

Firenze



PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2024 - 2026

Firenze

27/02/2026

Sommario

- INDIRIZZI PER L'ELABORAZIONE DEL PIS
- PRESENTAZIONE
- UFFICIO DI PIANO
- OBIETTIVI DI SALUTE
- PROCESSO PARTECIPATIVO
- ALBERO DELLA PROGRAMMAZIONE
- PROGRAMMI OPERATIVI
- SOCIO SANITARIO
- PREVENZIONE E PROMOZIONE
- CURE PRIMARIE SANITÀ TERRITORIALE
- SOCIO ASSISTENZIALE
- VIOLENZA DI GENERE

Presentazione

RELAZIONE DI ACCOMPAGNAMENTO PIS 2024-2026

Il Piano Integrato di Salute 2026 della Società della Salute di Firenze si colloca in un momento di trasformazione profonda dei bisogni.

La relazione che accompagna il documento programmatico intende offrire una lettura sintetica ma significativa del contesto, delle scelte strategiche e delle logiche di integrazione che orientano il lavoro dei servizi nei prossimi anni. Il PIS non è soltanto un atto di pianificazione: rappresenta un impegno collettivo, un patto di corresponsabilità tra istituzioni, comunità professionali, terzo settore e cittadinanza, volto a rafforzare equità, prossimità e continuità delle risposte.

La Società della Salute di Firenze, in coerenza con i principi del Servizio Sanitario Regionale e con le linee guida nazionali, conferma la volontà di consolidare un modello di welfare territoriale fondato su prossimità, integrazione, partecipazione e promozione della salute. Il Piano nasce da un percorso partecipativo che ha coinvolto istituzioni pubbliche, enti del terzo settore, associazionismo, volontariato e cittadinanza attiva, con l'obiettivo di rispondere in modo innovativo e concreto ai bisogni emergenti della popolazione.

Il contributo del Comune di Firenze e dell'Azienda USL Toscana Centro, attraverso i rispettivi strumenti di pianificazione, arricchisce il PIS e consente di armonizzare le politiche sociali e sanitarie a livello locale, rafforzando la coerenza complessiva della programmazione.

Il PIS 2026 si propone quindi come uno strumento operativo e condiviso, orientato a migliorare l'accessibilità, la qualità e la coerenza delle risposte rivolte alla comunità fiorentina.

Il quadro territoriale evidenzia dinamiche demografiche e sociali che richiedono un ripensamento dei modelli di intervento. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle condizioni di cronicità, la crescita delle fragilità economiche e abitative, l'emergere di nuove forme di vulnerabilità – dalla salute mentale alle dipendenze, dalle difficoltà genitoriali alle marginalità sociali – delineano uno scenario complesso, che impone una programmazione capace di anticipare i bisogni e di integrare competenze diverse.

Le evidenze raccolte nel ciclo precedente confermano l'importanza di investire su prevenzione, prossimità e continuità assistenziale, rafforzando al tempo stesso la capacità dei servizi di lavorare in rete.

In questo contesto, la SdS Firenze assume come riferimento la visione strategica delineata dalla Regione Toscana nel Piano Integrato Socio Sanitario Regionale 2024–2026, che individua sette Obiettivi Generali, nove Fattori di crescita e una serie di Azioni trasversali. Tali elementi costituiscono la cornice entro cui si colloca la programmazione territoriale. Pur riconoscendo la rilevanza dell'intero impianto regionale, il PIS 2026 concentra l'attenzione in particolare su tre direttrici ritenute prioritarie per il contesto urbano fiorentino:

- promuovere la salute in tutte le politiche, valorizzando l'intersectorialità e l'impatto delle scelte pubbliche sulla salute collettiva;
- rafforzare l'assistenza territoriale, potenziando prossimità, continuità e accessibilità dei servizi;

Firenze

- sostenere l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione, con particolare attenzione alle fragilità, alle disuguaglianze e alla costruzione di comunità inclusive.

A queste si affianca un'attenzione specifica al Fattore di crescita n. 5, relativo alla promozione dell'amministrazione condivisa e della co-programmazione, quale leva per rafforzare la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità nella definizione, attuazione e valutazione delle politiche socio-sanitarie. Gli altri obiettivi regionali restano comunque presenti in modo trasversale, garantendo coerenza con il disegno complessivo della programmazione regionale e con gli indirizzi dei due Enti consorziati.

La Relazione dà inoltre conto del quadro di riferimento rappresentato dal Patto per il Welfare sottoscritto nel 2025 tra Regione Toscana, Organizzazioni Sindacali e Datoriali, che impegna le parti a rafforzare il sistema di welfare toscano e a promuovere momenti di confronto e approfondimento condiviso per qualificare e innovare servizi, modelli organizzativi e percorsi personalizzati.

Il PIS 2026 si colloca in continuità con il precedente ciclo di programmazione, consolidando le traiettorie già avviate e valorizzando gli apprendimenti maturati. Tale continuità rappresenta un elemento di stabilità e coerenza, ma anche un'opportunità per evolvere e rafforzare le politiche territoriali alla luce delle nuove sfide sociali, sanitarie e ambientali. Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, il ciclo di programmazione del PIS assorbe integralmente anche l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale.

All'interno di questo quadro strategico, il PIS 2026 adotta l'Albero della Programmazione come architettura metodologica che guida la costruzione del Piano Operativo Annuale (POA). Tale struttura consente di tradurre la visione strategica in un impianto operativo chiaro e verificabile, articolato su tre livelli:

- Obiettivi, che definiscono le direzioni di cambiamento e gli esiti attesi;
- Programmi, che organizzano le linee di intervento in insiemi coerenti e integrati;
- Attività, che rappresentano le azioni concrete, misurabili e monitorabili, attraverso cui gli obiettivi trovano attuazione. L'Albero della Programmazione garantisce coerenza interna, trasparenza e continuità tra la dimensione strategica del PIS e la dimensione operativa del POA, facilitando il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

Le aree prioritarie individuate nel PIS sono sviluppate attraverso obiettivi operativi e azioni concrete, costruite in coerenza con i piani regionali e con gli strumenti di programmazione locale.

Particolare attenzione è dedicata ai percorsi integrati per l'autismo, ai programmi di sostegno alla genitorialità vulnerabile, alle azioni di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo, ai progetti di inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizione di marginalità.

Il modello organizzativo che sostiene il PIS 2026 valorizza la governance territoriale come spazio di coordinamento stabile tra Comune di Firenze, Zona Distretto, Azienda USL e soggetti del terzo settore. La coprogettazione, la partecipazione attiva delle comunità professionali e il coinvolgimento delle realtà associative rappresentano elementi strutturali del processo. La qualità del Piano dipende infatti dalla capacità di costruire alleanze, condividere responsabilità e mantenere un dialogo costante tra i diversi livelli istituzionali.

Sul piano delle risorse, il PIS propone un utilizzo integrato dei fondi disponibili, orientato alla sostenibilità e alla valorizzazione delle competenze professionali. L'attenzione alla sostenibilità riguarda anche la capacità dei servizi di innovare, semplificare i processi e adottare strumenti di monitoraggio e valutazione che permettano di misurare l'impatto delle azioni e di correggere tempestivamente

Firenze

eventuali criticità. Il sistema di monitoraggio del Piano utilizza indicatori sia quantitativi sia qualitativi per seguire l'andamento delle azioni e garantire trasparenza nei risultati. La valutazione accompagna l'intero ciclo di programmazione e serve a orientare le decisioni, verificare l'efficacia degli interventi e sostenere l'adattamento continuo dei servizi.

Ai fini dell'elaborazione del PIS è stato attivato un articolato processo partecipativo volto a garantire il coinvolgimento dei soggetti istituzionali, sociali e territoriali interessati, attraverso una serie di incontri dedicati:

- Comitato di Partecipazione – Montedomini
- Organizzazioni del Terzo Settore presso la SdS
- Incontro con le OOSS presso la SdS
- Incontro con la Lega delle Cooperative presso la SdS
- Presentazione dell'Atto di Indirizzo presso il Quartiere 1
- Presentazione dell'Atto di Indirizzo presso il Quartiere 3
- Presentazione dell'Atto di Indirizzo presso il Quartiere 4
- Presentazione dell'Atto di Indirizzo presso il Quartiere 5

Dagli incontri svolti sono scaturiti contributi, riflessioni e proposte di particolare valore, espressi in modo ampio e competente dai diversi soggetti coinvolti, costituendo un patrimonio di idee che arricchisce il processo programmatico e fornisce una base solida per l'avvio di nuove attività, anche attraverso ulteriori percorsi di coprogrammazione e coprogettazione, rafforzando il dialogo istituzionale e la partecipazione del territorio.

In particolare, le linee direttrici dei contributi forniti focalizzano l'attenzione sui seguenti temi:

- comunicazione trasparente verso i cittadini e rafforzamento dell'informazione per un più efficace orientamento ai servizi socio-sanitari (con particolare riferimento alle CdC)
- accesso unico e semplificato ai servizi sociosanitari integrati;
- presa in carico personalizzata e proattiva;
- valorizzazione delle Case della Comunità come luogo privilegiato dell'integrazione sociosanitaria e sviluppo di percorsi partecipati (co-programmazione/coprogettazione) tesi a coinvolgere le comunità nella programmazione e nell'attuazione di servizi e percorsi orientati alla salute e fortemente collegati alle realtà dei Quartieri;
- rafforzare la continuità dei percorsi assistenziali e socio-assistenziali, evitando gap che possono essere generati dalle diverse fonti di finanziamento;
- ripensamento complessivo dei modelli di cura (forte investimento sulla prevenzione per ridurre la pressione sulle comunità terapeutiche e sulle strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti);
- costruire reti territoriali orientate alla promozione della salute e al contrasto dell'isolamento e della marginalità;
- adottare una visione per cui il carcere viene considerato a tutti gli effetti parte della comunità. Nella programmazione socio-sanitaria questo si traduce nel riconoscimento dell'istituto penitenziario non come "corpo estraneo", bensì come una formazione sociale inserita nel territorio. Questa visione è necessaria per garantire che la detenzione non si traduca in un'esclusione definitiva dal sistema dei diritti e dei servizi.

Linee strategiche

Il documento di indirizzo al PIS definisce le priorità strategiche, gli obiettivi operativi e le linee di intervento che orientano la programmazione integrata dei servizi sul territorio. Fornisce il quadro di riferimento entro cui sviluppare azioni coerenti, coordinate e rispondenti ai bisogni della popolazione.

PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2024-2026

ATTO DI INDIRIZZO STRATEGICO

Premessa

La Società della Salute di Firenze, in coerenza con i principi del Servizio Sanitario Regionale e con le linee guida nazionali, intende rafforzare un modello di welfare territoriale fondato su prossimità, integrazione, partecipazione e promozione della salute. Il Piano nasce da un percorso partecipativo che ha coinvolto istituzioni pubbliche, enti del terzo settore, associazionismo, volontariato e cittadinanza attiva, con l'obiettivo di rispondere in modo innovativo e concreto ai bisogni emergenti della popolazione.

Il Piano Integrato di Salute della SdS Firenze si arricchisce dei contributi provenienti dal Comune di Firenze e dall'Azienda USL Toscana Centro, che mettono a disposizione indirizzi, programmi e strumenti di pianificazione propri. L'integrazione di tali elementi consente di armonizzare le politiche sociali e sanitarie a livello locale, rafforzando la coerenza complessiva della programmazione e garantendo una risposta più efficace e coordinata ai bisogni della comunità.

La Società della Salute di Firenze, in coerenza con la visione strategica delineata dalla Regione Toscana nel Piano Integrato Socio Sanitario Regionale 2024 – 2026 (PISSR), recepisce e adotta integralmente i **sette Obiettivi Generali**, i nove Fattori di crescita e le Azioni trasversali che ne costituiscono l'ossatura programmatica:

++Obiettivi Generali++

1. Promuovere la salute in tutte le politiche 2. L'assistenza territoriale – Sanità di Prossimità 3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione 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 5. Appropriatelyzza delle cure e governo della domanda 6. La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale 7. Transizione ecologica e politiche territoriali.

++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, dei Fattori di crescita e delle Azioni trasversali rappresentano una cornice di riferimento imprescindibile per orientare le politiche territoriali verso un sistema di salute e benessere equo, integrato, sostenibile e centrato sulla persona.

Nel riconoscere la validità e la necessità di ciascuna delle suddette direttrici, la SdS Firenze intende **focalizzare la propria azione**

Firenze

strategica ed operativa in particolare sui primi tre obiettivi e sul Fattore di crescita n. 5, in ragione delle specificità del contesto urbano, delle vocazioni territoriali e delle risorse disponibili:

OG1 - ++Promuovere la salute in tutte le politiche++, valorizzando l'intersectorialità e l'impatto delle scelte pubbliche sulla salute collettiva;

OG2- ++Rafforzare l'assistenza territoriale++, potenziando la prossimità, la continuità e l'accessibilità dei servizi;

OG3 +- Sostenere l'integrazione sociale e sociosanitaria++ e le politiche di inclusione, con particolare attenzione alle fragilità, alle disuguaglianze, alla costruzione di comunità inclusive ed al potenziamento della sinergia sociale-lavoro.

++Fattore di crescita e Azione trasversale n. 5 - Promuovere l'amministrazione condivisa e la co-programmazione++ al fine di rafforzare la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità nella definizione, attuazione e valutazione delle politiche socio-sanitarie

Questa scelta non rappresenta una rinuncia agli altri obiettivi, bensì una scelta strategica mirata che tiene conto delle caratteristiche del territorio fiorentino, della sua rete di servizi, delle esperienze maturate e delle sfide emergenti. Gli altri obiettivi saranno comunque **considerati trasversalmente** e integrati, in un'ottica di coerenza con il disegno regionale, con la programmazione dei due Enti consorziati, Azienda USL Toscana Centro e Comune di Firenze.

Il presente Atto di Indirizzo tiene conto inoltre del Patto per il Welfare sottoscritto in data 13 febbraio 2025 tra Regione Toscana, Organizzazioni Sindacali e Datoriali e recepito con DGRT n. 931 del 7 luglio 2025. Nel Patto le parti condividono l'impegno congiunto a rafforzare il sistema di welfare toscano e a favorire momenti di confronto, studio e approfondimento condiviso per la qualificazione e l'innovazione di servizi e strutture, di modelli organizzativi e della gestione dei percorsi personalizzati.

Il presente Piano si colloca, infine, in continuità con il precedente PIS, consolidando le traiettorie già avviate e valorizzando gli apprendimenti maturati nel corso della sua attuazione. Tale continuità rappresenta un elemento di stabilità e coerenza, ma anche un'opportunità per evolvere e rafforzare le politiche territoriali, alla luce delle nuove sfide sociali, sanitarie e ambientali.

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorbe interamente anche l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LRT 41/2005, articolo 29.

B) CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO

b.1 CONTESTO DEMOGRAFICO

Firenze, capoluogo della Toscana, è la città più densamente popolata della regione con 362.353 abitanti su 102 km². Divisa in cinque quartieri, presenta le caratteristiche tipiche delle grandi aree urbane: elevata mobilità, accesso diffuso ai servizi, ma anche criticità legate a inquinamento, sicurezza e instabilità sociale. Il saldo naturale è negativo, mentre quello migratorio è positivo. La popolazione è in forte invecchiamento, con un indice di vecchiaia tra i più alti della regione (242,7) e una crescente pressione sui caregiver. Le famiglie sono mediamente piccole (1,9 componenti), e la natalità, pur leggermente superiore alla media regionale, è in calo.

La presenza straniera è significativa (15,9%) e in crescita, con una forte incidenza nelle scuole (18,5%) e un alto tasso di disoccupazione (32,7%). I minori stranieri non accompagnati rappresentano oltre la metà dei minori accolti in strutture residenziali presentano problematiche specifiche per le necessità sanitarie legate ai fattori traumatogeni insiti nel processo migratorio e nella difficoltà di integrazione. Anche il tasso di ospedalizzazione tra gli stranieri è elevato, con differenze di genere marcate. L'assistenza agli anziani è molto sviluppata: Firenze registra le più alte prevalenze regionali sia per l'assistenza domiciliare che residenziale. I minori in affidamento e in carico ai servizi socio-educativi sono in aumento.

Firenze

La disabilità sotto i 65 anni è meno diffusa rispetto alla media regionale, sia in termini di prevalenza che di nuovi casi gravi. Anche la percentuale di bambini con disabilità iscritti a scuola è inferiore alla media toscana. In sintesi, Firenze è una città complessa e stratificata, dove la sfida principale è garantire equità e qualità nei servizi sociali e sanitari in un contesto demografico e sociale in continua evoluzione.

Nel 2024 i servizi fiorentini dell'Area delle Dipendenze dell'AUTC hanno seguito complessivamente 2.782 persone, pari al 23,8% degli utenti dell'Azienda, con prevalenza di casi legati alle sostanze illegali (1.600), seguiti da alcolisti (645), tabagisti (327), soggetti con disturbo da gioco d'azzardo (128) e altre problematiche (82). I nuovi tossicodipendenti sono stati 290, con un'incidenza di 1,01 per 1.000 residenti e una prevalenza di 5,58 per 1.000, in larga parte maschi (81,5%). I nuovi utenti alcolologici sono stati 170, con incidenza di 0,59 per 1.000 e prevalenza di 2,25 per 1.000, anch'essi prevalentemente uomini (67,9%). Infine, i nuovi casi di gioco d'azzardo hanno riguardato 39 persone, pari al 24% della popolazione "nuova" dell'AUTC.

b.2 ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

La zona fiorentina evidenzia una serie di bisogni sanitari emergenti legati a fattori demografici, ambientali e sociali. Il progressivo invecchiamento della popolazione, con un'elevata percentuale di ultra 74enni, comporta una crescente pressione sui caregiver, superiore alla media aziendale e regionale. Sul fronte sociale, si rileva un tasso di disoccupazione elevato (18,7%) e una significativa incidenza di famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro. La popolazione straniera presenta criticità specifiche, con tassi di disoccupazione e ospedalizzazione superiori alla media, e un eccesso di ricoveri per disturbi psichici, traumatismi e patologie neurologiche. È inoltre da evidenziare l'impatto che sui servizi sociosanitari ha questa popolazione sia migranti di 1a che di 2a generazione, con alta incidenza di disturbi del neurosviluppo e di problematiche psicopatologiche spesso legate al percorso di integrazione sociale.

L'aumento della prevalenza del diabete segnala una crescita delle cronicità, mentre l'indicatore C15.2 evidenzia difficoltà nella continuità assistenziale post-dimissione psichiatrica. L'uso di antidepressivi è stabile, ma con una prevalenza quasi doppia nelle donne. Sul piano della prevenzione, si registrano adesioni insufficienti agli screening oncologici e una copertura vaccinale anti-HPV tra le più basse della regione. Infine, le condizioni ambientali pongono ulteriori sfide: la qualità dell'aria, pur nei limiti di legge, resta distante dagli standard OMS, con criticità legate all'ozono, mentre le acque superficiali, in particolare il fiume Arno, mostrano uno stato ecologico e chimico scadente, con presenza di AMPA, derivato del glifosato.

b.3 NECESSITA' DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI, SOCIALI E SOCIO SANITARI

La crescente complessità dei bisogni della popolazione, in particolare quelli legati all'invecchiamento, alla cronicità, alla fragilità e marginalità sociale, alla povertà ed alle disuguaglianze, e alla presenza di fasce vulnerabili, rende sempre più urgente una reale integrazione tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari. In molte situazioni, le persone si trovano a dover affrontare percorsi frammentati, con difficoltà di accesso coordinato alle risorse disponibili. L'integrazione non riguarda solo l'organizzazione dei servizi, ma anche la condivisione delle informazioni, la definizione di percorsi comuni e la collaborazione tra professionisti con competenze diverse. Questo approccio consente di migliorare la continuità assistenziale, ridurre i tempi di risposta e offrire interventi più mirati e sostenibili. In particolare, per gli anziani non autosufficienti, le persone con disabilità e i minori in condizioni di vulnerabilità, una rete integrata può fare la differenza nel garantire supporto efficace e tempestivo. Investire in modelli di lavoro condivisi e in strumenti operativi che facilitino il dialogo tra i diversi ambiti è una condizione necessaria per rispondere in modo adeguato alle sfide attuali e future.

b.4 IMPORTANZA DEL COORDINAMENTO TRA COMUNE E ASL PER LA GESTIONE EFFICACE DEL PIS

Un efficace coordinamento tra il Comune di Firenze e l'Azienda USL è fondamentale per la gestione integrata del Piano Integrato di Salute (PIS). La collaborazione tra enti locali e servizi sanitari consente di pianificare interventi coerenti con i bisogni del territorio, ottimizzare le risorse disponibili e garantire una presa in carico più tempestiva e appropriata delle situazioni di fragilità. Il confronto continuo tra amministrazione comunale e ASL favorisce l'allineamento tra politiche sociali e sanitarie, migliorando l'efficacia delle azioni e la qualità dei servizi offerti alla cittadinanza.

b.5 QUADRO DI RIFERIMENTO E DINAMICHE EVOLUTIVE

Firenze

Il Piano rinnova e ricalibra gli interventi per affrontare le profonde trasformazioni che hanno interessato la nostra società e rispondere così ai nuovi bisogni, alle emergenze e fragilità che ne sono scaturiti. La cornice socio-demografica appare infatti profondamente cambiata. La popolazione è sottoposta ad un progressivo invecchiamento e la presenza di popolazione immigrata non compensa più la regressione demografica in atto. I dati demografici indicano un calo della popolazione residente, una bassa natalità e la presenza di una elevata quota di popolazione anziana, che tenderà ad aumentare nel tempo, con importanti effetti sul bisogno di assistenza socio-sanitaria. Il tempo di vita continua ad allungarsi, anche se gli stili di vita e consumi non sempre adeguati fanno registrare ancora aspetti critici che possono incidere sul rischio di vivere la vecchiaia in condizione di disabilità o non autosufficienza. Allo stesso tempo la cittadinanza diventa sempre più multiculturale e “frammentata”, ed in particolare a Firenze si registra il valore più alto della Regione quanto ad iscritti stranieri all’anagrafe.

I dati rilevati sugli stili di vita a Firenze suggeriscono interventi di prevenzione integrati per diversi fattori di rischio – fumo, alcool, sostanze, sedentarietà– rivolte soprattutto ai giovani e in particolare alle ragazze.

Contestualmente, dal miglioramento delle cure degli eventi acuti è derivato un aumento delle persone che sviluppano una o più patologie croniche, dinamica che suggerisce azioni di rafforzamento della sanità d’iniziativa e dei processi assistenziali integrati.

Accanto alle criticità demografiche e sanitarie, si evidenzia la crescita di nuove forme di vulnerabilità, marginalità e povertà sociale, spesso legate a condizioni di precarietà economica, abitativa e lavorativa. Il Piano intende rafforzare le azioni di contrasto alle disuguaglianze e alla povertà, con particolare attenzione alle situazioni di marginalità che rischiano di escludere individui e famiglie dalla piena partecipazione alla vita sociale e comunitaria.

C) LINEE STRATEGICHE

Linea Strategica 1 – Promuovere la Salute in Tutte le Politiche

Finalità

Adottare un approccio trasversale alla salute, integrandola in tutte le politiche pubbliche per generare ambienti favorevoli al benessere e stili di vita salutari lungo tutto il corso della vita.

Questa linea strategica mira a:

- Favorire il mantenimento di uno stato di salute ottimale lungo tutto il corso della vita
- Ridurre i fattori di rischio individuali e ambientali
- Contrastare la solitudine e l’isolamento sociale
- Promuovere la sostenibilità del sistema sociosanitario attraverso la prevenzione

Indirizzi Operativi

1. Prevenzione integrata

- Promozione di stili di vita salutari in tutti i setting di intervento – scuola, comunità e luoghi di lavoro – con particolare attenzione a quest’ultimo, quale contesto privilegiato per raggiungere la popolazione adulta meno intercettata dai canali tradizionali per barriere logistiche, culturali o linguistiche, in ottica di inclusione ed equità
- Prevenzione della solitudine e dell’isolamento attraverso la creazione di contesti accoglienti nei servizi e nei territori
- Promozione di stili di vita salutari tramite percorsi AFA, Progetto Salute è Benessere, interventi di prevenzione delle dipendenze adolescenziali e altre progettualità specifiche

Firenze

- Rafforzamento della prevenzione sanitaria attraverso le Case di Comunità e la progettazione territoriale orientata alla salute

2. Approccio “life-course”

- Adozione di una prospettiva interdisciplinare e integrata per promuovere la salute in tutte le fasi della vita
- Interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta

Formazione e Empowerment

- Attivazione di percorsi di educazione civica alla salute per cittadini e caregiver
- Formazione congiunta tra operatori sanitari, sociali e cittadini su temi come malattie croniche, salute mentale, prevenzione e diritti
- Promuovere attività di comunicazione dei servizi presenti a livello zonale e delle modalità di accesso ai servizi anche tramite strategie di partecipazione della comunità, che tengano conto delle nuove modalità di diffusione dei contenuti di salute
-

Focus Tematico

Favorire la diffusione di stili di vita sani e consapevoli tra i giovani, incidendo positivamente sulla loro salute fisica, mentale e sociale, e prevenendo comportamenti a rischio ed intercettando la popolazione nei contesti della vita quotidiana, facilitando l'accesso e aumentando l'efficacia delle iniziative preventive.

Linea Strategica 2 – Assistenza Territoriale e Sanità di Prossimità

Finalità

Garantire cure e assistenza il più possibile vicino al domicilio, promuovendo l'autonomia individuale e riducendo il ricorso improprio all'ospedalizzazione.

Questa linea intende riorientare il sistema dei servizi sociosanitari alla luce dei profondi mutamenti demografici, epidemiologici e sociali, promuovendo modelli organizzativi capaci di garantire continuità assistenziale, equità di accesso, presa in carico integrata e centralità della persona, mirando a:

- Favorire il mantenimento dell'autonomia individuale, in particolare per le persone anziane e fragili
- Ridurre il ricorso improprio all'ospedalizzazione
- Promuovere condizioni di vita dignitose attraverso la permanenza nel proprio domicilio o in soluzioni abitative assistite
- Rafforzare il ruolo della comunità e dei servizi di prossimità come elementi fondamentali del sistema di welfare

Indirizzi Operativi

1. Potenziare la rete dei servizi domiciliari e territoriali, rendendola più capillare, accessibile e integrata, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative e modelli organizzativi flessibili.

2. Promuovere soluzioni abitative intermedie tra il domicilio e l'ospedale, come l'housing supportato e solidale, in grado di coniugare assistenza sanitaria e qualità della vita, o altre forme di Housing anche per senior autosufficienti, o cohousing intergenerazionali e inclusivi.

Firenze

3. Sviluppare e valorizzare le Case di Comunità come presidi fondamentali del welfare di comunità, garantendo tempi di risposta congrui ai bisogni espressi e favorendo la prossimità relazionale e territoriale. Implementare il loro ruolo di integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, con l'obiettivo di garantire accesso equo, continuità assistenziale, presa in carico delle fragilità e partecipazione attiva della [comunità.in](#) particolare si evidenzia il valore di incardinare i servizi di salute mentale all'interno delle Case di Comunità per favorire l'accesso a servizi specifici quali la dietologia, la ginecologia, la cardiologia, che possono agevolare la presa in carico di pazienti adolescenti o giovani adulti grazie ad un lavoro di rete che supporta il team curante. Si evidenzia l'importanza della prossimità con il terzo settore per favorire i percorsi di socializzazione di detta utenza e miglioramento della recovery. Promuovere, implementare e rafforzare il collocamento dei PUA (Punti Unici di Accesso) all'interno delle Case di Comunità per garantire un accesso sempre più semplificato ed una presa in carico unitaria. Promuovere un approccio multiprofessionale e d'iniziativa per la gestione dei pazienti con patologie croniche.

4. Sostenere progetti specifici rivolti a persone con problematiche di salute mentale e dipendenze, attraverso servizi di prossimità, percorsi di reinserimento e modelli abitativi assistiti. A questo proposito merita attenzione il fenomeno, sempre più rilevante, dei Disturbi da uso di sostanze sia legali (alcol, tabagismo, psicofarmaci...) che non (NSP, crack...), oltre alle dipendenze comportamentali correlate, al gioco d'azzardo, internet, ecc. Poiché sono coinvolti anche minori e giovani, è necessario proseguire l'attività di sensibilizzazione sui temi citati e sui Servizi specialistici di cura, nonché attività integrate finalizzate all'aggancio ed all'intervento precoce.

5. Favorire la presa in carico integrata e multidisciplinare, promuovendo la collaborazione tra servizi sanitari, sociali e del terzo settore, con particolare attenzione alla personalizzazione degli interventi e favorendo il ricorso strutturato ed integrato alle équipe multidisciplinari.

1. Rafforzare la presa in carico delle persone marginali e/o con patologie psichiatriche o problemi di dipendenza, attraverso una maggiore integrazione e collaborazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e del terzo settore. L'obiettivo è garantire continuità assistenziale, ridurre frammentazioni e promuovere interventi personalizzati e centrati sulla persona.
2. Potenziare/migliorare l'accesso alle cure palliative, garantendo anche l'assistenza residenziale territoriale ai malati nella fase terminale della vita.
3. Facilitare l'accesso di prossimità alle cure primarie a livello zonale attraverso il potenziamento della rete MG e della rete di PdF.

Linea Strategica 3 – Integrazione Sociosanitaria

Finalità

Superare la frammentazione tra sociale e sanitario, costruendo risposte integrate e multidimensionali, anche attraverso una governance condivisa e partecipata.

Il presente atto di indirizzo intende promuovere un modello di integrazione sociosanitaria effettiva e operativa, fondato su:

- A) La costruzione di risposte multidimensionali ai bisogni emergenti
- B) Il rafforzamento della comunicazione interistituzionale
- C) La presa in carico integrata e multidisciplinare che vede nelle Case della Comunità un vero luogo di prossimità e inclusione e nell'équipe multidisciplinare lo strumento operativo per valutare i bisogni complessi della persona e costruire percorsi personalizzati di cura e assistenza, evitando frammentazioni e duplicazioni.

Indirizzi Operativi

1. Consolidare il ruolo della SdS come soggetto regista e facilitatore dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari,

Firenze

promuovendo sinergie tra enti pubblici, terzo settore, volontariato e imprese sociali. La SdS deve rappresentare un modello di governance integrata capace di mettere insieme il Distretto sanitario e l'ATS in modo unitario. In questo ruolo, la SdS diventa il perno per garantire equità territoriale, continuità assistenziale e un welfare coeso, capace di rispondere ai bisogni complessi della popolazione.

2. Sviluppare un welfare dinamico e flessibile, capace di adattarsi ai bisogni multiformi della popolazione e di attivare le risorse materiali e immateriali presenti sul territorio.

3. Promuovere una logica circolare e comunitaria, basata su relazioni stabili e collaborative con il territorio

Focus Tematici

Un'attenzione specifica sarà dedicata alla promozione di progetti rivolti alle persone con disabilità, alla sinergia sociale-lavoro e a favorire l'inclusione delle fasce sociali più deboli e a rischio emarginazione.

A) Disabilità – Obiettivo di:

- Valorizzare la centralità della persona e, per quanto riguarda l'infanzia, la centralità della famiglia secondo il principio del Family Centered service, cardine dell'intervento riabilitativo del minore
- Sostenere lo sviluppo delle capacità esistenti e delle potenzialità di crescita
- Favorire il raggiungimento della massima autonomia possibile e il diritto a una vita indipendente

B) Sinergia sociale-lavoro – Obiettivo di:

- Implementare i percorsi socio-lavorativi potenziando l'integrazione sociale delle persone a rischio di povertà o di esclusione, in primis garantendo la continuità di interventi strettamente connessi con attività formative e di avviamento al lavoro di soggetti svantaggiati e persone con disabilità e/o di altre categorie specifiche (ex detenuti o donne vittime di violenza) e a proseguire nelle azioni di sostegno a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità e marginalità.

C) Inclusione fasce sociali più deboli e a rischio emarginazione – Obiettivo di:

- Diversificazione e rafforzamento delle progettualità a favore di minori e adolescenti con problematiche complesse, tra i quali anche i Minori Stranieri Non Accompagnati, al fine di assicurare una risposta adeguata ed integrata ai bisogni di tipo sociale e sanitario.
- Contrasto alla marginalità, ottimizzando la gestione delle emergenze e costruendo percorsi di inclusione attiva, caratterizzati anche da una presa in carico sociosanitaria da parte di equipe multiprofessionali.

++++

Linea Strategica 4 – Amministrazione Condivisa e Co-programmazione

Finalità

Firenze

Rafforzare la partecipazione attiva dei cittadini e delle comunità nella definizione, attuazione e valutazione delle politiche [socio-sanitarie](#). La co-programmazione e la co-progettazione rappresentano strumenti fondamentali per garantire che le politiche pubbliche siano realmente aderenti ai bisogni delle comunità e capaci di valorizzare le risorse locali, promuovendo un welfare generativo e condiviso.

Indirizzi Operativi

1. Governance condivisa

- Costituzione di tavoli permanenti di co-programmazione con cittadini, enti del terzo settore, professionisti sanitari e sociali

2. Metodologia della programmazione

- Promozione di laboratori territoriali per raccogliere idee e bisogni. Attraverso la partecipazione attiva e propositiva degli ETS e degli altri soggetti partecipanti ci si propone di ampliare la conoscenza circa i bisogni e le aspettative di offerta sociale del territorio fiorentino. Ci si propone altresì di delineare il quadro delle offerte potenziali da parte degli ETS in quanto soggetti dotati di esperienza e capacità di soddisfare nel modo più efficace ed economico i bisogni sociali rilevati attraverso gli strumenti del Codice del Terzo Settore e di quelli correlati del Codice dei contratti pubblici

Focus Tematico: Partecipazione Giovanile

La SdS intende promuovere il protagonismo giovanile nella costruzione di una comunità più sana, inclusiva e consapevole, attraverso percorsi educativi, partecipativi e di co-progettazione. La partecipazione giovanile è infatti cruciale per contrastare il disagio attraverso iniziative che offrono spazi di aggregazione, percorsi formativi e supporto al benessere psicofisico, promuovendo il protagonismo e l'acquisizione di competenze. In un momento sociale, in cui gli adolescenti tendono ad isolarsi e a rifugiarsi nel mondo virtuale, risulta particolarmente rilevante promuovere forme di aggregazione e supportare un positivo uso dei social.

Il supporto partecipato alla creazione di sinergie scuola-famiglia per formare docenti e genitori e renderli più efficaci nel riconoscere segnali di disagio e nel costruire percorsi educativi condivisi sarà pertanto fondamentale nell'ottica di fornire un supporto completo ai minori e alle loro famiglie con l'intento di superare i conflitti che vedono contrapposta la famiglia e l'istituzione scolastica, a cui sempre più viene chiesta una grande responsabilità nel percorso educativo degli alunni.

**** degli alunni.

Obiettivi di salute

Elenco obiettivi di salute

1	PARTECIPAZIONE E SVILUPPO DI COMUNITA'
2	ASSISTENZA TERRITORIALE E SANITA' DI PROSSIMITA'
3	INTEGRAZIONE SOCIALE, SOCIOSANITARIA E PERCORSI DI INCLUSIONE
4	PREVENZIONE, PROMOZIONE DELLA SALUTE E DI STILI DI VITA SALUTARI