti pregresse patologie neurologiche l'infermiere di Triage del pronto Soccorso segnala l'opzione "AFA cadute". Tale "alert" consente all'equipe di PS che prende successivamente in carico il paziente di valutare in dimissione la possibilità di inserimento nel programma - per i dimessi senza danno grave l'equipe medico/infermiere di PS dà informazioni sulla possibilità di entrare in un percorso di prevenzione delle cadute aderendo al progetto attraverso: a) consegna di un opuscolo informativo b) ricezione dei dati del paziente - Il Direttore UOP/Responsabile Riabilitazione Funzionale della zona di riferimento: a) raccoglie i nominativi segnalati dal PS b) entro 7 giorni chiama i pazienti per la valutazione per il rischio cadute. Il periodo di tempo che intercorre dalla ricezione dei nominativi dal PS alla valutazione da parte del fisioterapista è funzionale al recupero del paziente che, anche in assenza di traumi gravi, potrebbe comunque aver avuto un lieve risentimento fisico - Il fisioterapista dell'Unità Operativa Di Riabilitazione Funzionale di riferimento, attraverso valutazione funzionale e test specifici verifica: a) autonomia motoria e cognitiva b) assenza di segni neurologici c) rischio cadute - Al termine della valutazione, per i pazienti idonei che decidono di aderire al programma, Il Direttore UOP/Responsabile Riabilitazione Funzionale: a) inserisce i dati del paziente in apposito data-base b) costituisce un gruppo di utenti per attivare un corso AFA cadute presso i provider aderenti - Il Referente aziendale AFA funge da raccordo con le strutture interessate ed elabora i dati per la verifica degli indicatori previsti	L'obiettivo è quello di evitare che i soggetti che entrano nel programma subiscano una ulteriore caduta, i cui danni sono di solito maggiori rispetto al primo evento, attraverso la promozione e adesione ai programmi AFA cadute. Cronoprogramma - Entro marzo 2026: adozione di un protocollo operativo - Entro settembre 2026: inizio reclutamento pazienti - Entro ottobre 2026: attivazione di almeno 2 corsi AFA cadute con utenti reclutati dal protocollo	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli Aniello Buccino	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
51	LA DIFFUSIONE DEI PRINCIPI DI PREVENZIONE E SICUREZZA DOMESTICA NEGLI OVER 65	Il progetto non si limita a trasmettere nozioni teoriche, ma mira a trasformare i partecipanti in "osservatori attivi" del proprio ambiente. L'obiettivo è sviluppare una “capacità di analisi critica” che permetta di trasformare la percezione del pericolo in strategie di prevenzione concrete, immediate e sostenibili nella vita quotidiana.	1. Sviluppo della Capacità di Analisi (L'occhio critico) •Identificare i "pericoli invisibili": Allenare lo sguardo a riconoscere i rischi latenti negli ambienti familiari. •Valutare il rischio in base al contesto: Imparare a riconoscere un pericolo oggettivo e un comportamento a rischio, comprendendo anche come le proprie condizioni fisiche influenzino il livello di pericolo. 2. Acquisizione di Nozioni e Consapevolezza (Il sapere) •Conoscere le statistiche e le dinamiche comuni: Condividere le dimensioni del fenomeno, apprendere quali sono le zone della casa più a rischio e le tipologie di infortunio più frequenti per orientare meglio l'attenzione. •Comprendere i fattori fisiologici: Analizzare come i cambiamenti legati all'età (riduzione della vista, dell'equilibrio o dei riflessi, utilizzo di farmaci) interagiscano con l'ambiente domestico. 3. Sviluppo di Strategie di Prevenzione (Il saper fare) •Co-progettare soluzioni pratiche: condivisione di soluzioni pratiche e/o piccoli accorgimenti e modifiche organizzative/comportamentali per mettere in sicurezza gli ambienti. •Implementare routine di sicurezza: Definire strategie d'azione quotidiane per ridurre il rischio. 4. Empowerment e Cambiamento Comportamentale (L'attitudine) •Passare dalla teoria all'azione: Motivare i partecipanti a effettuare un'auto-valutazione della propria abitazione subito dopo l'incontro, applicando le capacità di analisi acquisite e gli strumenti forniti. •Promuovere la cultura della prevenzione: Trasformare il partecipante in un soggetto attivo capace di consigliare i propri coetanei, creando una rete di consapevolezza condivisa.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli Aniello Buccino	Attività continuativa
52	Porte aperte al consultorio	L'adolescenza è l'età dei cambiamenti che corrisponde ai processi di trasformazione fisica, psicologica e delle relazioni sociali. Si ritiene importante la strutturazione di interventi volti a sensibilizzare ed informare i ragazzi sui rapporti tra affettività e sessualità, prevenzione di malattie sessualmente trasmesse e contraccezione al fine di promuovere le competenze e dare anche sostegno ai bisogni affettivi e di espressione della sessualità degli alunni.	- Facilitare la conoscenza nei giovani del Consultorio Giovani per favorirne l'utilizzo e incoraggiare la loro fruibilità. - Fornire spazi educativi e conoscenze adeguate al fine di facilitare le espressioni e gli atteggiamenti corretti verso il proprio corpo e la sessualità. Aumentare la conoscenza sui metodi contraccettivi, in modo da evitare gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili. - Incontri in presenza o in modalità online con gli studenti della terza media degli Istituti Comprensivi aderenti al progetto, gestiti dal personale dell'equipe consultoriale (ostetrica, medico, psicologa e assistente sociale) che risponde alle domande degli studenti sui temi di specifico interesse. - Incontri in presenza con gli studenti del biennio delle scuole superiori aderenti al progetto, gestiti dal personale dell'equipe consultoriale (ostetrica, medico, psicologa e assistente sociale).	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli	Attività continuativa
53	Skills for life: star bene a scuola	Il personale docente riveste un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere quotidiano degli studenti attraverso lo sviluppo delle competenze vitali integrate nelle proprie attività didattiche. Le competenze essenziali nel contesto educativo per favorire una crescita sana e completa degli studenti comprendono competenze personali come la capacità di relazionarsi, una buona consapevolezza di sé, la gestione emotiva, e la capacità di prendere decisioni informate utilizzando il pensiero critico e creativo. Queste competenze, definite Life Skills dall'OMS, si suddividono in SKILLS EMOTIVE (consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress), SKILLS RELAZIONALI (relazioni efficaci, empatia, comunicazioni efficaci) e SKILLS COGNITIVE (pensiero critico, problem solving, prendere decisioni, pensiero creativo). L'implementazione di percorsi formativi, secondo la metodologia Life Skills education, rappresenta un passaggio cruciale per promuovere il benessere degli studenti a scuola, facilitando anche l'acquisizione di “competenze chiave per l'apprendimento permanente”. Gli incontri saranno tenuti da un team multidisciplinare composto da Educatori/Educatrici Professionali ed Assistenti Sanitari della Asl TSE	Far acquisire al personale docente le competenze necessarie per promuovere il proprio benessere e quello degli studenti, migliorando le relazioni interpersonali, l'ascolto e la gestione emotiva. Allenare le life skills personali per migliorare le capacità di individuare le proprie risorse, le aree di miglioramento e le strategie per il proprio benessere.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Ilaria Bartoli	Attività continuativa
54	Guadagnare salute donne immigrate	La promozione della salute delle donne è da tempo oggetto dell'attenzione e dei programmi nazionali ed internazionali. Numerose barriere organizzative sociali e linguistiche ostacolano però la conoscenza dei percorsi, l'accesso e la piena fruizione dei servizi socio-sanitari da parte delle donne migranti, con il risultato di uno scarto negativo nella percentuale di adesione delle donne straniere a tutti gli screening, in particolare agli screening per i tumori della cervice uterina. Il progetto ha la finalità di andare verso la comunità straniera, uscendo dal servizio e proiettandosi sul territorio, cercando di raggiungere più donne possibili della comunità straniera per promuovere in loro la responsabilità della propria salute fornendo la conoscenza dei servizi territoriali. L'etnia bersaglio per questo progetto è soprattutto quella indiana, una delle popolazioni femminili maggiormente presente nella Zona Valdarno.	- Migliorare la conoscenza dei servizi territoriali da parte delle donne migranti sia in rapporto alla loro fruizione e all'offerta dei servizi stessi - Migliorare le conoscenze delle donne migranti sugli screening dei tumori femminili Incontri nei luoghi di ritrovo di maggior afflusso (luoghi di culto, ipermercati) della comunità migrante con la presenza della figura professionale ostetrica e del mediatore linguistico-culturale	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta Iadaresta	Attività continuativa

export						
	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
55	Sapere per prevenire.....	Ogni anno si segnalano nel nostro Paese circa 300 casi di ostruzione da corpo estraneo nei bambini al di sotto dei 14 anni. Fra i bambini da zero a quattro anni il soffocamento è la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali. Vista la rilevanza del problema è importante che mamme, papà, nonni e tutti coloro che quotidianamente sono a contatto con i bambini, siano a conoscenza delle norme per prevenire gli incidenti da soffocamento e acquisiscano informazioni per effettuare le manovre di disostruzione pediatriche. Almeno 4 date per incontri informativi della durata di due ore ciascuno; in ciascuna data saranno previste presenze di un genitore o persona a contatto con bambini in età pediatrica.	• identificare le potenziali cause di ostruzione nei bambini • informare sull'importanza della prevenzione attraverso norme di comportamento • suggerimenti pratici per ridurre il rischio di ostruzione delle vie aeree (tipologia di alimento e modalità di taglio degli alimenti stessi; tipologia di giochi, etc) • identificare le potenziali cause di ostruzione nei bambini • riconoscere i primi segni di soffocamento • descrivere quando e come effettuare la chiamata di emergenza. • prestare soccorso a un bambino cosciente con ostruzione delle vie aeree. Almeno 3 date per incontri informativi della durata di due ore ciascuno; in ciascuna data saranno previste presenze di un genitore o persona a contatto con bambini in età pediatrica.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta ladaresta	Attività continuativa
56	NATI PER LEGGERE	Incontro in Consultorio, dedicato alle letture animate, aperto alle famiglie con bambini in fascia d'età 0/3 anni L'incontro avrà la durata di 2,5 ore, suddivise in sottogruppi di 30'ciascuno, nei quali verranno inseriti i bambini, suddivisi per fasce d'età (0/1- 1/3), per un totale di 4 sottogruppi. Ciascun sottogruppo sarà così articolato: una breve parte introduttiva/conoscitiva sul progetto “Nati per leggere” e una parte di lettura animata. Saranno presenti isole dove I bambini potranno manipolare e “leggere” i libri. Il progetto è collegato al progetto “Nati per leggere” proposto alle gestanti durante I corsi di accompagnamento alla nascita, che si collega la Punto nascita, quando al momento del parto verrà proposta l'iscrizione del neonato alla rete bibliotecaria	Veicolare alle future mamme e famiglie il messaggio dell'importanza della lettura dai primi mesi di vita dei bambini; informare sui benefici della lettura sulla qualità della relazione adulto-bambino e sullo sviluppo cognitivo, linguistico ed emozionale del bambino; offrire una panoramica sui libri di qualità adatti alla fascia 0-6 anni e sugli strumenti bibliografici per reperirli; far sperimentare momenti di benessere alle future mamme, attraverso libri selezionati; in un ambiente rilassato e tra persone già confidenti, sollecitare momenti di scambio e riflessione sul tema del rapporto con la lettura in famiglia, valorizzando le esperienze personali; far conoscere ruolo e servizi offerti dalle biblioteche pubbliche del territorio e formulare un invito a frequentarle assiduamente. Realizzare un pomeriggio di lettura negli spazi consultoriali, aperto alle famiglie alla presenza dei bibliotecari e operatori Consultorio. Target di popolazione: bambini 0-3 anni.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta ladaresta	Attività continuativa
57	“Alfabetizzazione per la prevenzione”	I dati M.E.S. più recenti indicano una scarsa conoscenza e relativa adesione delle donne della Zona Distretto Valdarno ai percorsi di screening. Questa scarsa conoscenza, oltre a azzerare la possibilità della precoce scoperta della patologia, limita l'accesso e la piena fruizione dei servizi sociosanitari da parte delle donne, con il risultato di uno scarto negativo nella percentuale di adesione per tutti gli screening soprattutto nel caso delle donne straniere. Le esperienze degli anni precedenti di offerta attiva proiettata sul territorio, al fine di capillarizzare l'informazione nelle donne in genere (straniere in particolare) raggiungendo la comunità femminile all'interno e all'esterno delle strutture sanitarie aziendali per promuovere la responsabilità nella loro salute, si sono rivelate incoraggianti e stimolano per la realizzazione di ulteriori azioni attive nei target individuati.	- Promuovere un accesso appropriato e consapevole ai servizi di screening alla cervice e della mammella da parte delle donne delle diverse etnie presenti sul territorio. - Affiancarsi e allargare le attività di stakeholders socio-istituzionali già attivi sul territorio per l'alfabetizzazione italiana di donne straniere. - Promuovere il ruolo attivo di alcuni membri delle comunità migranti target in qualità di educatrici di salute di comunità. - Far conoscere fisicamente alle donne migranti la struttura consultoriale comprensiva delle attività (istituzionali e non) in essa tenute e delle professionalità reperibili. - Due incontri per le donne partecipanti ai corsi di alfabetizzazione in italiano	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta ladaresta	Attività continuativa
58	Amarsi attraverso l'alimentazione	La Regione Toscana vede, come area critica (raggruppata sulla base degli obiettivi strategici-driver) la prevalenza di diabete soprattutto nella popolazione femminile, dato con un trend in ascesa. Nella Zona Distretto Valdarno questo dato assume valori così elevati tanto da caratterizzare questa zona distretto tra quelle a maggiore prevalenza di diabete in ambito regionale. Quanto sopra può trovare spiegazione nell'incidenza, al di sopra delle medie, di diabete nelle donne indiane – etnia fortemente presente e diffusa in tutto il nostro territorio - e, ancora di più nell'ambito clinico del diabete gestazionale.	- Promuovere la cultura per il corretto stile di vita con particolare attenzione verso il tema dell'alimentazione - Sensibilizzare la popolazione target, sull'incidenza del diabete di tipo 2 con l'obiettivo di prevenirne l'insorgenza, in particolare focalizzando l'attenzione al diabete gestazionale. - Promuovere la comparsa di ruoli attivi da parte di alcuni membri delle comunità target al fine di indurre la presenza spontanea di educatrici di salute nella comunità. Due incontri annuali con la popolazione bersaglio nei luoghi di ritrovo (luoghi di culto, corsi di alfabetizzazione in lingua italiana, ecc.) Data l'incidenza di esordio in gravidanza della patologia nel target etnia indiana in cui risulta fortemente espressa, gli incontri sono rivolti essenzialmente a questa etnia, fortemente rappresentata nel territorio della Zona Valdarno.	Promuovere la salute con interventi di prevenzione e formazione	Alberta ladaresta	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
59	PNRR - SUPERVISIONE	Il Comune di Montevarchi con deliberazione della GC: • n. 65 del 28/3/2022 ha recepito la deliberazione della Conferenza Zonale dei Sindaci del Valdarno n. 7 del 22/02/2022 avente per oggetto PNRR composizione gruppi di lavoro zonal e indirizzo per affidamento incarico alla società di servizi a supporto. Con detto atto deliberativo sono stati costituiti i seguenti gruppi di lavoro, al fine di elaborare progetti per la Zona Valdarno a valere sulla Missione 5 “Inclusione e Coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi Sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimenti 1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità; 1.3 Housing temporaneo e stazioni di posta del PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: a. 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini: Comune di Castelfranco Piandiscò (capofila) e Comune di Montevarchi. 1.1.1 € 211.500,00 b. 1.1.2 e 1.1.3 Autonomia degli anziani non autosufficienti e rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità: Comune di Bucine con il supporto del Comune di Laterina Pergine Valdarno. 1.1.2 € 2.460.000,00 1.1.3 € 330.000,00 c. 1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali: COMUNE DI MONTEVARCHI € 210.000,00 d. 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità: Comune di Terranuova Bracciolini con il supporto del Comune di Loro Ciuffenna 1.2 € 715.000,00 e. 1.3.1 e 1.3.2 Housing first e Stazioni di posta: Comune di San Giovanni Valdarno con il supporto del Comune di Cavriglia 1.3.1 € 710.000,00 1.3.2 € 1.090.000,00 TUTTI i finanziamenti sono complessivi per il triennio 2023/2026	L'obiettivo del progetto TRIENNALE è quello di rafforzare il Servizio Sociale Professionale ed in particolare di prevenire il fenomeno del burnout, fenomeno che si ripercuote negativamente sulle capacità personali e professionali della persona, portandola alla sofferenza e a non essere efficiente nel suo operato. Il lavoro sociale comprende una carico emozionale e gestionale molto complesso a seguito della costante interazione con le sofferenze delle persone vulnerabili e multi-problematiche. Con il progetto intendiamo offrire agli assistenti sociali dei Comuni e Azienda USL (questi ultimi con un impegno almeno del 60% in funzioni proprie dei Comuni) ed agli operatori sociali uno spazio separato dall'operatività, percorsi di confronto e di condivisione che accompagneranno l'assistente sociale e l'operatore sociale nell'esercizio della professione svolta con l'obiettivo di garantire e di mantenere il suo ben-essere, consentirgli di assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone beneficiarie dei servizi, riconquistando il senso ed il valore del proprio operato. Il ruolo svolto dal personale dei servizi sociali, la natura dei servizi offerti e l'elevato numero di interventi complessi da gestire possono causare alti livelli di stress tra gli operatori. Al fine di migliorare gli standard di qualità dei servizi, secondo le indicazioni del Piano Sociale Nazionale, si intende promuovere un'attività di sostegno, formazione e supervisione degli operatori per rafforzarne la professionalità, condividere e omogeneizzare ove possibile le metodologie di lavoro comuni e favorire la condivisione di competenze e dei flussi comunicativi interni. Il percorso di supervisione sarà finalizzato all'analisi delle pratiche professionali agite dai professionisti del sociale sul piano metodologico, valoriale, deontologico e relazionale, all'individuazione dei problemi e delle criticità nell'azione svolta, alla condivisione delle conoscenze, pluralità di metodi e di percorsi possibili per la risoluzione dei problemi riscontrati. E' un sistema di pensiero-meta sull'azione professionale, uno spazio e un tempo dove ritrovare, attraverso la riflessione guidata il confronto di gruppo, una distanza equilibrata dall'azione, per analizzare con lucidità affettiva sia la dimensione emotiva, sia la dimensione metodologica dell'intervento per ricollocarla in una dimensione corretta, con spirito critico e di ricerca. Sarà attivata, per ogni ATS la supervisione di gruppo, la supervisione di équipe con un modulo di supervisione organizzativa. Il risultato atteso è l'aumento del ben-essere organizzativo degli assistenti sociali da un lato e dei livelli di performance del servizio sociale professionale dall'altro sia in termini di standard di qualità che in termini di produttività. L'impatto atteso è la riduzione dei tempi e l'incremento della capacità di risposta ai bisogni sociali dei cittadini. Con la supervisione desideriamo giungere ad un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di strumenti che ne garantiscano il ben-essere e ne preservino lo squilibrio. Destinatari: • assistenti sociali impiegati nei servizi sociali dell'ATS • altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali: educatori professionali, psicologi, coordinatori del servizio di assistenza domiciliare etc. Si prevede il completamento del progetto Supervisione LEPS PNRR secondo i tempi dati dal PNRR originario (31/03/2026). Inoltre la Supervisione sarà portata avanti anche dopo il 1/04/2026 con i fondi FNPS.	Rafforzare i Servizi Sociali e prevenire il fenomeno del burn out tra gli operatori sociali e sanitari	Barbara Fantoni	Attività con inizio e fine
60	DesTEENazione - Desideri in azione - comunità adolescenti	DesTEENazione-Desideri in azione- comunità adolescenti. Spazi multifunzionali di esperienza per adolescenti sul territorio nazionale per l'erogazione di servizi integrati volti a promuovere, nei ragazzi e nelle ragazze, l'autonomia, la capacità di agire nei propri contesti di vita, la partecipazione e l'inclusione sociale. Stipula della Convenzione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Avvio del bando di coprogettazione ed individuazione del coordinatore strategico	Promozione dell'autonomia nei minori adolescenti per favorire la partecipazione e l'inclusione sociale	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Gabriele Rossi	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
61	Sportello di Consulenza Pedagogica per genitori	I genitori di oggi manifestano una fragilità mai riscontrata in passato nella gestione del proprio ruolo con una ricaduta a volte negativa per il processo di crescita dei figli. I servizi educativi per la prima infanzia, storicamente riferimento informativo ed operativo per le famiglie, sembrano da soli non essere più così efficaci nel supporto della genitorialità. I genitori sono oggettivamente bombardati da un eccesso di informazioni che non permettono loro di orientarsi e troppo spesso, quello che prevale nella gestione del proprio ruolo è il disorientamento ed uno stato emotivo di ansia. A fare loro da guida spesso oggi ci sono i blog e le chat che non sono assolutamente attendibili e pertanto contribuiscono a creare maggiore disorientamento. L'Amministrazione Comunale da alcuni anni ha intrapreso una progettualità per sviluppare azioni mirate al sostegno alla genitorialità affidandosi ad organizzazioni esterne titolate per svolgere queste delicate azioni. Il progetto "Il Coraggio di Educare" attivato dal 2016 e condotto in collaborazione con il Centro Psicopedagogico per l'Educazione e la gestione dei conflitti ha prodotto azioni di comprovata utilità per il sostegno ai genitori e alle istituzioni educative che operano nel nostro territorio. In In particolare lo sportello di consulenza pedagogica, gestito da consulenti del CPP, si è dimostrato una forma innovativa di sostegno ai genitori nel loro ruolo educativo proponendosi come centro competente e qualificato dove trovare aiuto per affrontare con successo le difficoltà che si incontrano nella crescita dei figli. In questi anni la collaborazione con il Centro PP ha visto l'attivazione anche di una formazione del personale dell'Amministrazione sulle metodologie di conduzione dello sportello. Lo sportello di consulenza si presenta come una forma innovativa di sostegno ai genitori nel loro ruolo educativo. Il consulente pedagogico permette ai genitori di leggere e capire la situazione che stanno vivendo in famiglia, per individuare le strade percorribili, tenendo conto della fascia di età. L'approccio maieutico utilizzato nella consulenza consente di partire dalla realtà specifica e personale e di attivare capacità e risorse.	Stabilizzazione di uno sportello pedagogico per i genitori che agisca in termini preventivi e supportivi. Svolgere colloqui individuali o di coppia per il sostegno alla genitorialità. Lo sportello pedagogico offre una consulenza pedagogica per i genitori, con un approccio pratico e operativo orientato a tirar fuori (approccio maieutico) le risorse che servono nella gestione di figli. Le consulenze di solito sono "brevi" (uno, due incontri più uno per eventuale verifica), ma non si escludono percorsi di accompagnamento più lunghi (6-7 incontri). Lo sportello pedagogico durante l'anno 2023 ha proseguito il suo lavoro con i genitori ed i colloqui prevalentemente svolti in presenza, ma anche a distanza (tramite piattaforma Jiti o meet). Lo sportello pedagogico ha affrontato diverse questioni legate a problematiche scolastiche sia del gruppo classe che specifiche. In particolare lo sportello ha strutturato una collaborazione operativa con l'Istituto Comprensivo Giovanni XXIII soprattutto con la scuola dell'Infanzia al fine di sostenere con le insegnanti il percorso di alcune famiglie seguite poi individualmente.	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Monica Cellai	Attività continuativa
62	P.I.P.P.I. _Programma di Intervento per Prevenire l'Istituzionalizzazione	La zona distretto con delibera della conferenza dei sindaci integrata ha aderito alla sperimentazione nazionale di una pratica di intervento integrata fra istituzioni, servizi e professioni finalizzata a costruire percorsi d'intervento e di sostegno alle famiglie vulnerabili in prospettiva preventiva e di qualificazione dei servizi sociosanitari titolari di questo compito.	P.I.P.P.I. persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenti e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, articolando le aree del lavoro sociale, sanitario, educativo-scolastico, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. Obiettivo primario è aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo. Interventi multidisciplinari mirati ad agire sulla vulnerabilità socio-familiare come uno spazio di speciale opportunità per mettere in campo interventi orientati alla prevenzione. Il fenomeno della negligenza rappresenta infatti una zona grigia ancora piuttosto misconosciuta: le famiglie negligenti sono sempre più numerose, gli allontanamenti sono in aumento a causa della negligenza, molte problematiche di cui si occupano i servizi e la scuola sono riferibili a tale fenomeno. È prevista l'attivazione di un'équipe multidisciplinare, che opera con il metodo della valutazione partecipativa e trasformativa (VPT) dei bisogni di ogni famiglia, tramite un processo in cui le famiglie sono protagoniste nella costruzione del processo dell'intervento: dalla definizione condivisa della situazione (assessment), alla costruzione delle ipotesi di intervento (progettazione), all'attuazione e al monitoraggio delle stesse (intervento), fino ad arrivare alla valutazione complessiva sul percorso fatto	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Claudia Cannoni	Attività continuativa
63	ATTIVITA' A SOSTEGNO DELLA GENITORIALITA'	E' un servizio mirato al sostegno psico-sociale ed educativo rivolto a genitori con problematiche circoscritte, di breve o media durata. L'intervento ha lo scopo di attivare e potenziare le capacità della famiglia e sostenerla nel percorso di acquisizione della consapevolezza del suo ruolo educativo. L'intervento si caratterizza con la presenza di una psicologa al Consultorio Familiare del Distretto di San Giovanni Valdarno per due giorni a settimana – martedì e giovedì - per 15 ore settimanali. In particolare il servizio è destinato al sostegno di quei nuclei familiari caratterizzati da criticità di livello diverso e natura e per le quali è necessario attivare percorsi individualizzati per il recupero e/o il potenziamento delle capacità genitoriali residue al fine di evitare l'allontanamento in situazioni segnalate sia dal servizio sociale che dall'autorità giudiziarie	Consolidare il modello di intervento integrato tra i servizi sociali e sociosanitari delle Zone Distretto. Favorire l'accessibilità a percorsi integrati a sostegno del ruolo genitoriale, attraverso l'implementazione di interventi di valutazione e supporto. Rafforzare l'integrazione con i servizi specialistici e i servizi sociali dei comuni della zona Valdarno	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Claudia Cannoni	Attività continuativa
64	Adozioni - Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Dalle verifiche periodiche delle attività in atto emerge l'assoluta efficacia del ruolo di coordinamento dell'assistente sociale e la psicologa in collaborazione con i servizi sociali territoriali finalizzato alla valutazione e accompagnamento delle famiglie idonee all'adozione; oltre alla valutazione di situazioni, inviate dal Tribunale per la ricerca delle origini in particolare le azioni svolte sono: valutazione, accompagnamento e sostegno dei soggetti affidatari; collaborazione alla raccolta dati con i Servizi Regionali preposti; valutazione dell'idoneità dei coniugi e delle famiglie aspiranti all'adozione ; valutazione, monitoraggio e sostegno dell'andamento dell'affido pre-adoattivo e del primo anno di inserimento del minore in famiglia; consulenza e di sostegno durante il post-adozione; Queste altre funzioni riportate sotto invece saranno effettuate dagli operatori del Nuovo Centro per la Famiglia la cui apertura nel Comune di Monteverdardi è auspicata nel 2026 (la gara dovrebbe uscire nel primo trimestre 2026) valutazione, abbinamento, monitoraggio e sostegno famiglie affidatarie o d'appoggio; raccordo con i servizi territoriali coinvolti nei vari progetti. sostegno psicologico alla famiglia naturale ricerca famiglie disponibili all'affidamento o ad essere famiglia di appoggio	Attivazione e implementazione di azioni volte a sostenere la famiglia naturale e affidataria nelle situazioni di pregiudizio segnalate dal T.M, attraverso anche il lavoro della psicologa che svolge la sua attività nell'ambito del progetto sostegno alla genitorialità, attivato con fondi famiglia. Valutazione e supporto delle famiglie adottive nel percorso pre e post- adottivo. Costruzione di progetti integrati fra i servizi socio-sanitari in situazioni di momentaneo allontanamento di minori. Sostegno alla famiglia naturale insieme ai servizi sociali di riferimento territoriali. Apporto stabile, integrato e continuativo di professionalità sociali e sanitarie finalizzate a garantire una presa in carico articolata e continuativa sia in tema di adozioni e ricerca delle origini.	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Claudia Cannoni	Attività continuativa

export						
	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
65	Gruppo tutela minori	Il Gruppo multidisciplinare Tutela Minori e Vulnerabilità familiare (GTM) ha il compito di valutare e effettuare il monitoraggio dei nuclei familiari versanti in condizioni di bisogno complesse, secondo quanto previsto dal documento “Linee-guida per la promozione dell'alta integrazione sociosanitaria in ambito tutela minori e sostegno alla vulnerabilità familiare”	Migliorare la presa in carico integrata e migliorare i rapporti tra i servizi sociali e le unità funzionale specialistiche al fine di costruire una rete integrata che possa dare risposte sinergiche ai bisogni dei minori e della famiglie che si trovano in una situazione complessa e di alta vulnerabilità. ✓ Analisi nuovi decreti provenienti dal (TdM) e/o dal Tribunale Ordinario (TO) ✓ Individuazione dell'equipe multiprofessionale coinvolta in ogni singolo caso e attribuzione dei compiti specifici, con individuazione del referente del caso, ✓ Monitoraggio andamento progetti assistenziali e tempistica di produzione delle relazioni per il TdM e/o TO ✓ Analisi delle situazioni complesse non ancora all'attenzione del TdM e/o TO ✓ Calendarizzazione della discussione delle situazioni complesse - inviando mail al Responsabile dell'Area Minori e famiglie del Servizio Sociale e al Responsabile UOC Psicologia o loro delegati i quali, in base all'urgenza del caso, potranno stabilire la data di discussione per ciascuna situazione . ✓ Individuazione di un referente che avrà il compito di convocare tutti gli operatori coinvolti nel progetto assistenziale sociosanitario.	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Claudia Cannoni	Attività continuativa
66	Centro per la FAMIGLIA – spazio neutro per gli incontri protetti	Il Servizio Centro per la Famiglia – Spazio neutro per gli incontri protetti - è nato per sostenere e favorire il mantenimento della relazione tra il/la bambino/a e il genitore o adulti di riferimento per lui/lei significativi in quelle vicende familiari in cui questo bisogno-diritto non è stato rispettato a causa di conflitti intrafamiliari, separazioni e/o divorzi, affidamento o situazioni di malattia e disagio dei genitori. Il/la bambino/a è al centro della cura e dell'attenzione degli operatori ed è importante cercare di tutelare il suo bisogno-diritto a ricostruire e mantenere il senso e la continuità della propria storia e identità. Lo Spazio Neutro è un luogo predisposto per tutelare il rapporto genitori-figli: si tratta di uno spazio “neutrale” e protetto dove le famiglie possono incontrarsi alla presenza di operatori competenti (psicologi, assistenti sociali ed educatori), abituati a mediare i conflitti ed aiutare i genitori a svolgere il proprio ruolo anche dopo la fine del rapporto di coppia ovvero i nonni/zii nella ripresa di un rapporto con il nipote magari interrotto per conflitti familiari. Tale spazio è accessibile a seguito di decreto del Tribunale per i Minorenni, di ordinanza o decreto del Tribunale Ordinario, di ordinanza del Giudice Tutelare, di segnalazione dei Servizi Sociali territoriali; di solito il magistrato predispone anche la durata e la cadenza periodica degli incontri. In ogni caso questi vanno verificati compatibilmente con le esigenze della struttura di Spazio Neutro e con la crescita del rapporto affettivo tra il minore e l'adulto che incontra. In particolare, questo spazio può consentire al/alla bambino/a di continuare il suo rapporto affettivo con il genitore non collocatario, ovvero con il genitore che è indagato per reati intrafamiliari, ovvero con il genitore la cui responsabilità genitoriale è stata limitata, considerando che il diritto del minore alla bigenitorialità e a mantenere un rapporto con i propri nonni e gli zii è frequentemente messo a rischio dal conflitto e dalla litigiosità dei genitori che stanno affrontando una separazione o un divorzio. Lo Spazio Neutro serve a creare un ambiente accogliente e sicuro per lo svolgimento degli incontri tra il minore e l'adulto che lamenta problemi o limitazioni alla relazione in modo che l'incontro avvenga in un contesto al di fuori del conflitto. Gli adulti vengono messi nella migliore condizione affinché possano esercitare il proprio ruolo guidati in questo da uno specialista che li affianchi e consigli. Lo Spazio Neutro si rivolge: ai figli minorenni di genitori che attraversano fasi conflittuali, al punto da interrompere l'esercizio del diritto di visita da parte del genitore non affidatario; ai figli minorenni di genitori che hanno ricevuto dei provvedimenti che limitano i contatti fra essi a causa di gravi motivi (maltrattamenti, trascuratezza, violenze domestiche ...) ovvero a causa dell'inserimento comunitario degli figli, ai minori che non riescono ad avere una continuità nel rapporto con i nonni e/o gli zii a seguito di gravi conflitti tra i genitori ovvero tra i nonni/zii e i genitori. Lo Spazio Neutro ha sede presso il Comune di Montevarchi – piazza Giuseppe Garibaldi n. 3 – ed è stato inaugurato il 05/08/2021. Un Gruppo di Lavoro Zonale sta elaborando delle Linee Guida/Disciplinare per l'utilizzo di detti locali da parte dei Servizi territoriali. Siamo in attesa che la Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata deliberi le Linee Guida/Disciplinari per detto utilizzo.	• Favorire e sostenere la continuità della relazione tra il/la bambino/a ed i suoi genitori o altre persone affettivamente significative; • recuperare, mantenere e migliorare la relazione parentale, sostenendo le capacità genitoriali recuperabili attraverso percorsi individualizzati, nel rispetto dei bisogni evolutivi dei minori, quando il conflitto tra i genitori o altre situazioni compromettono il rapporto genitori/figli; • assicurare l'esercizio del diritto di visita e di relazione che s'ispira ai principi enunciati dall'art. 9 della Convenzione ONU dei diritti dell'infanzia: “mantenere relazioni personali e contatti diretti in modo regolare con entrambi i genitori, salvo quando ciò è contrario al maggior interesse del bambino” (New York, 1989); 1) Elaborazione delle linee Guida/Disciplinare per utilizzo del Centro per la Famiglia – Spazio Neutro incontri protetti – da parte dei Servizi Sociali dei Comuni e dell'U.F. Attività Consultoriali dell'Azienda USL Toscana Sud Est Zona Distretto Valdarno 2) Elaborazione ed organizzazione di incontri formativi agli operatori interessati relativamente agli obiettivi, finalità e modalità di utilizzo dello Spazio Neutro Nel 2026 sarà assegnato lo psicologo ministeriale che arriverà entro il 31 marzo 2026, i lavori di ristrutturazione dei locali inizieranno il 2 febbraio 2026 e in rapida successione ci sarà l'identificazione dell'aggiudicatario che fornirà i servizi restanti previsti dal Centro per la Famiglia. Inoltre dovranno essere realizzati tutti gli atti consequenziali (regolamenti, disciplinari, parternariati) utili alla realizzazione del Centro Affidi e del Centro Incontri Protetti	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Barbara Fantoni	Attività continuativa
67	ASSISTENZA EDUCATIVA DOMICILIARE	Individuazione dei minori che necessitano di accompagnamento in ambito educativo in carico o affidati al Servizio Sociale Individuazione delle attività educative che in ambito domiciliare dovranno essere attuate Monitoraggio e verifica delle attività Il progetto prevede l'attivazione di un servizio di assistenza educativa domiciliare in favore di famiglie con minori che presentano un disagio sociale e psicologico alcuni dei quali affidati dall'Autorità Giudiziaria ai Servizi Sociali.	- Promuovere percorsi riabilitativi - Prevenire situazioni di istituzionalizzazione - Favorire e promuovere pari opportunità a soggetti minori appartenenti a nuclei fragili in condizioni di povertà socio educativa ed economica; - Favorire processi di inclusione.	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Alessandra Landucci	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
68	PAROLEPRIME: ludoteca di promozione della salute e di prevenzione	Nel corso del mese di marzo 2023 sono state avviate le attività di PAROLEPRIME nella sede all'interno degli spazi del CIAF (Centro Infanzia, Adolescenza e Famiglia) di Terranuova Bracciolini, in via Adige 2.	PAROLEPRIME offre ai bambini di età compresa tra 2 e 5 anni ed alle loro famiglie uno spazio di gioco attraverso il quale rendere possibile da parte di professionisti specificatamente formati una accurata osservazione delle competenze e del comportamento del bambino in un clima informale e rilassato. Tale contesto rende possibile un intervento di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria. PAROLEPRIME si avvale del lavoro integrato di una équipe multiprofessionale di base, che rende possibile l'osservazione integrata delle varie aree di sviluppo del bambino. E' composta da tre figure professionali: psicologo, logopedista ed educatore professionale; a seconda delle situazioni potrà essere richiesta la presenza di altre figure professionali. All'interno dell'équipe si integrano le attività degli operatori convenzionati di cooperativa Koinè e di CRT. Nell'équipe allargata è possibile la consulenza da parte di altre figure professionali appartenenti ad UFSMIA Valdarno e di tirocinanti. Le attività della ludoteca hanno luogo due volte a settimana, lunedì e giovedì, ore 9:00-12:00. INFORMATIVA A SCUOLE, PEDIATRI E SERVIZI SOCIALI Nella prima fase delle attività sono previste iniziative informative ed incontri con educatori ed insegnanti di asili nidi e scuole materne, pediatri del Valdarno e Servizi Sociali dei comuni, in modo da favorire un'intercettazione precoce delle situazioni eleggibili al programma e di favorire l'accesso dell'utenza.	Rafforzare la tutela dei minori e la presa in carico integrata	Stefano Berloffa	Attività continuativa
69	LA SPESA CONSAPEVOLE	La FAO definisce sostenibile l'alimentazione a ridotto impatto ambientale, quella che soddisfa le linee guida nutrizionali dal punto di vista economico, dell'accessibilità e dell'accettabilità culturale. Si tratta di una scelta sostenibile che permette di mangiare bene, stare meglio e gravare meno sul benessere del pianeta: scegliere cibi che tutelano le risorse ambientali permette di ridurre gli sprechi, minimizzare il consumo di acqua, suolo ed energia e prediligere la sicurezza nutrizionale rispettando la biodiversità, con particolare attenzione al territorio. Prediligere i prodotti del territorio, infatti, non solo aiuta a sostenere l'economia di prossimità ma anche ad abbassare in modo sensibile le emissioni inquinanti limitando il trasporto merci su grandi distanze. A questo importante beneficio si aggiunge la stagionalità, sinonimo di una buona e naturale coltivazione che preserva il benessere del territorio. Valorizzare i frutti della terra permette così di fare a meno di pesca e allevamenti intensivi, estremamente dannosi per l'ambiente poiché richiedono un grande consumo di acqua. In questo contesto, in linea con "One Health" e degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, viene disegnato un progetto di promozione del benessere e della sostenibilità attraverso un adeguato stile alimentare e con particolare attenzione ad una spesa sicura e sostenibile sia nei termini del contenimento degli sprechi e dei costi, che nella prevenzione dei rischi legati a malattie trasmesse dagli alimenti, con evidenza della Piramide Alimentare Toscana e la Piramide Alimentare Mediterranea.	Promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione di malattie croniche non trasmissibili in piccoli gruppi (associazioni, circoli, centri diurni). Contenimento e gestione degli sprechi e dei costi con particolare attenzione alle modalità di confezionamento, nel rispetto del territorio e delle peculiarità culturali.	Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita	Ilaria Bartoli Aniello Buccino	Attività continuativa
70	RAGAZZINSIEME ALIMENTI-AMO LA SALUTE	E' noto che la salute individuale sia determinata da condizioni di vita personali, socioeconomiche, culturali ed ambientali. Essere in salute significa anche conoscere questi "determinanti di salute" e acquisire o potenziare le abilità personali (competenze personali e relazionali), necessarie per modificare elementi ambientali e soggettivi, con lo scopo di soddisfare il proprio benessere psicofisico socio-individuale. Un esempio di intervento di provata efficacia è costituito da azioni di Life Skills Education, interventi per lo sviluppo ed il potenziamento delle cosiddette "life skills", abilità personali e relazionali indispensabili per compiere scelte di salute consapevoli e per fronteggiare efficacemente le difficoltà della vita quotidiana. Unire l'informazione sugli argomenti di salute (in particolare su Alimentazione, Movimento, Alcool e Fumo, principali fattori di rischio per le Malattie Croniche e tumorali) alle Life Skills Education, rende gli interventi di promozione della salute più incisivi, consentendo una buona competenza per realizzare scelte di salute consapevoli ed efficaci soprattutto in caso di problematiche per uno stile di vita non salutare, strettamente coniugate al benessere sia fisico che psicologico.	- Individuare un modello di promozione sani stili di vita e di prevenzione dei comportamenti a rischio legati ad alimentazione, alcool, fumo e movimento attraverso le life skills - Attivazione di percorsi di promozione della salute e di prevenzione dei comportamenti a rischio negli Istituti Superiori e Comprensivi di tutto il territorio del Valdarno. - Aumento delle conoscenze degli studenti sugli argomenti di salute, sulla prevenzione di comportamenti a rischio e sul miglioramento delle competenze sulle life skills. - Sviluppo di un programma efficace che possa essere continuativo nel tempo. - Interessamento degli adulti nelle attività del progetto con ricaduta diffusa nella popolazione sull'apprendimento di corretti stili di vita.	Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita	Ilaria Bartoli	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
71	PIANO EDUCATIVO ZONALE – P.E.Z. 2025_2026	Il territorio della CZEI Valdarno comprende 8 Comuni, 13 nidi di infanzia pubblici, 10 nidi di infanzia privati; 10 istituti comprensivi, 3 Istituti Superiori di istruzione Secondaria. Il progetto P.E.Z. 2024_2025 è ancora in fase di avvio da parte della Conferenza per l'educazione e l'istruzione. Con il Documento di Economia e Finanza Regionale DEFR 20231 si rafforza l'impegno della Regione Toscana nell'ambito dell'educazione, istruzione e formazione attraverso il Progetto Regionale 12 "Successo scolastico, formazione di qualità ed educazione alla cittadinanza" che, considerando quanto la pandemia abbia messo in crisi l'intero sistema economico e sociale regionale minacciando di introdurre un aumento della povertà educativa, nuove forme di disuguaglianza nell'accesso all'istruzione e alla formazione e maggiori disparità di genere, si prefigge di intervenire per promuovere il successo scolastico e contrastare la dispersione scolastica delle studentesse e degli studenti toscani, in continuità con le politiche già avviate.	La CZEI, da sempre, è impegnata nella promozione di azioni ed interventi a sostegno dell'educazione e dell'istruzione in collaborazione con gli Istituti Scolastici presenti sul territorio, con l'intento prioritario di offrire agli studenti e alle studentesse pari opportunità formative per una crescita equilibrata ed armoniosa e per il conseguimento delle competenze utili per una cittadinanza attiva e consapevole. Si vuole quindi offrire a docenti e classi delle scuole primarie e secondarie di 1° e 2° grado del territorio valdarnese progetti laboratoriali che, all'interno delle aree tematiche individuate e sotto riportate, sviluppino argomenti interdisciplinari a sostegno di una più completa dimensione educativa. Al termine del progetto, l'Ente renderà le attività svolte alla Regione Toscana, nelle modalità previste dalla stessa. Il 3 luglio 2025 è stato presentato, in risposta al bando regionale, il progetto PEZ 2025-2026, impegnando l'intero importo previsto dalla Regione Toscana, pari a 166.803,00 Euro. È prevista l'attivazione di 342 laboratori educativi per 3.549 ore di attività e circa 8.550 alunni beneficiari. Le attività saranno realizzate in collaborazione con 14 soggetti del Terzo Settore e tre scuole, incaricati dell'attuazione dei laboratori tramite bando zonale emesso dall'Ente. Inoltre è prevista una collaborazione con l'equipe PIPPI per quanto riguarda la collaborazione con le scuole.	Realizzare interventi di educazione alla salute per promuovere corretti stili di vita	Barbara Fantoni	Attività continuativa
72	Centri Diurni per persone con disabilità “Ottavo Giorno” e “Campo Base”	Nella Zona Valdarno sono presenti due Centri di Socializzazione per persone con disabilità: - Il Centro Diurno “Ottavo Giorno” rappresenta la risposta prioritaria per le situazioni caratterizzate da elevati bisogni assistenziali e di cura nel campo delle disabilità complesse, evitandone o quanto meno ritardandone il più possibile l'istituzionalizzazione. Le attività sono rivolte a giovani ed adulti con elevata necessità assistenziale, con la finalità di favorire il raggiungimento del benessere globale della persona, inteso come processo che si realizza attraverso l'acquisizione di un maggior livello di autonomia ed integrazione sociale. Obiettivi: creare opportunità di espressione personale e relazionale in funzione della realizzazione dei progetti di vita delle persone con disabilità; assicurando l'espressione e la realizzazione del “progetto di vita individuale” attraverso una presa in carico globale, continua e che assuma pienamente i principi della Convenzione ONU per le persone con disabilità e le loro famiglie; - Centro Diurno “Campo Base”: Il nuovo Centro Diurno Campo Base ha preso avvio in data 27 maggio 2024, cambiando collocazione, a seguito di aggiudicazione di nuova gara da parte della Cooperativa LeGo, già comunque precedentemente assegnataria del servizio.	Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi del servizio, l'aspetto che riteniamo sia utile presidiare maggiormente è la relazione con le famiglie. In seguito all'incontro in Conferenza dei Sindaci integrata è stato organizzato un incontro con tutti i familiari del centro, per accogliere i loro punti vista e valutare eventuali azioni di miglioria ad un anno di apertura di Campo Base. In sede di riunione è stato concordato di somministrare il questionario di gradimento per le famiglie in formato cartaceo. Dalle verifiche interne effettuate è inoltre emersa l'esigenza di investire nel miglioramento dell'approccio progettuale alla gestione dei casi educativi. Rispetto a questo è stata inserita una nuova scheda progetto individuale che permette una progettazione più efficace dell'intervento attraverso l'individuazione di obiettivi realistici e misurabili che vanno a valorizzare le risorse ed i punti di forza della persona, a partire da un'osservazione più mirata e guidata da una serie di item definiti. Si prevede inoltre un monitoraggio degli obiettivi costante. Sulla base di questa scheda viene redatto il PAI semestralmente e condiviso con la famiglia durante l'incontro di equipe.	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Claudia Cannoni	Attività continuativa
73	Sostegno a progetti di Vita Indipendente per persone con disabilità	Presenti due programmi in Zona con la finalità di sostenere l'attivazione di progetti integrati, personalizzati e finalizzati alle necessità individuali, che consentano alla persona con disabilità di condurre una vita in condizioni di autonomia, al pari degli altri cittadini, attraverso misure di sostegno che favoriscano la crescita della persona e il miglioramento della propria autonomia, finalizzata prioritariamente a specifici percorsi di studio, di formazione e di inserimento lavorativo, nonché per il sostegno alle funzioni genitoriali e della vita domestica e di relazione - In-Aut Indipendenza Autonomia ha l'obiettivo di sostenere l'attivazione di progetti integrati, personalizzati e finalizzati alle necessità individuali, che consentano alla persona con disabilità di condurre una vita in condizioni di autonomia, al pari degli altri cittadini, attraverso misure di sostegno che favoriscano la crescita della persona e il miglioramento della propria autonomia, finalizzata prioritariamente a specifici percorsi di studio, di formazione e di inserimento lavorativo, nonché per realizzare percorsi di autonomia abitativa. La Zona Distretto ha presentato nel sistema Regionale il Progetto Vita Indipendente Valdarno - VI.VA. (protocollo n. 3352/2024) a seguito dell'avviso pubblico su Fondi POR FSE 2021-2027 "Progetti di Sostegno alla Vita Indipendente e Inclusione nella Società". L'avviso pubblico ha durata triennale Obiettivi: - Assicurare alle persone con disabilità grave percorsi assistenziali per favorire la vita indipendente e autodeterminata.- Miglioramento della qualità della vita delle persone disabili- Promozione della domiciliarità. E' previsto un percorso di presa in carico integrata della persona con disabilità tramite la valutazione multidimensionale della UVMD, che si avvale di apposita modulistica predisposta per definire il progetto più appropriato tenuto conto di quello presentato dall'interessato, rispetto allo sviluppo della vita indipendente della persona disabile. La UVMD definisce il PAP con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di Vita Indipendente e, in relazione agli obiettivi del progetto individuale, viene concesso un contributo mensile Nel 2025 abbiamo 48 beneficiari attivi.	Favorire e sostenere i progetti di Vita indipendente attraverso finanziamenti dedicati ministeriali ed europei.	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Claudia Cannoni	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
74	Progetto per disabili _ Interventi innovativi _ finalizzati all'inclusione sociale e relazionale delle persone con disabilità	Il Comune di Terranuova Bracciolini negli anni ha cercato di costruire e innovare le proposte per rispondere ai bisogni presentati dalle persone disabili. Inizialmente le azioni si sono sviluppate in laboratori strutturati, ma nel tempo per ogni partecipante è stato costruito un progetto personalizzato attraverso l'attivazione di proposte e attività all'interno del territorio di appartenenza. Questa evoluzione ha permesso l'avvio della vera integrazione. Il Comune di Terranuova Bracciolini in linea con la progettazione zonale per l'attivazione di progetti finalizzati alla costruzione del Dopo di noi, ha promosso una manifestazione di interessi per la realizzazione di una coprogettazione per andare ad individuare una varietà di proposte di servizi/azioni/progetti da inserire all'interno del Progetto di Vita ella persona disabile che fosse da una parte condiviso con gli operatori che hanno in carico la persona ma che soprattutto fosse espressione della volontà del disabile e della sua famiglia, in linea con quanto indicato dalla Convenzione ONU del 2006. La convenzione infatti ribadisce il principio dell'autodeterminazione di ogni individuo, riconducendo la condizione di disabilità all'esistenza di barriere (fisiche e non) ostative all'esercizio del diritto di ognuno di godere a pieno di una vita sociale e relazionale. Questa progettazione ha promosso un nuovo modello di attività e servizi caratterizzato dalla flessibilità, dalla variabilità e senza pacchetti precostituiti. Tutte le attività proposte prevedono una sempre maggiore permeabilità con il “mondo di tutti” strutturandosi ove è possibile in contesti autentici. Dopo la sperimentazione e nonostante la pandemia ancora in atto le persone disabili e le loro famiglie pur riducendo alcune attività soprattutto di gruppo hanno voluto continuare a partecipare a molte proposte.	Promuovere una nuova concezione di disabilità non come condizione insita nell'individuo, ma come barriera esterna da rimuovere attraverso supporti e azioni facilitanti, per la realizzazione di un PROGETTO DI VITA. Incentivare così l'uscita dalla logica unicamente assistenziale dei servizi per la disabilità, promuovendo azioni inclusive e di relazione rispondenti ai desideri ed alle caratteristiche di ogni individuo, secondo la logica della coprogettazione capacitante. Sensibilizzare la realtà territoriale nei confronti di nuovi bisogni e promuovere il potenziamento di una rete territoriale mista. Il 27 ottobre 2021 il governo ha emanato una Legge Delega in materia di disabilità collegata alla manovra di bilancio 2022. Con questo atto il governo consegna a se stesso e a tutti i livelli di governo il riassetto delle norme vigenti in materia di disabilità nel rispetto dei dettami della Convenzione ONU. La legge delega ha il suo fulcro nel PROGETTO DI VITA PERSONALIZZATO E PARTECIPATO che possa cioè consentire alle persone con disabilità di essere protagoniste della propria vita. A a partire da luglio 2022 il progetto è stato realizzato come sperimentazione a livello zonale in tutti gli 8 comuni del Valdarno. In data 29/12/2021 la Conferenza zonale dei Sindaci con propria deliberazione n. 30, ha approvato un atto di indirizzo per promuovere un progetto zonale sperimentale avente ad oggetto lo sviluppo di attività finalizzate all'inclusione sociale e relazionale delle persone con disabilità che possono contribuire alla realizzazione del “Progetto di Vita” così come definito dalle normative internazionali, nazionali e regionali, dando mandato al Comune di Terranuova Bracciolini, quale capofila zonale per la disabilità, di elaborare una proposta progettuale. Dopo il primo anno di sperimentazione conclusosi a giugno 2023 essendo ancora a disposizione delle risorse la Conferenza dei sindaci ha prorogato il progetto per un ulteriore apportando anche delle modifiche al disciplinare a seguito delle necessità e suggerimenti emersi durante il primo anno di attuazione e per rispondere al meglio ai bisogni dei fruitori.	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Monica Cellai	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
75	Progetto PNRR Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2, Investimento 1.2. Percorsi di autonomia per persone con disabilità	La Zona Valdarno aretino è composta da 8 Comuni (BUCINE, CASTELFRANCO PIANDISCO', LATERINA-PERGINEVALDARNO, LORO CIUFFENNA, CAVRIGLIA, MONTEVARCHI, SAN GIOVANNI VALDARNO, TERRANUOVA BRACCIOLINI. Le politiche in favore delle persone con disabilità sono gestite in condivisione tra i comuni e l'Azienda USL attraverso la Conferenza zonale dei Sindaci Integrata. Per questo progetto il comune di ambito referente è il Comune di Loro Ciuffenna con il supporto del Comune di Terranuova Bracciolini. Sono attivi i seguenti progetti: PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE PROGETTO DOPO DI NOI ZONALE: ha definito due percorsi con principale obiettivo il potenziamento dell'autonomia della persona con disabilità nel rispetto della L112/2016 e DM 23 novembre 2016, ma che si differenziano per obiettivi e tipologia d'interventi. PROGETTO CASA EMILIA accoglie 8 persone + 2 in caso di emergenza con disabilità intellettive e bisogno assistenziale di bassa intensità. PROGETTO CASA AMICA il servizio è strutturato come co-housing per un numero massimo di 5 persone. Il nuovo progetto prevede la realizzazione di: 4 mini appartamenti autonomi ed indipendenti che prevedono la co-abitazione di massimo 2 persone destinati alla realizzazione di Progetti di Vita Indipendente e un gruppo appartamento in favore di n.12 persone totali. Viene così ampliata l'offerta delle opportunità di Vita Autonoma nel rispetto della Libera Scelta e secondo il paradigma dei diritti sanciti dalla Convenzione ONU. A tal fine viene potenziata l'UVMD in coerenza con sperimentazioni di definizione e attuazione del progetto individuale di vita, personalizzato e partecipato, già attuate nel territorio. Il nuovo progetto si realizzerà nell'immobile CASA AMICA per valorizzare anche gli spazi ancora inutilizzati a vantaggio di tutti ospiti. La ristrutturazione dell'immobile destinato al progetto “CASA AMICA” garantirà un impatto positivo sulla qualità della vita delle persone che vi abitano grazie all'efficientamento energetico e alla riqualificazione di tutti gli spazi La sostenibilità sarà garantita dalla compartecipazione della persona disabile in base alle proprie disponibilità economiche, attraverso una compartecipazione personalizzata, integrata eventualmente da risorse comunali/regionali/nazionali, in base al Progetto di Vita della persona e al relativo budget. Raggiungimento dell'60% degli inserimenti in ambito lavorativo attraverso l'attuazione di tirocini o a seguito di assunzioni. IMPORTO DEL FINANZIAMENTO PNRR. €714.479,00: € 8.198= acquisto software per dotare i siti istituzionali degli 8 Comuni dell'ATS Valdarno/Conferenza dei Sindaci di un “tool” icona dotato di intelligenza artificiale per la lettura facilitata di tutte le informazioni a seconda della tipologia di disabilità per aumentare l'accessibilità e l'autonomia abitativa e lavorativa. € 10.000= per la formazione del personale UVMD e alla supervisione delle micro-equipe (assistente sociale- case manager ed educatore) per la realizzazione del progetto individualizzato € 21.802= per incarico a psicologo per il potenziamento UVMD €75.000= per potenziamento della rete degli educatori per la realizzazione di sostegni per l'attuazione dei progetti individualizzati anche tramite Enti del Terzo Settore. € 299.540= per la ristrutturazione dell'immobile che accoglierà i due appartamenti destinati a n. 12 persone € 119-970=per la gestione dell'immobile e attivazione dei supporti necessari €179.991=per l'attivazione di percorsi formativi e acquisto di strumentazioni che favoriscano l'inserimento del mondo del lavoro delle 12 persone.	Sarà messa a disposizione una struttura organizzativa in grado di pianificare e controllare tempi, costi e qualità dei risultati, anche tenendo conto che le erogazioni dei fondi sono subordinate, alla realizzazione dei risultati attesi, nei tempi e con i costi pianificati.	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Monica Cellai	Attività continuativa
76	Progetto per disabili "Durante e Dopo di noi"	L'idea progettuale mira ad avviare una sperimentazione che permetta di proseguire, fare evolvere e dare concretezza a dei percorsi modulari che, attraverso la messa in rete dei servizi ipotizzati dal progetto possano dare risposte concrete al “durante e dopo di noi” nei confronti di persone con disabilità. Il progetto incentiva l'acquisizione delle autonomie e abilità relazionali da parte di soggetti disabili. Prevede, inoltre, varie azioni di sensibilizzazione, informazione e accompagnamento alle famiglie con disabili per percorsi di sostegno e affiancamento all'uscita del proprio figlio dal nucleo familiare. È stata programmata la predisposizione di un alloggio da utilizzare per week end e soggiorni temporanei, per permettere alle persone con disabilità di sperimentare ed allenarsi all'autonomia fuori dal contesto familiare; Ci sono inoltre due strutture residenziali per residenzialità di medio e lungo periodo, una per due persone ed una per cinque persone.	-Creazione di gruppi laboratoriali incentrati sull'acquisizione di autonomie e abilità relazionali - Predisposizione di un alloggio per creare Week end e soggiorni temporanei -Realizzazione di strutture residenziali -Sensibilizzazione, informazione e accompagnamento alle famiglie con disabili per percorsi di sostegno e affiancamento per l'uscita del proprio figlio dal nucleo familiare.	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Claudia Cannoni	Attività continuativa
77	Rete territoriale ILSA per inserimento lavorativo	La Rete territoriale ILSA è finalizzata ad organizzare e monitorare gli inserimenti lavorativi presso aziende, associazioni no profit ed organizzazioni di volontariato per persone disabili con la supervisione di educatori professionali. Il servizio rappresenta un valido sostegno a favore delle persone con disabilità e ne favorisce la partecipazione alla vita attiva. Questo progetto ha permesso, alle persone che ne hanno usufruito, un vero e proprio sviluppo non solo della propria identità personale ma di una vera inclusione nella rete sociale di appartenenza. I progetti di inserimento lavorativo sono, in alcuni casi, propedeutici all'intraprendere il percorso della L. 68/99 “Collocamento lavorativo per le persone disabili”. Il progetto ha la finalità di mantenere la persona disabile nel proprio territorio, attraverso un lavoro socio-educativo e socio-occupazionale che, con operatori specializzati, sia in grado di costruire reti territoriali di prossimità, utilizzando il contesto di vita della persona disabile come risorsa. Si rende necessario personalizzare l'inserimento dei disabili: l'inserimento nei contesti lavorativi delle persone affette da patologie fisiche o psichiche o mentali è profondamente diverso e deve essere pianificato, organizzato, realizzato e monitorato in modo differente. E' previsto il coinvolgimento attivo di tutti i servizi socio-sanitari nella stesura dei progetti individualizzati, nei quali la famiglia deve essere maggiormente considerata.	- Favorire l'inserimento socio-lavorativo di persone con disabilità - Favorire il mantenimento della persona disabile nel proprio territorio - Personalizzare l'inserimento dei disabili nei contesti lavorativi - Rafforzare e potenziare la riacquisizione di competenze relazionali e sociali - Garantire il riconoscimento del ruolo di “lavoratore” nel contesto di vita	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Claudia Cannoni	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
78	Assistenza a domicilio persone disabilità gravissime	Percorso di presa in carico integrata della persona con disabilità gravissima tramite la valutazione multidimensionale della UVM, che si avvale di scale di valutazione sanitarie per definire le condizioni cliniche e il relativo livello di complessità assistenziale secondo i criteri definiti dalla Delibera GRT 664/2017. Il progetto ha la finalità di conferire maggiore integrazione ai percorsi socio-sanitari nel campo della non autosufficienza e disabilità rafforzando, a livello di Zona Distretto, i modelli organizzativi di valutazione e presa in carico della persona, integrando e coordinando competenze e professionalità; l'ulteriore finalità è quella di definire, attraverso strumenti di valutazione omogenei e multidimensionali, Progetti di vita individuali che garantiscano la centralità della persona. La complessità assistenziale del caso viene valutata di concerto dal servizio sociale professionale con gli altri componenti dell'equipe valutativa multidisciplinare (UVM) integrata dallo specialista. Il Progetto Personalizzato, se presenti i requisiti previsti compresi quelli economici, prevede l'erogazione di un contributo economico mensile in relazione alla complessità assistenziale; si tratta di un contributo economico finalizzato al sostegno della spesa per l'assistenza di un care-giver privato, che oscilla da un minimo di 900 euro ad un massimo di 1.200 euro mensili. L'intervento economico può essere integrato con gli altri interventi	assicurare alle persone con disabilità gravissima risposte omogenee ed eque al bisogno di assistenza presso il proprio domicilio - sostegno alla permanenza presso la propria abitazione - differire l'istituzionalizzazione - supporto alla famiglia nella gestione del congiunto - miglioramento della qualità della vita	Realizzare interventi per le persone con disabilità, favorendo la vita indipendente	Claudia Cannoni	Attività continuativa
79	Interventi multiprofessionali per pazienti anziani con decadimento cognitivo e sintomi psichiatrici	Sono sempre più numerosi i pazienti anziani che si collocano al limite tra la geriatria, la neurologia e la psichiatria, per esempio persone con precedenti psichiatriche che presentano un aggravamento del quadro clinico per sovrapposto decadimento cognitivo, o con associate patologie organiche significative che rendono difficile impostare una terapia, o con una politerapia che rende rischiosa l'associazione di ulteriori farmaci, oppure persone senza anamnesi psichiatrica con un quadro che si manifesta con un iniziale decadimento cognitivo e magari sintomi comportamentali più evidenti, o con sintomi comportamentali e/o psichiatrici su base organica. Per tali pazienti è utile un confronto tra geriatra, neurologo e psichiatra.	Tale progetto si propone di identificare i referenti delle 3 branche specialistiche per tale categoria di pazienti e definire le modalità di collaborazione.	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
80	Educazione alimentare per pazienti psichiatici	Lo svolgimento di attività quotidiane come cucinare ha un importante ruolo riabilitativo. In tale ambito, è anche importante un'adeguata educazione alimentare, che promuova l'acquisizione dell'abilità di seguire una dieta equilibrata. Questo progetto si propone di realizzare un intervento volto a tale obiettivo presso delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche del Valdarno (Comunità Terapeutica di Montevarchi, Centro Diurno). Sulla base dell'intervento di educazione alimentare effettuato già dal 2019, presso il Centro Diurno si proseguirà il laboratorio alimentare già cominciato l'anno scorso.	Fornire le abilità per seguire un'alimentazione salutare agli utenti della Comunità Terapeutica, continuando il percorso iniziato dal 2019, dando anche la possibilità di sperimentare il laboratorio alimentare, che si è dimostrato molto utile presso il Centro Diurno. Consolidare le abilità per seguire un'alimentazione salutare agli utenti del Centro Diurno in percorsi riabilitativi di autonomia.	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
81	Collaborazione tra la Medicina Generale e la Psichiatria	Non sempre i contatti tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli specialisti psichiatri risultano essere semplici (scarso tempo a disposizione, difficoltà di contatti telefonici, ecc). Tale progetto si propone di definire, nell'ottica delle reti cliniche integrate, uno psichiatra di riferimento dell'UFSMA Valdarno per ogni Associazione Funzionale Territoriale (AFT) della Zona-Distretto e di definire modalità più agevoli di consulenza e collaborazione. Per ogni AFT verrà identificato uno psichiatra di riferimento. Verrà definita la modalità privilegiata di contatto tra lo psichiatra ed i medici della corrispondente AFT (telefono, e-mail, ecc).	Favorire i contatti tra i MMG e gli psichiatri in modo da gestire in maniera integrata i casi complessi. Favorire i contatti tra i MMG e gli psichiatri in modo da gestire gli invii agli specialisti nella maniera che risulti più congrua ai bisogni dell'utente.	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
82	Programmi alternativi al ricovero in Comunità Terapeutica	Il progetto, proposto dal 2018, che prevedeva programmi brevi intensivi in Comunità Terapeutica alternativi al ricovero o post-ricovero, è stato uno dei fattori che ha permesso di ridurre i ricoveri ripetuti entro 7 giorni e tra 8 e 30 giorni entro i limiti previsti dagli obiettivi regionali. Il progetto prevede di deputare 1 dei 12 posti della Comunità Terapeutica a programmi brevi intensivi (della durata massima di qualche mese), che possono essere: alternativi al ricovero, per pazienti già noti e che hanno già fatto altri ricoveri; post-ricovero, per pazienti che hanno fatto un ricovero abbastanza lungo. Nel caso di attivazione di programmi intensivi di tale tipo, si valuta l'opportunità di potenziare l'assistenza presso la Comunità allargando la fascia oraria di presenza del personale.	Organizzare 1 posto letto presso la Comunità Terapeutica per programmi intensivi alternativi al ricovero (per ridurre i ricoveri ripetuti) o post-ricovero (per ridurre la durata dei ricoveri).	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
83	Abitare supportato	La Regione Toscana con delibera n.1127 del 09-12-2014 promuove programmi residenziali di sostegno abitativo, sul modello definito "Abitare supportato". Si tratta di azioni a carattere terapeutico che valorizzano l'esperienza abitativa nell'ambiente naturale della casa, per il processo di acquisizione dell'autonomia della persona. L'Abitare Supportato è un percorso in cui la casa, pur essendo assunta come occasione terapeutico riabilitativa, deve mantenere, a tutti gli effetti, la sua natura di setting naturale (non istituzionale) e non si configura come articolazione del sistema formale di cura; rimane tuttavia il carattere terapeutico. Gli appartamenti supportati rappresentano l'equivalente di un normale appartamento per molte persone con problemi di salute mentale e permettono di acquisire ed esercitare le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza. Per realizzare nel Valdarno un progetto di "Abitare supportato" è stato individuato un appartamento di civile abitazione nella Fattoria di Ramarella, sita nel Comune di Pergine Valdarno. L'immobile è messo a disposizione dalla cooperativa Koinè, con una retta mensile a carico degli utenti. Il progetto vedrà coinvolti 4 utenti della Salute Mentale che, a seguito di percorsi riabilitativi nelle strutture del CSM, hanno raggiunto un livello di benessere e capacità gestionale di sé tali da sperimentare forme di abitazione più autonoma. L'UFSMA svolgerà un'attività di supporto agli utenti tramite ore dedicate di assistenti di base, educatori ed assistente sociale.	Attivare un percorso di autonomia abitativa Sperimentare una modalità di vita indipendente Innescare processi partecipati che garantiscano il coinvolgimento della società e dei cittadini Dare luogo ad una modellizzazione metodologica ripetibile nel tempo	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa

export

	TITOLO	DESCRIZIONE	OBIETTIVO SPECIFICO	PROGRAMMA DELLA ZONA	REFERENTE	ATTIVITA'
84	Percorso per utenti con doppia diagnosi	Il monitoraggio delle riunioni periodiche degli operatori dell'UFSMA e del SerD per la discussione dei casi con doppia diagnosi ha messo in evidenza la presenza di diversi utenti in carico ad entrambi i servizi e l'utilità di un continuo confronto tra le due UUFF per definire modalità di intervento condivise e per costruire progetti personalizzati. L'UFSMA e il SerD organizzano riunioni periodiche (in linea di massima ogni 3 mesi) per effettuare una valutazione congiunta dei casi comorbili, per analizzare gli strumenti ed i servizi disponibili per costruire una risposta personalizzata ai bisogni del paziente, per predisporre il piano di trattamento individualizzato, per effettuare un monitoraggio ed una verifica periodica.	Individuazione dei pazienti con doppia diagnosi Integrazione degli strumenti di cura disponibili nei servizi Presa in carico condivisa Monitoraggio e verifica dei progetti	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
85	Psicoeducazione in SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)	Il ricovero in SPDC è un momento critico nella storia del paziente, che può tuttavia essere l'occasione per promuovere un processo evolutivo. Gli interventi psicoeducativi presso i reparti di psichiatria, da associare agli interventi farmacologici, migliorano la percezione del paziente relativa al ricovero e forniscono strumenti per aumentare la conoscenza del disturbo e la compliance alla terapia, per ridurre la probabilità di ricadute e migliorare la qualità di vita. Dal lunedì al venerdì verranno svolti presso il SPDC dal personale infermieristico incontri di psicoeducazione della durata di due ore rivolti a tutti i pazienti ricoverati.	Attivare un intervento psicoeducativo c/o SPDC dell'Ospedale del Valdarno, secondo il modello "Intervento cognitivo-comportamentale nel SPDC".	Realizzare interventi per pazienti psichiatrici attraverso reti integrate	Elisabetta Truglia	Attività continuativa
86	Differenziare per l'ambiente	L'introduzione della tariffa corrispettiva puntuale (Tcp) nel Comune di San Giovanni Valdarno dal 1 gennaio 2026, è un provvedimento di ulteriore stimolo a porre in essere azioni volte alla raccolta differenziata e al corretto conferimento dei rifiuti prodotti all'interno delle strutture sanitarie del territorio. La Tcp è un sistema di tariffazione dei rifiuti in cui l'utente paga in base alla quantità di indifferenziato che produce e conferisce, seguendo il cosiddetto principio "chi inquina paga". Questa misura mira a incentivare i comportamenti virtuosi, come la raccolta differenziata, premiando chi riduce i propri rifiuti. Il nuovo meccanismo di tariffazione, che lega la parte variabile della bolletta alla quantità di rifiuto indifferenziato effettivamente prodotto, rappresenta per un'opportunità per migliorare le performance della raccolta differenziata.	A partire dalla Casa della Salute (e dalla futura Casa di Comunità) di San Giovanni Valdarno, saranno attivate azioni di informazione e sensibilizzazione del personale dipendente e dell'utenza. Le strutture saranno inoltre dotate di appositi contenitori per la raccolta differenziata, ben evidenziati e collocati negli ambienti di lavoro e negli spazi comuni.	Sviluppare azioni di efficientamento energetico in ambito sanitario e di sostenibilità ambientale	Elena Rebora	Attività continuativa
87	Monitoraggi e azioni per l'appropriatezza farmaceutica	Attività di controllo e azioni per l'appropriatezza farmaceutica	Controllo dati farmaceutica territoriale e incontri specifici con MMG per azioni di miglioramento	Sviluppare azioni di monitoraggio per il controllo dell'appropriatezza farmaceutica	Fernando Cantoro	Attività continuativa