Comune di Capraia Isola

Comune di Collesalvetti

Comune di Livorno

Azienda USL Toscana nord ovest
Servizio Sanitario della Toscana

PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE PER IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE DELLA ZONA LIVORNESE

Report

SVOLGIMENTO DEL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE

Il percorso di co-programmzione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese si è svolto nel periodo **dicembre 2025- febbraio 2026**, attraverso le seguenti fasi:

- **Incontro pubblico di informazione e formazione** sul percorso di co-programmazione del PIS – dicembre 2026
- **Manifestazione di interesse** e avvio del procedimento di co-programmazione – dicembre 2025
- Costruzione dei **quattro Tavoli di lavoro** sui seguenti temi:
  - Marginalità – Salute Mentale
  - Disabilità
  - Infanzia, adolescenza e famiglie
  - Riorganizzazione della sanità territoriale e collegamento con la rete ospedaliera
- **Laboratori** di co-programmazione:
  - 13 gennaio 2026 - Definizione dei BISOGNI DI SALUTE: 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 definizio 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.
  - 27 gennaio 2026 – definizione degli OBIETTIVI DI SALUTE e delle possibili azioni: 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.
  - 10 febbraio 2026 – definizione delle AZIONI e delle PRIORITÀ: per chiudere il percorso logico, i partecipanti al laboratorio hanno ripercorso e validato la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni, eventualmente ridefinendola, e hanno indicato, tra le azioni proposte, quelle ritenute prioritarie.
  - 24 febbraio 2026 – incontro finale di RESTITUZIONE: illustrazione dei risultati del percorso di co-programmazione con le principali evidenze di ciascuno dei quattro tavoli di lavoro.

Il percorso logico complessivo, costruito attraverso i laboratori , può essere rappresentato dalla seguente figura

Report del LABORATORIO per la DEFINIZIONE DEI BISOGNI DI SALUTE 13.1.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il primo incontro di co-progettazione si è svolto martedì 13 Gennaio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

L'incontro era stato preceduto da una mattinata informativa introduttiva che era stata organizzata il 9 Dicembre 2025, sempre al Cisternino di città, che aveva preceduto l'apertura della manifestazione di interesse per partecipare alla co-progettazione da parte degli ETS.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di quasi 80 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo
- Plenaria conclusiva

La prima parte dell'incontro si è quindi svolto in plenaria: dopo i saluti dell'assessore Andrea Raspanti e della dott.ssa Totaro per il Comune di Livorno, è intervenuto Massimiliano Faraoni per illustrare il percorso di co-programmazione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese, con i tre Comuni coinvolti (Capraia Isola, Collesalvetti, Livorno) e l'Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona distretto Livornese.

Totaro e Faraoni durante la plenaria iniziale

Faraoni ha inquadrato il percorso di programmazione dal livello regionale (Piano sanitario e sociale integrato regionale) al livello zonale, dove il PIS definisce obiettivi di salute, risorse e azioni insieme

alla comunità, fino alla programmazione operativa annuale; a supporto, il profilo di salute è la base conoscitiva che analizza lo stato di salute e individua i bisogni.

Il PIS è quindi lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, finalizzato a fissare obiettivi di salute e benessere a partire dal profilo di salute e dai bisogni sanitari e sociali, e a definire rete dei servizi, interventi sul territorio e priorità di allocazione delle risorse.

E' stato illustrato brevemente la struttura del PIS, articolato in quattro sezioni: sezione conoscitiva, dispositivo di piano, programmazione operativa annuale, monitoraggio e valutazione; sono stati mostrati gli elementi che compongono il Piano (profilo di salute e dei servizi, linee strategiche, obiettivi, budget integrato, ufficio di piano, percorso partecipativo) e la tempistica da ottobre 2025 a febbraio 2026 con atti e attribuzioni tra Ufficio di Piano, Conferenza dei Sindaci integrata, servizi e co-programmazione.

È stato mostrato anche l'albero della programmazione 2025 (POA): cinque grandi obiettivi di salute e, sotto, i programmi collegati (inclusione e povertà, disuguaglianze, integrazione socio-sanitaria, prevenzione e promozione, presa in carico globale), con l'idea che le attività e i progetti nei diversi settori si aggancino a questo impianto comune.

Si è passati poi a presentare il calendario del percorso di co-programmazione: dal laboratorio in corso sui bisogni di salute, al laboratorio sugli obiettivi di salute, poi quello su priorità e interventi, fino all'incontro finale di restituzione degli esiti complessivi.

Infine, Faraoni ha spiegato la struttura del laboratorio: una plenaria iniziale con saluti e inquadramento dei temi, poi tavoli di lavoro con un passaggio di riflessione individuale e una riflessione collettiva più ampia, e infine una plenaria di restituzione; è stato chiarito anche l'uso delle schede e la composizione dei tavoli con ETS, referenti istituzionali e facilitatori.

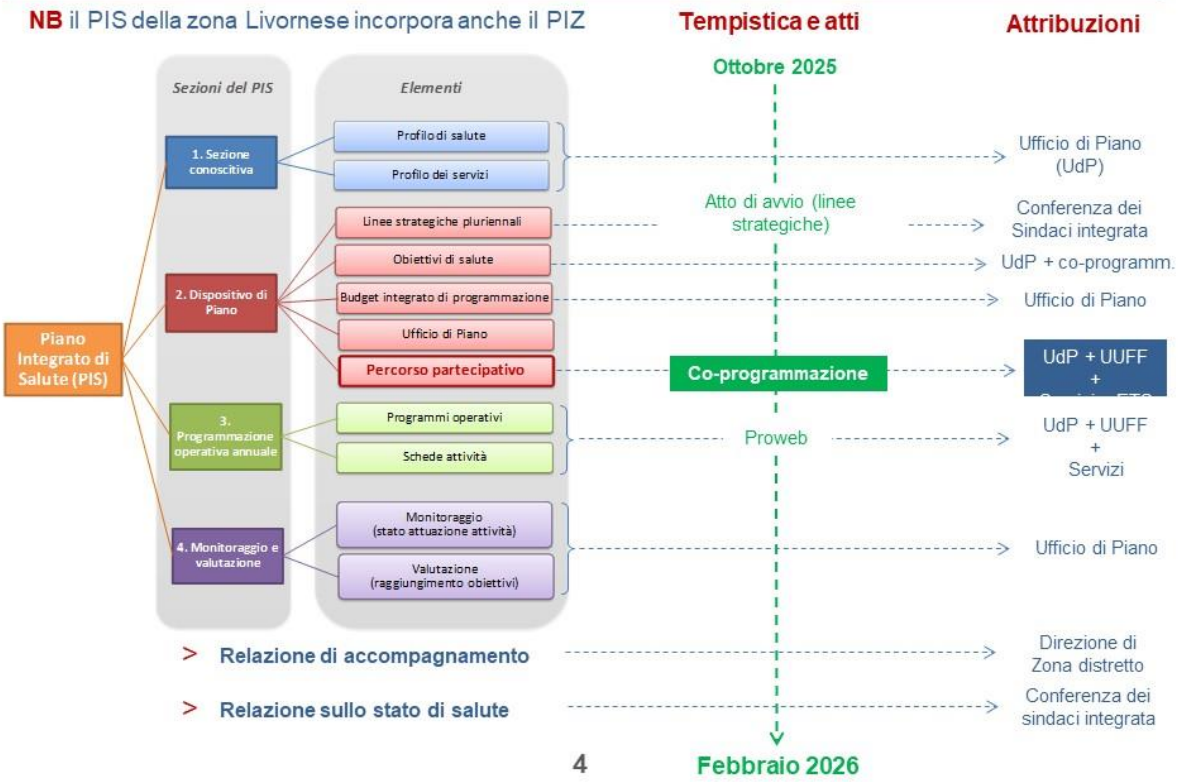
Il Piano Integrato di Salute

Il piano integrato di salute (PIS) è
lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale

È compito del PIS

3

Il percorso del PIS: tempistica, atti, attribuzioni



4

La programmazione operativa

Il percorso di co-programmazione

A seguire, Faraoni ha presentato degli approfondimenti tematici sui principali bisogni di salute su:

- infanzia, adolescenza e famiglie
- disabilità
- marginalità e salute mentale
- riorganizzazione della sanità territoriale

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Infanzia, adolescenza e famiglia"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Disabilità"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Marginalità e salute mentale"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Riorganizzazione della sanità territoriale"

Il lavoro dei tavoli, che è descritto di seguito, è stato poi riportato in sintesi nella plenaria finale.

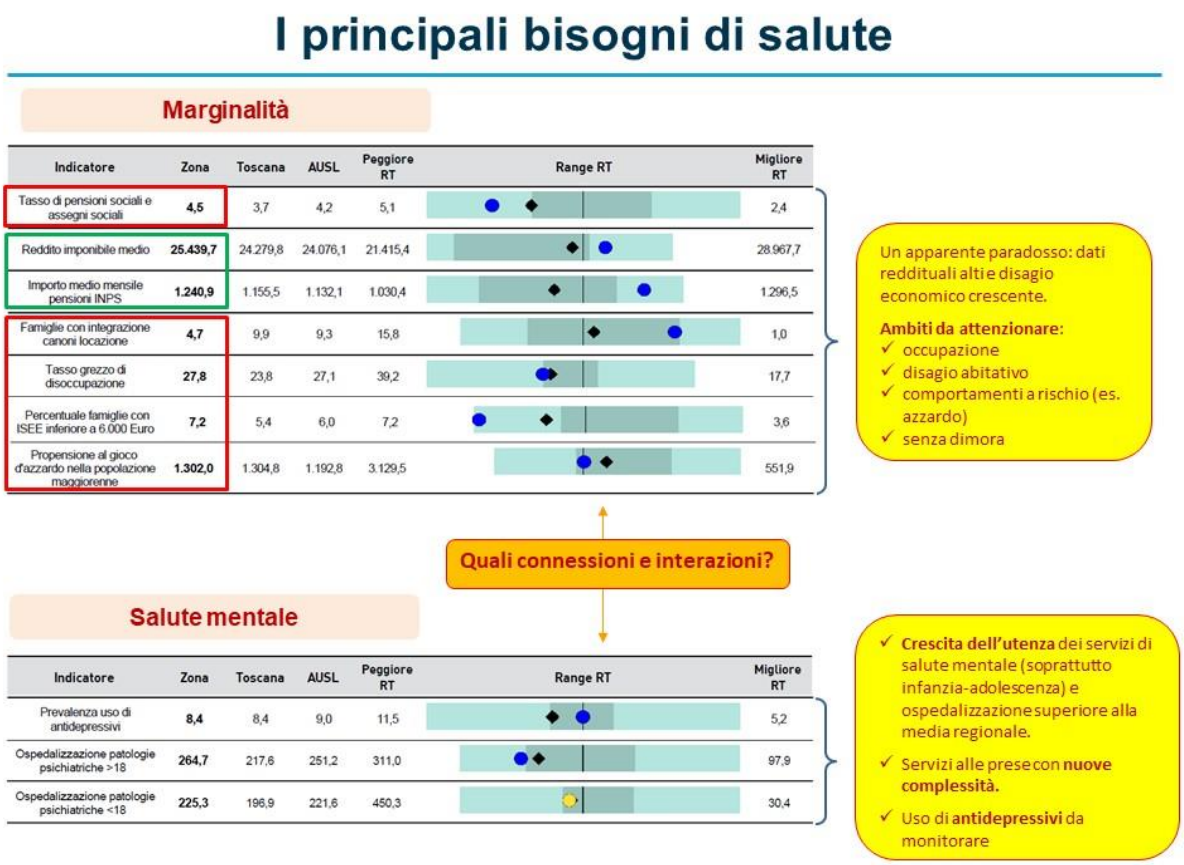
Il momento della restituzione dei lavori dei tavoli

La plenaria si è conclusa con la spiegazione del metodo di lavoro che i facilitatori avrebbero proposto ai tavoli tematici: prima la compilazione di una scheda individuale, dopo la discussione sui bisogni di salute: quelli già acclamati e resi evidenti dall'analisi dei dati statistici disponibili, ma anche quelli emergenti alla luce dell'esperienza dei partecipanti.

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE	
Istituzioni	**ETS**
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass. soc. area marginalità -Loredana Bertagni	APS Il sestante solidarietà – Alessandra Franchini
Comune di Livorno - Resp ufficio casa – Elisabetta cella	CEIS Impresa Sociale
Comune di Livorno - Resp ufficio marginalità e minori – Giovanna Donfrancesco	Ass. AVOFASAM ODV – Riccardo Bientinesi
Comune di Collesalvetti – Alessandra Casini	Ass. AVOFASAM ODV – Nella Benfatto
Comune di Collesalvetti – Giusy Mercadante	Ass. AVOFASAM ODV – Leone M Letizia
Comune di Collesalvetti – Fabio Bacci	Coop sociale San Benedetto – Enrico Centi
USL TNO - Coord Ass soc SMA/SERD - Anna Mei	Associazione La Casa ODV
USL TNO - Eleonora Bemi psichiatra	
USL TNO – ICO salute mentale e SERD zone sud – Rita Scarselli	
USL TNO – IFC infermieristica SERD – Francesca Tamborini	
USL TNO – IFC ostetrica	
USL TNO – ICO salute mentale e dipendenze – Chiara Corazzesi	
USL TNO – ICO prof. Sanitarie riabilitazione… - Ludovica Lepore	
USL TNO – IFC consultori LI	



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

La discussione si è aperta con un giro di presentazione dei partecipanti; la facilitatrice ha poi illustrato gli strumenti di lavoro e i bisogni di salute evidenziati dai dati. La discussione al tavolo si è svolta attorno ai seguenti bisogni di salute:

<u>BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI</u>

- Crescita di complessità e numeri del fenomeno salute mentale;
- Disagio lavorativo, economico, abitativo e comportamenti a rischio

<u>BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI</u>

- Carenza di strutture riabilitative e di accoglienza adatte ad alti livelli di complessità;
- Frammentazione delle informazioni relative ai servizi presenti sul territorio da parte di tutti gli attori coinvolti (MMG e PLS, comunità educante etc.);
- Difficoltà di inclusione dei giovani con criticità legate a salute mentale e/o marginalità nelle realtà ricreative e di socializzazione non specificamente dedicati alla salute mentale;
- Fragilità delle reti di solidarietà nei territori periferici della zona livornese.

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Crescita di complessità e numeri del fenomeno salute mentale
(Ri)definizione
Maggiore livello di complessità, rispetto al passato, dei fattori biopsicosociali che concorrono al disagio nelle persone prese in carico dalla salute mentale.
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Compresenza di problemi di salute mentale, uso di sostanze stupefacenti o farmaci non prescritti e dipendenze; • Compresenza di disturbo psichiatrico e condizione di marginalità come l'assenza di dimora e/o background migratorio; • Aumento stili comportamentali disadattivi; • Mancato inquadramento come malessere psichico di comportamenti disadattivi e dell'assunzione di farmaci non prescritti e sostanze, come fattore sentinella di una condizione di marginalità che può portare all'insorgenza di disturbi di carattere psichiatrico; • Aumento dei giorni di ricovero e difficoltà nella dimissione/chiusura progetti; • Aumento del disagio psicosociale e diminuzione del numero di operatori dei servizi per stranieri minori non accompagnati; • Presenza di doppia diagnosi che complica il quadro clinico e carenza di operatori e percorsi di cura e riabilitazione, con conseguente peso sulle famiglie che sono sempre più fragili; • Aumento segnalazioni da parte delle forze dell'ordine per interventi domiciliari; • Aumento del fenomeno soprattutto nella fase adolescenziale e in particolare nel periodo post-covid; l'aumento è dovuto anche ai contenuti trasmessi dai media e dai social, come guerre e genocidi, che portano molti adolescenti a isolarsi; • Crescente isolamento sociale; • Bassa capacità di presa in carico da parte dei servizi a causa della scarsità di risorse umane e problematiche strutturali; • Assottigliamento dei nuclei famigliari; • Aumento costante del disagio tra i giovani con conseguente crescita di condotte devianti, violenza e abusi; • Isolamento delle persone anziane sole, con insorgere di comportamenti a rischio (gioco, ludopatia), trascuratezza e depressione; DISCUSSIONE COLLETTIVA Viene evidenziata una mancanza di strumenti di analisi e valutazione adeguati a livelli di complessità tipici della società contemporanea, che richiedono un'integrazione dello spettro di valutazione multidimensionale: in particolare, viene segnalato il fattore linguistico-culturale e più in generale i fattori legati alla presenza di un background migratorio, con particolare riferimento

ai minori stranieri non accompagnati; viene segnalata anche una maggiore incidenza di fattori complessi cui sono esposti i più giovani e che determinano una fragilità maggiore in età infantile e adolescenziale, aggravata dall'assenza di reti famigliari e fragilità delle stesse.

I fattori che compongono questo quadro determinano innanzitutto una maggiore esposizione ad una condizione di marginalità, che a sua volta può determinare l'insorgere e aggravarsi di disturbi di tipo psichiatrico.

Questa maggiore complessità viene inoltre indicata come tratto comune ai fenomeni relativi alla marginalità e alla salute mentale, e che può determinare un nesso causale tra i due fenomeni.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con unità di strada per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità;
- Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, figure amministrative);
- Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.;
- Coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione;
- Necessità di formazione specifica del personale e degli operatori sociali coinvolti;
- Rafforzare i servizi di accompagnamento;
- Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

La complessità del fenomeno richiede l'intervento di tanti soggetti che dovranno coordinarsi tra loro in modo da fornire una risposta adeguata alla complessità di fattori. Sarà necessario strutturare una rete di progetti, attività e iniziative tali da fornire un'offerta di servizi a geometria variabile.

Inoltre, sarà necessario dotarsi di strumenti e risorse in grado di rispondere ad esigenze di mediazione linguistico-culturale e, più in generale, di comprendere le implicazioni della presenza di un background migratorio. Infine, è opportuno rafforzare e promuovere il lavoro delle unità operative di strada, necessarie a intercettare l'utenza e a facilitare l'accesso ai servizi

Disagio lavorativo, economico, abitativo e comportamenti a rischio

(Ri)definizione

Precarietà lavorativa, socio-economica e abitativa come insieme di fattori che concorrono all'insorgere di criticità legate sia alla salute mentale che alla marginalità.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Mancanza di reti sociali e mancanza o fragilità delle reti familiari di supporto con conseguente aumento dell'isolamento;
- Crescente difficoltà delle famiglie nel rapporto con i familiari colpiti da disturbo mentale, che quindi non riescono a fornire il loro appoggio;
- Rischio di esclusione/allontanamento dalle reti familiari e relazionali, con aumento di rischio di insorgenza del disturbo psichiatrico o dell'acuirsi dello stesso;
- Precarietà occupazionale cronica;
- Marginalità di persone in uscita dal carcere e difficoltà di (re)integrazione nel mondo lavorativo, con conseguente esclusione sociale e difficoltà economiche;
- Aumento delle richieste di sussidi, attivazione di interventi in area lavoro, attivazione borse lavoro e tirocini;
- Mancanza di opportunità lavorative sul nostro territorio e scarsa connessione tra uffici diversi per fronteggiare problemi multipli che la persona esprime;
- Difficoltà economiche e abitative spesso concomitati a fenomeni comportamentali violenti e devianti e all' abuso di sostanze psicotrope come l'alcool;
- Percezione da parte dell'utenza di un'impossibilità di ricevere concretamente forme di sostegno utili ad una ripresa delle proprie autonomie;
- Difficoltà nel sostenere le spese base della vita quotidiana (affitti, utenze), rischio di perdita alloggio e tracollo della situazione personale/familiare;
- Aumento della domanda di alloggi sociali ed insufficiente capacità del sistema di rispondere alla domanda emergente;
- Aumento degli sfratti esecutivi e/o i pignoramenti da parte delle banche;
- Carenza di figure di tutor per l'inserimento lavorativo di persone marginalizzate o in carico alla salute mentale, discontinuità dei progetti, difficoltà nel rapporto con l'utenza;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Si registra un diffuso e crescente fenomeno di disagio abitativo, spesso accompagnato e acuito da una altrettanto diffusa fragilità delle reti famigliari che sono spesso affaticate dalla gestione delle criticità e non riescono a fornire una risposta, in particolare abitativa: infatti, in presenza di un elemento problematico, le famiglie sono in difficoltà nel gestire problematiche e atteggiamenti devianti e/o violenti, con conseguente rifiuto di mantenere in casa il componente famigliare in questione.

Inoltre, l'instabilità lavorativa, che a Livorno risulta essere particolarmente grave e con carattere di cronicità, determina a catena una condizione di precarietà abitativa e di instabilità socio-economica.

Questi elementi già di per sé destabilizzanti per le persone, se sommati ad altre criticità, possono determinare una forte marginalizzazione e, in alcuni casi, l'insorgere di disturbi di tipo psichiatrico.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali;
- Attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi;
- Potenziamento dei corsi di formazione post-diploma;
- Potenziamento dei percorsi di inserimento lavorativo;
- Attivazione di percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare;
- Promuovere politiche di calmierazione dei canoni di locazione in convenzione con i privati;
- Rafforzare l'accesso ad alloggi di edilizia residenziale pubblica di nuclei familiari di dimensioni variabili;
- Promuovere una strategia di "housing first": la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica;
- Attivazione di realtà di co-housing e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Una condizione abitativa stabile è necessaria come punto fermo dal quale ripartire per costruirsi un progetto di vita e (re)integrarsi nella società e nel mondo del lavoro. Sarà quindi necessario trovare soluzioni abitative adeguate al tipo di utenza, prevedendo in quali casi è possibile e indicata una convivenza con altre persone ed evitare le incompatibilità (in situazioni come quelle dei dormitori, ad esempio, possono esserci fragilità incompatibili tra loro).

Carenza di strutture riabilitative e di accoglienza adatte ad alti livelli di complessità

(Ri)definizione

Carenza di posti letto e inadeguatezza delle strutture riabilitative per la salute mentale, dovuta anche alla chiusura e ridimensionamento delle strutture esistenti.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Difficoltà nel ricovero ospedaliero per minori e presenza di liste d'attesa per infanzia e adolescenza;
- Carenza di strutture idonee per disturbi psichici acuti nell'area infanzia e adolescenza;
- Carenze di strutture idonee per percorsi riabilitativi;
- Diminuzione del personale dedicato alla cura e alla riabilitazione psichiatrica (medici, infermieri, educatori);
- Necessità di posti letto per adulti;
- Aumento dell'ospedalizzazione dovuta alla carenza dei servizi;
- Richiesta di strutture residenziali da parte dei famigliari degli utenti in carico alla salute mentale;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Il fenomeno è stato segnalato in particolare dall'Associazione AVOFASAM ODV - Familiari per la Salute Mentale, che riporta quindi un'esperienza personale delle famiglie. Il fenomeno è stato condiviso e validato dal resto dei partecipanti al tavolo.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Potenziamento delle strutture diurne e residenziali sul territorio, adeguate a nuovi bisogni (sia per adulti che per minori);
- Potenziamento dei percorsi orientati al recovery;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Oltre al ripristino dei posti letto persi negli ultimi anni, sarà necessario pensare anche a nuovi percorsi, più adeguati al livello di complessità indicato, e che possano fornire una risposta preventiva e alternativa rispetto alla necessità di ospedalizzazione.

Frammentazione delle informazioni relative ai servizi presenti sul territorio da parte di tutti gli attori coinvolti (MMG e PLS, comunità educante etc.)

(Ri)definizione

Mancanza di una rete territoriale ben strutturata e coordinata in grado di intercettare il disturbo nel momento del suo insorgere e quindi di orientare ai servizi e percorsi possibili, in funzione di prevenzione dell'acuirsi del disturbo. Mancanza di strumenti per comprendere il disturbo da parte di chi ne soffre o ne è soggetto.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Le criticità sono spesso mal gestite, e dopo le fasi acute sulle quali si interviene non ci sono risposte o percorsi volti a prevenire il ripresentarsi della crisi;
- I servizi spesso non riescono a intercettare il disturbo nella sua fase iniziale, con conseguente difficoltà a prevenire l'acuirsi delle criticità;
- Si evidenzia una mancanza di strumenti utili alla prevenzione da parte della comunità in generale, e in particolare nelle scuole;
- L'acuirsi del disagio mentale crea un effetto di "perdita dell'aspettativa di ripresa", con conseguente aumento progressivo di stato ansioso e senso di solitudine;
- L'intervento di individuazione è complesso e necessita di tempo per la definizione di un progetto di vita, piano terapeutico o percorso di recovery;
- Le difficoltà di segnalazione sono spesso aggravate dagli iter burocratici;
- Carenza di percorsi di integrazione tra i servizi della SMIA;

- Difficoltà delle famiglie nell'orientarsi nella conoscenza dei servizi;
- Scarsa conoscenza del disturbo anche da parte di chi ne soffre, con conseguente difficoltà a contribuire alla definizione del proprio percorso di cura o di recovery;
- Molti utenti non hanno consapevolezza rispetto al proprio disturbo;
- Spesso i progetti non nascono da un'analisi dei bisogni effettuata dall'utente;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Viene percepita la mancanza di segnalazioni e di richieste di confronto dagli attori coinvolti nella presa in carico del singolo cittadino (in particolare MMG e PLS, ma anche scuola e comunità educante).

In particolare, si rileva come i MMG non abbiano strumenti per individuare i fattori di rischio e fungere da facilitatori per l'acceso ai servizi.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- È importante che i servizi intercettino i bisogni degli utenti prima che si renda necessario il ricovero;
- Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico da parte degli attori coinvolti (compreso il soggetto che soffre del disturbo);
- Sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
- Maggiore coinvolgimento della scuola tramite progetti educativi;
- Implementazione percorsi di integrazione in pediatria;
- Creazione di sportelli di orientamento diffusi sul territorio;
- Attività di pubblicità ed informazione rivolte a tutta la cittadinanza;
- Promozione della conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno;
- Rafforzamento della presenza di operatori di strada per intercettare i comportamenti più a rischio;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Al fine di intercettare i fattori di rischio per prevenire (o mitigare) l'acuirsi del disturbo, è necessario realizzare attività di informazione e promozione, sia della conoscenza relativa ai fenomeni sentinella dell'insorgere del disturbo, sia dei servizi, strutture e attività presenti sul territorio. In questo modo, infatti, la segnalazione di fattori di rischio può arrivare preventivamente ai servizi, che possono attivarsi prevenendo così l'acuirsi di situazioni critiche.

Difficoltà di inclusione dei giovani con criticità legate a salute mentale e/o marginalità nelle realtà ricreative e di socializzazione non specificamente dedicati alla salute mentale

(Ri)definizione

Bisogno di inclusione dei giovani con fragilità in spazi che siano allo stesso tempo in grado di accogliere le fragilità ma che non siano stigmatizzanti.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Sebbene sul territorio siano presenti strutture e attività dedicate all'accoglienza degli utenti in carico alla SMIA, spesso non sono efficaci per via dello "stigma" che si portano dietro.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Si registra una reticenza, da parte dei giovani con disturbi legati alla salute mentale, a frequentare gli spazi protetti specificamente dedicati ad attività ricreative e di socializzazione per il tipo specifico di utenza, in quanto tali spazi vengono spesso percepiti come stigmatizzanti e con effetto di "riserva indiana".

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti;
- Interventi di prevenzione e lotta allo stigma;
- Educazione all'affettività, alla salute mentale e all'uso del digitale nelle scuole;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Per rispondere efficacemente al bisogno individuato, sarà necessario promuovere una formazione diffusa per rendere la comunità capace di accogliere le fragilità e realizzare un'inclusione effettiva, allo stesso tempo protetta ma non "ghettizzante".

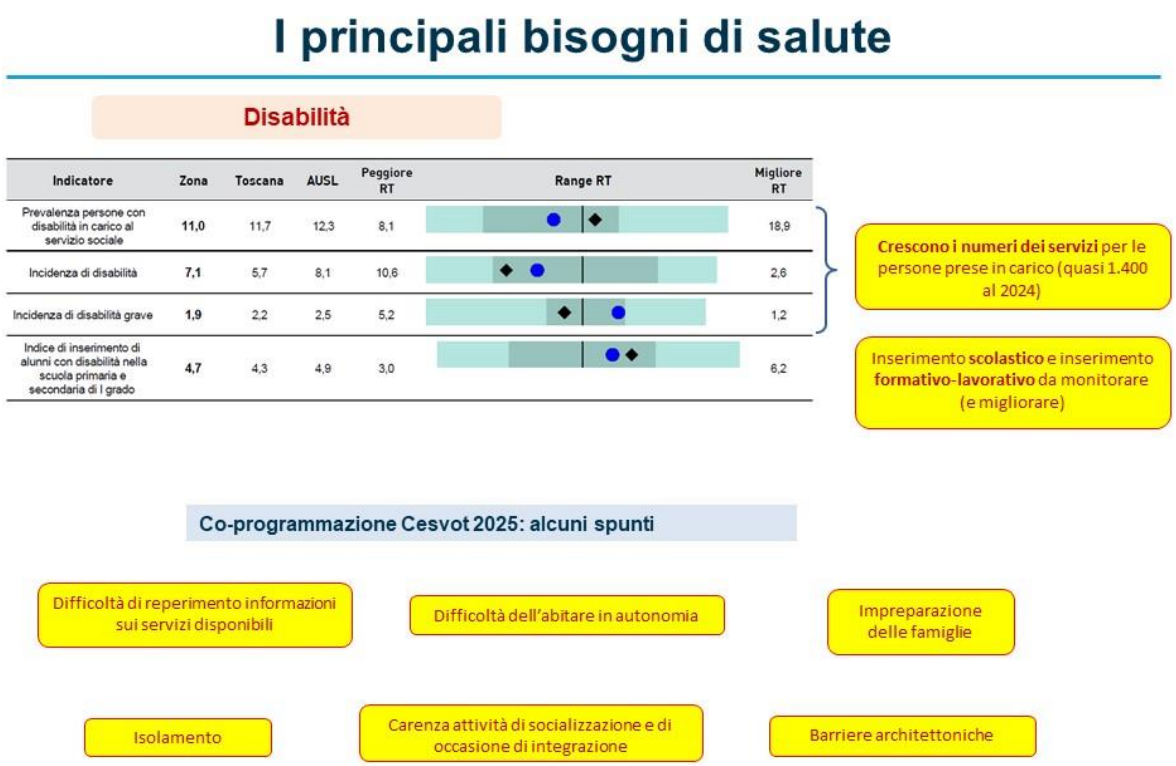
Inoltre, si suggerisce di realizzare convenzioni con le realtà territoriali adatte ad accogliere e promuovere attività inclusive (associazioni sportive, circoli ricreativi, attività ludiche e culturali di vario tipo – ad esempio teatro).

Fragilità delle reti di solidarietà nei territori periferici della zona livornese
(Ri)definizione
Concentrazione della rete delle realtà territoriali nel polo (l'area urbana del Comune di Livorno), con conseguente rarefazione e dispersione nelle zone più periferiche (le frazioni del Comune di Livorno, tutta l'area del Comune di Collesalvetti e delle sue frazioni e, infine, di Capraia Isola).
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Nelle frazioni più piccole persone sane ma anziane sono a rischio di marginalità; DISCUSSIONE COLLETTIVA La criticità è stata portata all'attenzione del tavolo dai referenti del Comune di Collesalvetti. È stata recepita inoltre come indicativa l'assenza (comprensibile) di referenti dell'Isola.
Spunti da approfondire
Il tavolo non ha indicato eventuali ulteriori elementi.

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

TAVOLO 2 – DISABILITÀ	
Istituzioni	**ETS**
Comune Collesalvetti - Lilly Sicilia	Associazione Comunico - Assunta Vania Vitolo
Comune Livorno - Carletti Paola	THISINTEGRA SOC. COOPP SOCIALE - Andrea Benassi
Comune Livorno - Ilaria Ferrari	AMAL LIVORNO APS - Fiorella Cateni
Comune Livorno - Vitelli Serena	COOP. SOC. ELLEUNO SCS - Romina Montagnani
USL Toscana Nord Ovest - ICO Riabilitazione - Gennaro Voccia	Associazione Autismo Livorno - Sandra Biasci
USL Toscana Nord Ovest - IFC Smia Livorno - Ilaria Di sacco	Coop Di Vittorio - Marco Stilo
USL Toscana Nord Ovest - Neuropsichiatria infantile - Cristina Casella	CUORE LIBURNIA SOCIALESoc. Coop Onlu - Morgana Puccinelli
USL Toscana Nord Ovest - UVMD - Di Renzo Simone	Fondazione Scotto - Enrica Montielli
USL Toscana Nord Ovest - UVMD - Manfredi Rosa	Fondazione Scotto - Alessia Bacci
	Fidapa - Oriana Rossi



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha discusso i seguenti bisogni di salute:

<u>BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI</u>

- Aumenta la platea delle persone con disabilità (grazie alla crescita del sistema di valutazione e presa in carico)
- Inserimento scolastico e inserimento formativo-lavorativo da monitorare (e migliorare)
- Difficoltà di conoscenza e orientamento sui servizi disponibili
- Impreparazione delle famiglie
- Autonomia abitativa

<u>BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI</u>

- Migliorare l'offerta ludico ricreativa socializzante, sportiva per minori con disabilità.
- Residenzialità per persone che perdono l'autonomia.
- Educativa adulti
- Domiciliarità
- Residenza minori disabili per scompenso famiglie e non paziente
- Inserimento lavorativo (L.68)

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Aumenta la platea delle persone con disabilità (grazie alla crescita del sistema di valutazione e presa in carico)
(Ri)definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati
Come si percepisce
• Una difficoltà di rispondere alle necessità e poter supportare tutti allo stesso modo. • Disagio sociale, patologie psichiatriche. • Dall'aumentato accesso alle associazioni per avere informazione sui servizi. • Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla commissione UVMD. • Dagli assistiti che sono seguiti dalle associazioni vengono richiesti nuovi servizi sociali. • Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. • Servizi sociali come erogatori di benefici; pletora dei servizi sociali e sanitari con deficit di risorse; medical e social shopping. • Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. • Gestendo le liste di attesa si tocca con mano la realtà: è necessario un reale momento di riflessione. • Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti sui servizi ambulatoriali di riabilitazione • Aumento del carico di lavoro del servizio sociale e rischio di perdita di accuratezza e attenzione nella metodologia della presa in carico • Aunebto del N° di richieste attivazione
Spunti da approfondire
• Differenziare le risposte: più servizi ma meno “universalistici” (universalismo selettivo). • Rafforzare la risposta delle strutture sociali. • Migliorare il rapporto informativo con i MMG (informazioni non sempre corrette sui servizi). • Responsabilità condivisa tra operatori, non delegata a pochi. • Verificare meglio le richieste prima di attivare nuovi servizi. • Coordinare meglio i “progetti di vita” e renderli più armonici/unici. • Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola. • Lavoro di rete territoriale “a 360°”, riducendo l’impatto della carenza di personale. • Riconoscere e valorizzare il ruolo dei caregiver. • Rivedere procedure operative e integrazione con uffici amministrativi. • Chiarire “dove e come” orientare i bisogni. In sintesi, i rispondenti descrivono un sistema che “allarga” la presa in carico e, nello stesso tempo, fatica a reggere l’aumento dei casi e la loro complessità. Nella percezione quotidiana

ricorrono carichi crescenti per servizi e operatori, tempi e procedure vissuti come faticosi, e un aumento di fragilità intrecciate (disagio sociale, patologie psichiatriche, bisogni in età evolutiva e diagnosi più frequenti). Si avverte anche un incremento di richieste "di secondo livello": nuove prestazioni, contributi, orientamento, oltre alla difficoltà di garantire equità e continuità.

Per i partecipanti la priorità è rafforzare la capacità di risposta e la coerenza del percorso, evitando che l'aumento dei numeri si traduca in frammentazione. Gli spunti convergono su tre direzioni: migliorare l'organizzazione (responsabilità condivise, procedure più chiare, integrazione amministrativa), rendere più "mirate" le risposte (universalismo selettivo e verifica dei bisogni prima dell'attivazione), e costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici.

Inserimento scolastico e inserimento formativo-lavorativo da monitorare (e migliorare)

(Ri)definizione

L'inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L'inserimento lavorativo e formativo è anch'esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali

Come si percepisce

- Una difficoltà a dare risposte e garantire supporto a chi dovrebbe riceverne.
- Difficoltà lamentate da famiglie nel capire orari scolastici, difficoltà a trovare lavoro adatto.
- Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire.
- Spesso la disabilità è vista in maniera "meno grave" dai genitori, i quali pensano di intraprendere percorsi non alla portata del livello cognitivo dei figli.
- In seguito alla mia esperienza di educatrice, ho percepito la volontà di far partecipare la società e inserire nel lavoro le persone con disabilità, percependo però una coscienza organizzativa riguardo i trasporti.
- Crescita costante delle richieste dei servizi di supporto proveniente dalle direzioni scolastiche. Inserimenti lavorativi spesso statici e privi di prospettive.
- Grandi numeri di studenti certificati; aumento di aspetti burocratici da gestire; dis-orientamento famiglie rispetto a percorsi A,B,C.
- L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità sensoriali e in particolar modo all'infanzia in una fase dove avviene l'esordio della comunicazione è molto fragile. Negli adolescenti persistono difficoltà comunicative, soprattutto in contesti non strutturati.
- Lavorando con le scuole percepisco complesso il sistema scolastico e l'organizzazione trovata su Livorno. Quello che percepisco è la difficoltà da parte delle scuole di mettere in atto le indicazioni che spesso diamo.
- Aspetto fondamentale in un percorso di autonomia e inclusione della persona con disabilità ma penuria di risorse dedicate, soprattutto nei percorsi post-istruzione
- Scuola e lavoro vengono percepiti ancora lontani e poco soddisfacenti al mondo della disabilità

- "Lavorativo: spesso più ""formale"" che realmente inclusivo
- lavorativo/formativo: poca integrazione con la scuola"

Spunti da approfondire

- Creare reti.
- Migliorare la conoscenza singoli casi/persone.
- Ulteriore preparazione del mondo scolastico a rapportarsi con la disabilità, migliorare l'integrazione tra servizi e mondo del lavoro per facilitare gli inserimenti.
- Maggior fiducia nel confronto con gli assistenti sociali, miglioramento della rete TRA ETS e comune o USL.
- Nonostante il trasporto sia previsto nei progetti, cercherei di aiutare (dove possibile) le persone con disabilità nella scelta delle modalità di trasporto che dovrebbe essere garantito, ma che risulta difficoltoso.
- Riproduzione dei ruoli dei vari professionisti nel percorso scolastico
- Regolamentazione rapporti tra scuola e altre istituzioni (accordi di programma); tracciare percorsi con ricadute adattive.
- Progettazione di percorsi inclusivi che valorizzano le competenze comunicative non verbali; ruolo attivo dei giovani con disabilità sensoriali nei contesti educativi e di aggregazione; percorsi di orientamento e inserimento lavorativo accessibili alle disabilità sensoriali.
- Consiglierei collegamenti con il CRED CTO per integrare le nostre conoscenze in una formazione continua con gli esperti scolastici.
- Riflessione volta al miglioramento dei servizi al momento offerti, implementando risorse, personale dedicato e target specifici per il post-istruzione
- "Incrementare la collaborazione con territorio/servizi e scuola Territorio/servizi e centro per l'impiego".

Le schede individuali compilate durante il laboratorio riportano: difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro. In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.

I partecipanti al tavolo di lavoro, evidenziano come, in estrema sintesi, il nodo non è solo "entrare" a scuola, ma tenere insieme un percorso che non si interrompa quando cambiano contesti e responsabilità. Gli spunti chiedono di costruire reti e coordinamento (tra scuola, servizi, ETS, lavoro), migliorare la conoscenza dei singoli casi, potenziare l'integrazione tra servizi e mondo del lavoro per rendere praticabili gli inserimenti, chiarire ruoli e regole nei percorsi, rafforzare la fiducia e il confronto con assistenti sociali e tra ETS–Comune/USL, e lavorare sui collegamenti con il CPI. In sintesi: passare da inserimenti "a pezzi" a traiettorie accompagnate e verificabili.

Difficoltà di conoscenza e orientamento sui servizi disponibili

(Ri)definizione

Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono.

Come si percepisce

- Situazione vissuta come un fallimento.
- Non adeguata nelle varie sedi USL (distrettuali o territoriali etc).
- Si percepisce dal grado di preoccupazione e ansia del familiare che si trova completamente disorientato dalla mancata o cattiva informazione data dal medico curante.
- Spesso le famiglie arrivano ai servizi con aspettative sbagliate o informazioni errate.
- Alcune persone disabili arrivano ad essere inserite nei laboratori di autonomia in età adulta e non post età scolastica.
- Accogliamo spesso richieste dai familiari di persone disabili le necessità di servizi più mirati e diversificati per i loro familiari.
- Compressione e disorientamento dell'utenza. Sensazione di frammentazione degli interventi che l'utente richiede.
- Forte frammentazione delle informazioni, emerge dalle famiglie il bisogno di riconoscere i giovani con disabilità sensoriale come risorsa attiva nei percorsi di supporto al disagio giovanile, solitudine e marginalità.
- Arrivando da poco su Livorno, ho faticato per avere tutte le informazioni, talvolta fornite in modo disorientate.
- Disorientamento dei familiari e dei pazienti dalla diagnosi alla presa in carico riabilitativa sia sul percorso da seguire sia sulle patologie presentate.
- Scarsa informazione nelle famiglie o informazione parziale e/o sbagliata.
- Poca circolarità di informazioni sui servizi e presa in carico delle persone con disabilità, “concordo”.
- Spesso la famiglia o il paziente giunge tardi all'attivazione del servizio in maniera confusa e con non pochi disagi".
- Rapporto con familiare/caregiver + ex utenti + nuovi cittadini.

Spunti da approfondire

- Cercare di essere più vicini al territorio e valorizzare le diverse reti che possono collaborare per intercettare prima i problemi(scuola, MMG, pediatri, terzo settore)
- Migliorare sportelli informativi/informazioni in tutte le sedi USL e comune.
- La corretta informazione.
- Tramite le case di comunità e l'istituzione dei PUA si auspica un miglioramento nella circolarità delle informazioni
- Miglioramento della rete tra ETS e Comune o USL.
- Offrire servizi a persone disabili oltre l'età di 65 anni, servizi personalizzabili per il loro mantenimento se non in RSA per anziani.
- Creare depliant omnicomprensivo o sito internet con diagrammi di flusso.

- Progettazione dove si coinvolgono persone con disabilità sensoriale; reti inclusive tra associazioni, ASL, scuole e tutti i servizi territoriali.
- I percorsi migliorerebbero queste informazioni.
- Integrazione dei servizi nella presa in carico delle famiglie e dei pazienti dai Medici di Medicina Generale ai servizi ASL.
- Miglioramento degli sportelli informativi dedicati al cittadino e documentazione chiara e fruibile online, organizzando anche incontri ad hoc con la cittadinanza (DLGS 62/24)
- Creare più sportelli di orientamento e informazione sul territorio, tenuti da persone che ci lavorano da tempo!
- "Migliorare la comunicazione tra MMG/ass/servizi
- Modalità più snelle di attivazioni di attivazioni e soprattutto chiare per far sentire il cittadino seguito e accolto nel suo processo di presa in carico"
- per nuovi cittadini: "kit prontuario" per servizi.

Qui il tono delle schede è molto netto e quasi uniforme. Quasi tutti nella loro esperienza lavorativa percepiscono la difficoltà di orientamento che viene vissuto “come un fallimento” e si manifesta nella preoccupazione e nell’ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l’idea che l’orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.

Una delle possibili soluzioni identificate attraverso le schede sembra essere la valorizzazione delle reti (scuola, MMG, pediatri, terzo settore), migliorare sportelli e informazioni in USL e Comune, puntare sulla correttezza informativa, e valorizzare strumenti come Case di Comunità e PUA per rendere più fluida la circolarità delle informazioni. Si chiede anche documentazione chiara e fruibile online e incontri dedicati con la cittadinanza: l’obiettivo implicito è trasformare l’accesso ai servizi in un percorso leggibile, non in un rimbalzo.

Impreparazione delle famiglie

(Ri)definizione

Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all’accesso a percorsi/servizi e quindi all’inclusione e all’autonomia.

Come si percepisce

- Come un fallimento dello stato/regione ed enti locali.
- Attraverso la scuola rifiuto delle famiglie ad essere consapevoli.
- Soprattutto non preparata ad accettare una diagnosi nefasta di demenza di un familiare e conseguentemente alla sua gestione in assenza di cure medicinali inesistenti.
- Specialmente nei genitori più anziani c'è difficoltà ad affidarsi ai servizi.

- Mancanza di fiducia o convinzione nei colloqui conoscitivi nell'intraprendere percorsi strutturati. Scarsa frequenza ai percorsi concordati.
- Si percepisce, nonostante i progetti esistano, l'esistenza di una impreparazione in relazione ai controlli e alla percezione generale di autonomia abitativa stessa.
- Difficoltà di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali nelle attività, nella partecipazione e collaborazione di lavoro in gruppo.
- Ambivalenza tra richieste di istituti sociali autonomizzanti e non permettere l'accesso ai propri figli a percorsi di reale autonomia.
- Percepita in modo particolarmente critico nei casi di disabilità sensoriale soprattutto quando l'esordio della difficoltà avviene in età precoce. Generalmente incertezze nelle famiglie e isolamento.
- Si vede ma non per tutte le situazioni. Si tenta sempre di inquadrare il tutto in modo specifico.
- Disorientamento e ricerca delle informazioni delle famiglie nella gestione dei familiari con disabilità cronica e acquisita negli accessi ai servizi di riabilitazione.
- apprensione particolare che spesso sfocia in incomprensioni e/o episodi di conflittualità
- Le famiglie si sentono abbandonate al termine del percorso scolastico
- Spesso le famiglie hanno timore o ignoranza sui servizi e non chiedono aiuto creando più disagio alla persona che ha bisogno
- "resistenza" nell'alleanza con noi.

Spunti da approfondire

- Maggiori tavoli di confronto per sviluppare senso di comunità e confronto: creare momenti.
- Approccio comunicativo, mai ghettizzante, non iper protettivo, non certificatorio.
- Aumento il supporto al familiare con accompagnamento piscologico e un migliore rapporto con il medico di famiglia.
- Maggior circolarità delle informazioni e supporti alle famiglie che si occupano di un familiare disabile.
- Percorsi psicologici per famiglie con figli diversamente abili.
- Mantenimento delle autonomie abitative: modalità di valutazione periodica.
- Un'adeguata preparazione a conoscenza alle famiglie, magari in gruppo con altri familiari.
- Accettazione del problema
- Attività di gruppo di genitori andrebbe implementata con genitori competenti che passano il "testimone".
- Sostegno precoce alle famiglie e nelle scuole d'infanzia con assistenza specialistica; coinvolgimento di figure con disabilità sensoriale adulte come figure di riferimento.
- Tenere incontri specifici di counselling può aiutare. Necessaria l'integrazione anche con il sociale.
- Più integrazione dei servizi nella presa in carico delle famiglie e dei pazienti dai MMG, ai servizi sociali ai servizi ASL.
- Supporto psicologico da dedicare ai familiari
- Durante il percorso scolastico (dal nido alla scuola secondario di II grado) sopportare famiglie o alunni e nella consapevolezza di disabilità

- Difficoltà di inserimento dei servizi, massiccio disagio anche sociale, che si aggiunge alla complessità sanitaria
- Ancora molto forte la tendenza a "raggrupparci" per categorie in cui ci sentiamo riconosciuti.

Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse (con esempi che richiamano anche la demenza). Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.

Gli "spunti da approfondire" chiedono più tavoli di confronto e momenti di comunità, un approccio comunicativo non ghettizzante e non solo certificatorio, più supporto psicologico e counselling, maggiore circolarità delle informazioni e riconoscimento dei caregiver, oltre a un migliore rapporto con il medico di famiglia. L'idea di fondo è rafforzare accompagnamento e fiducia, perché senza questo i percorsi rischiano di non partire o di non reggere nel tempo.

Autonomia abitativa

(Ri)definizione

Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo.

Come si percepisce

- Come una difficoltà, paura di incentivare questi percorsi per non creare maggiori difficoltà.
- Valutazione barriere architettoniche, autonomia economica.
- Non viene percepita l'emergenza e la grande possibilità, soprattutto da parte della famiglia, che spesso pensa a fratelli e sorelle per il "dopo di noi".
- Si percepisce, nonostante i progetti esistano, l'esistenza di una impreparazione in relazione ai controlli e alla percezione generale di autonomia abitativa stessa.
- Benissimo incentivare l'autonomia abitativa. I servizi territoriali devono essere a conoscenza di eventuali utenti.
- Difficoltà da parte dei servizi nel reperire soggetti adeguati a partecipare e progetti per autonomie abitative.
- Non è possibile il salto da "bimbo di famiglia" ad autonomia abitativa, è spesso impossibile e frustrante.
- Presente autonomia sui bisogni primari anche se in alcuni, la mancata interazione comunicativa ha creato situazioni di poca cura del sé e dell'ambiente domestico. Grandi criticità nella coabitazione sia tra pari, sia con persone senza disabilità sensoriale o altre.
- Ho poca esperienza in questo ambito, ma quello che percepisco nei casi che ho riscontrato sono maggiormente differenze nelle capacità.

- Aspetto residuale nell'ambito della progettazione da parte dei servizi.
- Poca attenzione alla parte "esperienza abitativa" che viene interrotta dai "fine progetti" in tal senso.
- Match tra disabilità e personalità.
- Mancanza sul territorio di strutture intermedie che si occupano dei disabili.

Spunti da approfondire

- Mancanza di reti.
- Lavoro, autonomia economica, domiciliarità, posti in RSA.
- Incentivare la cultura all'autonomia abitativa per le persone con disabilità.
- Gruppo di ascolto e condivisione.
- Mantenimento delle autonomie abitative: modalità di valutazione periodica.
- Anche le persone individuate devono essere preparate e formate. Importante la valutazione dei costi.
- Concrete analisi dei bisogni e coordinamento dei supporti domiciliari.
- Attivazione percorsi di addestramento ed autonomia domestica già nel corso di infanzia e adolescenza (vedi progetto C scuola).
- Azioni di empowerment famigliare orientate all'autonomia e all'inclusione; mediazione comunicativa ed educativa; percorsi graduali e accompagnati all'autonomia abitativa condivisa.
- Implementazione cohousing e dopo di noi.
- Partire dall'abitare per arrivare alla vera "vita indipendente" tanto auspicata!
- Valutare possibilità di fare appartamenti per over 70 anni soli per creare delle mini comunità dove poter mantenere la propria autonomia ma avere comunque una supervisione.
- "Durata finanziamenti/durata progetti.
- Unire questo a giovani/universitari ecc.
- Da approfondire la presenza di strutture residenziali di supporto alla disabilità (marginalità/disabilità).

Dalle schede individuali, l'autonomia abitativa appare come un tema complicato. Vi è, infatti una certa paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. La percezione dei presenti è che spesso non venga colta l'urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al "dopo di noi", che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle). Si evidenzia la necessità di creare una rete di accompagnamento: senza una rete, l'autonomia rischia di restare un obiettivo astratto.

Tra gli spunti per il futuro si evidenzia: l'esigenza di ricostruire reti, legare autonomia abitativa a lavoro/autonomia economica/domiciliarità e (quando necessario) a risposte residenziali, promuovere cultura dell'autonomia, attivare gruppi di ascolto e condivisione, prevedere valutazioni periodiche per mantenere autonomie e sviluppare competenze domestiche già da età precoce. Ricorrono anche ipotesi operative come cohousing, "dopo di noi", mini-comunità (anche per anziani soli con supervisione) e attenzione alla continuità dei progetti rispetto alla durata dei finanziamenti.

Residenzialità (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Mancanza di strutture residenziali adeguate per ospitare persone che sono "temporaneamente colpite da disabilità"
Come si percepisce
• Può succedere che persone senza problemi fisici possono acquisire una disabilità anche temporanea (esempio incidente stradale). Queste persone potrebbero non avere una casa o non poter contare sull'assistenza di una rete familiare. • In questi casi si fa ricorso alle RSA che tuttavia ospitano prevalentemente persone molto anziane (80 anni) e quindi non sono adeguate per supportare i casi come questo.
Spunti da approfondire
• Creare delle strutture specifiche per questi casi sarebbe dispendioso, pertanto converrebbe pensare a creare dei "nuclei" nelle strutture esistenti specificamente adibiti a queste situazioni. Si potrebbe pensare alla creazione di una rete di queste strutture a livello di Asl Nord Ovest.

Residenza minori disabili per scompenso famiglie e non paziente (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Temporanee residenzialità per minori disabili per motivi legati alla famiglia (scompenso familiare) e non al paziente
Come si percepisce
• Scarsità di posti letto disponibili nella zona e assenza di possibilità di inserimenti temporanei
Spunti da approfondire
• Implementazione strutture attualmente previste; • Miglioramento procedure per inserimenti fuori zona • Aumento risorse.

Miglioramento dell'offerta socializzante ludico ricreativa e sportiva (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Difficoltà di accesso a strutture sportive, ricreative, ludiche senza supporto di personale adeguato.
Come si percepisce
• Le giovani persone con disabilità hanno l'esigenza di frequentare luoghi dove possono soddisfare le proprie esigenze ludico, ricreative e di socialità. Tale esigenza non era percepita in passato.
Spunti da approfondire
• E' necessario che tutti i servizi e le organizzazioni ludico ricreative e sportive mettano a disposizione personale formato in grado di includere le persone con disabilità. • Occorre un cambio di paradigma, è necessario che tutti coloro che lavorano nel settore ludico ricreativo e sportivo devono essere in gradi di operare in funzione di chi hanno di fronte.

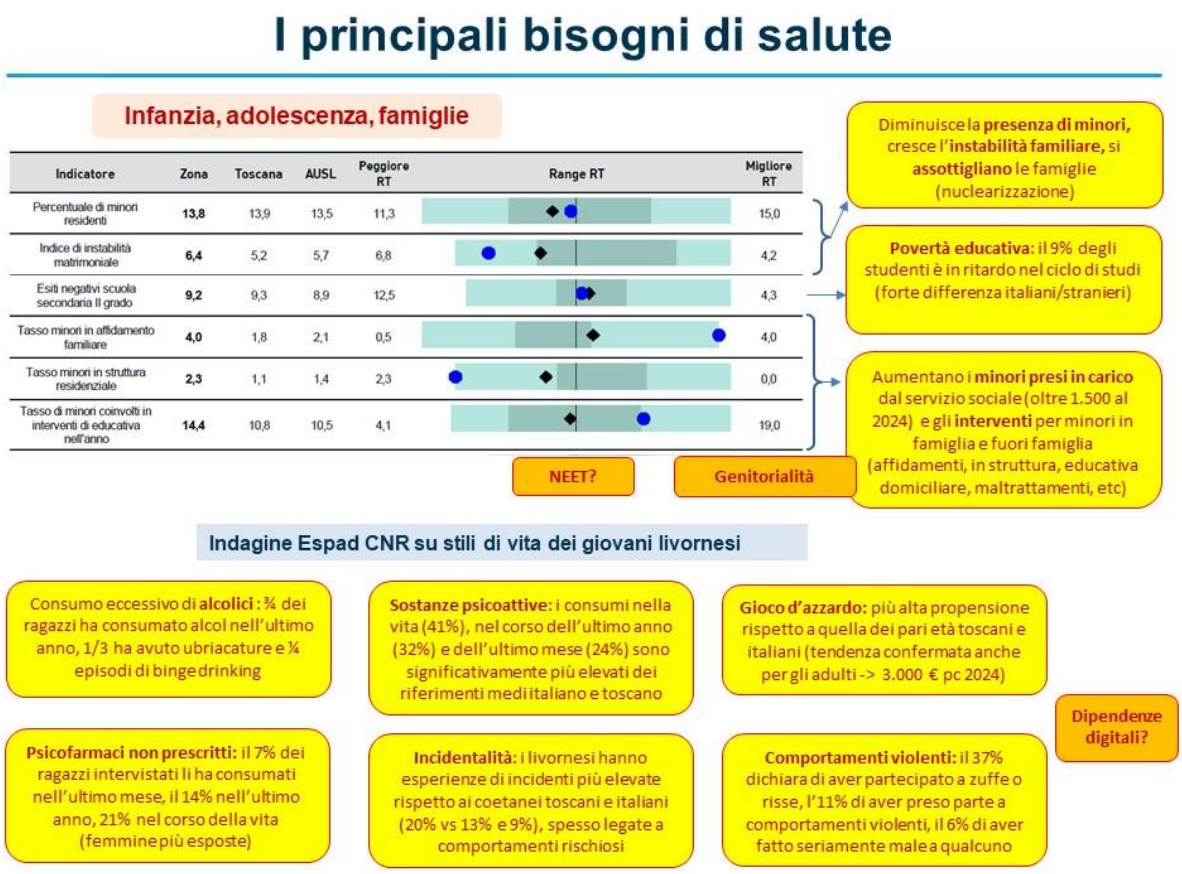
Educativa adulti (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Come si percepisce
• Progetti educativi previsti anche per adulti (o giovani adulti) che non hanno terminato il proprio percorso formativo o che hanno necessità di interventi educativi individuali.
Spunti da approfondire
• Dedicare risorse specifiche.

Inserimento lavorativo (L.68) (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Posti di lavoro inadeguati
Come si percepisce
• Individuare lavori giusti per patologie specifiche, collaborazione tra enti, collaborazione con INPS, collaborazione con associazioni di categoria.
Spunti da approfondire

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

TAVOLO 3 – INFANZIA, FAMIGLIA, ADOLESCENZA	
Istituzioni	**ETS**
Comune di Livorno – Dirigente - Settore Politiche Sociali e Sociosanitarie - Caterina Tocchini	Radici arcobaleno APS
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.Soc. Area minori e famiglia – Rachele Vitali	Radici arcobaleno APS
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.Soc. Area tutela – Laura Passerai	Arca coop – Lisa Giannelli
Comune di Livorno - Francesca Rosaspina	Ass Il sestante salidarietà - Damiana barbato
USL TNO - Ass.soc. SMIA Daniela Pupi	Cuore Liburnia Sociale – Assunta Astorino
USL TNO - Responsabile UFSMIA – Nicola Artico	Ass Sistema Famiglia – Ester Morisciano
USL TNO - ICO ostetrica – Marta Chellini	Ass Comunico – Donatella Iannaccone
Comune di Collesalvetti - Elena Agosta	



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha discusso i seguenti bisogni di salute:

<u>BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI</u>

- Crescita dell'instabilità familiare e assottigliamento delle famiglie
- Povertà educativa
- Alcune sacche di disagio che interessano minorenni e famiglie, e con essi il fattore genitorialità
- Stili di vita giovanili a rischio

<u>BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI</u>

- Donne straniere in situazioni di fragilità
- Differenza di genere, famiglie omogenitoriali, pluralità di famiglie
- Donne e minori vittime di violenza
- Giustizia riparativa minorile
- Indebolimento delle reti sociali e di presenza di adulti pensanti e capaci di regolare le proprie emozioni, divenendo punto di riferimento solido e modello per i bambini e gli adolescenti

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Crescita dell'instabilità familiare e assottigliamento delle famiglie
(Ri)definizione
L'aumento di separazioni e divorzi (spesso con conflittualità) e la diminuzione dei componenti delle famiglie assottigliano le reti di supporto familiare, primo baluardo del welfare Integrazione: è importante tener conto, nell'analisi del fenomeno, della differenza di genere nella distribuzione del carico, dei casi sempre più frequenti di famiglie omogenitoriali e in generale dell'esistenza di pluralità di tipologie di famiglie.
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Conflittualità che determina isolamento delle famiglie e dei minori. L'incapacità genitoriale *compatta* il minore non adeguato ed inserito in ambienti scolastici. • Alto numero di bambini coinvolti nel disagio familiare per i quali l'autorità giudiziaria richiede approfondimenti e sostegni. Segnalazioni da parte della scuola per situazioni di disagio, isolamento e maltrattamento. • Situazioni familiari che presentano diverse e più complesse problematiche. Molti cittadini stranieri con diversa percezione di cosa sia la famiglia. • Aumento della vulnerabilità genitoriale intesa come un momento del ciclo di vita familiare in cui per varie cause (perdita di lavoro, vitto, giovane età, cittadini stranieri) i genitori non sono in grado di supportare i figli. • Le famiglie sono sempre più sole ed isolate. Quando c'è un problema in una famiglia si tende a risolverlo da soli o direttamente con uno specialista individuale. Manca la comunità educante e la solidarietà spontanea. • Perdita di vista dei bisogni dei figli. • È un bisogno estremamente emergente. Livorno risulta essere la quinta città in Italia in ambito di divorzi e separazioni. • Aumento delle famiglie separate/divorziate in carico ai servizi. Solitudine nella "presa in carico" delle figure genitoriali. Rete: famiglie allargate. • Poca ricerca di mediazione familiare, poco sostegno sulla comunicazione tra genitori. • Mancata equa distribuzione del carico familiare tra madre e padre. • Richieste valutazioni da parte del tribunale al consultorio (psicologa-assistente sociale). • Sempre più alto il numero di famiglie di questo tipo già nei nidi di infanzia dove l'età dei bambini è appunto da 0 a 3 anni, le famiglie chiedono orari sempre più ampi rispetto alla tradizionale chiusura alle 15:30. • Alto tasso di confusione nei nuclei che afferiscono ad UFSMIA. Aumento di richieste dei tribunali minori ed ordinari pressione per avere benefici economici (tramite diagnosi) - welfare.

- Isolamento degli individui: il bisogno di aggregarsi corrisponde spesso nell'incapacità di cogliere occasioni sociali e culturali che aiutino a incrociarsi con gli altri. Aumento dell'individualismo: diminuisce la solidarietà e l'attenzione/ascolto dall'alto.
- Aumento del senso di solitudine e stabilità dato anche da sostengo al femminile e al maschile.
- Nella realtà più piccole anche se il fenomeno si percepisce, rimane ancora presente il supporto familiare.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Bisogna fare attenzione al carico che finisce solo sulle donne, bisogna pensare a come coinvolgere di più i padri.

Oggi manca la capacità di farsi carico del conflitto con percorsi con i genitori, prima che questo crei disagi e danni al minore.

Spesso i genitori sono soli, non possono contare né sui nonni né su un vicinato solidale.

Spesso i conflitti familiari sono associati a scarsa capacità di autoregolazione delle emozioni da parte degli adulti. La capacità di regolazione delle emozioni si apprende da piccoli dai genitori, quindi se a Livorno in generale molti genitori non la hanno, stiamo crescendo una generazione a sua volta incapace di regolare le proprie emozioni. È evidente la connessione col problema degli stili di vita giovanili a rischio e l'aumento della violenza.

A molte famiglie mancano strumenti relazionali, sociali, di lettura del contesto; se c'è mancanza di consapevolezza di questi limiti, manca anche la capacità di comprendere le proposte che vengono fatte dai servizi: chi ha più bisogno, meno si rivolge ai servizi perché non si rende conto di aver bisogno, oppure non comprende quello che i servizi propongono.

Il servizio sociale offre strumenti che non vengono apprezzati e capiti, vengono vissuti solo come imposizioni.

Spesso invece le famiglie cercano diagnosi che generano benefit economici. C'è una relazione tra assegni e debolezza genitoriale.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Comportamenti e patologie dei bambini e adolescenti come sono visti dalla comunità: importanza della prevenzione e antenne.
- Sviluppare un vicinato solido di quartieri o comunque molto capillare
- Cosa poter fare per prevenire il fenomeno? Intervenire su educazione affettiva, acquisizione competenze nella gestione del conflitto, consapevolezza del significato di avere un figlio (favorire stile relazionale più sano e funzionale).
- Sono coordinatrice genitoriale e gestione della conflittualità: potenzierei incontri mirati a disposizione delle esigenze delle famiglie e dei minori (tramite percorsi pubblici).
- La coppia con figli che si separa dovrebbe essere sempre gratuitamente accompagnata nella gestione delle proprie emozioni e su come queste interferiscono sui figli.
- Difficoltà a garantire in tempi rapidi le molteplici valutazioni sulle competenze genitoriali: importanza della rete antiviolenza, assenza di punti di riferimento "adulti" per i ragazzi.

- Sostenere l'apertura e/o il rafforzamento dei servizi post-scuola a partire dall'ampiamento dell'orario dei nidi e delle scuole? Favorire servizi con educatori capaci di sostenere la genitorialità? (In parte il comune sta rispondendo).
- Sia questo bisogno che quello dopo "povertà educativa" hanno un fattore grande in comune: l'assenza di un adulto che pensa (e non solo che reagisce oppure eclissa). Bisogna aiutare gli adulti (scuola, famiglia, allenatori, parroci) a pensare ai minori.
- Presenza di famiglie allargate. Famiglie mono-genitoriali. Strumenti per le famiglie.
- Sostegno alla coppia: aumentare la possibilità di accesso a sportelli d'aiuto in tempi brevi, presa in carico del nucleo in ottica di prevenzione al disagio. Spazi di aggregazione per le famiglie.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Proposta di percorsi di gestione del conflitto con i genitori durante la separazione.

Proposta di rafforzamento e supporto alle reti sociali e psicologiche di “adulti pensanti”, ovvero consapevoli e capaci di regolare le proprie emozioni offrendo modelli positivi ai bambini e ai ragazzi.

Fondamentale il progetto PIPPI, iniziato in modo sperimentale ma con ottimi impatti.

Povertà educativa

(Ri)definizione

Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Sempre minori occasioni di socializzazione, famiglia finisce strumenti di crescita naturale
- Abbandono scolastico e povertà di esperienze di socializzazione e formazione alternativa con difficoltà ad interagire
- Aumento di studenti/alunni stranieri che per diversa cultura o per mancanza di adeguato supporto (i genitori li mandano a scuola ma poi non sanno aiutarli perché non parlano italiano) abbandonano.
- Non so quanto i bambini o gli adolescenti aspirino a diventare grandi professionisti o solo ricchi. Riescono ad avere dei sogni e degli ideali da perseguire con dedizione, studio e passione?
- Disagio complesso che riguarda altre aree di vita oltre quella scolastica.
- Sempre più dirompente, soprattutto in ambito scuole superiori e in rapporto alla giustizia riparativa.
- Le scuole sono lontane dal cuore dei bambini: poco ascolto al loro bisogno di imparare facendo esperienze e sono dall'altra parte poco attente a sviluppare un pensiero critico.

- Mancanza di ascolto emotivo dello studente. Scuola incentrata su performance e prestazioni. Impossibilità da parte dello studente di esprimere le proprie peculiarità personali.
- Numero di famiglie che arrivano da altri paesi anche ad anno avviato, bambini e bambine che hanno difficoltà con l'apprendimento della lingua.
- Attivazione delle scuole verso famiglie e servizi-minori. Alta incidentalità e abuso di sostanze.
- Aumento di adolescenti con difficoltà (DSA-ADHD). Aumento NEET: partecipazione a corsi di formazione. Aumento delle difficoltà scolastiche (necessità che siano maggiormente seguiti nei compiti).
- Gruppi di giovani che si uniformano a stili standard attraverso: luoghi che frequentano, stili estetici, linguaggio. Poca curiosità e disponibilità nel "meticciarsi", mischiarsi e scoprire l'altro diverso da sé. Fenomeno dell'isolamento a vari livelli (grave Hikikomori).
- Fenomeno in crescita non legato necessariamente alla differenziazione italiani/stranieri, ma all'impoverimento dei valori culturali della società e del rispetto.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Le proposte fatte da servizi e istituzioni vengono accolte da chi non ne ha bisogno.

È vero che i dati evidenziano che il fenomeno si manifesta di più tra le famiglie straniere, ma a volte è il nostro punto di vista, la nostra definizione di povertà educativa a generare dei bias culturali.

Comunque, la povertà educativa si manifesta anche nelle famiglie italiane.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia.
- Offerta di percorsi di studio più personalizzabili. Centri dove il minore può sperimentare le proprie abilità, potenzialità e interessi.
- Percorsi mirati di sensibilizzazione al problema ponendo spunti pratici che possano contribuire alla soluzione.
- Più educazione all'affettività per i genitori ed insegnanti, più lavori di gruppo, più lavori pratici, più cultura, più possibilità di scrivere testi.
- Potenziare la scuola con docenti formati sull'importanza di insegnare l'intelligenza emozionale. Potenziare la "natura" come strumento educativo e didattico.
- Immaginare una diversa organizzazione delle assegnazioni dei posti disponibili per favorire una maggiore integrazione? Rafforzare i servizi di mediazione culturale?
- Conciliazione famiglia nel lavoro e tempo libero.
- Come sorprendere per indurre la curiosità anche delle proprie capacità e limiti, sollecitare il confronto tra le diversità che arricchiscono attraverso attività che esulino dal programma scolastico.
- Percorsi di studi meno standardizzati, capacità di rilevare i "discostamenti" e farne un punto di forza per avviare percorsi individuali, aumento età obbligo scolastico.

DISCUSSIONE COLLETTVA

Serve un approccio di PROSSIMITÀ per agganciare chi non si avvicinerebbe mai ai servizi o alle proposte formative e culturali che esistono.

Alcune sacche di disagio che interessano minorenni e famiglie, e con essi il fattore genitorialità
(Ri)definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazione: Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza.
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Incremento di tutte le prese in carico da parte dei servizi non solo sul minore, ma sui bisogni complessi delle famiglie. • Povertà culturale e solitudine rendono le famiglie fragili e consapevoli delle ricadute sui figli di violenza familiare e assistiti da equipe stabili a trasferire servizi. • Aumento dei progetti a livello nazionale e riconoscimento di interventi di prevenzione come LEPS sulla tematica del supporto alla genitorialità e sostegno ai minori per prevenire forme di istituzionalizzazione (intesa non solo come inserimenti in comunità ma come incasellamento in sacche di disagio). Tema strettamente collegato all'instabilità familiare. • Aumento della richiesta di interventi educativi per adolescenti spesso con rifiuto sociale o con disturbi alimentari. • Aumento della vulnerabilità genitoriale e familiare. • È un problema sottovalutato e poco conosciuto, necessitano percorsi mirati in ambito scuola. Famiglie sensibilizzazione al problema. • I genitori sono stanchi, soli e poco educati nel ruolo di genitore. • I genitori non desiderano trascorrere tempo di qualità con i propri figli in quanto frustrati dalla della vita quotidiana frenetica. • Donne in gravidanza: futuri nuovi nati inseriti in contesti di forte disagio sociale e marginalità. • Analizzare i dati dei servizi per minori. • Aumento dei nuclei in carico ai servizi sociali: maggiore attivazione, la parte dei servizi sociali territoriali del servizio, educativa territoriale. • Aumento di famiglie in disagio provenienti da altri paesi: difficoltà linguistiche, difficoltà dei servizi nel far fronte ai numeri crescenti.

- Situazioni sempre più presenti e difficili da gestire che non trovano una risposta individualizzata a causa dell'aumento delle situazioni.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

È necessario far conoscere di più l'istituto dell'affido, valorizza le famiglie non disfunzionali.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Come sostenere la genitorialità: incremento vicinanza sociale.
- La nostra associazione si occupa di sensibilizzare il tema dell'affido e diffonderne le sue modalità. Incrementare le operatività dei servizi sociali nelle varie tematiche.
- Sarebbe necessario accompagnare gratuitamente i genitori in tutte le fasi di crescita dei figli e sarebbe importante dare la possibilità ai genitori di lavorare meno ore fuori casa.
- Creare spazi ed eventi per sostenere e coltivare il rapporto genitori-figli.
- Sostegno alle famiglie/coppie in situazioni di marginalità (peer).
- Riflettere su percorsi a sostegno della genitorialità? Intervenire in maniera più capillare nello 0/6?
- Noi spendiamo molto in assegni (welfare) di vario tipo, ma poi lasciamo sole le famiglie a gestire le risorse economiche (per i minori). Forse dovremmo convertire gli assegni in supporti forti di rete solidale e psicologica agli adulti (scuola, famiglia, sport) pensanti.
- Motivi della segnalazione e percorsi che vengono attivati.
- Aumento di servizi atti alla prevenzione dell'allontanamento, aumento della cultura di solidarietà tra famiglie.
- Individuare la criticità principale alla quale si collegano possibili altre esigenze presenti; riconsiderare il concetto di libertà in relazione al concetto di libertà che si sta diffondendo; il valore di sé e della capacità che ognuno ha di fare qualcosa per cambiare.
- Importanza della presa in carico di equipe: servizio sociale, ma anche servizi specialistici.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Bisogna intervenire in prevenzione tramite il supporto alla genitorialità

Stili di vita giovanili a rischio

(Ri)definizione

Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali).

Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

Cambiamento degli stili di vita dei figli, famiglie non consapevoli.

- Al momento di situazioni di disagio in adolescenza non solo in numero, ma in intensità. Scompenso psichico.
- Fenomeni di comportamenti violenti per strada anche in quartieri tranquilli.
- DCA, ritiro sociale.
- Problema in netto aumento dove spesso risulta difficile ottenere una risoluzione.
- Nelle scuole ancora i ragazzi fanno uso di droghe e tutti sono consapevoli, lo spaccio avviene per strada alla luce del giorno.
- Giovani che hanno perso speranza nei confronti della vita: apatici e privi di motivazione.
- Richieste di supporto psicologico al consultorio giovani. Cambio del linguaggio e delle richieste da parte dei giovani.
- É sufficiente osservare i ragazzi che si incontrano per le strade nei punti di ritrovo nei locali.
- Alta incidentalità, forte conflittualità anche in contesti come la scuola poco gestiti e sorvegliati. Aumento di ideazione suicidiaria e di tentati suicidi nei minori.
- Abbassamento dell'attenzione e dell'interesse, spazi di aggregazione che si adattano a stili disfunzionali per fare "cassa".

DISCUSSIONE COLLETTIVA

- I tanti suicidi e tagli sono indice di un dolore inespresso, e l'uso di sostanze è un tentativo di auto-medicare quel dolore. Si crea un circolo vizioso con l'alta incidentalità, e il ceto sociale in questo caso non c'entra nulla.
- I ragazzi non si trovano circondati e accompagnati nella gestione del loro dolore da adulti pensanti.
- C'è un aumento del ricorso al carcere minorile, bisognerebbe misurare i dati di questo fenomeno.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Coinvolgimento di più enti e associazioni.
- Cosa ci stanno comunicando i giovani?
- Lavorare in più fronti (psicologico, percorso alternativo terapeutico di gruppo e ad hoc). Contribuire all'autonomia femminile in quanto figure cardine della casa e dei suoi equilibri (aiuto sul fronte lavorativo, supporto psicologico e formativo).
- Sarebbe importante aiutare i ragazzi a poter incontrare adulti educativi, fare esperienze di vita che possano aprire il loro sguardo (volontariato ecc) attraverso crediti formativi incentivanti dati dalle scuole.
- Riportare i giovani al contatto con la natura, con i lavori manuali ed artigianali.
- Mappare presenza in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi. Utilizzo di piattaforme tipo instagram

per promuovere salute da parte dei servizi. Utilizzo di linguaggio vicino a loro. Tasso di IVG abitare i loro spazi per peer educator.

- Reti capillari di educazione di strada? Presenza educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione?
- Mappatura dei luoghi di aggregazione, mappatura e promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Bisogna fare un focus sulla dipendenza digitale: servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono "patti digitali" tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.

Indebolimento delle reti sociali e di presenza di adulti pensanti e capaci di regolare le proprie emozioni, divenendo punto di riferimento solido e modello per i bambini e gli adolescenti (NUOVO BISOGNO)

(Ri)definizione

Come si percepisce

I bambini e i ragazzi, con le loro famiglie, non hanno sempre gli strumenti per percepire con consapevolezza la loro fragilità, strutturale o momentanea. L'alto tasso di conflittualità familiare e l'assottigliamento della famiglia stessa rendono indispensabile far riferimento ad una comunità educante molto larga, sia per i giovani che per gli adulti. Se lo stile di vita è un determinante di salute fondamentale, lo stile di vita deve essere sempre più relazionale.

Il rapporto con i medici ed i pediatri è sbagliato, a loro si chiede di far guarire velocemente i pazienti, spesso non sono considerati punti di riferimento per altri motivi.

Spunti da approfondire

Bisogna irrobustire le reti sociali di adulti pensanti. È nelle relazioni con l'esterno, non necessariamente con istituzioni e servizi, che si possono riconoscere bisogni non solo economici, ma fisici e relazionali.

Investire nelle reti sociali non significa investire nei servizi, di cui tra l'altro chi ha bisogno non si fida. Bisogna investire su docenti e altre figure scolastiche chiave (es. psicologi scolastici), allenatori sportivi, leader delle comunità straniere…

Funziona molto bene il modello dei peer, che andrebbe replicato, tra ragazzi ma anche tra donne.

Funzionano molto bene le giornate in cui i servizi escono sul territorio e si fanno conoscere (es. giornata sui bagni d'estate).

Torna il concetto utilizzare un approccio di prossimità: non grandi progetti con attività e obiettivi predefiniti, ma piccoli progetti che avvicinino le persone e le famiglie e creino contesti di socializzazione generativi, dentro ai quali possano emergere bisogni e possano essere progettate risposte specifiche per la piccola comunità coinvolta. Il principio "da cosa nasce cosa" in questi contesti funziona, e valorizza moltissimo il ruolo del terzo settore.

Donne e minori vittime di violenza e violenza assistita (NUOVO BISOGNO)
(Ri)definizione
È importante capire come si misura per definirlo correttamente: ad. Es, non va bene utilizzare solo il numero di donne e minori presi in carico (dai centri anti-violenza), perché prima di arrivare alla presa in carico la violenza si manifesta in moltissimi modi che andrebbero intercettati precocemente.
Come si percepisce
Aumentano i casi
Spunti da approfondire

Aumento dei minori che entrano nel circuito penale (NUOVO BISOGNO)
(Ri)definizione
È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, perché segnala un accumulo di fragilità che impatta direttamente su salute mentale, dipendenze, trauma, comportamenti autolesivi e suicidari, gestione della rabbia e dell'impulsività, sicurezza e incidentalità, oltre che su dispersione scolastica, rottura delle reti familiari e impoverimento del capitale sociale. Se questi dati crescono, indicano che una parte di adolescenti non viene intercettata o sostenuta abbastanza presto da scuola, servizi, comunità e famiglie, e che le risposte arrivano tardi, spesso in modalità emergenziale o solo sanzionatoria.
Come si percepisce

Spunti da approfondire
L'obiettivo di salute non riguarda solo "ridurre i reati", ma **ridurre l'esposizione a fattori di rischio e aumentare i fattori protettivi**, con percorsi che lavorano su competenze emotive, regolazione degli impulsi, riparazione del danno, legami educativi, autonomia e progetto di vita, includendo la famiglia quando possibile e proteggendo la vittima e la comunità. Bisogna **prevenire l'ingresso e la recidiva nel circuito penale minorile** e garantire una **presa in carico integrata** dei ragazzi già segnalati o già in carico alla giustizia minorile, con continuità tra dentro e fuori (territorio, servizi sociali e sanitari, scuola, comunità). In questo ha un ruolo fondamentale la **giustizia riparativa minorile.**

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	
Istituzioni	**ETS**
AFT Medicina Generale - Massimo Angeletti	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Paolo Fagorzi
AFT Medicina Generale - Matteo Brunu	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Eleonora Braci
Comune Livorno - Totaro Carmela	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Patrizia Fincato
Comune Livorno - Tiso Paolo	PUBB. ASSIS. COLLESALVETTI ODV -
USL Toscana Nord Ovest - Alasia Eleonora	PUBBLICA ASSISTENZA S.V.S. DI LIVORNO ODV ETS - Veruska Barbini
USL Toscana Nord Ovest - Calò Nicola	PUBBLICA ASSISTENZA S.V.S. DI LIVORNO ODV ETS - Francesca Nistri
USL Toscana Nord Ovest - Fastame Claudio	AVO Associazione Volontari Ospedalieri - Gianluca Bibolino
USL Toscana Nord Ovest - Infermieristica Territoriale FQS - Barbara Minello	AVO Associazione Volontari Ospedalieri - Cinzia Giorgi
USL Toscana Nord Ovest - Patrizia Politi	Coop. Soc. Onlus G. Di Vittorio - Giacomo Bastianelli
USL Toscana Nord Ovest - Hospice - Laura Cardone	Coop. Cuore Liburnia Sociale - Beatrice Santoro
USL Toscana Nord Ovest - UF Consultoriale - Rosa Maranto	
USL Toscana Nord Ovest - Cure Palliative - Costanza Galli	

I principali bisogni di salute

Riorganizzazione sanità territoriale e integrazione con rete ospedaliera

La regione Toscana con la D.GRT 1508/2022 di recepimento del DM 77/2022 **"Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"** ha sostenuto e potenziato la rete dei servizi e interventi sociali, sanitari e socio sanitari favorendo l'integrazione e il coordinamento dei percorsi assistenziali

OBIETTIVI

- ✓ garantire una presenza capillare di servizi territoriali attraverso la rete delle Case di Comunità
- ✓ creare equipe multiprofessionali per cronici e fragili e potenziare la rete dei professionisti territoriali;
- ✓ potenziare i livelli di interazione del sistema e seguire i percorsi dei cittadini attraverso le COT;
- ✓ aumentare il numero di posti letto di cure intermedie;
- ✓ aumentare i cittadini a cui fornire servizi di ADI di livello avanzato, anche attraverso la telemedicina;
- ✓ potenziare la rete delle cure palliative e rendere semplici i percorsi di accesso e cura.

I principali bisogni di salute

Riorganizzazione sanità territoriale e integrazione con rete ospedaliera

Centri Socio Sanitari e Case della Salute

Livorno
- ✓ Nord – Via Fiera S. Antonino
- ✓ Est – Via Impastato
- ✓ Centro 7°/Padiglione PO Livorno – Viale Alfieri
- ✓ Casa della Salute Via del Mare
- ✓ CDCD e Ambulatorio Anziani Fragili – Via Mondolfi

Collesalvetti
- ✓ CSS Collesalvetti – Via Don Bosco
- ✓ CDS Stagno – Via Carlo Marx

Capraia Isola
- ✓ CSS Capraia Isola – Via Del Semaforo

Cure Intermedie
- ✓ n.34 posti letto low care 1° livello presso Casa di Cura Villa Tirrena

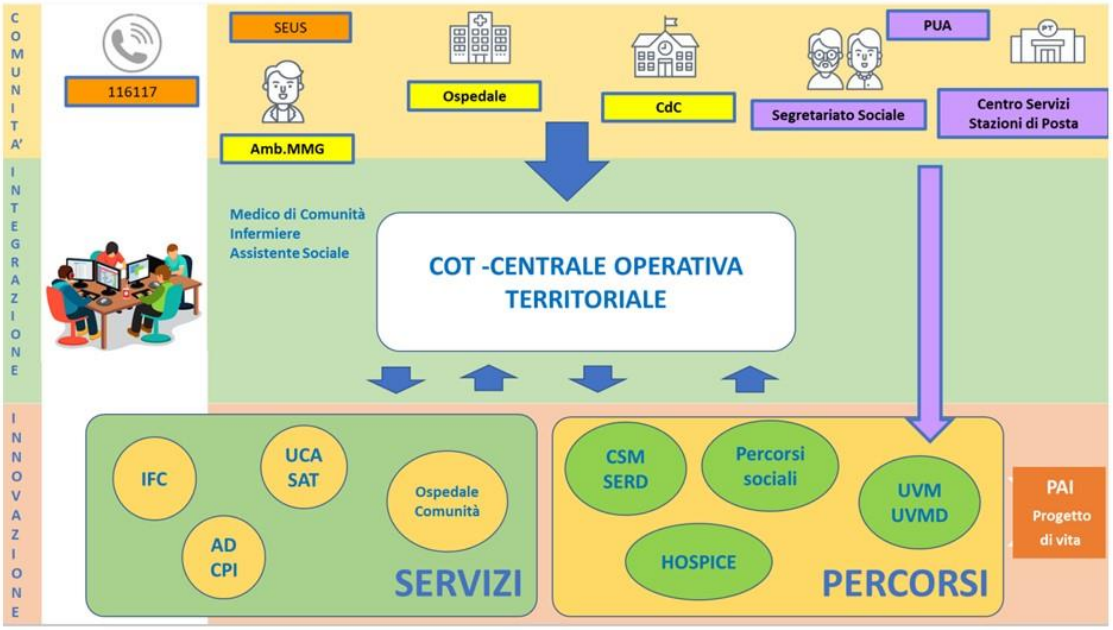
Agenzia Continuità Ospedale Territorio
- ✓ 7° Padiglione/2° piano PO Livorno

Continuità Assistenziale
- ✓ 4 Postazioni Guardia Medica Comuni Livorno – Capraia Isola
- ✓ 1 Postazione Guardia Medica Collesalvetti

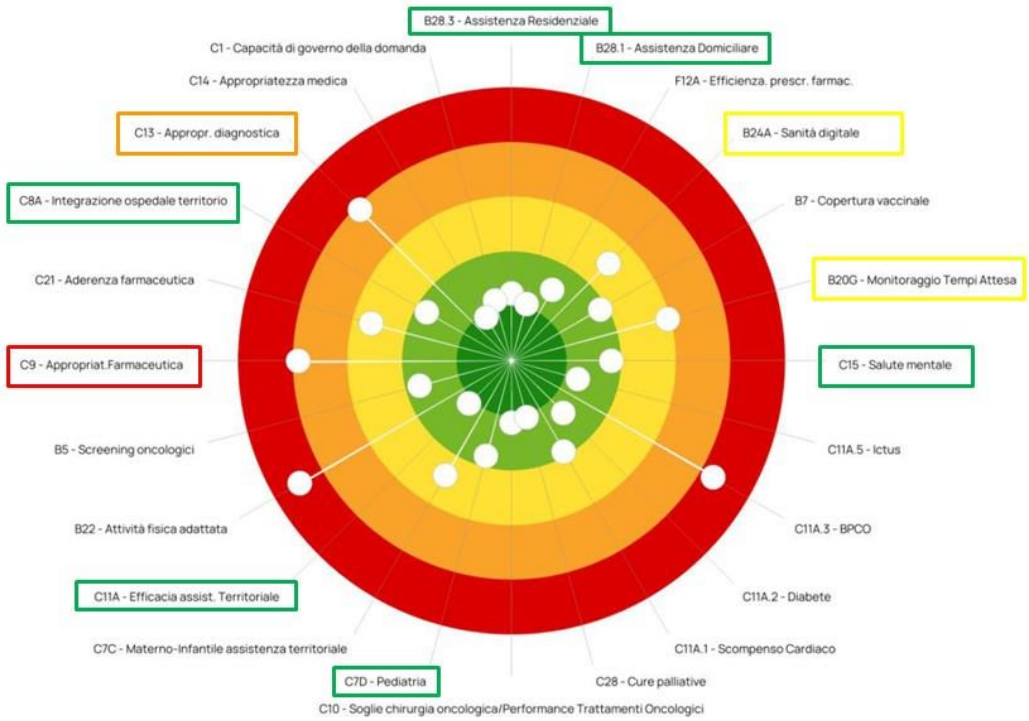
Medicina di Famiglia
- ✓ 120 medici a ciclo di scelte
- ✓ 15 pediatri di libera scelta

I principali bisogni di salute

Riorganizzazione sanità territoriale e integrazione con rete ospedaliera



I principali bisogni di salute



Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha dibattuto i seguenti spunti di discussione/miglioramento:

SPUNTI DI DISCUSSIONE INIZIALI

- Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza
- Presa in carico di pazienti con determinate patologie
- Contenuti della casa di comunità

SPUNTI DI DISCUSSIONE EMERGENTI

Gli spunti nuovi emersi in discussione di gruppo (Liste di attesa, infermiere di comunità, dimissioni protette) fanno comunque più ampio riferimento agli spunti iniziali e possono essere ricondotti ad essi.

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
(Ri)definizione
L'orientamento del cittadino/utente/paziente, anche per l'utilizzo consapevole e appropriato del sistema servizi (empowerment della cittadinanza)
Come si percepisce
• Nello svolgere servizi di assistenza domiciliare • Nelle telefonate ricevute dalla centrale operativa h24 • Dai contatti uffici vari SVS • L'informazione risulta spesso incompleta • L'informazione spesso non è condivisa alla rete medici – sanitari (silos informativi) • Non sempre il cittadino è in grado di capire a chi rivolgersi e sapere quali servizi presenti sul territorio possono soddisfare il bisogno di salute • Distinzione tra utenza già seguita dai servizi (mediamente informata) e nuovi utenti che rappresentano un'area in aumento (poco informata) • Scarsa conoscenza del sistema dei servizi anche tra i professionisti e gli operatori dei diversi servizi (silos operativi) • Difficoltà di accesso ai servizi per indisponibilità delle liste di prenotazione: il cittadino può essere informato sui servizi ma non vi accede • Dal punto di vista AVO che presta accoglienza in ospedale, l'informazione non è completamente adeguata
Spunti da approfondire
• Accesso primario ai servizi tramite ETS anziché tramite servizi pubblici (non conoscenza e disorientamento) • Interazione (e alleanza) enti pubblici-ETS • Inserimento degli ETS accreditati per servizi assistenziali nell'informazione all'utenza • Capacità di informare i nuovi utenti • Il gap tra aspettative e disponibilità di servizi • Difficoltà nel targettizzare l'informazione, nel canalizzarla (complessità del metodo multicanale) e nel superamento dell'ascolto selettivo • Uniformità e semplificazione dei messaggi (soprattutto per la popolazione anziana) • Educazione sanitaria nelle scuole: le nuove generazioni come cittadini informati/consapevoli (primo livello) e diffusori di cultura e conoscenza presso le famiglie di appartenenza (secondo livello) • Potenziamento del numero 116117 (attualmente dedicato alla continuità assistenziale non urgente – ex guardia medica) come numero unico per il bisogno • Condivisione di informazioni (sia specifiche che trasversali) e progettualità affini all'interno dei settori dei servizi pubblici (sia inter-settoriale che intra-settoriale)

Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza
(Ri)definizione
coniugare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva con un sensibile cambiamento culturale da parte della cittadinanza (concetto salute e dei determinati, approccio consapevole e appropriato, etc)
Come si percepisce
• Liste di attesa • Mancanza di consapevolezza diffusa sull'importanza degli stili di vita
Spunti da approfondire
• Prevenzione • Paradosso "Desideri vs Bisogni": l'aspettativa è spesso disillusa a causa del fraintendimento desiderio/bisogno, ovvero dall'attribuire ai desideri (definiti dalla persona sulla base di bias) la valenza dei bisogni (definiti dai professionisti dei servizi) • Delegittimazione del sistema pubblico

Presa in carico di pazienti con determinate patologie
(Ri)definizione
Miglioramento delle prese in carico di alcune determinate patologie (es. gravi disabilità, Parkinson, Alzheimer, Fibrosi cistica, etc)
Come si percepisce
• Centro Alzheimer • Progetto fibrosi cistica • trasporto disabili gravi • La famiglia si percepisce sola • Costruzione di partenariato
Spunti da approfondire
• Funzione SVS-enti pubblici • Collaborazione e comunicazione con MMG • Fondamentale portare assistenza e formazione • Approccio trasversale per una presa in carico integrata

- Figura interfaccia che faccia da collante tra le varie patologie
- Cornice istituzionale dentro la quale rendere operative queste collaborazioni tra professionisti

Contenuti della casa di comunità
(Ri)definizione
Costruzione partecipata dei contenuti delle case della Comunità (servizi aggiuntivi, ruolo del Terzo settore, etc), al di là e oltre quanto previsto dal PNRR, come luogo dell'integrazione sanitaria e sociale
Come si percepisce
• Work in progress • RSA all'interno del sistema informativo che preveda l'utilizzo di strumenti informatici con programmi condivisi con MMG , specialisti, profili sanitari nelle residenze • Deligittimazione del sistema sanitario/fiducia • Scarsa partecipazione e richiesta di informazioni da parte degli ETS
Spunti da approfondire
• Linee guida, istruzioni, protocolli condivisi per strumenti gestionali di presa in carico comuni. • Come farla diventare il nodo fondamentale per l'integrazione dei servizi? • Luogo di interazione e collaborazione (e dunque di confronto, condivisione di strumenti e progettualità, monitoraggio continuo degli interventi) tra servizi pubblici e ETS, secondo una progettualità specifica e cornici di azione chiari, condivisi e formalizzati (NB è in corso lo sviluppo di progetti su questo tema da parte delle USL Nord-Ovest) • Tarare le aspettative sulle Case della Comunità: conservare la capillarità della Medicina Generale e consapevolezza della non scontata corrispondenza Casa di Comunità-IFEC-AFT • Programmare i servizi e le Case di Comunità su bisogni reali e non su "desideri" • Possibile campo minato: aumento dell'offerta che genera domanda (eterogenesi dei fini)

Report del LABORATORIO per la DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI SALUTE 27.1.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il secondo incontro di co-programmazione si è svolto martedì 27 Gennaio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di circa 65 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo

La prima parte dell'incontro si è quindi svolto in plenaria: hanno introdotto i lavori la dott.ssa Cinzia Porrà, Direttrice Zona Livornese ASL TNO e la dott.ssa Caterina Tocchini, Dirigente - Settore Politiche Sociali e Sociosanitarie per il Comune di Livorno; Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche) ha quindi ripresentato il percorso di co-programmazione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese, con i tre Comuni coinvolti (Capraia Isola, Collesalvetti, Livorno) e l'Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona distretto Livornese.

L'intervento di Faraoni durante la plenaria iniziale

Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche) ha quindi inquadrato il percorso di programmazione dal livello regionale (Piano sanitario e sociale integrato regionale) al livello zonale, dove il PIS definisce obiettivi di salute, risorse e azioni insieme alla comunità, fino alla programmazione operativa annuale; a supporto, il profilo di salute è la base conoscitiva che analizza lo stato di salute e individua i bisogni.

Sono stati presentati i risultati del primo laboratorio, in cui i nuovi bisogni proposti sono stati consolidati oppure accorpati a quelli già esistenti; infine è stata presentata la struttura del pomeriggio, in cui i gruppi tematici si sono dedicati al passaggio dai bisogni agli obiettivi di salute. A questo proposito, un approfondimento è stato dedicato ai sette macro-obiettivi del PSSIR 2024-2026, a cui ricollegare gli obiettivi tematici individuati dai gruppi.

La scheda collettiva

Comune di Capraia Isola | Comune di Collesalvetti | Comune di Livorno | Azienda USL Toscana nord ovest – Servizio Sanitario della Toscana

CO-PROGRAMMAZIONE
Piano Integrato di Salute - Zona Livornese
Laboratorio "Definizione dei OBIETTIVI DI SALUTE" - 27/01/2026

TAVOLO "DISABILITÀ"

Scheda collettiva

Bisogno	Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	A quale obiettivo PSSIR si collega?	Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
AUMENTA LA PLATEA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (GRAZIE ALLA CRESCITA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO) *[Aspetti connessi emersi il 13/01:* • *Differenziare le risposte: più servizi ma meno "universalistici" (universalismo selettivo).* • *Rapporto informativo con i MMG.* • *Coordinare i "progetti di vita" e renderli più armonici/unici.* • *Servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola.* • *Riconoscere e valorizzare i caregiver.* • *carichi crescenti per servizi e operatori, vs tempi e procedure vissuti come faticosi* • *migliorare l'organizzazione (responsabilità condivise, procedure più chiare, integrazione amministrativa)* • *rendere più "mirate" le risposte (universalismo selettivo)* • *lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga persone e caregiver]*	**Obiettivo**	• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale • Transizione ecologica e politiche territoriali	**Programma/ intervento** **Programma/ intervento** **Programma/ intervento** **Programma/ intervento**

PSSIR 2024-2026 (Approvato 30-7-2025)

LE SFIDE DEL MODELLO TOSCANO PER UN'ASSISTENZA SANITARIA, SOCIOSANITARIA E SOCIALE PUBBLICA E UNIVERSALISTICA

OBIETTIVI GENERALI

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

10

I tavoli di lavoro 1 e 2

I tavoli di lavoro 3 e 4

Nelle pagine successive riportiamo, per ogni tavolo, i partecipanti e le evidenze emerse dalla discussione del secondo laboratorio, in modo coordinato rispetto agli elementi consolidati durante il primo laboratorio.

Si tratta di una sintesi dei bisogni di salute, con i rispettivi obiettivi, riferimenti agli obiettivi regionali e programmi/interventi/azioni, che servono come base di partenza per la discussione del terzo laboratorio.

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

Istituzioni	
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.soc. Area marginalità	Bertagni Loredana
Resp ufficio casa	Cella Elisabetta
Comune di Livorno - Resp ufficio marginalità e minori	Donfrancesco Giovanna
Dott.ssa Eleonora Bemi (Psichiatra)	Bemi Eleonora
Responsabile UF SERD	Mancino Lucia
IFC Infermieristica SERD	Tamborini Francesca
IFC Prof. San. Riabilitazione UFSMIA UFSerD ivorno	Ludovica Lepore
Comune di Collesalvetti	Alessandra Casini
Comune di Collesalvetti	Giusy Mercadante
IFL Consultori Livorno	Isabella Iori
ICO Salute mentale e Dip	Chiara Corazzesi
Terzo settore	
Ass. “CE.IS. Impresa Sociale”	Luisa Elefante
Ass.A.VO.FA.SA.M. ODV	M. Letizia Leone
Coop. Soc. San Benedetto	Enrico Centi
Ass. LA CASA ODV	Antonella Dal Canto
AVOFASAM	Nella Benfatto

TAVOLO 1 – SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ

BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI

- Crescita di complessità e numeri del fenomeno salute mentale
- Disagio lavorativo, economico, abitativo e comportamenti a rischio

BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

- Carenza di strutture riabilitative e di accoglienza adatte ad alti livelli di complessità
- Orientamento della cittadinanza, dei professionisti (MMG, PLS) e della comunità educante all'interno del sistema dei servizi
- Inclusione dei giovani con criticità legate e salute mentale e/o marginalità nelle realtà ricreative e di socializzazione non specificamente dedicate
- Fragilità delle reti di protezione nei terrtori periferici della zona livornese

Bisogno
SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ- CRESCITA DI COMPLESSITÀ E NUMERI DEL FENOMENO SALUTE MENTALE E DELLA MARGINALITÀ
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Aumento delle risorse umane e strutturali dedicate alla lettura e valutazione della complessità
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) Azioni di **RAFFORZAMENTO DELLE RISORSE E DELLE FIGURE PROFESSIONALI**: • Promuovere e rafforzare la formazione professionale specifica per tutte le figure coinvolte, con particolare attenzione alla mediazione linguistico-culturale e agli strumenti di analisi etnopsicologica; • Integrare/aumentare le risorse destinate alla presa in carico e alla realizzazione di progetti individuali
2) Azioni di **COORDINAMENTO DEI SERVIZI**: • Aggiornamento della mappatura delle strutture e dei servizi;

- Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, operatori, figure amministrative);
- Rafforzare il coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione;
- Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.

3) Potenziamento dell'**OFFERTA DI SERVIZI E PERCORSI**, tenendo conto dello spettro di complessità:

- Rafforzare i servizi di accompagnamento;
- Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con **unità di strada** per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità;
- Incrementare e rafforzare l'offerta di strutture di accoglienza adeguate ai livelli di complessità rilevati (strutture residenziali per la salute mentale, centri diurni, strutture di accoglienza per persone senza dimora etc.);
- Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo.

4) **FACILITAZIONE DEGLI ITER BUROCRATICI** per l'accesso ai servizi delle persone straniere e delle persone senza dimora (anagrafe, questura, rilascio tessera sanitaria), per quanto di competenza degli Enti Locali.

Bisogno

SALUTE MENTALE - ORIENTAMENTO DELLA CITTADINANZA, DEI PROFESSIONISTI (MMG, PLS) E DELLA COMUNITÀ EDUCANTE E DELLE FAMIGLIE ALL'INTERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- **Conoscenza e informazione alla cittadinanza orientata alla prevenzione e all'individuazione del servizio/percorso adeguati**
- **Compimento delle disposizioni previste dal DM 77/2022, in particolare per quanto riguarda il funzionamento delle Case di Comunità**

Obiettivo PSSIR collegato

- Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) Azioni di **COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE COINVOLTE** per assicurare la corretta informazione reciproca e realizzare un'efficace informazione verso l'utenza:

- Realizzare gruppi a geometria variabile per le attività di informazione sui servizi;

- Istituire di un Tavolo permanente di monitoraggio per le attività di informazione, organizzato a gruppi a geometria variabile per assicurare un lavoro poliedrico sui percorsi diversi e complessi;
- Realizzare un protocollo operativo di accesso ai servizi;
- Riorganizzare le procedure di passaggio di consegne al momento di ingresso di nuove risorse (MMG, assistenti sociali, etc.)
- Implementare percorsi di integrazione in pediatria.

2) Azioni di rafforzamento dell'**INFORMAZIONE DELLA CITTADINANZA E *EMPOWERMENT* DELL'UTENZA**:

- Rafforzare la presenza di **operatori di strada** per intercettare i comportamenti più a rischio e orientare gli utenti individuati;
- Promuovere la figura del "paziente esperto" da coinvolgere nel PUA;
- Promuovere un maggiore coinvolgimento delle scuole tramite progetti educativi;
- Attivare sportelli di orientamento diffusi sul territorio, in particolare destinati a:
    - Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico, anche e soprattutto rivolto a potenziali utenti dei servizi per conoscere meglio le caratteristiche del disturbo a fornire gli strumenti per gestirlo;
    - Realizzare attività di pubblicità e informazione rivolte a tutta la cittadinanza orientate a sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
    - Promuovere la conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno.

Bisogno

SALUTE MENTALE – MARGINALITA'

INCLUSIONE DEI GIOVANI CON CRITICITÀ LEGATE A SALUTE MENTALE E/O MARGINALITÀ NELLE REALTÀ RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE NON SPECIFICAMENTE DEDICATE

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Sperimentazione di attività ricreative inclusive aperte a tutti e adatte ad accogliere le fragilità

Obiettivo PSSIR collegato

- Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) Promozione di un **SISTEMA DI INCLUSIVITÀ DIFFUSA**:

- Individuare associazioni e spazi per attivazione di convenzioni per la realizzazione di attività inclusive rivolte a tutti;
- Promuovere una formazione diffusa agli operatori delle realtà che fanno attività per ragazzi;
- Promuovere un maggiore coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti.

2) Azioni di **PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO**:

- Realizzare interventi informativi orientati alla prevenzione dell'insorgere di comportamenti devianti e dipendenze e alla lotta allo stigma relativo ai fenomeni di marginalità e salute mentale;
- Promuovere e realizzare progetti nelle scuole di educazione all'affettività, alla salute mentale e alle dipendenze (digitali, ludopatiche e da sostanze);
- Promuovere lo sviluppo di iniziative da parte dei locali notturni che prevedono la presenza di operatori e la realizzazione di spazi riservati ai giovani che presentano lievi disturbi legati all'assunzione di sostanze/alcool (sala chill); l'iniziativa è attualmente attivata nello spazio The Cage.

3) Azioni di **POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE DEDICATE** a tematiche specifiche, rivolte in particolare a un'utenza particolarmente critica o che attraversa un momento di acutizzazione della crisi, prestando tuttavia attenzione all'"effetto riserva indiana":

- Promuovere lo sviluppo di progettualità come il progetto del Centro diurno PROVIAMOCI;
- Realizzare centri diurni per ragazzi che consumano sostanze.

Bisogno

MARGINALITA' - DISAGIO LAVORATIVO, ECONOMICO, ABITATIVO E COMPORTAMENTI A RISCHIO

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- **Rafforzamento dei percorsi di accompagnamento nei termini di continuità e appropriatezza dei progetti (portandoli ad una durata di medio-lungo termine);**
- **Integrazione delle politiche abitative e servizio sociale**

Obiettivo PSSIR collegato

- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) Promozione di una **STRATEGIA "HOUSING FIRST"**, che pone la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica:

- Promuovere un maggior coordinamento tra gli uffici per monitorare, e rispondere laddove possibile, alle esigenze di revisione della normativa per l'accesso all'abitare (accesso alle abitazioni ERP per nuclei familiari di dimensioni variabili, contributi affitto, altre forme di sostegno all'accesso al diritto all'abitare anche in convenzione con i privati).

2) Azioni di ***EMPOWERMENT* DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI**:

- Rafforzare i percorsi di inserimento e accompagnamento lavorativo e potenziare la figura del tutor di accompagnamento, incrementando le risorse sul territorio;
- Incrementare la realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali;
- Potenziare l'offerta di corsi di formazione post-diploma sul territorio.

3) Potenziamento dei percorsi di co-housing e abitare supportato:

- Attivare convenzioni con associazioni e cooperative che mettono a disposizione appartamenti;
- Promuovere l'attivazione di realtà di co-housing e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia.

4) Azioni di supporto ai nuclei famigliari, sia per l'autonomia di adulti in difficoltà che per il sostegno ai famigliari di persone con disturbi psichiatrici e/o difficoltà di inserimento sociale/lavorativo:

- Promuovere l'attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi;
- Realizzare percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare

Bisogno
MARGINALITA' - FRAGILITÀ DELLE RETI DI SOLIDARIETÀ NEI TERRITORI PERIFERICI DELLA ZONA LIVORNESE
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rafforzamento delle reti di solidarietà e dell'accesso ai servizi nei territori periferici della Zona Livornese
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
Promuovere la realizzazione di progetti radicati sul territorio, in particolare per quanto riguarda l'accompagnamento al lavoro e l'accesso all'abitare

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

Istituzioni	
Comune di Livorno	Carletti Paola
Comune di Livorno	Centelli Annalisa
UST NO Coordinatrice UVMD Ass.soc.	Manfredi Rosa
UST NO Ass. Soc. UVMD	Di Renzo Simone
UST NO IFC Smia Livorno	Di Sacco Ilaria
UST NO Ufficio di Piano	Vitelli Serena
UST NO IFC Smia Livorno	Casella Cristina
UST NO ICO Riabilitazione	Gennaro Voccia
Comune di Livorno	Ferrari Ilaria
Comune di Collesalvetti	Lilly Sicilia
Terzo settore	
ASS.NE AFASICI TOSCANA APS	Crovetti Davide
IN ASSOCIAZIONE APS	Morucci Mattia
ASS. PARKINSONIANI LIVORNESI ODV	Russo Giancarlo
THISINTEGRA SOC. COOP SOCIALE	Benassi Andrea
COOP CUORE LIBURNIA SOCIALE	Puccinelli Morgana
FONDAZIONE LUIGI SCOTTO	Bacci Alessia
Ass. Arianna	Volpe Valeria
Ass Comunico	Saracino Gloria

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Bisogno
AUMENTA LA PLATEA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (GRAZIE ALLA CRESCITA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO)
Definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati Integrazioni: • Rappresentanti delle associazioni: aumenta il numero di persone che chiedono informazioni sui servizi. Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla Unità di Valutazione Multidimensionale/Multidisciplinare della Disabilità o Disagio (UVMD). Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
1) **Rendere la presa in carico più sostenibile, coerente e mirata integrando gli aspetti sociali e sanitari. Differenziare i percorsi di presa in carico a seconda del tipo di patologie e della gravità.** 2) **Promuovere un cambio di paradigma culturale che riconosca la disabilità <u>non</u> <u>come un limite individuale</u> o un carico per le famiglie, ma come un <u>tema di cittadinanza</u> che investe l'intera collettività.**
Obiettivo PSSIR collegato

- L'assistenza territoriale
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
- Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti
- Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1. Potenziare la rete dei PUA (Punti Unici di Accesso). I PUA devono effettuare una presa in carico sociale e sanitaria che vada a definire percorsi tracciati secondo il tipo di malattia e la gravità della malattia stessa.
2. Migliorare il sistema informativo dei PUA , renderlo più funzionale, chiaro, coerente e integrato sul modello dei "Community Center".
3. Costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici.
4. Coordinare meglio i "progetti di vita" e renderli più armonici/unici. Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola.
5. Migliorare l'integrazione delle informazioni tra tra il distretto, le associazioni, l'ordine dei medici (MMG).

Bisogno

INCLUSIONE SOCIALE E SCOLASTICA - INSERIMENTO FORMATIVO-LAVORATIVO

Definizione

L'inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L'inserimento lavorativo e formativo è anch'esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali.

Integrazioni:

Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro. In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Creare/rafforzare reti operative tra scuola, servizi sociali/specialistici, Centro per l'Impiego, ETS e famiglie, attivate già durante le scuole superiori (uso qualificato dell'alternanza).
Obiettivo PSSIR collegato
• L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Lavorare sul tema della "consapevolezza" per aiutare le persone con disabilità a collocarsi in modo "saggio" nel mondo.
2. Estendere la logica dell'Ufficio di Piano alle scuole (strumenti di raccordo continui, oltre gli adempimenti formali).
3. Mappare e coinvolgere nuove aziende/settori (non solo GDO) per tirocini/borsa lavoro coerenti con interessi e capacità.
4. Attivare lo Sportello di Inclusione Lavorativa come hub integrato Comune–ASL–CPI, con ingaggio strutturato delle scuole.

Bisogno
DIFFICOLTA' DI CONOSCENZA E ORIENTAMENTO SUI SERVIZI DISPONIBILI
Definizione
Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono. Integrazioni: Difficoltà di orientamento che viene vissuto "come un fallimento" e si manifesta nella preoccupazione e nell'ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l'idea che l'orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Ridurre disorientamento, ansia e accessi tardivi ai servizi, garantendo informazioni più corrette, omogenee e capillari
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Fare della disabilità un tema di interesse generale (non "dei disabili"), per mobilitare risorse e favorire prevenzione e cultura inclusiva.
2. Potenziare i canali informali e prossimi al cittadino (patronati, ETS, social media), coordinati e alimentati con contenuti corretti dai servizi.
3. Diffondere un vademecum disabilità anche online (diritti, servizi, contatti, percorsi), distribuito capillarmente (MMG, pediatri, scuole, ospedali, ambulatori, associazioni).
4. Allineare e coinvolgere sistematicamente MMG/pediatri/specialisti nell'orientamento ai PUA/Punti Insieme.

Bisogno
IMPREPARAZIONE DELLE FAMIGLIE
Definizione
Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all'accesso a percorsi/servizi e quindi all'inclusione e all'autonomia. Integrazioni: Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse. Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Offrire/supportare percorsi di sostegno psicologico ed educativo (individuali e di gruppo) e creare centri/gruppi di ascolto e mutuo aiuto.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Approccio proattivo: intercettare precocemente le famiglie (es. tramite scuole/PUA) e proporre accompagnamento dedicato.
2. Promuovere prassi di coinvolgimento della comunità (pari, classe, genitori, vicinato, associazioni) a sostegno quotidiano, oltre l'ora "erogata" dal servizio.
3. Informare in modo chiaro su normative e strumenti (caregiver, riforma disabilità, progetto di vita).

Bisogno
AUTONOMIA ABITATIVA
Definizione
Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo. ***Integrazioni:*** Paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. Spesso le famiglie non colgono l'urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al "dopo di noi", che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle).
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rendere praticabili e continuativi percorsi graduali di autonomia abitativa e vita indipendente dando continuità ai progetti qualosa finissero le risorse.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"

- L'assistenza territoriale
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
- Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti
- Appropriatezza delle cure e governo della domanda
- La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale
- Transizione ecologica e politiche

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

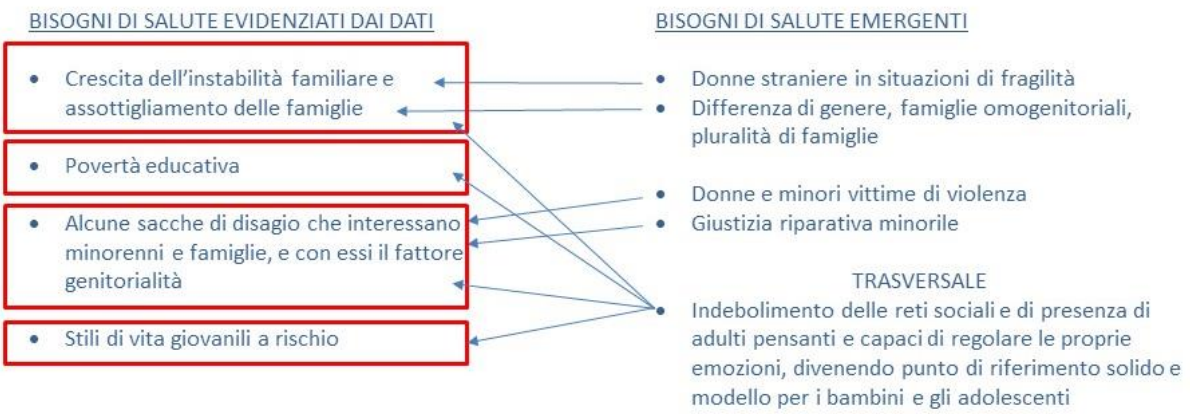
1. Sperimentare co-housing a prezzi calmierati (coinquilinato misto: giovani, studenti, persone con disabilità), coinvolgendo pubblico e privato.
2. Sviluppare servizi diurni "efficaci e realistici" per minori (con appoggio notturno in caso di scompenso familiare) e tipologie intermedie tra RSD e RSA.
3.
4. Promuovere cultura dell'autonomia, fare valutazioni periodiche e garantire continuità oltre la durata dei finanziamenti.

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

Istituzioni	
Comune di Livorno Coordinatrice Ass.soc. Area tutela	Passerai Laura
Dip Inf Ostetrico + TNO	Chellini Marzia
Comune di Livorno	Rosaspina Francesca
Ass. Soc. SMIA	Pupi Daniela
Comune di Collesalvetti	Agosta Elena
Terzo settore	
ARCA COOP.VA SOCIALE	Giacomelli Lisa
CUORE LIBURNIA SOCIALE Soc. Coop	Gasperini Giada
IL SESTANTE SOLIDARIETA' APS	Barbato Daniela
ASS. NESI COREA ODV	Romboli Stefano
ASS. SISTEMA FAMIGLIA APS	Morisciano Ester
ASSOCIAZIONE COMUNICO	Iannaccone Antonella
RADICI ARCOBALENO	Galli Lisa

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA



Bisogno
POVERTA' EDUCATIVA
Definizione
Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Transizione ecologica e politiche territoriali
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS • Creazione di una rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia. • Mappatura e sostegno alle realtà che offrono dopo-scuola • Promozione del modello delle scuole-aperte, che il pomeriggio diventano centri di aggregazione e offerta culturale di prossimità
2) Azioni sui ragazzi • Gestire meglio le neuro-divergenze a scuola e le difficoltà linguistiche per i ragazzi NAI, perché queste condizioni non sono di per sé sinonimo di povertà educativa ma purtroppo spesso la possono aggravare. • Azioni verso i NEET (es. partecipazione a corsi di formazione)
3) **Azioni sui docenti** su • Ascolto emotivo dello studente VS approccio prestazionale • Personalizzazione dei percorsi scolastici e valorizzazione delle abilità, potenzialità e interessi personali
4) Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**
5) Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**

Bisogno
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)
Definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazioni: • Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza. • Bisogna misurare meglio il fenomeno dei minori (e donne) vittime di violenza assistita • È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, aumentando anche l'uso della giustizia riparativa
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione del disagio di minori e famiglie
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) Rinforzo per ragazzi con **neuro-divergenze** con famiglie non competenti
2) Azioni mirate contro il **ritiro sociale volontario**
3) Azioni per i **minori nel circuito penale** anche tramite la giustizia riparativa minorile
4) Azioni di advocacy e **tutela del diritto alla salute dei minori stranieri** anche in assenza di documenti
5) Azioni di promozione dell'istituto dell'**affido** e sostegno alle famiglie affidatarie
6) Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**

Bisogno
STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO
Definizione
Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali). Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Promozione di stili di vita sani attraverso la valorizzazione dei giovani e la creazione di spazi di ascolto
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) COINVOLGIMENTO DEI RAGAZZI STESSI • nella espressione dei loro bisogni e nella ricerca di soluzioni ad esempio attraverso la valorizzazione dei ragazzi che fanno il servizio civile volontario o i ragazzi volontari in associazioni di cura (es. SVS, Pubblica assistenza) • Utilizzo del modello dei peer, che è già utilizzato e sembra funzionare molto bene
2) Coinvolgere i ragazzi in esperienze di gruppo, di convivenza e di gioco che generino loro piacere e appagamento ma senza bisogno di sostanze (es. settimane in barca, scoutismo, contatto con la natura, artigianato…)
3) RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS • Mappatura dei luoghi di aggregazione, promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi - abitare i loro spazi. Reti capillari di educazione di strada • Mappatura della presenza dei servizi in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione.
4) **DIPENDENZA DIGITALE** Servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono "patti digitali" tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.

5) COMUNICAZIONE Investire su un piano di comunicazione dei servizi socio-sanitari mirato al target giovanile (es. pagina IG del consultorio)
7) **Azioni sugli adulti e sulle famiglie** Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**
6) Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

Istituzioni	
Comune di Livorno	Tocchini Caterina
Comune di Livorno	Totaro Carmela
Comune di Livorno	Tiso Paolo
U.F. SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'	Alasia Eleonora
Resp UF Cure Primarie Livorno	Calo' Nicola
Ico riabilitazione funzionale zone Pisana, Livornese, AVC VDE	Voccia Gennaro
Infermieristica Territoriale FQS Facilitatore Qualità e Sicurezza	Minello Barbara
Coordinatori AFT Medicina Generale	Maranto Rosa
Coordinatore MMG Livorno	Angeletti Massimo
UF cure palliative	Galli Costanza
Comune di Collesalvetti	Crespolini Andrea
Terzo settore	
FEDERCONSUMATORI UTENTI LIVORNO E PROV.	Cosimi Maria Rosaria
Confr. MISERICORDIA di Vicarello ODV	Paoli Matteo
AVO Associazione Volontari Ospedalieri	Giorgi Grazia
COOP CUORE LIBURNIA SOCIALE	Santoro Beatrice
COOP SOCIALE SENEX	Bracci Eleonora
COOP SOCIALE SENEX	Fincato Letizia

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE SANITÀ TERRITORIALE

BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI

- Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza
- Presa in carico di pazienti con determinate patologie
- Contenuti (e ruolo) della casa di comunità

Gli spunti nuovi emersi in discussione di gruppo (Liste di attesa, infermiere di comunità, dimissioni protette) fanno comunque più ampio riferimento agli spunti iniziali e sono stati ricondotti ad essi.

Tema/Bisogno: INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/LUOGHI DI ACCESSO
Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi **Obiettivi specifici:** **i) Accesso appropriato ai servizi;** **ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)**
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete
2. Formazione agli ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatore della conoscenza)
3. Momenti di formazione interprofessionale
4. Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment delle nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie)
5. Strutturazione del PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS
6. Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale
7. Progettualità specifica su mappatura servizi/comunicazione, sotto la guida di un soggetto esterno specializzato in comunicazione e con il coinvolgimento dei servizi (Piano di comunicazione)

8. Diffusione di cultura sanitaria: lavorare sulla "percezione" del bisogno (bisogni vs desideri) e sul tema dei bisogni indotti (es. ipertrofia dei bisogni del corpo), contrastando l'idea di sanità "modello amazon".
9. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico

Tema/Bisogno: Appropriatezza diagnostica e prescrittiva…accompagnata ad un cambiamento culturale da parte della cittadinanza verso il concetto di salute
Obiettivo: Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. (Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia)
2. Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico"
3. Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)
4. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico

Tema/Bisogno: RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ
Obiettivi: **i) Implementazione Case della Comunità;** **ii) Potenziamento della presa in carico integrata;** **iii) Costruire welfare generativo**
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Alleanza pubblico/terzo settore
2. Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all'interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell'interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato

Report del LABORATORIO per la DEFINIZIONE delle PRIORITÀ e degli INTERVENTI 10.2.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

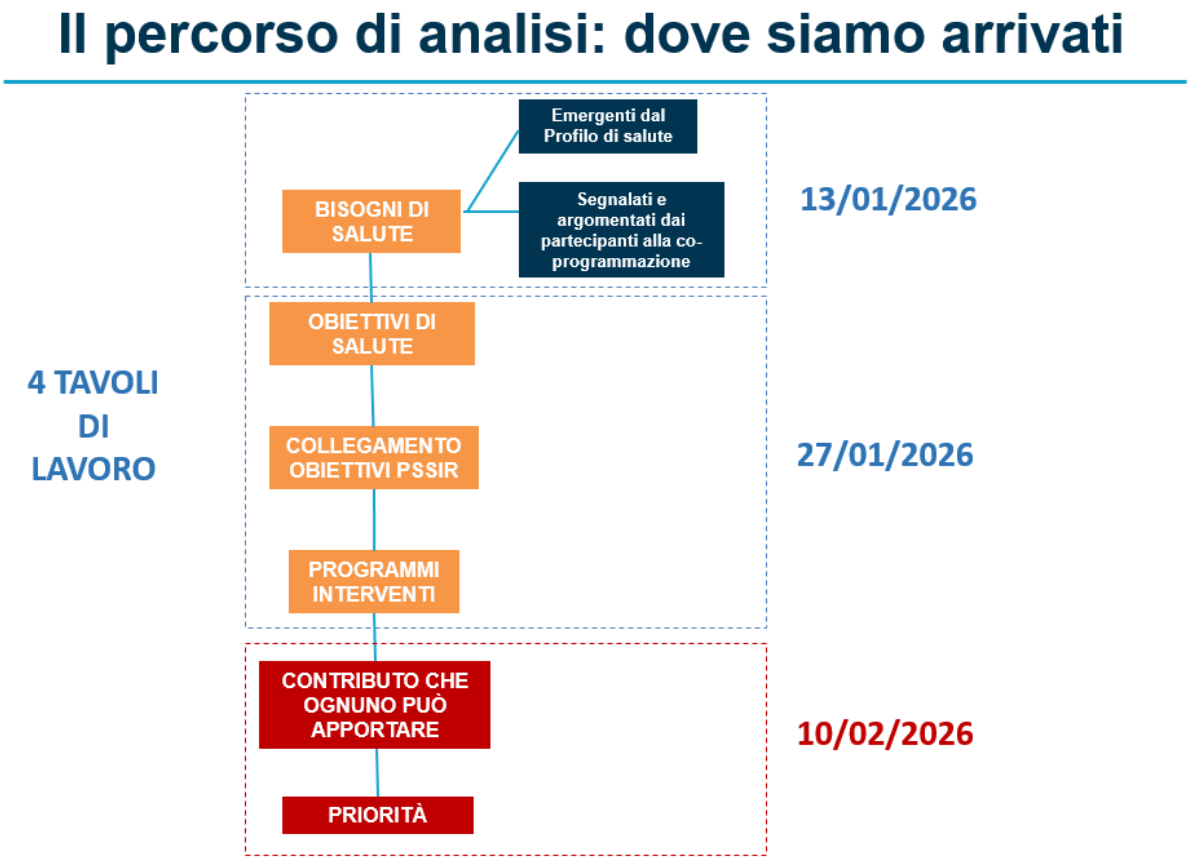
Il terzo incontro di co-programmazione si è svolto martedì 10 Febbraio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di circa 54 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo

La prima parte dell'incontro, in plenaria, è servita a riprendere le fila del lavoro svolto e spiegare le modalità di lavoro nei gruppi: dopo aver esaminato i bisogni di salute (primo laboratorio del 13.01), i tavoli tematici hanno lavorato sull'individuazione degli obiettivi di salute e degli interventi correlati (secondo laboratorio del 27.01); l'ultimo passo da fare è quello di precisare ancora meglio gli interventi con una riflessione collettiva, e poi individuare le priorità.



L'intervento di Faraoni durante la plenaria iniziale

Ogni tavolo ha quindi ripercorso gli interventi ed i programmi individuati, precisandoli e integrandoli dove necessario.

Per ogni tema (bisogno/obiettivo) sono poi state espresse delle priorità, prima con una discussione facilitata e poi con una votazione con ordinamento delle preferenze (dot voting).

In questo modo è possibile estrarre delle indicazioni significative sia per quanto riguarda le priorità di investimento che per l'eventuale attivazione di futuri tavoli di co-programmazione.

Tavolo "Marginalità – Salute mentale"

Tavolo "Disabilità"

Tavolo "Infanzia, Adolescenza, Famiglia"

Tavolo "Riorganizzazione sanità territoriale"

Nelle pagine successive riportiamo, per ogni tavolo, i partecipanti e la filiera bisogno – obiettivo – interventi con indicazione delle priorità individuate.

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

Istituzioni	
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.soc. Area marginalità	Bertagni Loredana
UFSMA VOC. Psichiatria	Paola Guglielmi
Responsabile UF SERD	Mancino Lucia
IFC Prof. San. Riabilitazione UFSMIA UFSerD ivorno	Ludovica Lepore
Comune di Collesalvetti	Alessandra Casini
Comune di Collesalvetti	Fabio Bacci
IFL Consultori Livorno	Isabella Iori
ICO Salute mentale e Dip	Chiara Corazzesi
Terzo settore	
Ass. “CE.IS. Impresa Sociale”	Bruna Damiana
Ass.A.VO.FA.SA.M. ODV	Bientinesi Riccardo
Coop. Di Vittorio	Alessandra Viti
Ass. LA CASA ODV	Antonella Dal Canto

Bisogno	
SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ- CRESCITA DI COMPLESSITÀ E NUMERI DEL FENOMENO SALUTE MENTALE E DELLA MARGINALITÀ	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Aumento delle risorse umane e strutturali dedicate alla lettura e valutazione della complessità	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Azioni di **COORDINAMENTO DEI SERVIZI**: • Aggiornamento della mappatura delle strutture e dei servizi; l'azione è già implementata, con modalità informale e quindi da sistematizzare, dal Servizio Sociale professionale del Comune di Livorno; • Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, operatori, figure amministrative), dove Ente Pubblico e ASL svolgono ruolo di coordinamento e gli ETS contribuiscono fornendo informazioni sulle proprie attività e sulle criticità rilevate e strategie adottate; • Rafforzare il coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione; • Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.	**13**
FACILITAZIONE DEGLI ITER BUROCRATICI per l'accesso ai servizi delle persone straniere e delle persone senza dimora (anagrafe, questura, rilascio tessera sanitaria), per quanto di competenza degli Enti Locali: • Facilitare un maggiore allineamento con la Questura su modalità e procedure di rilascio di documenti; • Realizzare un prontuario informativo/operativo sulle procedure burocratiche per l'accesso ai servizi.	**8**
Potenziamento dell'**OFFERTA DI SERVIZI E PERCORSI**, tenendo conto dello spettro di complessità: • Rafforzare i servizi di accoglienza e accompagnamento in collaborazione con il SERD e con i progetti già in essere;	**6**

• Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con **unità di strada** per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità, rafforzando i progetti in essere realizzati in collaborazione con CISOM e Caritas; • Promuovere progettualità in rete per realizzare attività di socializzazione per persone in carico alla Salute Mentale, come quelle realizzate da AVOFASAM in collaborazione con Associazione Nesi nell'ambito del progetto *L'Amico di quartiere*; • Incrementare e rafforzare l'offerta di strutture di accoglienza adeguate ai livelli di complessità rilevati (strutture residenziali per la salute mentale, centri diurni, strutture di accoglienza per persone senza dimora etc.); • Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo; gli interventi in questo ambito presuppongono la previsione di nuove assunzioni da parte di ASL per rispondere all'alto numero di utenza, e un lavoro di sinergia e sussidiarietà con gli ETS del territorio che si occupano di prevenzione, sostegno psicologico e accompagnamento, anche tramite l'attivazione di comunità terapeutiche riabilitative.	
Azioni di **RAFFORZAMENTO DELLE RISORSE E DELLE FIGURE PROFESSIONALI**: • Promuovere e rafforzare la formazione professionale specifica per tutte le figure coinvolte, con particolare attenzione alla mediazione linguistico-culturale e agli strumenti di analisi etnopsicologica; • Integrare/aumentare le risorse destinate alla presa in carico e alla realizzazione di progetti individuali; • Sfruttare le opportunità formative offerte dai progetti già attivi, come ad esempio il progetto FAMI *WE IN Toscana* che prevede un corso di formazione specifico per mediatori culturali, e prevedere laddove possibile attività di formazione nelle progettazioni future; • Valutare la fattibilità di attivazione di uno sportello di orientamento itinerante; • Facilitare l'incontro tra domanda e offerta, soprattutto nel territorio del Comune di Collesalvetti, caratterizzato da una forte parcellizzazione dei centri abitati e dove c'è una maggiore difficoltà di mappatura sia dei bisogni che delle risorse.	**4**

Bisogno
SALUTE MENTALE - ORIENTAMENTO DELLA CITTADINANZA, DEI PROFESSIONISTI (MMG, PLS) E DELLA COMUNITÀ EDUCANTE E DELLE FAMIGLIE ALL'INTERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
• **Conoscenza e informazione alla cittadinanza orientata alla prevenzione e all'individuazione del servizio/percorso adeguati** • **Compimento delle disposizioni previste dal DM 77/2022, in particolare per quanto riguarda il funzionamento delle Case di Comunità**

Obiettivo PSSIR collegato	
• Appropriatezza delle cure e governo della domanda	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**

Azioni di rafforzamento dell'**INFORMAZIONE DELLA CITTADINANZA E *EMPOWERMENT* DELL'UTENZA**:
• Rafforzare la presenza di **operatori di strada** per intercettare i comportamenti più a rischio e orientare gli utenti individuati;
• Sfruttare le strutture di orientamento e informazione presenti sul territorio, in particolare i PUA e gli sportelli attivi, ad esempio quello attivato dall'Associazione Nesi, per condividere il materiale informativo;
• Promuovere strategie di comunicazione su social condivise con gli utenti e che prevedano la collaborazione degli Enti e degli ETS; ad esempio, è stato suggerito di sfruttare l'iniziativa già in essere presso il centro diurno PROVIAMOCI, dove gli utenti già creano contenuti social condividendo testimonianze e informazioni sulle attività del centro, implementando la parte informativa e orientativa sui servizi in generale;
• Promuovere la figura del "paziente esperto" da coinvolgere nel PUA;
• Promuovere un maggiore coinvolgimento delle scuole tramite progetti educativi;
• Attivare sportelli di orientamento diffusi sul territorio, in particolare destinati a:
  ○ Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico, anche e soprattutto rivolto a potenziali utenti dei servizi per conoscere meglio le caratteristiche del disturbo a fornire gli strumenti per gestirlo;
  ○ Realizzare attività di pubblicità e informazione rivolte a tutta la cittadinanza orientate a sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
• Promuovere la conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno.
	13

Azioni di **COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE COINVOLTE** per assicurare la corretta informazione reciproca e realizzare un'efficace informazione verso l'utenza: • Promuovere iniziative come l'Agorà della Salute per facilitare l'incontro tra operatori e professionisti di diversi ambiti e discipline; • Realizzare gruppi a geometria variabile per le attività di informazione sui servizi; • Istituire di un Tavolo permanente di monitoraggio per le attività di informazione, organizzato a gruppi a geometria variabile per assicurare un lavoro poliedrico sui percorsi diversi e complessi; • Prevedere una figura/ufficio preposto alle attività di coordinamento delle informazioni e comunicazione; • Realizzare un protocollo operativo di accesso ai servizi;	**9**

• Riorganizzare le procedure di passaggio di consegne al momento di ingresso di nuove risorse (MMG, assistenti sociali, etc.) • Implementare percorsi di integrazione in pediatria.	

Bisogno	
SALUTE MENTALE – MARGINALITA' **INCLUSIONE DEI GIOVANI CON CRITICITÀ LEGATE A SALUTE MENTALE E/O MARGINALITÀ NELLE REALTÀ RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE NON SPECIFICAMENTE DEDICATE**	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Sperimentazione di attività ricreative inclusive aperte a tutti e adatte ad accogliere le fragilità	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Azioni di **PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO**: • Realizzare interventi informativi orientati alla prevenzione dell'insorgere di comportamenti devianti e dipendenze e alla lotta allo stigma relativo ai fenomeni di marginalità e salute mentale; • Realizzare percorsi orientati all'informazione e alla prevenzione delle dipendenze e rivolti a tutta la cittadinanza, con progetti anche sui luoghi di lavoro; • Promuovere e realizzare progetti nelle scuole di educazione all'affettività, alla salute mentale e alle dipendenze (digitali, ludopatiche e da sostanze), dando continuità a quelli già attivi (ad esempio quelli realizzati da CEIS); • Promuovere lo sviluppo di iniziative da parte dei locali notturni che prevedono la presenza di operatori e la realizzazione di spazi riservati ai giovani che presentano lievi disturbi legati all'assunzione di sostanze/alcool (sala chill); l'iniziativa è attualmente attivata nello spazio The Cage.	**11**
Promozione di un **SISTEMA DI INCLUSIVITÀ DIFFUSA**: • Individuare associazioni e spazi per attivazione di convenzioni per la realizzazione di attività inclusive rivolte a tutti; • Promuovere una formazione diffusa agli operatori delle realtà che fanno attività per ragazzi; • Promuovere un maggiore coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti.	**10**

• Promuovere l'attivazione di progetti di socializzazione sul modello dell'esperienza *L'Amico di quartiere* realizzata da AVOFASAM e Associazione Nesi (cfr. sopra); • Dare continuità e replicare iniziative svolte dagli utenti dei servizi ma aperte alla cittadinanza, come l'iniziativa di letture ad alta voce realizzate dalll'UF SMA con cadenza mensile ai Bottini dell'Olio.	
Azioni di **POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE DEDICATE** a tematiche specifiche, rivolte in particolare a un'utenza particolarmente critica o che attraversa un momento di acutizzazione della crisi, prestando tuttavia attenzione all'"effetto riserva indiana": • Promuovere lo sviluppo di progettualità come il progetto del Centro diurno PROVIAMOCI; • Realizzare centri diurni per ragazzi che consumano sostanze.	**8**

Bisogno	
MARGINALITA' - DISAGIO LAVORATIVO, ECONOMICO, ABITATIVO E COMPORTAMENTI A RISCHIO	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
• **Rafforzamento dei percorsi di accompagnamento nei termini di continuità e appropriatezza dei progetti (portandoli ad una durata di medio-lungo termine);** • **Integrazione delle politiche abitative e servizio sociale**	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Potenziamento dei **PERCORSI DI CO-HOUSING E ABITARE SUPPORTATO**: • Promuovere una maggiore informazione, soprattutto rivolta ai privati, per abbattere le paure connesse con la mancanza di garanzie "forti" presentate dalle persone che cercano casa in affitto; • Attivare convenzioni con associazioni e cooperative che mettono a disposizione appartamenti; • Aumentare il numero di convenzioni con i proprietari privati; • Promuovere l'attivazione di percorsi di abitare supportato e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia.	**7**
Promozione di una **STRATEGIA "HOUSING FIRST"**, che pone la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica: • Rafforzare e potenziare le attività e i servizi già in essere nell'ambito del diritto all'abitare;	**6**

• Promuovere un maggior coordinamento tra gli uffici per monitorare, e rispondere laddove possibile, alle esigenze di revisione della normativa per l'accesso all'abitare (accesso alle abitazioni ERP per nuclei familiari di dimensioni variabili, contributi affitto, altre forme di sostegno all'accesso al diritto all'abitare anche in convenzione con i privati); • Promuovere lo sviluppo sul territorio di agenzie sociale per la casa, ai sensi della L.R. 13/2015.	
Azioni di **SUPPORTO AI NUCLEI FAMIGLIARI**, sia per l'autonomia di adulti in difficoltà che per il sostegno ai famigliari di persone con disturbi psichiatrici e/o difficoltà di inserimento sociale/lavorativo: • Promuovere l'attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi; • Attivare percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare, sul modello di quelli realizzati dal SERD; • Rafforzare i percorsi in essere nell'ambito della salute mentale e assicurare una differenziazione e gradualità (residenziale, abitare supportato, eventuali rientri in famiglia etc.)	**6**
Azioni di ***EMPOWERMENT* DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI**: • Rafforzare i percorsi di inserimento e accompagnamento lavorativo e potenziare la figura del tutor di accompagnamento, incrementando le risorse sul territorio; • Incrementare la realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali; • Potenziare l'offerta di corsi di formazione post-diploma sul territorio; • Potenziare la rete con le aziende del territorio per gli inserimenti lavorativi.	**4**

Bisogno	
MARGINALITA' - FRAGILITÀ DELLE RETI DI SOLIDARIETÀ NEI TERRITORI PERIFERICI DELLA ZONA LIVORNESE	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Rafforzamento delle reti di solidarietà e dell'accesso ai servizi nei territori periferici della Zona Livornese	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**

Promuovere la realizzazione di progetti radicati sul territorio, in particolare per quanto riguarda l'accompagnamento al lavoro e l'accesso all'abitare, sfruttando le attività e gli interventi già in corso e la presenza sul territorio degli ETS.	**16**

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

Istituzioni	
Comune di Livorno	Caterina Tocchini
Comune di Livorno	Carletti Paola
USL TNO Coordinatrice UVMD Ass.soc.	Manfredi Rosa
USL TNO Ass. Soc. UVMD	Di Renzo Simone
USL TNO IFC Smia Livorno	Di Sacco Ilaria
USL TNO Ufficio di Piano	Vitelli Serena
UST TNO IFC Smia Livorno	Casella Cristina
Comune di Livorno	Ferrari Ilaria
Terzo settore	
ASS. PARKINSONIANI LIVORNESI ODV	Russo Giancarlo
THISINTEGRA SOC. COOP SOCIALE	Benassi Andrea
FONDAZIONE LUIGI SCOTTO	Bacci Alessia
Ass Comunico	Vitolo

Bisogno
AUMENTA LA PLATEA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (GRAZIE ALLA CRESCITA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO)
Definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati Integrazioni: • Aumenta il numero di persone che chiedono informazioni sui servizi. • Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla Unità di Valutazione Multidimensionale/Multidisciplinare della Disabilità o Disagio (UVMD). • Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. • Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. • Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
• **Rendere la presa in carico più sostenibile, coerente e mirata integrando gli aspetti sociali e sanitari. Differenziare i percorsi di presa in carico a seconda del tipo di patologie e della gravità.** • **Promuovere un cambio di paradigma culturale che riconosca la disabilità <u>non</u> <u>come un limite individuale</u> o un carico per le famiglie, ma come un <u>tema di cittadinanza</u> che investe l'intera collettività.**
Obiettivo PSSIR collegato
○ L'assistenza territoriale ○ Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione ○ Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici. • Organizzare all'interno della scuola delle situazioni di confronto (momenti formativi) tra ETS, i Servizi, MMG, Scuola per guidare le famiglie e i caregiver sul percorso che dovranno sostenerei figli. • La scuola rappresenta solo una parte di un percorso, nel senso che questo tipo di approccio si potrebbe estendere anche nella fascia 0-6 in caso di situazioni particolarmente gravi e anche nella fascia 18+.	**9**
Coordinare meglio i "progetti di vita" e renderli più armonici/unici. Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola.	**5**

- Manca uno specialista della disabilità sensoriale (sordità) che dia indicazioni precise sul ventaglio di possibilità dal punto di vista diagnostico e riabilitativo.	
Migliorare l'integrazione delle informazioni tra il distretto, le associazioni, l'ordine dei medici (MMG). • Piano di comunicazione condiviso tra ETS, MMG, Comune, per poi creare materiale informativo cartaceo di facile lettura. È stata citata un'esperienza concreta finalizzata a diffondere informazioni circa i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeuci Assistenziali) riferiti alla malattia del Parkinson. • Distribuzione e coordinata delle informazioni attraverso tutti i soggetti coinvolti.	**4**
Potenziare la rete dei PUA (Punti Unici di Accesso). I PUA devono effettuare una presa in carico sociale e sanitaria che vada a definire percorsi tracciati secondo il tipo di malattia e la gravità della malattia stessa. • **Organizzare giornate sulla disabilità "festose",** cioè eventi a tema che coinvolgano la cittadinanza con un approccio ludico e coinvolgente con l'ausilio di spettacoli e concerti. L'nclusione passa dalla visualizzazione. Durante gli eventi la cittadinanza approfondisce il tema della disabilità e nello stesso tempo si danno invormazioni sui servizi. • Integrare questi eventi all'interno di manifestazioni esistenti come "Le notti dello sport" "Leggermente", "Giornate organizzate dalla "Folgore", Il Palio Marinaro. Un ruolo di coordinamento per organizzare queste iniziative lo potrebbe avere il Disability Manager (Comune di Livorno). • Lavorare sulla comunità per concretizzare il cambio di paradigma. L'inclusione passa attraverso il lavoro con le persone, bisogna "portare fuori".	**2**
Migliorare il sistema informativo dei PUA , renderlo più funzionale, chiaro, coerente e integrato sul modello dei "Community Center".	**2**

Bisogno
INCLUSIONE SOCIALE E SCOLASTICA - INSERIMENTO FORMATIVO-LAVORATIVO
Definizione
L'inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L'inserimento lavorativo e formativo è anch'esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali.

Integrazioni:

- Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro.
- In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Creare/rafforzare reti operative tra scuola, servizi sociali/specialistici, Centro per l'Impiego, ETS e famiglie, attivate già durante le scuole superiori (uso qualificato dell'alternanza).

Obiettivo PSSIR collegato

- L'assistenza territoriale
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Lavorare sul tema della "consapevolezza" per aiutare le persone con disabilità a collocarsi in modo "saggio" nel mondo. • Consapevolezza potrebbe anche voler dire non non prendere assolutamente in considerazione il mondo del lavoro. Purtroppo ci sono delle situazioni per le quali è difficle poter immaginare un'inclusione lavorativa. Quindi potremmo pensare a percorsi organizzati tra le famiglie le persone con disabilità e gli ETS per capire se e quali percorsi lavorativi si possono intraprendere. • Bisogna creare situazioni nelle quali la persona si possa "pensare nel mondo" in modo svincolato dall'idea e dai desideri della famiglia. Un esempio è un progetto che è stato realizzato attraverso un finanziamento del Ministero della Disabilità. Il progetto era basato sul concetto di "avvicinamento" al mondo del lavoro. Cosa ti piace fare? Accompagnamento per intere giornate per capire i desideri della persona che magari ha desideri differenti da quelli della famiglia … Miglioramento della figura del Tutor. Formazione specifica per i tutor dei progetti di inserimento lavorativo.	**10**
Estendere la logica dell'Ufficio di Piano alle scuole (strumenti di raccordo continui, oltre gli adempimenti formali). Creare un ufficio di Paino ad hoc per lavorare sui progetti scolastici.	**6**
Mappare e coinvolgere nuove aziende/settori (non solo GDO) per tirocini/borsa lavoro coerenti con interessi e capacità.	**4**

- Occorre coinvolgere i centri per l'impiego - Puntare sulle aziende radicate sul territorio	
Attivare lo Sportello di Inclusione Lavorativa come hub integrato Comune–ASL–CPI, con ingaggio strutturato delle scuole.	**1**

Bisogno
DIFFICOLTA' DI CONOSCENZA E ORIENTAMENTO SUI SERVIZI DISPONIBILI
Definizione
Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono. Integrazioni: Difficoltà di orientamento che viene vissuto "come un fallimento" e si manifesta nella preoccupazione e nell'ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l'idea che l'orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Ridurre disorientamento, ansia e accessi tardivi ai servizi, garantendo informazioni più corrette, omogenee e capillari
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Allineare e coinvolgere sistematicamente MMG/pediatri/specialisti nell'orientamento ai PUA/Punti Insieme.	**11**

Diffondere un vademecum disabilità anche online (diritti, servizi, contatti, percorsi), distribuito capillarmente (MMG, pediatri, scuole, ospedali, ambulatori, associazioni).	**6**
Potenziare i canali informali e prossimi al cittadino (patronati, ETS, social media), coordinati e alimentati con contenuti corretti dai servizi.	**5**
Fare della disabilità un tema di interesse generale (non "dei disabili"), per mobilitare risorse e favorire prevenzione e cultura inclusiva.	

Bisogno	
IMPREPARAZIONE DELLE FAMIGLIE	
Definizione	
Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all'accesso a percorsi/servizi e quindi all'inclusione e all'autonomia. Integrazioni: Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse. Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Offrire/supportare percorsi di sostegno psicologico ed educativo (individuali e di gruppo) e creare centri/gruppi di ascolto e mutuo aiuto.	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Approccio **tempestivo finalizzato intercettare precocemente la domanda delle** famiglie (le necessità) e proporre un accompagnamento dedicato (es. tramite scuole/PUA). • Evitare di fornire consigli a chi non ha ancora maturato un certo bisogno, altrimenti si ottiene una reazione contrazia, le famiglie si chiudono sulla	**8**

difensiva. Evitare l'approccio proattivo: es. Test M-Chart a 18 mesi che genera più resistenze che adesioni. • Fornire sia percorsi educativi per le famiglie ma anche psicologici in particolare nei casi di disabilità sopraggiunte dopo traumi.	
Informare in modo chiaro su normative e strumenti (caregiver, riforma disabilità, progetto di vita).	**8**
Promuovere prassi di coinvolgimento della comunità (pari, classe, genitori, vicinato, associazioni) a sostegno quotidiano, oltre l'ora "erogata" dal servizio.	**5**

Bisogno
AUTONOMIA ABITATIVA
Definizione
Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo. ***Integrazioni:*** Paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. Spesso le famiglie non colgono l'urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al "dopo di noi", che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle).
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rendere praticabili e continuativi percorsi graduali di autonomia abitativa e vita indipendente dando continuità ai progetti qualora finissero le risorse.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale • Transizione ecologica e politiche

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Creare centri diurni per i minori, con appoggio notturno in caso di scompenso familiare, con una declinazione socio-sanitari e strettamente sociale. • La parte più sociale è per l'aggregazione dei ragazzini che hanno problematiche sociali e la parte socio-sanitaria è per i ragazzi che hanno problematiche sanitarie. **E creare strutture residenziali per adulti con disabilità anche temporanea (che non sia RSD e RSA).** • Esempio la persona incidentata che magari ha necessità di una struttura residenziale a lungo periodo (un anno). *(Riformulato l'obiettivo)*	**15**
Promuovere cultura dell'autonomia, fare valutazioni periodiche e garantire continuità oltre la durata dei finanziamenti. Questioni di sostenibilità: • Continuità dei progetti oltre i finanziamenti: Progetti PNRR che necessitano di sostenibilità futura. • Compartecipazione proporzionale: utilizzo delle risorse economiche della persona con disabilità nel progetto di vita. • Responsabilizzazione economica: superamento del concetto: "tutto mi è dovuto" verso una compartecipazione tra risorse pubbliche e private.	**7**
Sperimentare co-housing a prezzi calmierati (coinquilinato misto: giovani, studenti, persone con disabilità), coinvolgendo pubblico e privato.	

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

Istituzioni	
Comune di Livorno Coordinatrice Ass.soc. Area tutela	Passerai Laura
Comune di Livorno	Rachele Vitali
Dip Inf Ostetrico + TNO	Chellini Marzia
Comune di Livorno	Rosaspina Francesca
Ass. Soc. SMIA	Pupi Daniela
Comune di Collesalvetti	Agosta Elena
USL TNO - Responsabile UFSMIA	Nicola Artico
CRED Comune di Livorno	Testa Cecilia
Terzo settore	
CUORE LIBURNIA SOCIALE Soc. Coop	GASPERINI GIADA
IL SESTANTE SOLIDARIETA' APS	BARBATO DAMIANA
ASS. NESI COREA ODV	ROMBOLI STEFANO
ASS. SISTEMA FAMIGLIA APS	MORISCIANO ESTER
ASSOCIAZIONE COMUNICO	SARACINO GLORIA
RADICI ARCOBALENO APS	GALLI LISA

Bisogno
CRESCITA DELL'INSTABILITÀ FAMILIARE, ASSOTTIGLIAMENTO DELLE RETI FAMILIARI, NUOVE MODALITÀ FAMILIARI
Definizione
L'aumento di separazioni e divorzi (spesso con conflittualità) e la diminuzione dei componenti delle famiglie assottigliano le reti di supporto familiare, primo baluardo del welfare Integrazioni: • Spesso c'è una differenza di genere nella distribuzione del carico • Il fenomeno è reso più complesso dai casi sempre più frequenti di famiglie omo-genitoriali e in generale dell'esistenza di pluralità di tipologie di famiglie. • Anche le reti di supporto sociale e la comunità educante sono spesso troppo deboli per sopperire alla fragilità familiare o, in alcuni casi, del tutto assenti. • Spesso le famiglie assottigliate e fragili non sono consapevoli di avere dei bisogni che invece risultano evidenti
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione dell'instabilità familiare attraverso interventi di prevenzione, rinforzo della consapevolezza genitoriale, della genitorialità positiva e delle relazioni comunitarie significative, prima che il bisogno di aiuto diventi bisogno di presa in carico.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Azioni di sostegno alla **GENITORIALITÀ** • In generale su educazione affettiva, acquisizione competenze nella gestione del conflitto, consapevolezza del significato di avere un figlio (favorire stile relazionale più sano e funzionale) • Nei momenti del ciclo di vita familiare in cui per varie cause (perdita di lavoro, vitto, giovane età, cittadini stranieri) i genitori non sono in grado di supportare i figli. • Azioni di rinforzo alla genitorialità maschile • Programma (metodo) PIPPI • Valorizzazione delle educatrici dello 0-6, che fanno anche formazione obbligatoria • Utilizzo dei *peer* anche tra adulti • Supporto alle famiglie con figli con disabilità anche non verbali	**12**

Utilizzare un **APPROCCIO DI PROSSIMITÀ** (per evitare l'istituzionalizzazione che crea distanza) e arrivare a chi ha davvero bisogno ma che invece non coglie le opportunità offerte: • non grandi progetti con attività e obiettivi predefiniti, ma **piccoli progetti** che avvicinino le persone e le famiglie e creino contesti di socializzazione generativi, valorizzando gli ETS. • Promozione di **eventi** non tematici che diventino occasioni di socializzazione e aggancio delle famiglie; presenza dei servizi durante eventi sportivi e feste di quartiere per parlare di genitorialità e altri temi significativi in contesti informali. • Sviluppare un **vicinato** solido di quartieri o comunque molto capillare Sostenere l'apertura e/o il rafforzamento dei **servizi post-scuola** a partire dall'ampiamento dell'orario dei nidi e delle scuole	**9**
RAFFORZAMENTO E SUPPORTO ALLE RETI SOCIALI di "adulti pensanti", ovvero consapevoli e capaci di regolare le proprie emozioni offrendo modelli positivi ai bambini e ai ragazzi. Bisogna investire su docenti e altre figure scolastiche chiave (es. psicologi scolastici), allenatori sportivi, leader delle comunità straniere…	**5**
Percorsi di **GESTIONE DEL CONFLITTO** • con i genitori durante la separazione. La coppia con figli che si separa dovrebbe essere sempre gratuitamente accompagnata nella gestione delle proprie emozioni e su come queste interferiscono sui figli; • con coppie in conflitto anche in prevenzione, prima della separazione, magari dopo segnalazione di scuole, società sportive… • a scuola sia per genitori che per bambini, perché è importante imparare a litigare fin da piccoli. Esistono delle proposte nel programma scuola-città sul tema ma non sono state richieste dalle scuole quanto auspicabile.	**2**
RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS • Mappatura dei progetti attivi sul territorio sia per la costruzione e rinforzo delle reti sul territorio (obiettivo interno – nascita di relazioni tra associazioni) che per far conoscere all'esterno quali possibilità ci sono nel territorio di prossimità. Inclusione nella rete delle educatrici dello 0-6. • Creazione di momenti e spazi di confronto e supervisione che le istituzioni dedicano al terzo settore, per "aiutare chi aiuta", cioè accompagnare e rafforzare la gestione di casi complessi non gestiti direttamente dai servizi ma delegati a docenti o educatori. E' necessario superare i problemi di privacy.	**0**

Bisogno	
POVERTA' EDUCATIVA	
Definizione	
Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Transizione ecologica e politiche territoriali	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS • Creazione di una rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia. La Conferenza Zonale, con USP/USR, sta lavorando ad un Patto Educativo di Comunità. • Mappatura e sostegno alle realtà che offrono dopo-scuola e in generale spazi de-scolarizzati che offrono opportunità di ferse a ragazzi in povertà educativa. • Promozione del modello delle scuole-aperte, che il pomeriggio diventano centri di aggregazione e offerta culturale di prossimità. • Valorizzazione dei laboratori PEZ e del programma scuola-città.	**14**
Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**	**7**
Azioni sui docenti perché serve una rivoluzione nel merito e nel metodo didattico, anche se si è già fatto molto. Bisogna lavorare su: • Ascolto emotivo dello studente VS approccio prestazionale; • Personalizzazione dei percorsi scolastici e valorizzazione delle abilità, potenzialità e interessi personali; • Focus sulle scuole superiori.	**5**
Azioni sui ragazzi	**1**

Gestire meglio le neuro-divergenze a scuola e le difficoltà linguistiche per i ragazzi NAI, perché queste condizioni non sono di per sé sinonimo di povertà educativa ma purtroppo spesso la possono aggravare. Azioni verso i NEET (es. partecipazione a corsi di formazione)	
Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**1**

Bisogno
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)
Definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazioni: • Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza. • Bisogna misurare meglio il fenomeno dei minori (e donne) vittime di violenza assistita • È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, aumentando anche l'uso della giustizia riparativa
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione del disagio di minori e famiglie
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Azioni mirate contro il **ritiro sociale volontario**, fenomeno esploso dopo il covid e preoccupante difficile da far emergere e intercettare anche per i servizi sociali.	**15**
Azioni di promozione dell'istituto dell'**affido**, sostegno alle famiglie affidatarie e ai ragazzi dopo i casi di fallimento.	**4**

Rinforzo per ragazzi con **Bisogni Educativi Speciali** con famiglie non competenti	**3**
Azioni per i **minori nel circuito penale** anche tramite la giustizia riparativa minorile	**2**
Azioni di advocacy e **tutela del diritto alla salute dei minori stranieri** anche in assenza di documenti	**2**
Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**2**

Bisogno	
STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO	
Definizione	
Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali). Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Promozione di stili di vita sani attraverso la valorizzazione dei giovani e la creazione di spazi di ascolto	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Coinvolgere i ragazzi in **ESPERIENZE DI GRUPPO INCLUSIVE** anche verso la disabilità e che non prevedano la competizione: • attività di convivenza e di gioco che generino loro piacere e appagamento ma senza bisogno di sostanze (es. settimane in barca, scoutismo, contatto con la natura, artigianato…) e valorizzino il territorio; • attività sportive non agonistiche anche di squadra e anche dopo i 16 anni;	**9**
COINVOLGIMENTO DEI RAGAZZI STESSI nella espressione dei loro bisogni e nella ricerca di soluzioni ad esempio • attraverso la valorizzazione dei ragazzi che fanno il servizio civile volontario o i ragazzi volontari in associazioni di cura (es. SVS, Pubblica assistenza)	**8**

• attraverso l'utilizzo del modello dei peer, che è già utilizzato e sembra funzionare molto bene Attenzione a sfruttare al meglio i progetti europei.	
DIPENDENZA DIGITALE Servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono "patti digitali" tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.	**8**
COMUNICAZIONE Investire su un piano di comunicazione dei servizi socio-sanitari mirato al target giovanile (es. pagina IG del consultorio)	**2**
RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS • Mappatura dei luoghi di aggregazione, promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi - abitare i loro spazi. Reti capillari di educazione di strada • Mappatura della presenza dei servizi in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione.	**1**
Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**0**

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

Istituzioni	
Comune di Livorno	Totaro Carmela
Comune di Livorno	Tiso Paolo
Ico riabilitazione funzionale zone Pisana, Livornese, AVC VDE	Voccia Gennaro
Infermieristica Territoriale FQS Facilitatore Qualità e Sicurezza	Minello Barbara
Coordinatori AFT Medicina Generale	Maranto Rosa
Coordinatore MMG Livorno	Angeletti Massimo
UF cure palliative	Laura Cardone
Comune di Collesalvetti	Crespolini Andrea
Terzo settore	
Confr. MISERICORDIA di Vicarello ODV	BELLI ANTONIO
PUBB. ASSIS. COLLESALVETTI ODV	SIRACUSA ADRIANA
AVO Associazione Volontari Ospedalieri	
COOP SOCIALE SENEX	BRACCI ELEONORA
COOP SOCIALE SENEX	FINCATO LETIZIA
ASS. ARIANNA	VOLPE VALERIA
Comitato aziendale di partecipazione	COSIMI MARIA LINA
COOP SOCIALE ELLEUNO	MONTAGNANI ROMINA

Bisogno
INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/LUOGHI DI ACCESSO
Definizione
L'orientamento del cittadino/utente/paziente, anche per l'utilizzo consapevole e appropriato del sistema servizi (empowerment della cittadinanza – Comunità consapevole)
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi Obiettivi specifici: i) Accesso appropriato ai servizi; ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete	**10**
Momenti di formazione interprofessionale	**7**
Formazione agli ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatore della conoscenza)	**4**
Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale	**3**
Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico	**2**
Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment delle nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie)	**1**
Strutturazione del PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS	**1**

Progettualità specifica su mappatura servizi/comunicazione, sotto la guida di un soggetto esterno specializzato in comunicazione e con il coinvolgimento dei servizi (Piano di comunicazione)	**1**
Diffusione di cultura sanitaria: lavorare sulla "percezione" del bisogno (bisogni vs desideri) e sul tema dei bisogni indotti (es. ipertrofia dei bisogni del corpo), contrastando l'idea di sanità "modello amazon"	**1**

Bisogno	
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E PRESCRITTIVA…ACCOMPAGNATA AD UN CAMBIAMENTO CULTURALE DA PARTE DELLA CITTADINANZA VERSO IL CONCETTO DI SALUTE	
Definizione	
coniugare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva con un sensibile cambiamento culturale da parte della cittadinanza (concetto salute e dei determinati, approccio consapevole e appropriato, etc)	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Obiettivo: Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Appropriatezza delle cure e governo della domanda • Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico"	**13**
Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia)	**9**
Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico	**5**
Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)	**3**

Bisogno
RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ
Definizione
Costruzione partecipata dei contenuti delle case della Comunità (servizi aggiuntivi, ruolo del Terzo settore, etc), al di là e oltre quanto previsto dal PNRR, come luogo dell'integrazione sanitaria e sociale
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
i) Implementazione Case della Comunità; ii) Potenziamento della presa in carico integrata; iii) Costruire welfare generativo
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: “Health in all policies” • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l’obiettivo)	**Voti**
Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all’interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell’interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato	
Alleanza pubblico/terzo settore	

Report del LABORATORIO di

RESTITUZIONE degli ESITI del PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE

24.2.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il QUARTO incontro di co-programmazione si è svolto martedì 24 Febbraio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che hanno preso parte al percorso.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria di presentazione degli esiti del percorso
- Interventi dei partecipanti

La prima parte dell'incontro, in plenaria, è servita a illustrare i risultati del percorso di co-programmazione, esponendo per ogni tavolo di lavoro la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni-priorità costruita nei tre laboratori precedenti. Sono poi seguiti interventi delle istituzioni di commenti ai risultati del percorso e, infine, alcuni interventi dei partecipanti.

Di seguito i punti toccati nel corso della presentazione

La restituzione di oggi

> **Plenaria**

- Saluti iniziali
- Presentazione delle principali evidenze del percorso
- Considerazioni di USL TNO (Zona Distretto) e Comuni alla chiusura del percorso
- Interventi dei partecipanti sui risultati dei Tavoli di lavoro (**NB** 2-3 minuti a intervento su argomenti strettamente connessi ai risultati dei Tavoli di lavoro)

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	*OBIETTIVO/I*	*AZIONI E PRIORITÀ*
INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/ LUOGHI DI ACCESSO	Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi Obiettivi specifici: i) Accesso appropriato ai servizi; ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)	1. Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete 2. Momenti di formazione interprofessionale 3. Formazione a ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatorI dI conoscenza) 4. Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale 5. Riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico 6. Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie) 7. Strutturazione PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E PRESCRITTIVA...E UN CAMBIAMENTO CULTURALE DA PARTE DELLA CITTADINANZA VERSO IL CONCETTO DI SALUTE	Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/ operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)	1. Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico" 2. Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia) 3. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico 4. Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ	i) Implementazione Case della Comunità; ii) Potenziamento della presa in carico integrata; iii) Costruire welfare generativo	Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all'interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell'interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato] Alleanza pubblico/terzo settore

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
CRESCITA DELL'INSTABILITÀ FAMILIARE, ASSOTTIGLIAMENTO DELLE RETI FAMILIARI, NUOVE MODALITÀ FAMILIARI	Diminuzione dell'instabilità familiare attraverso interventi di prevenzione, rinforzo della consapevolezza genitoriale, della genitorialità positiva e delle relazioni comunitarie significative, prima che il bisogno di aiuto diventi bisogno di presa in carico.	1. Azioni di sostegno alla GENITORIALITÀ 2. Utilizzare un APPROCCIO DI PROSSIMITÀ (per evitare l'istituzionalizzazione che crea distanza) e arrivare a chi ha davvero bisogno ma che invece non coglie le opportunità offerte 3. RAFFORZAMENTO E SUPPORTO ALLE RETI SOCIALI di "adulti pensanti" 4. Percorsi di GESTIONE DEL CONFLITTO 5. RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
POVERTA' EDUCATIVA	Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi	1. Rinforzo e pubblicizzazione delle reti istituzionali e degli ETS 2. Cfr azioni sulla PROSSIMITÀ 3. Azioni sui docenti 4. Azioni sui ragazzi 5. Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla GENITORIALITÀ

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)	Diminuzione del disagio di minori e famiglie	1. Azioni mirate contro il ritiro sociale volontario, fenomeno esploso dopo il covid e preoccupante difficile da far emergere e intercettare anche per i servizi sociali.
		2. Azioni di promozione dell'istituto dell'affido, sostegno alle famiglie affidatarie e ai ragazzi dopo i casi di fallimento
		3. Rinforzo per ragazzi con Bisogni Educativi Speciali con famiglie non competenti
		4. Azioni per i minori nel circuito penale anche tramite la giustizia riparativa minorile
		5. Azioni di advocacy e tutela del diritto alla salute dei minori stranieri anche in assenza di documenti
		6. Cfr azioni sulla GENITORIALITÀ

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO	Promozione di stili di vita sani attraverso la valorizzazione dei giovani e la creazione di spazi di ascolto	1. COINVOLGIMENTO DEI RAGAZZI nella espressione dei loro bisogni e nella ricerca di soluzioni
		2. DIPENDENZA DIGITALE Informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, "patti digitali" per i ragazzi più grandi, con le famiglie, facilitati da un dialogo tra USL e scuole
		3. COMUNICAZIONE Piano di comunicazione dei servizi socio-sanitari mirato al target giovanile (es. pagina IG del consultorio)
		4. RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS
		5. Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla GENITORIALITÀ