

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