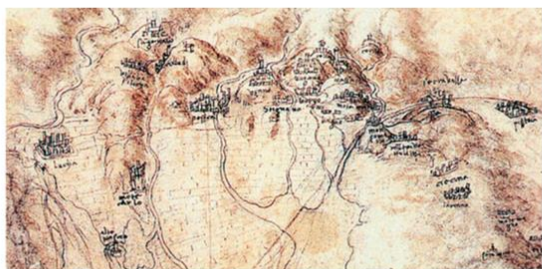


Società della Salute della Valdinievole



Regione Toscana



PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE

REPORT DEGLI INCONTRI E DEGLI ESITI



INTRODUZIONE

Il percorso partecipativo sul Piano Integrato di Salute della SDS della Valdinievole si è svolto nel corso del mese di **febbraio 2026**, attraverso le seguenti fasi:

- > **Mappatura degli stakeholders del territorio**
- > **Costruzione dei quattro Tavoli di lavoro** sui seguenti temi:
 - # Abitare sociale e povertà
 - # Non autosufficienza, domiciliarità e interventi sanitari
 - # Salute e benessere delle giovani generazioni
 - # Disabilità – Salute mentale
- > **Laboratori partecipativi** (entrambi presso la Dogana del Capannone a Ponte Buggianese in orario 14.00-18.00):
 - # 5 febbraio 2026 - Definizione dei BISOGNI DI SALUTE, degli OBIETTIVI di salute per migliorare le criticità e delle AZIONI per perseguire il raggiungimento di tali obiettivi: a partire dalle criticità di salute individuate attraverso il Profilo di salute zonale, i partecipanti al laboratorio (Istituzioni ed Enti del Terzo settore) sono stati invitati a contribuire ad una definizione dei bisogni di salute zonali, validando quelli desunti dal Profilo di salute, ridefinendoli con approfondimenti/modifiche, proponendone di nuovi sulla base delle esperienze delle loro attività sul territorio. Dopodiché, sulla base dei bisogni di salute definiti nel laboratorio precedente, i partecipanti sono stati invitati a costruire uno o più obiettivi di salute per ciascun bisogno (il cambiamento concreto e auspicabile per migliorare le criticità), a collegarli ai macro-obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e ad immaginare azioni e programmi per il raggiungimento di tali obiettivi.
 - # 19 febbraio 2026 – definizione delle PRIORITÀ: per chiudere il percorso logico, i partecipanti al laboratorio hanno ripercorso e validato la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni e hanno indicato tramite votazione, tra le azioni proposte, quelle ritenute prioritarie. A questa sezione è seguito un intervento del professor Andrea Salvini dell'Università di Pisa che ha rielaborato i risultati emersi attraverso chiavi di lettura legate ai concetti di Comunità e di Reti sociali.

GLI INCONTRI PARTECIPATIVI

Laboratorio del 5 febbraio 2026

Il primo pomeriggio si è articolato in due momenti: plenaria introduttiva e lavoro di gruppo per tavoli tematici.

La plenaria introduttiva ha visto gli interventi di Stefano Lomi, Direttore della Società della Salute della Valdinievole, di Simona De Caro, Sindaca del Comune di Monsummano e Presidente della SdS, e di Nicola Tesi, Sindaco di Ponte Buggianese; a seguire, Massimiliano Faraoni di Simurg Ricerche ha introdotto alcuni elementi conoscitivi riguardo ai bisogni di salute emergenti dal profilo di salute in relazione ai temi di approfondimento scelti:

- Abitare sociale e povertà
- Non autosufficienza, domiciliarità e interventi sanitari
- Salute e benessere delle giovani generazioni
- Disabilità – Salute mentale

I partecipanti si sono quindi suddivisi nei quattro tavoli di lavoro tematici e sono stati condotti dai facilitatori nell'analisi dei bisogni di salute, nell'individuazione degli obiettivi e di ulteriori spunti di approfondimento relativi a interventi e programmi. L'analisi si è svolta prima attraverso la compilazione di una scheda individuale e poi con una riflessione di gruppo.

Tutto il materiale raccolto durante il primo incontro è stato rielaborato e sintetizzato nel corso delle settimane che hanno preceduto il secondo incontro.



La registrazione dei partecipanti



I saluti istituzionali iniziali



La sala gremita durante la plenaria iniziale



Il tavolo di lavoro su disabilità e salute mentale



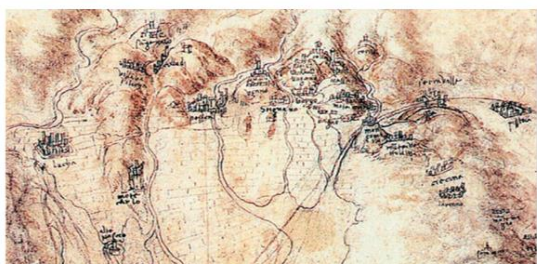
Il tavolo di lavoro sull'abitare sociale



Il tavolo di lavoro sulla salute delle giovani generazioni

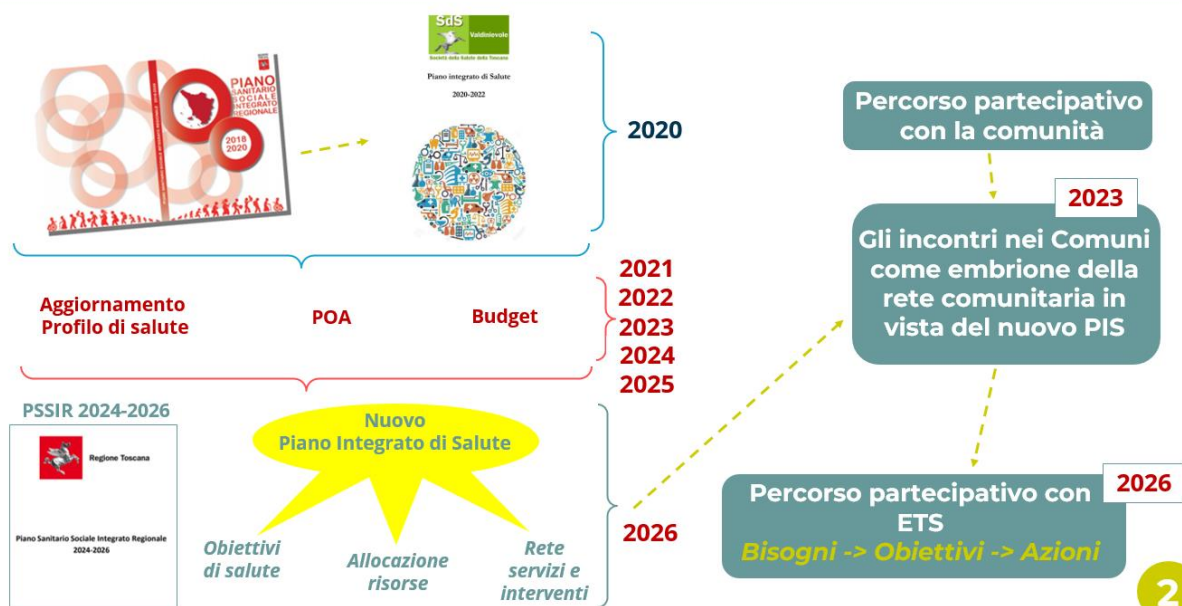
Di seguito la presentazione che ha preceduto il lavoro ai tavoli

Società della Salute della Valdinievole



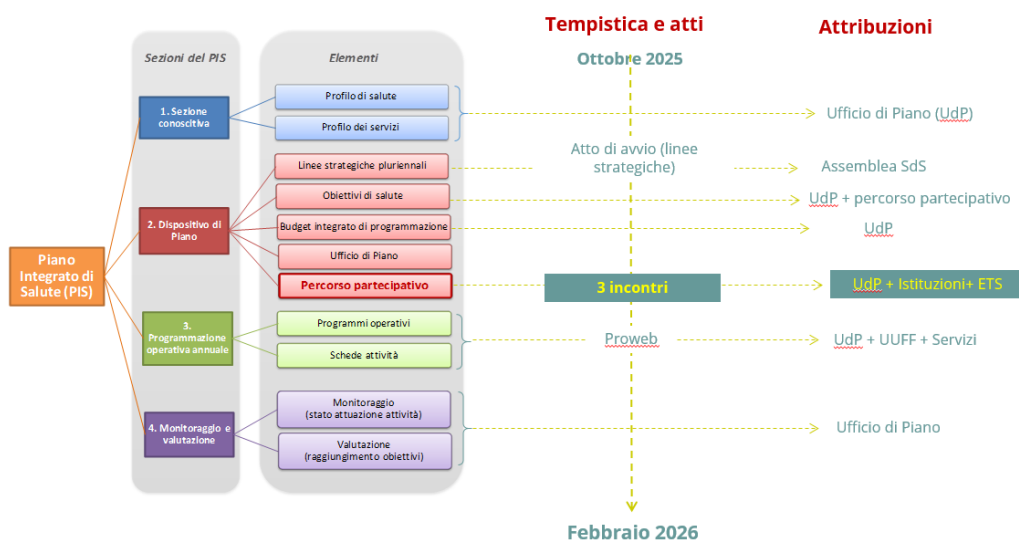
PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE Primo Laboratorio – 05/02/2026

IL PROCESSO DI INTERAZIONE CON LA COMUNITA' NEL PERCORSO DELLA PROGRAMMAZIONE



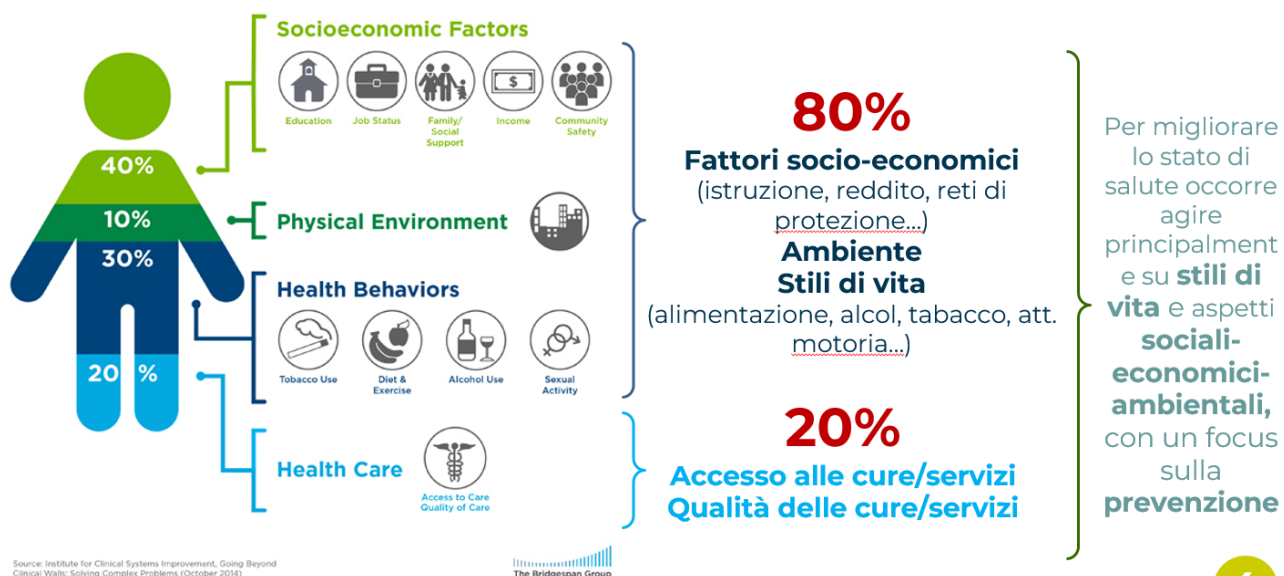
2

IL PERCORSO DEL PIS: TEMPISTICA, ATTI, ATTRIBUZIONI



3

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

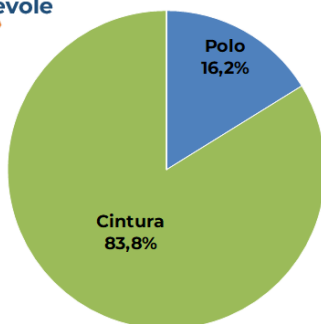


4

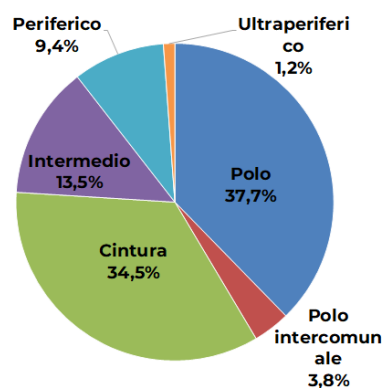
EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Popolazione residente secondo la classificazione del Sistema delle Aree Interne

Val di Nievole



Toscana



5

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Demografia e Stato di salute generale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di natalità	5,8	5,7	5,9	4,5		6,4
Indice di vecchiaia	229,6	241,9	225,8	355,1		196,5
Percentuale di over74enni	13,8	14,6	14,2	17,6		12,4
Tasso di ospedalizzazione generale	115,8	116,1	114,4	126,4		109,0
Tasso di mortalità generale	880,7	859,1	830,4	946,0		785,9
Speranza di vita alla nascita	85,7	85,3	85,6	84,4		86,2



Struttura demografica sbilanciata e prossima all'insostenibilità
QUALE RICAMBIO GENERAZIONALE?

Stato di salute generale mediamente in linea con i valori regionali e leggermente peggiore della media aziendale



6

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	5,1	3,7	3,4	5,1		2,4
Reddito imponibile medio	21.758,8	24.279,8	24.886,0	21.415,4		28.967,7
Importo medio mensile pensioni INPS	1.051,5	1.155,5	1.193,5	1.030,4		1.296,5
Famiglie con integrazione canoni locazione	12,4	9,9	11,7	15,8		1,0
Tasso grezzo di disoccupazione	25,9	23,8	20,6	39,2		17,7
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	7,2	5,4	5,2	7,2		3,6
Percentuale di 14-19enni fumatori regolari	10,2	19,2	17,5	31,0		10,2
Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)	28,2	33,4	31,3	47,8		26,5
Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope	23,0	30,1	28,9	47,5		22,2
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne	1.717,0	1.304,8	1.529,2	3.129,5		551,9

Totale: 3.718 € per maggiorenne

Bassa dotazione ERP
(che copre cmq 2/3 del bisogno conosciuto)



CONTESTO SOCIO-ECONOMICO CON ALCUNE FRAGILITÀ



I giovani della Val di Nievole sembrano leggermente più virtuosi dei loro coetanei toscani...ma suona il
CAMPANELLO D'ALLARME PER L'AZZARDO

7

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Famiglie e minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale di minori residenti	14,1	13,9	14,3	11,3		15,0
Indice di instabilità matrimoniale	5,7	5,2	5,0	6,8		4,2
Indicatore di Lisbona servizi educativi	39,1	47,7	49,7	33,4		59,8
Esiti negativi scuola secondaria II grado	11,1	9,3	10,3	12,5		4,3
Tasso minori in affidamento familiare	2,0	1,8	1,6	0,5		4,0
Tasso minori in struttura residenziale	1,6	1,1	1,2	2,3		0,0
Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)	39,3	43,0	44,9	34,9		52,2
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	19,6	22,2	22,5	14,7		30,0
Ragazzi 11-17 anni che subiscono violenza/bullismo	23,8	19,7	18,9	27,7		13,6



Bassa presenza di giovani, alta instabilità familiare e famiglie sempre più assottigliate
QUALI POSSIBILITÀ DI TENUTA PER IL SISTEMA DI WELFARE?

Fenomeno povertà educativa da monitorare

Alcune sacche di forte disagio di famiglie e minori (**GENITORIALITÀ**)

Buona relazionalità con i pari e con i genitori, ma emerge un **BISOGNO CULTURALE-RECREATIVO E DI PARTECIPAZIONE** e un necessario focus sui **COMPORTAMENTI VIOLENTI**

8

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Stranieri

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale stranieri iscritti in anagrafe	12,7	12,0	14,7	6,8		22,9
Percentuale stranieri nelle scuole	17,2	16,6	19,3	7,9		30,1
Tasso grezzo di disoccupazione stranieri	42,2	37,7	29,1	68,6		16,0
Percentuale MSNA accolti in struttura su minori in struttura	20,6	43,9	37,6	100,0		0,0
Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera	99,1	95,6	93,9	117,7		71,1
Tasso richiedenti asilo	1,6	2,3	1,9	1,5		4,3
Percentuale minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)	29,4	38,1	43,8	56,9		10,5



Inserimento nella realtà locale (scuola, lavoro, accesso ai servizi)
QUALE LIVELLO DI INCLUSIONE?

Focus su minorenni stranieri non accompagnati

Ospedalizzazione straniera alta
ACCESSO AI SERVIZI E APPROPRIATEZZA

Focus su minorenni presi in carico dal servizio sociale

9

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE



Cronicità						
Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza cronicità	315,2	321,2	318,9	355,0		308,9
Prevalenza diabete	63,8	63,5	60,9	71,9		55,6
Prevalenza scompenso cardiaco	16,4	19,0	17,1	24,4		15,1
Prevalenza ictus	20,6	15,6	16,0	20,8		13,0
Prevalenza cardiopatia ischemica	35,4	34,9	33,1	44,2		31,4
Prevalenza BPCO	15,3	14,0	14,1	16,4		9,8
Prevalenza demenza	9,8	11,5	11,4	15,0		8,3

La gestione delle cronicità e fattore prevenzione
ALTA CRONICITÀ PER DIABETE, ICTUS, CARDIOPATIA ISCHEMICA E BPCO

10

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Disabilità e Non autosufficienza						
Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente	2,0	8,6	8,0	2,0		12,6
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	20,9	28,1	30,9	17,2		38,4
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	11,2	11,7	11,6	8,1		18,9
Incidenza di disabilità	3,5	5,7	3,3	10,6		2,6
Incidenza di disabilità grave	1,8	2,2	1,4	5,2		1,2
Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado	5,3	4,3	3,8	3,0		6,2

Residenzialità vs Domiciliarità
COME POTENZIARE/BILANCIARE GLI INTERVENTI?

Presenza di disabilità in linea con regione e USL
INSERIMENTO SCOLASTICO E LAVORATIVO DA MONITORARE

11

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Salute mentale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza uso di antidepressivi	9,2	8,4	8,4	11,5		5,2
Ospedalizzazione patologie psichiatriche >18	188,9	217,6	200,1	311,0		97,9
Ospedalizzazione patologie psichiatriche <18	192,1	196,9	162,1	450,3		30,4
Ricoveri ripetuti 8 e 30 gg patologie psichiatriche	7,8	5,3	5,7	11,4		0,0
Contatto entro 7 gg con il DSM dal ricovero	22,1	40,8	38,3	14,3		84,2
Continuità presa in carico pz assistiti salute mentale	62,0	63,4	65,8	31,4		76,9



ALTO CONSUMO DI ANTIDEPRESSIVI

Il tasso std di OSPEDALIZZAZIONE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE TRA I MINORENNI è superiore rispetto alla media aziendale

La % RICOVERI RIPETUTI FRA 8-30 GIORNI per patologie psichiatriche (adulti, ricoveri ordinari), pur in miglioramento, è alta

12

EVIDENZE DAL PROFILO DI SALUTE - CRITICITÀ E BISOGNI DI SALUTE

Prevenzione

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggior RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di mortalità evitabile	153,8	147,7	141,6	183,5		132,7
Infortuni sul lavoro indennizzati	6,5	10,4	8,8	6,5		16,1
Rapporto di lesività degli incidenti stradali	1.367,1	1.279,0	1.241,3	1.669,5		1.169,8
Copertura vaccino antinfluenzale	57,1	58,0	63,7	45,5		65,7
Copertura vaccino antimeningococco	88,5	91,7	92,9	83,4		95,1



MORTALITÀ EVITABILE DA MIGLIORARE

INCIDENTISTICA STRADALE DA SORVEGLIARE (GAP INFRASTRUTTURALE)?

Buona adesione generale agli screening ma VACCINAZIONI ANTINFLUENZALE E ANTI MENINGOCOCCO DA POTENZIARE

13

EVIDENZE DAI SERVIZI – POVERTÀ EDUCATIVA

La Comunità educante

- A.S. 2025/2026 (1° quadrimestre): 503 bambini iscritti
- A.S. 2024/2025: 394 bambini iscritti
- A.S. 2023/2024: 483 bambini iscritti

L'educativa domiciliare

- 162 bambini hanno ricevuto un servizio di educativa domiciliare

L'assistenza scolastica

- 256 i bambini con un servizio di assistenza scolastica nel 2024

16

EVIDENZE DAI SERVIZI – CITTADINI IN STRUTTURE RESIDENZIALI

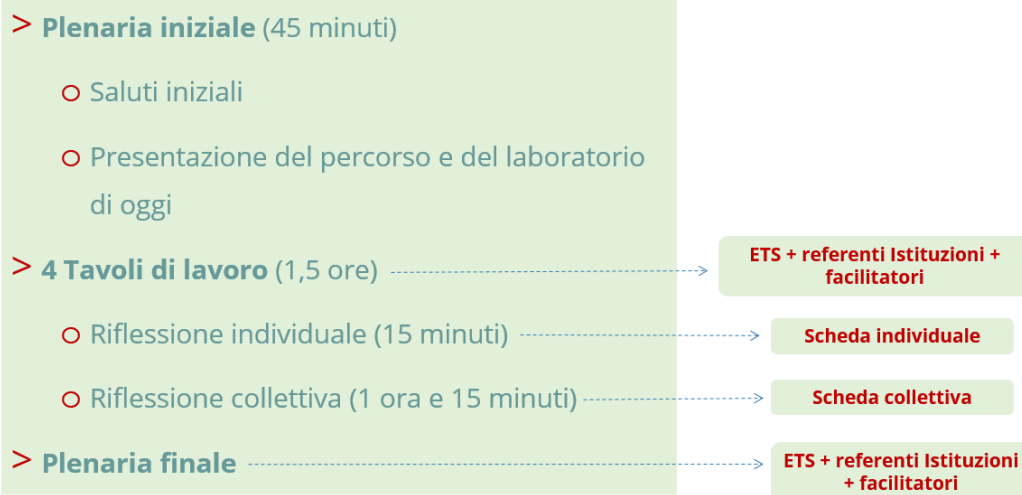
- 266 i cittadini transitati in RSA (anno 2024)
- 20 i cittadini transitati in strutture per disabili (anno 2024)
- 42 i bambini transitati in comunità per minori (anno 2025)
- 15 le donne vittime di violenza in struttura (anno 2025)
- 23 cittadini transitati in strutture per l'autonomia(anno 2025)

17

IL PERCORSO PARTECIPATIVO



IL LABORATORIO DI OGGI



19

IL LABORATORIO DI OGGI

Alcuni bisogni di salute che conosciamo



Quali bisogni di salute non conosciamo?

20

IL LABORATORIO DI OGGI – SCHEDA INDIVIDUALE

TAVOLO "ABITARE SOCIALE E POVERTÀ" – SCHEDA INDIVIDUALE

Tema/Bisogno	Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	Spunti DI approfondimento
ABITARE SUPPORTATO		
DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN «FASCIA GRIGIA»		
INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO (ALTA MARGINALITÀ, FAMIGLIE MOGENITORE/ MONOREDDITO, ETC)		

1 per ogni partecipante

21

IL LABORATORIO DI OGGI – SCHEDA COLLETTIVA

TAVOLO “ABITARE SOCIALE E POVERTÀ” – SCHEDA COLLETTIVA

Tema/Bisogno	Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	Spunti DI approfondimento
ABITARE SUPPORTATO		

1 per ogni tema/bisogno

22

Di seguito le schede che sintetizzano i risultati dei lavori di ciascun tavolo.

TAVOLO “ABITARE SOCIALE E POVERTÀ”

Bisogno
ABITARE SUPPORTATO
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
• Rendere strutturale l’accompagnamento all’abitare (prima, durante e dopo l’ingresso in casa), con un modello stabile e non “a progetto”. • Aumentare l’autonomia abitativa delle persone/nuclei fragili, riducendo ricadute, sfratti, rientri in emergenza. • Ridurre conflitti e isolamento attraverso mediazione di comunità e sostegno alla convivenza (vicinato, condominio, coabitazioni). • Integrare dimensione sociale e sociosanitaria (quando serve) per anziani soli e persone con fragilità complesse. Schede individuali • Potale web dove offerta e domanda si incontrano: dedicato al cohousing o ad altre forme innovative di abitare • Progetti di supporto alle persone per la prevenzione del rischio di perdita di un alloggio e potenziamento rete sociale (definizione e conoscenza del ruolo del S.S. attraverso programmi di sensibilizzazione) • Individuare e parametrare con aggiornamenti continui: beneficiari, abbinamenti eventuali, percorsi (verso cosa?)

- Per aiutare le famiglie tramite affiancamento di educatori a basso carico per riuscire a individuare percorsi ad hoc (adulti in difficoltà di gestione della vita e dell'abitare in generale)
- Creare una finestra di progetti che rappresenti una garanzia per l'appropriatezza dell'intervento
- Maggiori risorse economiche che supportino le spese abitative (affitto, bollette, ecc) per le persone con disagio economico
- Aiutare le persone in difficoltà a trovare casa e seguirle nel trovarla e nella gestione
- Facilitare/mediare la ricerca abitativa
- Politica abitativa volta ad incentivare i privati a mettere sul mercato abitazioni vuote
- Favorire la presenza di educatori, operatori, OSS, ADB
- Marginalità – educazione; Anziani – infermiere + OSS/ADB; Donne e minori – che accompagni i bambini a scuola + educatore per madri e psicologo
- -Continuità nel tempo; -No approccio emergenziale; -Nuove forze di abitare(coabitazioni); -Accompagnamento alla qualità dell'abitare anche per chi ha la casa
- Esperienze di co-housing; -Attivazione percorsi per cittadini a rischio perdita diritti di cittadinanza (salute mentale)

Spunti di approfondimento

- Modello operativo: quali "livelli" di supporto (leggero/medio/intensivo), durata, criteri di ingresso/uscita, indicatori di autonomia.
- Figure e ruoli: tutor abitativo/educatore, mediazione sociale, OSS/ADB/infermiere di comunità; chi fa cosa e con quali responsabilità.
- Strumenti concreti: patto di abitare, accompagnamento alla gestione economica/domestica, supporto burocratico (utenze, residenza, ISEE, contributi).
- Soluzioni abitative: co-housing/coabitazioni come "ponte" o come soluzione stabile; condizioni minime perché funzionino.
- Governance: come si coordina il servizio con comuni, servizi sociali, terzo settore, ASL e proprietari/amministratori di condominio.

Schede individuali

- In termini di educazione, agire prima dell'emergenza abitativa
- Supporto a 360° nella vita quotidiana
- Valutare la sostenibilità di un'offerta dove vi sia una garanzia di accompagnamento educativo
- Maggiori fondi
- Far conoscere più da realtà dell'abitare supportato
- Figure di appoggio: tutor, educatori, ecc
- Fondi a garanzia comunali per affitto privato
- -Stimolare rapporti di vicinanza; -Attenzione particolare ai contesti ERP; -Situazioni cuscinetto per transizione; -Tutorabitare
- Progetti a sostegno della convivenza; -Mediazione tra inquilini e affittuario

Bisogno
DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN “FASCIA GRIGIA”
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
• Intercettare e sostenere chi non rientra nei canali tradizionali (ERP/emergenza) ma non regge i costi del mercato. • Prevenire lo scivolamento verso la marginalità (morosità, sfratto, sovraffollamento, sistemazioni improprie). • Rendere accessibile l'affitto privato con strumenti di garanzia e accompagnamento, riducendo la diffidenza dei proprietari. • Rafforzare la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare).
Schede individuali
• Rafforzare la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare). • Stanziare risorse in favore dei cittadini appartenenti alla “fascia grigia” (agevolazioni) • Accompagnarli a medio-lungo termine (con decrescente presenza) nei rapporti con libero mercato e più in generale alla comunità • Trovare alloggi a canone calmierato che garantiscono il sostentamento delle famiglie (social housing) • Essere credibili nel presentarsi sul libero mercato è sempre più difficile: creare un sistema di garanzie che possa sciogliere le riserve dei proprietari anche sul piano educativo • Supporto e prevenzione ai disagi maggiori • Educativa familiare nel gestirsi • Promuovere e riattivare le risorse dei cittadini • Fondi a garanzia sostenibilità nelle colazioni
Spunti di approfondimento
• Definizione e criteri di “fascia grigia”: soglie economiche, composizione familiare, fragilità sociali “non certificate”, indicatori di rischio. • Misure economiche: contributi affitto, canoni calmierati, microfondi per spese iniziali (caparra, arredi minimi), sostegno utenze. • Garanzie per i proprietari: fondo di garanzia, assicurazioni/misure anti-morosità, mediazione e accompagnamento come garanzia “educativa”. • Agenzia sociale per la casa: funzioni (matching domanda/offerta, contrattualistica, mediazione, garanzie), scala territoriale e sostenibilità.

- Percorsi di transizione: soluzioni “ponte” (coabitazioni, alloggi temporanei) con tempi certi e accompagnamento verso stabilità.

Schede individuali

- Molte famiglie straniere, spesso numerose, hanno difficoltà nel reperire alloggi
- Si rischia senso di isolamento da parte del cittadino nei confronti delle istituzioni. Ogni fascia di reddito necessita di un supporto anche in modo diverso
- La competenza dovrebbe essere tecnica ed esperta, con l’obiettivo chiaro di autonomia (monitorata)
- L’amministrazione di sostegno, spesso, non è la soluzione a tutti i mali (educatore specifico/tutor)
- Creare un servizio strutturato di accompagnamento (agenzia sociale per la casa può essere la porta di accesso)
- Ho letto che c’è un ampio consumo di psicofarmaci in tale fascia: supporto sistematico in questo senso?
- Censimento case a disposizione in Valdinievole un comune progetto di aiuto (non 11 diversi)
- Condivisione abitativa (es: coabitazione tra coloro che hanno una casa e coloro che invece non l’hanno, ma possiedono un’entrata economica)
- Tavoli con tutti i soggetti coinvolti, studenti, inquilini, proprietari ed enti locali

Bisogno

INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- Rafforzare l’individuazione precoce dei nuclei a rischio abitativo prima che esploda l’emergenza.
- Costruire prese in carico integrate (sociale, salute mentale, dipendenze, lavoro, scuola) quando la fragilità è multidimensionale.
- Ridurre le barriere di accesso ai servizi (informative, burocratiche, linguistiche, digitali) e aumentare l’aggancio.

Schede individuali

- Cittadini non residenti stranieri e di passaggio devono essere riconosciuti come target con interventi specifici diversi dai dormitori/Passaggio dai SAI di stranieri con protezione internazionale all’autonomia
- IMMIGRAZIONE: elaborare progetti di accompagnamento, orientamento e supporto delle persone straniere
- Individuare e strutturare equipe educativa di presenza a fianco nelle varie fasi di assestamento-supporto-quotidianità.
- Anziani soli, ma in particolare psichiatrici o dipendenti da sostanze varie

- Valutare le nuove vulnerabilità anche in reazione alla precarietà del lavoro. Difficoltà anche legate al venir meno delle risorse statali sul sostegno alle locazioni.
- Soggetti privi di rete familiare
- Persone anziane (malattie conosciute)
- Prevedere risposte a target di fragilità dei soggetti “fragili”
- Soggetti in uscita dai CAS che non vengono inseriti nei SAI, sprovvisti di documenti e quindi difficoltà a lavorare nel mercato regolare (stranieri con tanti figli)
- -Prevenzione nella perdita di alloggio (non solo economico); -Reperimento di alloggi e costruzione di un sistema di relazione per il supporto nel reperimento casa (es: fondo di garanzia, agenzia sociale casa)
- -Anziani soli; -Nuove povertà

Spunti di approfondimento

- Mappa target e profili: anziani soli, persone con disagio psichico/dipendenze, nuclei senza rete, monogenitori/monoreddito, migranti in transizione, giovani precari.
- Antenne territoriali: MMG/pediatrati, scuola, sportelli sociali, servizi per l'impiego, associazioni, parrocchie, amministratori di condominio: come renderli parte della rete.
- Indicatori di rischio: morosità, precarietà lavorativa, sovraffollamento, transizioni (separazioni, lutti, uscita da comunità/CAS), segnali di disagio.
- Percorsi dedicati: per ciascun target, quali risposte “minime” e quali integrate (es. anziani: casa+cura; monogenitori: casa+servizi infanzia; alta marginalità: housing first/step).
- Accessibilità e fiducia: strumenti linguistici/culturali, comunicazione semplice, sportelli mobili o di prossimità, presa in carico non stigmatizzante.

Schede individuali

- La presenza della ferrovia crea il transito di persone diverse, spesso stranieri senza permesso/irregolari
- Difficoltà a reperire un alloggio anche se hanno un impiego e quindi una garanzia
- Strutturare, con il supporto degli amministratori di condominio, progettualità di presenza e accompagnamento come prevenzione e coesione (stretto legame con il punto precedente)
- Maggior integrazione sociale e culturale
- Riconosciuti invalidi, adulti, senza rete familiare, quasi analfabeti;
- -Servizi di prossimità (trovare chi non arriva ai servizi); - Welfare di comunità; - Persone con dipendenze attive; -Anziani soli
- -Pro attività degli enti; -No servizi di attesa; -Maggior capacità di individuare in tempo le situazioni fragili

TAVOLO “NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ, INTERVENTI SALITARI”

Bisogno
BILANCIAMENTO TRA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Schede individuali • Maggiore domiciliarità e minore residenzialità • Potenziare servizi domiciliari • Prevenire isolamento sociale • Potenziare centri di aggregazione • Miglioramento condizioni di vita RSA • Incrementare centri di socializzazione coinvolgendo terzo settore • Prevenzione isolamento sociale e potenziamento servizi per mantenimento capacità residue (SAD) • Monitoraggio rischi acuzie • Scorrimento liste di attesa e aumentare l'accesso a servizi semiresidenziali • Avvicinare servizi al cittadino • Rimuovere gli ostacoli che non consentono la domiciliarità • Supporto agli anziani fragili per le attività più complesse • Servizi corrispondenti ai diversi bisogni e gradazione differente sia per domiciliarità che per residenzialità • Supporto a parenti e familiari (care givers) • Valutazione care givers • Semplificare percorsi per residenzialità • Realizzazione interventi di maggiore supporto domiciliare ai care giver (spesso anziani) • Creazione di condomini solidali con più persone non autosufficienti e vari servizi di supporto a tutela di tutti • Supportare le necessità delle famiglie ed anziani soli • Servizi e formazione per corretta terapia farmacologica (somministrazione e auto somministrazione farmaci) • Semplificare le procedure di accesso di servizi e alle prestazioni • Vicinato solidale • RSA aperte che possono offrire servizi sia nella loro organizzazione che fuori • Raccordo e reale innovazione dell'attuazione della riforma dei servizi territoriali DM77 • Aumentare disponibilità di setting di cure intermedie (++3) per completare recupero ed evitare reingressi in ospedale, permettere miglioramento a domicilio • Appropriatezza dei care-giver Scheda collettiva • Rimodulazione intensità di cura • Accrescere la preparazione dei care givers

Spunti di approfondimento

Schede individuali

- Pasti a domicilio
- Aumento degli OSS a domicilio
- Investire sulla formazione dell'operatore domiciliare
- Investire su strumentazione per migliorare la qualità di vita a domicilio dell'anziano
- Coinvolgimento enti del terzo settore in servizi di socializzazione per anziani
- Promuovere centri diurni
- Ampliare disponibilità del numero di posti in Centri diurni
- Punti di accesso multidisciplinari
- Formazione e supporto al care giver
- Maggiori flessibilità tra residenzialità e domiciliarità
- Creazione percorsi di terapia farmacologica della persona non autosufficiente in assenza di care-giver
- Sviluppo delle nuove tecnologie: telemedicina/teleassistenza

Scheda collettiva

- Rimodulazione intensità di cura
 - Strutture/soluzioni intermedie tra i due estremi, con una graduazione più ampia e flessibile di soluzioni (intercettazione precoce di situazioni di fragilità che potrebbero esitare in NA)
 - Governare e gestire la questione dei costi crescenti (RSA e collaboratori familiari)
 - Implementare le innovazioni su alcuni segmenti di interventi (es. telemedicina/teleassistenza)
 - Potenziale la "Non autosufficienza sociale": soluzioni abitative con compresenza di anziani formalmente autosufficienti ma a rischio (monitorare bisogni per calibrare gli interventi)
 - Potenziamento dei processi di adeguata individuazione del bisogno per evitare interventi inappropriati
- Accrescere la preparazione dei care givers
 - Percorsi formativi per i care givers (empowerment per contrastare il processo allungamento dei tempi di cura/assistenza vs capacità dei care givers di reggere il carico)
 - Sistema di gestione dei collaboratori familiari (contrastare difficoltà/disorientamento delle famiglie, favorire una gestione economica adeguata, costruire care givers eruditi, gestire situazioni border line in assenza di normativa -> es. badanti che ospitano anziani in case)
 - Potenziare la gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani
 - Potenziare le capacità di gestione di pazienti oncologici (con abbattimento di accessi ambulatoriali/ospedalieri e trasporti sanitari)

Bisogno
RAPPORTO SERVIZI-UTENZA: INFORMAZIONE E APPROPRIATEZZA
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Schede individuali • Migliorare l'informazione verso la cittadinanza • Migliorare la cultura della salute della cittadinanza Scheda collettiva Avvicinamento reciproco tra servizi e cittadini
Spunti di approfondimento
Scheda collettiva • Favorire l'unicità del processo amministrativo e di cura • Sistema informativo per le famiglie • Percorsi di coaching/accompagnamento per le famiglie sul sistema dei servizi NA e di welfare complessivo

TAVOLO "SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI"

Bisogno
POVERTÀ EDUCATIVA
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Schede individuali • Creare/aumentare la rete, la coesione nella comunità • Integrazione tra enti diversi che hanno lo stesso obiettivo di intervenire nei confronti della povertà educativa • Consolidamento/rafforzamento del percorso della comunità educante (scuola aperta) • Ampliare il progetto della comunità educata per includere tutte le scuole e raggiungere più bambini e famiglie • Aumento del benessere attraverso una comunità che ci sostiene a vicenda Scheda collettiva Rafforzamento e consolidamento della comunità educante (CE), progetto che dal 2023 ad oggi ha creato una rete di scuole aperte sul territorio, proprio per contrastare la povertà educativa (sempre meno associata alla povertà socio-economica) e aumentare il benessere attraverso una comunità che si sostiene a vicenda.
Spunti di approfondimento
Schede individuali

- Promuovere incontri tematici con genitori (vari specialisti)
- Aumentare nei genitori le competenze per lo svolgimento del ruolo di genitore
- Incontri con bambini e adolescenti al fine di stimolare le life skills
- Lavoro mirato su coinvolgimento famiglia nei percorsi educativi di crescita dei minori
- Miglioramento approcci educativi e pedagogici
- Integrazione ed inclusione sociale
- Azioni di supporto al disagio economico verso l'autonomia e indipendenza economica
- Aumentare le opportunità per fascia d'età
- Interventi specialistici
- Ampliare progetto con unità educative con particolare riferimento ad attività legate all'arte, bellezza, teatro, cinema.
- Maggiore consapevolezza sui temi di affettività e contraccezione
- Fornire adeguata educazione civica alle famiglie, anche con corsi periodici [...]
- Avvicinare all'aiuto reciproco/reti familiari
- Open day
- protagonismo famiglie nel sistema "scuola aperta"
- Conferenze e seminari con esperti di settore legati all'arte sociale per la formazione di docenti e operatori scolastici.
- Offrire attività gratuite di tipo artistico e culturale, indirizzato a tutte quelle fasce fragili anche fuori dall'attività curricolari
- Spazi di approfondimento e accompagnamento
- Sostegno e supporto nella quotidianità a figure di riferimento
- Assenza di figure di riferimento?
- Facilitare accessi (modi, tempi) mobilità
- Aiutare gli accessi
- Coinvolgendo maggiormente dirigenti scolastici
- Progetti di promozione della salute
- Incontri educativi sul territorio
- Open day
- Strumenti più efficaci di governance della rete
- Strumenti più efficaci di valutazione bisogni
- Strumenti più efficaci di valutazione impatto o risultati
- Centri per la famiglia da potenziare

Scheda collettiva

- C'è bisogno di impostare una riflessione con dirigenti e docenti sulla condivisione del concetto di povertà educativa e di come la comunità educante può e deve agire per limitarla, per arrivare ad un maggiore allineamento anche sulle attività da svolgere. Oggi c'è una evidente dicotomia tra
 - chi intende le attività della comunità educante come "dopo-scuola" (alcuni genitori e alcuni docenti e dirigenti scolastici),
 - chi tenta di proporre spazi esperienziali che si allontanino dalla didattica tradizionale, aumentino la conoscenza di sé, aprano delle "finestre" verso altri mondi e amplino le opportunità di contatto con l'arte e con il "bello".

- Oggi sono coinvolti 513 ragazzi, i servizi possono comunque migliorare sempre e ampliarsi, ad esempio attraverso:
 - il coinvolgimento di un numero maggiore di plessi;
 - l'ampliamento della tipologia di attività (i ragazzi hanno chiesto di ampliare l'offerta di attività sportive ma ci si scontra con la carenza di spazi);
 - una maggiore accessibilità per i ragazzi provenienti dall'area tutela e disabilità, affrontando il tema della necessità di accompagnatori;
 - l'ampliamento dei soggetti con cui si dialoga.
- L'offerta della CE deve essere meglio integrata all'interno del sistema scolastico.
- Spesso le scuole non hanno (o non mettono a disposizione) spazi adatti a svolgere attività non tradizionali (es. teatro).
- Serve un maggiore coinvolgimento delle famiglie come partner, non solo come fruitori di un servizio,
- È necessario rafforzare la rete sociale e familiare intorno alle famiglie coinvolte e da coinvolgere perché davvero in povertà educativa, anche per superare alcune barriere all'accesso (trasporti, logistica, iscrizioni...).
- Bisogna dialogare con i pediatri di libera scelta (e con i MMG) che ad oggi non sono stati coinvolti
- Dialogo della comunità educante locale con altre realtà attive a livello nazionale, che lavorano anche in realtà difficili (es. Napoli) e che lavorano con ragazzi verso i ragazzi.
- Serve maggiore integrazione dei progetti della comunità educante con quelli del *Dipartimento Promozione della Salute e Prevenzione*. I progetti sulle dipendenze e del consultorio infatti non consistono solo in incontri informativi, ma incidono sulle life skills dei ragazzi (scuole medie e superiori) e sull'aumento delle competenze in ambito ostetrico di docenti. Inoltre esiste lo Spazio Giovani rivolto a ragazzi dai 14 ai 24 anni. Il coordinamento porterebbe a raggiungere meglio i ragazzi, essere più visibili ai loro occhi.
- Si potrebbe valutare se individuare dei plessi che sono in fase più avanzata di realizzazione del progetto per sperimentare in modo ancora più spinto delle innovazioni ulteriori.

Bisogno
STILI DI VITA A RISCHIO
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Schede individuali • Promozione stili di vita sani • aumentare le competenze di vita indicate dall'OMS • fornire ai genitori, educatori, insegnanti e adolescenti le informazioni alle tematiche di dipendenza e comportamenti a rischio per la salute. • Stimolare ad aumentare la competenza. Scheda collettiva

Comunicare in modo coinvolgente ai ragazzi (e alle loro famiglie e insegnanti) l'importanza della promozione della salute, che si costruisce giorno dopo giorno attraverso le scelte personali sul proprio stile di vita.

Spunti di approfondimento

Schede individuali

- Passeggiate della salute
- Punti di aggregazione ragazzi
- Promozione attività coetanei
- Incontri tematici con attività per giovani
- Promozione laboratori tematici
- Creare occasioni di incontro e confronto sia nelle scuole che sul territorio per aumentare le competenze di vita indicate dall'OMS
- Centri di aggregazione diffusi su tutto il territorio, con compiti di presidio e animazione nelle aree interne
- Accrescere le azioni atte a sensibilizzare le nuove generazioni sui suddetti stili di vita a rischio attraverso attività trasversali (arte, cultura, volontariato)
- Attività programmate e continuative di prevenzione nelle scuole dell'obbligo
- Attività alternative
- Centri di aggregazione
- Maggiore accesso attività sportive
- Informazione--> sessualità e connessione
- Ridurre isolamento
- Lavorare con le scuole in progetti che abbiano come obiettivo la valorizzazione della salute a 360°
- Aumento uso di alcool
- Aumento uso di antidepressivi
- Individuazione degli stili di vita a rischio (classificazione)
- Percorsi integrati di prevenzione/presa in carico
- Responsabilizzare le famiglie sull'uso responsabile di strumenti elettronici
- Responsabilizzare su dolci e bevande zuccherate
- Rendere disponibili spazi o strutture pubblici per attività
- Punti di incontro per adolescenti
- Prevenzione
- Intercettazione precoce
- Inclusione/sperimentazione di realtà positive
- Diffondere tutte le attività realizzate a livello nazionale per quelle realtà nate e sviluppate dalle nuove generazioni
- Attraverso il coinvolgimento attivo e formazione (sotto monitoraggio specialistico)
- Scarsa conoscenza delle conseguenze di certi argomenti?
- Proviamo delle sperimentazioni normative
- Avvicinarci a loro
- Incontri dedicati al team per i giovani
- Migliorare i sistemi di accesso
- Coinvolgendo dei giovani in interventi di sicurezza pubblica.

- Lavorare di più dentro le scuole, rendendo più strutturata la presenza di professionisti dei servizi e percorsi di partecipazione dei ragazzi
- Gruppi
- Promozione della salute
- Spazi di protagonismo--> progetti proposti dai giovani
- Progettualità congiunta genitori/figli
- Propositività e protagonismo
- Occasioni per sperimentare talenti e passioni

Scheda collettiva

- È utile ricorrere alla peer education, in sostanza coinvolgere i giovani per parlare ai giovani.
- Bisogna portare questi progetti dove serve, non solo dove vengono richiesti. Può essere utile immaginare delle giornate a tema, iniziative in piazza o durante le feste paesane
- Bisogna individuare o creare luoghi di ascolto dei ragazzi (spazi di aggregazione e di ritrovo socializzanti, che sono sempre meno), arredarli con teche o supporti adatti alla libera espressione, farli frequentare da educatori anche nelle ore serali; i ragazzi possono essere coinvolti in specifiche co-progettazioni.
- Un meta-obiettivo istituzionale è l'aumento della multidisciplinarietà e della comunicazione tra settori (*non si deve più poter dire "non lo sapevo"*).

Bisogno

MINORENNI E FAMIGLIE IN FORTE DISAGIO (GENITORIALITÀ)

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Schede individuali

- Aumentare accesso alle famiglie bisognose di servizi
- Offrire opportunità sociali, ricreative, espressioni culturali da costruire per la fruizione congiunta genitori/figli.
- Opportunità di supporto della genitorialità
- Rafforzare la rete scuola-servizi-famiglie
- Sviluppare la relazione familiare e generazionale attraverso attività collaterali
- Coinvolgimento "attivo" delle famiglie nei percorsi educativi
- Rendere disponibili servizi facilmente accessibili per ridurre il disagio.

Spunti di approfondimento

Schede individuali

- Inserire le famiglie e minori in forte bisogno nei gruppi sportivi, culturali
- Minori certificati--> sperimentazione nuovi modelli di inclusione scolastica--> economie di scala da investire in ""sportelli con le ruote"
- Lavoro in equipe, accessibile, con equipe composta da professionalità necessarie per affrontare le fragilità emerse

- Prevenzione/supporto strategie educative: centri per le famiglie
- Equipe multidisciplinari
- Maggiore sostegno familiare
- Inserire delle teche dove i ragazzi possono inserire anche anonimamente i loro disagi e bisogni
- Famiglie allargate
- Corsi periodici dedicati alle famiglie riguardanti i più"
- Più interventi domiciliari di assistenza e valutazione del disagio
- Famiglie che accolgono e sostengono
- Esperienze dei C.D. educatori scolastici
- Attraverso progetti pratici e di scambio capaci di metterli in relazione
- Difficoltà nella costruzione di equipe, non presente sin da subito (?)
- Come raggiungere le famiglie fragili
- Situazioni estreme
- Trovare i motori di interesse
- Scarsa efficacia degli eventi "frontali" a spot
- Non rispondere solo alle emergenze/fare prevenzione
- Migliorare gli strumenti di ascolto di ragazzi
- Le famiglie hanno bisogno di risposte pratiche, le indicazioni che mi trovo a dare non sempre lo sono
- Visite domiciliari personali
- Lavorare di più dentro le scuole, rendendo più strutturata la presenza di professionisti dei servizi e percorsi di partecipazione dei ragazzi
- Equipe multiprofessionali
- Centro AFF
- Centro per le RM

Scheda collettiva

- Sono aumentati tantissimo gli accessi allo sportello di ascolto della comunità educante, è un servizio di cui c'è moltissimo bisogno. Nelle scuole servirebbe non solo lo psicologo scolastico ma anche l'assistente sociale scolastico. Si dovrebbe proporre alle scuole che l'accesso possa avvenire con una autorizzazione generale all'inizio dell'anno da parte dei genitori.
- Bisogna coinvolgere di più chi ha bisogno ma non lo percepisce: la terapia è accettata abbastanza bene ma le proposte in prevenzione no. Bisogna entrare nei nidi, nei centri per le famiglie, nelle scuole.
- Bisogna ripensare il modello di assistenza scolastica per i minori certificati, perché uno-a-uno non funziona più, servono figure per l'inclusione.
- Bisogna proporre incontri tematici sulla genitorialità.

TAVOLO "DISABILITÀ – SALUTE MENTALE"

Bisogno

DISABILITA': DOPO DI NOI

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Schede individuali

Obiettivi segnalati nella scheda individuale:

1. Soluzioni collaborative fondate sulla **condivisione delle proprie risorse supportate da azioni e soggetti pubblici e privati**
2. Se le famiglie vengono accompagnate e se le persone con disabilità sono inserite (hanno un lavoro, hanno un'abitazione) il dopo di noi è in parte strutturato
3. Sensibilizzazione della cura verso l'altro. **Progetto di vita: comunità, scuola, famiglia e sport.**
4. Incrementare tutte le socialità sportive
5. Creare un percorso di supporto per le famiglie e l'utente spesso nel momento in cui i caregiver non saranno più in grado di supportare il loro caro per motivi di salute, anzianità, ecc...
6. Creare dei percorsi di cura e assistenza in modo che alla morte dei genitori, la persona disabile possa vivere con la dovuta assistenza e autonomia
7. **Progetto di vita personalizzato** e attivato con facilitatori e rete sociale
8. Rete di servizi-disponibilità di budget: sviluppo rete sociale, ipotesi di **cohousing** (dipende dal livello di autonomia)
9. Possibilità per il disabile di avere un supporto abitativo adeguato al proprio livello di autosufficienza anche in assenza del nucleo familiare
10. Modelli di abitare diversificati e diffusi sul territorio in base alle caratteristiche, bisogni, possibilità e desideri delle persone con disabilità
11. Progetti per supportare le famiglie quando i genitori familiari arrivano ad un'età che non permette più di assistere adeguatamente la persona oppure quando vengono a mancare (esempio: appartamenti supportati)
12. Inizio di relazioni e conoscenze informative, inizio di impieghi (ludopatici, agicoli, musicali...) quotidiani: evitare impatti repentini e fornire informazioni alle famiglie
13. Autonomia Progetto di vita
14. Avere il progetto di vita di ogni disabile. **Preparazione al dopo di noi con percorsi di autonomia di gruppo**
15. Sostenibilità del percorso residenziale
16. Riuscire a creare varie strutture aperte anche alla comunità ed al volontariato
17. Fare in modo che tutti abbiano un lavoro ed una abitazione e chi li prende in carico dopo che non ci saranno più i genitori (o chi ne fa le veci)
18. Mantenere per quanto possibile punti di riferimento e continuità con il percorso di vita pre-inserimento
19. Progetto di vita come documento non ancora conosciuto ed utilizzato
20. Maggiore affiancamento alla famiglia fin da subito in modo da costruire un percorso
21. Supporto nel progetto di vita della singola persona, in assenza del caregiver

Sintesi: L'obiettivo principale è la creazione di **soluzioni collaborative** tra soggetti pubblici e privati per garantire un futuro dignitoso alle persone con disabilità quando i caregiver non potranno più assisterle. Si punta a sviluppare **progetti di vita personalizzati** che includano l'inserimento lavorativo, sociale e sportivo, oltre a **modelli**

abitativi diversificati (co-housing, residenzialità temporanea o definitiva) basati sul livello di autonomia e sui desideri della persona. È fondamentale garantire la **sostenibilità dei percorsi residenziali** e il mantenimento dei punti di riferimento e della continuità affettiva dell'utente.

Scheda collettiva

Il tema del "**Dopo di noi**" viene presentato innanzitutto come una sfida trasversale che richiede un profondo cambiamento terminologico e culturale: è necessario abbandonare la parola "residenza" (legata all'ambito sanitario) per parlare di "**futuro dell'abitare**", dove la persona fragile non è un peso ma una risorsa per la comunità e il terzo settore. In questo contesto, lo **sport e la socialità** non sono solo svago, ma vere e proprie "palestre di vita" e strumenti di aggregazione che superano la logica della produttività commerciale.

L'esperienza toscana delle **polisportive sociali** dimostra che i progetti di maggior successo sono quelli nati non dal sistema sanitario, che oggi appare in sofferenza, ma dagli **stakeholders (familiari e portatori d'interesse)** che si auto-organizzano per creare socialità quotidiana. Il percorso suggerito è quello della "**desanitarizzazione**", superando la frammentazione delle agenzie sociali per favorire movimenti unici in cui, ad esempio, persone con disabilità o disagio psichico possano diventare esse stesse istruttori per le scuole.

Perché questo avvenga, è fondamentale che la **comunità intera si attrezzi** per gestire la fragilità come un fatto ordinario e non come un problema specialistico, poiché le risorse per interventi di nicchia non saranno mai sufficienti. Sebbene esistano già realtà d'eccellenza (come squadre di bocce, calcio e nuoto integrato in Valdinievole), la sfida resta la **comunicazione** e la capacità dei territori di passare dalla sperimentazione ministeriale alla pratica quotidiana.

I modelli che "resistono" nel tempo sono quelli che hanno saputo costruire un senso di **appartenenza e quotidianità** (come il caso della Bellaria Cappuccini), dove le persone non si limitano a praticare un'attività sportiva, ma abitano e vivono gli spazi sociali per l'intero pomeriggio.

Infine, l'obiettivo principale per il "Dopo di noi" deve essere la creazione di **modelli di abitare diversificati e diffusi**, graduati in base ai bisogni assistenziali del singolo (supporto maggiore o minore). Questo percorso non può essere lasciato al caso: le **famiglie devono essere orientate e accompagnate** in un tragitto complesso che include "palestre di autonomia" e la costruzione di una **rete comunitaria solidale**, per evitare che le nuove soluzioni abitative si trasformino in nuove forme di isolamento o istituzionalizzazione sanitaria.

Spunti di approfondimento

Schede individuali

Proposte e suggerimenti segnalati nelle schede individuali:

1. Aggregazione che si crea nel mondo dello sport anche promozionale con il merito di durare molto a lungo. Dovrebbe quindi essere durato più a lungo
2. Creare maggiori strutture differenziate in base all'gravità della persona

3. Ruolo della rete sociale: relazione tra pubblico e privato ETS
4. Strutture per residenzialità temporanea definitiva differenziate in base al livello di autonomia e bisogni clinici-assistenziali
5. Ruolo connessioni del pubblico privato: responsabilità
6. I genitori familiari dei disabili sono molto preoccupati per il "dopo", quando non ci saranno più: creare una rete intorno alle famiglie e strutture adeguate
7. Maggiore raccordo dei percorsi di vita (collocamento mirato inserimento lavorativo trasporti): maggiore programmazione tra i servizi del territorio e sport
8. La redazione del progetto di vita, che ad oggi sembra un percorso molto complesso da affrontare per le famiglie
9. Risorse pubblico privato terzo settore
10. Spesso il disabile invecchia con i propri genitori ed entra nelle "categorie" si intrecciano nella criticità e fragilità
11. Percorsi di avvicinamento progressivo alla struttura, coinvolgimento attivo dei familiari e rete amicale
12. Chi fa cosa -Come divulgare -Relazione tra pubblico e privato
13. Costruire il rapporto con l'altro che aiuterà nel percorso
14. Valutazione durante percorso di presa in carico dei possibili servizi attivabili per il dopo di noi per cercare di arginare situazioni di emergenza

Sintesi:

- a) **Supporto alle famiglie:** Accompagnare i nuclei familiari fin da subito per costruire un percorso graduale, evitando impatti repentini al momento dell'emergenza.
- b) **Rete sociale e risorse:** Attivare una rete che coinvolga il terzo settore (ETS) e il privato sociale, utilizzando il "budget di salute" per lo sviluppo di percorsi di autonomia.
- c) **Divulgazione:** Promuovere la conoscenza del documento "Progetto di vita", spesso ancora poco noto o percepito come troppo complesso dalle famiglie.
- d) **Infrastrutture:** Creare strutture differenziate in base all'isogratia e aperte alla comunità e al volontariato.

Scheda collettiva

1. **Modelli diversificati e diffusi:** Creare soluzioni abitative differenziate (co-housing, appartamenti supportati, residenzialità temporanea o definitiva) basate sul livello di autonomia e sui desideri della persona.
2. **Patti con l'edilizia popolare:** Attuare collaborazioni con l'edilizia pubblica per integrare le persone fragili nel tessuto sociale urbano.
3. **Redazione del "Progetto di Vita":** Implementare per ogni persona con disabilità questo documento (ancora poco conosciuto), che deve coinvolgere scuola, famiglia, comunità e sport.
4. **Palestre di autonomia:** Avviare percorsi di preparazione al distacco dalla famiglia tramite "palestre di autonomia" di gruppo e percorsi di avvicinamento progressivo alle strutture.
5. **Comunicazione e informazione:** Attuare una "comunicazione educante" per far conoscere le risorse del territorio e i diritti esigibili, superando la complessità burocratica percepita dalle famiglie.
6. **Sport come strumento di inclusione:** Valorizzare le **polisportive sociali** e lo sport integrato non solo come svago, ma come palestra di vita e quotidiano strumento di aggregazione.

7. **Coinvolgimento della comunità:** Sensibilizzare l'intera comunità affinché si "attrezzi" a gestire la fragilità come fatto ordinario, evitando che i progetti diventino forme di neo-istituzionalizzazione.

Bisogno
DISABILITA': PERCORSI DI AUTONOMIA
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Schede individuali 1. Utilizzare l'agricoltura sociale come nuovo modello per l'inserimento lavoratori soggetti disabili 2. Creare condizioni affinché vengano raggiunti livelli di autonomia individuali attraverso percorsi personalizzati, sviluppati all'interno delle comunità territoriali centrati sul protagonismo della persona con disabilità 3. Inserimento scolastico più ascolto famiglia, inserimento lavorativo (veritiero) ed autonomia abitativa: aiuto, ascolto, accompagnamento, creazione di gruppi 4. Migliorare i tempi di diagnosi allineandoli con quelli del sistema scolastico 5. Eliminare l'esclusione nei ragazzi disabili attraverso lo sport 6. Fornire delle basi lavorative, formative, ecc per favorire autonomia personale e un'indipendenza 7. Portare a conoscenza i percorsi che le associazioni (fondazioni) già esistenti insieme alla SDS hanno iniziato per poterli .. 8. Valorizzare ogni percorso di autonomia (anche quella supportata) 9. Progetto di vita: integrazione servizi, agenzie educative, agenzia del lavoro e fornire tutoraggio 10. Possibilità per il disabile di usufruire di percorsi di formazione professionale, avviamento al lavoro e autonomia in ambito domiciliare, ludico-sportivo e sociale 11. Effettiva esigibilità di tali dirittiCambiamento culturale 12. Importante, soprattutto dopo il percorso scolastico: avviare percorsi di autonomia, progetti formativi, inserimenti lavorativi, cohousing, progetti inclusivi 13. Abitazioni condivise, ma soprattutto costruire e arredare per le residue autonomie. No ad un continuo cambio di persona per i bisogni psicologici, si ad un alternarsi per lo svolgimento della quotidianità (creare riferimenti, creare società) 14. Autonomia economica: combatte l'isolamento e rinforza le competenze 15. In base alle risultanze del progetto di vita, strutturare i percorsi appropriati e ben definiti nel tempo 16. Accompagnamento del progetto di vita in base alle proprie autonomie ed impressioni 17. Istruire e formare molti più insegnanti. Creare percorsi di accoglienza protetta che partano dalla capacità individuale del disabile e creare alloggi protetti 18. Di essere presi da piccoli e accompagnati fino al dopo di noi e non lasciati come fin'ora che dopo step di età venogno meno le cure

19. Incremento dei percorsi di inserimento lavorativo protettotirocini professionalizzanti
20. Terapie specialistiche (criticità di fondi e personale) -Tempi lunghi per le diagnosi -Formazione del personale impiegato
21. Maggiore sostegno per creare l'occasione: aiutare nei percorsi lavorativi con maggiore possibilità di spostamento
22. Supporto percorso evolutivo con figure professionali che possano accompagnare e supervisionare nella prima fase i vari percorsi di autonomia

Sintesi: Raggiungere livelli di **autonomia individuale** attraverso percorsi personalizzati e inclusivi che partano dall'età scolare e proseguano per tutta la vita. Gli obiettivi specifici includono il miglioramento dei **tempi di diagnosi**, l'eliminazione dell'esclusione attraverso lo sport, e la fornitura di basi lavorative e formative per l'indipendenza economica. Si mira a creare **alloggi protetti e arredati** per le autonomie residue, garantendo il diritto a un'autonomia abitativa guidata e adattata.

Scheda collettiva

L'incontro mette in luce come il raggiungimento dell'autonomia richieda innanzitutto un **supporto tecnico-specialistico nel passaggio dall'ospedale al domicilio**. Viene suggerito che figure come fisioterapisti, infermieri e OSS svolgano un vero e proprio **addestramento dei caregiver** all'interno del nucleo familiare, insegnando manovre di mobilitazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.

Questo intervento è ritenuto essenziale poiché il rientro a casa con una disabilità è spesso un **evento traumatico** e le attuali risorse familiari sono frequentemente insufficienti o del tutto assenti, data la frammentazione dei nuclei moderni.

In questo contesto di fragilità, le **associazioni di pazienti** e il volontariato emergono come attori fondamentali per rompere l'isolamento. Queste realtà possono offrire non solo sensibilizzazione e informazione "tra pari", ma anche **momenti conviviali meno strutturati** che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole. Tuttavia, viene segnalata una criticità significativa: la **difficoltà di dialogo tra le diverse associazioni**, che spesso faticano a collaborare tra loro pur operando nello stesso ambito.

Nonostante queste difficoltà relazionali, esistono esempi positivi di **partecipazione attiva nel territorio**, come gli incontri domenicali in parchi accessibili dove le famiglie si confrontano con figure sociali, culturali, ecc.. Tali iniziative dimostrano che l'autonomia passa anche attraverso la conoscenza dei propri diritti e la creazione di una **rete sociale informale** che supporti la persona disabile e la sua famiglia nella vita quotidiana.

Spunti di approfondimento

Schede individuali

1. Valorizzare la funzione del servizio offerta del settore agricolo ai fini dell'inserimento lavorativo e non solo di soggetti disabili
2. Da esperienza l'inserimento lavorativo deve essere continuativo: è difficile una volta finita l'esperienza reinserire la persona nella routine di prima. L'autonomia

abitativa varia da persona a persona, deve essere guidata, ma non devono essere messi all'inizio dei vincoli (es contratto case popolari) perché dopo diversi anni provoca ansia. Per chi poi può muoversi con mezzi pubblici e tener conto che la sera non sono presenti

3. Sarebbe opportuno curare percorsi di formazione per docenti, anche se disabili, per creare insegnanti disabili per alunni disabili (anche partendo dallo sport)
4. Maggiore collaborazione tra la rete scuola centro d'impiego famiglie. Creazione di un progetto di vita con la partecipazione dei soggetti coinvolti
5. Come far emergere i progetti e desideri di ciascuna persona; accompagnamento al lavoro- metodo e pratiche dialogiche
6. Possibilità di frequentare strutture per avviamento professionale sperimentare autonomia abitativa adattata. Progetti di domotica personalizzati, progetti di coabitazione dopo fase acuta con supporto terapia occupazionale (caregiver)
7. Maggiore collaborazione tra la rete sul territorio (scuola, CPI, servizi specialistici) tra pubblico e privato
8. Collocamento rimasto in maggior raccordo con le aziende: stage di orientamento, trasporto
9. Monitorare costantemente i percorsi
10. Sportelli orientativi informativi e trasporti
11. Individuazione di aziende territoriali idee e perfezionamento dell'impossibilità di supporto e monitoraggio del progetto
12. Diversificazione delle offerte
13. Sensibilizzazione della rete dei trasporti
14. Valutazione aree di maggiore necessità e supporto della singola persona.

Scheda collettiva

Fisioterapisti, infermieri e OSS dovrebbero svolgere un vero e proprio **addestramento dei familiari** all'interno del nucleo familiare, insegnando manovre di mobilitazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.

Associazioni di pazienti e mondo del volontariato possono **momenti conviviali meno strutturati** che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole.

Bisogno

SALUTE MENTALE: Servizi alle prese con nuove complessità

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Schede individuali

1. Valorizzare il servizio offerto dalle aziende agricole in termini di presa in carico delle persone
2. Consapevolezza della comunità, delle complessità e attivazione delle loro risorse secondo criteri di appropriatezza e competenza
3. Collaborazione stretta tra istituzioni e famiglie

4. Sport e formazione di tecnici sportivi in collaborazione con il CIP (Comitato Paralimpico)
5. Diversificare l'offerta: educazione dell'organizzazione dei servizi
6. Valorizzazione delle diverse personalità e dei diversi progettipercorsi, ma all'interno di un'integrazione
7. Primo obiettivo: avere un numero adeguato di specialisti in modo da prendere in carico e seguire il più possibile di pazienti nel servizio pubblico. Avere un progetto terapeutico personalizzato e condiviso per ogni paziente.
8. Raggiungimento di tutta l'autonomia possibile; rafforzare la stima verso le potenzialità "nascoste"
9. Criteri differenziati anche in base all'età, presa in carico mirata a seconda dei bisogni emersi (più servizi) e differenziare le risposte a prevalenza sociale e non solo psichiatriche
10. Formazione del personale: trovare nuove e diverse risorse
11. Educatori, psicologi sportivi insieme in dialogo con le famiglie
12. Lavorare sulla prevenzione e famiglie (scuola, interculturalità). Lavorare sulla familiarità (uso di sostanze, gioco)
13. Conoscenze specifiche delle varie patologie per dare risposte appropriate
14. Creare nuovi punti di ascolto con più personale sui territori
15. Depressione, perdita di lavoro e perdita degli affetti formano tali criticità che spesso vengono celate dalle famiglie o nascoste per vergogna: occorre mantenere una rete più fitta di relazioni ed informazioni
16. Diversi giovani che per motivi vari (relazione con la famiglia) esprimono il bisogno di uscire dal proprio nucleo familiare: maggiore raccordo con il terzo settore, in quanto talvolta le risorse proprie della salute mentale non sono la risposta a quel bisogno specifico (esempio comunitàappartamenti)
17. Formazione specifica dei professionisti in modo interprofessionale e integrato
18. Maggiore sensibilizzazione nelle scuole e nei punti di incontro
19. Presa in carico multiprofessionale per valutazione bisogno ed individuazione risorse attivabili
20. Potenziamento dell'approccio individualizzato

Scheda collettiva

1. **Obiettivi di salute:** L'obiettivo centrale è l'adeguamento dei servizi a bisogni sempre più diversificati e complessi. Si punta a una presa in carico multiprofessionale e personalizzata che integri aspetti sanitari e sociali. **Gli obiettivi includono:**
 - a) Potenziamento del personale specialistico nel pubblico per ridurre le liste d'attesa e garantire progetti terapeutici condivisi.
 - b) Sviluppo di percorsi per le nuove fragilità, come giovani con fragilità cognitiva, disturbi legati all'uso di sostanze o al gioco d'azzardo.
 - c) Promozione dell'autonomia e dell'autostima attraverso l'inserimento in contesti lavorativi (agricoltura sociale) e sportivi.
 - d) Creazione di punti di ascolto territoriali e reti di informazione per intercettare precocemente il disagio (es. depressione o perdita del lavoro) e combattere lo stigma.

Spunti di approfondimento

Schede individuali

1. La ricerca della massima autonomia possibile, si soddisfa nell'accompagnare la persona disabile verso lo sport. Il CIP collabora con molte università (incluso Firenze) per formare dei facilitatori sportivi. Questi giovani professionisti sono pronti a scendere in campo anche nella disabilità sportiva
2. Flusso di dati affidabile, multiprofessionalità con parametri aggiornati, diverso da recovery risposta ad aspetti assistenziali di gruppo (cohosting, casa famiglia 2.0)
3. Procedere per gestire l'interfaccia tra diversi servizi, ma anche tra le diverse figure professionali
4. Avere un supporto psicologico adeguato, sia per il paziente che per la famiglia. Aumentare gli inserimenti lavorativi per le persone con disturbi psichiatrici, in quanto fa parte della cura. Più attività sociali per la lotta allo stigma. Avere più abitazioni per poter incrementare l'abitare supportato. Programmare le visite delle persone con patologie complesse, in modo da evitare scompensi ed evitare ricoveri ripetuti. Abbattere le liste di attesa per le prime visite, in modo che la persona con disturbo sia subito valutata ed inserita nel piano di cura
5. Evitare l'abbandono nella struttura sanitaria
6. Assicurarsi che i passaggi cardine (casa propria, struttura, casa) siano accompagnanti e governati dai servizi
7. Realizzare vera ed efficace continuità che ad oggi è ancora difficile (la persona al centro purtroppo resta solo uno slogan)
8. Dialogare fra le varie figure societarie
9. Percorsi di accompagnamento dal mondo dei minori a quello degli adulti
10. Soluzione di un passaggio più snello tra minori ed adulti
11. Evitare l'abbandono dei percorsi terapeutici attraverso la formazione dei caregiver
12. L'esperienza insegna che molto spesso gli utenti, dopo il periodo di presa in carico, palesano la necessità di ulteriori interventi
13. Equipe di transizione UFSMA-USFMIA alla presenza di tutti gli operatori coinvolti per garantirne la continuità della presa in carico
14. Superata la fase acuta, strutturare un equilibrato monitoraggio con follow up, medici e sociali periodici con coinvolgimento (se possibile) di familiari
15. Formare le persone che sono vicine
16. Supportare reti di servizi che possano seguire/accompagnare la persona in continuità nei vari bisogni socio-sanitari favorendo una maggiore fluidità nel passaggio di informazioni
17. Creazione di nuove forme di abitare temporanee

Scheda collettiva

- a) **Agricoltura Sociale:** Sfruttare le aziende agricole per inserimenti lavorativi in contesti "familiari".
- b) **Sport:** Collaborare con il Comitato Paralimpico (CIP) per formare tecnici sportivi e psicologi dello sport che dialoghino con le famiglie.

- c) **Inclusione e Lavoro:** Investire risorse per creare posti di lavoro adatti e sensibilizzare le scuole.
- d) **Raccordo con il Terzo Settore:** Supportare i giovani che necessitano di uscire dal nucleo familiare tramite comunità o appartamenti, laddove i servizi psichiatrici tradizionali non siano sufficienti.

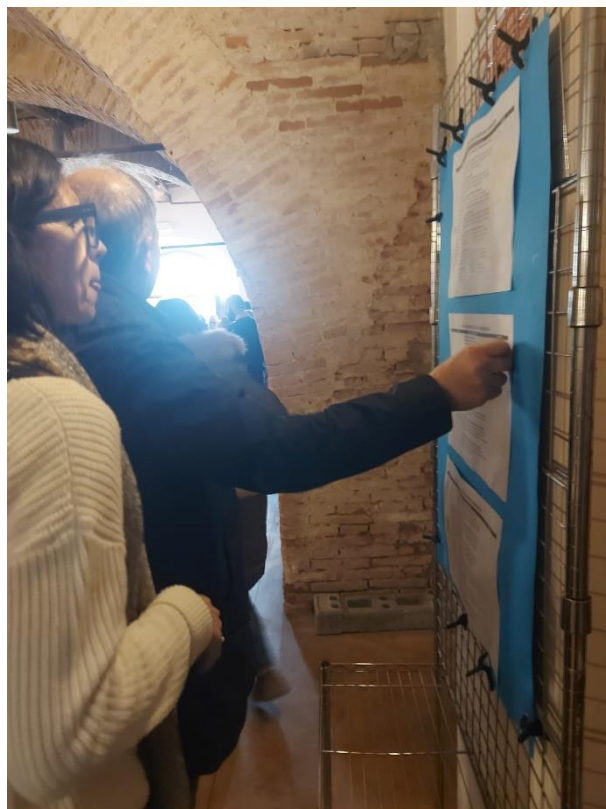
La sfida delle "nuove complessità" richiede una trasformazione dei servizi da rigidi apparati sanitari a **reti flessibili e integrate nel territorio**. L'enfasi non è solo sulla cura della patologia, ma sulla **prevenzione** e sul benessere globale, utilizzando lo sport e l'agricoltura come strumenti di dignità e cittadinanza. Emerge chiaramente la necessità di "umanizzare" l'assistenza attraverso equipe multidisciplinari che sappiano leggere i contesti di vita e supportare le famiglie, spesso impreparate di fronte a nuove forme di disagio sociale e psicologico.

Laboratorio del 19 febbraio 2026

Il pomeriggio del 19 febbraio si è svolto secondo una scaletta composta da alcuni momenti distinti: dopo i saluti istituzionali di Stefano Lomi e Simona De Caro, è stato il momento della restituzione dei lavori dei tavoli da parte dei facilitatori e la seguente individuazione delle priorità da parte dei partecipanti attraverso il dot voting. I risultati sono stati commentati da un intervento di Andrea Salvini - Professore Ordinario di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa e, infine, si è dato spazio ad un momento di dibattito finale.



I saluti iniziali in plenaria



La restituzione dei risultati e la votazione delle priorità



L'intervento del prof. Salvini e il dibattito successivo

Di seguito la presentazione che ha preceduto la votazione delle priorità

Società della Salute della Valdinievole



Regione Toscana



PERCORSO PARTECIPATIVO DEL PIANO INTEGRATO DI SALUTE ZONALE Secondo Laboratorio – 19/02/2026

IL LABORATORIO DI OGGI

> Plenaria

- Saluti iniziali
- Presentazione risultati Laboratorio 5/2/2026
- Votazione delle priorità
- Intervento Prof. Andrea Salvini
- Discussione interattiva con i partecipanti

NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI

TEMA/BISOGNO

OBIETTIVO/I

AZIONI/INTERVENTI

BILANCIAMENTO
TRA
RESIDENZIALITÀ E
DOMICILIARITÀ

Rimodulazione
intensità di
cura

Soluzioni intermedie tra i due estremi, con una graduazione più ampia e flessibile di soluzioni (intercettazione precoce di situazioni di fragilità che potrebbero esitare in NA)

Governare e gestire la questione dei costi crescenti (RSA e collaboratori familiari)

Implementare le innovazioni su alcuni segmenti di interventi (es. telemedicina/teleassistenza)

Potenziare la "Non autosufficienza sociale": soluzioni abitative con compresenza di anziani formalmente autosufficienti ma a rischio (monitorare bisogni per calibrare gli interventi)

Potenziamento dei processi di adeguata individuazione del bisogno per evitare interventi inappropriati

4

NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI

TEMA/BISOGNO

OBIETTIVO/I

AZIONI/INTERVENTI

BILANCIAMENTO
TRA
RESIDENZIALITÀ E
DOMICILIARITÀ

Accrescere la
preparazione dei
care givers

Percorsi formativi per i care givers (empowerment per contrastare il processo allungamento dei tempi di cura/assistenza vs capacità dei care givers di reggere il carico)

Sistema di gestione dei collaboratori familiari (contrastare difficoltà/disorientamento delle famiglie, favorire una gestione economica adeguata, costruire care givers eruditi, gestire situazioni border line in assenza di normativa -> es. badanti che ospitano anziani in case)

Potenziare la gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani

Potenziare le capacità di gestione di pazienti oncologici (con abbattimento di accessi ambulatoriali/ospedalieri e trasporti sanitari)

5

NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI

TEMA/BISOGNO

OBIETTIVO/I

AZIONI/INTERVENTI

RAPPORTO
SERVIZI-UTENZA:
INFORMAZIONE E
APPROPRIATEZZA

Avvicinamento
reciproco tra
servizi e cittadini

Favorire l'unicità del processo
amministrativo e di cura

Sistema informativo per le famiglie

Percorsi di
coaching/accompagnamento per le
famiglie sul sistema dei servizi NA e di
welfare complessivo

6

SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI

OBIETTIVO/I

AZIONI/INTERVENTI

POVERTÀ
EDUCATIVA

Rafforzare e consolidare la Comunità Educante come rete stabile e integrata nel sistema scolastico ("scuola aperta"), ampliandone la copertura (più plessi e più ragazzi/famiglie) e la qualità (attività esperienziali e inclusive), così da ridurre la povertà educativa e aumentare il benessere dei minori attraverso una comunità che si sostiene reciprocamente.

1. Allineamento comune su "povertà educativa" e ruolo della Comunità Educante

2. Estensione e accessibilità del progetto

3. Ampliamento e diversificazione dell'offerta educativa

4. Famiglie come partner (non solo fruitori)

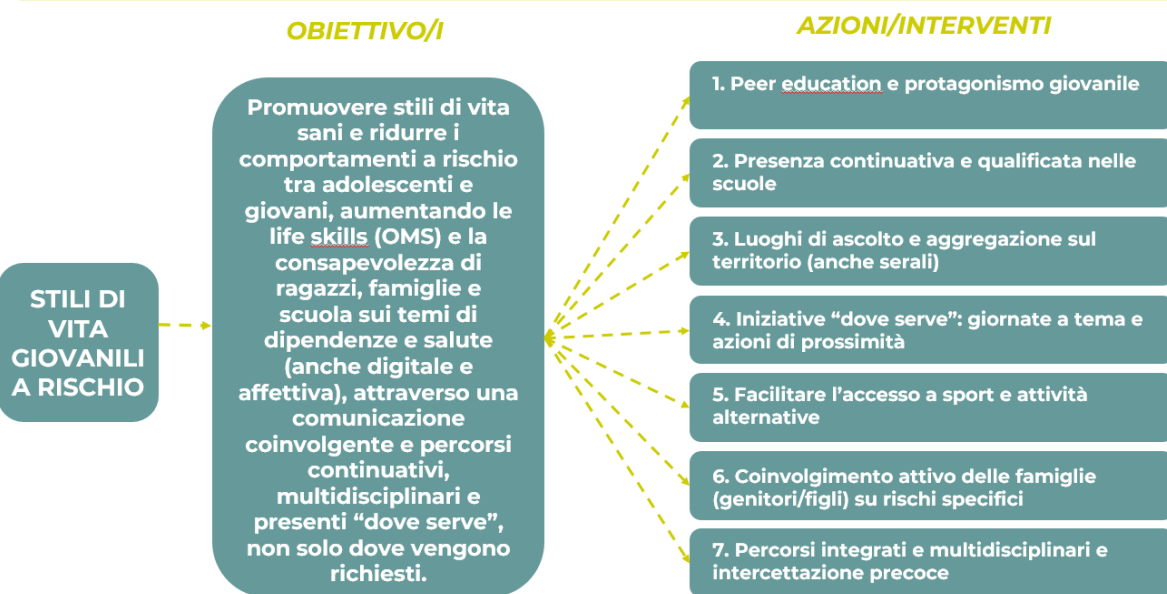
5. Integrazione tra enti e rafforzamento della governance di rete

6. Connessione con salute e prevenzione

7. Valutazione dei bisogni e dell'impatto e sperimentazione mirata

5

SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI



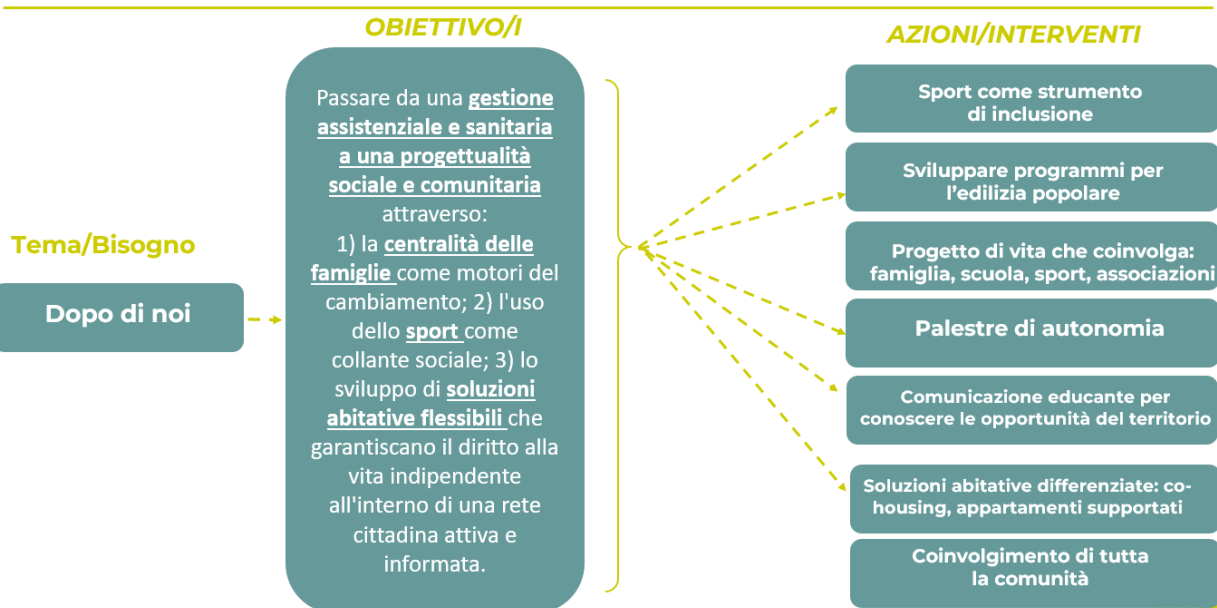
8

SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI



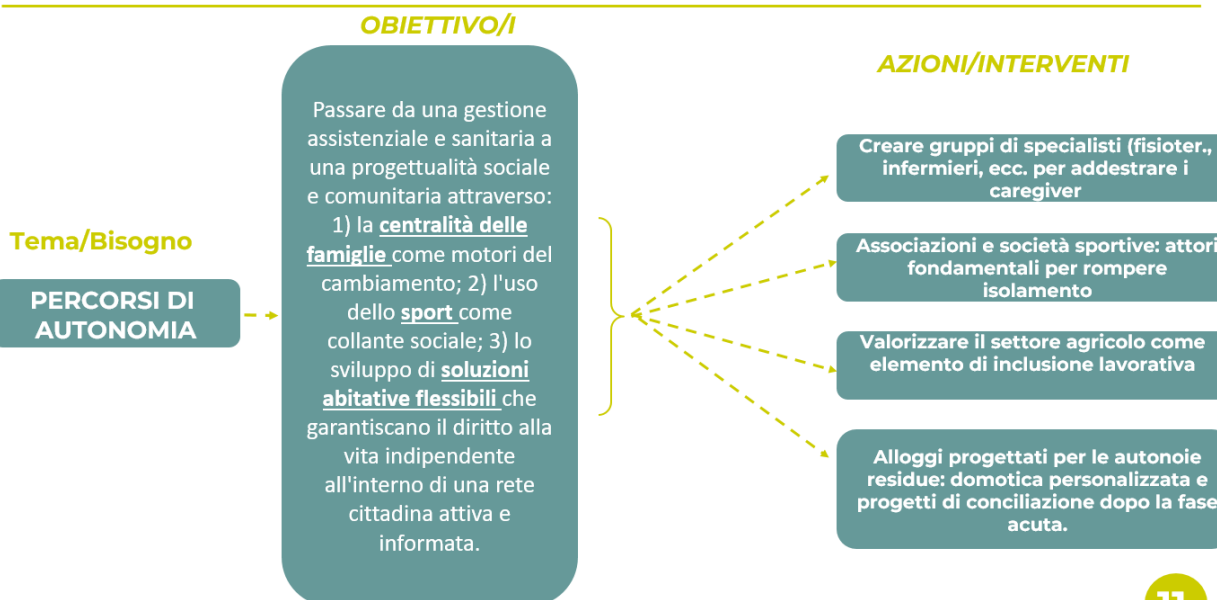
9

DISABILITÀ



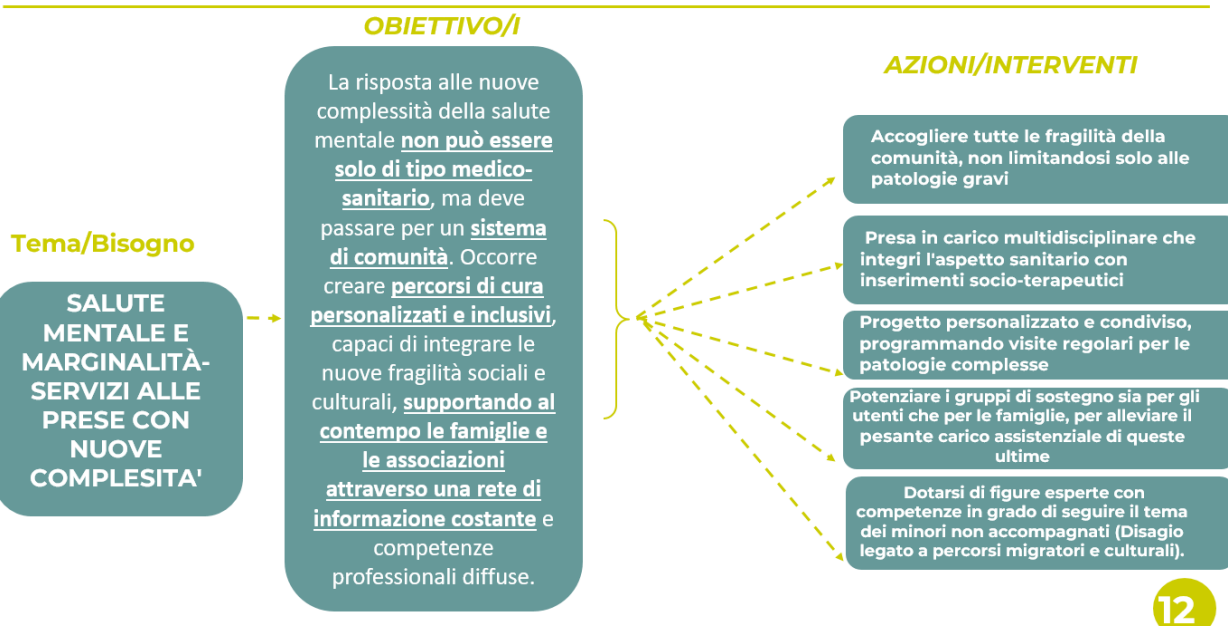
10

DISABILITÀ



11

SALUTE MENTALE



ABITARE SOCIALE E POVERTÀ



ABITARE SOCIALE E POVERTÀ



14

ABITARE SOCIALE E POVERTÀ



15

Di seguito il resoconto delle votazioni e dei risultati delle priorità. Per ogni tavolo viene riportata la filiera del ragionamento logico BISOGNI-OBIETTIVI-AZIONI-PRIORITÀ

SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI - POVERTÀ EDUCATIVA

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Rafforzare e consolidare la Comunità Educante come rete stabile e integrata nel sistema scolastico ("scuola aperta"), ampliandone la copertura (più plessi e più ragazzi/famiglie) e la qualità (attività esperienziali e inclusive), così da ridurre la povertà educativa e aumentare il benessere dei minori attraverso una comunità che si sostiene reciprocamente.	1. Allineamento comune su "povertà educativa" e ruolo della Comunità Educante Percorso di confronto strutturato con dirigenti e docenti (e rappresentanze genitori) per superare la dicotomia "doposcuola" vs "spazi esperienziali" e arrivare a una cornice condivisa di obiettivi e attività.	2
	2. Estensione e accessibilità del progetto Coinvolgere più plessi e aumentare la partecipazione, lavorando sulle barriere di accesso (trasporti, logistica, iscrizioni, orari) e su supporti per minori dell'area tutela/disabilità (tema accompagnatori).	6
	3. Ampliamento e diversificazione dell'offerta educativa Potenziare attività sportive (risolvendo il nodo spazi) e sviluppare unità/percorsi artistico-culturali (arte, teatro, cinema, "bello") e laboratori orientati alle life skills, con iniziative gratuite dedicate alle fasce più fragili.	2
	4. Famiglie come partner (non solo fruitori) Attivare cicli di incontri tematici con specialisti e spazi di accompagnamento alla genitorialità; promuovere protagonismo e aiuto reciproco (reti familiari), anche attraverso momenti pubblici tipo open day e iniziative di comunità.	3
	5. Integrazione tra enti e rafforzamento della governance di rete Strumenti più efficaci di coordinamento tra soggetti con lo stesso obiettivo (scuola, servizi, terzo settore...), inclusa una maggiore integrazione operativa dei percorsi della CE nel sistema scolastico e nei suoi calendari/spazi.	1
	6. Connessione con salute e prevenzione Costruire un raccordo stabile con Promozione della Salute/Prevenzione, consultorio e Spazio Giovani (14-24), e aprire un canale con pediatri di libera scelta/MMG per intercettazione precoce, invii e maggiore visibilità ai ragazzi.	1
	7. Valutazione dei bisogni e dell'impatto e sperimentazione mirata Definire strumenti condivisi di lettura bisogni e risultati (indicatori essenziali) e scegliere alcuni plessi "più maturi" per sperimentare innovazioni più spinte (modelli, attività, alleanze) da scalare.	1

SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI –STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Promuovere stili di vita sani e ridurre i comportamenti a rischio tra adolescenti e giovani, aumentando le life skills (OMS) e la consapevolezza di ragazzi, famiglie e scuola sui temi di dipendenze e salute (anche digitale e affettiva), attraverso una comunicazione coinvolgente e percorsi continuativi, multidisciplinari e presenti “dove serve”, non solo dove vengono richiesti.	1. Peer education e protagonismo giovanile Attivare percorsi strutturati di educazione tra pari (giovani che parlano ai giovani), con spazi di proposta e micro-progetti ideati dai ragazzi (talenti, passioni, volontariato, arte/cultura) come leva preventiva.	5
	2. Presenza continuativa e qualificata nelle scuole Programmare azioni di prevenzione continuative nella scuola dell'obbligo, con professionisti dei servizi (non solo incontri spot), laboratori esperienziali orientati alle life skills e percorsi di partecipazione dei ragazzi.	2
	3. Luoghi di ascolto e aggregazione sul territorio (anche serali) Individuare/creare spazi socializzanti di ritrovo e ascolto, attrezzati per l'espressione libera, presidiati da educatori anche nelle ore serali; avviare co-progettazioni con i giovani sulla gestione degli spazi.	8
	4. Iniziative “dove serve”: giornate a tema e azioni di prossimità Portare i progetti nei contesti meno raggiunti con eventi di strada (piazze, feste paesane), punti informativi e attività leggere ma ripetute (es. camminate/passeggiate della salute, iniziative pubbliche).	3
	5. Facilitare l'accesso a sport e attività alternative Aumentare opportunità concrete e accessibili (costi, trasporti, spazi pubblici disponibili) per sport, attività culturali e laboratori tematici, con particolare attenzione alla riduzione dell'isolamento.	0
	6. Coinvolgimento attivo delle famiglie (genitori/figli) su rischi specifici Percorsi dedicati su uso consapevole di strumenti elettronici, alimentazione (dolci/bevande zuccherate), alcol e benessere psicologico (anche uso di antidepressivi), con progettualità congiunta genitori-figli e strumenti pratici di gestione quotidiana.	6
	7. Percorsi integrati e multidisciplinari e intercettazione precoce Costruire filiere chiare tra scuola-servizi-territorio per prevenzione, segnalazione precoce e presa in carico, rafforzando la comunicazione tra settori (obiettivo: non poter più dire “non lo sapevo”).	0

**SALUTE E BENESSERE DELLE GIOVANI GENERAZIONI – DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE
(FATTORE GENITORIALITÀ)**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Aumentare l'accessibilità e l'aggancio precoce delle famiglie e dei minori in forte disagio, rafforzando l'alleanza scuola–servizi–famiglie e offrendo supporti di genitorialità pratici e continuativi (non solo in emergenza), con équipe multiprofessionali e opportunità condivise genitori/figli che migliorino relazioni familiari, inclusione e benessere.	1. Aggancio e accesso facilitato ai servizi (anche proattivo): portare il supporto dove le famiglie già sono (nidi, scuole, centri per le famiglie), semplificare le modalità di accesso (ad esempio con autorizzazioni generali a inizio anno per gli sportelli scolastici) e attivare strumenti di ascolto a bassa soglia per ragazzi, anche con canali anonimi.	2
	2. Presidio stabile nelle scuole e rete scuola–servizi–famiglie: rafforzare lo sportello di ascolto e rendere strutturata la presenza di professionisti (non solo psicologo, anche assistente sociale scolastico), promuovendo percorsi di partecipazione dei ragazzi e un coinvolgimento attivo delle famiglie nei percorsi educativi.	3
	3. Équipe multiprofessionali e interventi di prossimità: attivare équipe con le professionalità necessarie per valutazione e accompagnamento in tempi rapidi e potenziare interventi domiciliari di assistenza, osservazione e sostegno educativo nel quotidiano, così da non intervenire solo in emergenza.	0
	4. Supporto alla genitorialità pratico e continuativo (non a spot): realizzare cicli periodici di incontri tematici con taglio operativo (strategie educative, gestione dei conflitti, routine, limiti) e prevedere spazi di accompagnamento nei centri per le famiglie, con attenzione anche a chi non percepisce il bisogno di prevenzione.	2
	5. Opportunità condivise genitori/figli e inclusione sociale: costruire e rendere accessibili esperienze sociali, sportive e culturali da vivere insieme (genitori e figli) e favorire l'inserimento di minori e famiglie fragili in gruppi e attività territoriali, attraverso progetti pratici di scambio che generino relazioni e reti di sostegno.	2
	6. Ripensare l'inclusione scolastica per minori certificati: superare dove non funziona più il modello uno-a-uno introducendo figure e assetti per l'inclusione e sperimentando modelli nuovi, valutando anche soluzioni mobili di prossimità (es. "sportelli con le ruote") reinvestendo le risorse liberate da approcci più efficaci.	5

ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - ABITARE SUPPORTATO

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Aumentare l'autonomia abitativa delle persone/nuclei fragili, riducendo ricadute, sfratti, rientri in emergenza, attraverso un modello stabile di accompagnamento all'abitare supportato (prima, durante e dopo l'ingresso in casa) che riduca l'isolamento e i conflitti attraverso mediazione di comunità e sostegno alla convivenza (vicinato, condominio, coabitazioni);	Creare un modello operativo delineando quali "livelli" di supporto (leggero/medio/intensivo), durata, criteri di ingresso/uscita, indicatori di autonomia.	1
	Istituire il tutor abitativo/educatore, mediazione sociale, OSS/ADB/infermiere di comunità; chi fa cosa e con quali responsabilità. Social Rental Agency	3
	Varare strumenti concreti come un patto abitativo, accompagnamento alla gestione economica/domestica, supporto burocratico (utenze, residenza, ISEE, contributi).	4
	Identificare soluzioni abitative come co-housing/coabitazioni come "ponte" o come soluzione stabile; condizioni minime purché funzionino.	3
	Attuare una governance che decida come si coordina il servizio con i Comuni, servizi sociali, terzo settore, ASL e proprietari/amministratori di condominio.	4

ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - DIFFICOLTÀ DELLE FAMIGLIE IN «FASCIA GRIGIA»

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Per prima cosa è necessario intercettare e sostenere chi non rientra nei canali tradizionali (ERP/emergenza) ma non regge i costi del mercato, prevenendo lo scivolamento verso la marginalità (morosità, sfratto, sovraffollamento, sistemazioni improprie), rafforzando la stabilità economica abitativa (canoni sostenibili, sostegni mirati, supporto al bilancio familiare) e cercando di rendere accessibile l'affitto privato con strumenti di garanzia e accompagnamento, riducendo la diffidenza dei proprietari, ecc..	Definire criteri per meglio individuare la “fascia grigia”: soglie economiche, composizione familiare, fragilità sociali “non certificate”, indicatori di rischio.	0
	Varare misure economiche: contributi affitto, canoni calmierati, microfondi per spese iniziali (caparra, arredi minimi), sostegno utenze, supporto trasporti.	6
	Prevedere garanzie per i proprietari come fondi di garanzia, assicurazioni/misure anti-morosità, mediazione e accompagnamento come garanzia “educativa”.	5
	Prevedere una agenzia locale per la casa con funzioni di matching domanda/offerta, contrattualistica, mediazione, garanzie; definire la scala territoriale e sostenibilità.	3
	Percorsi di transizione per soluzioni “ponte” (coabitazioni, alloggi temporanei, alberghi sociali) con tempi certi e accompagnamento verso stabilità.	2

ABITARE SOCIALE E POVERTÀ - INDIVIDUAZIONE TARGET A RISCHIO

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Rafforzare l'individuazione precoce dei nuclei a rischio abitativo prima che esploda l'emergenza e ridurre le barriere di accesso ai servizi (informative, burocratiche, linguistiche, digitali), aumentare l'aggancio attivando per esempio reti di prossimità per contrastare isolamento e fragilità invisibili e costruire prese in carico integrate (sociale, salute mentale, dipendenze, lavoro, scuola) quando la fragilità è multidimensionale.	Individuare e mappare target e profili come anziani soli, persone con disagio psichico/dipendenze, nuclei senza rete, monogenitori/monoreddito, migranti in transizione, giovani precari	2
	Coinvolgere alcune "Antenne territoriali" MMG/pediatri, scuola, sportelli sociali, servizi per l'impiego, associazioni, parrocchie, amministratori di condominio: come renderli parte della rete.	5
	Definire Indicatori di rischio: morosità, precarietà lavorativa, sovraffollamento, transizioni (separazioni, lutti, uscita da comunità/CAS), segnali di disagio.	2
	Creare percorsi dedicati per ciascun target, quali risposte "minime" e quali integrate (es. anziani: casa+cura; monogenitori: casa+servizi infanzia; alta marginalità: housing first/step).	2
	Migliorare accessibilità e fiducia con strumenti linguistici/culturali, comunicazione semplice, sportelli mobili o di prossimità, presa in carico non stigmatizzante.	1

DISABILITÀ - DOPO DI NOI

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Per affrontare il tema del "Dopo di noi" in termini efficaci per il territorio occorre compiere un salto culturale: passare da una gestione assistenziale e sanitaria a una progettualità sociale e comunitaria. I pilastri di questa trasformazione sono la centralità delle famiglie come motori del cambiamento, l'uso dello sport come collante sociale e lo sviluppo di soluzioni abitative flessibili che garantiscano il diritto alla vita indipendente all'interno di una rete cittadina attiva e informata.	1. Sport come strumento di inclusione: Valorizzare le polisportive sociali e lo sport (in particolare quelle Paralimpiche) integrato non solo come svago, ma come strumento di aggregazione quotidiano.	10
	2. Patti con l'edilizia popolare: Attuare collaborazioni con l'edilizia pubblica per integrare le persone fragili nel tessuto sociale urbano.	0
	3. Redazione del "Progetto di Vita": Implementare per ogni persona con disabilità questo documento (ancora poco conosciuto), che deve coinvolgere scuola, famiglia, comunità e sport.	1
	4. Palestre di autonomia: Avviare percorsi di preparazione al distacco dalla famiglia tramite "palestre di autonomia" di gruppo e percorsi di avvicinamento progressivo alle strutture.	3
	4. Comunicazione e informazione: Attuare una "comunicazione educante" per far conoscere le risorse del territorio e i diritti esigibili, superando la complessità burocratica percepita dalle famiglie.	2
	5. Modelli diversificati e diffusi: Creare soluzioni abitative differenziate (co-housing, appartamenti supportati, residenzialità temporanea o definitiva) basate sul livello di autonomia e sui desideri della persona.	5
	6. Coinvolgimento della comunità: Sensibilizzare l'intera comunità affinché si "attrezzi" a gestire la fragilità come fatto ordinario, evitando che i progetti diventino forme di neo-istituzionalizzazione.	2

DISABILITÀ - PERCORSI DI AUTONOMIA

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Passare da una gestione assistenziale e sanitaria a una progettualità sociale e comunitaria attraverso: 1) la centralità delle famiglie come motori del cambiamento; 2) l'uso dello sport come collante sociale; 3) lo sviluppo di soluzioni abitative flessibili che garantiscano il diritto alla vita indipendente all'interno di una rete cittadina attiva e informata.	1. Viene suggerito che figure come fisioterapisti, infermieri e OSS svolgano un vero e proprio addestramento dei caregiver all'interno del nucleo familiare, insegnando manovre di mobilitazione, igiene e alimentazione per gestire le nuove necessità emerse dopo la fase acuta.	3
	2. Le associazioni di pazienti, le società sportive e le altre associazioni di volontariato emergono come attori fondamentali per rompere l'isolamento. Queste realtà possono offrire non solo sensibilizzazione e informazione "tra pari", ma anche momenti conviviali meno strutturati che permettono alle famiglie di condividere il carico assistenziale e affrontarlo con la prospettiva di non essere sole.	4
	3. Valorizzare la funzione del settore agricolo ai fini dell'inserimento lavorativo dei soggetti con disabilità.	4
	4. Creare alloggi protetti e arredati per le autonomie residue, garantendo il diritto a un'autonomia abitativa guidata e adattata. Progetti di domotica personalizzata, progetti di conciliazione dopo la fase acuta.	1

SALUTE MENTALE - SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ - SERVIZI ALLE PRESE CON NUOVE COMPLESSITÀ

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
La risposta alle nuove complessità della salute mentale non può essere solo di tipo medico-sanitario, ma deve passare per un sistema di comunità. Occorre creare percorsi di cura personalizzati e inclusivi, capaci di integrare le nuove fragilità sociali e culturali, supportando al contempo le famiglie e le associazioni attraverso una rete di informazione costante e competenze professionali diffuse.	1. Le nuove complessità richiedano un'evoluzione dell'organizzazione dei servizi che deve saper accogliere tutte le fragilità della comunità, non limitandosi solo alle patologie gravi.	3
	2. Presa in carico multidisciplinare che integri l'aspetto sanitario con inserimenti socio-terapeutici, il supporto all'abitare attraverso attività condivise sul territorio.	2
	3. Carenza di personale, che genera liste d'attesa e spinge l'utenza verso il settore privato quando il pubblico non riesce a dare risposte tempestive. Per ovviare a ciò, viene proposto di garantire a ogni utente un progetto personalizzato e condiviso, programmando visite regolari per le patologie complesse al fine di prevenire scompensi e ridurre i ricoveri in SPDC.	7
	4. Si suggerisce inoltre di potenziare i gruppi di sostegno sia per gli utenti che per le famiglie, per alleviare il pesante carico assistenziale di queste ultime.	1
	5. Dotarsi di figure esperte con competenze in grado di seguire il tema dei minori non accompagnati e delle nuove manifestazioni di disagio legate a percorsi migratori e culturali. La continuità della presa in carico deve quindi essere "elastica" e non puramente sanitaria, poiché la visita medica rappresenta solo un piccolo tassello nella vita di una persona. Si mette in guardia dal rischio di un ritorno a una visione "custodialistica" o di controllo, che porterebbe all'esclusione anziché all'inclusione.	1
	6. Ruolo fondamentale dell'informazione e della formazione per le associazioni e le famiglie, che spesso tendono a chiudersi e auto-escludersi.	4

NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI - BILANCIAMENTO TRA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Accrescere la preparazione dei care givers	1. Percorsi formativi per i care givers (empowerment per contrastare il processo allungamento dei tempi di cura/assistenza vs capacità dei care givers di reggere il carico)	11
	Sistema di gestione dei collaboratori familiari (contrastare difficoltà/disorientamento delle famiglie, favorire una gestione economica adeguata, costruire care givers eruditi, gestire situazioni border line in assenza di normativa -> es. badanti che ospitano anziani in case)	7
	Potenziare la gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani	5
	Potenziare le capacità di gestione di pazienti oncologici (con abbattimento di accessi ambulatoriali/ospedalieri e trasporti sanitari) gestione e la capacità di somministrazione/autosomministrazione farmaci ad anziani	0
Rimodulazione intensità di cura	Strutture/soluzioni intermedie tra i due estremi, con una graduazione più ampia e flessibile di soluzioni (intercettazione precoce di situazioni di fragilità che potrebbero esitare in NA)	5
	Governare e gestire la questione dei costi crescenti (RSA e collaboratori familiari)	1
	Implementare le innovazioni su alcuni segmenti di interventi (es. telemedicina/teleassistenza)	2
	Potenziare la "Non autosufficienza sociale": soluzioni abitative con compresenza di anziani formalmente autosufficienti ma a rischio (monitorare bisogni per calibrare gli interventi)	1
	Potenziamento dei processi di adeguata individuazione del bisogno per evitare interventi inappropriati	22

**NON AUTOSUFFICIENZA, DOMICILIARITÀ E INTERVENTI SANITARI - RAPPORTO SERVIZI-UTENZA:
INFORMAZIONE E APPROPRIATEZZA**

Obiettivi	Azioni/Spunti di approfondimento	PRIORITA'
Avvicinamento reciproco tra servizi e cittadini	Favorire l'unicità del processo amministrativo e di cura	4
	Sistema informativo per le famiglie	0
	Percorsi di coaching/accompagnamento per le famiglie sul sistema dei servizi NA e di welfare complessivo	2