



PIANO INTEGRATO DI SALUTE 2026

Processo partecipativo

CO-PROGRAMMAZIONE

**Risultati dei 3 tavoli di co-
programmazione**

**ZONA-DISTRETTO AMIATA GROSSETANA,
COLLINE METALLIFERE E GROSSETANA**

Giovani: educazione, prevenzione, opportunità

PRIMO INCONTRO TEMATICO - Report

Biblioteca Chielliana, Grosseto 16.12.2025

Introduzione

Il giorno 16 dicembre 2026 dalle ore 10.00 alle ore 12.30 si è svolto il primo incontro di co-programmazione relativo al tema **Giovani: educazione, prevenzione, opportunità**.

Il tema è stato scelto come significativo perché *la crisi economica e l'emergenza Covid hanno lasciato conseguenze pesanti soprattutto sulla popolazione giovanile, in termini psicologici, di fragilità relazionale e di socialità, favorendo fenomeni di devianza e minore attitudine all'impegno e alla responsabilità. Il tema invita a pensare interventi psicologici, educativi, di prevenzione e di socialità, di opportunità lavorativa per la fascia di popolazione giovanile.*

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Virginia Balbonesi – ARCI Comitato Territoriale Grosseto e Associazione D.O.G. APS
- Alessandra Niccoli – ABIO Grosseto ODV
- Maurizio Marzocchi – ACAT Grosseto Nord
- Carla Camici – ACAT Grosseto Nord
- Emanuela Raponi – Federconsumatori Grosseto e provincia APS
- Eleonora Alfieri – Coop. Solidarietà Quadrifoglio
- Francesca Rossi – Coop. Giocolare
- Laura Turacchi – Uscita di sicurezza
- Luciano Gianluca Calì - Comitato di partecipazione zonale
- Lorena Lorenzoni – Comitato di partecipazione zonale
- Cesare Nigrelli – CISL
- Anna Lupo – CISL
- Nadia Biliotti - CISL

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Marco Costanzo – CoeSO SDS Grosseto
- Elisabetta Mori – CoeSO SDS Grosseto
- Claudia D'angelo – CoeSO SDS Grosseto
- Catia Logini – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Eleonora Paoletti – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Roberto Bartaluce – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Paola Valenzano – SERD – ASL Grosseto
- Valentina Moscadelli – ASL TSE Area dip promozione etica salute

- Guya Monti – ASL TSE A.D. promozione etica salute
- Fabio Falorni – ASL TSE
- Edvige Facchi – ASL TSE
- Loredana Repole – Comune di Grosseto
- Rita Madioni – Liceo Rosmini
- Laura Bozzi – Ufficio Scolastico ambito VII Grosseto
- Cristina Marrani - ARTI

La mattinata si è svolta secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali e relazioni introduttive
- Divisione in tavoli di lavoro, discussione facilitata e compilazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.



I saluti iniziali della direttrice COeSO Tania Barbi

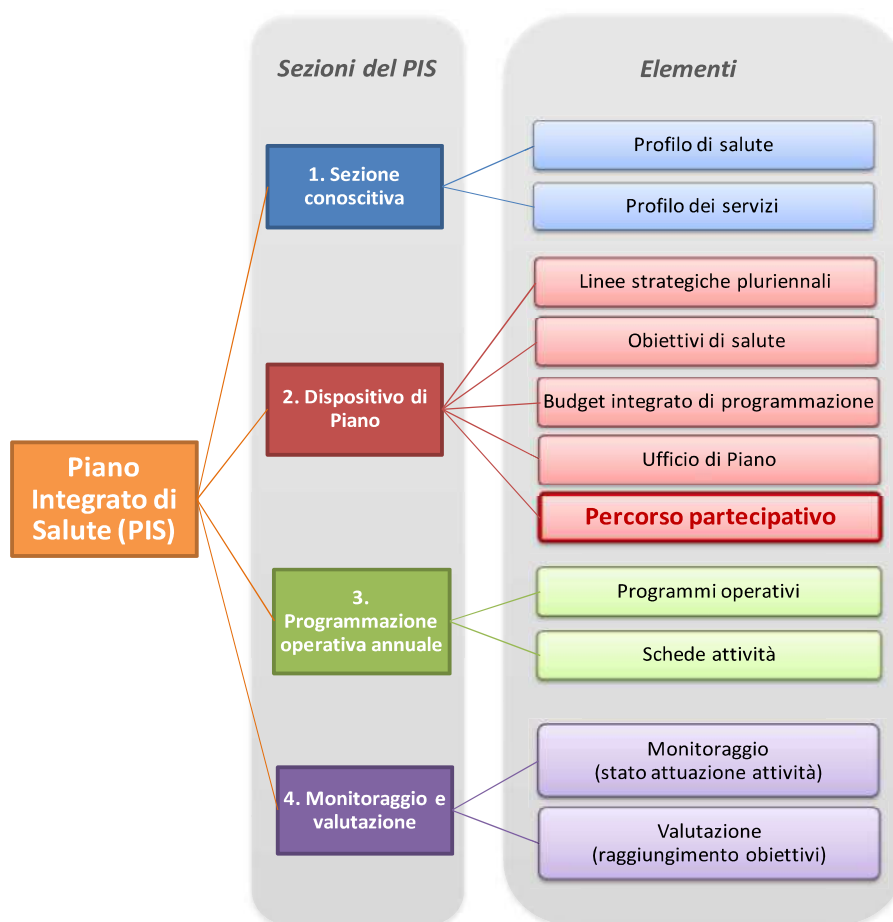
Le relazioni introduttive

Dopo i saluti della Direttrice di zona dott.ssa Tania Barbi, Massimiliano Marcucci (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha illustrato brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato co-programmazione, come un'attività istruttoria attraverso la quale le pubbliche amministrazioni acquisiscono gli interessi e i bisogni rappresentati dagli enti del terzo settore e da altre amministrazioni. Durante questo procedimento, viene elaborato il quadro dei bisogni dell'offerta sociale e vengono assunte eventuali determinazioni. Marcucci ha specificato che si tratta di un vero e proprio **procedimento amministrativo**, tanto che i partecipanti devono firmare un registro delle presenze; tutta la documentazione, inclusi i verbali delle tre co-programmazioni previste, confluirà nel Piano Integrato di Salute (PIS). L'attività viene verbalizzata e si concluderà, dopo una seconda giornata di lavoro a gennaio 2026, con un **documento istruttorio di sintesi** del lavoro svolto.

Marcucci ha poi approfondito il contesto del **Piano Integrato di Salute (PIS)**, definendolo lo strumento principale di **programmazione triennale** integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale. Il PIS deve essere coerente con il **PSSIR - piano sanitario e sociale integrato regionale**, che è stato approvato dal Consiglio regionale il 1° agosto del 2025.

Il PSSIR si articola su sette obiettivi generali:

1. Promuovere la salute in tutte le politiche.
2. Sviluppare l'assistenza territoriale attraverso un sistema integrato.
3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria per le nuove fragilità.
4. Realizzare la circolarità delle reti (ospedaliera e territoriale).
5. Garantire la completezza delle cure.
6. Favorire la trasformazione digitale del sistema sanitario.
7. Appoggiare la transizione ecologica nelle politiche territoriali.

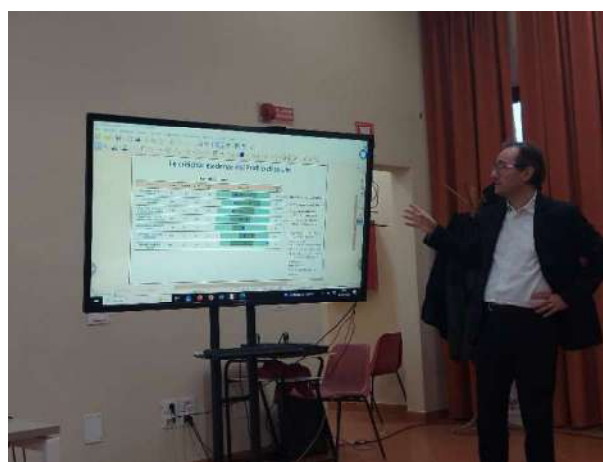


Lo schema dei contenuti del PIS

Il PIS zonale è composto da una sezione conoscitiva (profilo di salute e dei servizi), linee strategiche e obiettivi di salute, e una parte operativa.

La co-programmazione è attuata in base alla Legge Regionale 65/2020 ed è finalizzata a:

- Individuare i bisogni da soddisfare.
- Definire gli interventi necessari.
- Stabilire le modalità di realizzazione e le risorse disponibili.



L'intervento di Massimiliano Marcucci

L'atto di avvio del procedimento ha già individuato e proposto alcuni obiettivi di salute zonali:

- O1. Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita
- O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità
- O3. Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)
- O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)
- O5. Obiettivi trasversali
 - 05a. Digitalizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale
 - 05b. Transizione ecologica, ambiente e salute nelle politiche territoriali
 - 05c. Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa
 - 05d. Programmazione basata su conoscenza, monitoraggio e valutazione

Infine, Marcucci ha presentato e commentato alcuni dati e indicatori riguardanti lo stato di salute dei giovani dell'area territoriale interessata. Le slides sono riportate di seguito.

Le criticità: evidenze dal Profilo di salute

Famiglie e minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale di minori residenti	13,1	13,9	13,7	11,3		15,0
Indice di instabilità matrimoniale	5,9	5,2	5,0	6,8		4,2
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	19,2	22,2	21,6	14,7		30,0
Ragazzi 11-17 anni che subiscono violenza/bullismo	20,2	19,7	18,8	27,7		13,6
Tasso minori in affidamento familiare	1,9	1,8	1,9	0,5		4,0
Tasso minori in struttura residenziale	1,0	1,1	0,7	2,3		0,0
Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa nell'anno	18,7	10,8	11,8	4,1		19,0

Calo della presenza di minori

Assottigliamento reti familiari

Scarsa frequentazione di associazioni/gruppi
1 su 5 dichiara episodi di violenza/bullismo

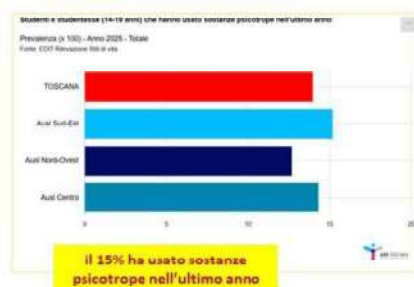
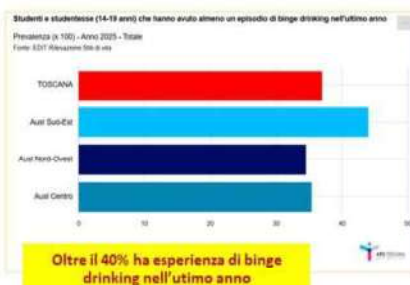
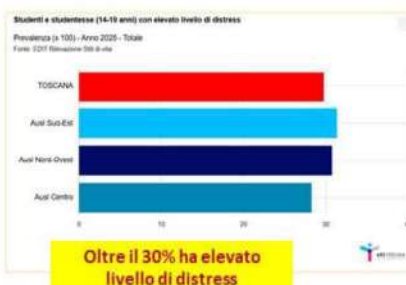
Disagio minorile e familiare:

- > 1.392 minori in carico ai servizi sociali
- > 42 in affidamento familiare
- > 22 in struttura residenziale
- > 419 in educativa domiciliare
- > 749 seguiti con l'Autorità giudiziaria
- > 180 vittime di maltrattamenti, abusi o violenza

Le criticità: evidenze dalle indagini epidemiologiche (AUSL Sud-Est)



**Indagine EDIT 2025
ARS Toscana
Target: 14-19 anni
Livello: AUSL**



Le criticità: evidenze dalle indagini epidemiologiche (COESO Sds)

Coinvolgimento e dipendenze digitali

Cosa emerge?

- Circa un terzo dei giovani denota un alto rischio di dipendenza digitale
- Tale percentuale è diminuita fino alla 2020 (dal 35% al 24%), ma durante la pandemia è aumentata fino al 41%
- Le femmine hanno un rischio di dipendenza digitale più alto rispetto ai maschi (40% contro 33%)
- Circa metà dei giovani afferma di utilizzare lo smartphone più di quanto vorrebbe, il 41% riconosce di non poterne fare a meno



Giovani ad alto rischio di dipendenza digitale



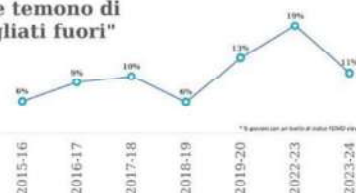
La paura di essere "tagliati fuori"

Cosa emerge?

- La paura di essere "tagliati fuori" misurata dall'indice FOMO è riguarda circa il 10% dei giovani grossetani
- Questa paura è fortemente correlata con le dipendenze digitali: il 29% dei giovani che denotano un alto rischio di dipendenza digitale hanno un indice FOMO elevato, contro il 7% di quelli che hanno un basso livello di dipendenza digitale
- L'indice FOMO ha un andamento oscillante nel tempo ed ha subito un forte incremento durante la pandemia
- Le femmine hanno un indice FOMO mediamente più elevato dei maschi, fattore che spiega in parte la più alta percentuale di ragazze ad alto rischio di dipendenza digitale



Giovani che temono di essere "tagliati fuori"



Le criticità: evidenze dalle indagini epidemiologiche (COESO Sds)



Progetto
«Giovani, alcol e stili di vita»
COESO Sds
Target: 14-19 anni
Livello: zonale

Famiglia, amici, scuola, spazi ricreativi

Cosa emerge?

- La qualità delle relazioni familiari e amicali è generalmente positiva, ma emerge una quota significativa di giovani che riportano difficoltà relazionali.
- Una larga parte dei giovani esprime insoddisfazione per le opportunità ricreative offerte dalla città.
- Una quota rilevante di giovani riferisce stati emotivi negativi persistenti, indicando la necessità di interventi mirati di supporto psicologico.



Consumo di tabacco

Cosa emerge?

- Oltre la metà delle ragazze e dei ragazzi ha provato a fumare
- La quota dei fumatori regolari diminuisce ma rimane comunque elevata (oltre 1/3 dei giovani è coinvolto)
- Si nota una prevalenza delle femmine rispetto ai maschi



Consumo di sostanze psicotrope

Cosa emerge?

- 1/3 dei giovani ha fatto uso di almeno una sostanza psicotropa nell'ultimo anno, ma il trend è in diminuzione
- Il primo approccio avviene mediante cannabis
- La pandemia da Covid 19 è stata per molti un fattore scatenante per l'aumento del consumo



Gioco d'azzardo

Cosa emerge?

- Le ragazze e i ragazzi sembrano abbastanza consapevoli dei rischi dell'azzardo ma permangono alcune convinzioni distorte
- La pervasività dell'offerta di gioco (sia su rete fisica che online) e il bombardamento pubblicitario (soprattutto quello indiretto) sono elementi di forte rischio



Consumo di alcol

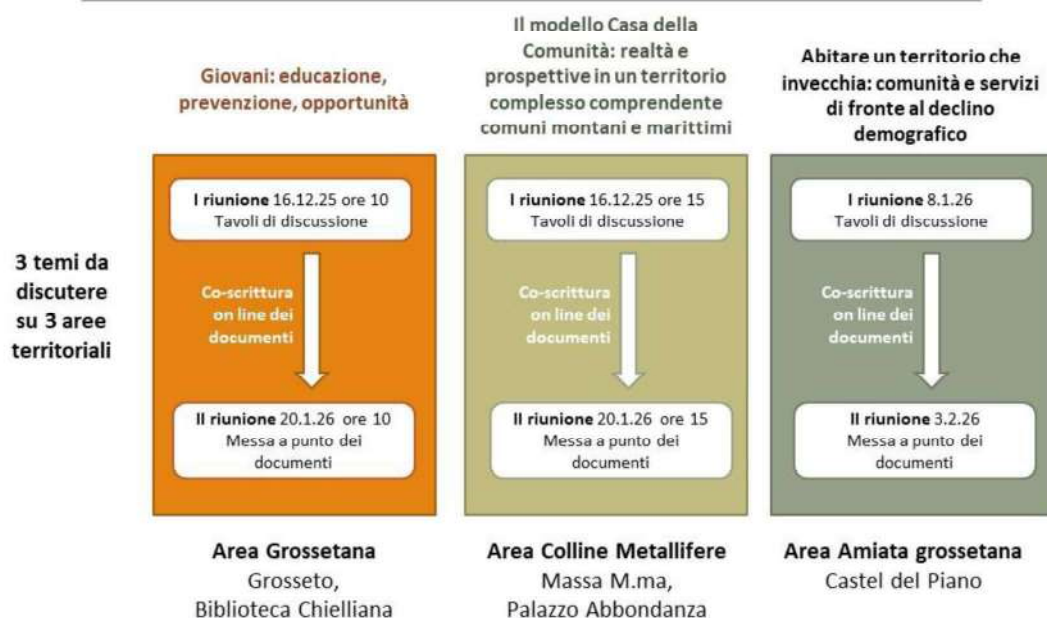
Cosa emerge?

- La grande maggioranza dei giovani consuma alcol e il trend rimane costante nel tempo
- Il primo approccio con l'alcol avviene in famiglia (ai pasti) o con amici
- Quasi la metà si è ubriacata almeno una volta nell'ultimo anno
- Il binge drinking (assunzione di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione) resta abbastanza diffuso

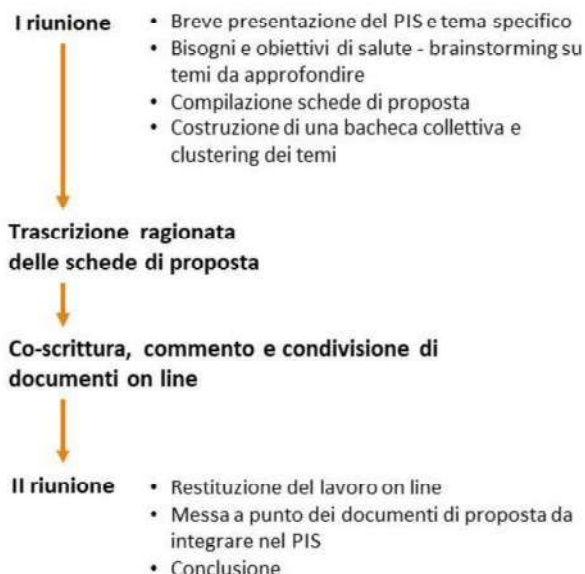


Claudia Casini di Simurg Ricerche, società incaricata di facilitare gli incontri di co-progettazione finalizzati alla redazione del PIS, ha brevemente spiegato come è stato organizzato il percorso e la strutturazione della mattinata.

Il percorso di co-programmazione



Il percorso di co-programmazione



Le riunioni alterneranno momenti di spiegazione e momenti di confronto facilitati; in caso di adesioni numerose i partecipanti saranno suddivisi in più tavoli di confronto così da permettere una interazione efficace e effettiva.



La spiegazione dell'approccio e i tre tavoli di lavoro

Tavoli di lavoro

I partecipanti si sono suddivisi in tre tavoli di lavoro che sono stati gestiti secondo la medesima scaletta:

- Presentazione dei partecipanti
- Brainstorming sul tema
- Individuazione bisogni e obiettivi di salute da approfondire (quante/quali schede)
- Compilazione schede

Lo strumento di lavoro era costituito da una scheda molto semplice nella quale sono stati raccolti i temi discussi e le indicazioni espresse dai partecipanti.

Il tavolo facilitato da Daniele Mirani, ha proposto 1 scheda.

Il tavolo facilitato da Olivia Tersigni, ha proposto 4 schede.

Il tavolo facilitato da Claudia Casini, ha proposto 5 schede.

Dalle schede emerge un quadro piuttosto coerente: il disagio giovanile viene letto come il risultato di più fattori che si rinforzano a vicenda—fragilità familiari, indebolimento delle reti sociali e degli spazi di aggregazione, difficoltà di orientamento e di costruzione del futuro, uso problematico del digitale, fino a comportamenti a rischio e forme di violenza o ritiro. In filigrana, torna spesso l'idea che la risposta non possa essere solo “riparativa” o emergenziale, ma debba combinare prevenzione, presidio territoriale e presa in carico integrata.

Un primo nucleo forte riguarda la genitorialità fragile, soprattutto nella fascia 14–19 anni. I tavoli descrivono famiglie che vivono precarietà economica e lavorativa e faticano ad accompagnare i figli: in alcuni casi con un controllo “calato dall'alto” (decisioni imposte), in altri con un vuoto educativo (mancanza di regole, scarsa capacità di leggere i segnali di disagio). Ne deriva un bisogno di sostegno non solo per i ragazzi ma anche per gli adulti di riferimento. Tra le proposte ricorrono strumenti di prossimità e continuativi: gruppi di supporto alla genitorialità, sportelli e momenti di ascolto (anche in ambito scolastico), e l'idea—molto concreta—di uno psicologo di famiglia nelle Case della Comunità, come punto stabile e accessibile.

Accanto alla dimensione familiare, emerge con forza il tema della socialità: molti contributi insistono sulla carenza di spazi e occasioni di aggregazione “non mediata”, cioè non necessariamente organizzata da scuola o associazioni, e sulla progressiva privatizzazione dello spazio pubblico. A questo si somma la componente territoriale: una provincia estesa e frammentata, con collegamenti non sempre adeguati e scuole spesso concentrate in pochi poli. La mobilità diventa quindi un fattore che incide direttamente sulla possibilità di costruire relazioni e fare esperienze fuori dalla scuola. Le indicazioni vanno verso luoghi polifunzionali, arredo urbano e iniziative culturali/sportive, ma anche verso misure apparentemente semplici e molto operative, come il rafforzamento delle corse degli autobus negli orari critici (uscita da scuola, rientri serali).

Molti tavoli mettono poi a fuoco la questione delle prospettive: la fatica dei giovani a immaginare il futuro e a investire in percorsi lunghi. Si osserva una tensione tra il desiderio di autonomia e la ricerca di gratificazioni rapide, alimentata anche da modelli mediali (successo immediato, influencer, guadagni facili). In questa cornice, l'orientamento non viene inteso solo come scelta scolastica, ma come accompagnamento alla costruzione di un progetto di vita—anche se nelle schede, più che interventi già definiti, emergono soprattutto bisogni e direzioni di lavoro.

Sul versante più critico, compaiono con preoccupazione stili di vita a rischio, devianza e violenza: abbassamento dell'età di alcuni comportamenti problematici, episodi di aggressività anche in contesti scolastici, fenomeni di gruppo (in alcuni contributi definiti come “bande”), consumo di alcol e sostanze, bullismo, abuso delle tecnologie e abbandono scolastico. I tavoli sottolineano che spesso le situazioni più difficili non appartengono necessariamente a famiglie già intercettate dai servizi. Per questo, tra le proposte più ricorrenti c'è l'esigenza di “andare verso” i ragazzi: educativa di strada, presidi itineranti, informagiovani, reti e tavoli permanenti capaci di tenere insieme scuola, sociale e sanitario.

Il messaggio, qui, è che la prevenzione deve essere visibile sul territorio e la presa in carico deve includere anche la famiglia.

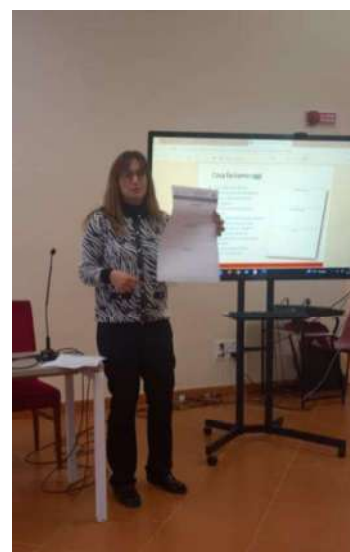
In ambito scolastico si segnala inoltre la crescita di bisogni educativi speciali (BES/DSA/104) e la difficoltà, non sempre colmabile con le risorse attuali, di costruire un'inclusione reale nel gruppo classe. Non è tanto una critica alla scuola, quanto la percezione di un sistema che richiede competenze più diffuse, strumenti condivisi e maggiore continuità tra didattica, educazione e supporto psico-sociale.

Un capitolo trasversale, presente in molte schede, è quello del digitale. Le tecnologie sono descritte come un ambiente quotidiano che incide su autostima, aspettative, relazioni, gestione delle emozioni e perfino sulle dinamiche familiari. Si evidenzia una doppia difficoltà: da un lato i ragazzi, esposti a stress e confronti sociali continui; dall'altro gli adulti, spesso impreparati o a loro volta dipendenti dagli strumenti digitali. La scuola viene rappresentata talvolta come oscillante tra divieto e gestione faticosa. Le proposte puntano su educazione e competenze (life skills, regole sociali, consapevolezza), ma con un'attenzione importante: partire presto, anche dalla fascia 0–6 (informazione e formazione ai genitori già in gravidanza o nei servizi per l'infanzia), e rendere stabile la “cura” (sportelli psicologici e percorsi non legati solo a progetti temporanei).

Le schede sono riportate alla conclusione del documento così come prodotte durante il laboratorio. Alcuni temi sono ricorrenti e verranno accorpati per dare omogeneità e coerenza al documento finale.

Plenaria finale

I tre tavoli hanno relazionato sul lavoro svolto. I facilitatori hanno preso l'impegno di inviare a tutti i presenti un report dettagliato con l'obiettivo di raccogliere dei commenti prima del successivo appuntamento nella seconda metà di gennaio.



La restituzione in plenaria

Schede elaborate ai tavoli

SCHEDA 1	
Bisogno di salute	
La generazione dei genitori dei giovani di fascia 14-19 anni è caratterizzata da una forte precarietà, in particolare nell'ambito lavorativo ed economico. Si registra una difficoltà nelle possibilità di orientamento, da parte dei genitori, nei confronti di ragazzi e ragazze per quanto riguarda le scelte future; la difficoltà si registra sia in eccesso, nei casi in cui l'ambiente familiare tende a calare dall'alto decisioni e prospettive, sia in difetto, nei casi in cui i genitori non riescono a dare una prospettiva ai figli. Anche a fronte di un abbassamento della soglia di età per l'insorgere di comportamenti devianti (già presenti a 12-13 anni), si registra una difficoltà dei genitori a gestire situazioni problematiche (sia emotivamente che pragmaticamente), con una forte difficoltà di ascolto del disagio e di riconoscimento del desiderio che ne è alla base.	
Obiettivo di salute	
RAFFORZAMENTO DEI PERCORSI E DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ RIVOLTI NON SOLO AI CONTESTI FAMILIARI CON BISOGNI SPECIFICI.	
Interventi	
• Prevedere la presenza dello psicologo di famiglia nelle Case della Comunità; • Organizzare attività di gruppo supportate dallo psicologo di famiglia; • Organizzare incontri tematici con le famiglie, coinvolgendo le scuole; • Realizzare l'apertura di sportelli di ascolto nelle scuole, sul modello di quello già realizzato sulla tematica del gioco d'azzardo; • Favorire l'associazionismo tra famiglie; • Limitare l'utilizzo del registro elettronico nella comunicazione scuola-ragazzi-genitori per favorire uno scambio basato sulle interazioni umane.	

SCHEDA 2**Bisogno di salute**

Si registra una carenza di spazi pubblici e momenti aggregativi, che sono spariti rispetto al passato: lo spazio pubblico è oggi caratterizzato da una forte presenza del settore privato, rendendo difficile una sua fruizione spontanea, soprattutto da parte dei giovani.

Il territorio dell'area grossetana si caratterizza come un territorio molto parcellizzato, con pochi capoluoghi che accentrano le possibilità di aggregazione e la presenza dei plessi scolastici; le possibilità di socializzazione fuori scuola sono limitate dalla carenza di collegamenti del TPL.

Obiettivo di salute

RAFFORZAMENTO DELLE OCCASIONI DI SOCIALIZZAZIONE E AGGREGAZIONE SPONTANEA

Interventi

- Progettare spazi pubblici polifunzionali, anche con arredo urbano;
- Organizzare eventi aggregativi (eventi musicali, manifestazioni sportive etc.);
- Aumentare le corse degli autobus, sia in uscita da scuola per il collegamento con i centri più piccoli, sia in generale anche nei capoluoghi per favorire le occasioni di incontro.

SCHEDA 3

Bisogno di salute

Si rileva una difficoltà nell'orientamento dei giovani, dovuto alla mancanza di prospettive future e alla tendenza a ricercare soddisfazioni immediate. Se interrogati sui propri desideri e le proprie prospettive future, i giovani manifestano da un lato un forte senso di inadeguatezza e dall'altro una tendenza a modelli "professionali" caratterizzati da facilità di guadagno e successo mediatico immediato (con assunzione a modello di figure come gli *influencer* e di attività come il *trading* online). I due aspetti sono legati dalla disabitudine ad individuare i propri desideri, alla cui base c'è sempre una mancanza che va identificata per poter progettare la propria vita in una prospettiva futura.

Si rileva inoltre una scarsa disponibilità dei ragazzi a intraprendere percorsi lunghi e che richiedono impegno, sia di tempo che di energie (percorsi formativi lunghi, esami, concorsi, etc.).

Obiettivo di salute

RAFFORZAMENTO DEI DISPOSITIVI DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO E DI ACCOMPAGNAMENTO A PERCORSI FORMATIVI COMPLESSI.

Interventi

Al tavolo non sono stati individuati interventi specifici

SCHEDA 4

Bisogno di salute

Emerge la necessità di limitare l'utilizzo dei social, e più in generale dei dispositivi, in quanto fonte di stress e creazione di false aspettative o false incombenze (come ad esempio l'urgenza di rispondere ai messaggi in tempo reale).

Obiettivo di salute

EDUCAZIONE ALL'UTILIZZO CONSAPEVOLE E GESTIONE DEI DISPOSITIVI, A PARTIRE SOPRATTUTTO DAGLI ADULTI.

Interventi

Al tavolo non sono stati individuati interventi specifici

SCHEDA 5

Bisogno di salute

Per una corretta valutazione dei “bisogni di salute del territorio” è per prima cosa necessario allargare il target di analisi delle dinamiche giovanili che dovrebbe essere compreso tra 11 e 40 anni.

Nella città di Grosseto, si assiste alla formazione di bande criminali di minori che manifestano stili di vita molto pericolosi attraverso uso di alcol, uso di doghe, maltrattamenti, bullismo, difficoltà relazionali, uso smodato delle tecnologie e abbandono scolastico.

Molto spesso i protagonisti di questi episodi sono ragazzi italiani provenienti da famiglie grossetane. Questi giovani purtroppo, soprattutto negli ultimi tempi, non sono figure marginali ma diventano veri e propri punti di riferimento negativi all'interno dei gruppi di coetanei, innescando pericolosi meccanismi di emulazione (peer to peer in negativo).

Influisce molto la mancanza di spazi ricreativi, mancanza di lavoro, autonomia, genitorialità debole, uso di alcol e stili di vita molto rischiosi.

Il fatto che questi ragazzi appartengano a famiglie radicate nel tessuto grossetano dovrebbe essere un vantaggio per intervenire efficacemente con interventi mirati e risolutivi.

Purtroppo tutto questo non avviene non tanto per mancanza di idee ma dall'assenza di un coordinamento reale dei progetti. Sul territorio nascono molti progetti che però restano isolati, senza parlarsi. I partecipanti al tavolo sostengono che senza una regia comune che unisca queste forze frammentate, non si riuscirà mai a arginare efficacemente nel tempo queste problematiche.

Obiettivo di salute

RAFFORZARE E COORDINARE I PERCORSI ED I PROGETTI SUGLI STILI DI VITA SANI RIVOLTI SIA AI GENITORI CHE AI RAGAZZI, CREANDO UNA RETE DI INTERVENTO CHE RIESCA A TRASFORMARE LE ATTIVITA' DEI SINGOLI PROGETTI DA SERVIZI A BENI COMUNI, NELLA LOGICA DELL'AMMINISTRAZIONE CONDIVISA.

Interventi

- Attivazione dell'educativa di strada per intercettare i giovani nei luoghi informali
- Rafforzare i percorsi di sostegno alle famiglie attraverso l'attivazione di gruppi sulla genitorialità
- Creazione di un tavolo permanente di coordinamento delle iniziative e di un network che si occupa di giovani
- Apertura di informa-giovani come l'esperienza del Comune di Arezzo.
- Utilizzo di camper itineranti: si potrebbe chiedere al tavolo con la Prefettura l'uso dei mezzi abbandonati e sequestrati da utilizzare in questo senso.

SCHEDA 6	
Bisogno di salute	
Si registra un numero sempre maggiore di episodi di violenza giovanile anche in ambito scolastico, con comportamenti distruttivi nei confronti degli oggetti e degli altri. Spesso questi ragazzi vivono la violenza prima di tutto in famiglia, anche se non si tratta di nuclei familiari apparentemente problematici o bisognosi di presa in carico.	
Obiettivo di salute	
PRESA IN CARICO DEI RAGAZZI CHE MANIFESTANO VIOLENZA, INSIEME ALLE LORO FAMIGLIE.	
Interventi	
Al tavolo non sono stati individuati interventi specifici	

SCHEDA 7	
Bisogno di salute	
Nonostante la diminuzione della popolazione scolastica, aumenta sempre di più il numero di bambini e ragazzi con certificazioni BES e DSA, oltre che 104. Ognuno di loro ha esigenze di apprendimento specifiche e non tutti gli insegnanti sono in grado di assecondarle. Spesso è difficoltoso anche far comprendere alla classe le motivazioni del diverso trattamento di alcuni compagni, creando barriere alla reale inclusione.	
Obiettivo di salute	
LAVORARE ALL'INTERNO DEI CONTESTI SCOLASTICI SULL'INCLUSIONE DEI BAMBINI E DEI RAGAZZI CERTIFICATI CON STRUMENTI MAGGIORMENTE EFFICACI DI QUELLI CHE SI USANO ATTUALMENTE.	
Interventi	
Al tavolo non sono stati individuati interventi specifici	

SCHEDA 8

Bisogno di salute

Aumentano i problemi connessi alla dipendenza digitale dei ragazzi e dei genitori.

C'è scarsa consapevolezza sul problema da parte dei ragazzi, che spesso rifiutano le alternative che vengono loro proposte dagli adulti, perché dovrebbero trovarle da soli; molti di loro non sanno cosa desiderano e di cosa hanno davvero bisogno, bisogna "lavorare sul desiderio" rendendoli protagonisti.

Al momento la risposta dell'istituzione scolastica è quella del divieto, mentre sarebbe opportuno fare educazione al digitale; la risposta delle famiglie è invece spesso carente perché i genitori non hanno le competenze per accompagnare i figli nell'uso del digitale fin da piccoli.

L'esposizione scorretta (precoce e eccessiva) al digitale genera problemi anche dal punto di vista della sfera affettivo-sessuale e della dipendenza dal gioco d'azzardo on line.

Obiettivo di salute

PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE AL DIGITALE E RAFFORZAMENTO DELLA PREVENZIONE ALLA DIPENDENZA DIGITALE PATOLOGICA RIEMPIENDO IL VUOTO DI ALTERNATIVE, COINVOLGENDO SCUOLE E FAMIGLIE E ALTRE AGENZIE FORMATIVE (CHE DEVONO ESSERE TUTTE COERENTI TRA LORO), RINFORZANDO ANCHE LE LIFE SKILLS E LA PERCEZIONE DELLE REGOLE SOCIALI.

Interventi

- Formazione e coinvolgimento attivo dei ragazzi
- Formazione ai genitori in tempi più precoci possibile (già ai corsi pre-parto, poi al nido e alle scuole dell'infanzia)
- Aumento del numero di scuole che aderiscono ai corsi sulle dipendenze digitali già proposti da ASL TSE

SCHEDA 9	
Bisogno di salute	
	Aumentano i problemi connessi alla dipendenza digitale dei ragazzi e dei genitori.
Obiettivo di salute	
	RAFFORZAMENTO DEL SUPPORTO ALLA DIPENDENZA DIGITALE PATOLOGICA SIA NELLA FASE DI RICONOSCIMENTO DEL PROBLEMA, CHE NELLA FASE DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI, CHE NELLA FASE DI SUPPORTO PSICOLOGICO.
Interventi	
	• Corsi di formazione ai pediatri • Dare continuità ai progetti di sportello psicologico gratuito, svincolandosi dai fondi PNRR e programmando correttamente i tempi di attivazione rispetto all'anno scolastico

SCHEDA 10	
Bisogno di salute	
	Aumenta il numero di ragazzi che non riescono ad andare a scuola e fanno richiesta della didattica domiciliare. Si tratta di casi di isolamento sociale spesso connessi a disturbi alimentari (per le ragazze) o dipendenze digitali (per i ragazzi). E' necessario approfondire l'analisi dei dati, perché non si può far riferimento solo al dato dell'abbandono scolastico.
Obiettivo di salute	
	INDIVIDUAZIONE PRECOCE E SUPPORTO AI RAGAZZI CHE SOFFRONO DI ISOLAMENTO SOCIALE E RIFIUTANO LA FREQUENZA SCOLASTICA.
Interventi	
	Al tavolo non sono stati individuati interventi specifici

Giovani: educazione, prevenzione, opportunità

SECONDO INCONTRO TEMATICO - Report

Biblioteca Chielliana, Grosseto 20.1.2026

Introduzione

Il giorno 20 Gennaio 2026 dalle ore 9,30 alle ore 12.30 si è svolto il secondo incontro di co-programmazione relativo al tema **Giovani: educazione, prevenzione, opportunità**.

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Virginia Balbonesi – ARCI Comitato Territoriale Grosseto e Associazione D.O.G. APS
- Alessandra Niccoli – ABIO Grosseto ODV
- Maurizio Marzocchi – ACAT Grosseto Nord
- Emanuela Raponi – Federconsumatori Grosseto e provincia APS
- Lucia Biondi – Coop. Giocolare
- Francesca Rossi – Coop. Giocolare
- Laura Turacchi – Uscita di sicurezza
- Cesare Nigrelli – CISL
- Anna Lupo – CISL
- Nadia Biliotti - CISL

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Elisabetta Mori – CoeSO SDS Grosseto
- Maria Cristina Pompa - ASL TSE
- Catia Logini – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Eleonora Paoletti – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Roberto Bartalucci – ASL TSE area dip. Promozione salute
- Francesco Baccelli – ASL TSE
- Edvige Facchi – ASL TSE
- Francesco Cassisa – Ufficio Scolastico ambito VII Grosseto
- Cristina Marrani - ARTI

La mattinata si è svolta secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali, presentazione delle schede sviluppate e delle modalità di lavoro
- Divisione in tavoli di lavoro e integrazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.

Le relazioni introduttive

Massimiliano Marcucci (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha ripercorso brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato del percorso di co-programmazione sul PIS.

Olivia Tersigni ha invece presentato una sintesi del lavoro svolto il 16 dicembre: le tematiche ricorrenti e le schede nello specifico, che sono state poi integrate nelle settimane successive come documento condiviso online.

Tavoli di lavoro

I partecipanti si sono suddivisi in quattro tavoli di lavoro e hanno preso in carico alcune schede da approfondire, a seconda dei loro interessi e delle loro competenze.

Plenaria finale

I tavoli hanno infine relazionato sul lavoro svolto in plenaria.



Le relazioni introduttive

Cosa è emerso dai tavoli del 16 dicembre

Genitorialità fragile e
difficoltà di orientamento

Mancanza di luoghi e
occasioni di
socializzazione spontanea
e frammentarietà del
territorio

Assenza di prospettive
future solide e difficoltà a
definire un progetto di
vita

Emergenza in fasce di età
sempre più basse di
fenomeni di devianza,
violenza e stili di vita a
rischio

Aumento nelle scuole di
bisogni educativi speciali

Rischio elevato di
dipendenza digitale in
tutte le fasce di età

Un sunto dei temi discussi nel primo laboratorio



I tavoli di lavoro



La restituzione in plenaria

Schede integrate ai tavoli

SCHEDA 1	
Bisogno di salute	
La generazione dei genitori dei giovani di fascia 14-19 anni è caratterizzata da una forte precarietà, in particolare nell'ambito lavorativo ed economico. Si registra una difficoltà nelle possibilità di orientamento, da parte dei genitori, nei confronti di ragazzi e ragazze per quanto riguarda le scelte future; la difficoltà si registra sia in eccesso, nei casi in cui l'ambiente familiare tende a calare dall'alto decisioni e prospettive, sia in difetto, nei casi in cui i genitori non riescono a dare una prospettiva ai figli. Anche a fronte di un abbassamento della soglia di età per l'insorgere di comportamenti devianti (già presenti a 12-13 anni), si registra una difficoltà dei genitori a gestire situazioni problematiche (sia emotivamente che pragmaticamente), con una forte difficoltà di ascolto del disagio e di riconoscimento del desiderio che ne è alla base.	
Obiettivo di salute	
RAFFORZAMENTO DEI PERCORSI E DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ RIVOLTI NON SOLO AI CONTESTI FAMILIARI CON BISOGNI SPECIFICI.	
Interventi	
● Prevedere la presenza dello psicologo di famiglia nelle Case della Comunità; viene notato che lo psicologo di famiglia è già presente sul territorio come progetto sperimentale, ma deve ancora implementare le attività di gruppo. ● Organizzare attività di gruppo supportate dallo psicologo di famiglia; ● Organizzare incontri tematici con le famiglie, coinvolgendo le scuole; ● Realizzare l'apertura di sportelli di ascolto nelle scuole, sul modello di quello già realizzato sulla tematica del gioco d'azzardo; ● Favorire l'associazionismo tra famiglie; ● Predisporre moduli di supporto alla genitorialità in gruppo stratificato per età e in ottica comunitaria, superando gli eventi "calati dall'alto" a favore di momenti di aggregazione (gruppi di lettura, laboratori di cucina, teatro) tra USL, terzo settore, scuola e servizi sociali; ● Inserimento nel piano curriculare a partire dalla scuola media di primo grado la materia della "educazione all'utilizzo della tecnologia dell'informazione e della comunicazione digitale" ● Limitare l'utilizzo del registro elettronico nella comunicazione scuola-ragazzi-genitori per favorire uno scambio basato sulle interazioni umane.	

- favorire attività di integrazione e socializzazione famiglie straniere anche con il rafforzamento dei corsi di lingua italiana per consentire una partecipazione attiva, consapevole ed informata;
- Strutturare spazi inter-servizi per evitare che i professionisti lavorino in compartimenti stagni (salute mentale, consultorio, SERD e anche con servizio sociale, terzo settore e scuole). L'obiettivo è una presa in carico in ottica di comunità educante, ottimizzando le risorse e progettando "con" le persone e non solo "per" loro. Per una promozione di un benessere nella fase adolescenziale (spazi di gruppo flessibile) es. approccio dialogo aperto.
- Strutturare momenti formativi rivolti agli adulti (genitori, insegnanti, volontari, operatori) per coltivare il concetto di comunità educante;
- Utilizzare spazi urbani come le biblioteche anziché i luoghi della salute mentale per evitare lo stigma sociale;
- Orientare una presa in carico nei servizi più in ottica familiare e comunitaria superando una visione individuale dei sintomi ed individualista;
- Investire maggiormente su prevenzione e promozione, pensando a finanziamenti e fondi dedicati;
- Costituire una cabina di regia permanente per non disperdere le iniziative.

SCHEDA 2

Bisogno di salute

Si registra una carenza di spazi pubblici e momenti aggregativi, che sono spariti rispetto al passato: lo spazio pubblico è oggi caratterizzato da una forte presenza del settore privato, rendendo difficile una sua fruizione spontanea, soprattutto da parte dei giovani.

Il territorio dell'area grossetana si caratterizza come un territorio molto parcellizzato, con pochi capoluoghi che accentrano le possibilità di aggregazione e la presenza dei plessi scolastici; le possibilità di socializzazione fuori scuola sono limitate dalla carenza di collegamenti del TPL.

Obiettivo di salute

RAFFORZAMENTO DELLE OCCASIONI DI SOCIALIZZAZIONE E AGGREGAZIONE SPONTANEA

Interventi

- Progettare spazi pubblici polifunzionali, anche con arredo urbano;
- Organizzare eventi aggregativi (eventi musicali, manifestazioni sportive etc.);

- Aumentare le corse degli autobus, sia in uscita da scuola per il collegamento con i centri più piccoli, sia in generale anche nei capoluoghi per favorire le occasioni di incontro.

SCHEDA 3

Bisogno di salute

Si rileva una difficoltà nell'orientamento dei giovani, dovuto alla mancanza di prospettive future e alla tendenza a ricercare soddisfazioni immediate. Se interrogati sui propri desideri e le proprie prospettive future, i giovani manifestano da un lato un forte senso di inadeguatezza e dall'altro una tendenza a modelli "professionali" caratterizzati da facilità di guadagno e successo mediatico immediato (con assunzione a modello di figure come gli *influencer* e di attività come il *trading* online). I due aspetti sono legati dalla disabitudine ad individuare i propri desideri, alla cui base c'è sempre una mancanza che va identificata per poter progettare la propria vita in una prospettiva futura.

Si rileva inoltre una scarsa disponibilità dei ragazzi a intraprendere percorsi lunghi e che richiedono impegno, sia di tempo che di energie (percorsi formativi lunghi, esami, concorsi, etc.).

Il mondo del lavoro è ostile e frammentato, esistono tante tipologie contrattuali, i ragazzi lo percepiscono come un campo di possibile sfruttamento con poche sicurezze. Per questo probabilmente i ragazzi sono demotivati nell'intraprendere percorsi formativi impegnativi, date le scarse prospettive. Inoltre ci potrebbe essere una mancanza di conoscenza delle opportunità lavorative, già a partire dalle scuole.

Obiettivo di salute

RAFFORZAMENTO DEI DISPOSITIVI DI ORIENTAMENTO LAVORATIVO E DI ACCOMPAGNAMENTO A PERCORSI FORMATIVI COMPLESSI.

Interventi

Interventi nelle Scuole

- Potenziare i **PCTO (alternanza scuola-lavoro)**, sia in termini di durata che di struttura, considerandoli non solo come adempimento burocratico ma potenziandone le funzioni di acquisizione di competenze trasversali e l'orientamento; sarebbe importantissimo prevedere la riflessione successiva e il monitoraggio da parte di psicologi, per lavorare sulla consapevolezza e sulle competenze minime acquisite.
- Organizzare "open day" aziendali per far riscoprire mestieri artigianali e manifatturieri.
- Tirocini formativi-stage su tutte le scuole

- Partecipazione dei servizi territoriali, sia sociali che per il lavoro, ai consigli d'istituto e ai momenti di programmazione didattica delle scuole e delle università.
- collaborazione con centri impiego per informazione ed orientamento
- creazione o potenziamento di sportelli di orientamento nelle scuole con la presenza di professionisti specializzati in materia
- Potenziamento dei percorsi universitari sul territorio e ampliamento dell'offerta formativa locale tramite finanziamenti mirati.

Dialogo con la politica

Rafforzamento della rete tra scuole, CPI, sindacati, servizi sociali e sanitari, terzo settore per esercitare una unitarietà di richieste e proposte anche alle forze politiche sulla contrattazione a scala locale e sovra-locale. Si può lavorare anche sulla contrattazione integrativa.

Aziende

interventi di informazione/ sensibilizzazione all'interno dei contesti aziendali su opportunità di inserimento formativo/professionale dei giovani

Genitorialità

È emerso quanto le aspettative o l'eccessiva protezione dei genitori influenzino (spesso negativamente o creando fragilità) le scelte professionali dei figli; servono quindi interventi sulla genitorialità anche in questa fase di transizione al lavoro.

SCHEDA 5

Bisogno di salute

È necessario allargare il target di analisi delle dinamiche giovanili (11-40 anni)

A Grosseto si assiste alla formazione di bande criminali di minori che manifestano stili di vita molto pericolosi attraverso uso di alcol, uso di sostanze, maltrattamenti, bullismo, difficoltà relazionali, uso smodato delle tecnologie, emulazione (peer to peer in negativo) e abbandono scolastico.

Influisce molto la mancanza di spazi ricreativi, mancanza di lavoro, autonomia, genitorialità debole, uso di alcol e stili di vita molto rischiosi.

Sul territorio vengono sviluppati molti progetti che non dialogano tra loro.

Molto spesso i protagonisti di questi episodi sono ragazzi italiani provenienti da famiglie grossetane. Questi giovani purtroppo, soprattutto negli ultimi tempi, non sono figure

marginali ma diventano veri e propri punti di riferimento negativi all'interno dei gruppi di coetanei, innescando pericolosi meccanismi di emulazione (peer to peer in negativo).

Influisce molto la mancanza di spazi ricreativi, mancanza di lavoro, autonomia, genitorialità debole, uso di alcol e stili di vita molto rischiosi.

Il fatto che questi ragazzi appartengano a famiglie radicate nel tessuto grossetano dovrebbe essere un vantaggio per intervenire efficacemente con interventi mirati e risolutivi.

Purtroppo tutto questo non avviene non tanto per mancanza di idee ma dall'assenza di un coordinamento reale dei progetti. Sul territorio nascono molti progetti che però restano isolati, senza parlarsi. I partecipanti al tavolo sostengono che senza una regia comune che unisca queste forze frammentate, non si riuscirà mai a arginare efficacemente nel tempo queste problematiche.

Obiettivo di salute

RAFFORZARE E COORDINARE I PERCORSI ED I PROGETTI SUGLI STILI DI VITA SANI RIVOLTI SIA AI GENITORI CHE AI RAGAZZI, CREANDO UNA RETE DI INTERVENTO CHE RIESCA A TRASFORMARE LE ATTIVITA' DEI SINGOLI PROGETTI DA SERVIZI A BENI COMUNI, NELLA LOGICA DELL'AMMINISTRAZIONE CONDIVISA.

Interventi

- Attivazione dell'educativa di strada per intercettare i giovani nei luoghi informali
- Rafforzare i percorsi di sostegno alle famiglie attraverso l'attivazione di gruppi sulla genitorialità
- Creazione di un tavolo permanente di coordinamento delle iniziative e di un network che si occupa di giovani
- Apertura di informa-giovani (come quello di Arezzo). Gli operatori necessitano di una formazione meno accademica e più calata sulla quotidianità, includendo lo sviluppo neurologico dell'adolescente, i modi di comunicare dei ragazzi (slang) e il modo di utilizzo delle sostanze.
- Prevedere interventi più puntuali di presa in carico da parte della neuropsichiatria con percorsi mirati per adolescenti con bisogni conclamati o potenziali aiutare i nuclei familiari ed i ragazzi a valorizzare l'ascolto di se stessi e dei reali bisogni
- Utilizzare lo sport come luogo di socializzazione positivo e prevenzione tramite interventi che facilitano l'accesso e la partecipazione. Valorizzare sport, musica e associazionismo come alternative positive. Viene proposta una formazione trasversale per tutti gli "adulti educanti" (allenatori, catechisti, baristi), affinché sappiano accogliere e orientare i ragazzi senza "bollarli" come difficili.
- Rafforzare gli spazi giovanili multifunzionali in cui ricevere informazioni sul lavoro gioco libri; creazione di un hub giovanile.

- Utilizzo di camper itineranti: si potrebbe chiedere al tavolo con la prefettura l'uso dei mezzi abbandonati e sequestrati da utilizzare in questo senso.
- Progettare percorsi specifici su intelligenza emotiva ed educazione sessuale e all'affettività: le attività puntiformi possono diventare strutturate nei programmi scolastici. Oltre la scuola servono anche attività esterne di educativa di strada su questi temi.
- Sostenere i genitori disorientati con psicoterapia mirata affinché tornino a essere una risorsa per i figli. Il servizio pubblico deve poter accogliere dubbi e "intuizioni" delle famiglie prima che il problema diventi conclamato (evitando diagnosi immediate o lunghe attese).

SCHEDA 6

Bisogno di salute

Si registra un numero sempre maggiore di episodi di violenza giovanile anche in ambito scolastico, con comportamenti distruttivi nei confronti degli oggetti e degli altri.

Spesso questi ragazzi vivono la violenza prima di tutto in famiglia, anche se non si tratta di nuclei familiari apparentemente problematici o bisognosi di presa in carico.

Obiettivo di salute

PRESA IN CARICO DEI RAGAZZI CHE MANIFESTANO VIOLENZA, INSIEME ALLE LORO FAMIGLIE

Interventi

- Gestione vs Prevenzione a scuola

Supporto ai contesti scolastici in interventi di prevenzione e gestione del fenomeno, con il coinvolgimento delle famiglie e dei servizi sociali e sanitari. Il gruppo ha sollevato un punto interrogativo sul coinvolgimento delle forze dell'ordine, per alcuni auspicato e per altri no; alcuni infatti hanno sottolineato che spesso intervengono solo sulla "gestione" del fenomeno (l'atto compiuto) piuttosto che sulla sua prevenzione. È stato evidenziato che concentrarsi solo sull'atto violento, senza guardare la storia e le relazioni precedenti, non cura né previene il problema.

- Vedi interventi scheda 1 (diluire e prevenire, in contesti non esclusivamente riservati per prevenire lo stigma).
- Favorire la formazione di operatori, insegnanti e cittadini, per poter leggere il fenomeno violenza nel contesto sociale e relazionale non come sintomo a se stante.

- Introdurre moduli di educazione emotiva ed affettiva fin dalla prima infanzia senza aspettare l'adolescenza, periodo in cui ci si concentra spesso solo sui rischi sessuali o di gravidanza
- Utilizzare i corsi di preparazione al parto per fare educazione emotiva e sintonizzazione genitoriale, evitando che ansie e paure creino gap relazionali futuri.
- Creare spazi di confronto e riflessione rispetto ai momenti di crisi (insegnanti, genitori, giovani) vedendo il momento critico in termini costruttivi ed evolutivi
- Trovare finanziamenti e fondi ad hoc

SCHEDA 7

Bisogno di salute

Nonostante la diminuzione della popolazione scolastica, aumenta sempre di più il numero di bambini e ragazzi con certificazioni BES e DSA, oltre che 104. Ognuno di loro ha esigenze di apprendimento specifiche e non tutti gli insegnanti sono in grado di assecondarle.

Spesso è difficoltoso anche far comprendere alla classe le motivazioni del diverso trattamento di alcuni compagni, creando barriere alla reale inclusione.

Obiettivo di salute

LAVORARE ALL'INTERNO DEI CONTESTI SCOLASTICI SULL'INCLUSIONE DEI BAMBINI E DEI RAGAZZI CERTIFICATI CON STRUMENTI MAGGIORMENTE EFFICACI DI QUELLI CHE SI USANO ATTUALMENTE.

Interventi

- Implementare la formazione del personale scolastico (docenti e ATA) per la gestione sia dei ragazzi con certificazioni, sia di quelli non certificati per i quali si pongono problematiche di altro genere (come violenza, comportamenti devianti, dipendenza).
- In determinati contesti geografici e sociali valutati come più a rischio, prevedere procedure e strumenti per rendere automatici standard il riconoscimento e l'intervento anche con progetti formativi specifici.
- Prevedere il supporto di personale qualificato in collaborazione con altri enti, servizi sociali in primis
- Coinvolgere i genitori nella comprensione delle motivazioni del diverso trattamento, che non è un privilegio ma una necessità di inclusione

SCHEDA 4 + 8

Bisogno di salute

Aumentano i problemi connessi alla dipendenza digitale dei ragazzi e dei genitori.

Emerge la necessità di limitare l'utilizzo dei social, e più in generale dei dispositivi, in quanto fonte di stress e creazione di false aspettative o false incombenze (come ad esempio l'urgenza di rispondere ai messaggi in tempo reale).

C'è scarsa consapevolezza sul problema da parte dei ragazzi, che spesso rifiutano le alternative che vengono loro proposte dagli adulti, perché dovrebbero trovarle da soli; molti di loro non sanno cosa desiderano e di cosa hanno davvero bisogno, bisogna "lavorare sul desiderio" rendendoli protagonisti.

Al momento la risposta dell'istituzione scolastica è quella del divieto, mentre sarebbe opportuno fare educazione al digitale; la risposta delle famiglie è invece spesso carente perché i genitori non hanno le competenze per accompagnare i figli nell'uso del digitale fin da piccoli.

L'esposizione scorretta (precoce e eccessiva) al digitale genera problemi anche dal punto di vista della sfera affettivo-sessuale e della dipendenza dal gioco d'azzardo on line.

Obiettivo di salute

PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE AL DIGITALE E RAFFORZAMENTO DELLA PREVENZIONE ALLA DIPENDENZA DIGITALE PATOLOGICA RIEMPIENDO IL VUOTO DI ALTERNATIVE, COINVOLGENDO SCUOLE E FAMIGLIE E ALTRE AGENZIE FORMATIVE (CHE DEVONO ESSERE TUTTE COERENTI TRA LORO), RINFORZANDO ANCHE LE LIFE SKILLS E LA PERCEZIONE DELLE REGOLE SOCIALI.

RAFFORZAMENTO DEL SUPPORTO ALLA DIPENDENZA DIGITALE PATOLOGICA SIA NELLA FASE DI RICONOSCIMENTO DEL PROBLEMA, CHE NELLA FASE DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI, CHE NELLA FASE DI SUPPORTO PSICOLOGICO.

Interventi

- Formazione e coinvolgimento attivo dei ragazzi
- Formazione ai genitori in tempi più precoci possibile (già ai corsi pre-parto, poi al nido e alle scuole dell'infanzia)
- Aumento del numero di scuole che aderiscono ai corsi sulle dipendenze digitali già proposti da ASL TSE
- In generale, interventi nelle scuole sui rischi dell'utilizzo dei social, con esempi/storie concrete
- Corsi di formazione ai pediatri
- Dare continuità ai progetti di sportello psicologico gratuito, svincolandosi dai fondi PNRR e programmando correttamente i tempi di attivazione rispetto all'anno scolastico
- Eventi periodici rivolti a scuole e cittadinanza

--

SCHEDA 10	
Bisogno di salute	
Aumenta il numero di ragazzi che non riescono ad andare a scuola e fanno richiesta della didattica domiciliare. Si tratta di casi di isolamento sociale spesso connessi a disturbi alimentari (per le ragazze) o dipendenze digitali (per i ragazzi). E' necessario approfondire l'analisi dei dati, perché non si può far riferimento solo al dato dell'abbandono scolastico.	
Obiettivo di salute	
INDIVIDUAZIONE PRECOCE E SUPPORTO AI RAGAZZI CHE SOFFRONO DI ISOLAMENTO SOCIALE E RIFIUTANO LA FREQUENZA SCOLASTICA.	
Interventi	
• Implementare le relazioni tra scuole e servizi sociali ed enti preposti, per distinguere situazioni di abbandono scolastico vero e proprio da mancata frequenza dovuta a isolamento sociale o diverse patologie. • Sensibilizzare e promuovere formazioni specifiche di pediatri e MMG per l'individuazione di patologie che portano all'isolamento sociale o su disturbi alimentari e dipendenze digitali.	

Il modello Casa della Comunità: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi

PRIMO INCONTRO TEMATICO - Report

Palazzo Abbondanza, Massa Marittima 16.12.2025

Introduzione

Il giorno 16 dicembre 2026 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 si è svolto il primo incontro di co-programmazione relativo al tema **Il modello Casa della Comunità: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi**.

Il tema è stato scelto come significativo perché la Casa della Comunità è un modello innovativo che prevede la presa in carico socio-sanitaria della persona, attraverso il lavoro di un team interdisciplinare: i servizi sanitari e sociali collaborano in modo integrato per rispondere in maniera coordinata e continuativa ai bisogni di salute e benessere delle persone. A partire dalla situazione odierna, il tema invita a riflettere sulle modalità del servizio che sarà erogato ai cittadini.

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Carla Gucci- ENTE MANCANTE
- Anna Guarguaglini- Croce Rossa Comitato Follonica
- Rosanna Speltri- Giocolare Cooperativa Sociale Firenze
- Claudio Salvadori- Croce Rossa Monterotondo Marittimo
- Elisa Maggi- Arcobaleno Cooperativa Sociale
- Alfio Nannini- F.N.P CISL
- Carlo Cianchi- Croce Rossa Monterotondo
- Linda Beoni- Giocolare Società Cooperativa Sociale
- Cesare Nigrelli- CISL
- Renzo Mariani- Arcobaleno Cooperativa

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Elisabetta Mori- Coeso SDS
- Marco Costanzo- SDS GR Coeso
- Michela Bernardini- COeSO SDS
- Maria Maddalena Ronchi- ASL Toscana Sud Est
- Luigi Quattrucci- ASL Toscana Sud Est

- Carla Gemiottini- ASL Toscana Sud Est

Il pomeriggio si è svolto secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali e relazioni introduttive
- Divisione in tavoli di lavoro, discussione facilitata e compilazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.

Le relazioni introduttive

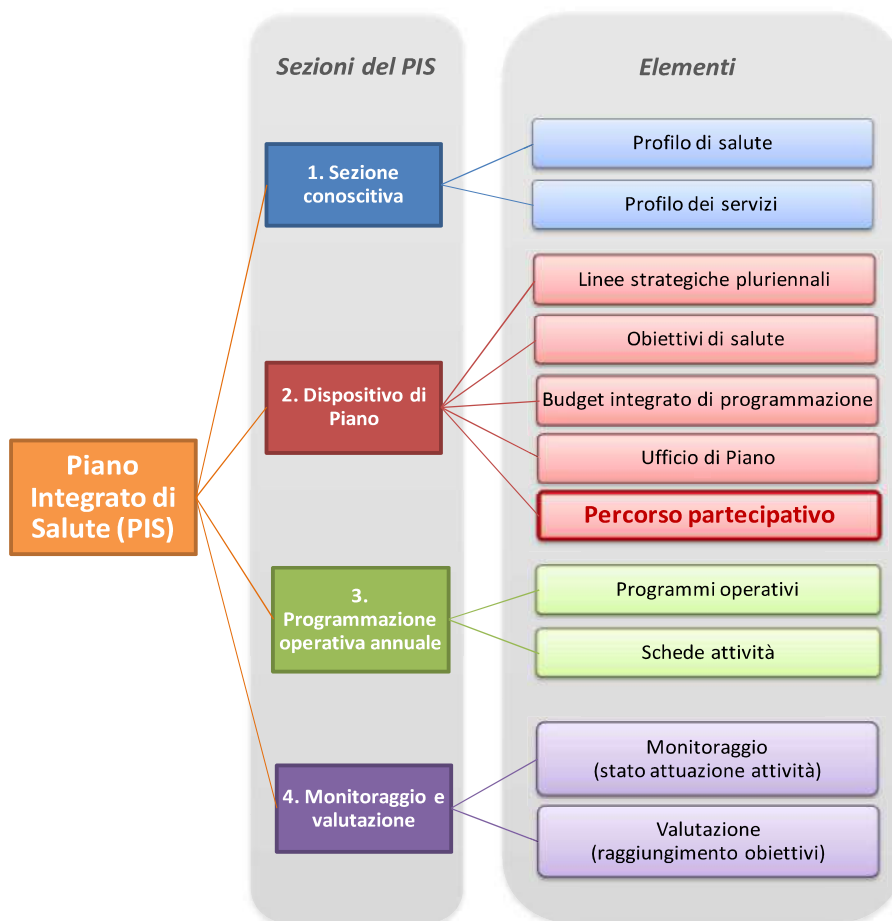
In apertura dell'incontro **Massimiliano Marcucci** (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha illustrato brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato co-programmazione, come un'attività istruttoria attraverso la quale le pubbliche amministrazioni acquisiscono gli interessi e i bisogni rappresentati dagli enti del terzo settore e da altre amministrazioni. Durante questo procedimento, viene elaborato il quadro dei bisogni dell'offerta sociale e vengono assunte eventuali determinazioni. Marcucci ha specificato che si tratta di un vero e proprio procedimento amministrativo, tanto che i partecipanti devono firmare un registro delle presenze; tutta la documentazione, inclusi i verbali delle tre co-programmazioni previste, confluirà nel Piano Integrato di Salute (PIS). L'attività viene verbalizzata e si concluderà, dopo una seconda giornata di lavoro a gennaio 2026, con un documento istruttorio di sintesi del lavoro svolto.

Marcucci ha poi approfondito il contesto del Piano Integrato di Salute (PIS), definendolo lo strumento principale di programmazione triennale integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale. Il PIS deve essere coerente con il PSSIR - piano sanitario e sociale integrato regionale, che è stato approvato dal Consiglio regionale il 1° agosto del 2025.

Il PSSIR si articola su sette obiettivi generali:

1. Promuovere la salute in tutte le politiche.
2. Sviluppare l'assistenza territoriale attraverso un sistema integrato.
3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria per le nuove fragilità.
4. Realizzare la circolarità delle reti (ospedaliera e territoriale).
5. Garantire la completezza delle cure.
6. Favorire la trasformazione digitale del sistema sanitario.
7. Appoggiare la transizione ecologica nelle politiche territoriali.

Il PIS zonale è composto da una sezione conoscitiva (profilo di salute e dei servizi), linee strategiche e obiettivi di salute, e una parte operativa.



Lo schema dei contenuti del PIS

La co-programmazione è attuata in base alla Legge Regionale 65/2020 ed è finalizzata a:

- Individuare i bisogni da soddisfare.
- Definire gli interventi necessari.
- Stabilire le modalità di realizzazione e le risorse disponibili.



L'intervento di Massimiliano Marcucci



*La spiegazione del metodo di lavoro di
Claudia Casini*

L'atto di avvio del procedimento ha già individuato e proposto alcuni obiettivi di salute zonali:

- O1. Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita
- O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità
- O3. Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)
- O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)
- O5. Obiettivi trasversali
- 05a. Digitalizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- 05b. Transizione ecologica, ambiente e salute nelle politiche territoriali
- 05c. Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa
- 05d. Programmazione basata su conoscenza, monitoraggio e valutazione

È stata poi la volta dell'intervento della direttrice **Tania Barbi**, che ha innanzitutto sottolineato la complessità della nuova organizzazione territoriale, in particolare riguardo alle Case di Comunità. Il passaggio terminologico da "Casa della Salute" a "Casa di Comunità" non è solo un esercizio linguistico, ma indica un modello che intreccia l'aspetto sanitario con quello sociale e comunitario.

A regime, una Casa di Comunità dovrebbe offrire:

- Presenza di medici e infermieri H24.
- Un punto di primo accesso attivo almeno dalle 8:00 alle 18:00.
- Attività di presa in carico per le cronicità, con specialisti in cardiologia, diabetologia (per prevenire complicazioni come il piede diabetico), neurologia e pneumologia (particolarmente rilevante nelle Colline Metallifere per le patologie legate alla BPCO).

E' importante sottolineare che il percorso di attivazione dei servizi sarà graduale, quindi al momento dell'inaugurazione non tutti i servizi saranno presenti.

La dottoressa ha spiegato che, mentre l'ospedale è una realtà nota a tutti, la Casa di Comunità è un "luogo" in divenire che necessita del contributo del Terzo Settore per individuare percorsi che rispondano ai bisogni reali dei cittadini.

Per quanto riguarda i finanziamenti, i fondi del PNRR hanno permesso la costruzione delle strutture (come per il distretto di Follonica), l'acquisto di tecnologie e arredi, ma non coprono le risorse di personale (medici, infermieri, assistenti sociali) né i rapporti con il Terzo Settore.

A Follonica, la trasformazione in Casa di Comunità Hub sarà graduale: sebbene esistano già servizi di continuità assistenziale, il nuovo modello prevede "ambulatori avanzati" con ecografie, elettrocardiogrammi e telemedicina, servizi che verranno attivati progressivamente dopo l'inaugurazione.



L'intervento della direttrice Barbi

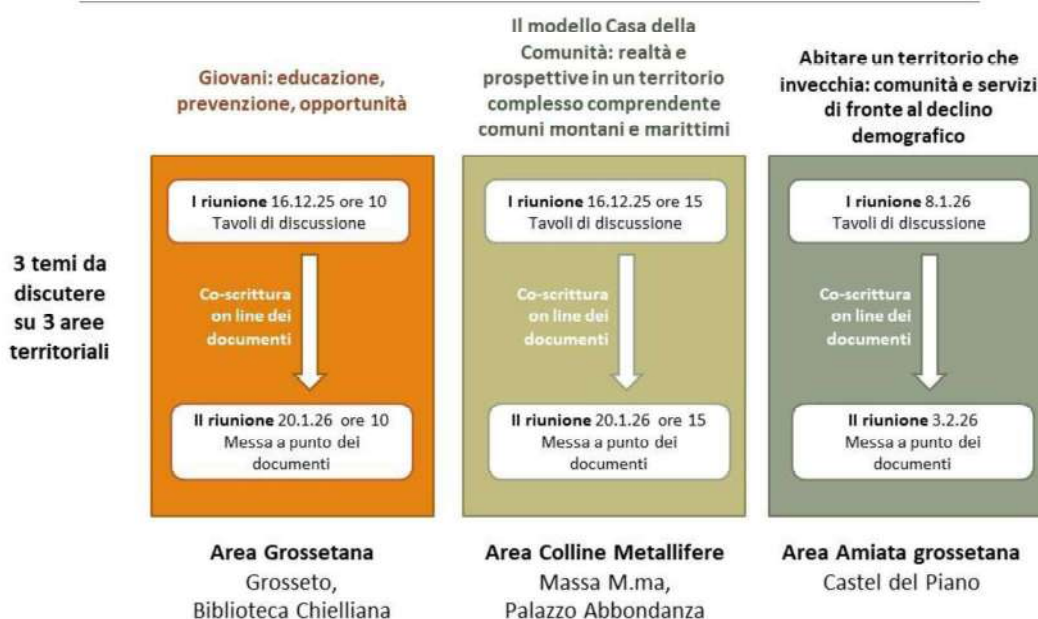
L'intervento si è poi concentrato sulla distinzione tra Case di comunità Hub (come Follonica) e Spoke. Le Case di Comunità "Spoke", che dovrebbero garantire l'apertura per 12 ore (H12), non sono finanziate dal PNRR ma direttamente dall'Azienda Sanitaria. Mentre i lavori per le strutture PNRR devono concludersi entro il 2 aprile 2026, la progettazione socio-sanitaria e i legami con la comunità devono continuare senza interruzioni.

In un territorio complesso che comprende l'ospedale di Massa Marittima e il distretto di Follonica, l'obiettivo della co-programmazione è capire come il Terzo Settore possa partecipare attivamente. Sono stati anche fatti alcuni esempi di interventi che si possono discutere: l'utilizzo del camper della Società della Salute, supportato da volontari, per raggiungere i comuni più isolati, oppure l'attivazione di sportelli a rotazione, oppure il coinvolgimento di membri del Terzo Settore adeguatamente informati per gestire il front office, guidando la popolazione nell'accesso ai servizi e fornendo informazioni sui trasporti.

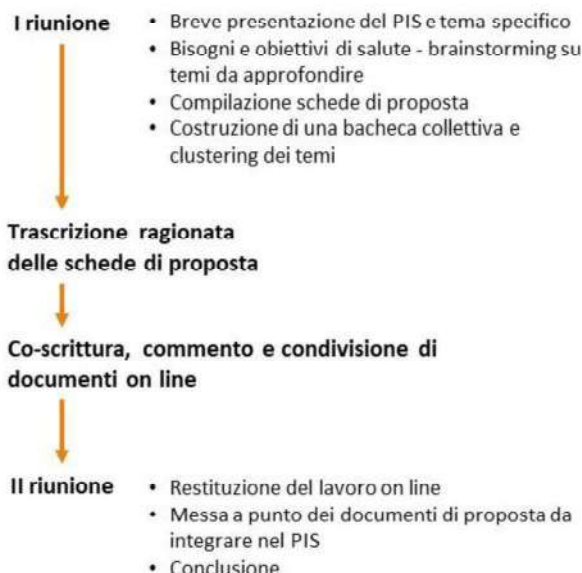
L'intervento si è concluso riconoscendo che, nonostante la complessità della sfida, chi vive quotidianamente il territorio come cittadino è il soggetto più indicato per fornire indicazioni preziose per l'organizzazione dei servizi.

Infine, **Claudia Casini** di Simurg Ricerche, società incaricata di facilitare gli incontri di co-progettazione finalizzati alla redazione del PIS, ha brevemente spiegato come è stato organizzato il percorso e la strutturazione della mattinata.

Il percorso di co-programmazione



Il percorso di co-programmazione



Le riunioni alterneranno momenti di spiegazione e momenti di confronto facilitati; in caso di adesioni numerose i partecipanti saranno suddivisi in più tavoli di confronto così da permettere una interazione efficace e effettiva.

Tavoli di lavoro

I partecipanti si sono suddivisi in due tavoli di lavoro che sono stati gestiti secondo la medesima scaletta:

- Presentazione dei partecipanti
- Brainstorming sul tema
- Individuazione bisogni e obiettivi di salute da approfondire (quante/quali schede)
- Compilazione schede

Lo strumento di lavoro era costituito da una scheda molto semplice nella quale sono stati raccolti i temi discussi e le indicazioni espresse dai partecipanti.

Il tavolo facilitato da Daniele Mirani e Olivia Tersigni ha proposto 2 schede.

Il tavolo facilitato da Claudia Casini ha proposto 1 scheda.

Dalle schede si delinea un'idea molto chiara: il modello "Casa della Comunità" funziona davvero solo se viene adattato a un territorio complesso e disperso, come quello delle Colline Metallifere e dell'area costiero-montana, dove la popolazione non è concentrata in un unico polo e dove incidono fortemente distanze, collegamenti e disomogeneità di accesso. La preoccupazione di fondo è che il diritto alla salute e alla presa in carico socio-sanitaria sia uguale per tutti, indipendentemente dal comune di residenza, e che quindi la

CdC non diventi un servizio “per chi abita vicino”, ma un’infrastruttura di prossimità capace di servire anche i luoghi più periferici.



I tavoli di lavoro

Un primo tema ricorrente riguarda la piena accessibilità: non basta aprire una sede, serve rendere i servizi comprensibili e raggiungibili. I partecipanti evidenziano che oggi il quadro informativo è confuso e che, senza un’azione esplicita di comunicazione, si rischia di alimentare aspettative irrealistiche: la Casa della Comunità può diventare una “scatola dei desideri” in cui i cittadini proiettano ciò che manca (ospedale, pronto soccorso, servizi h24), per poi restare delusi. Per questo viene proposto un lavoro strutturato di informazione istituzionale: chiarire che l’attivazione dei servizi sarà graduale, come sono organizzati gli spazi, quali prestazioni saranno disponibili e con quali modalità, e soprattutto come si integra la CdC con il resto della rete (servizi territoriali, ospedale, continuità assistenziale, trasporti).

In parallelo emerge il bisogno di “accompagnare” le persone nell’accesso, riducendo barriere pratiche e cognitive. Le schede suggeriscono di costruire un sistema più solido di punti di contatto: un network informativo unico (portale/sito/pagina con informazioni coerenti), ma anche presidi “fisici” distribuiti sul territorio, ispirati ai punti di facilitazione digitale, per alleggerire la pressione sui PUA e aiutare concretamente le persone a orientarsi, presentare pratiche amministrative (voucher, richieste di trasporto sociale) e trovare il canale giusto. In questo quadro, il Terzo Settore non è visto come semplice “supporto”, ma come attore che può mettere a disposizione sedi, competenze e presenza territoriale, contribuendo a rendere stabile e riconoscibile la rete.

Un secondo nodo riguarda la tenuta professionale della CdC, in particolare la presenza degli operatori sanitari. La carenza di medici di medicina generale viene indicata come un problema cruciale (nel report è citata esplicitamente la situazione di Follonica): senza personale sufficiente, la CdC rischia di restare un contenitore, mentre dovrebbe essere un luogo vivo di confronto e integrazione tra professionalità e servizi. La richiesta è duplice: da un lato un’allocazione di risorse adeguata per incrementare il numero di MMG e garantire la presenza; dall’altro una regia che consenta, dove possibile, di usare la co-progettazione con

ETS anche per costruire co-finanziamenti su alcuni servizi “di contorno” (accoglienza, orientamento, prossimità), alleggerendo parte del carico organizzativo e finanziario della PA—senza sostituire però le funzioni sanitarie essenziali.

Il terzo grande tema è la prossimità fuori dalla Casa, particolarmente importante in un territorio disperso. Le schede sottolineano che la CdC deve diventare il primo riferimento per evitare ospedalizzazioni improprie, soprattutto per i soggetti fragili, ma questo obiettivo non si raggiunge solo “dentro” la struttura. Serve una rete di presidi e figure capaci di portare la cura e l’informazione “fuori”, nelle frazioni e nei comuni più isolati: infermiere di famiglia e comunità, OSS con funzione di prossimità, telemedicina e telemonitoraggio, e persino strutture “satellite” (RSA, biblioteche, musei o altri spazi accessibili e sicuri) che possano ospitare punti di contatto o servizi in modo stabile, con personale competente e riconoscimento economico. In questa logica viene ripreso anche lo strumento del camper/PUA itinerante, ricordato come esperienza già sperimentata con successo, capace di costruire fiducia con le comunità e di ridurre la distanza percepita tra servizi e cittadini.

Infine, un aspetto interessante è la dimensione culturale: a Massa Marittima viene citata una vera e propria “barriera mentale” per cui il riferimento storico della popolazione è l’ospedale. Il passaggio al modello CdC richiede quindi anche un lavoro di cambiamento di percezione, oltre che di riorganizzazione dei servizi. In sintesi, le schede non chiedono solo “più servizi”, ma un modello più leggibile, più vicino e più integrato, dove comunicazione, accesso, personale e prossimità territoriale sono elementi inseparabili.

Plenaria finale

I due tavoli hanno relazionato sul lavoro svolto ed è stato dato spazio ad un commento. I facilitatori hanno preso l’impegno di inviare a tutti i presenti un report dettagliato con l’obiettivo di raccogliere dei commenti prima del successivo appuntamento nella seconda metà di gennaio.



La restituzione in plenaria



Il commento finale

Schede elaborate ai tavoli

SCHEDA 1	
Bisogno di salute	Il modello deve essere adattato ad un territorio parcellizzato e dispersivo, prima autonomo a livello di zona distretto e poi accorpato alla zona Grossetana. È necessario assicurare, in particolare, un sistema di dimissioni protette. Il modello deve rispondere a una popolazione numerosa ma geograficamente poco densa, difficilmente riconducibile a un unico centro, con conseguente necessità di aumento di risorse. Il territorio deve rispondere a problemi anche infrastrutturali, a partire da problemi di rete. È necessario creare una rete solida tra ETS e PA.
Obiettivo di salute	FACILITAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI OFFERTI DALLE CASE DI COMUNITÀ A TUTTO IL TERRITORIO
Interventi	• Realizzare attività di comunicazione e formazione sui servizi offerti dal territorio e sulle modalità di accesso e prevedere eventuale trasferimento del modello formativo (in particolare la Croce Rossa, in quanto ETS nazionale con dislocazioni locali, è abilitata a svolgere questa funzione di trasferimento: rimane da verificare la possibilità di fare formazione anche ad altri enti); • Attivare un PUA itinerante (camper); • Implementare, coordinare e programmare la rete territoriale esistente; • Attivare un unico network informativo (sito internet, portale, pagina etc.); • Attivare dei punti di accesso basati sul modello dei punti di facilitazione digitale, in modo da alleggerire il carico nei PUA; • Facilitare l'erogazione di pratiche amministrative (come l'attivazione dei voucher o la richiesta/erogazione del trasporto sociale); • Attivare punti di accesso in locali messi a disposizione dagli ETS presenti sul territorio

SCHEDA 2**Bisogno di salute**

È necessario assicurare la presenza di operatori nella Casa di Comunità, soprattutto per l'assistenza sanitaria; in particolare, si rileva una carenza di medici di medicina generale, nel caso specifico a Follonica.

Obiettivo di salute

AUMENTO DELLE RISORSE DI MMG SUL TERRITORIO PER ASSICURARNE LA PRESENZA NELLA CASA DI COMUNITÀ, DA INTENDERSI INNANZITUTTO COME SPAZIO DI CONFRONTO TRA PROFESSIONALITÀ E SERVIZI DIVERSI.

Interventi

- Prevedere un'allocazione di risorse adeguata per incrementare il numero di MMG;
- Coordinare l'allocazione di risorse in modo che, per alcuni servizi, il co-finanziamento fornito dagli ETS in sede di co-progettazione possa alleggerire il carico finanziario della PA.

SCHEDA 3	
Bisogno di salute	
OGNI CITTADINO, OVUNQUE ABITI, DEVE AVERE LO STESSO LIVELLO DI DIRITTO ALLA SALUTE.	
Obiettivo di salute	
CONSIDERANDO LA SPECIFICITÀ DEL TERRITORIO DELLE COLLINE METALLIFERE, LA CASA DELLA COMUNITÀ DEVE DIVENTARE IL PRIMO PUNTO DI RIFERIMENTO, ANCHE PER EVITARE OSPEDALIZZAZIONI IMPROPRIE DEI SOGGETTI FRAGILI, MA IL TERZO SETTORE DEVE SUPPORTARE PIU' CHE ALTRO LE ATTIVITA' DI PROSSIMITA' FUORI DALLA CASA DI COMUNITÀ, NEL TERRITORIO DISPERSO.	
Interventi	
• A Follonica: data la confusione informativa attuale e l'assenza sostanziale di ospedale e PS, è necessario realizzare interventi informativi istituzionali per evitare che la Casa di Comunità diventi una "scatola dei desideri" destinata a deludere le aspettative di tutti. È importante comunicare la gradualità di attivazione dei servizi, la relazione con gli altri servizi esistenti, l'organizzazione spaziale degli edifici. • A Massa Marittima: realizzare interventi informativi per modificare la percezione consolidata nei cittadini che il punto di riferimento sia l'ospedale, perché deve diventare la Casa di Comunità. Si tratta di abbattere una vera e propria barriera mentale. • Incentivare le figure di prossimità che si baseranno nelle Case di Comunità ma potranno spaziare sul territorio, come l'OSS infermieristico e l'infermiere di famiglia. • Nel territorio disperso: lavorare sulla prossimità della cura al di fuori della casa di comunità, ○ attraverso strutture di cura o informative satellite (RSA, biblioteche, musei...), se dispongono di una sede accessibile e antisismica, e personale stabile e competente, da individuare anche attraverso una manifestazione di interesse e da incentivare con un riconoscimento economico; ○ promuovendo la tele-medicina, il tele-monitoraggio e il tele-controllo; ○ promuovendo di nuovo l'uso del camper attrezzato, che ha avuto moltissimo successo e impatto negli anni scorsi e ha creato un ottimo rapporto con le comunità.	

Il modello Casa della Comunità: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi

SECONDO INCONTRO TEMATICO - Report

Ex convento delle clarisse, Massa Marittima 20.1.2026

Introduzione

Il giorno 20 Gennaio 2026 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 si è svolto il secondo incontro di co-programmazione relativo al tema **Il modello Casa della Comunità: realtà e prospettive in un territorio complesso comprendente comuni montani e marittimi.**

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Linda Beoni- Giocolare Società Cooperativa Sociale
- CISL – Cesare Nigrelli
- CISL – Alfio Nannini
- CISL – Carla Gilori
- CISL – Armando Muratori
- CISL – Nazzario Orlandi
- CISL – Mario Neri
- SPI CGIL – Olinto Bartalucci

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Elisabetta Mori- Coeso SDS
- Marco Costanzo- SDS GR Coeso
- Michela Bernardini- COeSO SDS
- Maria Maddalena Ronchi- ASL Toscana Sud Est
- Luigi Quattrucci- ASL Toscana Sud Est
- Carla Gemignani- ASL Toscana Sud Est
- Ufficio scolastico territoriale Grosseto – Aniello Piscitelli
- Laura Rapezzi – Comune di Massa Marittima

Il pomeriggio si è svolto secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali, presentazione delle schede sviluppate e delle modalità di lavoro
- Divisione in tavoli di lavoro e integrazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.

Le relazioni introduttive

Massimiliano Marcucci (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha ripercorso brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato del percorso di co-programmazione sul PIS.

Olivia Tersigni ha invece presentato una sintesi del lavoro svolto il 16 dicembre: le tematiche ricorrenti e le schede nello specifico, che sono state poi integrate nelle settimane successive come documento condiviso online.

Cosa è emerso dai tavoli del 16 dicembre

Necessità di maggiore informazione sui servizi offerti dalle Case della Comunità e su tempi di attivazione

Difficoltà di accesso a pratiche e servizi, sia a livello di prossimità geografica sia a livello digitale

Mancanza di MMG e di operatori sanitari da destinare alle Case di Comunità

Necessità di rafforzare un sistema di prossimità in un territorio parcellizzato

Promozione di un cambiamento «culturale» nella fruizione di una nuova organizzazione territoriale

I partecipanti si sono suddivisi in due tavoli di lavoro e hanno scelto quali schede approfondire, a seconda dei loro interessi e delle loro competenze.

Plenaria finale

I tavoli hanno infine relazionato sul lavoro svolto.



I due tavoli di lavoro



Un momento della plenaria finale

Schede integrate ai tavoli

SCHEDA 1	
Bisogno di salute	
Il modello generale di funzionamento della sanità territoriale prefigurato dal DM77 deve essere adattato ad un territorio parcellizzato e dispersivo come quello delle colline metallifere, prima autonomo a livello di zona distretto e poi accorpato alla zona grossetana. Il modello deve rispondere a una popolazione numerosa ma geograficamente poco densa, difficilmente riconducibile a un unico centro, con conseguente necessità di aumento di risorse. Il territorio deve rispondere a problemi anche infrastrutturali, a partire da problemi di rete. È necessario creare una rete solida tra ETS e PA. La casa di comunità spoke di massa marittima ha un ottimo ambulatorio infermieristico che è già stato messo in collegamento grazie alla COT. È necessario assicurare, in particolare, un sistema di dimissioni protette. Oggi funzionano grazie all'intervento degli infermieri di famiglia e comunità (IFeC), che sono pochi ma ben funzionanti, e assistenti sociali.	
Obiettivo di salute	
FACILITAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI OFFERTI DALLE CASE DI COMUNITÀ A TUTTO IL TERRITORIO	
Interventi	
● Realizzare attività di comunicazione e formazione sui servizi offerti dal territorio e sulle modalità di accesso e prevedere eventuale trasferimento del modello formativo (in particolare la Croce Rossa, in quanto ETS nazionale con dislocazioni locali, è abilitata a svolgere questa funzione di trasferimento: rimane da verificare la possibilità di fare formazione anche ad altri enti); ● Attivare un PUA itinerante (camper) a integrazione dei PUA presenti su tutti i comuni. Il “camper della salute” itinerante potrebbe essere incaricato di andare nei borghi e nelle frazioni per rafforzare la copertura territoriale della rete. ● Attivare punti di facilitazione digitale (anche in biblioteche o circoli) per aiutare i cittadini nell'accesso ai servizi online (prenotazioni, voucher), in modo da alleggerire il carico nei PUA; ● Implementare, coordinare e programmare la rete territoriale esistente; ● Attivare punti di accesso in locali messi a disposizione dagli ETS presenti sul territorio. Rimane necessaria l'individuazione di modalità attraverso la quale si intendono individuare, sull'ampio territorio coinvolto, i punti di accesso, affinché gli stessi possano essere quanto più qualificati possibili rispetto ai servizi offerti (ad	

esempio mappatura, procedure di manifestazione di interesse...). In relazione all'effettiva qualificazione in fase iniziale si può pensare alla formazione degli operatori degli ETS, grazie all'individuazione di obiettivi concretamente raggiungibili.

- Comunicazione efficace tra enti sui servizi presenti, prima di mobilitare la cooperazione degli ETS.
- Attivare un unico network informativo (sito internet, portale, pagina etc.);
- Facilitare l'erogazione di pratiche amministrative (come l'attivazione dei voucher o la richiesta/erogazione del trasporto sociale)

SCHEDA 2

Bisogno di salute

È necessario assicurare la presenza di operatori nella Casa di Comunità, soprattutto per l'assistenza sanitaria ma anche sociale e amministrativa; in particolare, si rileva una carenza di medici di medicina generale, nel caso specifico a Follonica. E' un problema generale e sistemico.

Obiettivo di salute

AUMENTO DELLE RISORSE DI MMG SUL TERRITORIO PER ASSICURARNE LA PRESENZA NELLA CASA DI COMUNITÀ, DA INTENDERSI INNANZITUTTO COME SPAZIO DI CONFRONTO TRA PROFESSIONALITÀ E SERVIZI DIVERSI.

Interventi

- Prevedere un'allocazione di risorse adeguata per incrementare il numero di MMG;
- Promuovere la partecipazione di USL ai tavoli regionali e nazionali relativi alla disponibilità dei MMG e PLS;
- Coordinare l'allocazione di risorse in modo che, per alcuni servizi, il co-finanziamento fornito dagli ETS in sede di co-progettazione possa soddisfare il fabbisogno di personale;
- Promuovere la presenza di personale che sostenga la presa in carico del care giver ed il suo sostegno anche attraverso il trasferimento di buone pratiche, affinché la persona assistita possa rimanere al proprio domicilio ed evitare ospedalizzazioni improprie (es. data l'alta presenza di BPCO, come rilevato, sostegno alla comprensione e pratica dell'ossigenoterapia, dell'utilizzo di strumenti quali il saturimetro, buone prassi per evitare contagi...)

- Rafforzare i servizi offerti dal terzo settore in termini di potenziamento dei servizi alla persona e supporto tecnico-amministrativo.
- Promuovere attività di mantenimento di autonomie di vita e sociali di specifici target di utenti, anche con lo scopo di trasferimento di buone pratiche di cura e per sostenere il percorso di prossimità alla CDC.

SCHEDA 3

Bisogno di salute

Oggi il diritto alla salute dipende da dove si abita e da quanti servizi di prossimità offre il territorio.

Obiettivo di salute

OGNI CITTADINO, OVUNQUE ABITI, DEVE AVERE LO STESSO LIVELLO DI DIRITTO ALLA SALUTE.

CONSIDERANDO LA SPECIFICITÀ DEL TERRITORIO DELLE COLLINE METALLIFERE, LA CASA DELLA COMUNITÀ DEVE DIVENTARE IL PRIMO PUNTO DI RIFERIMENTO, ANCHE PER EVITARE OSPEDALIZZAZIONI IMPROPRIE DEI SOGGETTI FRAGILI, IL TERZO SETTORE DEVE SUPPORTARE PIU' CHE ALTRO LE ATTIVITÀ DI PROSSIMITÀ FUORI DALLA CASA DI COMUNITÀ, NEL TERRITORIO DISPERSO.

Interventi

- A Follonica: data la confusione informativa attuale e l'assenza sostanziale di ospedale e PS, è necessario realizzare interventi informativi istituzionali per evitare che la Casa di Comunità diventi una "scatola dei desideri" destinata a deludere le aspettative di tutti. È importante comunicare la gradualità di attivazione dei servizi, la relazione con gli altri servizi esistenti, l'organizzazione spaziale degli edifici.
- A Massa Marittima: è necessario realizzare interventi informativi per modificare la percezione consolidata nei cittadini che il punto di riferimento sia l'ospedale, perché deve diventare la Casa di Comunità. Si tratta di abbattere una vera e propria barriera mentale.
- Incentivare le figure di prossimità che si baseranno nelle Case di Comunità ma potranno spaziare sul territorio, come l'OSS infermieristico e l'infermiere di famiglia.
- Nel territorio disperso: lavorare sulla prossimità della cura al di fuori della casa di comunità,

- attraverso strutture di cura o informative satellite (RSA, biblioteche, musei...), se dispongono di una sede accessibile e antisismica, e personale stabile e competente, da individuare anche attraverso una manifestazione di interesse e da incentivare con un riconoscimento economico;
 - formando gli operatori degli ETS coinvolti, a partire da una rilevazione dei bisogni in corrispondenza degli obiettivi che la CDC si pone.
 - promuovendo la tele-medicina, il tele-monitoraggio e il tele-controllo;
 - promuovendo di nuovo l'uso del camper attrezzato, che ha avuto moltissimo successo e impatto negli anni scorsi e ha creato un ottimo rapporto con le comunità.
- Per la presa in carico bisogna sperimentare dei modelli e delle buone pratiche socio sanitarie globali sulla persona.
 - C'è il problema dei software gestionali che non parlano tra loro e la necessità quindi di uniformare le informazioni su un unico portale. Il cittadino dovrebbe avere la possibilità di una carta di identità socio sanitaria con tutte le informazioni disponibili al momento del bisogno.
 - Serve un nuovo indicatore di qualità sul funzionamento reale dei percorsi terapeutici individuali all'inizio della presa in carico.
 - Sostegno ai caregiver - trasferimento di competenze.

Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico

PRIMO INCONTRO TEMATICO - Report

Sala del Consiglio Comunale, Castel del Piano 8.1.2026

Introduzione

Il giorno 8 gennaio 2026 dalle 15.00 alle 18.00 si è svolto il primo incontro di co-programmazione relativo al tema **Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico**.

*Il tema è stato scelto come significativo perché **Lo spopolamento e l'invecchiamento della popolazione modificano profondamente la struttura sociale e la domanda di salute e welfare. Il tema invita a riflettere su come garantire qualità della vita e la coesione comunitaria in territori sempre più fragili dal punto di vista demografico; promozione della salute, coinvolgimento dei giovani, valorizzazione del Terzo settore saranno alcuni elementi da prendere in considerazione durante la discussione.***

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Barbara Orienti – Giocolare
- Lucia Biondi – Giocolare
- Eleonora Alfieri – Coop Solidarietà Quadrifoglio
- Stefania Cassani – Coop di comunità Il bosco, Circolo ARCI Arcidosso e ACI Grosseto
- Patrizia Pisimo – Noi e la celletta di San Lorenzo
- Vilma Brammerini – Noi e la celletta di San Lorenzo
- Mario Seggio – Protezione Civile Amiata ovest
- Aldo Rutili - Protezione Civile Amiata ovest
- Sabrina Gaglianone – Associazione Olympia De Gouges
- Rita Teodori - Associazione Olympia De Gouges
- Georg Anyelbe – Ass culturale Melquiades APS
- Benedetta Fera - Ass culturale Melquiades APS
- Giovanna Longo – Associazione Imberciadori
- Noemi Fedeli – CNA Grosseto
- Monica Pacini – CGIL
- Alda Cardelli – CGIL

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Claudio Pantaloni - Comune di Santa Fiora (assessore)

- Sabrina Melani – Comune di Arcidosso (assessora)
- Cristina Moscatelli – ASL TSE Area promozione ed. salute
- Nicoletta Farneschi – USP Grosseto
- Cristina Marrani – ARTI Grosseto
- Elisabetta Mori – CoeSo SDS Grosseto
- Lucia Nicoletti – USL Sud Est
- Barbara Moscatelli – USL Sud Est
- Luigi Quattrucci – USL Sud Est

Il pomeriggio si è svolto secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali e relazioni introduttive
- Divisione in tavoli di lavoro, discussione facilitata e compilazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.

Le relazioni introduttive

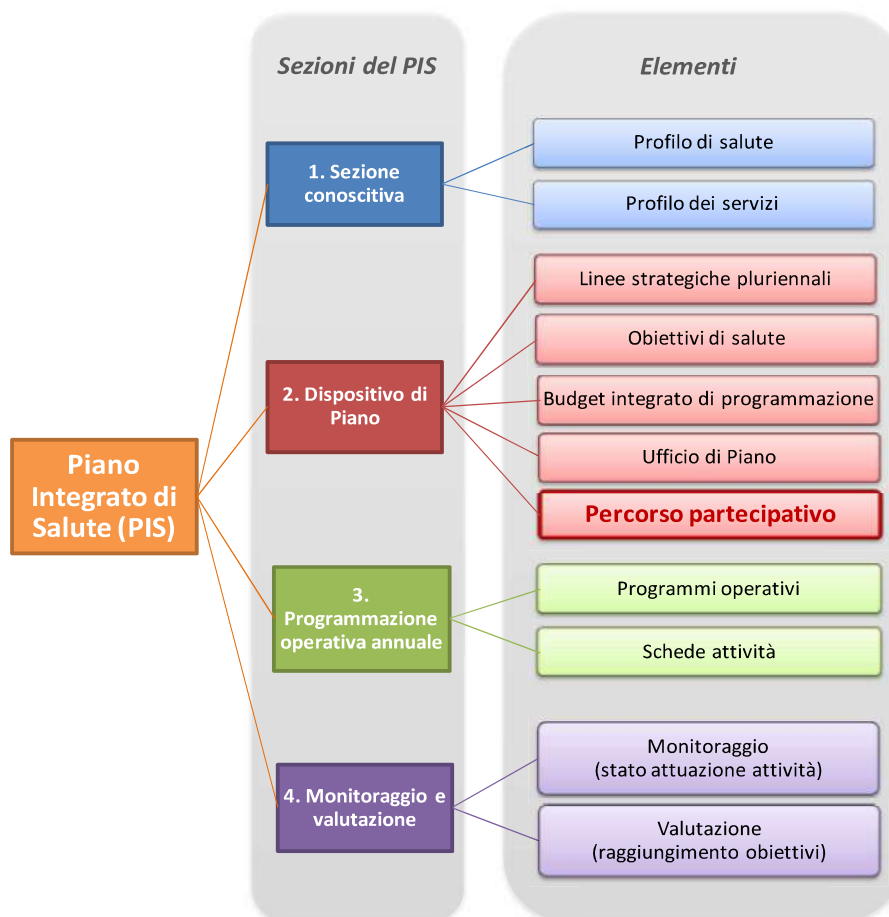
Massimiliano Marcucci (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha illustrato brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato co-programmazione, come un'attività istruttoria attraverso la quale le pubbliche amministrazioni acquisiscono gli interessi e i bisogni rappresentati dagli enti del terzo settore e da altre amministrazioni. Durante questo procedimento, viene elaborato il quadro dei bisogni dell'offerta sociale e vengono assunte eventuali determinazioni. Marcucci ha specificato che si tratta di un vero e proprio **procedimento amministrativo**, tanto che i partecipanti devono firmare un registro delle presenze; tutta la documentazione, inclusi i verbali delle tre co-programmazioni previste, confluirà nel Piano Integrato di Salute (PIS). L'attività viene verbalizzata e si concluderà, dopo una seconda giornata di lavoro a gennaio 2026, con un **documento istruttorio di sintesi** del lavoro svolto.

Marcucci ha poi approfondito il contesto del **Piano Integrato di Salute (PIS)**, definendolo lo strumento principale di **programmazione triennale** integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale. Il PIS deve essere coerente con il **PSSIR - piano sanitario e sociale integrato regionale**, che è stato approvato dal Consiglio regionale il 1° agosto del 2025.

Il PSSIR si articola su sette obiettivi generali:

1. Promuovere la salute in tutte le politiche.
2. Sviluppare l'assistenza territoriale attraverso un sistema integrato.
3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria per le nuove fragilità.
4. Realizzare la circolarità delle reti (ospedaliera e territoriale).
5. Garantire la completezza delle cure.
6. Favorire la trasformazione digitale del sistema sanitario.

7. Appoggiare la transizione ecologica nelle politiche territoriali.



Lo schema dei contenuti del PIS

Il PIS zonale è composto da una sezione conoscitiva (profilo di salute e dei servizi), linee strategiche e obiettivi di salute, e una parte operativa.

La co-programmazione è attuata in base alla Legge Regionale 65/2020 ed è finalizzata a:

- Individuare i bisogni da soddisfare.
- Definire gli interventi necessari.
- Stabilire le modalità di realizzazione e le risorse disponibili.



L'intervento di Massimiliano Marcucci

L'atto di avvio del procedimento ha già individuato e proposto alcuni obiettivi di salute zonali:

- O1. Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita
- O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità
- O3. Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)
- O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)
- O5. Obiettivi trasversali
- 05a. Digitalizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- 05b. Transizione ecologica, ambiente e salute nelle politiche territoriali
- 05c. Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa
- 05d. Programmazione basata su conoscenza, monitoraggio e valutazione

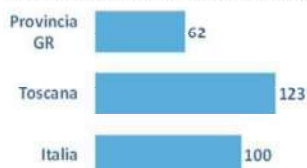
Infine, Marcucci ha presentato e commentato alcuni dati e indicatori riguardanti lo stato di salute dell'area territoriale interessata. Le slides sono riportate di seguito.

Le criticità: evidenze dal Profilo di salute



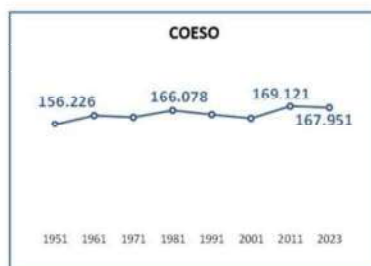
Fonte: elaborazione su dati Istat

Indice di dotazione infrastrutturale (Italia = 100)

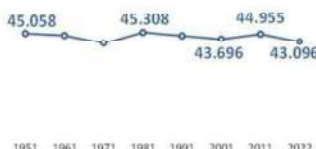


Fonte: Unioncamere – Istituto G. Tagliacarne

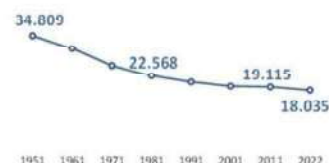
La dinamica demografica



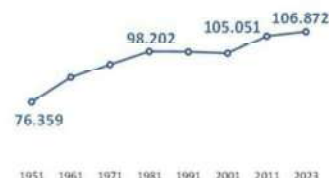
Colline Metallifere



Amiata Grossetana



Grossetana



Le criticità (e una virtuosità): evidenze dal Profilo di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiora RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di natalità	5,3	5,7	5,6	4,5		6,4
Indice di vecchiaia	274,8	241,0	253,2	355,1		196,5
Percentuale di over74enni	15,3	14,6	15,0	17,6		12,4
Indice presenza terzo settore formalizzato	33,7	29,6	31,4	20,0		43,2
Percentuale di minori residenti	13,1	13,9	13,7	11,3		15,0
Percentuale stranieri iscritti in anagrafe	11,5	12,0	11,2	6,8		22,6

Calo della natalità
(5,3 nati ogni 1.000 residenti)
Amiata e Metallifere 4,7‰
Grossetana 5,6‰

Invecchiamento
(2,7 anziani per ogni giovane)
Amiata e Metallifere 3 anziani per ogni giovane
Grossetana 2,5 anziani per ogni giovane

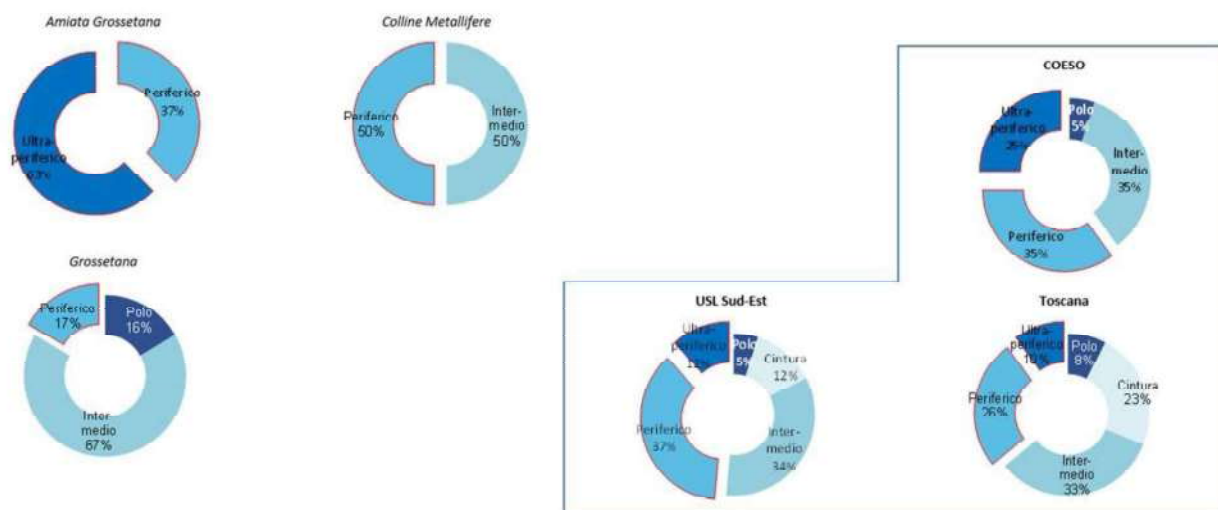
Buona presenza III settore
(34 organizz. per 10.000 resid.)
Amiata 54x10.000
Metallifere 28x10.000
Grossetana 33x10.000

Calo della presenza di minori
(13 minori ogni 100 residenti)

Crescono gli stranieri residenti
(12% dei residenti...ma non bastano)
Amiata 19%
Metallifere 11%
Grossetana 11%

Le criticità: evidenze dal Profilo di salute

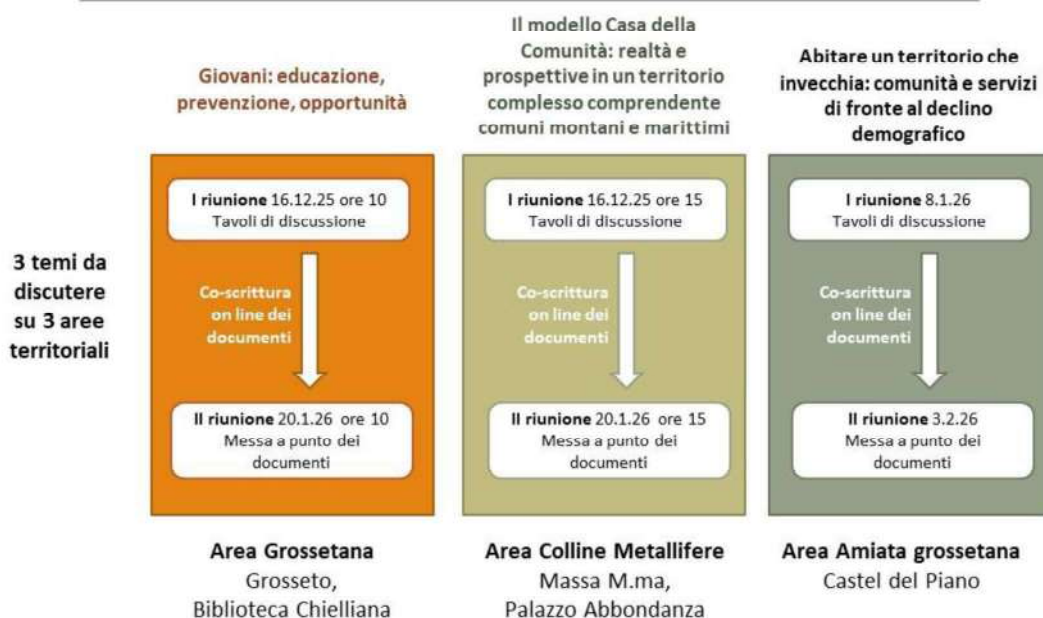
Classificazione dei comuni secondo il modello delle 'Aree Interne'



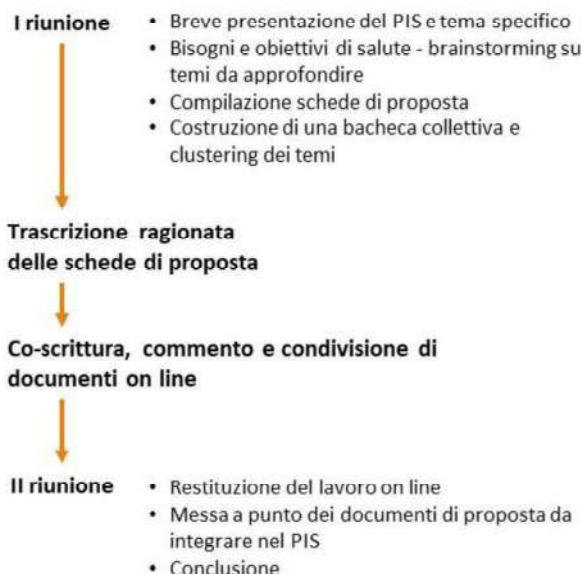
Fonte: elaborazioni su dati IRPET

Claudia Casini di Simurg Ricerche, società incaricata di facilitare gli incontri di co-progettazione finalizzati alla redazione del PIS, ha brevemente spiegato come è stato organizzato il percorso e la strutturazione della mattinata.

Il percorso di co-programmazione



Il percorso di co-programmazione



Le riunioni alterneranno momenti di spiegazione e momenti di confronto facilitati; in caso di adesioni numerose i partecipanti saranno suddivisi in più tavoli di confronto così da permettere una interazione efficace e effettiva.



La spiegazione dell'approccio in plenaria



I due tavoli di lavoro

Tavoli di lavoro

I partecipanti si sono suddivisi in due tavoli di lavoro che sono stati gestiti secondo la medesima scaletta:

- Presentazione dei partecipanti
- Brainstorming sul tema
- Individuazione bisogni e obiettivi di salute da approfondire (quante/quali schede)
- Compilazione schede

Lo strumento di lavoro era costituito da una scheda molto semplice nella quale sono stati raccolti i temi discussi e le indicazioni espresse dai partecipanti.

Il tavolo facilitato da Olivia Tersigni ha proposto 3 schede.

Il tavolo facilitato da Claudia Casini ha proposto 6 schede.

Dalle schede emerge un quadro molto nitido: l'Amiata grossetana (e più in generale il territorio "ultraperiferico" descritto) sta vivendo insieme declino demografico, invecchiamento e una trasformazione sociale che richiede servizi più vicini, più integrati e più stabili nel tempo. Il punto non è solo "avere più interventi", ma costruire un sistema capace di tenere insieme salute, inclusione e qualità della vita, riducendo le distanze – fisiche e "informative" – tra cittadini e opportunità.

Un primo tema trasversale riguarda l'integrazione degli stranieri in un territorio che cambia. La presenza di residenti con background migratorio viene letta come una risorsa potenziale per contrastare lo spopolamento, ma oggi si scontra con barriere concrete: difficoltà linguistiche a scuola, rischio di abbandono scolastico, scarsa relazione tra famiglie straniere e istituzioni educative, anche perché spesso mancano reti parentali di supporto (i "nonni" che per molte famiglie italiane sono un ammortizzatore quotidiano). L'integrazione viene collegata anche ai bisogni di salute, che possono essere diversi e richiedere mediazione culturale e servizi accessibili. Le proposte puntano su mediatori meglio formati, docenti supportati nell'accoglienza linguistica, percorsi di avvicinamento alle famiglie (a partire dalle donne), e soprattutto su luoghi di incontro diffusi e polivalenti dove costruire socialità tra "noi" e "loro" e anche scambio intergenerazionale, utile pure per il passaggio di saperi nei mestieri.

Accanto a questo, le schede insistono molto sulla necessità di mettere ordine e continuità in ciò che già esiste. Il territorio è descritto come ricco di associazioni e progettualità del Terzo Settore, spesso efficaci, ma frammentate e discontinue: finiscono quando finisce il finanziamento, e spesso la cittadinanza nemmeno sa che esistono. Da qui la proposta di sistematizzare tavoli di co-progettazione e confronto, creare un canale informativo unico (digitale e cartaceo) che funzioni come "carta dei servizi", e persino strutturare un tavolo permanente di fundraising o un budget dedicato per stabilizzare le sperimentazioni che funzionano. In altre parole: fare in modo che le buone pratiche non restino episodi.

Sul versante sanitario e assistenziale emerge un'urgenza molto concreta: la carenza di medici di medicina generale e la difficoltà di accesso alle cure. In un contesto con alta anzianità, la mancanza di MMG (fino a un terzo dei residenti senza medico assegnato, secondo una scheda) produce effetti immediati: anziani che non riescono a farsi seguire, ambulatori dove chi è senza medico rischia costi aggiuntivi, criticità perfino nelle RSA. Qui il tema è doppio: da un lato la necessità di un rafforzamento strutturale (più MMG), dall'altro l'esigenza di soluzioni ponte nel breve periodo.

Per alleggerire il sistema e prevenire l'aggravarsi dei problemi, le schede introducono poi una linea di lavoro sulla promozione della salute e prevenzione, intesa come empowerment delle persone e delle famiglie: educazione alimentare, cucina "naturale", attività olistiche come integrazione (non sostituzione) delle cure, e soprattutto sostegno ai caregiver. Questo si collega a un'altra carenza segnalata: mancano assistenti familiari/badanti, perché per ragioni logistiche tendono a concentrarsi nei poli maggiori. Da qui proposte come matching domanda-offerta, incentivi alla residenzialità di queste figure vicino ai territori più fragili, e servizi diffusi di assistenza tecnologica per accedere ai servizi.

Un altro blocco forte riguarda l'abitare. La difficoltà di reperire alloggi per fragili e stranieri viene vista come un freno diretto al ripopolamento: se non si trova casa, giovani e famiglie non si insediano. Le soluzioni ipotizzate vanno da tavoli tematici stabili a interventi di co-housing (anche valorizzando immobili disponibili), fino a strumenti di garanzia per proprietari di case vuote, ispirati a modelli già sperimentati altrove (accordi tra istituzioni e Terzo Settore per rendere più "sicuro" affittare).

Parallelamente c'è un tema generazionale: mancano occasioni di socialità e servizi per i giovani, che spesso si sentono "di troppo" quando cercano spazi di aggregazione e finiscono per desiderare di andare via, alimentando l'invecchiamento del territorio. Le schede suggeriscono di ripensare offerta culturale e ricreativa in modo più aderente ai linguaggi giovanili e di potenziare/creare centri di aggregazione.

Infine, quasi tutte le criticità si intrecciano con un problema abilitante: la mobilità. Senza trasporti, i servizi restano teoricamente presenti ma praticamente irraggiungibili per anziani, ragazzi, stranieri senza auto. L'esempio del banco alimentare è indicativo: il diritto c'è, ma manca il mezzo per esercitarlo. Le proposte vanno dal rafforzamento del TPL a trasporto sociale più ampio, fino a mezzi condivisi (pulmini/camper) per portare servizi sul territorio. Interessante la nota di cautela: trovare soluzioni che non scarichino tutto sul volontariato sostituendo lavoro, valorizzando invece modelli come la cooperativa di comunità in collaborazione con le istituzioni.

In sintesi, le schede raccontano un territorio che chiede soprattutto tre cose: accesso (servizi raggiungibili e comprensibili), continuità (progetti che diventano strutture e non episodi) e integrazione (tra generazioni, culture, servizi sanitari e sociali). Su questi tre pilastri si gioca la possibilità di "abitare un territorio che invecchia" senza trasformare l'invecchiamento in un destino di isolamento e rarefazione.

Le schede sono riportate alla conclusione del documento così come prodotte durante il laboratorio. Alcuni temi sono ricorrenti e verranno accorpati per dare omogeneità e coerenza al documento finale.

Plenaria finale

I due tavoli hanno relazionato sul lavoro svolto, che è stato commentato dal dott. Luigi Quattrucci.

I facilitatori hanno preso l'impegno di inviare a tutti i presenti un report dettagliato con l'obiettivo di raccogliere dei commenti prima del successivo appuntamento nella seconda metà di gennaio.

Schede elaborate ai tavoli

Scheda 1 + 4
BISOGNO DI SALUTE
Il territorio, oltre a una curva in calo dal punto di vista demografico e un alto indice di vecchiaia, presenta un profilo demografico in trasformazione, con una forte presenza di stranieri residenti con background migratorio. Questa trasformazione determina una forte presenza di studenti stranieri nelle scuole del territorio, con problematiche relative all'inclusione e integrazione, in particolare linguistica. Questa criticità determina inoltre un alto tasso di abbandono scolastico, soprattutto da parte di studenti con background migratorio. Si rileva inoltre una scarsa partecipazione delle famiglie di questa fascia di popolazione nella comunicazione con le scuole. D'altra parte si tratta di famiglie spesso composte da genitori e figli, senza un'ulteriore rete familiare (in particolare la presenza di nonni). Inoltre, di fronte ad una popolazione autoctona con un alto indice di invecchiamento, si rileva una criticità nel proseguimento delle attività professionali, in particolare nelle professioni artigianali, mancando il passaggio generazionale. Infine, per aumentare l'integrazione degli stranieri bisogna tener conto che hanno bisogni di salute diversi dagli italiani, per favorire il loro insediamento e il loro radicamento sul territorio.
OBIETTIVO DI SALUTE
04 – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ – PROMUOVERE MAGGIORE INTEGRAZIONE INTERCULTURALE E INTERGENERAZIONALE IN UN TERRITORIO CON UNA FORTE TRASFORMAZIONE DEMOGRAFICA L'accesso alla casa e ai servizi socio-sanitari per gli stranieri deve essere allo stesso livello che per gli italiani.
INTERVENTI
• Formazione specifica per mediatori culturali; • Formazione specifica per docenti che accolgono alunni stranieri che utilizzano l'italiano come lingua straniera; • Percorsi di avvicinamento alle famiglie di origine straniera mediante personale formato, attraverso attività che coinvolgano sia i bambini che le loro famiglie, soprattutto a partire dalle donne; • Individuazione/creazione di luoghi e spazi polivalenti e accessibili, diffusi su un territorio parcellizzato, ad uso di ETS e associazioni e che abbia funzione di luogo di incontro e scambio e che ospiti attività diverse; • Organizzazione di attività di carattere intergenerazionale negli spazi sopra descritti, in modo da creare un sistema virtuoso di scambio anche culturale e promuovere il passaggio generazionale nei mestieri e nelle professioni anche attraverso il confronto tra provenienze e culture diverse; • Si devono creare occasioni di socialità tra italiani e stranieri per eliminare la barriera tra "noi" e "loro" • Si deve lavorare con le scuole, primo baluardo dell'integrazione

Scheda 2	
BISOGNO DI SALUTE	
Si rileva una discontinuità e frammentazione tra le tante progettualità esistenti sul territorio: il territorio presenta infatti un gran numero di realtà afferenti all'associazionismo e al Terzo Settore, che portano avanti diverse attività e interventi virtuosi e utili per il territorio, destinati tuttavia a interrompersi con il concludersi dei progetti (e del relativo finanziamento). Occorre quindi dare continuità agli interventi e attività in corso (o già concluse). Inoltre, le progettualità attive sono parcellizzate sul territorio e tra le realtà che le promuovono, con una difficoltà di informazione verso la cittadinanza, che spesso non conosce le possibilità offerte dal territorio.	
OBIETTIVO DI SALUTE	
05c – PARTECIPAZIONE DELLA CITTADINANZA E AMMINISTRAZIONE CONDIVISA	
INTERVENTI	
• Sistematizzare i tavoli di co-progettazione, in modo da promuovere sia un lavoro comune e condiviso di analisi delle criticità e bisogni e individuazione di attività e interventi virtuosi, sia una conoscenza reciproca delle progettualità promosse anche singolarmente dalle realtà del territorio; • Realizzare un canale informativo unico (anche multimodale: sia digitale che cartaceo) che possa riportare una “carta dei servizi unitaria” con la quale si comunichino tutta l’offerta di servizi e attività del territorio; • Creare un tavolo permanente di fundraising e/o mettere a sistema un budget dedicato alla stabilizzazione delle attività sperimentate nel corso dei progetti.	

Scheda 3	
BISOGNO DI SALUTE	
Risulta necessario fornire strumenti per alleggerire e integrare le strutture sanitarie e di accesso alle cure in un territorio prevalentemente ultraperiferico e con un alto indice di anzianità, con problemi non solo di raggiungibilità delle strutture, ma anche di carenza di MMG e PLS. Fermo restando che le strutture di assistenza e l’accessibilità alle cure mediche deve essere assicurata a tutta la popolazione, in alcuni casi può essere alleggerita la richiesta attraverso la promozione della conoscenza su come prendersi cura della propria salute e benessere e come prevenire l’insorgere di problematiche. Si rileva una carenza di figure professionali che prestano servizio di assistenza familiare e assistenza agli anziani, in particolare badanti, che per motivi logistici e di mobilità risiedono prevalentemente nei poli maggiori della zona Grossetana.	
OBIETTIVO DI SALUTE	
01 – PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE ED EQUITÀ LUNGO IL CORSO DI VITA	
INTERVENTI	
• Promuovere attività di educazione/formazione a discipline olistiche (yoga, meditazione, omeopatia e naturopatia) non in sostituzione delle cure mediche ma con funzione di integrazione delle stesse e prevenzione dell’insorgere di disturbi e malattie; • Promuovere attività di educazione alimentare e cucina naturale (eventualmente anche attraverso scambi interculturali con la popolazione straniera residente, in modo da creare anche scambio interculturale); • Promuovere attività di formazione e assistenza ai caregivers; • Realizzare attività di matching tra domanda e offerta di lavoro per collaboratori familiari e altri servizi agli anziani; • Promuovere e incentivare la residenzialità in prossimità delle figure professionali che prestano servizio di assistenza familiare e assistenza agli anziani, in particolare badanti;	

- Realizzare un servizio diffuso di assistenza tecnologica e di accesso ai servizi;
- Rafforzare il servizio di trasporto pubblico locale

Scheda 5
BISOGNO DI SALUTE
Mancano i MMG, circa 1/3 di residenti è sprovvisto di medico, gli anziani non riescono ad andare dal medico. All'ambulatorio per le cure primarie chi non ha medico assegnato dovrebbe pagare la prestazione. Anche alcune RSA hanno anziani senza MMG.
OBIETTIVO DI SALUTE
O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità A lungo termine è necessario un aumento del numero dei MMG, ma bisogna individuare soluzioni a breve termine per sopperire alla mancanza attuale.
INTERVENTI
Il tavolo non ha elaborato interventi specifici

Scheda 6
BISOGNO DI SALUTE
Difficoltà di reperire abitazioni per soggetti fragili o stranieri, che invece potrebbero costituire un bacino di giovani e famiglie per contrastare l'invecchiamento del territorio.
OBIETTIVO DI SALUTE
O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti) RISPONDERE ALL'EMERGENZA ABITATIVA CHE ESISTE, SIA IN ZONA AMIATINA CHE IN ZONE COSTIERE LIMITROFE, PER FACILITARE L'INSEDIAMENTO DI GIOCANI, DONNE, FAMIGLIE STRANIERE.
INTERVENTI
• Tavoli tematici stabili per individuare soluzioni sostenibili nel tempo • Progettazione di interventi di co-housing, anche sfruttando eventuali edifici sequestrati e messi a disposizione della prefettura • Individuare modalità per dare garanzie sugli affitti ai proprietari degli immobili vuoti, per incentivare la locazione (modello senese di accordo tra Prefettura, Diocesi, ASL ed ETS).

Scheda 7
BISOGNO DI SALUTE
Mancanza di occasioni di socialità e di servizi per i giovani ragazzi, che a volte vengono considerati un fastidio nelle loro manifestazioni di divertimento, e che sentono il bisogno di andare via appena possibile favorendo il fenomeno dell'invecchiamento del territorio.
OBIETTIVO DI SALUTE
O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti) OFFRIRE PROSPETTIVE DI SOCIALITA' AI RAGAZZI E SERVIZI DIFFUSI (LAVORO, DIVERTIMENTO, SPORT) PER TRATTENERLI SUL TERRITORIO
INTERVENTI
• Dato che spesso i ragazzi non partecipano alle proposte culturali sviluppate dalle associazioni del territorio, è necessario individuare iniziative culturali che coinvolgano anche le generazioni più giovani. • E' importante potenziare i centri di aggregazione giovanile esistenti e crearne dove non ci sono.

Scheda 8
BISOGNO DI SALUTE
Manca un supporto efficace a pazienti cronici e famiglie sia per la gestione quotidiana che per la prevenzione
OBIETTIVO DI SALUTE
O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità Presa in carico della cronicità anche attraverso i centri diurni
INTERVENTI
• Prevenzione sulle cronicità con anziani e caregiver • Aumento dei posti nei centri diurni e creazione di più centri diurni distribuiti sul territorio, anche per Alzheimer • Utilizzo di RSA e RA come centri diurni • Trasporto sociale verso i centri diurni (è garantito solo per visite ed esami) • Favorire l'intergenerazionalità nei centri diurni

Scheda 9
BISOGNO DI SALUTE
Mancanza di mezzi pubblici o privati di trasporto che connettano i vari poli urbani amiatini e rendano facile l'accesso ai servizi esistenti ma rarefatti sul territorio da parte di tutti coloro che non hanno facilità di spostamento col mezzo privato (anziani, stranieri senza macchina, ragazzi minorenni...).
Ad es. ci sono stranieri che hanno difficoltà ad accedere al banco alimentare per ritirare i pacchi a cui hanno diritto.
OBIETTIVO DI SALUTE
O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti) Far invecchiare le persone a casa loro, potendo accedere facilmente ai servizi esistenti sul territorio anche per chi non ha facilità di spostamento col mezzo privato (anziani, stranieri senza macchina, ragazzi minorenni...).
INTERVENTI
• Implementazione del servizio di trasporto pubblico locale • Messa a disposizione di pullmini o camper per associazioni, anche condivisi, per portare i servizi sul territorio • Cercare soluzioni che non sostituiscano posti di lavoro attraverso il volontariato, es attraverso il modello della cooperativa di comunità, con cui le istituzioni dovrebbero collaborare il più possibile. • Implementazione di servizi di trasporto sociale

Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico

SECONDO INCONTRO TEMATICO - Report

Sala del Consiglio Comunale, Castel del Piano 8.1.2026

Introduzione

Il giorno 3 Febbraio 2026 dalle ore 15.00 alle ore 18.00 si è svolto il secondo incontro di co-programmazione relativo al tema **Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico**.

Hanno partecipato, per gli ETS:

- Lucia Biondi- Giocolare Società Cooperativa Sociale
- Barbara Orienti - Giocolare Società Cooperativa Sociale
- Clara Cencini – Solidarietà Quadrifoglio Coop sociale
- Vilma Brammerini – Ass Noi e la celletta di San Lorenzo
- Giovanna Longo – Ass Ildebrando Imberciadori
- Angelica georg – Ass Melquides APS
- Stefania Cassani – Circolo ARCI La Brizza e coop di comunità Il Borgo

Hanno partecipato, per gli Enti:

- Cristina Moscatelli – ASL TSE
- Noemy Fedeli – CNA Grosseto
- Luigi Quattrucci- ASL Toscana Sud Est
- Nicoletta Farneschi – USR Toscana USO Grosseto
- Marco Costanzo – CoeSo SDS
- Massimiliano Marcucci - CoeSo SDS
- Sabrina melani – Comune di Arcidosso
- Cristina Marrani – ARTI

Il pomeriggio si è svolto secondo tre fasi di lavoro:

- Saluti istituzionali, presentazione delle schede sviluppate e delle modalità di lavoro
- Divisione in tavoli di lavoro e integrazione delle schede
- Restituzione in plenaria dei lavori dei gruppi.

Le relazioni introduttive

Massimiliano Marcucci (Responsabile Ufficio di Piano per COeSO) ha ripercorso brevemente gli elementi essenziali per comprendere il significato del percorso di co-programmazione sul PIS.

Claudia Casini ha invece presentato una sintesi del lavoro svolto l'8 gennaio: le tematiche ricorrenti e le schede nello specifico, che sono state poi integrate nelle settimane successive come documento condiviso online.

Cosa è emerso dai tavoli dell'8 gennaio

Richiesta di accessibilità
(servizi raggiungibili e
comprensibili)

Richiesta di continuità
(progetti che diventano
strutture e non episodi)

Necessità di
integrazione (tra
generazioni, culture,
servizi sanitari e
sociali).

I partecipanti si sono suddivisi in vari tavoli di lavoro e hanno scelto quali schede approfondire, a seconda dei loro interessi e delle loro competenze.

Plenaria finale

I tavoli hanno infine relazionato sul lavoro svolto.



Alcuni momenti del lavoro ai tavoli e della restituzione

Le schede integrate ai tavoli

Scheda 1 + 4	
BISOGNO DI SALUTE	
Il territorio, oltre a una curva in calo dal punto di vista demografico e un alto indice di vecchiaia, presenta un profilo demografico in trasformazione, con una forte presenza di stranieri residenti con background migratorio. Questa trasformazione determina una forte presenza di studenti stranieri nelle scuole del territorio, con problematiche relative all'inclusione e integrazione, in particolare linguistica. Questa criticità determina inoltre un alto tasso di abbandono scolastico, soprattutto da parte di studenti con background migratorio. Si rileva inoltre una scarsa partecipazione delle famiglie di questa fascia di popolazione nella comunicazione con le scuole. D'altra parte si tratta di famiglie spesso composte da genitori e figli, senza un'ulteriore rete familiare (in particolare la presenza di nonni). Inoltre, di fronte ad una popolazione autoctona con un alto indice di invecchiamento, si rileva una criticità nel proseguimento delle attività professionali, in particolare nelle professioni artigianali, mancando il passaggio generazionale. Infine, per aumentare l'integrazione degli stranieri bisogna tener conto che hanno bisogni di salute diversi dagli italiani, per favorire il loro insediamento e il loro radicamento sul territorio.	
OBIETTIVO DI SALUTE	
04 – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ – PROMUOVERE MAGGIORE INTEGRAZIONE INTERCULTURALE E INTERGENERAZIONALE IN UN TERRITORIO CON UNA FORTE TRASFORMAZIONE DEMOGRAFICA L'accesso alla casa e ai servizi socio-sanitari per gli stranieri deve essere allo stesso livello che per gli italiani.	
INTERVENTI	
● Formazione specifica per mediatori culturali; ● Formazione specifica per docenti che accolgono alunni stranieri che utilizzano l'italiano come lingua straniera; ● Percorsi di avvicinamento alle famiglie di origine straniera mediante personale formato, attraverso attività che coinvolgano sia i bambini che le loro famiglie, soprattutto a partire dalle donne; ● Individuazione/creazione di luoghi e spazi polivalenti e accessibili, diffusi su un territorio parcellizzato, ad uso di ETS e associazioni e che abbia funzione di luogo di incontro e scambio e che ospiti attività diverse; ● Organizzazione di attività di carattere intergenerazionale negli spazi sopra descritti, in modo da creare un sistema virtuoso di scambio anche culturale e promuovere il	

passaggio generazionale nei mestieri e nelle professioni anche attraverso il confronto tra provenienze e culture diverse;

- Si devono creare occasioni di socialità tra italiani e stranieri per eliminare la barriera tra “noi” e “loro”
- Si deve lavorare con le scuole, primo baluardo dell'integrazione

Scheda 2

BISOGNO DI SALUTE

Si rileva una discontinuità e frammentazione tra le tante progettualità esistenti sul territorio: il territorio presenta infatti un gran numero di realtà afferenti all'associazionismo e al Terzo Settore, che portano avanti diverse attività e interventi virtuosi e utili per il territorio, destinati tuttavia a interrompersi con il concludersi dei progetti (e del relativo finanziamento). Occorre quindi dare continuità agli interventi e attività in corso (o già concluse).

Inoltre, le progettualità attive sono parcellizzate sul territorio e tra le realtà che le promuovono, con una difficoltà di informazione verso la cittadinanza, che spesso non conosce le possibilità offerte dal territorio.

Dalla discussione emerge con forza che il territorio soffre meno di “assenza di servizi” e più di **frammentazione**: servizi e progettualità ci sono, ma non sono visibili, non sono raccordati e spesso si esauriscono con la fine dei finanziamenti. La dinamica ricorrente è: “serve X... ma c'è e non lo sapevo”. Per questo, l'orientamento condiviso è costruire un **coordinamento stabile**, in grado di fare sintesi tra enti locali e rete dei servizi, evitando interventi paralleli e dispersione di risorse.

OBIETTIVO DI SALUTE

05c – PARTECIPAZIONE DELLA CITTADINANZA E AMMINISTRAZIONE CONDIVISA

INTERVENTI

- Sistematizzare i tavoli di co-progettazione, in modo da promuovere sia un lavoro comune e condiviso di analisi delle criticità e bisogni e individuazione di attività e interventi virtuosi, sia una conoscenza reciproca delle progettualità promosse anche singolarmente dalle realtà del territorio;
- Realizzare un canale informativo unico (anche multimodale: sia digitale che cartaceo) che possa riportare una “carta dei servizi unitaria” con la quale si comunichino tutta l'offerta di servizi e attività del territorio;
- Creare un tavolo permanente di fundraising e/o mettere a sistema un budget dedicato alla stabilizzazione delle attività sperimentate nel corso dei progetti.

Sul piano operativo viene proposto un **tavolo di coordinamento permanente** (o “tavolo di coordinamento all’Unione dei Comuni”) che coinvolga esplicitamente: **Enti locali/EE.LL., ASL, Coeso, scuole, CPI/agenzie formative, ETS/associazioni**. Questo organismo dovrebbe avere due funzioni prioritarie: (1) garantire un allineamento continuo tra le progettualità (chi fa cosa, con quali target e con quali risorse), (2) costruire una strategia comune per rendere i servizi conoscibili e accessibili. Da qui la proposta di una **mappatura chiara dei servizi** e della creazione di una **Carta dei servizi unitaria**, da aggiornare nel tempo e diffondere con strumenti semplici e raggiungibili. Le note manoscritte rafforzano la componente di **accessibilità e comunicazione**: uso di **QR code plurilingue** in punti strategici, supporto alla diffusione anche tramite figure “ponte” (es. volti noti / influencer locali) e un’attenzione particolare alla raggiungibilità per giovani e popolazione straniera. In parallelo, si evidenzia l’esigenza di “codificare” e rendere ripetibili alcune azioni (interventi codizzati), così da trasformare esperienze episodiche in strumenti strutturali.

Infine, la sostenibilità: il tavolo di coordinamento viene visto anche come luogo in cui **intercettare fondi e bandi** e creare una capacità progettuale stabile. In questa direzione compare una proposta molto concreta: prevedere una figura/ruolo di **progettista** capace di “far rientrare” più situazioni e bisogni nei canali di finanziamento disponibili, così da non lasciare che le attività si interrompano a fine progetto.

Scheda 3
BISOGNO DI SALUTE
Risulta necessario fornire strumenti per alleggerire e integrare le strutture sanitarie e di accesso alle cure in un territorio prevalentemente ultraperiferico e con un alto indice di anzianità, con problemi non solo di raggiungibilità delle strutture, ma anche di carenza di MMG e PLS. Fermo restando che le strutture di assistenza e l’accessibilità alle cure mediche deve essere assicurata a tutta la popolazione, in alcuni casi può essere alleggerita la richiesta attraverso la promozione della conoscenza su come prendersi cura della propria salute e benessere e come prevenire l’insorgere di problematiche. Si rileva una carenza di figure professionali che prestano servizio di assistenza familiare e assistenza agli anziani, in particolare badanti, che per motivi logistici e di mobilità risiedono prevalentemente nei poli maggiori della zona Grossetana.
OBIETTIVO DI SALUTE
01 – PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE ED EQUITÀ LUNGO IL CORSO DI VITA
INTERVENTI
La discussione mette in evidenza un approccio che integra la sanità con la promozione del benessere: in un territorio fragile e disperso è utile alleggerire la pressione sui servizi

sanitari anche attraverso **prevenzione, educazione e cura di sé**, senza sostituire le cure mediche ma affiancandole.

Il contributo converge su un'idea forte: **superare la lettura "solo sanitaria"** e costruire spazi e attività che tengano insieme corpo e mente lungo tutto l'arco della vita. Un esempio molto concreto è l'introduzione a scuola (dalle elementari alle superiori) di pratiche quotidiane di **yoga, meditazione, respirazione** all'inizio della giornata, per migliorare apprendimento e clima scolastico. In parallelo, si propone di attrezzare spazi (nelle **Case di Comunità** o in strutture affini) per attività formative e di benessere, anche con una funzione culturale e preventiva rispetto alle cronicità.

Un altro filone riguarda la **cucina naturale e l'educazione alimentare**: corsi in scuole e spazi polivalenti, con valorizzazione delle risorse locali, collaborazione con aziende agricole e orientamento a prodotti sani e accessibili (anche con riferimenti a politiche regionali sul food). Le note manoscritte aggiungono la prospettiva dell'accessibilità economica: rendere più raggiungibili anche prodotti biologici e non processati, e trasmettere tecniche di cucina tradizionale "sana".

- Promuovere attività di educazione/formazione a discipline olistiche (yoga, meditazione, omeopatia e naturopatia) non in sostituzione delle cure mediche ma con funzione di integrazione delle stesse e prevenzione dell'insorgere di disturbi e malattie;
- Promuovere attività di educazione alimentare e cucina naturale (eventualmente anche attraverso scambi interculturali con la popolazione straniera residente, in modo da creare anche scambio interculturale);

Emergono poi due attenzioni sociali molto legate al territorio: (1) un supporto specifico alle **assistenti familiari/badanti** provenienti da contesti lontani e spesso sotto stress (anche psicologico); (2) la necessità di **facilitazione digitale** per l'accesso ai servizi (SPID, prenotazioni, pratiche), collocando facilitatori digitali anche in luoghi informali (bar, circoli, esercizi locali), così da renderli realmente raggiungibili per chi non frequenta sportelli istituzionali.

- Promuovere attività di formazione e assistenza ai caregivers;
- Realizzare attività di matching tra domanda e offerta di lavoro per collaboratori famigliari e altri servizi agli anziani;
- Promuovere e incentivare la residenzialità in prossimità delle figure professionali che prestano servizio di assistenza famigliare e assistenza agli anziani, in particolare badanti;
- Realizzare un servizio diffuso di assistenza tecnologica e di accesso ai servizi;
- Rafforzare il servizio di trasporto pubblico locale

Scheda 5
BISOGNO DI SALUTE
Mancano i MMG, circa 1/3 di residenti è sprovvisto di medico, gli anziani non riescono ad andare dal medico. All'ambulatorio per le cure primarie chi non ha medico assegnato dovrebbe pagare la prestazione. Anche alcune RSA hanno anziani senza MMG.
OBIETTIVO DI SALUTE
O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità A lungo termine è necessario un aumento del numero dei MMG, ma bisogna individuare soluzioni a breve termine per sopperire alla mancanza attuale.
INTERVENTI
Qui il problema è netto: la mancanza di medici di medicina generale produce difficoltà immediate di accesso alle cure, in particolare per gli anziani e per chi ha mobilità ridotta. La discussione sottolinea che l'aumento strutturale dei MMG è indispensabile, ma nel frattempo servono soluzioni a breve termine che garantiscano un presidio minimo e continuo. La proposta che emerge (e che nelle note manoscritte è molto chiara) è il ripristino/attivazione di un "Camper della salute" come servizio stabile, con una presenza infermieristica e una connessione con il medico tramite telemedicina. L'idea è che non sia un intervento episodico, ma una realtà continuativa, capace di aumentare l'offerta di servizi e diventare un punto riconoscibile nel tempo. Nelle discussioni viene anche suggerito di agganciare i passaggi del camper a momenti e luoghi già frequentati (ad esempio mercati locali), così da massimizzare l'accessibilità.

Scheda 6
BISOGNO DI SALUTE
Difficoltà di reperire abitazioni per soggetti fragili o stranieri, che invece potrebbero costituire un bacino di giovani e famiglie per contrastare l'invecchiamento del territorio. Il tema casa viene letto come leva decisiva per contrastare lo spopolamento e favorire l'insediamento di giovani e famiglie straniere. La discussione evidenzia che il nodo spesso non è solo "mancanza di immobili", ma un blocco nel mercato della locazione: case vuote, timori dei proprietari, assenza di garanzie e di soggetti che accompagnino il processo.
OBIETTIVO DI SALUTE
O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)

RISPONDERE ALL'EMERGENZA ABITATIVA CHE ESISTE, SIA IN ZONA AMIATINA CHE IN ZONE COSTIERE LIMITROFE, PER FACILITARE L'INSEDIAMENTO DI GIOCANI, DONNE, FAMIGLIE STRANIERE.
INTERVENTI
• Tavoli tematici stabili per individuare soluzioni sostenibili nel tempo • Progettazione di interventi di co-housing, anche sfruttando eventuali edifici sequestrati e messi a disposizione della prefettura • Garanzie sugli affitti: i Comuni (o un soggetto pubblico/territoriale) potrebbero svolgere un ruolo di "garante" per rendere più sicura la locazione, a condizione che la garanzia sia solida e credibile. Si ipotizza anche una collaborazione con agenzie immobiliari attraverso convenzioni. • Intermediazione organizzata: creare una rete di proprietari che delegano a un soggetto dedicato (ente/organismo/gestore) la gestione degli affitti per giovani, donne, famiglie straniere. Questo riduce attriti, velocizza le procedure e rende più stabile il sistema. • Viene inoltre richiamata la necessità di progettazione: una figura/ruolo di progettista può aiutare a far rientrare molte situazioni nei canali di finanziamento, e si citano anche piste come co-housing, riuso/ristrutturazione e utilizzo di strumenti/bonus per riattivare immobili, con particolare attenzione ai centri storici.

Scheda 7
BISOGNO DI SALUTE
Mancanza di occasioni di socialità e di servizi per i giovani ragazzi, che a volte vengono considerati un fastidio nelle loro manifestazioni di divertimento, e che sentono il bisogno di andare via appena possibile favorendo il fenomeno dell'invecchiamento del territorio.
OBIETTIVO DI SALUTE
O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti) OFFRIRE PROSPETTIVE DI SOCIALITA' AI RAGAZZI E SERVIZI DIFFUSI (LAVORO, DIVERTIMENTO, SPORT) PER TRATTENERLI SUL TERRITORIO
INTERVENTI
• Dato che spesso i ragazzi non partecipano alle proposte culturali sviluppate dalle associazioni del territorio, è necessario individuare iniziative culturali che coinvolgano anche le generazioni più giovani. • E' importante potenziare i centri di aggregazione giovanile esistenti e crearne dove non ci sono.

Scheda 8
BISOGNO DI SALUTE
Manca un supporto efficace a pazienti cronici e famiglie sia per la gestione quotidiana che per la prevenzione. Il punto di partenza condiviso è la carenza di “strutture intermedie” che sostengano la quotidianità di anziani e famiglie, sia nella gestione della cronicità sia nel contrasto all'isolamento. Da qui emerge l'idea che i centri diurni non siano solo “un servizio”, ma un'infrastruttura sociale e di salute, che può alleggerire famiglie e sistema sanitario.
OBIETTIVO DI SALUTE
O2. Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità Presa in carico della cronicità anche attraverso i centri diurni
INTERVENTI
• necessità di ampliare l'assistenza domiciliare anche come funzione di accompagnamento verso il centro diurno (per rendere accessibile la frequenza); • formazione per caregiver, con l'idea che il centro diurno possa diventare anche luogo di apprendimento e sostegno pratico, utile quando l'anziano torna a casa; • Aumento dei posti nei centri diurni e creazione di più centri diurni distribuiti sul territorio, anche per Alzheimer • Utilizzo di RSA e RA come centri diurni • costruzione di spazi comuni che permettano l'ingresso anche di persone non stabilmente inserite nella struttura, aumentando la funzione di socialità. • Trasporto sociale verso i centri diurni (è garantito solo per visite ed esami): senza accompagnamento e trasporto sociale, il centro diurno rischia di essere un servizio “teorico”. Per questo viene proposto di garantire mezzi per visite e spostamenti, anche con il supporto di reti organizzate di volontariato (da evitare però come sostituzione strutturale di lavoro, tema che ricorre anche altrove). • Favorire l'intergenerazionalità nei centri diurni

Scheda 9
BISOGNO DI SALUTE
Mancanza di mezzi pubblici o privati di trasporto che connettano i vari poli urbani amiatini e rendano facile l'accesso ai servizi esistenti ma rarefatti sul territorio da parte di tutti coloro che non hanno facilità di spostamento col mezzo privato (anziani, stranieri senza macchina, ragazzi minorenni...). Ad es. ci sono stranieri che hanno difficoltà ad accedere al banco alimentare per ritirare i pacchi a cui hanno diritto.

La mobilità viene descritta come condizione abilitante per tutto il resto: senza trasporti, i servizi non sono realmente accessibili (banco alimentare, cure, centri diurni, attività sociali). Il tema quindi non è un singolo servizio, ma la costruzione di un **sistema di trasporti sociali intercomunale stabile**, capace di rispondere sia alle emergenze sia alle necessità ordinarie (posta, banca, mercato, farmacia), con capillarità.

OBIETTIVO DI SALUTE

O4. Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)

Far invecchiare le persone a casa loro, potendo accedere facilmente ai servizi esistenti sul territorio anche per chi non ha facilità di spostamento col mezzo privato (anziani, stranieri senza macchina, ragazzi minorenni...).

INTERVENTI

- Implementazione del servizio di trasporto pubblico locale
- La proposta centrale è “mettere a sistema” ciò che già esiste: pulmini delle associazioni, mezzi istituzionali, iniziative di volontariato, con un **coordinamento unico** e una **mappatura dei mezzi** disponibili (chi li ha, quando sono disponibili, per quali utenti e tratte). Le note manoscritte riportano anche esempi operativi (giorni di trasporto da frazioni verso i centri principali, consegna pacchi viveri, accompagnamenti), che mostrano come il bisogno sia già “organizzato” informalmente e potrebbe diventare una rete più efficiente se stabilizzata e coordinata.
- Messa a disposizione di pullmini o camper per associazioni, anche condivisi, per portare i servizi sul territorio
- Cercare soluzioni che non sostituiscano posti di lavoro attraverso il volontariato, es attraverso il modello della cooperativa di comunità, con cui le istituzioni dovrebbero collaborare il più possibile.
- Implementazione di servizi di trasporto sociale



SOCIETÀ DELLA SALUTE
delle zone Amiata Grossetana,
Colline Metallifere e Grossetana

CO-PROGRAMMAZIONE ANELL'AMBITO DELLA
REDAZIONE DEL NUOVO
PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE



Co-programmazione per il Piano Integrato di Salute (PIS)

Tema 1 - Giovani: educazione, prevenzione, opportunità

Documento conclusivo di sintesi

COeSO Società della Salute Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

Periodo: dicembre 2025 - gennaio 2026

Redazione: Simurg Ricerche (facilitazione e reporting)



1. Introduzione: il percorso di co-programmazione

La co-programmazione, prevista dall'art. 55 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e dalla L.R. Toscana 65/2020, è un procedimento istruttorio partecipato attraverso il quale l'Amministrazione procedente acquisisce contributi e conoscenze da parte degli Enti del Terzo Settore (ETS) e degli altri soggetti pubblici del sistema locale di welfare, al fine di individuare bisogni da soddisfare, interventi necessari, modalità di realizzazione e risorse/condizioni disponibili. Gli esiti confluiscono nel Piano Integrato di Salute (PIS) zonale e non costituiscono, di per sé, un affidamento di servizi o attività.

Nel quadro dell'elaborazione del nuovo PIS zonale, COESO SDS Grosseto ha attivato un percorso di co-programmazione articolato su tre tematiche. Per ciascuna tematica il lavoro si è sviluppato attraverso due laboratori in presenza, intervallati da una fase di confronto e integrazione su documenti online, con l'obiettivo di arrivare a una sintesi istruttoria utile alla programmazione triennale socio-sanitaria e sociale.

Il tema 'Giovani: educazione, prevenzione, opportunità' è stato individuato come prioritario in ragione dell'intensificazione, negli ultimi anni, di fragilità psicologiche e relazionali, riduzione degli spazi di socialità, aumento di comportamenti a rischio e difficoltà di costruzione di prospettive future.

2. Attività svolte

Primo laboratorio in presenza (16 dicembre 2025, Biblioteca Chelliana - Grosseto)

Il primo laboratorio si è svolto in plenaria introduttiva e lavoro in sottogruppi. Dopo i saluti istituzionali e l'inquadramento del PIS e della co-programmazione, i partecipanti si sono divisi in tre tavoli facilitati. Ogni tavolo ha svolto un brainstorming, ha individuato bisogni e obiettivi di salute prioritari e ha compilato schede sintetiche (bisogno, obiettivo, primi spunti di intervento). A esito del laboratorio sono state prodotte 10 schede tematiche.

Interazione online (dicembre 2025 - gennaio 2026)

Tra i due incontri, i materiali del primo laboratorio sono stati condivisi in formato digitale in un documento aperto ai contributi, al fine di integrare o precisare i contenuti delle schede, accorpate temi sovrapposti, raccogliere ulteriori indicazioni operative e garantire la possibilità di partecipazione anche a chi non aveva preso parte al primo appuntamento.

Secondo laboratorio in presenza (20 gennaio 2026, Biblioteca Chelliana - Grosseto)

Il secondo laboratorio ha ripreso le schede emerse il 16 dicembre e le integrazioni apportate online. I partecipanti si sono suddivisi in quattro tavoli di lavoro, ciascuno dei quali ha approfondito e integrato un set di schede. La plenaria finale ha consentito una restituzione condivisa e la convergenza su un quadro più omogeneo di bisogni, obiettivi e linee di intervento.

Nella versione consolidata, alcuni temi sono stati integrati tra loro, e sono stati dettagliati diversi interventi, specialmente nell'area orientamento e nell'area prevenzione dei comportamenti a rischio.

3. Partecipanti e valutazione della partecipazione

Al bando di co-programmazione hanno risposto, per l'area tematica grossetana, 12 soggetti del Terzo Settore. L'elenco di seguito riporta le organizzazioni iscritte (come da elenco domande):

- OASI GROSSETO ODV
- ARCI COMITATO TERRITORIALE GROSSETO
- GIOCOLARE COOPERTIVA SOCIALE FIRENZE
- SOLIDARIETA' QUADRIFOGLIO COOP.VA SOCIALE COLLE VAL D'ELSA
- ABIO GROSSETO ODV
- USCITA DI SICUREZZA
- COOP.VA DI COMUNITA' DELLA MAREMMA LE VIE GROSSETO
- ACAT GROSSETO NORD
- ASS.NE OLYMPIA DE GOUGES APS GROSSETO
- CROCE ROSSA COMITATO GROSSETO
- FEDERCONSUMATORI GROSSETO E PROVINCIA APS
- ASSOCIAZIONE D.O.G. APS

La partecipazione effettiva ai due laboratori in presenza è stata la seguente:

Incontro	Rappresentanti ETS	Rappresentanti Enti/Istituzioni	Totale presenze
16/12/2025	13	15	28
20/01/2026	10	9	19

Dal punto di vista qualitativo, il percorso ha visto una compresenza significativa di competenze e punti di vista: ETS e cooperazione sociale, sindacato, comitato di partecipazione, servizi sanitari (promozione della salute, SERD, salute mentale), servizi sociali, docenti di scuola superiore/ufficio scolastico provinciale, Comune e politiche del lavoro (ARTI). La continuità di partecipazione tra i due incontri è stata garantita soprattutto da alcune organizzazioni (ARCI/D.O.G., ABIO, ACAT, Federconsumatori, Giocolare, Uscita di Sicurezza, CISL) e dai servizi ASL.

Per la natura stessa del processo amministrativo, la rappresentanza diretta di giovani e gruppi informali giovanili è risultata assente o marginale. Questo elemento suggerisce, per le fasi successive (co-progettazione o attuazione), di prevedere dispositivi dedicati di stakeholder engagement rivolti a ragazze e ragazzi e ai contesti educativi e ricreativi (sport, cultura, aggregazione).

4. Esiti: schede prodotte e lettura riassuntiva dei temi

Il primo laboratorio ha prodotto 10 schede. Nel periodo di confronto online e nel secondo laboratorio le schede sono state integrate e, in parte, accorpate. Di seguito si propone una lettura riassuntiva dei temi emersi, organizzata per ambiti coerenti con le schede consolidate.

Genitorialità fragile e comunità educante

È emersa una diffusa fragilità della generazione dei genitori (soprattutto 14-19 anni) legata a precarietà economica e lavorativa e a difficoltà nell'orientare e sostenere i figli. I tavoli descrivono due polarità problematiche: decisioni 'calate dall'alto' oppure assenza di riferimenti e regole. Le proposte insistono su strumenti stabili di prossimità: psicologo di famiglia nelle Case della Comunità, attività di gruppo, incontri tematici scuola-famiglia, sportelli di ascolto scolastici e forme di associazionismo tra famiglie. È stata inoltre richiamata la necessità di rafforzare una presa in carico integrata (salute mentale, consultorio, SERD, servizi sociali, scuola e terzo settore) in ottica familiare e comunitaria, riducendo lo stigma attraverso l'uso di luoghi 'neutri' come biblioteche.

Socialità, spazi pubblici e mobilità

I partecipanti hanno segnalato la riduzione degli spazi pubblici di aggregazione spontanea e l'aumento del peso di luoghi privati, con effetti sull'isolamento e sul disagio. In un territorio parcellizzato, la mancanza di collegamenti TPL limita ulteriormente la socializzazione extra-scolastica. Le indicazioni convergono su spazi polifunzionali e accessibili (anche con arredo urbano), eventi aggregativi e, in modo molto operativo, sul potenziamento delle corse degli autobus negli orari critici (uscita da scuola e fasce serali).

Orientamento, formazione e transizione al lavoro

È stato evidenziato un disorientamento legato alla difficoltà di immaginare il futuro e alla ricerca di gratificazioni immediate, anche per effetto di modelli mediatici (successo facile, influencer, trading). Il lavoro è percepito come frammentato e poco sicuro, con conseguente demotivazione verso percorsi lunghi. Tra gli interventi proposti: potenziamento dei PCTO in chiave orientativa (durata, qualità, momenti di riflessione e monitoraggio con psicologi), open day aziendali per riscoprire mestieri artigianali e manifatturieri, tirocini formativi, sportelli di orientamento nelle scuole con professionisti, collaborazione con CPI e servizi territoriali, e rafforzamento dell'offerta formativa universitaria locale. È stata richiamata anche l'importanza di lavorare con i genitori nelle scelte di transizione scuola-lavoro.

Stili di vita a rischio, devianza e coordinamento territoriale

I tavoli hanno segnalato l'abbassamento dell'età di alcuni comportamenti a rischio e la presenza di gruppi di minori con stili di vita pericolosi (alcol, sostanze, bullismo, uso smodato del digitale, abbandono scolastico), con dinamiche di emulazione tra pari. È stato sottolineato che il problema non è solo 'mancanza di idee', ma frammentazione progettuale: molte iniziative non dialogano tra loro. Le proposte includono educativa di strada, un tavolo permanente di coordinamento/network sui giovani, l'attivazione



SOCIETÀ DELLA SALUTE
delle zone Amiata Grossetana,
Colline Metallifere e Grossetana

**CO-PROGRAMMAZIONE ANELL'AMBITO DELLA
REDAZIONE DEL NUOVO
PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE**



o potenziamento di informagiovani (con formazione pratica degli operatori), hub giovanili multifunzionali, utilizzo di sport e musica come alternative positive e formazione trasversale per gli 'adulti educanti' (allenatori, catechisti, esercenti) per intercettare e orientare senza stigmatizzare. È stata avanzata anche l'ipotesi di camper itineranti come presidio mobile nei luoghi informali.

Violenza giovanile e presa in carico familiare

È stato riportato un aumento di episodi di violenza anche in ambito scolastico, con comportamenti distruttivi verso oggetti e persone. La violenza è spesso letta come esito di dinamiche relazionali e familiari, non come 'atto isolato'. Ne deriva la richiesta di percorsi di presa in carico che includano ragazzi e famiglie e che tengano insieme gestione e prevenzione a scuola, con il coinvolgimento dei servizi sociali e sanitari. È emerso un dibattito sul ruolo delle forze dell'ordine (intervento sull'atto vs prevenzione), e l'indicazione di investire su formazione diffusa per leggere il fenomeno nel contesto sociale e relazionale.

Inclusione scolastica e aumento dei bisogni educativi speciali

Nonostante la diminuzione della popolazione scolastica, cresce il numero di studenti con certificazioni BES, DSA e 104. È stata evidenziata la necessità di rafforzare la formazione del personale scolastico (docenti e ATA) e di prevedere supporti qualificati in collaborazione con servizi sociali e altri enti. Un punto specifico riguarda la costruzione di un clima di classe inclusivo, aiutando compagni e famiglie a comprendere che i supporti non sono 'privilegi' ma misure necessarie.

Digitale: educazione, prevenzione e supporto

Il digitale attraversa molti aspetti del benessere: stress e aspettative, dipendenza da social e dispositivi, difficoltà affettivo-sessuali, rischio di gioco d'azzardo online. La risposta scolastica è spesso centrata sul divieto, mentre le famiglie risultano talvolta prive di competenze per accompagnare i figli fin da piccoli. Le proposte puntano su educazione al digitale e life skills, con formazione precoce per i genitori (anche nei corsi pre-parto, nidi e infanzia), coinvolgimento attivo dei ragazzi, ampliamento dei corsi già proposti dalla ASL, formazione per pediatri e continuità degli sportelli psicologici gratuiti svincolati da logiche esclusivamente progettuali.

Ritiro sociale e rifiuto scolastico

È stato segnalato l'aumento di richieste di didattica domiciliare e situazioni di isolamento sociale, talvolta connesse a disturbi alimentari o dipendenze digitali. I tavoli hanno evidenziato che non è sufficiente osservare l'abbandono scolastico: occorre distinguere la mancata frequenza dovuta a patologie o ritiro sociale. Tra le indicazioni: rafforzare le relazioni scuola-servizi per l'individuazione precoce, e promuovere formazioni specifiche per MMG e pediatri su segnali di rischio e percorsi di invio.

Indicazioni trasversali e condizioni abilitanti

Oltre ai singoli ambiti, il lavoro ha evidenziato alcune condizioni trasversali per rendere efficaci gli interventi:

- stabilità e continuità delle azioni (superando la logica di progetti isolati e a termine);
- cabina di regia o tavolo permanente di coordinamento sui giovani, con capacità di integrazione tra sanitario, sociale, scuola e terzo settore;
- finanziamenti dedicati alla prevenzione e alla promozione della salute, con programmazione coerente con i tempi scolastici;
- uso di luoghi non stigmatizzanti e presidi di prossimità (spazi civici, biblioteche, presidi itineranti) per intercettare bisogni prima che diventino emergenze.

5. Schede di lavoro

Scheda 1 – GENITORIALITA'

Obiettivo di salute: **Rafforzamento dei percorsi e dei servizi territoriali di supporto alla genitorialità, rivolti non solo ai contesti familiari con bisogni specifici.**

Descrizione: potenziare sostegni e servizi “ordinari” (non solo su invio/urgenza), con azioni continuative e di comunità, in rete con la scuola.

Bisogno a cui risponde: genitori in forte precarietà economico-lavorativa e in difficoltà nell'orientare i figli; fatica a leggere/gestire precocemente situazioni di disagio e comportamenti devianti; fragilità nelle relazioni scuola–famiglia.

Interventi suggeriti:

- Presenza dello psicologo di famiglia nelle Case della Comunità e sviluppo di attività di gruppo
- Attività di gruppo e incontri tematici con le famiglie, coinvolgendo le scuole
- Sportelli di ascolto nelle scuole (sul modello già sperimentato su gioco d'azzardo)
- Favorire associazionismo tra famiglie
- Moduli di supporto alla genitorialità “di comunità” (gruppi/attività aggregative con USL–TS–scuola–servizi sociali)
- Inserimento a curriculum (dalla secondaria di I grado) di educazione all'uso della tecnologia e comunicazione digitale
- Ridurre l'uso del registro elettronico come canale principale di comunicazione per favorire interazioni umane

Scheda 2 – OCCASIONI DI SOCIALIZZAZIONE

Obiettivo di salute: **Rafforzamento delle occasioni di socializzazione e aggregazione spontanea.**

Descrizione: ricostruire spazi/occasioni accessibili e non solo “a mercato”, e rendere possibile la socialità anche nei territori parcellizzati.

Bisogno a cui risponde: carenza di spazi pubblici e momenti aggregativi; difficoltà di socializzazione fuori scuola anche per i limiti del TPL e la dispersione territoriale.

Interventi suggeriti:

- Spazi pubblici polifunzionali (anche con arredo urbano)
- Eventi aggregativi (musica, sport, ecc.)
- Aumento corse autobus: in uscita da scuola e, più in generale, nei capoluoghi per favorire incontri

Scheda 3 – ORIENTAMENTO LAVORATIVO

Obiettivo di salute: **Rafforzamento dei dispositivi di orientamento lavorativo e di accompagnamento a percorsi formativi complessi.**

Descrizione: rendere l'orientamento più strutturato e “realistico”, collegando scuola–formazione–lavoro e sostenendo competenze/consapevolezza.

Bisogno a cui risponde: difficoltà di progettarsi nel futuro; modelli di successo “immediato”; bassa disponibilità a percorsi lunghi; percezione del lavoro come ostile/frammentato; scarsa conoscenza delle opportunità già a partire dalla scuola.

Interventi suggeriti:

- **Nelle scuole**
 - Potenziare i **PCTO** (durata/struttura) + momenti di riflessione/monitoraggio con psicologi
 - Open day aziendali su mestieri artigianali/manifatturieri
 - Tirocini formativi/stage su tutte le scuole
 - Presenza di servizi territoriali (sociali e lavoro) in consigli d'istituto e programmazione didattica
 - Collaborazione con Centri per l'impiego; sportelli orientamento con professionisti
 - Potenziamento percorsi universitari sul territorio e ampliamento offerta formativa con finanziamenti mirati
- **Dialogo con la politica**
 - Rafforzare rete scuole–CPI–sindacati–servizi sociali/sanitari–terzo settore per richieste/proposte unitarie (anche su contrattazione integrativa)

- **Aziende**
 - Informazione/sensibilizzazione nei contesti aziendali su opportunità di inserimento formativo/professionale dei giovani
- **Genitorialità**
 - Interventi sulle aspettative/iperprotezione che influenzano le scelte professionali nella transizione al lavoro

Scheda 4 – EDUCAZIONE DIGITALE

Obiettivo di salute:

- **Promozione dell'educazione al digitale e rafforzamento della prevenzione alla dipendenza digitale patologica**
Descrizione: educazione coerente tra scuola/famiglie/agenzie formative, alternative concrete e sviluppo life skills/regole sociali.
- **Rafforzamento del supporto alla dipendenza digitale patologica (riconoscimento → attivazione servizi → supporto psicologico).**

Bisogno a cui risponde: aumento problemi di dipendenza digitale (ragazzi e genitori); stress da social/dispositivi; scarsa consapevolezza dei ragazzi e difficoltà a costruire alternative; scuola spesso centrata sul divieto e famiglie poco competenti nell'accompagnamento.

Interventi suggeriti:

- Formazione e coinvolgimento attivo dei ragazzi
- Formazione ai genitori precocemente (pre-parto, nido, infanzia)
- Aumentare scuole aderenti ai corsi su dipendenze digitali già proposti da ASL TSE
- Interventi nelle scuole sui rischi dei social con esempi/storie concrete
- Formazione ai pediatri
- Continuità a sportelli psicologici gratuiti (oltre PNRR; tempistiche coerenti con anno scolastico)
- Eventi periodici per scuole e cittadinanza

Scheda 5 – STILI DI VITA SANI

Obiettivo di salute: **Rafforzare e coordinare i percorsi e i progetti sugli stili di vita sani (genitori e ragazzi), creando una rete che trasformi attività/progetti da servizi a beni comuni, nella logica dell'amministrazione condivisa.**

Descrizione: superare frammentazione progettuale e costruire una regia stabile, con interventi integrati su prevenzione e comunità.

Bisogno a cui risponde: target “giovani” da estendere (11–40); aumento di gruppi/bande e stili di vita rischiosi (alcol, sostanze, bullismo, uso smodato tecnologie, abbandono scolastico), con forte peso di spazi mancanti, lavoro/autonomia, genitorialità debole; molti progetti isolati e senza coordinamento.

Interventi suggeriti:

- Educativa di strada per intercettare i giovani nei luoghi informali
- Gruppi sulla genitorialità e sostegno alle famiglie
- Tavolo permanente di coordinamento + network “giovani”
- Apertura/potenziamento **informagiovani**
- Camper/mezzi itineranti (anche recupero mezzi sequestrati)
- Formazione operatori più “calata” sul quotidiano (sviluppo adolescenziale, linguaggi, sostanze)
- Presa in carico più puntuale da neuropsichiatria (percorsi mirati)
- Sport/musica/associazionismo come alternative positive; formazione trasversale per “adulti educanti” (allenatori, catechisti, baristi, ecc.)
- Rafforzare spazi giovanili multifunzionali e creare un hub giovanile
- Percorsi su intelligenza emotiva + educazione sessuale/affettività (anche educativa di strada)
- Psicoterapia mirata per genitori disorientati (intercettare prima che il problema sia conclamato)
- Spazi di confronto sui momenti di crisi (insegnanti–genitori–giovani) e ricerca fondi dedicati

Scheda 6 – VIOLENZA GIOVANILE

Obiettivo di salute: **Presa in carico dei ragazzi che manifestano violenza, insieme alle loro famiglie.**

Descrizione: passare dalla sola “gestione dell’atto” a prevenzione e lettura relazionale, con presa in carico integrata e non stigmatizzante.

Bisogno a cui risponde: aumento episodi di violenza (anche a scuola) e comportamenti distruttivi; spesso la violenza è vissuta prima in famiglia anche senza segnali “classici” di fragilità.

Interventi suggeriti:

- Supporto ai contesti scolastici per prevenzione/gestione con famiglie e servizi sociali/sanitari; confronto sul ruolo delle forze dell’ordine (gestione vs prevenzione)
- Collegamento con interventi della scheda 1 (prevenzione, contesti non esclusivamente “salute mentale” per ridurre stigma)

- Formazione per operatori/insegnanti/cittadini per leggere la violenza come fenomeno sociale-relazionale
- Moduli di educazione emotiva e affettiva fin dalla prima infanzia
- Usare corsi di preparazione al parto per educazione emotiva e “sintonizzazione” genitoriale

Scheda 7 – INCLUSIONE STUDENTI CERTIFICATI

Obiettivo di salute: **Lavorare nei contesti scolastici sull'inclusione di bambini e ragazzi certificati con strumenti più efficaci di quelli attuali.**

Descrizione: rafforzare competenze e strumenti per inclusione reale (non solo adempimenti), gestendo anche contesti complessi.

Bisogno a cui risponde: aumento certificazioni (BES/DSA/104) e bisogni specifici; difficoltà di docenti e classi nel comprendere/gestire differenze, con rischio barriere all'inclusione.

Interventi suggeriti:

- Formazione personale scolastico (docenti e ATA) su gestione certificazioni e altre criticità (violenza, dipendenze, ecc.)
- In contesti più a rischio: procedure/strumenti standard e progetti formativi specifici
- Supporto di personale qualificato in collaborazione con altri enti e servizi sociali
- Coinvolgere i genitori per comprendere che il “diverso trattamento” è inclusione, non privilegio

Scheda 8 – ISOLAMENTO SOCIALE

Obiettivo di salute: **Individuazione precoce e supporto ai ragazzi che soffrono di isolamento sociale e rifiutano la frequenza scolastica.**

Descrizione: distinguere l'abbandono “classico” da mancata frequenza per isolamento/patologie e intervenire per tempo in rete.

Bisogno a cui risponde: aumento richieste di didattica domiciliare; isolamento sociale spesso connesso a DCA (ragazze) o dipendenze digitali (ragazzi); necessità di leggere meglio i dati (non solo abbandono scolastico).

Interventi suggeriti:

- Rafforzare relazioni scuola–servizi sociali/enti preposti per distinguere abbandono da isolamento/patologie
- Formazione specifica di pediatri e MMG per individuazione precoce (isolamento, DCA, dipendenze digitali)

6. Documentazione fotografica

Le immagini del primo laboratorio



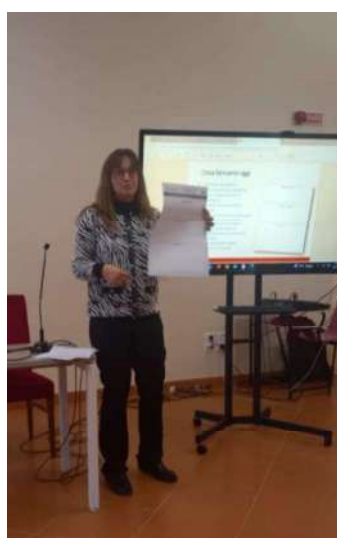
I saluti iniziali della direttrice COeSO Tania Barbi



L'intervento di Massimiliano Marcucci



La spiegazione dell'approccio e i tre tavoli di lavoro



La restituzione in plenaria

Le immagini del secondo laboratorio



Le relazioni introduttive



I tavoli di lavoro



SOCIETÀ DELLA SALUTE
delle zone Amiata Grossetana,
Colline Metallifere e Grossetana

**CO-PROGRAMMAZIONE ANELL'AMBITO DELLA
REDAZIONE DEL NUOVO
PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE**



La restituzione in plenaria



SOCIETÀ DELLA SALUTE
delle zone Amiata Grossetana,
Colline Metallifere e Grossetana

**CO-PROGRAMMAZIONE ANELL'AMBITO DELLA
REDAZIONE DEL NUOVO
PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE**



Co-programmazione per il Piano Integrato di Salute (PIS)

Tema 2 - Il modello Casa della Comunità

Documento conclusivo di sintesi

COeSO Società della Salute Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

Periodo: dicembre 2025 - gennaio 2026

Redazione: Simurg Ricerche (facilitazione e reporting)



1. Introduzione: il percorso di co-programmazione

La co-programmazione, prevista dall'art. 55 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e dalla L.R. Toscana 65/2020, è un procedimento istruttorio partecipato attraverso il quale l'Amministrazione procedente acquisisce contributi e conoscenze da parte degli Enti del Terzo Settore (ETS) e degli altri soggetti pubblici del sistema locale di welfare, al fine di individuare: bisogni da soddisfare, interventi necessari, modalità di realizzazione e risorse/condizioni disponibili. Gli esiti confluiscono nel Piano Integrato di Salute (PIS) zonale e non costituiscono, di per sé, un affidamento di servizi o attività.

Nel quadro dell'elaborazione del nuovo PIS zonale, COeSO SDS Grosseto ha attivato un percorso di co-programmazione articolato su tre tematiche. Per ciascuna tematica il lavoro si è sviluppato attraverso due laboratori in presenza, intervallati da una fase di confronto e integrazione su documenti online, con l'obiettivo di arrivare a una sintesi istruttoriale utile alla programmazione triennale socio-sanitaria e sociale.

Il secondo tema ha riguardato l'evoluzione della sanità territoriale verso il modello della Casa della Comunità, con particolare attenzione alle condizioni necessarie perché il modello funzioni in un'area caratterizzata da dispersione insediativa, distanza dai servizi, differenze tra comuni costieri e montani e disomogeneità di accesso. La discussione ha messo al centro la necessità di rendere la Casa della Comunità un perno effettivo della presa in carico socio-sanitaria, capace di garantire continuità, orientamento e prossimità, riducendo il ricorso improprio all'ospedale.

2. Attività svolte

Primo laboratorio in presenza (16 dicembre 2025, Palazzo Abbondanza - Massa Marittima)

Il primo laboratorio si è svolto in plenaria introduttiva e lavoro in sottogruppi. Dopo l'inquadramento del PIS e del modello Casa della Comunità, i partecipanti si sono divisi in due tavoli facilitati, con brainstorming iniziale, individuazione di bisogni e obiettivi di salute prioritari e compilazione di schede sintetiche (bisogno, obiettivo, primi spunti di intervento).

A esito del laboratorio sono state prodotte 3 schede tematiche (2 schede da un tavolo e 1 scheda dall'altro).

Interazione online (dicembre 2025 - gennaio 2026)

Tra i due incontri, le schede prodotte nel primo laboratorio sono state condivise in un documento digitale aperto ai contributi, al fine di integrare o precisare i contenuti, rendere più operative le indicazioni emerse, raccogliere osservazioni aggiuntive anche da parte di chi non aveva partecipato al primo appuntamento.

Secondo laboratorio in presenza (20 gennaio 2026, Ex convento delle Clarisse - Massa Marittima)

Il secondo laboratorio ha ripreso le schede emerse il 16 dicembre e le integrazioni apportate online. I partecipanti si sono suddivisi in due tavoli di lavoro e hanno scelto quali schede approfondire, completandole e

precisando interventi e condizioni di fattibilità. La plenaria finale ha consentito una restituzione condivisa e la convergenza su un quadro più omogeneo.

3. Partecipanti e valutazione della partecipazione

Hanno partecipato complessivamente ai due incontri (con presenze variabili tra le giornate) rappresentanti di ETS, organizzazioni sindacali/di rappresentanza e soggetti pubblici del sistema locale. Risultano 17 nominativi/ruoli riferibili all'area ETS e rappresentanza sociale e 9 nominativi/ruoli riferibili a enti e istituzioni (COeSO/SdS, ASL, Comune, Ufficio scolastico territoriale).

La partecipazione ha garantito un confronto qualificato tra competenze socio-sanitarie, organizzazioni del Terzo Settore radicate sul territorio (cooperative sociali e Croce Rossa) e rappresentanze sindacali. È emersa una buona capacità di lettura territoriale, con attenzione sia agli aspetti organizzativi (accesso, informazioni, integrazione dei servizi) sia alle condizioni strutturali (personale MMG, infrastrutture digitali).45. Esiti: schede prodotte e lettura riassuntiva dei temi

Il percorso tematico ha prodotto 3 schede di lavoro, integrate tra il primo e il secondo laboratorio e finalizzate a orientare la programmazione del PIS.

Nel loro insieme, le schede convergono su un'idea forte: in un territorio disperso la Casa della Comunità può funzionare solo se diventa un dispositivo di rete, capace di combinare informazione e orientamento, prossimità territoriale e presa in carico integrata. La lettura riassuntiva dei temi è la seguente:

- Accessibilità e orientamento: comunicazione istituzionale chiara, canali informativi unificati e punti di accesso diffusi (anche tramite facilitazione digitale e spazi messi a disposizione dagli ETS), per rendere i servizi conoscibili e concretamente fruibili.
- Tenuta professionale del modello: necessità di rafforzare la presenza di MMG e, più in generale, di operatori sanitari e socio-amministrativi nella CdC, valorizzando dove possibile sinergie e co-finanziamenti su servizi di supporto (senza sostituire le funzioni sanitarie essenziali).
- Equità territoriale e prossimità fuori sede: promozione di figure e dispositivi di prossimità (IFeC, OSS con funzione territoriale), telemedicina/telemonitoraggio, strutture satellite e strumenti itineranti (camper/PUA mobile) per raggiungere frazioni e comuni periferici e prevenire ospedalizzazioni improprie.

Le sezioni successive riportano, in forma standardizzata, le tre schede così come integrate nel secondo incontro.

4. Schede di lavoro

Scheda 1 – Accessibilità e punti di accesso alla Casa della Comunità

Obiettivo di salute: FACILITAZIONE DELLA PIENA ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI OFFERTI DALLE CASE DI COMUNITÀ A TUTTO IL TERRITORIO

Bisogno a cui risponde: Il modello di sanità territoriale deve essere adattato a un territorio parcellizzato e dispersivo. Servono risorse adeguate per una popolazione numerosa ma poco densa; persistono criticità infrastrutturali (a partire dalla rete). È necessario rafforzare la rete tra PA ed ETS e garantire continuità dei percorsi (ad es. dimissioni protette), valorizzando le esperienze già attive (ambulatorio infermieristico, COT, IFeC e assistenti sociali).

Interventi suggeriti:

- Realizzare attività di comunicazione e formazione sui servizi offerti e sulle modalità di accesso (con possibile trasferimento del modello formativo anche tramite ETS capillari sul territorio).
- Attivare un PUA itinerante (camper) a integrazione dei PUA comunali, per raggiungere borghi e frazioni e rafforzare la copertura territoriale.
- Attivare punti di facilitazione digitale (biblioteche, circoli o altri luoghi accessibili) per supportare i cittadini nell'accesso ai servizi online (prenotazioni, voucher), alleggerendo il carico sui PUA.
- Implementare, coordinare e programmare la rete territoriale esistente, migliorando la comunicazione tra enti sui servizi presenti.
- Attivare punti di accesso in locali messi a disposizione dagli ETS, con criteri di qualificazione (mappatura, manifestazione di interesse, formazione degli operatori ETS su obiettivi concretamente raggiungibili).
- Attivare un unico network informativo (portale/sito/pagina) con informazioni coerenti e aggiornate.
- Facilitare l'erogazione di pratiche amministrative connesse all'accesso (voucher, trasporto sociale).

Scheda 2 – Presenza di MMG e risorse professionali nella Casa della Comunità

Obiettivo di salute: AUMENTO DELLE RISORSE DI MMG SUL TERRITORIO PER ASSICURARNE LA PRESENZA NELLA CASA DI COMUNITÀ, DA INTENDERSI INNANZITUTTO COME SPAZIO DI CONFRONTO TRA PROFESSIONALITÀ E SERVIZI DIVERSI.

Bisogno a cui risponde: È necessario assicurare la presenza di operatori nella Casa di Comunità, per l'assistenza sanitaria ma anche sociale e amministrativa. In particolare, viene evidenziata la carenza di Medici di Medicina Generale (MMG), con riferimento esplicito alla situazione di Follonica, come problema generale e sistemico.

Interventi suggeriti:

- Prevedere un'allocazione di risorse adeguata per incrementare il numero di MMG.
- Promuovere la partecipazione della USL ai tavoli regionali e nazionali relativi alla disponibilità di MMG e PLS.
- Coordinare l'allocazione di risorse in modo che, per alcuni servizi, il co-finanziamento fornito dagli ETS in sede di co-progettazione possa contribuire a soddisfare fabbisogni di personale (soprattutto su funzioni di supporto).
- Promuovere la presenza di personale che sostenga la presa in carico e il supporto ai caregiver, anche tramite trasferimento di buone pratiche (es. gestione ossigenoterapia, utilizzo saturimetro, prevenzione contagi), per evitare ospedalizzazioni improprie.



- Rafforzare i servizi del Terzo Settore per potenziamento servizi alla persona e supporto tecnico-amministrativo.
- Promuovere attività di mantenimento delle autonomie di vita e sociali per specifici target, con trasferimento di buone pratiche di cura e sostegno alla prossimità.

Scheda 3 – Equità territoriale e prossimità della cura fuori dalla CdC

Obiettivo di salute: OGNI CITTADINO, OVUNQUE ABITI, DEVE AVERE LO STESSO LIVELLO DI DIRITTO ALLA SALUTE. CONSIDERANDO LA SPECIFICITÀ DEL TERRITORIO DELLE COLLINE METALLIFERE, LA CASA DELLA COMUNITÀ DEVE DIVENTARE IL PRIMO PUNTO DI RIFERIMENTO, ANCHE PER EVITARE OSPEDALIZZAZIONI IMPROPRIE DEI SOGGETTI FRAGILI; IL TERZO SETTORE DEVE SUPPORTARE SOPRATTUTTO LE ATTIVITÀ DI PROSSIMITÀ FUORI DALLA CASA DI COMUNITÀ, NEL TERRITORIO DISPERSO.

Bisogno a cui risponde: Oggi il diritto alla salute dipende anche da dove si abita e dal livello di servizi di prossimità disponibili. Nel territorio delle Colline Metallifere è necessario rafforzare la CdC come primo punto di riferimento, ma al tempo stesso portare una quota importante di prossimità e orientamento fuori dalle sedi, raggiungendo comunità e frazioni.

Interventi suggeriti:

- A Follonica: realizzare comunicazione istituzionale per evitare che la CdC diventi una 'scatola dei desideri'; chiarire gradualità di attivazione, relazione con altri servizi, organizzazione degli spazi e limiti (assenza di ospedale e PS).
- A Massa Marittima: interventi informativi per modificare la percezione consolidata che il punto di riferimento debba essere l'ospedale; abbattere una barriera culturale verso la CdC.
- Incentivare figure di prossimità basate nelle CdC ma operative sul territorio (OSS con funzioni infermieristiche, infermiere di famiglia e comunità).
- Sviluppare strutture satellite di cura o informazione (RSA, biblioteche, musei o altri spazi accessibili e antisismici), con personale stabile e competente, individuate anche tramite manifestazione di interesse e sostenute con riconoscimento economico.
- Formare operatori ETS coinvolti a partire da una rilevazione dei bisogni, in coerenza con gli obiettivi della CdC.
- Promuovere telemedicina, telemonitoraggio e telecontrollo.
- Riprendere l'uso del camper attrezzato, già sperimentato con successo in passato, come strumento di prossimità e costruzione di fiducia con le comunità.
- Sperimentare modelli e buone pratiche socio-sanitarie globali sulla persona e rafforzare sostegno ai caregiver (trasferimento di competenze).
- Lavorare sull'interoperabilità informativa: uniformare le informazioni su un unico portale; prospettiva di una 'carta di identità socio-sanitaria' accessibile nei momenti di bisogno.
- Introdurre indicatori di qualità sul funzionamento reale dei percorsi terapeutici individuali nella fase iniziale di presa in carico.

6. Documentazione fotografica

Le immagini del primo laboratorio



L'intervento di Massimiliano Marcucci



La spiegazione del metodo di lavoro di Claudia Casini



L'intervento della direttrice Barbi



I tavoli di lavoro



La restituzione in plenaria



Il commento finale

Le immagini del secondo laboratorio



I due tavoli di lavoro



Un momento della plenaria finale

Co-programmazione per il Piano Integrato di Salute (PIS)

Tema 3 – Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico

Documento conclusivo di sintesi

COeSO Società della Salute Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

Periodo: dicembre 2025 - gennaio 2026

Redazione: Simurg Ricerche (facilitazione e reporting)

1. Introduzione: il percorso di co-programmazione

La co-programmazione, prevista dall'art. 55 del D.Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) e dalla L.R. Toscana 65/2020, è un procedimento istruttorio partecipato attraverso il quale l'Amministrazione procedente acquisisce contributi e conoscenze da parte degli Enti del Terzo Settore (ETS) e degli altri soggetti pubblici del sistema locale di welfare, al fine di individuare: bisogni da soddisfare, interventi necessari, modalità di realizzazione e risorse/condizioni disponibili. Gli esiti confluiscono nel Piano Integrato di Salute (PIS) zonale e non costituiscono, di per sé, un affidamento di servizi o attività.

Nel quadro dell'elaborazione del nuovo PIS zonale, COeSO SDS Grosseto ha attivato un percorso di co-programmazione articolato su tre tematiche. Per ciascuna tematica il lavoro si è sviluppato attraverso due laboratori in presenza, intervallati da una fase di confronto e integrazione su documenti online, con l'obiettivo di arrivare a una sintesi istruttoria utile alla programmazione triennale socio-sanitaria e sociale.

Il tema "Abitare un territorio che invecchia: comunità e servizi di fronte al declino demografico" è stato individuato come prioritario perché lo spopolamento e l'invecchiamento incidono simultaneamente su domanda di salute, reti di supporto, sostenibilità dei servizi e qualità della vita. In un contesto ultraperiferico e parcellizzato, il tema "anziani" non riguarda solo l'assistenza, ma anche le condizioni che permettono alle persone di rimanere a casa propria in sicurezza, senza isolamento, potendo accedere concretamente a cure, servizi e relazioni.

2. Attività svolte

Primo laboratorio in presenza (8 gennaio 2026, Sala del Consiglio Comunale – Castel del Piano)

Il primo incontro si è svolto in plenaria introduttiva e lavoro in sottogruppi. Dopo l'inquadramento del PIS e del procedimento di co-programmazione, i partecipanti si sono divisi in tavoli facilitati. Ogni tavolo ha svolto un brainstorming, ha individuato bisogni e obiettivi di salute prioritari e ha compilato schede sintetiche (bisogno, obiettivo, primi spunti di intervento). A esito del laboratorio sono state prodotte 9 schede di lavoro.

Interazione online (gennaio 2026)

Tra i due incontri, le schede sono state condivise in un documento digitale aperto ai contributi per integrare e precisare contenuti, armonizzare formulazioni, rendere più operative le indicazioni e raccogliere osservazioni aggiuntive.

Secondo laboratorio in presenza (3 febbraio 2026, Sala del Consiglio Comunale – Castel del Piano)

Il secondo incontro ha ripreso le schede emerse nel primo laboratorio e le integrazioni online. I partecipanti si sono suddivisi in tavoli di lavoro e hanno scelto quali schede approfondire, con l'obiettivo di migliorarne la fattibilità e la "traduzione operativa" (condizioni minime, leve organizzative, esempi concreti). La plenaria finale ha consentito una restituzione condivisa e la convergenza su un quadro più omogeneo.

3. Partecipanti e valutazione della partecipazione

Il percorso ha coinvolto ETS radicati nel territorio (cooperative sociali, associazioni, circoli, realtà comunitarie) e soggetti pubblici del sistema locale (COeSO/SdS, ASL, Comuni, Ufficio Scolastico, politiche del lavoro).

Al primo incontro erano presenti 13 rappresentanti di 8 ETS, 2 rappresentanti sindacali e 1 associazione di categoria, circa una decina di rappresentanti istituzionali (due Comuni, USL e CoeSo e ARTI). Al secondo laboratorio hanno partecipato 7 rappresentanti di 6 ETS e 8 rappresentanti istituzionali.

La compresenza di profili socio-sanitari, sociali, educativi e di sviluppo locale ha consentito una lettura integrata, che considera l'invecchiamento non solo come "bisogno assistenziale", ma come trasformazione strutturale che richiede risposte di comunità, governance multilivello e servizi abilitanti (mobilità, accesso alle informazioni, continuità delle progettualità).

Dal punto di vista qualitativo, è emersa una forte convergenza su alcuni punti:

- la difficoltà non è sempre "assenza di servizi", ma spesso **frammentazione e scarsa conoscibilità** dell'offerta;
- la mobilità è una **condizione abilitante**: senza trasporti e accompagnamento, anche i servizi esistenti diventano "teorici";
- la presa in carico della cronicità richiede **strutture intermedie e supporto ai caregiver**;
- la carenza di MMG è un nodo strutturale che, nel frattempo, richiede soluzioni-ponte;
- casa, inclusione e integrazione intergenerazionale/interculturale sono leve decisive per contrastare lo spopolamento.

4. Esiti: quante e quali schede sono state prodotte e lettura riassuntiva dei temi

Il primo laboratorio ha prodotto **9 schede**; nel lavoro successivo alcune sono state **accorpate** (in particolare le schede 1 e 4), arrivando a **8 schede consolidate**. Nel loro insieme, le schede convergono su un'idea forte: in un territorio ultraperiferico, l'efficacia delle politiche per gli anziani e per l'invecchiamento attivo dipende dalla capacità di **integrare servizi, ridurre distanze fisiche e informative, e garantire continuità nel tempo**.

Assi tematici ricorrenti

- **Coordinamento e informazione**: molti servizi/progetti esistono, ma non sono visibili o raccordati; serve una regia stabile (tavolo permanente), una carta dei servizi e strumenti di comunicazione accessibili (anche multilingue).
- **Presa in carico della cronicità e supporto alle famiglie**: i centri diurni e le "strutture intermedie" sono visti come infrastrutture sociali oltre che sanitarie; la formazione dei caregiver e l'intergenerazionalità sono leve contro isolamento e fragilità.
- **Mobilità e trasporto sociale**: trasporti e accompagnamento sono la condizione perché i servizi siano realmente fruibili (cure, banco alimentare, centri diurni, attività sociali).
- **Carenza di MMG**: necessità di rafforzamento strutturale, affiancata da soluzioni temporanee e riconoscibili (es. presidio mobile/camper della salute con infermiere e telemedicina).

- **Promozione della salute e prevenzione:** benessere e prevenzione lungo il corso di vita (educazione alimentare, pratiche di benessere), insieme a facilitazione digitale per l'accesso ai servizi.
- **Abitare e insediamento:** l'emergenza abitativa è letta come leva strategica per attrarre/tenere giovani e famiglie (anche straniere), contrastando l'invecchiamento del territorio.

5. Schede di lavoro

Di seguito le schede in forma standardizzata (obiettivo di salute, bisogno, interventi). Le formulazioni includono le integrazioni emerse nel secondo laboratorio e nel lavoro online.

Scheda 1 + 4 – Integrazione interculturale e intergenerazionale

Obiettivo di salute: *O4 – Inclusione sociale e lotta alla povertà: promuovere maggiore integrazione interculturale e intergenerazionale in un territorio con una forte trasformazione demografica, garantendo pari accesso a casa e servizi socio-sanitari.*

Bisogno a cui risponde: presenza crescente di residenti con background migratorio, criticità linguistiche e di integrazione a scuola, scarsa partecipazione delle famiglie straniere alla vita scolastica, assenza di reti familiari estese; difficoltà di passaggio generazionale nei mestieri; bisogni di salute differenziati che richiedono mediazione e accessibilità.

Interventi suggeriti:

- Formazione specifica per mediatori culturali.
- Formazione per docenti che accolgono alunni stranieri con italiano come L2.
- Percorsi di avvicinamento alle famiglie straniere con personale formato (coinvolgendo donne e bambini).
- Creazione/individuazione di spazi polivalenti accessibili sul territorio (uso ETS/associazioni).
- Attività intergenerazionali per scambio culturale e passaggio generazionale nei mestieri.
- Occasioni di socialità tra italiani e stranieri per superare la barriera "noi/loro".
- Lavoro con le scuole come presidio primario dell'integrazione.

Scheda 2 – Coordinamento, informazione e continuità delle progettualità

Obiettivo di salute: *O5c – Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa.*

Bisogno a cui risponde: frammentazione e discontinuità delle progettualità; difficoltà di informazione verso la cittadinanza; rischio di interruzione a fine finanziamento; servizi presenti ma non conosciuti ("serve X... ma c'è e non lo sapevo").

Interventi suggeriti:

- Sistematizzare tavoli di co-progettazione e confronto stabile tra enti e rete dei servizi.
- Canale informativo unico (digitale e cartaceo) e **carta dei servizi unitaria** aggiornata nel tempo.
- Tavolo permanente di fundraising e/o budget per stabilizzare attività sperimentate.
- Strumenti di accessibilità della comunicazione (es. QR code plurilingue in luoghi strategici).

Scheda 3 – Promozione della salute, prevenzione e supporto ai caregiver

Obiettivo di salute: *O1 – Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita.*

Bisogno a cui risponde: territorio ultraperiferico con alta anzianità, difficoltà di raggiungibilità e carenza MMG/PLS; necessità di prevenzione e cura di sé per alleggerire la domanda impropria; carenza di assistenti familiari/badanti; bisogno di sostegno ai caregiver; difficoltà di accesso digitale ai servizi.

Interventi suggeriti:

- Attività di discipline olistiche (yoga/meditazione ecc.) come integrazione e prevenzione, non sostitutive delle cure.
- Educazione alimentare e cucina naturale (anche come scambio interculturale).
- Formazione e assistenza ai caregiver (anche supporto psicologico).
- Matching domanda/offerta per collaboratori familiari e servizi agli anziani.
- Incentivi alla residenzialità in prossimità delle badanti/assistenti familiari.
- Servizio diffuso di assistenza tecnologica (facilitatori digitali).
- Rafforzamento del trasporto pubblico locale.

Scheda 5 – Carenza di MMG e soluzioni a breve termine

Obiettivo di salute: *O2 – Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità.*

Bisogno a cui risponde: mancanza di MMG; quota rilevante di residenti senza medico; difficoltà di accesso per anziani e fragili; criticità anche in RSA.

Interventi suggeriti (integrazioni operative):

- Rafforzamento strutturale del numero di MMG (medio-lungo periodo).
- Soluzioni “ponte” a breve termine: **camper della salute** come servizio stabile con infermiere e telemedicina, su calendario riconoscibile (es. mercati/luoghi frequentati).
- Azioni di comunicazione e orientamento dedicate ai cittadini senza MMG per ridurre disagi e accessi impropri.

Scheda 6 – Emergenza abitativa e insediamento

Obiettivo di salute: *O4 – Inclusione sociale e lotta alla povertà (focus aree interne e migranti): rispondere all'emergenza abitativa per facilitare insediamento di giovani, donne, famiglie straniere.*

Bisogno a cui risponde: difficoltà a reperire abitazioni per soggetti fragili e stranieri; patrimonio abitativo inutilizzato; assenza di garanzie e intermediazione che sblocchino le locazioni; impatto sullo spopolamento.

Interventi suggeriti:

- Tavoli tematici stabili per soluzioni sostenibili nel tempo.
- Progetti di co-housing e riuso/ristrutturazione di immobili disponibili.
- Garanzie sugli affitti per proprietari di case sfitte (accordi istituzionali e con ETS).
- Intermediazione organizzata: rete di proprietari con gestione dedicata; possibili convenzioni con agenzie immobiliari.
- Supporto progettuale per intercettare fondi e bandi.

Scheda 7 – Socialità e servizi per i giovani (tenuta demografica)

Obiettivo di salute: *O4 – Inclusione sociale e lotta alla povertà: offrire prospettive di socialità e servizi diffusi per trattenere i giovani sul territorio.*

Bisogno a cui risponde: mancanza di occasioni di socialità e servizi per ragazzi; percezione di “fastidio” verso le forme di divertimento; desiderio di andare via e accelerazione dell’invecchiamento.

Interventi suggeriti:

- Iniziative culturali e ricreative coerenti con linguaggi e bisogni giovanili.
- Potenziamento/creazione di centri di aggregazione giovanile.
- Collegamento con azioni su mobilità/TPL per rendere accessibili spazi e attività.

Scheda 8 – Cronicità, centri diurni e contrasto all’isolamento

Obiettivo di salute: *O2 – Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità: presa in carico anche attraverso i centri diurni.*

Bisogno a cui risponde: carenza di strutture intermedie e supporto a pazienti cronici e famiglie; necessità di socialità e prevenzione; rischio di isolamento.

Interventi suggeriti:

- Prevenzione sulle cronicità con anziani e caregiver.
- Aumento posti e creazione di centri diurni distribuiti (anche Alzheimer).
- Utilizzo di RSA/RA come centri diurni e/o spazi di socialità.
- Trasporto sociale verso i centri diurni (oggi limitato) e accompagnamento.
- Intergenerazionalità nei centri diurni.
- Rafforzare assistenza domiciliare come funzione di accompagnamento e sostegno.

Scheda 9 – Mobilità e trasporto sociale

Obiettivo di salute: *O4 – Inclusione sociale e lotta alla povertà: far invecchiare le persone a casa propria garantendo accesso ai servizi anche senza mezzo privato.*

Bisogno a cui risponde: mancanza/insufficienza di mezzi pubblici e privati che connettano poli e frazioni; difficoltà di accesso a servizi sanitari e sociali per anziani, stranieri senza auto, minori.

Interventi suggeriti (con esempi operativi emersi):

- Implementazione del trasporto pubblico locale.
- Implementazione di servizi di trasporto sociale, con programmazione stabile e capillarità.
- Pulmini/camper condivisi per associazioni e istituzioni per portare servizi sul territorio.
- Mappatura e coordinamento unico dei mezzi disponibili (sistema intercomunale).
- Soluzioni che non sostituiscano lavoro con volontariato; valorizzare cooperative di comunità in collaborazione con le istituzioni.

6. Documentazione fotografica

Le immagini del primo laboratorio



L'intervento di Massimiliano Marcucci



La spiegazione dell'approccio in plenaria



I due tavoli di lavoro

Le immagini del secondo laboratorio



Alcuni momenti del lavoro ai tavoli e della restituzione