

Società della Salute della Toscana



Società della Salute della Toscana

PROFILO DI SALUTE

BOZZA DEFINITIVA 19/06/2013



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Servizio Sanitario della Toscana

Il Profilo di Salute della SdS di Empoli e della SdS Valdarno Inferiore è stato realizzato da un gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'Ufficio di Piano Unitario delle SdS.

Hanno collaborato a vario titolo:

Paolo Amico - UOS Attività Distrettuali Azienda Usl 11 di Empoli
Angela Barone – Servizi Sociali Comune di Fucecchio
Patrizia Bellosi – UOC Servizi Sociali Azienda Usl 11 e Coordinamento unitario debiti informativi SdS
Francesco Benvenuti - Dipartimento Territorio Fragilità Azienda Usl 11 di Empoli
Enzo Catarsi - Centro Studi Bruno Ciari
Carla Ceccatelli – Coordinamento unitario debiti informativi SdS
Alberto Cheti – Dirigente Servizi alle Persone Comune di Fucecchio
Marinella Chiti - UOC Igiene e Sanità Pubblica, Medicina dello Sport Azienda Usl 11 di Empoli
Tiziano Cini – Direttore Agenzia per lo Sviluppo Empolese Valdelsa
Tania Cintelli – Responsabile "Violenza di Genere" SdS Valdarno Inferiore.
Patrizia Del Vivo - UOC Psicologia Azienda Usl 11 di Empoli
Chiara Dinucci – Gestione Associata Migranti Empolese Valdelsa
Franco Doni – Direttore della SdS Valdarno Inferiore
Paolo Filidei - UOS Prevenzione Malattie Trasmissibili
Massimo Giraldi - UOS Medicina Territoriale Azienda Usl 11 di Empoli
Loredana Lazzara - UOS Medicina Territoriale Azienda Usl 11 di Empoli
Eluisa Lo Presti - UOC Programmazione Specialistica Azienda Usl 11 di Empoli
Nedo Mennuti – Direttore della SdS di Empoli
Lorenzo Millanti - Ufficio di Piano Unitario SdS Empoli - SdS Valdarno Inferiore
Annalisa Monti - UOC Neuropsichiatria Infantile Azienda Usl 11 di Empoli
Lucia Mostardini - Ufficio di Piano Unitario SdS Empoli - SdS Valdarno Inferiore
Eleonora Pavone - UOC Farmaceutica Azienda Usl 11 di Empoli
Maria Grazia Petronio - UOS Ambiente e Salute Azienda Usl 11 di Empoli
Enza Quattrocchi - Dipartimento Salute Mentale Azienda Usl 11 di Empoli
Giuseppina Romeo – Progetto Lavoro e Immigrazione SdS Valdarno Inferiore
Piero Salvadori - UOC Organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali Azienda Usl 11 di Empoli
Serena Sandonnini - Ufficio di Piano Unitario SdS Empoli - SdS Valdarno Inferiore
Alberto Silva – Educazione alla Salute Azienda Usl 11 di Empoli
Maura Tedici - UOC Farmacotossicodipendenze Azienda Usl 11 di Empoli

Con la collaborazione degli organismi di partecipazione della SdS di Empoli e della SdS Valdarno Inferiore.

La descrizione dello stato di salute della popolazione, dei bisogni e dell'uso dei servizi costituisce un punto di partenza per la definizione del Piano Integrato di Salute, la base per un processo di programmazione territoriale condiviso, che individui gli obiettivi di salute e le priorità da perseguire nei nostri territori.

Il profilo di salute è un documento tecnico che ci aiuta ad identificare i problemi di salute ed a definire le aree prioritarie di intervento. Ci consente inoltre il monitoraggio dell'efficacia delle azioni e delle scelte intraprese.

Ciò è ancor più importante oggi, in un momento sociale ed economico difficile, che vede i bisogni della popolazione aumentare in modo esponenziale e la disponibilità di impegno economico da parte delle amministrazioni comunali divenire sempre più debole per tagli lineari sempre più importanti.

Oggi è sempre più necessario, per la sostenibilità del sistema, adottare politiche mirate alle priorità assistenziali di maggior impatto sociale e sanitario ed investire in "salute in tutte le politiche", mettendo al centro il cittadino ed aiutando tutta la nostra comunità a perseguire stili di vita più sani .

Ci auspichiamo che il profilo di salute costituisca la base di una discussione approfondita e collettiva per tutta la nostra comunità, a partire dagli organismi di partecipazione delle SdS, al fine di rendere le scelte del Piano Integrato di Salute sempre più adeguate ai bisogni e di favorire un innalzamento complessivo, collettivo ed individuale, del grado di consapevolezza e responsabilità che ci deve guidare nella tutela e nella promozione della salute.

Il Presidente della SdS
di Empoli

Andrea Campinoti



Il Presidente della SdS
Valdarno Inferiore

Vittorio Gabbanini



INDICE

Premessa	pag 6
Il Profilo in pillole	pag 8
1. Il Profilo demografico	pag 14
1.1. Popolazione residente	pag 14
1.2 Le principali componenti dell'accrescimento della popolazione	pag 14
1.2.1 Stranieri residenti	pag 15
1.2.2 Natalità	pag 16
1.2.2.3 Rapporto tra natalità e immigrazione	pag 17
1.3 La struttura per età e sesso della popolazione	pag 18
1.4 La speranza di vita alla nascita	pag 19
1.5 Il progressivo invecchiamento della popolazione	pag 20
1.5.1 L'indice di dipendenza anziani	pag 22
2. I determinanti di salute	pag 23
2.1 Il contesto socio – economico	pag 23
2.1.1 Il mercato del lavoro	pag 23
2.1.2 la struttura produttiva e il mercato del lavoro nella SdS di Empoli	pag 25
2.1.2.1 Un mercato del lavoro anagraficamente maturo	pag 25
2.1.2.2 Un mercato del lavoro multietnico	pag 26
2.1.2.3 La crescente complessità delle dinamiche territoriali e gli effetti della crisi economica	pag 27
2.1.3 La struttura produttiva e il mercato del lavoro della SdS Valdarno Inferiore	pag 29
2.1.3.1 Il mercato del lavoro	pag 29
2.1.3.2 I lavoratori stranieri	pag 34
2.1.3.3 La previdenza	pag 35
2.1.4 La situazione reddituale dei territori	pag 36
2.1.4.1 La concentrazione dei redditi nelle due SdS	pag 38
2.1.5 L'istruzione	pag 39
2.1.6 La fragilità familiare	pag 41
2.1.7 Il terzo settore	pag 42
2.2. Ambiente	pag 44
2.2.1 I rifiuti	pag 44
2.2.2 Inquinamento atmosferico	pag 46
2.2.3 Inquinamento elettromagnetico	pag 49
2.2.4 Acqua	pag 50
2.2.5 Il rumore	pag 51
2.2.6 Amianto	pag 53
2.2.7 Il Radon	pag 53
2.2.8 Siti contaminati e bonifiche	pag 53
2.2.9 Verde urbano, piste ciclabili e zone pedonali	pag 54
2.3. Stili di vita	pag 55
2.3.1 Abitudini alimentari	pag 56
2.3.2 Attività fisica	pag 56
2.3.3 Peso	pag 57
2.3.4 Fumo	pag 57
2.3.5 Alcool	pag 58
2.3.6 Comportamenti sicuri	pag 58
2.3.7 Rischio cardiovascolare	pag 59
2.3.8 Percezione dello stato di salute e sintomi depressivi	pag 60
2.3.9 Conclusioni	pag 60
3. Lo Stato di Salute	pag 61
3.1 La Mortalità	pag 61
3.1.1. I tassi di mortalità generale	pag 61
3.1.2. Mortalità per causa	pag 62
3.1.2.1 malattie cardiovascolari	pag 62
3.1.2.2 tumori	pag 63
3.1.2.3 cause accidentali e traumatismi	pag 66
3.1.3 Mortalità evitabile	pag 67
3.1.3.1 Mortalità per suicidi	pag 67
3.1.4 Tasso di mortalità infantile	pag 68
3.1.5 Prime tre cause di morte prematura per classi di età	pag 69
3.2 Ospedalizzazione	pag 70

3.2.1 Tasso di primo ricovero/ospedalizzazione standardizzato per età	pag 70
3.2.2 Tasso di primo ricovero per tumori standardizzato per età	pag 71
3.2.3 Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età	pag 72
3.2.4 Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato digerente standardizzato per età	pag 73
3.2.5 Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età	pag 74
3.3 Patologie Croniche	pag 75
3.4 Malattie infettive	pag 76
3.4.1 L'Aids	pag 78
3.5. Incidenti stradali	pag 78
3.6 Infortuni	pag 79
3.7 Stranieri e servizi sanitari	pag 82
3.7.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età stranieri residenti	pag 83
3.8 Percorso materno infantile	pag 84
3.8.1 Percentuali nati gravemente sottopeso	pag 86
3.8.2 Le Interruzioni volontarie di gravidanza	pag 87
4. Assistenza sanitaria territoriale	pag 91
4. 1 Le cure primarie	pag 91
4.2. La farmaceutica territoriale	pag 92
4.3 La specialistica ambulatoriale	pag 93
4.4 La presa in carico delle patologie croniche	pag 97
4.5 Assistenza domiciliare	pag 99
4.6 Assistenza malati terminali	pag 100
4.7 Riabilitazione	pag. 201
4.7.1. Frattura di femore	pag. 102
4.7.2 Ictus	pag. 103
4.7.3 Afa	pag. 104
4.8. Vaccinazioni	pag 104
4.9 Screening	pag 106
5. L'Alta Integrazione socio sanitaria	pag 108
5.1 Le Dipendenze	pag 108
5.1.1 Prese in carico	pag 109
5.1.2 Tipologia di sostanze e modalità di consumo	pag 111
5.1.3 rapporto mortalità per overdose	pag 112
5.1.4 Altre dipendenze (Tabagismo, Gioco d'Azzardo patologico, Alcoolismo)	pag 112
5.1.5 Interventi attivati	pag 113
5.2 Salute mentale	pag 114
5.2.1 Adulti	pag 115
5.2.2 Infanzia	pag 118
5.2.3 UOC Psicologia	pag 123
6. L'assistenza sociale e socio sanitaria integrata della SdS di Empoli	pag 124
6.1 Minori e Famiglie	pag 126
6.2 Adulti	pag 133
6.3 Anziani	pag 136
6.4 Area della disabilità	pag 143
6.5 Popolazione immigrata	pag 150
7. L'assistenza sociale e socio sanitaria integrata della SdS Valdarno Inferiore	pag 154
7.1 Minori e Famiglie	pag 157
7.2 Adulti	pag 162
7.3 Anziani	pag 164
7.4 Disabili	pag 171
7.5 Immigrati	pag 176
7.6 Definizioni	pag 180
8. Violenza di genere	pag 182
9. Disagio abitativo	pag 185
10. Il contributo degli Organismi di Partecipazione delle due SdS	pag. 188

Premessa

Il percorso del Piano Integrato di Salute (PIS) prevede preliminarmente l'analisi dei bisogni e successivamente la definizione degli obiettivi di salute.

A tal fine sono state raccolte le informazioni necessarie per l'individuazione delle priorità locali mediante un "Profilo di salute" caratterizzato da un quadro epidemiologico di dimensione di SdS o aziendale (in base alla significatività dell'indicatore,) e dall'analisi dei determinanti della salute e dei bisogni dei cittadini.

Il Profilo rappresenta la base conoscitiva per indicare le necessità di una collettività nei vari settori assistenziali e conseguentemente per indirizzare le azioni di livello territoriale e aziendale. Esso si compone di una serie di informazioni utili ad indicare priorità e criteri per l'allocazione delle risorse. E' uno strumento da mettere a disposizione delle collettività per adottare decisioni e comportamenti consapevoli degli effetti per la salute derivanti da scelte o da azioni politiche, anche non necessariamente sanitarie.

Lo scopo è quello di creare quella integrazione tra la sanità pubblica e le politiche non sanitarie che era, ed è, uno dei valori delle Società della Salute e che rappresenta la risposta anticipata della Regione Toscana agli indirizzi di Helsinki 2006 (health in all policies) ed al mandato della dichiarazione di Roma del 18/12/2007.

La SdS di Empoli e la SdS Valdarno Inferiore hanno deciso di predisporre un unico Profilo di salute, che tenga conto ed evidenzi le caratteristiche dei singoli territori, ma che, al tempo stesso, evidenzi gli ambiti delle politiche e delle azioni comuni.

La Regione Toscana, al fine di uniformare il linguaggio e i contenuti con cui le SdS descrivono i livelli di salute della popolazione ed i conseguenti bisogni, ha individuato per la prima volta un insieme di indicatori comuni a tutto il territorio regionale, suddivisi in due set aventi caratteristiche e funzionalità differenti:

- **set minimo**, composto da indicatori comuni ai profili di salute di tutto il territorio regionale, al fine di dare una lettura completa della salute della popolazione e rispondere a quelle che sono le strategie regionali;
- **set complementare**, con indicatori che aiutano la lettura dello stato di salute, ma che non sono calcolabili in maniera uniforme per tutte le zone-distretto;
- **indicatori specifici**, elaborati direttamente a livello locale e rispondenti alle caratteristiche peculiari della SdS/zona-distretto in oggetto e alle conseguenti strategie ed azioni.

La lettura dei vari profili di salute così costruiti in benchmarking permetterà di verificare l'efficacia di politiche regionali legate al benessere della popolazione e di capire quali sono i possibili margini di miglioramento e validare le azioni intraprese nei vari territori.

Il set di indicatori stabilito dalla Regione Toscana è stato condiviso con gli **organismi di partecipazione** di entrambe le SdS che hanno effettuato un'analisi approfondita su quali indicatori complementari e specifici potessero essere più utili e interessanti rispetto alle realtà territoriali in questione.

Guida alla lettura

Tassi e indici fanno parte di una grande categoria che prende il nome di "indicatori".

Il tasso è un rapporto avente come numeratore il numero di eventi registrati in una popolazione statistica e come denominatore il numero totale di elementi di quella stessa popolazione. È utile per confrontare campioni di popolazione quantitativamente differenti. Il tutto viene spesso moltiplicato per una costante pari a cento (per ottenere la percentuale) o altre potenze di 10 (per ottenere le parti per mille, per milione...).

Il tasso grezzo è il rapporto tra il numero di casi in cui si presenta la caratteristica in studio e la popolazione di riferimento, vale a dire il tasso senza ulteriori correzioni.

Ad esempio il tasso grezzo di mortalità è il rapporto tra numero di morti (totali o per una specifica causa di morte) in una determinata popolazione (generalmente di 1000 abitanti), per unità di tempo (generalmente un anno). Il tasso grezzo, a differenza del tasso standardizzato, non tiene conto della distribuzione della popolazione per età, per cui non deve essere usato per confronti con popolazioni che hanno una distribuzione di età diverse.

Il tasso standardizzato è un sistema di aggiustamento di un tasso che permette di confrontare tra loro popolazioni che hanno distribuzione tra loro diverse, ad esempio di età.

Il tasso standardizzato di mortalità per età (SRM) serve per misurare e rendere confrontabile il dato di mortalità. Una popolazione composta di vecchi avrà presumibilmente un numero di decessi più elevato di una popolazione giovane o di una popolazione in cui tutte le età sono rappresentate. Ecco che allora è necessario uniformare la composizione della popolazione (riferendola ad una composizione standard che per i dati della nostra regione è la composizione della popolazione toscana del 2000) per rendere confrontabili tra loro i dati descrittivi del fenomeno morte nelle varie zone. Il tasso standardizzato elimina o limita l'influenza della composizione per età delle popolazioni che vengono messe a confronto.

Incidenza e Prevalenza: l'incidenza è una misura di frequenza che misura quanti nuovi casi di una data malattia o di eventi compaiono in un determinato lasso di tempo (ad esempio può essere rapportato ad un mese od un anno), il suo fine ultimo è quello di stimare la probabilità di una persona di ammalarsi della malattia in oggetto di esame o di subire un evento.

La prevalenza è anch'essa una misura di frequenza. Si indicano come casi prevalenti tutti gli eventi registrati essere presenti ad un determinato momento in una popolazione. La prevalenza indica la diffusione in un universo degli eventi ad un tempo determinato (es. numero diabetici in una popolazione ad un determinato tempo).

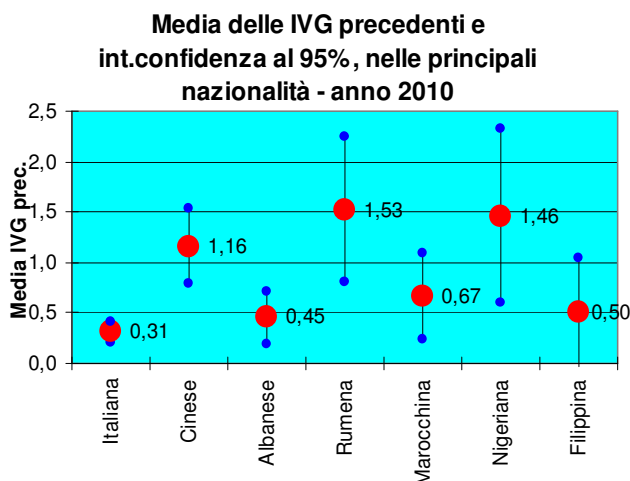
Le differenze statisticamente significative: Nella trattazione potreste imbattervi nella sequenza di parole "differenza statisticamente significativa". Ci si riferisce ad un concetto base a proposito del confronto tra dati, indicatori e statistiche che può essere utile conoscere per avere una sintesi maggiore delle informazioni del profilo.

Quando si usano degli indicatori o delle statistiche (ad esempio, media, valori % ed altro) si fa per sintetizzare l'informazione ed offrire la possibilità di poter interpretare un fenomeno, un andamento e permettere un confronto tra diverse realtà (per esempio per Aziende Usl, per Sds, per comune e così via). La sintesi della realtà avviene nel passaggio dal "dato" alla "informazione" e in questa operazione l'indicatore (o la statistica) che si ottiene, fornisce un valore (ad esempio una "media") che è soggetto a delle oscillazioni (in "più" e in "meno"): quanto più grande è il campione, ovvero ad esempio il numero di soggetti e di eventi misurati, tanto minore è l'oscillazione dell'indicatore. Cioè l'indicatore descriverà la realtà con molta più precisione. Quanto più piccola è la popolazione di dati (es. numero di nati all'anno per singolo comune) tanto maggiore sarà l'oscillazione del valore, indicatore o statistica che sia (1 su 1000 o 1 su 4 producono variazioni dello 0,1% o del 25%).

Questa oscillazione del valore prende il nome di "intervallo di confidenza" e le differenze sono "significative" solo quando i valori massimi e minimi dell'intervallo di confidenza non si toccano, non fanno parte cioè dello stesso intervallo di valori.

Per esempio, nel grafico si riporta il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) precedenti (ovvero quante altre volte il soggetto ha fatto ricorso all'IVG) espresso come valore medio.

Nel grafico si riporta anche il valore dell'"oscillazione" (l'intervallo di confidenza) indicato dalle linee con i pallini che si prolungano in alto e in basso rispetto al valore medio (il pallino rosso).



In questo modo si può dire che tra le italiane si rileva il valore medio più basso, ovvero 0.31 che significa che su ogni 10 donne italiane 3 hanno fatto utilizzo in precedenza di IVG. Sebbene le albanesi, le marocchine e le filippine abbiano valori più alti (le marocchine hanno un valore medio di lvg precedenti più che doppio rispetto alle italiane), non ci sono differenze statisticamente significative, ovvero queste differenze non sono reali ma dovute ad una oscillazione casuale dei dati di piccoli campioni. Esistono invece differenze significative tra i valori delle italiane rispetto a cinesi, rumene e nigeriane.

Osservando le linee degli "intervalli di confidenza" si vede che i valori delle italiane sono comprese nell'oscillazione delle albanesi, marocchine e filippine: lo stesso non vale per cinesi, rumene e nigeriane dove il valore minimo dell'intervallo di confidenza non tocca il valore massimo dell'intervallo di confidenza delle italiane.

IL PROFILO DI SALUTE IN PILLOLE

Le due Società della Salute descritte attraverso gli indicatori utilizzati per confrontare tra loro i vari territori della Regione, mostrano alcune caratteristiche degne di attenzione per indirizzare la programmazione socio sanitaria.

Sia la SdS di Empoli che quella del Valdarno Inferiore hanno un indice di vecchiaia più basso del restante territorio regionale, anche se non tutti i Comuni si presentano con le stesse caratteristiche. L'indice, originato dal rapporto tra popolazione ultra sessantacinquenne con la popolazione infra diciottenne, risente dell'elevato numero di nuovi nati del territorio. Tra i nuovi nati, numerosi quelli con genitori immigrati che rappresentano una percentuale più alta rispetto ad altri territori della Toscana (11,4% di popolazione immigrata rispetto al 9,7% regionale)¹.

Azienda UsI	Tasso di Natalità 2010	Indice di Vecchiaia 2010	Indice Dipendenza Anziani 2010	Stran. residenti X 1000 - 2010
1 - Massa e Carrara	7,48	208,6	37,5	67,02
2 - Lucca	8,68	181,2	36,8	83,03
3 - Pistoia	8,56	176,7	35,3	92,43
4 - Prato	10,17	142,5	31,0	135,62
5 - Pisa	8,92	178,4	35,3	84,27
6 - Livorno	8,17	204,0	38,5	70,77
7 - Siena	8,89	194,0	38,5	108,75
8 - Arezzo	8,51	175,9	34,9	107,8
9 - Grosseto	7,68	212,3	38,6	91,58
10 - Firenze	8,91	185,9	38,0	111,52
11 - Empoli	9,92	155,3	33,3	113,23
<i>Sds Empoli</i>	9,75	158,8	34,2	114,29
<i>Sds Valdarno inf.</i>	10,38	146,4	31,1	110,5
12 - Viareggio	7,7	191,0	35,7	57,7
Regione Toscana	8,7	182,9	36,4	97,11
Indicatore	SM.demo.3	SM.demo.4	SM.demo.5	SM.demo.6
	Val.+elevati	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+elevati

“Tasso di natalità” al 2° posto tra quelli più elevati: la Sds Valdarno della Azienda UsI 11 ha il valore più elevato in assoluto (10.38)

Valore dell’Indice di Vecchiaia al 2° posto tra i più bassi: anche in questo caso la Sds Valdarno ha il valore più basso rispetto alla Sds Empoli.

L’indice di Dipendenza anziani è al 2° posto tra i valori più bassi.

La quota di stranieri residenti è tra le più elevate (ancora al 2° posto) con un valore dell’11.3% (il dato della tabella è “per mille”

Azienda UsI	Quoziente incremento popolazione			Speranza di vita alla nascita	
	TOTALE 2010	Increment. Naturale 2010	Increment. Migratorio 2010	Femmine 2008	Maschi 2008
1 - Massa e Carrara	1,27	-4,34	5,61	84,8	78,7
2 - Lucca	4,32	-2,64	6,96	84,5	79,0
3 - Pistoia	3,25	-1,9	5,15	84,7	80,2
4 - Prato	6,41	0,91	5,5	85,4	79,9
5 - Pisa	7,81	-1,9	9,71	84,8	79,7
6 - Livorno	4,53	-3,67	8,2	84,3	79,4
7 - Siena	4,67	-2,94	7,61	85,0	79,8
8 - Arezzo	4,36	-1,94	6,3	84,9	79,8
9 - Grosseto	4,79	-4,61	9,41	84,4	78,6
10 - Firenze	6,12	-2,17	8,29	85,1	80,1
11 - Empoli	8,55	-0,84	9,39	85,0	80,1
<i>Sds Empoli</i>	6,83	-1,22	8,06	85,1	80,0
<i>Sds Valdarno inf.</i>	13,02	0,16	12,86	84,5	80,6
12 - Viareggio	3,8	-3,61	7,41	83,8	78,5
Regione Toscana	5,25	-2,37	7,62	84,8	79,7
Indicatore	SM.demo.7	SM.demo.8	SM.demo.9	SM.demo.10	SM.demo.10
	Val.+elevati	Val.+elevati	Val.+elevati	Val.+elevati	Val.+elevati

¹ Le tabelle di questo paragrafo riportano i valori della altre Aziende UsI ed evidenziano le differenze regionali e zonali. Con il colore “giallo” si indicano i valori più elevati o più bassi della regione: i valori dell’indicatore per SdS vengono soltanto riportati, senza indicarne la graduatoria. Nell’ultima riga delle tabelle si riporta il codice dell’indicatore e l’ordine (valori + elevati o + bassi) dei primi 3 valori regionali (in giallo).

La mortalità, comunque inferiore al dato regionale (990,28 ogni 100.000 abitanti contro 1008,52 della Regione), e l'aspettativa di vita a 65 anni, più alta del dato regionale, lasciano prevedere un incremento dei grandi anziani con prevalenza soprattutto di soggetti di sesso femminile che hanno un'aspettativa di vita mediamente di 5 anni più alta rispetto agli uomini. Il tasso di mortalità prematura od evitabile è complessivamente inferiore al dato regionale (154,1 ogni 100.000 abitanti contro 160,4), pur con differenze tra le due SdS, ed altrettanto è basso il tasso di mortalità infantile (2,07 morti ogni 1000 nati rispetto al 2,44 della Regione).

Solo la mortalità per malattie cardiovascolari nella SdS del Valdarno Inferiore è da giudicarsi peggiore rispetto al dato regionale.

Tassi standardizzati di mortalità 2006/2008

Residenza	Mortalità generale	Malattie Cardio vascolari	Tumori	Cause accidentali e traumatismi	Morte prematura evitabile	Suicidi	Mortalità infantile
1 - Massa e Carrara	1040,12	404,97	315,26	40,66	176,74	81,04	2,27
2 - Lucca	1046,10	412,15	309,07	45,94	173,01	88,97	1,17
3 - Pistoia	999,00	413,84	306,07	41,98	162,75	90,97	1,94
4 - Prato	976,48	394,81	306,16	35,71	154,81	112,87	2,65
5 - Pisa	1007,81	411,65	299,7	41,01	152,69	87,95	2,42
6 - Livorno	1047,93	435,55	310,89	42,72	164,57	96,3	2,2
7 - Siena	991,01	407,23	295,31	38,76	155,3	146,21	2,6
8 - Arezzo	1006,82	400,35	296,32	45,03	150,79	108,75	3,43
9 - Grosseto	1064,18	403,62	316,85	52,42	171,25	98,62	2,27
10 - Firenze	964,53	351,29	299,96	41,7	155,67	97,4	2,42
11 - Empoli	990,28	410,76	284,19	34,41	154,14	94,85	2,07
<i>Sds Empoli</i>	<i>989,14</i>	<i>403,92</i>	<i>286,02</i>	<i>33,99</i>	<i>160,5</i>	Non Ril	<i>2,61</i>
<i>Sds Valdarno inf.</i>	<i>994,70</i>	<i>431,46</i>	<i>278,74</i>	<i>35,53</i>	<i>136,72</i>	Non Ril	<i>0,56</i>
12 - Viareggio	1095,26	418,14	342,89	29,87	180,79	95,19	4,12
Regione Toscana	1008,52	397,27	304,65	41,38	160,43	Non Ril	2,44
Indicatore	SM.salute.1	SM.salute.2	SM.salute.3	SM.salute.4	SM.salute.5	SM.salute.6	SM.salute.10
	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi

La nascita

Il dato delle due Società della Salute, misurato attraverso il tasso di mortalità infantile, ci vede nella condizione che dovrebbe essere tipica delle comunità tecnicamente e socialmente avanzate con adeguata dotazione di servizi. La differenza del tasso di mortalità tra la SdS di Empoli e la SdS Valdarno Inferiore (rispettivamente 2,61/1000 e 0,56/1000) non debbono indurre alcuna conclusione affrettata perché, trattandosi di piccoli numeri, anche un solo evento potrebbe modificare notevolmente l' indicatore.

Da contrastare la tendenza all'aumento dei parti cesarei, passati dal 19,45 % del 2008 al 22,50% del 2010, e correggere il ricorso a strutture extra-aziendali per il parto, cosa che avviene nel 32,57% dei parti nel 2010 rispetto ad una media regionale del 17,02.

Percorso nascita	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	Azienda Usl 11	Regione Toscana
nati nel 2010	1.698	696	2.394	32636
% nati di cittadinanza non italiana	24,85%	20,55%	23,60%	17,97%
% nati gravemente sotto peso (2008-10)	0,75%	1,43%	0,88%	0,90%
Tasso mortalità neonatale (x 1000)	1,99	0	1,45	1,94
età media al primo parto italiane	ND	ND	32,6	ND
età media al primo parto straniere	ND	ND	26,6	ND
tasso di ospedalizzazione per IVG	9,79	9,47	0,1	9,05
IVG in minori	ND	ND	6 (1,7%)	ND
età media IVG italiane	ND	ND	30,8	ND
età media IVG straniere	ND	ND	29,3	ND

Da contenere il ricorso all'IVG che vede la nostra azienda, insieme con l'asl di Siena, uniche con tassi in aumento rispetto all'intera Toscana (tasso 2009, 7,29/000, tasso 2010 , 8/000, toscana 7,34/000).

Sempre esaminando gli indicatori, da considerare che a fronte di buoni tassi di accesso ai consultori (287,57/000 empolese valdelsa, 290,33/000 valdarno inf., 271,97 /000 Toscana) la frequenza al

consultorio giovani e all'area contraccezione sono inferiori al data medio regionale (contraccezione: empolesse valdelsa 18,60 /000, valdarno inf. 14,98/000, Toscana, 24,03 /000; giovani: empolesse valdelsa 56,75/000, valdarno inf. 59,50 /000,Toscana 60,51/000). Altrettanto, mentre l'adesione ai corsi di preparazione alla nascita è superiore al dato medio regionale (empolesse valdelsa 39,34 /000, valdarno inf., 34,51/000, Toscana 26,43 /000) nettamente più bassa è la frequenza al consultorio post-partum (empolesse valdelsa 31,67/000, valdarno inf. 33,50, Toscana 52,49/000), in parte sicuramente dovuta all'elevato numero di nascite avvenute fuori azienda.

I minori

Nelle tabelle che seguono è indicato il ricorso ai servizi offerti dalle amministrazioni locali e dall'Azienda Usl 11 riguardanti la popolazione minorile. Dove è stato possibile il dato è stato confrontato con la media regionale.

I Minori e i servizi offerti	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	Azienda Usl 11	Regione Toscana
Minori e famiglie prese in carico dai servizi sociali	2.090	907	//	ND
% su popolazione residente 0-18	7,32%	8,10%	//	ND
di cui stranieri	28,3%	24,4%	//	ND
minori in assistenza domiciliare (socio-educativa e socio assistenziale)	166	302	//	ND
Minori in strutture semiresidenziali	34	0	//	ND
Minori e madri in strutture residenziali	63	10	//	ND
Minori in affidamento familiare	75	49	//	ND
Minori seguiti per maltrattamento	86	159	//	ND
Minori con disabilità supportati in ambito scolastico	427	58	//	ND
Minori in carico ai servizi Neuropsichiatria Infantile	ND	ND	3.010	ND
di cui per disturbi del linguaggio e delle abilità scolastiche	ND	ND	814	ND
di cui handicap neuromotorio	ND	ND	204	ND
di cui in condizioni di gravità	ND	ND	80%	ND
Minori in trattamento presso Ser. T. (tra 15 e 18 a)	ND	ND	44	ND
% insuccessi scolastici scuola primaria	0,2%	0,9%	ND	ND
% insuccessi scolastici scuola secondaria I°	6,9%	6,9%	ND	ND
% insuccessi scolastici scuola secondaria II°	13,2%	12,8%	ND	ND

Nei servizi per la prima infanzia le due SdS hanno raggiunto buoni livelli di copertura del fabbisogno (vedi capitoli 6 e 7).

L'adolescenza

Le amministrazioni locali e le strutture sanitarie entrano in contatto con i soggetti in età adolescenziale solo quando divengono evidenti problemi non più affrontabili individualmente o che hanno esitato in reali patologie. Prima di tali manifestazioni c'è tuttavia un tempo ed una serie di luoghi nei quali non siamo stati in grado di intervenire con azioni di aiuto, magari non richieste, ma che sarebbero state utili e la cui utilità potrebbe essere dimostrata proprio dal variare in diminuzione di quei dati che possiamo accettare come indicatori degli effetti del disagio degli adolescenti.

Nella ricerca dell'accettazione da parte del gruppo dei pari e dell'affermazione del sé prendiamo come elemento patologico l'avvicinarsi a sostanze di abuso e l'infortunistica stradale senza trascurare tuttavia l'apprendimento dell'abitudine al fumo che, pur non dando origine ad episodi acuti, si rivelerà poi un comportamento con effetti dannosi rilevanti per la salute.

Relativamente alle sostanze da abuso, da porre particolare attenzione al fatto che nella fascia di età 15-19 (20 nuovi ingressi al Sert nel 2010 che si aggiungono ai 21 della fascia 20-29) prevalgono di gran lunga le ragazze. Anche l'uso pericoloso di alcool e l'abitudine al fumo hanno particolare rilievo nelle età giovanili e riguardano anche gli adolescenti. Nell'età 18-34 oltre il 19% degli intervistati nell'indagine PASSI dichiara di aver guidato dopo l'uso eccessivo di alcool e tale percentuale raggiunge il 22,8% nei soggetti con età compresa tra i 18 ed i 24 anni. Sono maggiormente gli uomini (18 a 7) che adottano tali comportamenti. Sempre nell'età 18-34 l'abitudine al fumo riguarda il 38 % degli intervistati contro il 28, 4 dell'intero campione.

L'interruzione volontaria della gravidanza non riguarda le fasce adolescenziali che rappresentano abbastanza stabilmente nel tempo meno del 2% di tutte le IVG (dato asl 2010, 1,7%).

Gli incidenti stradali rappresentano rispettivamente la seconda e la prima causa di morte per le età 0-19 anni nella SdS di Empoli e nella SdS Valdarno Inferiore ; raggiungono infatti nell'empolese l' 8,7% e nel Valdarno Inferiore addirittura il 30%. Il dato si inverte per le età comprese tra 20 e 34 anni dove nell'empolese valdelsa la mortalità per incidenti raggiunge il 43,5% ed il 36,8% nel Valdarno Inferiore pur a fronte di un dato regionale del 48,3%. Questa grande variabilità è legata ai piccoli numeri che non rendono statisticamente significativo il dato percentuale.

Un ulteriore elemento da non trascurare, valutato che nell'identificazione del sé può costituire disagio anche la non aderenza formale ai modelli di riferimento diffusi o riconosciuti come positivi , la prevalenza di soggetti in sovrappeso. Nel campione PASSI le percentuali raggiungono in entrambe le SdS il 41% con l'8,5% di obesità, anche se le prevalenze aumentano nell'età più avanzate.

Gli adulti

Nella fascia di età classificata come adulti rientrano tutti i soggetti di età compresa tra i 19 ed i 65 anni. In termini numerici è la fascia più numerosa ed è quella nella quale si strutturano una parte dei problemi che determineranno poi un elevato accesso ai servizi socio-sanitari negli anni successivi. Gli adulti rientrano tuttavia nell'osservazione dei servizi solo per dati di mortalità evitabile, quando appartengano a specifiche classi di cronicità, quando appartengano a target di rischio o si trovino in situazioni di disagio sociale. Sono invece soggetti sui quali si dovrebbe focalizzare molto l'attività non solo sanitaria, ma anche quella utile a creare una capacità di accesso ed uso dei servizi stessi tale da garantire che le risorse disponibili possano essere finalizzate alla migliore utilità.

Analizzando la soddisfazione per la qualità dei servizi constatiamo, infatti, che i soggetti adulti sono quelli che spesso dimostrano un giudizio scarso sui servizi, il più delle volte senza averli nemmeno sperimentati, sono quelli più suscettibili a spostamenti al di fuori dell'azienda sanitaria per ricercare risposta alle loro esigenze, sono i più critici relativamente alle liste di attesa e spesso i meno aderenti alle terapie che vengono loro proposte ed ai consigli relativi alla modifica di stili di vita.

Nella nostra azienda abbiamo ambiti di dimostrata compliance dei cittadini rappresentati , ad esempio, dalla adesione alle attività di screening o dall'andamento della spesa farmaceutica e dal basso tasso di ospedalizzazione, ma abbiamo al tempo stesso la dimostrazione della necessità d'intervenire sul rapporto di fiducia, considerata l'alta percentuale di fughe o la valutazione negativa dei servizi di pronto soccorso da parte dei cittadini a fronte di valori degli indicatori oggettivi in media con i dati regionali.

L'insufficienza di risposte trasforma una necessità diffusa in un problema emergente per i più deboli e ne è dimostrazione la concentrazione nel settore del sostegno al reddito o del sostegno all'abitare, che rappresenta una parte importante dell'impegno socio-assistenziale nei confronti della popolazione adulta.

ADULTI 2010 (popolazione 18 - 64 anni)	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	Azienda Usl 11	Regione Toscana
popolazione 18-64	107.372	42.206	149.578	2.310.601
% su popolazione totale	62%	63%	62%	62%
di cui stranieri	14%	11%	14%	12%
adulti farmacotossicodipendenti in carico al SerT	562	180	742	ND
di cui con primo accesso al SerT	ND	ND	63,39%	ND
adulti alcoolisti in carico al SerT	ND	ND	145	ND
adulti tabagisti in carico al SerT	ND	ND	56	ND
tasso di ospedalizz per malattie psichiatriche (x 1000)	2,46	2,56	2,5	3,61
tasso ricoverati per malattie psichiatriche (x 1000)	1,8	1,76	1,8	2,48
adulti presi in carico dai servizi sociali	1.768	773	//	ND
di cui stranieri	31,33%	16,82%	//	ND
misure di sostegno al reddito erogate	627	213	//	ND
di cui finalizzate all'alloggio	38%	16%	//	ND
di cui finalizzate al sostegno al reddito	62%	84%	//	ND
utenti accolti per emergenza abitativa	450	69	//	ND
violenza di genere: donne prese in carico per maltrattamento 2011 - 2012	57	17	74	ND

Un aspetto particolare di problemi riferiti alla popolazione adulta è rappresentato dal capitolo 8 “Violenza di Genere” che riporta i dati regionali e zionali su un fenomeno che richiede particolare attenzione.

Gli anziani ed i grandi anziani

Gli ultra sessantacinquenni, che costituiscono la popolazione anziana, mostrano distribuzioni diverse nei vari comuni delle due SdS. In generale, tuttavia, la percentuale degli ultra65 raggiunge il 23% nella SdS di Empoli ed il 21% nella SdS del Valdarno inferiore. Di questi tra il 12 ed il 13% hanno più di 85 anni andando a costituire il gruppo dei grandi anziani, dove le donne sono rappresentate in proporzione di tre ad uno rispetto agli uomini. Tra le due SdS esistono differenze, infatti nel Valdarno Inferiore i grandi anziani sono mediamente in minor numero rispetto che nel resto della Regione, contrariamente a quanto avviene, invece, nella SdS di Empoli.

Lo stesso tipo di rapporto lo si ha anche rispetto alla condizione di vita da soli nell'intera classe degli ultra65.

L'aspettativa di vita nell'intero territorio a 65 anni è di 18,63 anni per gli uomini e di 22,18 anni per le donne.

Partendo dai dati di popolazione cerchiamo di comprendere le dimensioni dei vari gruppi di anziani.

Relativamente alla popolazione compresa tra 65 e 85 anni dobbiamo aspettarci una richiesta di ricovero pari a circa 10.000 ricoveri ospedalieri, eseguiti in azienda nel 68,4% dei casi. Gli ultra 85 richiedono invece circa 3.100 ricoveri ospedalieri effettuati in azienda nell'86,5 % dei casi.

Sulla base dei dati di ricovero del 2011 l'offerta aziendale di circa 19.000 ricoveri per oltre 11.000 casi riguarderà soggetti con più di 65 anni che rappresentano, pertanto, l'utenza ospedaliera prevalente.

I soggetti con più di 65 anni sono anche coloro che hanno il maggior bisogno di prestazioni di diagnostica e di terapia farmacologia.

ANZIANI 2010 (popolazione >65 a)	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	Aziendal Usl 11	Regione Toscana
Totale ultra 65enni	38.249	13.763	52.012	872.766
di cui ultra75enni	54,48%	51,40%	ND	51,58%
indice di vecchiaia	158,8	146,36	155,3	182,89
speranza di vita a 65 anni donne	22,27	22,09	21,96	18,35
speranza di vita a 65 anni uomini	18,71	18,51	18,42	22,08
indice di supporto dei grandi anziani	11,5	10,3	11,35	11,12
anziani presi in carico dai servizi sociali	2.551	1.437	//	ND
di cui non autosufficienti	80%	49,41%	//	ND
misure di sostegno al reddito erogate	136	105	//	ND
misure di sostegno alla domiciliarità erogate	2.094	706	2.800	ND
servizi semiresidenziali erogati	134	31	165	ND
servizi residenziali erogati	550	118	668	ND
Persone in lista di attesa per RSA ricovero	17	2	19	ND

Sul versante socio-sanitario è evidente che le 668 prestazioni riferite all'inserimento definitivo in residenze a livello aziendale rappresentano il peggior rapporto costi-efficacia pur non essendo, in molti casi, sostituibili da altra prestazione. Il costo di tale intervento, infatti, ha superato nel 2010 i 10 milioni di euro.

L'offerta di servizi alla popolazione anziana è stata integrata, a partire dal 2009, dalle risorse messe a disposizione dal Fondo per la Non Autosufficienza che ha permesso di incrementare in modo importante la tipologia e la quantità di prestazioni erogate su entrambi i territori delle SdS. Allo stesso tempo le nuove procedure di valutazione per l'accesso alle prestazioni implementate nell'ambito del progetto regionale per la non autosufficienza, che prevedono l'intervento di diverse professionalità per l'analisi del

bisogno e la successiva presa in carico, hanno permesso di ottimizzare il rapporto tra bisogno assistenziale ed erogazione di prestazioni.

PROGETTO NON AUTOSUFFICIENZA 2011 e 2012				
	SDS Empoli		SDS Valdarno Inferiore	
ANNO	2011	2012	2011	2012
N. eventi segnalazione del bisogno	4.707	5.033	2.174	1.752
N. eventi valutazioni in UVM	421	1.821	140	674
N. eventi nuove valutazioni in UVM	N.R.	855	N.R.	295

Un ambito specifico sul quale porre attenzione è la qualità dei servizi da assicurare per i pazienti in fine vita. La mancanza attuale dell'hospice impedisce l'espletamento dell'assistenza residenziale ma non diminuisce la possibilità di assistenza svolta al domicilio del paziente.

La disabilità

La disabilità si presenta raramente come un ambito monodisciplinare e richiede, per consentire il più possibile percorsi di vita autonoma, una presa in carico che non può prescindere da forti volontà inclusive delle collettività.

DISABILI 2010	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	Azienda Usl 11	Regione Toscana
tasso di disabilità	11,2‰	6,3‰	ND	13,7‰
tasso di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità	50,10%	43,20%	ND	48,40%
persone disabili in carico ai servizi sociali	1.126	434	//	ND
di cui stranieri	3,29%	8,99%	//	ND
misure di sostegno al reddito	41	66	//	ND
servizi semiresidenziali	197	89	//	ND
Trasporto verso i centri diurni	143	96	//	ND
servizi residenziali	49	31	//	ND
misure di sostegno alla domiciliarità	165	109	//	ND
assistenza specialistica scolastica	191	58	//	ND
Misure per percorsi di autonomia e integrazione sociale	237	90	//	ND

L'ingresso di circa il 10% di nuovi casi ogni anno dimostra l'estensione del problema. E' infatti necessario considerare che i casi prevalenti saranno in costante aumento per l'aumentata capacità di assistenza e per l'ingresso nei processi assistenziali di nuovi profili patologici che ne erano, fino ad adesso, parzialmente esclusi come, ad esempio, l'autismo negli adulti.

1. PROFILO DEMOGRAFICO²

I dati demografici rappresentano uno dei principali elementi utili a definire i bisogni sanitari di una specifica popolazione, sia in termini quantitativi (potenziale numero di cittadini da assistere) che qualitativi (identificando le necessità sanitarie dei sottogruppi di popolazione - per classi di età, genere, gruppi etnici ecc.).

1.1 Popolazione residente

Le Società della Salute di Empoli e del Valdarno Inferiore costituiscono i due ambiti territoriali dell'Azienda Usl 11 e si estendono complessivamente su una superficie di 933,30 Km², con una popolazione di 241.166 abitanti ed una densità territoriale pari a 258,4 abitanti per Km².

Comune / SDS	2007	2008	2009	2010	Inc% 2010 2007
Capraia e Limite	6.705	6.843	6.970	7.272	8,5
Castelfiorentino	17.809	17.813	17.919	17.958	0,8
Cerreto Guidi	10.261	10.332	10.419	10.721	4,5
Certaldo	16.053	16.242	16.297	16.343	1,8
Empoli	46.444	46.854	47.181	47.955	3,3
Fucecchio	22.297	22.668	23.182	23.496	5,4
Gambassi Terme	4.834	4.854	4.890	4.929	2,0
Montaione	3.667	3.701	3.700	3.773	2,9
Montelupo F.no	12.606	13.032	13.404	13.691	8,6
Montespertoli	12.723	12.978	13.249	13.452	5,7
Vinci	14.321	14.314	14.375	14.582	1,8
SDS Empolese	167.720	169.631	171.586	174.172	3,8

Castelfranco di Sotto	12.188	12.420	12.719	13.247	8,7
Montopoli Valdarno	10.651	10.855	11.012	11.220	5,3
San Miniato	27.431	27.805	28.011	28.257	3,0
S.Croce sull'Arno	13.012	13.282	13.600	14.270	9,7
SDS Valdarno Inf.	63.282	64.362	65.342	66.994	5,9

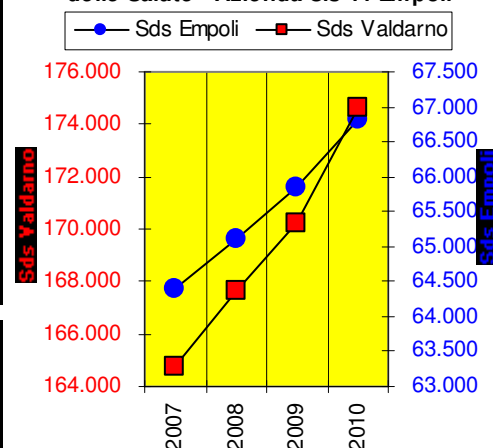
Incremento TOTALE	231.002	233.993	236.928	241.166	4,4
--------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	------------

La popolazione residente per comune e l'evoluzione temporale (Indicatore SM.demo.1)

La **SdS di Empoli**, costituita da 11 comuni, si estende nella parte ovest della provincia di Firenze, con una superficie di 735,54 Km² ed una popolazione al 31/12/2010 di 174.172 unità, dei quali 84.591 maschi (48,57%) e 89.581 femmine (51,43%). La densità del territorio è di 236,75 abitanti/Km². La distribuzione della densità abitativa mostra valori più elevati nei comuni di Empoli, Montelupo e Fucecchio.

La **SdS Valdarno Inferiore** costituita da 4 comuni, si estende nella parte est della provincia di Pisa, con una superficie di 197,8 Km² ed una popolazione al 31/12/2010 di 66.994 unità, dei quali 33.107 maschi (49,42%) e 33.887 femmine (50,58%). La densità del territorio è di 338,7 abitanti/Km². La distribuzione della densità abitativa mostra valori nettamente più elevati nel comune di Santa Croce.

Popolazione nel tempo, per Società delle Salute - Azienda Usl 11 Empoli



Dall'analisi dei dati demografici relativi all'ultimo decennio emerge un aumento costante della popolazione residente in entrambe le SdS che si posizionano al di sopra rispetto alla crescita media regionale: al 31/12/2010 i residenti in più rispetto all'anno precedente sono 1.652 per la SdS Valdarno Inferiore (incremento del 2,5 %) e 2.586 per la SdS di Empoli (incremento del 1,5 %)³. L'incremento più elevato di popolazione si ritrova a S.Croce sull'Arno (9,7%), Castelfranco di Sotto (8,7%) e Montelupo Fiorentino (8,6%).

1.2 Le principali componenti dell'accrescimento della popolazione

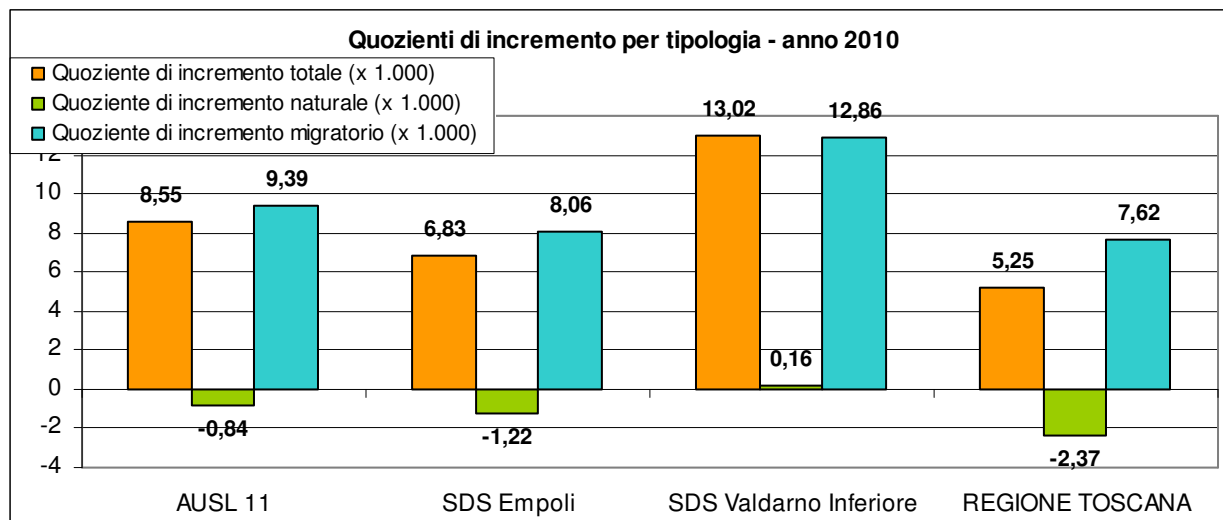
(Indicatori SM.demo.7, SM.demo.8 e SM.demo.9)

Le due SdS presentano il valore di incremento della popolazione più elevato della Regione Toscana (88,5 x 1.000) e la SdS Valdarno Inferiore il più elevato in assoluto. Il tasso di incremento totale annuo di una popolazione è il risultato delle dinamiche naturali di accrescimento (tassi natalità/mortalità) e degli spostamenti migratori (in entrata e in uscita) su un territorio.

² A cura di Alberto Silva (UOS Educazione alla Salute Azienda Usl 11 di Empoli).

³ L'incremento percentuale è definito come $(\text{pop. 2010} - \text{pop. 2007}) / \text{pop. 2007} \times 100$

Dall'analisi dei dati 2010 emerge che il **quoziente di incremento naturale** è positivo nella SdS Valdarno Inferiore (una delle tre zone migliori di tutta la Toscana) mentre è negativo nella SdS di Empoli, anche se con valori migliori rispetto alle medie regionali, mentre il **quoziente di incremento migratorio** è positivo in entrambe le SdS. Ne consegue che nella SdS di Empoli il costante accrescimento della popolazione degli ultimi anni è dovuto prevalentemente al saldo migratorio, mentre nella SdS Valdarno Inferiore la popolazione cresce sia per i migranti, sia per un saldo naturale positivo.

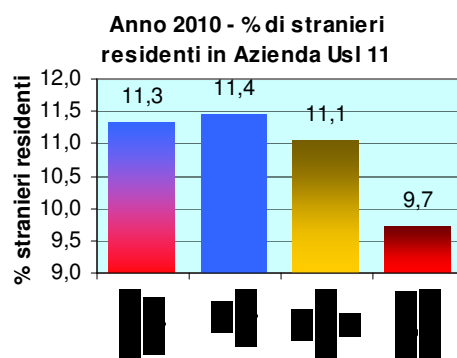
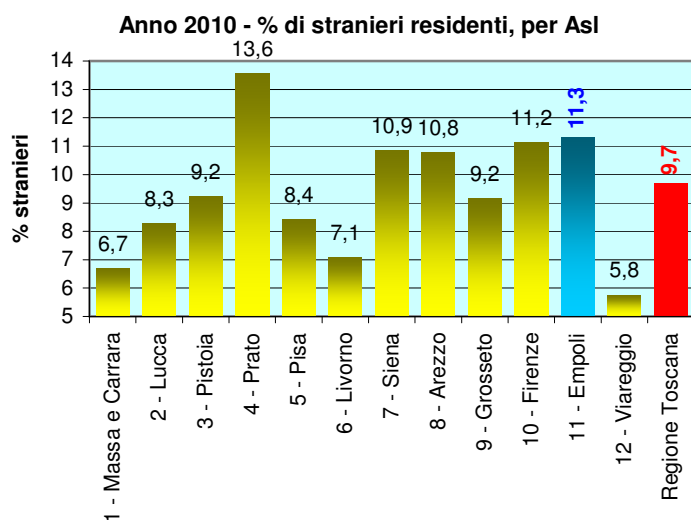


Fonte: Ars Toscana

1.2.1 Stranieri residenti

Indicatore SM.demo.6

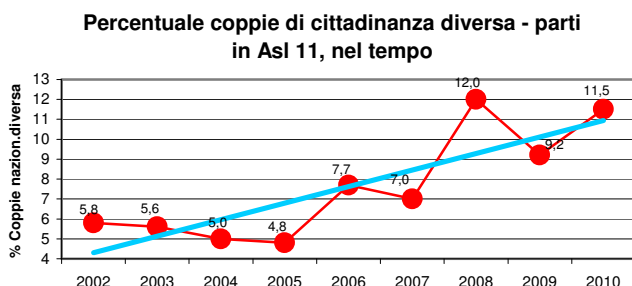
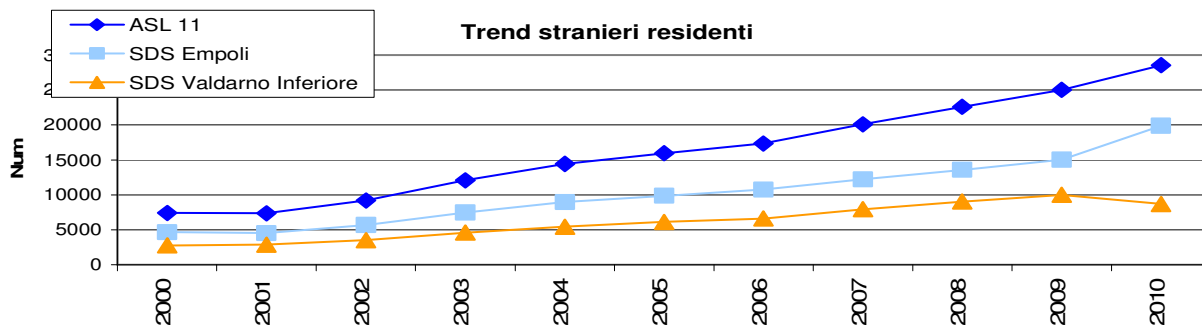
Le SdS di Empoli e Valdarno Inferiore presentano una percentuale di residenti stranieri particolarmente alta, tanto che l'Azienda UsI 11 è la seconda azienda sanitaria della Toscana nella graduatoria della presenza straniera residente, con un valore pari all'11,3%, di poco inferiore a Prato.



La percentuale di residenti stranieri nelle due SdS nel 2010 è pari a 11.4% nell'empolese valdelsa e all'11.1% nel Valdarno Inferiore.

E' ampiamente osservato in tutte le realtà demografiche che la presenza degli stranieri si ripercuote con effetti diversificati sui principali indicatori demografici: accresce il tasso di natalità e riduce l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza anziani.

Un'analisi più approfondita del fenomeno migratorio è stata effettuata per ogni singola SdS ai capitoli 6 e 7.

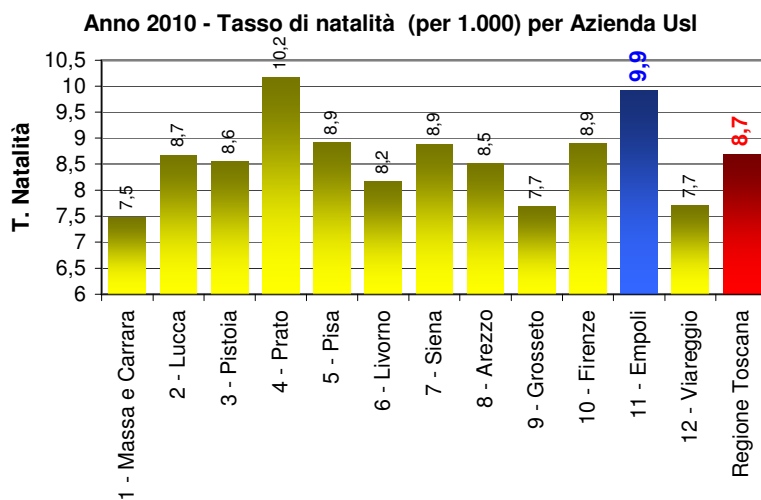


Il grafico a fianco riporta la percentuale di nati sul territorio dell'Azienda Usl 11, dal 2002 al 2010, da genitori di nazionalità diversa ed evidenzia come tale valore sia aumentato nel tempo (dati dell'archivio sanitario del Certificato di Assistenza al Parto (CAP) flusso DOC regionale). Le coppie miste, in continuo aumento, sono per il 9.9% composte da donne italiane e per l'84.9% composte da uomini italiani. Questo elemento costituisce uno dei tanti segnali per misurare il livello di integrazione delle nostre Comunità.

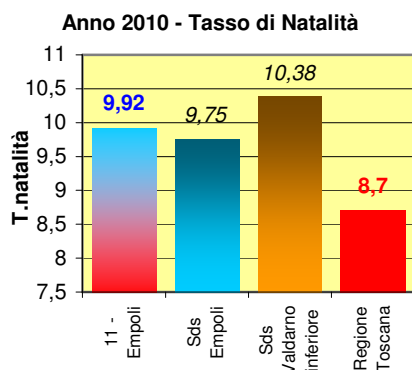
1.2.2 Natalità

Indicatore SM..demo.3

Entrambe le SdS si posizionano positivamente con un tasso di natalità (*nati vivi/1000 residenti nello stesso anno*) che supera il valore regionale (pari a 8.7) di poco più di 1 punto percentuale per la SdS di Empoli (tasso del 9.75) e di quasi 2 punti percentuali per la SdS del Valdarno inferiore (tasso del 10.38).



Nell'Asl 11 di Empoli e nell'Asl 4 di Prato, nel 2010, si rilevano i tassi più elevati della Regione. Se prendiamo in considerazione le SdS della nostra Azienda, il valore più elevato è quello del Valdarno Inferiore, che corrisponde al valore più elevato in assoluto della Regione Toscana.



La natalità è fortemente determinata dai flussi migratori, poiché sono questi a determinare le variazioni più ingenti sul numero dei residenti. Infatti nel 2010 i nuovi nati di cittadinanza non italiana sono il 24,85% nella SdS di Empoli e il 20,55% nella SdS Valdarno Inferiore (23,6% ASL 11) contro il 17,97% della Regione Toscana (Fonte Ars Toscana).

1.2.2.3 Rapporto tra natalità e immigrazione

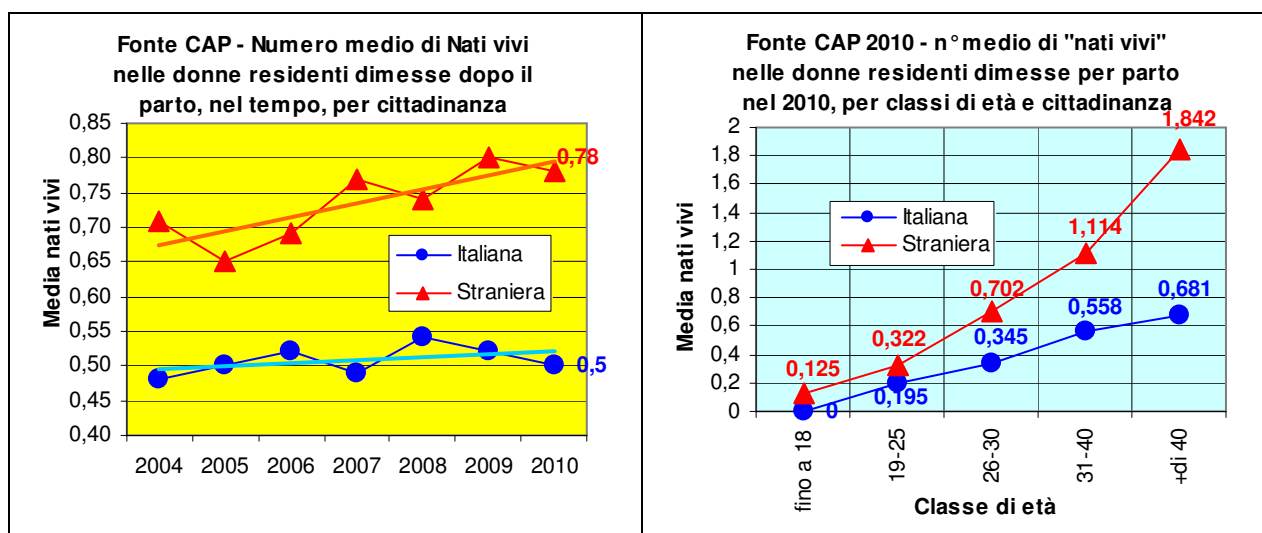
Facendo riferimento agli archivi CAP (Certificato di Assistenza al Parto – flusso DOC regionale) dei flussi informativi tra ASL e Regione Toscana e considerando le donne residenti nel territorio che hanno partorito negli ultimi 7 anni in qualsiasi struttura sanitaria, anche extra-Azienda Usl 11, è possibile calcolare annualmente la media di figli (i nati vivi) per singola donna suddivisa per cittadinanza.

Il risultato di questa analisi riferisce un trend crescente delle nascite, ma con un numero medio di figli che cresce in modo più evidente per le straniere (da circa 0.7 figli a quasi 0.8), mentre per le italiane è osservabile una quasi totale assenza di un significativo incremento temporale.

In ciascuno degli anni considerati, si rileva un numero medio di figli superiore tra le cittadine straniere rispetto alle italiane: nel 2010 si stimano circa 80 figli ogni 100 donne straniere (valore medio di figli = 0.78) contro i 50 ogni 100 donne italiane (valore medio = 0.5).

Se prendiamo in considerazione anche l'età delle donne residenti che accedono alle strutture sanitarie per partorire, possiamo rilevare che oltre i 40 anni le residenti straniere hanno quasi 2 figli a testa contro 1 figlio ogni 2 donne residenti di nazionalità italiana.

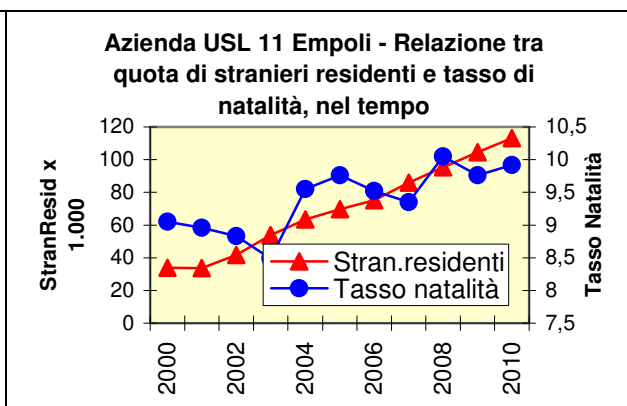
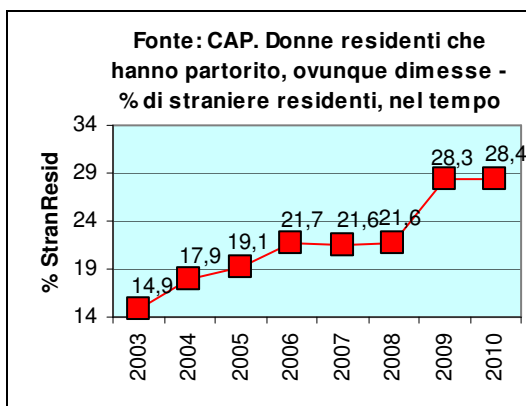
Pur nella semplificazione del metodo e nella scelta di prendere in considerazione le donne residenti che accedono agli ospedali per partorire, si può dire che le donne straniere tendono a avere figli 3 volte più delle italiane, con tutte le ricadute sulla natalità, sull'incremento della popolazione, sulla diminuzione dell'indice di vecchiaia o di dipendenza anziani e su altri importanti indicatori.



Utilizzando sempre l'archivio del Certificato di Assistenza al Parto (CAP) si rileva un incremento rilevante dalla quota percentuale delle donne residenti di cittadinanza straniera, ovunque dimesse.

Dal 2003 al 2010 la percentuale di residenti straniere che hanno partorito è raddoppiata: nel 2010 circa una donna residente su tre era di cittadinanza straniera.

Mettendo a confronto i dati totali dell'Azienda Usl 11 di Empoli sulla quota di straniere e il tasso di natalità troviamo una relazione diretta per cui all'aumentare della quota di stranieri aumenta il tasso di natalità generale.

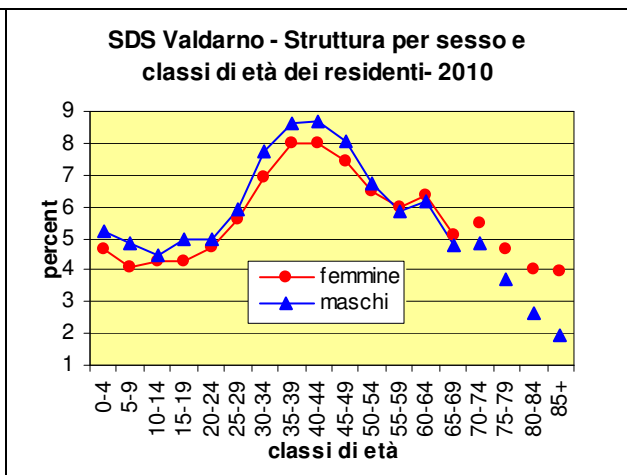
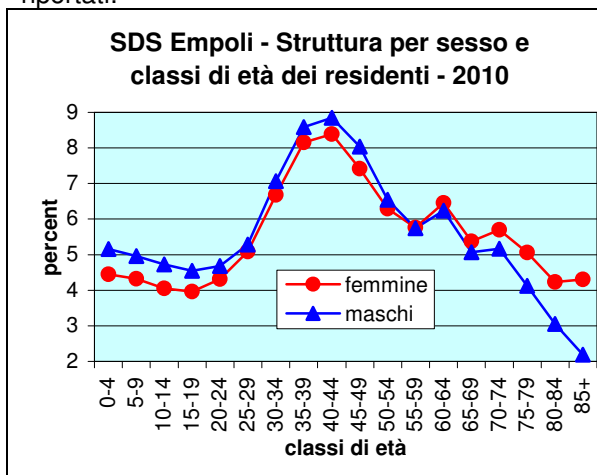


1.3 La struttura per età e sesso della popolazione

Indicatore SM.demo.2

Dall'analisi della struttura per età e sesso della popolazione è possibile ricavare elementi generali di conoscenza e informazioni sugli aspetti sanitari correlati, poiché in grado di fornire informazioni sul peso dei diversi gruppi di popolazione (es. giovani, anziani, donne in età fertile ecc.) portatori di specifici bisogni sanitari ed assistenziali.

La struttura per età e sesso della nostra popolazione viene rappresentata con i grafici a linee di seguito riportati:



Nella **SDS di Empoli** la popolazione 30-54 anni costituisce la quota più elevata.

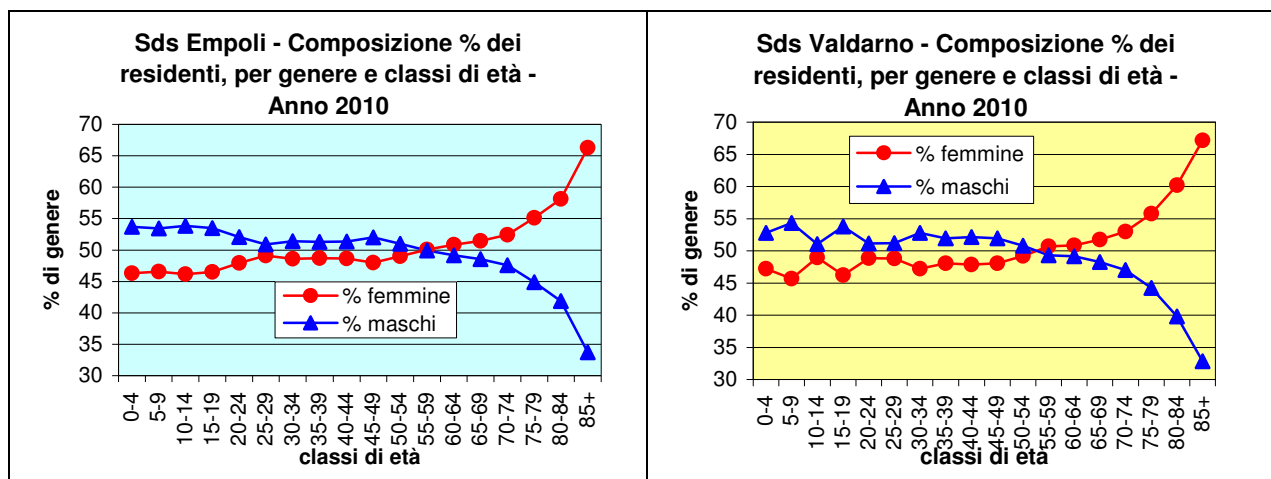
la distribuzione per classi di età mostra una percentuale più elevata di maschi da 0 a 20 anni per poi riunirsi con le femmine fino ai 64 anni, dopodiché si ha una quota maggiore di donne (ed una conseguente diminuzione dei maschi).

Questo scostamento è maggiormente visibile nel grafico "composizione percentuale dei residenti per classe di età e sesso" dove si ha una percentuale maggiore di maschi fino a 24 anni ed un aumento della percentuale di donne a partire dai 60 per giungere, tra gli ultra 85enni, ad una percentuale di donne di oltre il 65%. Le età più rappresentate sono attorno all'intervallo 30-54: dal grafico è evidente la maggior durata della vita nelle donne (l'aspettativa di vita - o "speranza" - è più elevata tra le femmine).

La stesse considerazioni generali valgono anche per i residenti della **SDS Valdarno Inferiore**, con poche differenze.

La quota più elevata di popolazione tra tra i 25 ed i 59 anni (con un profilo più rotondo del picco delle età).

Nel Grafico "composizione percentuale dei residenti per genere e classe di età" si può notare una valore percentuale di maschi più elevato fino alla classe 50-54 anni: da qui in poi la percentuale di femmine aumenta fino agli ultra 85enni.

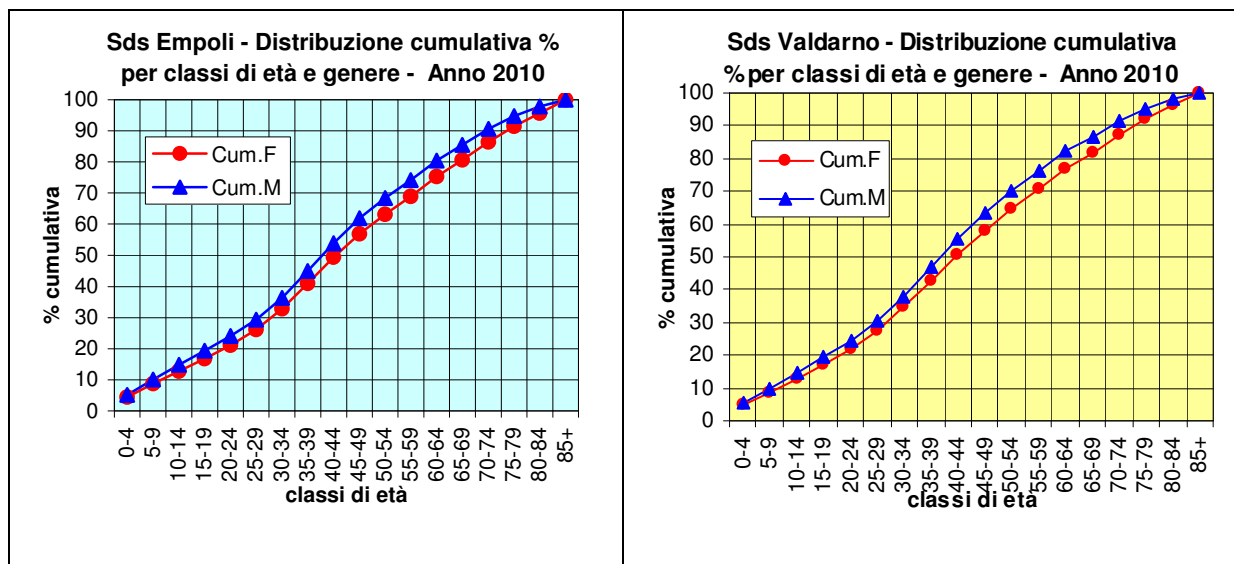


Nel grafico seguente i dati vengono riportati come sommatoria dei valori percentuali di ogni singola classe di età in modo da misurare il peso delle classi di età o gruppi di popolazione. In entrambe le SdS la suddivisione in classi rende molto simili le curve per sesso ma ad esempio si vede che la percentuale di cittadini tra 0 e 14 anni è circa il 15% e che la metà della popolazione si trova al di sotto dei 45 anni. Osservando attentamente le curve cumulative si possono rilevare delle differenze di distribuzione dell'età soprattutto comparando le differenze tra femmine e maschi.

Appare evidente la maggior durata della vita nelle donne (l'aspettativa di vita è più elevata tra le femmine) rappresentata da una coda della distribuzione più alta rispetto quella dei maschi.

Prendendo solo le femmine, si rileva una percentuale del 25% di ultra 65enni (in corrispondenza della classe di età "60-64" si trova il valore percentuale di 70 circa, per cui oltre i 64 anni si trova una percentuale uguale a $100 - 70 = 30\%$; i maschi ultra 64enni costituiscono invece il 15% della popolazione totale). Allo stesso modo si vede che poco più del 50% dei maschi ha una età tra 40 e 44 anni e un po' meno del 50% ne ha più di 45.

Una volta acquisito il criterio di calcolo è possibile, con il grafico della "distribuzione cumulativa percentuale", calcolare il valore della quota di popolazione che ci interessa.



1.4 La Speranza di vita alla nascita

Indicatore SM.demo.10

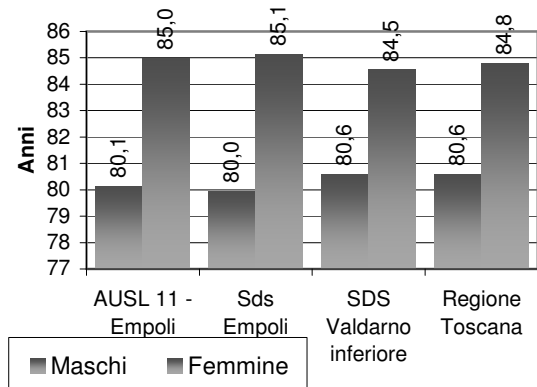
La speranza di vita alla nascita indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento e viene calcolata distintamente per maschi e femmine, a causa delle forti differenze di genere nelle probabilità di morte. Si tratta di un importante parametro per valutare il livello di benessere di un territorio e fornisce indicazioni sullo stato sociale, ambientale e sanitario della popolazione.

Tale indicatore ha presentato, almeno nelle aree civilmente più sviluppate, un progressivo incremento nei decenni passati, riflettendo, oltre al miglioramento della assistenza sanitaria, aspetti più generali legati

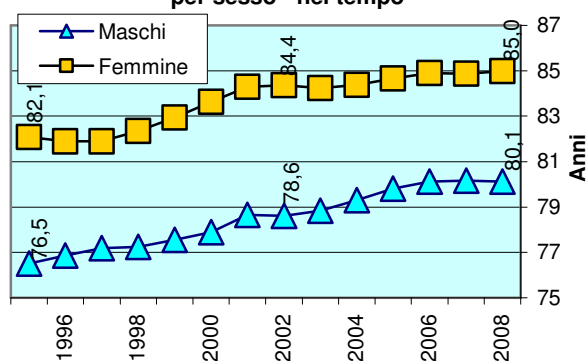
alle modificazioni dei livelli socio-economici e delle condizioni generali di vita della popolazione. In particolare, l'Italia è divenuto uno dei paesi del mondo con la più elevata speranza di vita alla nascita: tale valore per il 2010 è di 79,1 anni per i maschi e 84,3 per le femmine. (Fonte: World Health Statistics 2010).

A livello regionale si registrano valori superiori alla media nazionale: i maschi hanno una speranza di vita alla nascita nel 2008 pari a 79,65 anni, le femmine pari a 84,77 anni. Nelle due SdS di Empoli e Valdarno Inferiore la speranza di vita alla nascita (o anni teorici da vivere) assume valori elevati che (sulla base dei valori di mortalità registrati degli ultimi 3 anni) superano la media regionale sia per le femmine che per i maschi.

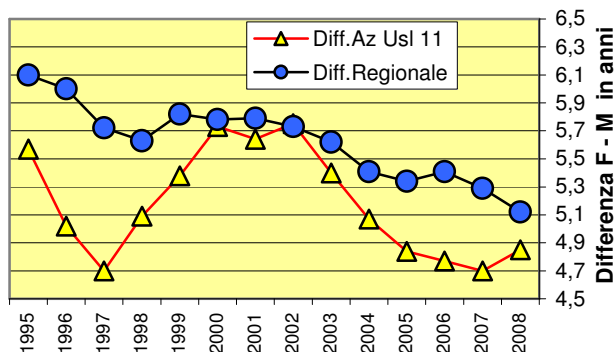
Anno 2008 - Speranza di vita alla nascita, per sesso e zona



Speranza di vita alla nascita, Azienda Usl 11, per sesso - nel tempo



Anno 2009 - Speranza di vita alla nascita, Differenziale tra Femmine e Maschi



La speranza di vita alla nascita ha fatto registrare un incremento rilevante negli anni, passando da 82,1 a 85,0 anni per le femmine e da 76,5 a 80,1 per i maschi. Nel periodo 1995-2008 le femmine hanno guadagnato 2,9 anni di vita contro i 3,6 dei maschi. La differenza (o differenziale) tra gli anni di vita attesa (speranza di vita) tra Femmine e Maschi, nel territorio dell'Azienda Usl 11, ha un valore di circa 5 anni che oscilla nel tempo (vedi triangolo giallo del grafico) da un massimo di 5,7 anni nel periodo 2000-2002, fino ai circa 4,7 del 2008. L'esiguità numerica della popolazione fa oscillare molto il valore

Se prendiamo invece i totali regionali (con numero maggiore di soggetti), si rileva una progressiva riduzione del differenziale età tra Femmine e Maschi, passando dal valore di 6 del 1995 a 5,1 anni del 2008. Le femmine vivono comunque circa 5 anni in più dei maschi, sebbene questa differenza diminuisca nel tempo.

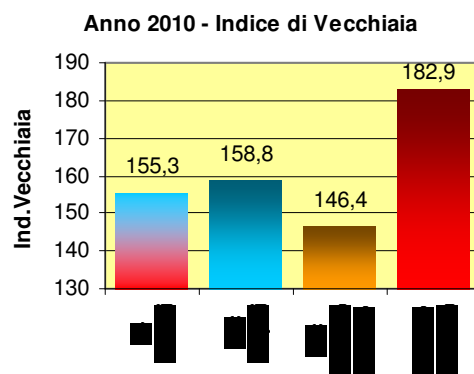
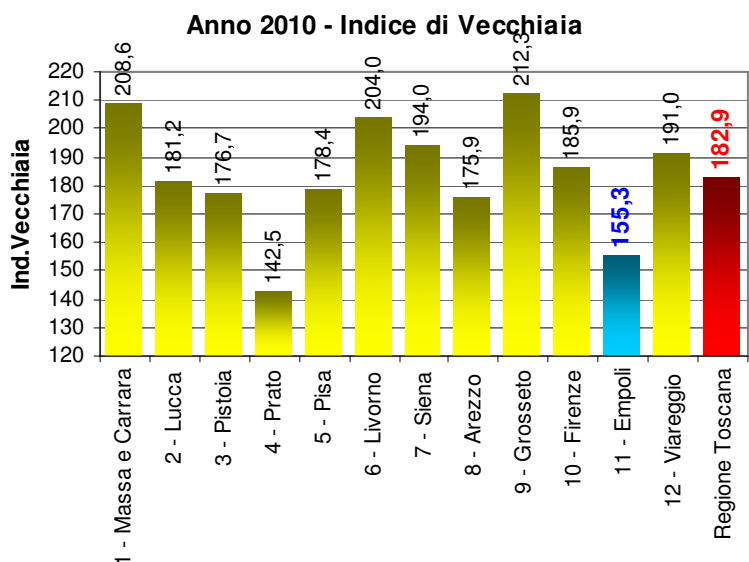
1.5 Il progressivo invecchiamento della popolazione

Indicatore SM..demo.4

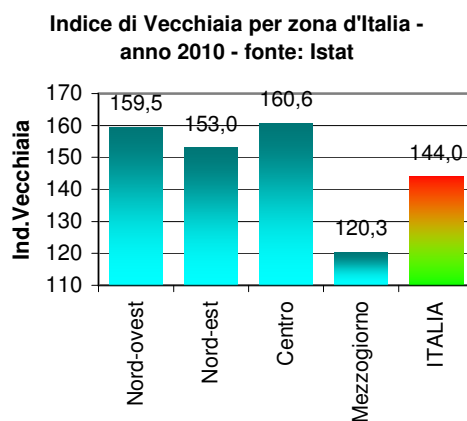
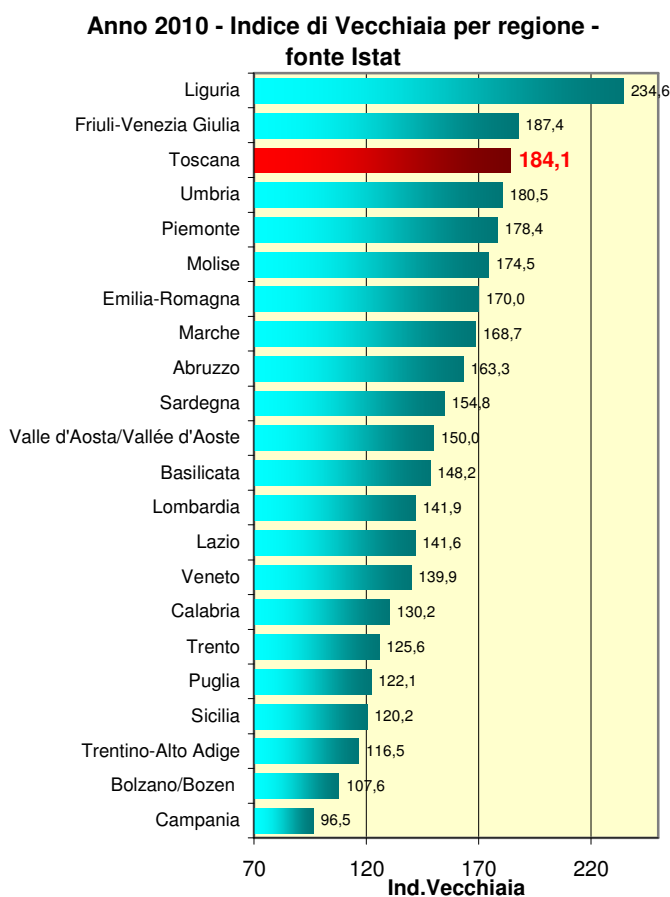
Un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione è l'indice di vecchiaia⁴ che rappresenta il rapporto tra popolazione di età pari o superiore a 65 anni ed infraquattordicenni.

A prescindere dalla situazione nazionale, il nostro territorio ha un valore dell'indice di Vecchiaia più basso del valore regionale toscano: l'Azienda Usl 11 di Empoli è al 2° posto tra i valori più bassi e tra le Sds è il Valdarno Inferiore ad avere l'indice meno elevato.

⁴ L'indicatore misura la quota di ultra 65enni sulla popolazione giovane (da 0 a 14 anni) e si calcola come "n° ultra 65enni / n° giovani 0-14 anni x 100". Quanto più alto è il valore dell'indice di vecchiaia quanto più c'è equilibrio nella popolazione tra giovani e anziani.

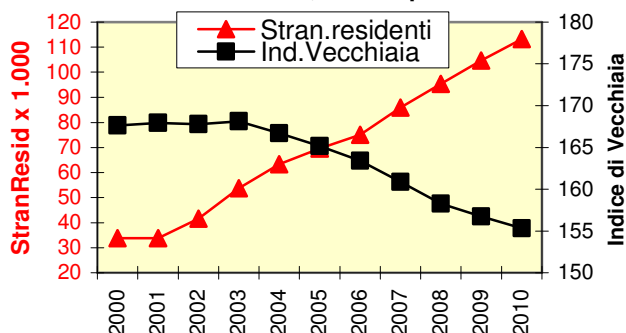


Se diamo uno sguardo generale alla situazione italiana i valori più elevati sono della Liguria: la Toscana si trova al 3° posto tra i valori più alti (vedi grafico "indice di vecchiaia per regione - anno 2010").



In una visione di sintesi il centro Italia ha il valore più elevato con scarti rilevanti rispetto al "mezzogiorno".

Azienda USL 11 Empoli - Relazione tra quota di stranieri residenti e indice di Vecchiaia, nel tempo



Se mettiamo in relazione l'Indice di Vecchiaia con la presenza di cittadini stranieri residenti (quota x 1.000 abitanti) si ottiene una relazione inversa: all'aumentare della quota di stranieri residenti si rileva un abbassamento dell'indice di vecchiaia.

L'effetto di diminuzione del valore di questo indicatore si è determinato dopo il 2003, quando la quota di stranieri ha superato il 50 x 1.000 (ovvero oltre la soglia del 5% sulla popolazione residente).

I dati sono riferiti a territorio dell'Azienda Usl 11 di Empoli.

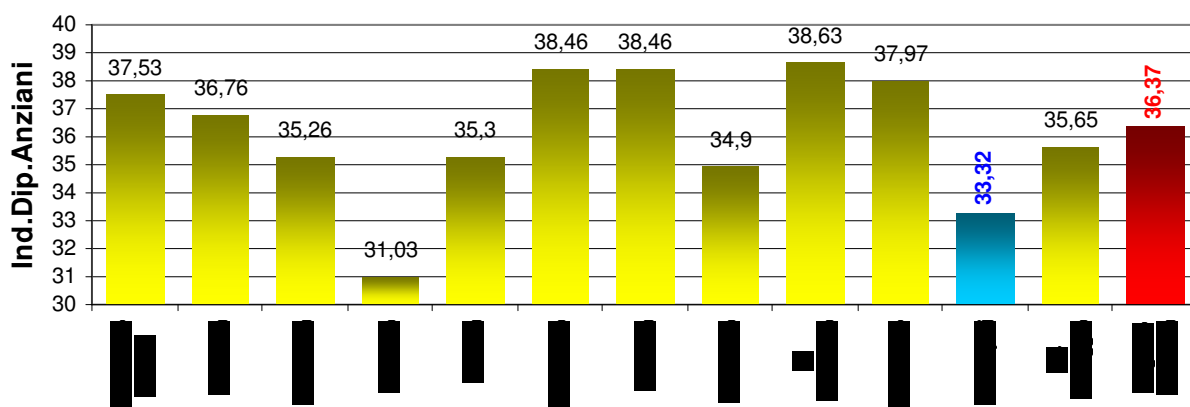
1.5.1 L'Indice di dipendenza anziani

Indicatore SM.demo.5

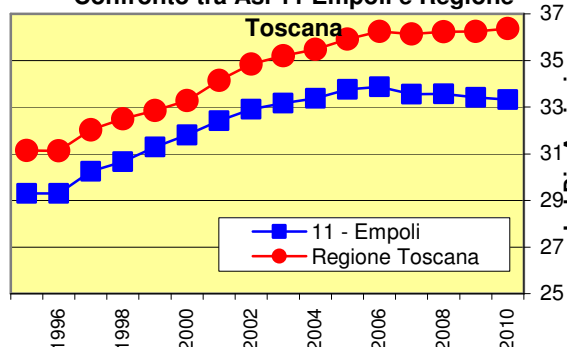
L'indice di dipendenza anziani indica il peso degli ultra 64enni sulla classe di età lavorativa (15-64 anni) e misura l'eventuale squilibrio generazionale nella popolazione.

L'Azienda Usl 11 registra il secondo valore più basso tra tutte le ASL della Toscana, dopo l'Azienda Usl 4 di Prato.

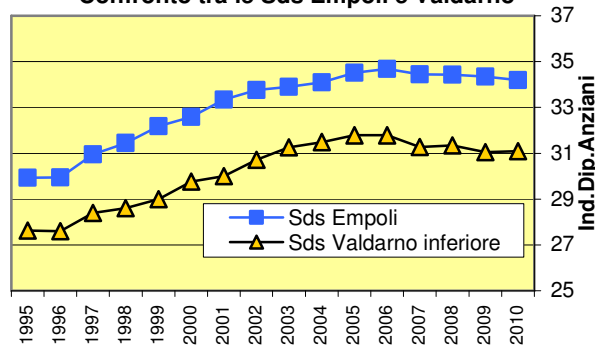
Anno 2010 - Indice di dipendenza Anziani, per AUsl



Indice di dipendenza Anziani nel tempo Confronto tra Asl 11 Empoli e Regione



Indice di dipendenza Anziani nel tempo Confronto tra le Sds Empoli e Valdarno



E' interessante una visione storica dell'andamento dell'Indice di dipendenza Anziani (vedi grafici sopra riportati) da cui emerge un incremento del valore, perlomeno dal 1995, con un rallentamento dal 2006. Il valore rilevato nel territorio dell'Azienda Usl 11 è sempre stato più basso del corrispettivo valore regionale e nel tempo, dopo il 2002, i valori si sono ulteriormente allontanati, con differenza crescente. Se il valore regionale toscano è cresciuto fino al 2006 e poi è rimasto stabile, nell'Azienda Usl 11 dal 2006 si osserva un'inversione di tendenza con una diminuzione.

Analizzando i dati delle due SdS, appare evidente che nel Valdarno Inferiore il valore è rimasto sempre più basso rispetto a quello della SdS Empoli e dal 2006 la diminuzione dell'indice si è reso più evidente.

2. DETERMINANTI DI SALUTE

La salute di una popolazione non dipende solo dalla presenza di un sistema sanitario di qualità accessibile universalmente, ma è anche il risultato dell'interazione degli individui, uomini e donne, con un ambiente fisico e sociale, in un dato contesto socio-economico e culturale (comportamenti, stili di vita, situazione professionale, atteggiamenti e rappresentazioni). Un tempo si riteneva che occuparsi di salute volesse dire organizzare un efficiente ed efficace sistema di assistenza medica a cui tutti potessero accedere. Oggi sappiamo che ciò non può bastare. La salute dipende anche e soprattutto dai comportamenti personali e dagli stili di vita, dal contesto di vita e di lavoro, dalle condizioni socio-economiche, culturali e ambientali. Ai determinanti non modificabili della salute (sesso, età, patrimonio genetico) si aggiungono i determinati individuali della salute e a questi si affiancano, con sempre maggiore enfasi, i determinanti socio-ambientali della salute.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%; lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%; l'eredità genetica per un altro 20-30%, e i servizi sanitari per il 10-15%.

In base alle percentuali sopra riportate, quindi, lo stato di salute di una popolazione sarebbe legato per ben il 60 – 80% ai determinanti di salute che non si riferiscono alle prestazioni sanitarie.

2.1 IL CONTESTO SOCIO – ECONOMICO

Le iniquità sociali nella salute sono in costante crescita e spiegano una parte sostanziale del carico totale di malattia anche nei paesi dell'Europa occidentale, tutti dotati di robusti sistemi pubblici di welfare (Mackenbach, 2003). Circa un terzo del carico totale di malattia è il risultato delle differenze socio-economiche in salute. In entrambi i sessi, gran parte del carico differenziale di malattia ricade sui lavoratori non qualificati. La cardiopatia ischemica è la patologia che maggiormente differenzia la mortalità tra i gruppi meno e più avvantaggiati della società. Conseguentemente gli sforzi per ridurre le iniquità nella salute dovrebbero essere visti come un'importante strategia per migliorare lo stato di salute generale medio della popolazione. In molti paesi sta diventando chiaro che miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute all'interno del paese (Whitehead & Dahlgren, 2006).

2.1.1 Il mercato del lavoro

Indicatori SM.determinanti.6 – 7 - 8

Il set minimo di indicatori relativi al mercato del lavoro riguardano il tasso grezzo di disoccupazione⁵, l'incidenza dei disabili disponibili al lavoro⁶ e il tasso grezzo di disoccupazione stranieri⁷.

In base a tali indicatori riportati nella tabella che segue, riferiti al triennio 2008 – 2010, **la SdS Valdarno Inferiore** presenta un valore leggermente maggiore alla media provinciale con riferimento ai tassi grezzi di disoccupazione, sia totale che riferito agli stranieri, ma comunque in linea con i valori regionali, mentre il valore relativo all'incidenza dei disabili disponibili al lavoro è di poco inferiore alla media provinciale e regionale.

		2008			2009			2010		
		M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Tasso grezzo disoccupazione	SdS Empoli	7,1	14,5	10,8	9,9	17,0	13,5	10,8	16,9	13,9
	Provincia di Firenze	7,1	11,5	9,3	9,1	13,3	11,2	10,3	13,7	12,0

⁵ Tasso grezzo di disoccupazione: numero dei disponibili rilevati al centro per l'impiego/popolazione residente in età attiva 15 – 64 anni. Utilizza l'intera popolazione in età attiva e non le persone in cerca di occupazione e gli occupati, per cui coglie soltanto una parte delle persone in cerca di occupazione, poiché i disoccupati iscritti presso i Servizi per l'Impiego rappresentano l'insieme della "disoccupazione amministrativa" che comprende, ad esempio, anche persone che lavorano a tempo determinato, che possono mantenere lo stato di disoccupazione (con occupazione a termine inferiore agli otto mesi per chi ha più di 25 anni o di quattro mesi per i giovani fino a 25 anni e 29 anni se laureati) se percepiscono un reddito annuale non superiore al reddito minimo escluso da imposizione (7.500 euro).

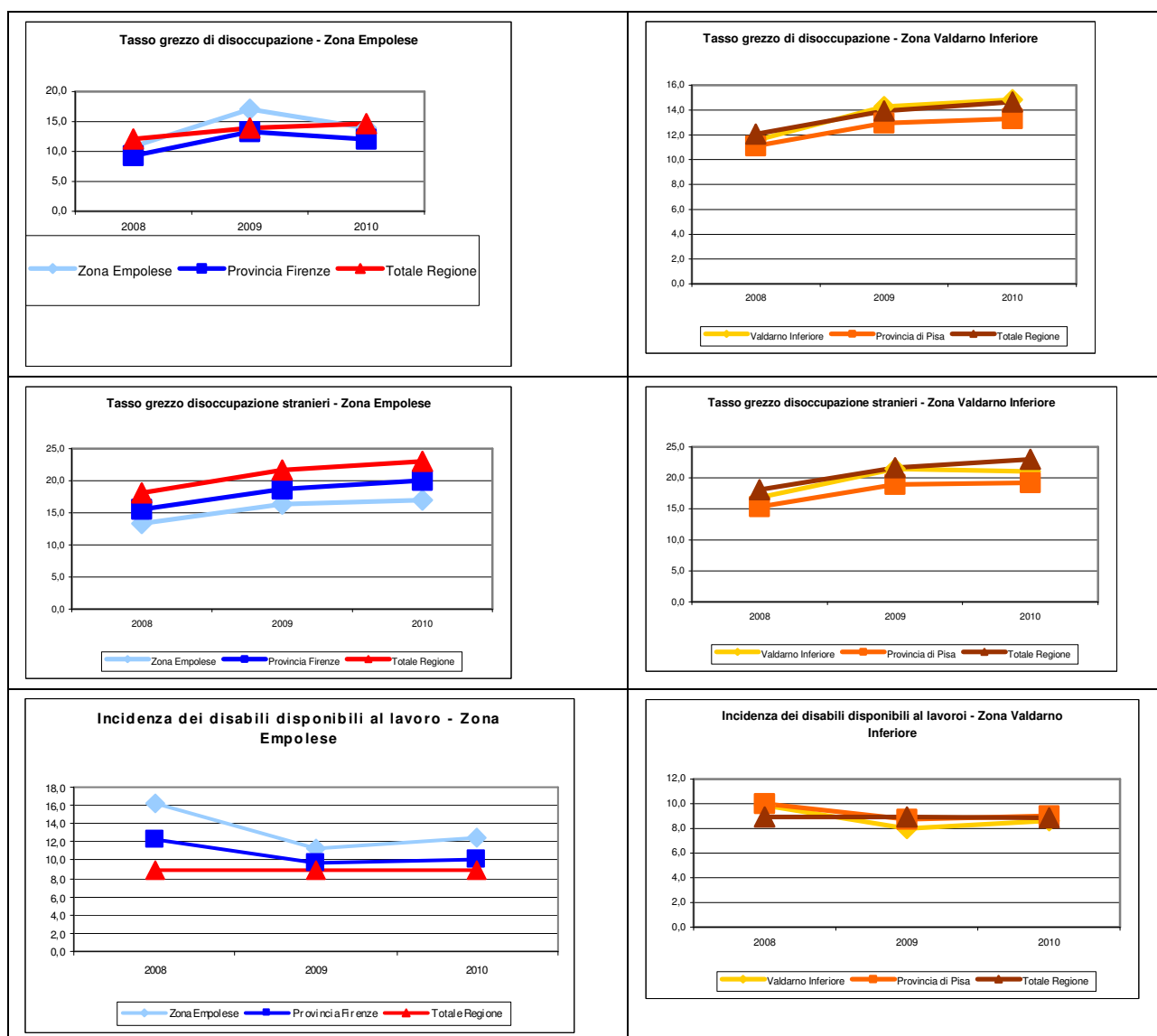
⁶ Incidenza dei disabili disponibili al lavoro: numero disponibili collocamento mirato/numero totale dei disponibili

⁷ Tasso grezzo di disoccupazione stranieri: numero disponibili stranieri rilevati ai centri per l'impiego/stranieri residenti in età attiva. Rappresenta una misura indiretta di disoccupazione, informa sulla quota di extracomunitari che "passa" attraverso il canale dei Centri per l'impiego per la ricerca occupazionale, ossia la propensione all'iscrizione al collocamento.

	SdS Valdarno Inferiore	15,2	8,1	11,6	17,6	11,0	14,3	18,0	11,8	14,8
	Provincia di Pisa	14,5	7,7	11,1	16,3	9,6	12,9	16,0	10,6	13,3
	Totale Regione	ND	ND	12,1	ND	ND	13,9	ND	ND	14,6
Tasso grezzo disoccupazione stranieri	SdS Empoli	11,0	15,6	13,3	14,8	17,8	16,4	16,9	17,1	17,0
	Provincia di Firenze	14,0	17,0	15,6	18,3	19,0	18,7	20,7	19,5	20,0
	SdS Valdarno Inferiore	ND	ND	16,8	25,6	17,9	21,4	20,3	21,7	21,0
	Provincia di Pisa	ND	ND	15,3	18,3	19,6	18,9	18,5	20,0	19,2
	Totale Regione	ND	ND	18,1	ND	ND	21,7	ND	ND	23,0
Incidenza dei disabili disponibili al lavoro	SdS Empoli	26,9	10,8	16,1	14,5	9,5	11,3	17,3	9,4	12,5
	Provincia di Firenze	17,1	9,4	12,3	11,7	8,2	9,6	12,9	8,3	10,2
	SdS Valdarno Inferiore	12,2	8,6	9,9	9,5	7,0	8,0	7,5	10,3	8,6
	Provincia di Pisa	12,6	8,6	10,0	10,3	7,8	8,7	8,3	10,1	9,0
	Totale Regione	ND	ND	8,9	ND	ND	8,9	ND	ND	8,9

Fonte: Centri per l'Impiego Provinciali e Demostat

La **SdS di Empoli** è sostanzialmente in linea con i dati provinciali, con un tasso disoccupazione stranieri leggermente più basso nonostante la massiccia presenza di migranti nel territorio, e una incidenza dei disabili disponibili al lavoro più alta, soprattutto con riferimento ai maschi. Le donne risultano svantaggiate in tutti e tre gli indicatori che presentano, comunque, valori migliori rispetto alla media regionale.



Fonte: Elaborazione su dati IDOL - Regione Toscana

Vista la situazione di crisi economica degli ultimi anni e la complessità dei fattori di analisi del mercato del lavoro, riteniamo che questi indicatori non siano da soli sufficienti a rappresentare la realtà dei nostri territori e consideriamo opportuno un rinvio ai seguenti paragrafi che riportano approfondimenti sulle singole SdS.

2.1.2 La struttura produttiva e il mercato del lavoro nella SdS di Empoli

A cura di Tiziano Cini - ASEV

Dal punto di vista socioeconomico, il territorio della SdS di Empoli, coincidente con il Circondario Empolese Valdelsa, è costituito da due Sistemi Economici Locali (di seguito SEL) che fanno convenzionalmente capo alle città di Empoli e Castelfiorentino. Nei due SEL, caratterizzati da tradizioni produttive parzialmente differenziate e da modalità di sviluppo che seguono logiche in parte diversificate, si sono sviluppate vocazioni territoriali produttive distinte: quella di Castelfiorentino, tradizionalmente specializzata nei settori pelle, cuoio, calzature, legno, con più circoscritte ma ben riconoscibili aree a vocazione metallurgica e meccanica, e quella di Empoli che si presenta come ancor più marcatamente polisettoriale con ambiti tradizionalmente di punta nell'abbigliamento, nella ceramica e vetro, nel calzaturiero e nell'alimentare.

La conformazione di distretto industriale continua ad influenzare le tendenze dell'economia e del mercato del lavoro locale, continuando a costituire un prezioso bacino di risorse (come si vede ad esempio nella lieve ripresa delle assunzioni a tempo indeterminato della prima parte del 2011). E' però di crescente importanza la rilevanza delle funzioni urbane e terziarie, soprattutto ad Empoli, che sta dotandosi di un sistema di servizi alla persona ed alle imprese tale da ricoprire – anche grazie alla posizione baricentrica a scala regionale- una domanda anche extradistrettuale.

La Bassa Valdelsa, cui Castelfiorentino appartiene, è ormai da almeno due decenni caratterizzata dal fenomeno del turismo diffuso, avendo sviluppato nuove vocazioni produttive e nuovi bacini di impiego, ancorché prevalentemente temporaneo, che talvolta sono state capaci di integrarsi con il modello manifatturiero già sviluppato.

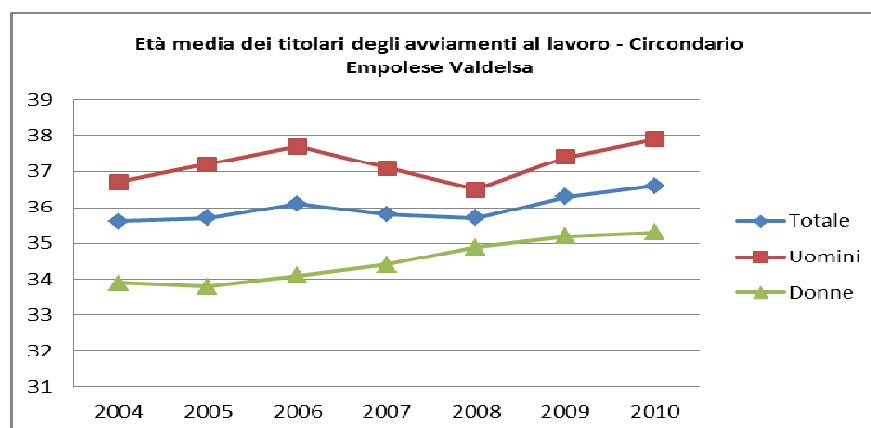
Questa ricostruzione per sommi capi dei tratti peculiari della SdS di Empoli / Circondario viene, negli ultimi tempi, a contrastare con lo specifico, lungo **passaggio**, accennato sopra, **da un sistema prevalentemente industriale ad uno terziario**, da cui il Circondario è investito senza che, al momento, come l'Osservatorio Integrato sul Mercato del Lavoro ha avuto modo di mettere ripetutamente in evidenza, appaia una chiara direttrice verso una definita e compiuta ricollocazione settoriale produttiva.

2.1.2.1 Un mercato del lavoro anagraficamente maturo

Il mercato del lavoro locale ha conosciuto nel tempo una progressiva crescita percentuale degli avviamenti contrattuali registrati dai Servizi per l'Impiego del Circondario nei confronti di persone anagraficamente sempre più lontane da quella che suole essere definita "gioventù", soglia fissata ai 35 anni non compiuti (ISTAT; IARD).

Già un indicatore non troppo accurato e non troppo sensibile, per un mercato del lavoro estremamente differenziato in senso anagrafico come quello del Circondario, come la media aritmetica dell'età dei titolari degli avviamenti, è in grado di rilevare questo andamento quasi continuativo nel periodo di tempo esaminato. La criticità economica che dal 2008 ha colpito molte realtà a livello globale e di cui ha risentito anche il Circondario ha, come si nota dal grafico seguente, acuito e fatto radicare una tendenza già ben presente anche prima della sua emersione.

Tabella 1



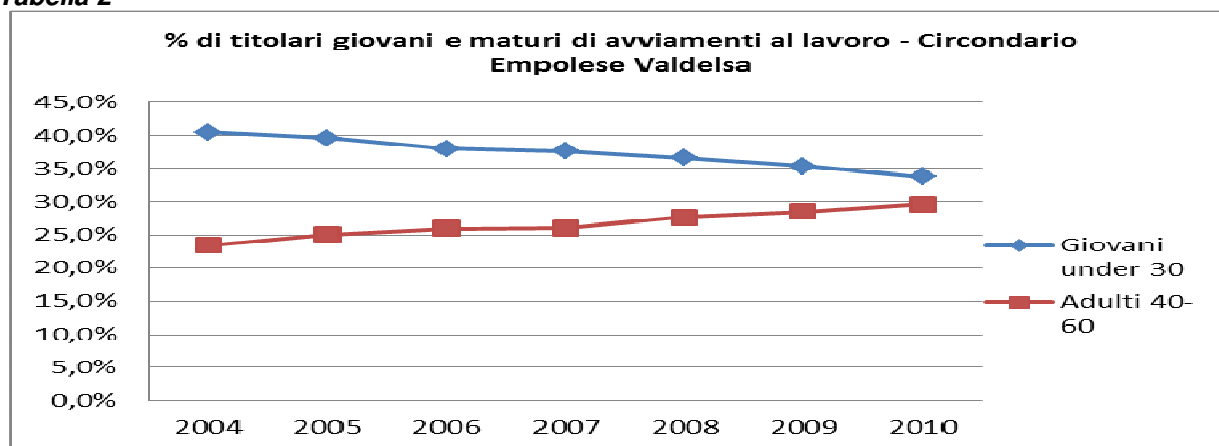
Fonte: Elaborazione su dati OIML

Non però di un puro viraggio verso un'età più matura nell'ingresso o reingresso nel mercato del lavoro si tratta. Nel corso degli anni posti sotto esame si è assistito ad una vera e propria ricomposizione quantitativa delle coorti anagrafiche, con profondi spostamenti nel peso percentuale complessivo, costituiti da una perdita graduale di incidenza delle coorti fino ai 30 anni e un incremento di quelle successive, specialmente nell'intervallo centrale 40-50 anni.

Ne consegue che la porzione di giovani under 30 in possesso di un avviamento al lavoro registrato presso i Servizi per l'Impiego di competenza territoriale del Circondario ha conosciuto una flessione continua, che i difficili anni recenti hanno contribuito ad accentuare, ma non a creare, come mostra la tabella 2. In proporzione, è molto aumentata la quota di avviamenti al lavoro a persone collocate biograficamente all'apice della propria carriera professionale che, nel 2010, ha avuto un'incidenza di poco inferiore a quella dei più giovani.

In questa sede, l'analisi può fermarsi a questo grado di profondità, capace già di fornire riscontri sperimentali di notevole chiarezza su un dato che può essere definito strutturale del mercato del lavoro del Circondario come la sua **progressiva maturazione anagrafica**. Elemento che desta preoccupazione non solo per i suoi risvolti educativi, formativi, sociali e culturali ma che appare inoltre tanto più **degn** **d'attenzione** in quanto proprio di un territorio in cui, storicamente, la cultura del lavoro diffusa territorialmente e la partecipazione allo stesso anche a partire da età più giovani di quelle riscontrate in altri contesti ha costituito un tratto specifico del luogo.

Tabella 2



Fonte: Elaborazione su dati OIML

2.1.2.2 Un mercato del lavoro multietnico

Un ulteriore carattere che contribuisce a rendere complesso e multiforme il mercato del lavoro locale di questo periodo è la sempre maggiore incidenza che la forza lavoro non italiana ricopre. Sia pure con tutte le notevoli oscillazioni quantitative che tale forza lavoro, fluida e flessibile quasi per definizione, mostra, la porzione di avviamenti annuali al lavoro che essa riveste si è lentamente ma progressivamente ampliata nel corso degli anni.

Lavoratori stranieri	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% sul totale avviamenti	16,8%	17%	18%	20,7%	23,3%	22%	22,3%
Nr. Di nazionalità	86	88	90	76	80	86	93

Fonte: Elaborazione su dati OIML

Nel primo semestre del 2011 oltre il 25% degli avviamenti, fra gli uomini, riguarda gli stranieri residenti nel circondario. Alcuni comparti del mercato del lavoro, nei servizi alle persone, nell'edilizia, in parti dell'industria manifatturiera (come nell'abbigliamento), vedono una presenza se non preponderante di lavoratori stranieri certo profondamente radicata e di carattere strutturale. Lo stesso mantenimento dei caratteri distrettuali-manifatturieri dipende anche dalla disponibilità di manodopera immigrata. L'elevato livello degli avviamenti a tempo indeterminato fra gli stranieri testimonia di un **processo di integrazione** in corso, la cui criticità può semmai risiedere nei rischi di "segregazione" nelle fase marginali del mercato del lavoro.

Il notevole sforzo che da anni i Servizi per l'Impiego stanno esercitando per venire incontro a conseguenti richieste più differenziate e articolate di accompagnamento al lavoro da parte di persone provenienti da molteplici e differenziate culture costituisce una risposta ad uno dei tratti di complessità delle dinamiche territoriali che verrà affrontato al prossimo punto.

In questo caso la complessità si acuisce a causa di difficoltà linguistiche nella comunicazione e comprensione di istituti di legge spesso lontani dalla cultura dei lavoratori stranieri, che si esprimono spesso in lingue per le quali può essere difficile trovare l'adeguata mediazione comunicativa. L'esito di tale difficoltà è che, anche con il generoso e spesso proficuo sforzo degli sportelli pubblici per immigrati, molti lavoratori stranieri, in special modo quelli caratterizzati da percorsi migratori più individuali e meno collettivamente connotati, non siano spesso a conoscenza dei diritti, delle garanzie e delle tutele proprie dell'occupazione in Italia, così come necessitano di particolari forme di accompagnamento e di orientamento.

2.1.2.3 La crescente complessità delle dinamiche territoriali e gli effetti della crisi economica

Il territorio della SdS di Empoli è, come risulta da numerose analisi dell'OIML, un territorio che è stato toccato sensibilmente dagli effetti della crisi economica di cui ancora si percepisce l'intensità, ma, come mostra, tra gli altri, anche il paragrafo precedente, questa è stata ben lungi dall'aver un impatto forte ed indifferenziato nella società locale in tutte le sue articolazioni.

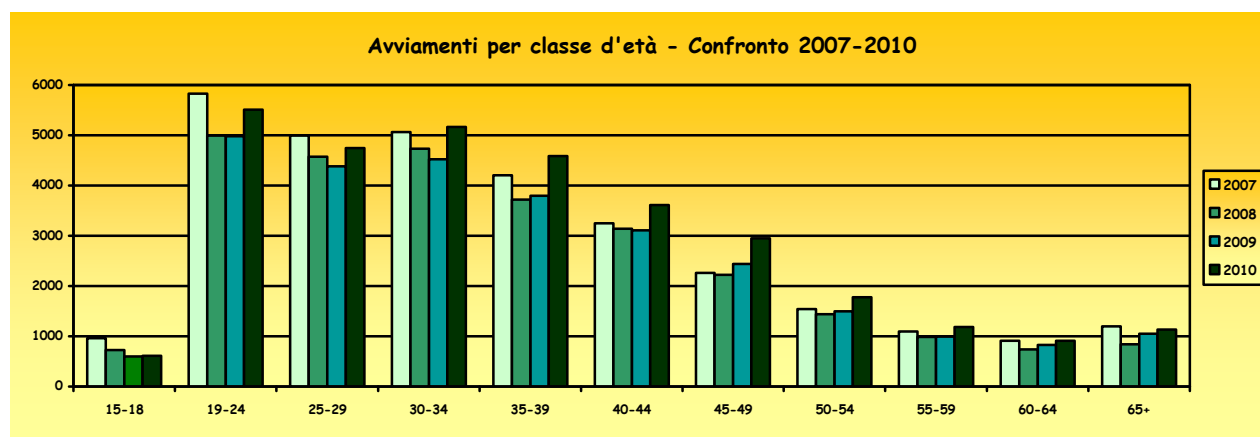
Alcuni gruppi di persone, dotate di certe caratteristiche (uomini, persone in possesso di un contratto di lavoro a tempo indeterminato, in posizione biograficamente centrale rispetto al decorso di carriera, ossia 40-50enni) hanno accusato in modo notevolmente meno accentuato di tali effetti, arrivando talvolta ad incrementare la propria presenza sul mercato del lavoro, anche a fronte di un quadro che, altrove, registrava un evidente arretramento. La tabella 3 mostra proprio come nel corso del periodo 2007 (ultimo anno in cui la crisi non aveva fatto ancora la sua prorompente comparsa) e 2010 la presenza di certe coorti anagrafiche nel mercato del lavoro locale abbia conosciuto dinamiche ben differenti rispetto ad altre.

A rendere più difficilmente leggibile il quadro ha certo contribuito la crisi economica che, tanto perché incisiva quanto perché capace di agire in modo differenziato, ha scompaginato alcuni equilibri di lungo periodo. Tuttavia questa ha condotto non soltanto a difficoltà (perdita di posti di lavoro, chiusura di imprese), ma anche all'apertura di scorci di opportunità (creazione di posti di lavoro, costituzione di imprese). La spiegazione di tale cambiamento lento ma progressivo non può quindi risiedere esclusivamente nell'impatto delle difficoltà economiche.

Il fatto è che il territorio della SdS di Empoli sta vivendo delle dinamiche evolutive profonde, solo in parte condizionate da ciò che sta succedendo in questi ultimi anni, ma caratterizzate da **un deciso mutamento di fondo che ne sta cambiando radicalmente i tratti morfologici**, tanto nella composizione sociale della forza lavoro, quanto nelle dinamiche settoriali d'impresa.

Uno dei più recenti studi dell'OIML mostra come le nuove imprese nate tra la fine del 2009 e la fine del 2010 (un quantitativo ragguardevole per un periodo di crisi) siano per circa il 60% appartenenti a settori emergenti e non ancora radicati territorialmente (Fonte: Elaborazione su dati OIML), in prevalenza appartenenti al terziario avanzato.

Tabella 3



Fonte: Elaborazione su dati OIML

VARIAZIONE % DI IMPRESE SECONDO SETTORI RAPPRESENTATIVI

Tabella 4

Settore	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Manifatturiero	1,60%	6,10%	-6,80%	0,70%
Costruzioni	5,60%	2,30%	-0,30%	-0,40%
Commercio	-0,80%	2,40%	-7,80%	1%
Servizi turistici e ricettivi	5,20%	19,40%	6,60%	4,50%
Servizi alle imprese	5,50%	6,10%	4%	2,20%

Fonte: Elaborazione su dati CCIAA

Di seguito si riportano le consistenze di insediamento di unità produttive secondo il settore e secondo il Comune di ubicazione per quanto riguarda il tessuto imprenditoriale del Circondario Empolese Valdelsa all'anno 2010, con il peso percentuale che ogni settore riveste sul totale delle attività produttive locali.

Quantitativo di aziende attive per settore e comune	Agricolt..	Estrattivo	Manifatt.	Fornitura di energia	Fornitura di acqua	Costr.	Commercio
CAPRAIA E LIMITE	51	-	117	-	-	95	154
CASTELFIORENTINO	188	-	297	2	6	445	423
CERRETO GUIDI	240	-	359	-	5	182	258
CERTALDO	273	-	299	1	3	309	342
EMPOLI	249	-	832	1	5	810	1.306
FUCECCHIO	149	1	596	-	2	334	658
GAMBASSI TERME	148	-	89	-	-	88	59
MONTAIONE	78	1	38	-	-	74	84
MONTELUPO FIORENTINO	56	1	240	-	3	258	287
MONTESPERTOLI	307	-	230	1	1	251	308
VINCI	332	-	461	-	2	230	379
TOTALE	2.071	3	3.558	5	27	3.076	4.258
%	11,6%	0,0%	20,0%	0,0%	0,2%	17,3%	23,9%

Fonte: Elaborazione Osservatorio MDL su dati BD Stock View della Camera di Commercio di Firenze

Quantitativo di aziende attive per settore e comune	Trasporto	Alloggio e di ristorazione	Informazione e comunicazione	Attività finanziarie e assicurative	Attività immobiliari	Attività professionali	Servizi di supporto alle imprese
CAPRAIA E LIMITE	8	12	6	9	23	11	7
CASTELFIORENTINO	39	78	31	25	118	20	35
CERRETO GUIDI	22	45	15	10	63	14	8
CERTALDO	61	95	31	28	108	25	34
EMPOLI	150	207	146	128	418	146	131
FUCECCHIO	67	80	54	43	163	53	51
GAMBASSI TERME	15	29	5	5	38	2	7
MONTAIONE	13	47	4	5	35	2	2
MONTELUPO FIORENTINO	32	55	23	15	91	28	29
MONTESPERTOLI	21	72	12	17	74	26	16
VINCI	31	55	16	33	96	35	26
TOTALE	459	775	343	318	1.227	362	346
%	2,6%	4,3%	1,9%	1,8%	6,9%	2,0%	1,9%

Fonte: Elaborazione Osservatorio MDL su dati BD Stock View della Camera di Commercio di Firenze

2.1.3 La struttura produttiva della SdS Valdarno Inferiore

A cura dell'Osservatorio Sociale Provincia di Pisa

Il Sistema Economico Locale Valdarno - che rispetto alla Società della Salute della stessa area comprende anche il Comune di Santa Maria a Monte – è caratterizzato da un'economia industriale manifatturiera specializzata nel settore conciario e nella fabbricazione di prodotti in cuoio, pelle e similari (Distretto Industriale di Santa Croce sull'Arno).

Dopo il settore non manifatturiero, le attività economiche più importanti nell'area del Valdarno, sono il commercio, le costruzioni e le attività immobiliari, legate all'informatica e alla ricerca. Importante risulta anche il settore dei servizi, in particolar modo per il comune di Castelfranco di Sotto. Nel SEL Valdarno Inferiore si registra una scarsa incidenza del settore agricolo, fatta eccezione per il Comune di San Miniato dove è invece significativo il numero delle imprese agricole.

Nel 2011 il SEL del Valdarno Inferiore, come mostrano i dati della Camera di Commercio provinciale relativi alla dinamica delle imprese, ha registrato una crescita imprenditoriale del +1,1%, inferiore rispetto all'Area Pisana e la Val d'Era, ma maggiore rispetto al SEL Val di Cecina.

Nel 2011 è diminuito il contributo del comparto “pelli-cuoio” sull'export provinciale: pur rimanendo il comparto che incide maggiormente sulle attività di export della Provincia di Pisa, mentre nel 2010 rappresentava 6 punti percentuali sui 10 della crescita complessiva delle esportazioni provinciali, nel 2011 rappresenta soltanto 2,5 punti di crescita sui 10,2 complessivi (Relazione sull'andamento dell'economica pisana della Camera di Commercio di Pisa).

Nel 2010 inoltre, trainato dall'export il distretto di Santa Croce sull'Arno, aveva registrato se pur lieve, un segnale positivo, sia in termini di fatturato (+0,7%), che di addetti (+0,2%), diversamente dalla situazione provinciale che, se pur con un rallentamento della flessione rispetto all'anno precedente, mostrava un segno negativo del fatturato delle imprese artigiane e delle piccole imprese non artigiane. Nel 2011 però la situazione del distretto di Santa Croce è peggiorata, e anche se per l'industria conciaria la congiuntura è stata tutto sommato favorevole, la componente artigiana operante nel distretto di Santa Croce ha segnato una contrazione, sia nel fatturato (-7,4%), che nel numero degli addetti (-0,7%).

Del resto già prima dell'inizio della più generale crisi economica che sta interessando l'Italia e l'Europa, secondo i dati della Camera di Commercio della Provincia di Pisa, il SEL del Valdarno Inferiore mostrava un andamento negativo in termini di occupazione, soprattutto a causa di una diminuzione del settore industria, motore trainante dell'economica della zona. Andamento che si è accentuato in modo significativo nel 2009. Nel periodo 2004-2009, infatti, la tendenza del settore industria (con quasi insignificanti valori positivi del 2008), è stata negativa, nel 2011 si è registrata una contrazione dell'occupazione del comparto industriale del -1,9%, e la zona economica del Valdarno Inferiore ha mostrato un andamento dei settori industria e servizi più negativo della Provincia di Pisa (elaborazioni dell'Ufficio Statistica della Camera di Commercio di Pisa sull'indagine excelsior).

2.1.3.1 Il mercato del lavoro

Rispetto all'anno precedente, la disoccupazione “amministrativa”⁸, che emerge dai dati registrati dai Centri per l'Impiego della Provincia di Pisa – in linea con il trend della disoccupazione registrata dall'Istat, che passa dal 4,6 del 2004 al 5,8 del 2011– è cresciuta anche nel SEL del Valdarno. Il fenomeno che si rivela tramite i dati dei Centri per l'impiego, riguarda una disoccupazione “amministrativo-gestionale”: sono rilevati i cosiddetti “disponibili”, cioè coloro che si sono iscritti volontariamente al centro per l'impiego dichiarando la loro immediata disponibilità al lavoro, e autocertificando quindi il loro stato di disoccupazione, rientrano nel conteggio anche i precari che hanno un lavoro a tempo determinato con reddito inferiore al minimo imponibile.

Al 31 dicembre 2010, secondo i dati regionali IDOL, gli iscritti con immediata disponibilità al lavoro, ai Centri per l'impiego della Provincia di Pisa e residenti in un Comune della Provincia risultano 35.909, di cui 21.609 donne e 14.300 uomini.

Più in generale ai Centri per l'impiego della Provincia (comprese le persone con domicilio ma non con la residenza in un comune della Provincia) risultano disponibili 39.524. Secondo questo dato, anche nel 2010 sono quindi aumentati i disponibili iscritti ai Centri (del 9,07%), ma con una crescita inferiore rispetto agli anni 2009-2008 (18,5%). In aumento anche gli iscritti al Centro per l'impiego di Santa Croce - che corrisponde al SEL del Valdarno Inferiore, comprendendo quindi i Comuni di San Miniato, Castelfranco di

⁸ In questa sede, riprendendo la definizione usata nel rapporto annuale a cura del Centro direzionale per l'impiego e dei Centri per l'impiego della Provincia di Pisa, per disoccupazione amministrativa intendiamo lo stock delle persone iscritte ai Centri per l'impiego che si sono dichiarate disponibili al lavoro. I disoccupati amministrativi comprendono anche le persone che lavorano a tempo determinato o con altre forme di lavoro precario che hanno un reddito inferiore a quello imponibile. Rispetto ai dati Istat la disoccupazione amministrativa comprende persone la cui attività di ricerca al lavoro è meno intensa.

Sotto, Montopoli Valdarno, Santa Croce sull'Arno, Santa Maria a Monte -, passati dalle 7.449 unità nel 2009 alle 8.258 del 2010.

I disponibili iscritti ai Centri per l'impiego, residenti nella zona del Valdarno Inferiore rappresentano circa il 18,2% del totale dei disponibili residenti in Provincia di Pisa, e risiedono principalmente nel comune di San Miniato (in linea con i dati della popolazione residente). In particolare, come mostrato nella tabella 1, i disponibili al lavoro residenti in uno dei Comuni del Valdarno Inferiore sono 6.525. Tra gli iscritti ai Centri per l'impiego con immediata disponibilità al lavoro, in tutti i comuni del Valdarno, è prevalente la componente femminile: a livello di zona la percentuale di donne iscritte è pari al 59,6 %, di poco inferiore al dato provinciale (60,2%).

Tabella 1 - Disponibili al lavoro iscritti ai Centri per l'impiego per Comune di residenza e per genere (valori assoluti e percentuali) – Anno 2010

Comune di residenza	Valori assoluti			Valori %	
	M	F	Totale	M	F
Castelfranco di Sotto	560	802	1.362	41,1	58,9
Montopoli Valdarno	415	681	1.096	37,9	62,1
San Miniato	933	1.535	2.468	37,8	62,2
Santa Croce	731	868	1.599	45,7	54,3
Valdarno Inferiore	2.639	3.886	6.525	40,4	59,6
Provincia di Pisa	14.300	21.609	35.909	39,8	60,2

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei IDOL - Regione Toscana

Negli ultimi tre anni il tasso grezzo di disoccupazione (rapporto tra il numero di disponibili iscritti al CI e la popolazione in età attiva) della SEL del Valdarno, come per la Provincia di Pisa, è aumentato.

Nel 2011 gli iscritti in stato di disponibilità nei Comuni della Società della Salute del Valdarno inferiore rappresentano il 14,8% della popolazione attiva⁹ residente; il valore più alto si registra a Santa Croce dove i disponibili al lavoro rappresentano il 16,7% della popolazione attiva. Si registra un tasso grezzo di disoccupazione più alto per la popolazione femminile rispetto a quella maschile, in tutti i Comuni del Valdarno come più in generale nella Provincia di Pisa.

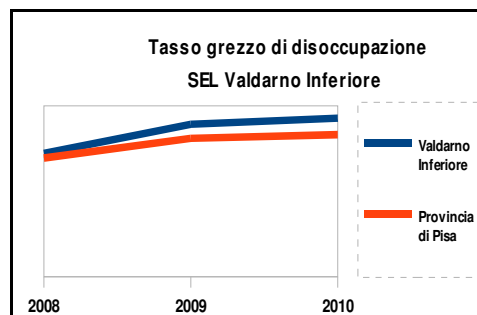
Tabella 2 - Tasso grezzo di disoccupazione per genere – Anno 2010

Comune di residenza	2010		
	F	M	Totale
Castelfranco di Sotto	18,9	12,5	15,6
Montopoli Val d'Arno	18,7	11,1	14,8
San Miniato	16,9	10,1	13,5
Santa Croce sull'Arno	19,0	14,7	16,7
Valdarno Inferiore	18,0	11,8	14,8
Provincia di Pisa	16,0	10,6	13,3

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei IDOL - Regione Toscana

Tabella 3 e Grafico 1 - Evoluzione tasso grezzo disoccupazione 2008-2010

Tasso grezzo di disoccupazione			
Comune di residenza	2008	2009	2010
Castelfranco di Sotto	12,3	14,6	15,6
Montopoli Val d'Arno	11,2	14,4	14,8
San Miniato	10,5	12,9	13,5
Santa Croce sull'Arno	13,3	16,5	16,7
Valdarno Inferiore	11,6	14,3	14,8
Provincia di Pisa	11,1	12,9	13,3



Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei DOL - Regione Toscana

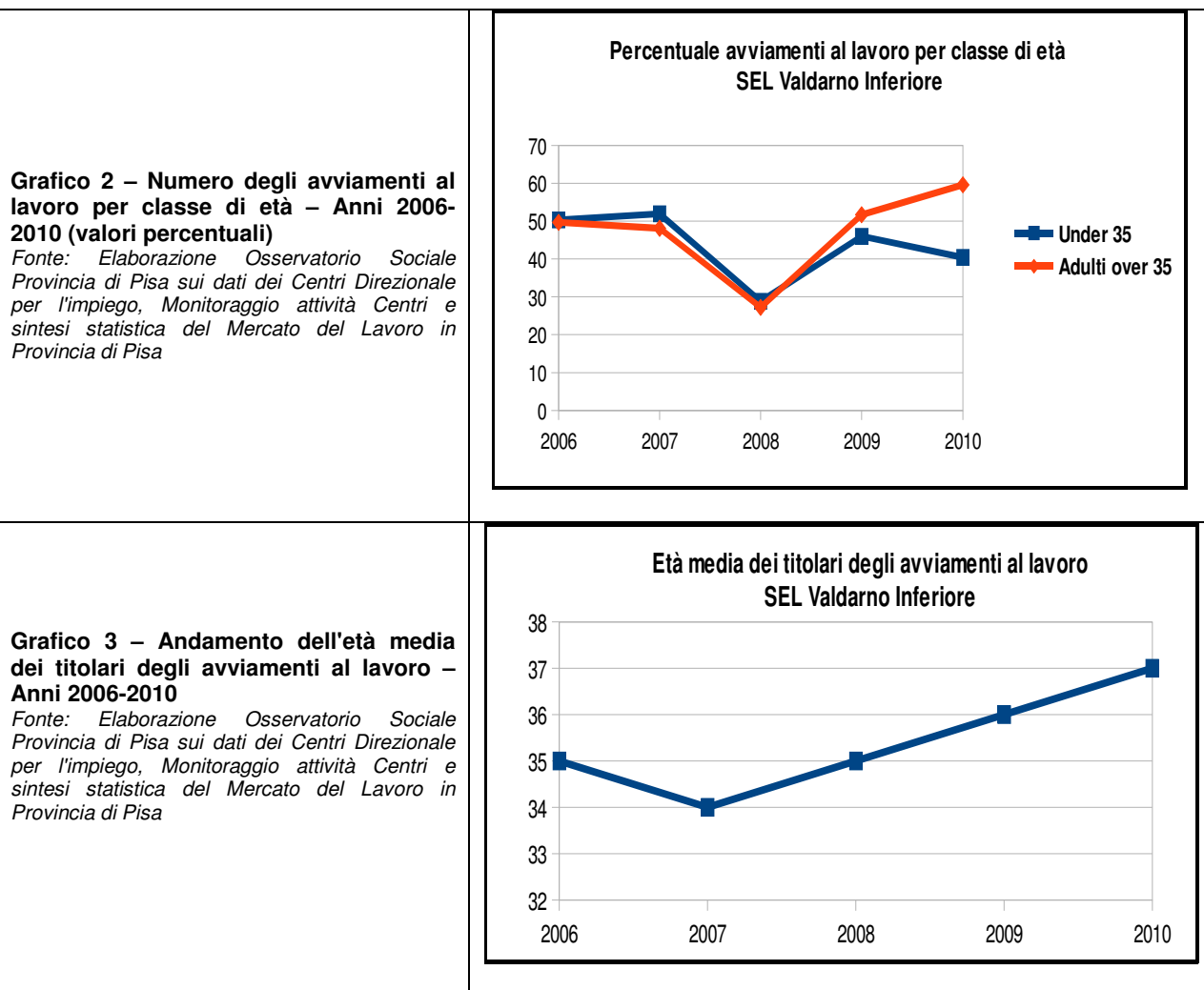
9

Popolazione attiva = popolazione con età compresa tra la fascia 15-64 anni

Le comunicazioni di avviamento al lavoro e le comunicazioni di cessazione raccolte dai Centri per l'impiego forniscono utili indicazioni in merito ai flussi relativi alle assunzioni e ai licenziamenti avvenuti in Provincia, sulle tendenze occupazionali, sulla dinamicità economica delle zone socio-sanitarie, sulle caratteristiche dei lavoratori assunti dalle aziende della Provincia.¹⁰

Il SEL Valdarno inferiore, come il Circondario Empolese, mostra negli ultimi anni una “progressiva maturazione anagrafica”, cioè la progressiva crescita dell'età dei titolari degli avviamenti al lavoro assunti dalle aziende e registrati dai Centri per l'impiego. Tale dinamica è rintracciabile nell'evoluzione dell'età media delle persone avviate al lavoro: dal 2007 al 2010 l'età media si alzata da 35 a 37 anni.

Anche la percentuale degli avviamenti al lavoro avvenuti nelle aziende della zona, per classe di età degli assunti, mostra che gli adulti con un'età uguale o maggiore a 35 anni negli ultimi due anni sono aumentati, arrivando nel 2010 a rappresentare quasi il 60% degli avviamenti totali della zona del Valdarno inferiore.



Osservando più nel dettaglio gli avviamenti al lavoro per classi di età, si può notare che nel 2010 è cresciuta in modo significativo la percentuale di persone assunte dalle aziende della zona del Valdarno Inferiore, con un'età compresa tra i 35 e i 44 e con un'età compresa tra i 45 e i 54 anni, rispetto al biennio precedente. Mentre nel 2008 e 2007, per le aziende della zona, il maggior numero degli avviamenti al lavoro riguardava persone con un'età compresa tra i 26 e i 34 anni, nel 2010 sono le persone con un'età compresa tra i 35 e i 44 anni a rappresentare il maggior numero di avviamenti al lavoro.

¹⁰ I dati relativi alle comunicazioni di avviamento e cessazione analizzati rappresentano i dati raccolti dai Centri per l'impiego e sono suddivisi per sede dell'azienda che ha inviato la comunicazione.

Grafico 4 – Avviamenti al lavoro per classi di età – Sistema economico locale Valdarno - Anni 2006-2010

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa

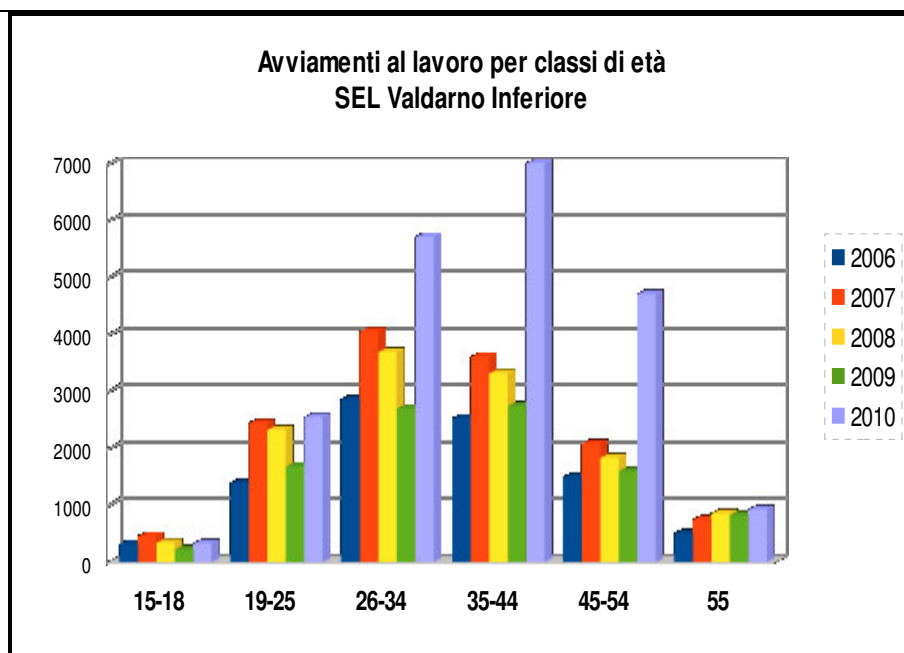
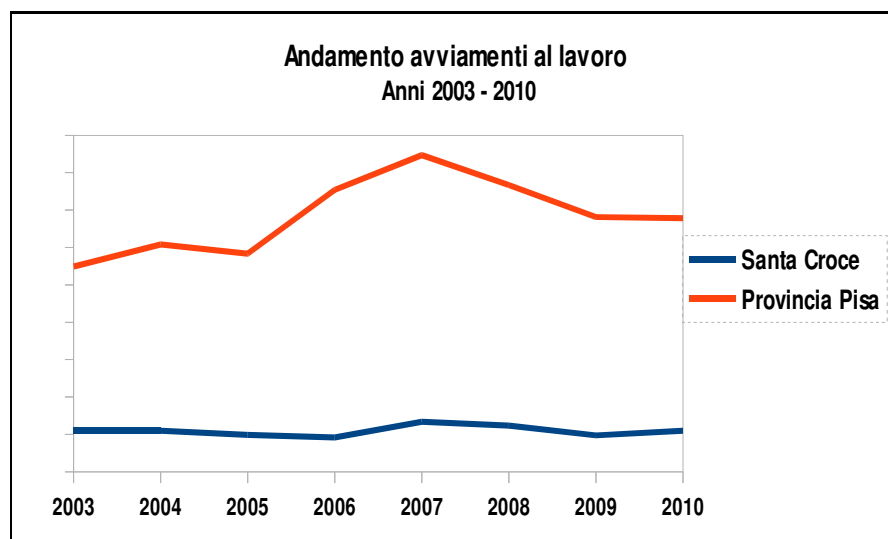


Grafico 5 - Flusso delle comunicazioni degli avviamenti al lavoro (escluso somministrato) al Centro Impiego di Santa Croce e totale provinciale – anni 2003 – 2010

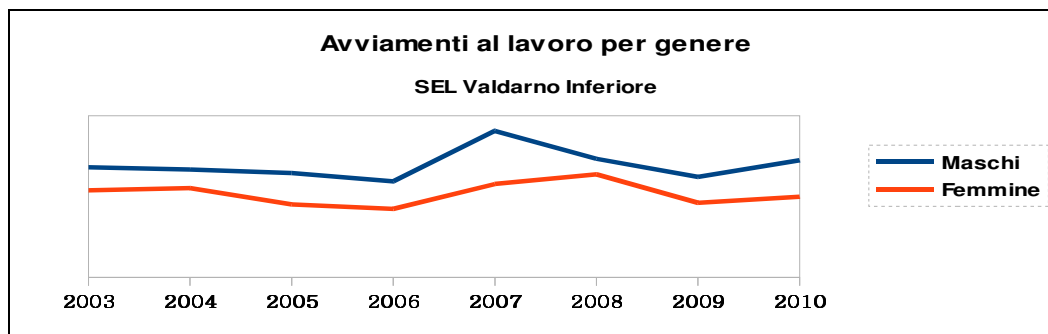
Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa



Nel periodo compreso tra il 2003 e il 2010, il Centro per l'impiego di Santa Croce ha registrato variazioni nel numero di avviamenti al lavoro, meno significative rispetto ai dati provinciali. Nel 2010 il numero di avviamenti al lavoro al netto del somministrato (11.019) è diminuito rispetto al 2008 e al 2007, gli anni che dal 2003 hanno visto un numero maggiore di avviamenti per le aziende con sede nel SEL del Valdarno, ma è aumentato – a differenza di quanto successo a livello provinciale – rispetto al 2009 (di 1277 unità). Per quanto riguarda il genere, gli avviamenti al lavoro registrati dal Centro per l'impiego di Santa Croce – a differenza dei CI di Pisa e Pontedera - riguardano prevalentemente uomini; tale tendenza caratterizza il SEL del Valdarno dal 2003 ed è da spiegarsi con le caratteristiche dell'industria manifatturiera del pellame, settore occupazionale predominante dell'area, che si configura come un settore "mascolinizzato", che occupa cioè prevalentemente la compagine maschile.

Grafico 6 - Flusso delle comunicazioni di avviamenti al lavoro per genere – Anni 2003-2010

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa



Tale dinamica è evidente osservando i dati per Comune: a Santa Croce, dove hanno sede la maggior parte delle industrie di pellame e dove si concentra l'occupazione dell'area, il divario occupazionale di genere, relativo alle comunicazioni di assunzione, è molto più ampio rispetto agli altri comuni: a Santa Croce l'84% delle comunicazioni di avviamento al lavoro riguarda la compagine maschile.

Tabella 4 - Comunicazioni di assunzioni complessive (incluso somministrato) per sede dell'azienda – Centro per l'impiego Santa Croce – Anno 2010

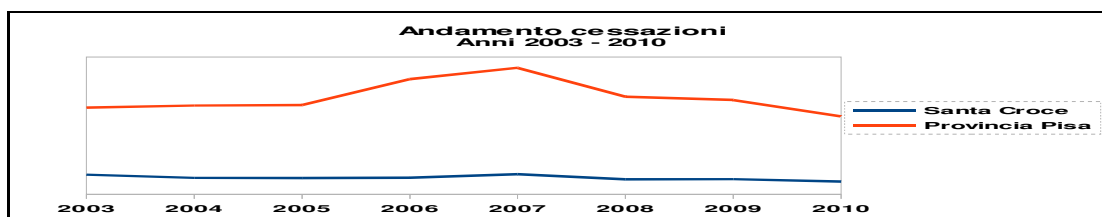
Comunicazioni di assunzioni			
Comune	M	F	Totale
Castelfranco di Sotto	323	279	602
Montopoli Valdarno	862	528	1.390
San Miniato	1.766	1.599	3.365
Santa Croce	12.199	2.262	14.461
Santa Maria a Monte	690	713	1.403
CI Santa Croce	15.840	5.381	21.221

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa

Ricapitolando, nel Valdarno le comunicazioni di avviamento al lavoro provenienti da aziende aventi sede nei comuni di competenza del Centro per l'Impiego di Santa Croce sono state 21.221 (1.403 effettuate da aziende con sede nel comune di Santa Maria a Monte), ed hanno riguardato in prevalenza uomini (15.840 pari al 74,6 %, contro le 5.381 donne pari al 25,4%). La classe di età più interessata è quella compresa tra i 35 e i 44 anni (7.040 comunicazioni pari al 33,2 %, seguita dalla fascia 45-54 anni (4.699 pari al 22,1 %); mentre la meno interessata, come in tutta la Provincia, è quella compresa tra i 15 ed i 18 anni (321 comunicazioni, pari al 1,5 %).

Il numero delle cessazione nel periodo 2003 - 2010, per il Centro per l'Impiego di Santa Croce mostra un andamento costante, senza variazioni di rilievo; nel 2010 le cessazioni comunicate al Centro diminuiscono di 4067 unità rispetto al 2003 e di 1471 rispetto al 2009.

Grafico 7 - Flusso delle comunicazioni di cessazione Centro impiego di Santa Croce e totale provinciale – Anni 2003-2010



Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa

Nel Valdarno le comunicazioni di cessazione del rapporto di lavoro rese da aziende aventi sede nei comuni di competenza del Centro per l'Impiego di Santa Croce sono state 7.355 (di cui 938 da parte di aziende con sede nel comune di Santa Maria a Monte), ed hanno riguardato 4.490 uomini (61%) e 2.865 donne (39%).

Per quanto riguarda la fascia di età, le cessazioni comunicate al Centro per l'impiego di Santa Croce riguardano in misura maggiore i lavoratori con un'età compresa tra i 35 e i 44 anni: il 25,8% delle cessazioni riguardano lavoratori di questa età. Il SEL del Valdarno Inferiore rappresenta l'area della Provincia con una più alta percentuale di cessazioni in tale fascia di età. Segue la fascia di età 30-34 anni che rappresenta il 15,7% delle cessazioni registrate dal CI di Santa Croce. Nel Centro per l'impiego di Santa Croce, in misura maggiore rispetto al dato provinciale, e ai centri di Pisa e Pontedera, il 65,7% delle cessazioni comunicate riguarda un lavoratore con un'età superiore ai 30 anni.

Grafico 8 – Cessazioni per classi di età e centro per l'impiego – Anno 2010 – Valori percentuali

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa

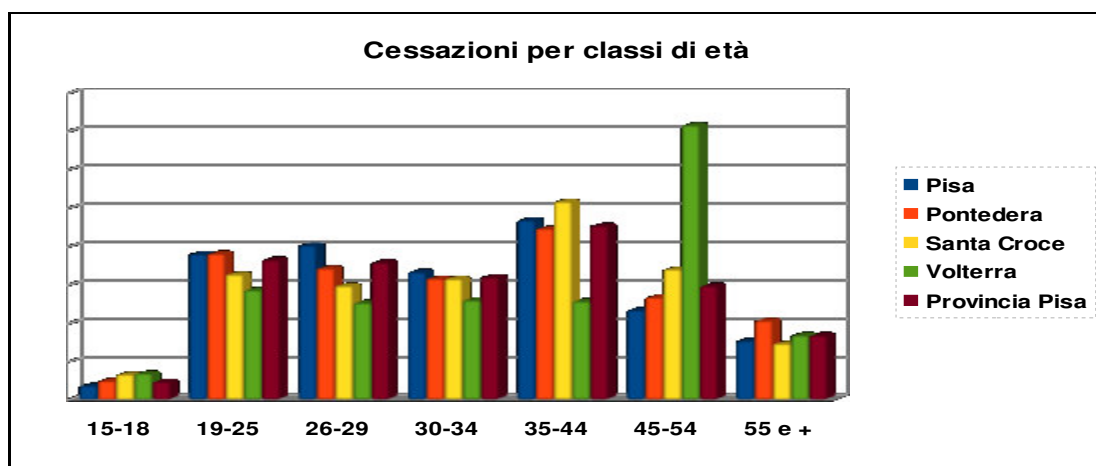


Tabella 5 - Comunicazioni di cessazioni per sede dell'azienda – Centro per l'impiego Santa Croce – Anno 2010

Comunicazioni cessazioni			
Comune	M	F	Totale
Castelfranco di Sotto	588	414	1.002
Montopoli Valdarno	789	405	1.194
San Miniato	1.447	671	2.118
Santa Croce	1.179	924	2.103
Santa Maria a Monte	487	451	938
CI Santa Croce	4.490	2.865	7.355

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei Centri Direzionale per l'impiego, Monitoraggio attività Centri e sintesi statistica del Mercato del Lavoro in Provincia di Pisa

2.1.3.2 I lavoratori stranieri

A dicembre 2010 i cittadini extracomunitari disponibili al lavoro iscritti ai Centri per l'impiego e residenti nella zona del Valdarno inferiore risultano 1208, di cui 670 uomini e 538 donne. I disponibili extracomunitari rappresentano il 18,5% dei disponibili residenti nel Valdarno Inferiore (mentre a livello provinciale i disponibili extracomunitari risultano essere il 20% dei disponibili totali iscritti ai centri per l'impiego).

Il tasso grezzo di disoccupazione per gli extracomunitari residenti in Valdarno Inferiore per l'anno 2010 è pari a 21%.

Tabella 6 - Disponibili al lavoro extracomunitari iscritti ai Centri per l'impiego per Comune di residenza e per genere e Tasso grezzo di disoccupazione – Anno 2010

Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati dei IDOL - Regione Toscana

Comune di residenza	disponibili			tasso grezzo disoccupazione		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Castelfranco di Sotto	141	119	260	21,2	21,3	21,3
Montopoli Valdarno	59	66	125	19,2	17,4	18,3
San Miniato	155	167	322	19,9	19,3	19,6
Santa Croce	315	186	501	20,6	24,5	22,9
Valdarno Inferiore	670	538	1.208	20,3	21,7	21,0
Provincia Pisa	1.340	5.601	7.165	18,5	20,0	19,2

Al centro per l'impiego di Santa Croce, tra gli iscritti stranieri extracomunitari, risultano prevalenti le persone provenienti dal Senegal, seguiti dagli stranieri provenienti dall'Albania e dal Marocco. Queste nazionalità sono le più rappresentative anche per gli altri centri della Provincia (fatta eccezione per Volterra che non ha nessun straniero senegalese iscritto al CI).

In merito alle assunzioni di cittadini extracomunitari, nel 2010 il Centro per l'impiego di Santa Croce ha registrato il numero maggiore di stranieri assunti. Sul totale di assunzioni registrate nel 2010 da parte di aziende con sede in Provincia di Pisa, le assunzioni di extracomunitari rappresentano il 11,4%, mentre per le aziende con sede nel Valdarno gli avviamenti di lavoratori stranieri extracomunitari rappresentano il 25% degli avviamenti al lavoro.

2.1.3.3 La previdenza

In Provincia di Pisa nel 2010 sono state erogate complessivamente 103.095 pensioni, con un importo medio mensile pari a 745 euro. Nel Valdarno Inferiore le pensioni erogate complessivamente sono 21.759: il 57,6% sono pensioni di vecchiaia, il 20,4 % pensioni ai superstiti, mentre le pensioni di invalidità e di invalidità civile rappresentano rispettivamente l'8,7% e il 10,7%.

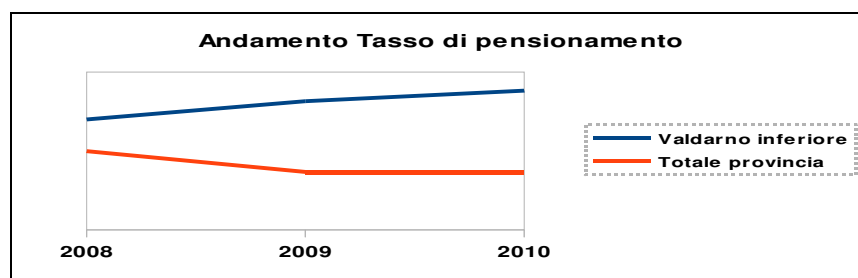
Tabella 6 - Pensioni erogate nel Valdarno Inferiore - Anno 2010

Comune	Vecchiaia	Invalità	Superstiti	Sociali	Invalità civili	Pensioni totali	importo medio mensile
Castelfranco di sotto	2.458	376	881	99	517	4.331	669,42
Montopoli in val d'arno	2.100	335	665	103	408	3.611	696,75
San miniato	5.784	771	1.972	222	1.025	9.774	694,00
Santa croce sull'arno	2.434	297	948	125	501	4.305	725,40
Valdarno inferiore	12.776	1.779	4.466	549	2.451	22.021	695,85

Fonte: Inps

Il tasso di pensionamento - che indica il rapporto tra il numero delle pensioni erogate e la popolazione residente - per la Provincia di Pisa e per il Valdarno risulta più basso della media nazionale: per il 2010 nel Valdarno il tasso di pensionamento è pari a 33,3 e in Provincia di Pisa a 30,2, mentre a livello nazionale il tasso è pari a 39,4%. Nel tempo l'incidenza del numero di pensioni, nel Valdarno però è cresciuta.

Grafico 9 - Andamento tasso di pensionamento nel Valdarno Inferiore e in Provincia di Pisa - Anni 2008 - 2010



Fonte: Elaborazione Osservatorio Sociale Provincia di Pisa sui dati Inps e Istat

2.1.4 La situazione reddituale dei territori

Indicatori SM.determinanti.1-2- 3 -4- 5

Le tabelle sotto riportate riproducono dati del Ministero delle Finanze, dell'INPS e della Regione Toscana, elaborati dagli Osservatori Sociali Provinciali di Pisa e di Firenze che forniscono un'indicazione di massima della situazione reddituale delle due SdS, mettendoci in grado di comparare le singole SdS ed i singoli Comuni rispetto alle rispettive medie provinciali.

Gli indicatori individuati dalla Regione Toscana per rappresentare la situazione reddituale delle SdS e delle zone socio sanitarie riguardano il reddito medio imponibile¹¹, le pensioni e gli assegni sociali¹², le richieste di integrazione ai canoni di locazione¹³ e l'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia.

La **SdS Valdarno Inferiore** si colloca positivamente rispetto alla Provincia di Pisa, ponendosi al di sotto della media provinciale sia con riferimento al tasso di pensioni e assegni sociali che con riferimento al tasso di famiglie che chiedono l'integrazione ai canoni di locazione e presenta un reddito imponibile medio leggermente inferiore ma sostanzialmente equivalente a quello provinciale. Si rileva che il Comune di Santa Croce è quello con un reddito imponibile medio più alto ma presenta anche il tasso più rilevante della SdS di famiglie che chiedono l'integrazione ai canoni di locazione.

La **SdS di Empoli** si colloca positivamente rispetto alla Provincia di Firenze con riferimento al tasso di pensioni e assegni sociali, posizionandosi al di sotto anche della media provinciale e regionale, ma allo stesso tempo risulta avere un reddito medio imponibile più basso della media provinciale e regionale e un tasso di famiglie che chiedono l'integrazione al canone di locazione maggiore rispetto alla provincia ed alla regione, con un valore più alto nei comuni di Fucecchio, Empoli, Certaldo e Castelfiorentino nel 2010.

¹¹ Il reddito imponibile medio IRPEF prende in considerazione il valore del reddito dichiarato al fisco sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale IRPEF ed è costituito dal reddito complessivo decurtato del reddito per abitazione principale e degli oneri deducibili. Si tratta quindi di un indicatore importante della distribuzione comunale e zonale dei redditi, da accogliere tuttavia con cautela dato che, a causa di fenomeni più o meno acuti di evasione, sottostima l'ammontare effettivo della ricchezza del territorio.

¹² Il tasso di pensioni sociali e assegni sociali costituisce una misura di difficoltà reddituale della popolazione anziana a livello comunale e zonale. L'assegno sociale è infatti una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini anziani che non percepiscono alcun reddito o che hanno redditi molto bassi. Entrambe le SdS si collocano favorevolmente al di sotto della rispettiva media provinciale.

¹³ Il tasso di famiglie che richiedono l'integrazione ai canoni di locazione (ex Legge 431/98) mette in luce un bisogno economico espresso da parte delle famiglie residenti che vivono in affitto. L'indicatore (*numero di domande presentate per integrazione canone di locazione per 1000 famiglie residenti*) è teso a quantificare le difficoltà economiche dei nuclei familiari presenti nel territorio che, sulla base di determinate soglie di reddito, chiedono di accedere al contributo regionale che permette loro di integrare il pagamento del canone di locazione dell'abitazione.

	Reddito imponibile medio ai fini delle addizionali all'IRPEF			Tasso di famiglie che chiedono l'integrazione ai canoni di locazione ex LR 431/98 - 2008 (N. domande /n. di famiglie*1000)					Tasso di pensioni sociali e assegni sociali (pensioni e assegni sociali per 100 anziani)			
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Castelfranco di Sotto	20.277,7	19.980,6	19.788,6	ND	13,5	13,3	15,7	19,2	3,7	3,7	3,6	3,8
Montopoli in Val d'Arno	20.257,6	20.115,8	20.239,1	ND	12,2	11,9	13,6	15,4	4,8	4,8	4,9	4,7
San Miniato	21.466,3	21.611,3	21.615,7	ND	12,3	12,1	13,0	11,8	3,7	4,0	3,9	3,6
Santa Croce sull'Arno	22.814,0	22.702,4	22.009,4	ND	28,9	28,1	28,5	23,1	4,7	4,4	4,6	4,6
SdS Valdarno Inferiore	21.323,0	21.280,33	21.117,40	ND	16,0	15,7	17,0	16,3	4,1	4,1	4,1	4,0
Provincia di Pisa	22.031,2	22.529,51	22.612,37	ND	19,7	19,6	19,2	19,9	4,6	4,5	4,4	4,3
Capraia e Limite	21.342,0	21.648,0	21.810,9	19,5	16,9	20,6	18,6	ND	4,8	4,2	4,4	4,5
Castelfiorentino	19.273,4	19.206,6	19.075,3	25,6	26,1	24,9	23,7	ND	3,3	3,5	3,5	3,4
Cerreto Guidi	19.174,6	19.350,0	19.186,6	16,9	17,7	21,3	20,1	ND	3,3	3,5	3,7	4,1
Certaldo	18.812,6	18.957,3	18.839,9	22,5	23,5	27,0	25,1	ND	3,1	3,1	3,1	3,4
Empoli	22.338,5	22.099,4	22.102,8	25,5	22,5	23,3	22,0	ND	3,4	3,4	3,5	3,4
Fucecchio	20.852,1	20.492,0	20.287,5	28,1	23,1	25,1	23,7	ND	4,6	4,7	4,7	4,6
Gambassi Terme	19.743,3	19.603,1	19.356,3	20,3	15,5	11,0	15,1	ND	3,4	3,7	3,5	3,0
Montaione	19.201,7	19.304,1	19.249,2	13,9	17,0	16,1	11,9	ND	3,9	3,4	3,5	3,6
Montelupo Fiorentino	21.442,5	21.449,1	21.615,6	19,6	18,7	21,3	16,6	ND	3,4	3,8	3,8	3,7
Montespertoli	23.038,8	22.750,1	22.350,7	19,1	20,1	17,9	18,3	ND	4,1	3,9	3,8	3,8
Vinci	21.219,8	21.029,5	21.208,9	20,8	17,9	20,9	20,6	ND	2,8	3,0	2,9	3,0
SdS di Empoli	20.997,9	20.879,3	20.817,3	23,1	21,4	22,5	21,2	ND	3,6	3,6	3,6	3,6
Provincia di Firenze	23.961,7	24.085,1	24.199,1	14,4	13,7	13,9	12,7	ND	4,4	4,3	4,2	4,1
Regione Toscana	22.216,0	22.347,0	22.519,0	ND	15,7	15,2	15,8	15,7	ND	5,0	4,9	4,7

Elaborazione rete osservatori sociali su fonte INPS, Ministero delle Finanze e Regione Toscana

L'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia è un indicatore della condizione economica che permette di distinguere a livello comunale e zonale il reddito medio mensile derivante da pensione secondo la tipologia della stessa (vecchiaia, invalidità, superstiti, pensioni/assegni sociali, invalidi civili). L'indicatore è calcolato nel seguente modo: importo complessivo annuo di pensioni di vecchiaia, invalidità, superstiti e invalidità civile ecc. / numero delle pensioni erogate x 13.

Importo medio mensile delle pensioni per tipologia di pensione	01/01/2010					01/01/2011				
	Vecchiaia	Invalidità	Superstiti	Pensioni/Ass. sociali	Invalidi civili	Vecchiaia	Invalidità	Superstiti	Pensioni/Ass. sociali	Invalidi civili
Capraia e Limite	969,8	598,9	528,2	344,0	419,5	995,3	626,1	536,0	354,5	434,1
Castelfiorentino	849,6	543,2	493,3	328,9	401,0	866,4	556,3	505,0	338,7	401,7
Cerreto Guidi	820,4	552,8	454,1	350,2	420,2	853,4	567,4	467,6	324,7	419,3
Certaldo	805,0	495,1	460,3	349,4	405,3	825,9	504,3	469,1	347,8	412,8
Empoli	898,6	574,1	526,2	371,2	415,6	917,6	582,0	533,1	373,1	422,6
Fucecchio	853,7	580,1	479,0	348,9	410,9	875,0	588,1	491,6	338,1	421,4
Gambassi Terme	830,0	528,9	464,2	356,3	411,0	855,8	565,7	474,9	357,0	419,7
Montaione	768,6	520,0	457,6	362,0	422,1	792,0	530,5	472,0	353,4	423,7
Montelupo Fiorentino	943,4	606,1	542,1	347,9	408,3	964,5	616,5	556,2	351,6	416,1
Montespertoli	902,7	595,3	485,8	326,0	408,7	916,0	594,9	505,0	325,8	418,4
Vinci	870,4	573,9	496,7	361,0	408,8	885,5	595,2	505,7	354,2	416,4
SdS di Empoli	864,7	560,8	489,8	349,6	411,9	886,1	575,2	501,5	347,2	418,7
Provincia di Firenze	940,4	580,4	521,1	356,4	412,1	965,5	590,6	531,1	347,3	417,7
Castelfranco di Sotto	831,6	531,5	465,7	364,9	408,5	855,9	540,1	473,3	365,6	409,3
Montopoli in Val d'Arno	863,4	558,5	486,8	355,2	393,9	888,3	584,5	493,9	343,2	394,4
San Miniato	849,2	547,2	484,9	356,1	416,5	872,7	564,0	491,1	347,6	421,2
Santa Croce sull'Arno	911,4	562,8	506,1	371,1	418,2	931,9	562,5	510,4	362,5	421,1
SdS Valdarno Inferiore	860,1	548,5	485,9	360,7	411,5	883,3	562,6	492,1	353,4	414,2
Provincia di Pisa	935,9	560,9	526,8	361,4	415,1	955,3	570,0	535,1	358,1	418,8
Regione Toscana	962,1	579,3	534,7	367,1	414,4	985,7	591,9	544,4	364,5	419,3

Elaborazione rete osservatori sociali su fonte INPS

Le due SdS di Empoli e Valdarno Inferiore sono sostanzialmente in linea con le rispettive medie provinciali e si posizionano leggermente al di sotto della media regionale, ma senza scostamenti significativi.

Oltre a quanto sopra riportato, il livello socio-economico può essere definito sia a livello individuale che a livello di aggregati di persone mediante la costruzione di indici che rappresentano in maniera sintetica più variabili elementari relative a diversi aspetti della deprivazione materiale e sociale. In Italia sono stati definiti indici di deprivazione aggregati a livello di sezione di censimento, tra cui la **percentuale di popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate**, basato sui dati raccolti dal censimento del 2001 (derivato dal lavoro di N. Caranci e G. Costa "Un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazione e composizione". Salute e Società, n° 1/2009). Tale indice attribuisce ad ogni sezione censuaria un livello di deprivazione utilizzando le seguenti variabili: percentuale di popolazione con licenza elementare, popolazione disoccupata e in cerca di prima occupazione, abitazioni occupate in affitto e famiglie monogenitoriali con figli, densità abitativa (numero occupanti per 100 mq). I dati sono poi sintetizzati a livello di aggregazioni di zone censuarie (es. comuni, zone-distretto, aree sub-comunali ecc.) calcolando la percentuale della popolazione totale dell'area in esame residente in sezioni censuarie deprivate/molto deprivate. A livello nazionale l'indice evidenzia differenze tra il Sud e le Isole rispetto al Centro e al Nord; in particolare, fra le 10 città con popolazione maggiore ai 300.000 abitanti, Firenze e Bologna sono risultate le due città con la percentuale di deprivati o molto deprivati più bassa. A livello toscano (fonte: ARS), la percentuale più alta di persone residenti in sezioni censuarie deprivate o molto deprivate si registra nell'AUSL di Massa e Carrara (59,1%), mentre la più bassa è stata rilevata nell'AUSL di Arezzo (23,6%).

Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate – 2001 (ARS)	
Residenza	%
AUSL 11	39,17
SdS Empoli	39,18
SdS Valdarno inferiore	39,14
REGIONE TOSCANA	40,08

L'AUSL di Empoli ha una percentuale pari a 39,17%, inferiore al valore medio della Toscana, pari al 40%, che la pone tra le aree in una situazione migliore. Confrontando lo stesso indice per Zone-distretto/SdS, la percentuale più alta di popolazione residente in aree deprivate o molto deprivate si ha nell'isola d'Elba, mentre la percentuale minore risulta quella della Val di Chiana Aretina. Le due SdS di Empoli e Valdarno Inferiore hanno una percentuale rispettivamente del 39,18% e del 39,14%, al di sotto della media regionale e quindi in posizione favorevole. Questo indicatore ha come fonte il censimento ISTAT 2001 e deve ritenersi, quindi, solo indicativo.

2.1.4.1 La concentrazione dei redditi nelle due SdS

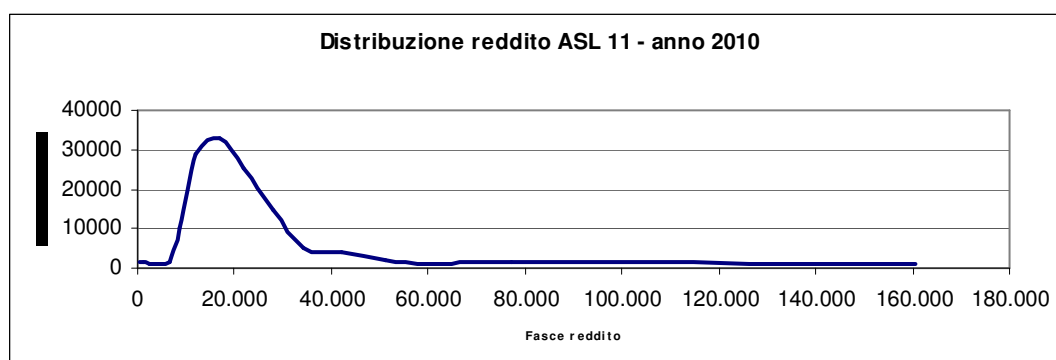
L'indice di Gini è un indicatore statistico che quantifica la concentrazione del reddito e misura la disuguaglianza nella distribuzione del reddito. L'indice varia da 0 a 1: il valore pari a zero sta a significare che tutti i cittadini in un territorio hanno lo stesso reddito, l'indice pari a 1 sta a significare che tutto il reddito nel territorio esaminato è posseduto da una sola persona.

Analizzando il livello di concentrazione dei redditi complessivi soggetti a imposta IRPEF dichiarati dell'anno 2009 tra i diversi comuni, e facendo anche un confronto a livello di zona delle due SdS, si osserva che il grado di equità nella distribuzione calcolato con l'"*indice di concentrazione di Gini*" del reddito varia all'interno di un range molto ridotto (di una ampiezza di 0,074).

Indice di Gini per comune ed SDS - anno 2009

SDS Empoli	Castelfiorentino	0,177	
	Certaldo	0,181	
	Cerreto Guidi	0,186	
	Montaione	0,186	
	Gambassi	0,192	
	Montelupo	0,193	
	Capraia e Limite	0,196	
	Fucechio	0,214	
	Vinci	0,230	
	Empoli	0,238	
	Montespertoli	0,252	
	Totale	0,215	
	SDS Valdarno Inf	Montopoli	0,190
		Castelfranco	0,201
S. Miniato		0,224	
Santa Croce		0,250	
Totale		0,220	
ASL 11		0,216	
Regione Toscana 2008		0,255	

Questo valore è determinato dalla distribuzione della ricchezza per singola fascia di reddito, tale che a livello di ASL 11 c'è un numero molto elevato di famiglie con reddito medio-basso che rappresentano il 64% dell'intera popolazione, con un reddito dichiarato ai fini IRPEF compreso tra i 10.000 e i 26.000 euro lordi l'anno. A livello di zona, entrambe le SdS riproducono la stessa situazione rilevata a livello di Azienda Usl.



2.1.5. Istruzione

Indicatori SC.determinanti.5-6-7

In linea con le tendenze rilevate in ambito sia nazionale che regionale, negli ultimi decenni i livelli dell'istruzione della popolazione residente nelle due SdS hanno conosciuto un progressivo innalzamento. Dagli anni 90 si è assistito ad un aumento sia in termini assoluti che percentuali delle persone in possesso di titoli di studio elevati: cresce in maniera sensibile il numero dei diplomati e cresce ancora di più il numero dei laureati. Al contempo si è assistito ad una contrazione del numero di persone prive di titoli di studio.

L'esito scolastico e il ritardo scolastico costituiscono gli indicatori più immediati di verifica della regolarità del percorso scolastico e rappresentano i due eventi caratteristici della dispersione scolastica. Di seguito le tabelle rappresentative degli esiti negativi nei vari ordini scolastici.

	A.S. 2009/2010			A.S. 2010/2011		
	% studenti con esito negativo scuola primaria	% studenti con esito negativo secondaria di I°	% studenti con esito negativo secondaria II°	% studenti con esito negativo scuola primaria	% studenti con esito negativo secondaria di I°	% studenti con esito negativo secondaria II°
Capraia e Limite	0,3	3,2	11,7	0,3	3,5	10,1
Castelfiorentino	1,3	7,4	13,5	0,1	12,3	16,2
Cerreto Guidi	0,4	3,3	11,5	0,0	9,5	10,3
Certaldo	1,1	10,6	12,0	1,1	6,9	11,2
Empoli	0,1	7,7	11,3	0,1	7,9	11,2
Fucecchio	0,3	9,5	16,5	0,2	7,6	18,8
Gambassi Terme	0,0	6,5	11,2	0,0	3,5	19,6
Montaione	0,0	8,8	11,2	0,6	6,4	12,8
Montelupo Fiorentino	0,2	2,6	9,9	0,0	2,4	10,5
Montespertoli	0,0	2,2	13,5	0,0	2,0	13,0
Vinci	0,2	8,1	13,7	0,0	5,9	13,5
SdS di Empoli	0,4	7,0	12,6	0,2	6,9	13,2
Provincia di Firenze	0,4	4,4	13,3	0,3	4,4	12,5
Castelfranco di sotto	0,3	7,7	12,0	0,9	9,8	12,0
Montopoli Val d'arno	0,0	1,3	13,3	0,2	4,1	9,9
San miniato	0,2	3,5	11,0	0,4	4,5	13,0
Santa Croce sull'arno	0,2	9,0	11,8	2,6	10,9	15,8
SdS Valdarno Inferiore	0,3	5,1	11,7	0,9	6,9	12,8
Provincia Pisa	0,4	5,2	12,3	0,5	5,2	11,7
Regione Toscana	0,4	5,0	13,7	0,4	4,5	13,1

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Scolastico Regionale

La SdS Valdarno Inferiore mostra un trend in aumento di esiti negativi tanto che nell'anno scolastico 2010/2011 supera il dato medio della Provincia di Pisa con riferimento a tutti i gradi scolastici. Il Comune di Santa Croce è quello che presenta la maggior percentuale di esiti negativi. Anche per la SdS di Empoli si nota in tutti gli ordini di scuola un dato medio leggermente negativo rispetto alla media provinciale e regionale con un trend in aumento rispetto agli scorsi anni. I Comuni con le percentuali più alte risultano essere Castelfiorentino, Fucecchio, Gambassi Terme.

	Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado				Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di secondo grado			
	A.S. 2007/2008	A.S. 2008/2009	A.S. 2009/2010	A.S. 2010/2011	A.S. 2007/2008	A.S. 2008/2009	A.S. 2009/2010	A.S. 2010/2011
Capraia e Limite	6,6	5,2	9,5	7,5	5,8	7,7	7,4	7,2
Castelfiorentino	20,7	21,7	22,7	20,4	10,4	13,1	16,6	6,7
Cerreto Guidi	16,7	21,6	20,0	22,3	11,6	11,9	10,7	12,6
Certaldo	11,3	11,0	14,6	15,6	7,3	7,6	9,9	6,9
Empoli	13,5	14,1	17,8	18,5	8,7	8,9	11,6	11,0
Fucecchio	21,0	22,2	23,2	23,0	11,6	12,9	15,9	17,9
Gambassi Terme	15,3	10,0	18,8	9,9	5,9	8,5	8,2	4,5
Montaione	8,4	8,8	10,0	6,4	7,9	6,6	4,9	1,6
Montelupo Fiorentino	5,8	8,3	7,9	10,0	5,7	4,6	5,6	4,5
Montespertoli	12,4	14,0	15,1	14,5	5,5	7,0	6,6	6,1
Vinci	17,1	18,8	21,4	20,1	8,9	9,3	11,3	10,0
SdS Empoli	14,7	15,6	17,7	17,5	8,7	9,4	11,2	9,8
Provincia di Firenze	13,3	13,9	15,6	14,8	7,8	8,5	9,7	9,7
Castelfranco di Sotto	10,2	10,2	15,4	14,9	5,8	6,0	6,8	7,7
Montopoli in Val d'Arno	7,7	9,3	10,8	10,2	4,8	4,8	6,0	6,8
San Miniato	8,6	10,3	11,8	9,8	5,7	5,1	5,7	6,2
Santa Croce sull'Arno	22,8	22,0	23,7	25,4	9,9	12,2	16,1	18,2
Valdarno Inferiore	11,9	12,6	14,8	14,2	6,4	6,6	8,0	9,0
Provincia di Pisa	9,9	10,4	12,0	12,2	5,5	6,5	7,2	7,5
Regione Toscana	11,8	12,5	14,3	13,7	6,9	7,9	8,9	9,0

Fonte: Elaborazioni su dati Osservatorio Scolastico Regionale

In entrambe le SdS gli studenti stranieri sono in numero evidentemente superiore sia con riferimento alle rispettive medie provinciali che a quella regionale e mostrano una progressiva crescita dal 2007, in linea con i dati demografici che attestano l'aumento di minori stranieri sul territorio.

Con riferimento al territorio del valdarno inferiore l'osservatorio scolastico della provincia di Pisa ha fornito dati recenti sull'abbandono scolastico, di seguito riportati.

Anno scolastico 2011/2012 SdS Valdarno Inferiore	Voto		Ritardo			Esiti negativi			Scelta tipo di istruzione		
	Lic. Media	Maturità	Primaria	I grado	II grado	Primaria	I grado	II grado	Liceale	Prof.le	Tecnica
Castelfranco di Sotto	7,00	73,1	4,7%	25,8%	27,2%	1,9%	7,1%	12,9%	45,8%	17,8%	36,4%
Montopoli in Val d'Arno	7,51	73,5	2,8%	9,8%	23,2%	0,4%	1,2%	13,1%	46,1%	16,4%	37,5%
San Miniato	7,33	74,8	2,9%	10,3%	22,9%	0,5%	3,7%	13,2%	40,5%	16,5%	43,0%
Santa Croce sull'Arno	7,41	78,1	10,6%	24,7%	31,9%	1,3%	10,5%	14,3%	40,0%	21,2%	38,8%
Provincia di Pisa	7,38	75,5	4,1%	13,2%	27,8%	0,8%	4,9%	12,3%	52,2%	15,1%	32,7%

Fonte: Osservatorio Scolastico Provinciale Pisa

2.1.6. La fragilità familiare

Indicatori SM.determinanti.9-10

Negli ultimi anni si registra una continua trasformazione sia a livello nazionale che a livello locale della struttura del nucleo familiare, sia per quel che riguarda l'assetto strutturale che per quello funzionale. All'origine dei cambiamenti che hanno interessato la configurazione delle realtà familiari, possono essere ricondotti (anche, ma non solo), alcuni comportamenti socio demografici che ormai da tempo caratterizzano le società industriali e avanzate. Si tratta generalmente di una diminuzione del numero dei matrimoni, di una tendenza minore rispetto al passato a generare figli, con conseguente diminuzione dell'ampiezza media dei nuclei familiari, di un incremento, soprattutto tra le nuove generazioni, dell'occupazione femminile in ambiti extra domestici e di un forte aumento dell'instabilità coniugale, nonché del modificarsi, se pur lento, dei cicli e delle cadenze di alcune fasi del ciclo di vita familiare.

Numero medio componenti per famiglia	2008	2009	2010
Castelfranco di S.	2,67	2,67	2,68
Montopoli Valdarno	2,61	2,61	2,57
San Miniato	2,59	2,57	2,57
S. Croce sull'Arno	2,55	2,54	2,53
SdS Valdarno Inferiore	2,60	2,59	2,58
Provincia Pisa	2,39	2,37	2,37
Capraia e Limite	2,56	2,54	2,51
Castelfiorentino	2,57	2,57	2,54
Cerreto Guidi	2,67	2,64	2,63
Certaldo	2,45	2,43	2,42
Empoli	2,50	2,49	2,47
Fucecchio	2,57	2,57	2,59
Gambassi Terme	2,59	2,56	2,54
Montaione	2,42	2,44	2,41
Montelupo Fiorentino	2,51	2,48	2,46
Montespertoli	2,50	2,47	2,45
Vinci	2,57	2,57	2,54
SdS di Empoli	2,53	2,52	2,50
Provincia di Firenze	2,29	2,27	2,26
Regione Toscana	2,34	2,32	2,31

Fonte: ISTAT

La fragilità della struttura familiare è rilevabile, tra gli altri, dalla **riduzione della composizione media dei nuclei familiari** che nella SdS Valdarno Inferiore scende dal 2.61 del 2008 al 2.58 del 2010 con una media della Provincia di Pisa pari a 2,37, mentre nella SdS di Empoli passa da 2,53 nel 2008 a 2,50 nel 2010 con conseguente riduzione progressiva nel tempo del numero dei componenti del nucleo, determinando maggiori difficoltà nel "prendersi cura" da parte della famiglia, indebolita nel ruolo di "ammortizzatore sociale" che storicamente l'ha contraddistinta nella realtà italiana.

Indice di instabilità matrimoniale	2008	2009	2010
Castelfranco di S.	2	2,1	2,1
Montopoli Valdarno	1,48	1,5	1,5
San Miniato	1,61	1,7	1,7
S. Croce sull'Arno	1,69	2	2,3
SdS Valdarno Inferiore	1,68	1,79	1,9
Provincia Pisa	2,26	2,42	2,6
Capraia e Limite	2,0	2,3	2,4
Castelfiorentino	1,4	1,6	1,7
Cerreto Guidi	1,3	1,4	1,6
Certaldo	1,6	1,6	1,8
Empoli	2,1	2,3	2,5
Fucecchio	1,7	1,8	2,0
Gambassi Terme	1,6	1,7	1,7
Montaione	1,6	1,7	2,0
Montelupo Fiorentino	1,8	2,0	2,0
Montespertoli	2,6	2,8	2,8
Vinci	1,8	2,0	2,1
SdS di Empoli	1,8	2	2,1
Provincia di Firenze	2,7	1,9	3
Regione Toscana	2,6	2,5	2,9

Si rileva, inoltre, un **indice di instabilità matrimoniale** (*N. divorziati./ popolazione maggiorenne residente*) in costante aumento e, il crescente aumento dei nuclei monogenitoriali che, nella SdS di Empoli passano dal 2,36% nel 2008 al 3,57% nel 2010¹ (dati anagrafi comunali Comuni di Certaldo, Empoli, Montaione e Gambassi Terme). Le separazioni conflittuali risultano essere sempre più frequenti e determinano un aumento evidente delle prese in carico di minori in situazioni di disagio (vedi paragrafo 5.2 "Il disagio familiare").

2.1.7. Terzo settore

Indicatore SM.determinanti.18

Ai soggetti del Terzo settore è riconosciuto un ruolo centrale nelle politiche sociali: concorrono ai processi di programmazione regionale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato. Le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale e le cooperative sociali sono oggetto di specifiche leggi regionali che ne riconoscono il ruolo e ne favoriscono la strutturazione, anche tramite l'istituzione dei rispettivi registri/albi.

L'indice di presenza del Terzo settore formalizzato (soggetto del Terzo settore iscritti ai tre albi regionali per 10 mila residenti) fornisce una misura di sintesi sulla diffusione del Terzo settore a livello zonale e comunale e può dare una prima idea del tessuto presente sul territorio, sul quale contare, e da coinvolgere sempre più, sia nell'individuazione dei bisogni che nella programmazione e nell'erogazione dei servizi.

Tenuto conto della minore solidità della rete familiare, acquisisce sempre più importanza la presenza e la stabilità delle reti secondarie (istituzioni e associazionismo), di cui il Terzo settore rappresenta una parte significativa.

Indice di presenze del Terzo settore formalizzato	2008	2009	2010	2010		
	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Volontariato	Promozione sociale	Cooperative sociali
Castelfranco di Sotto	11,0	10,9	10,6	4,5	6,1	0,0
Montopoli in Val d'Arno	13,6	12,5	11,6	5,3	5,3	0,9
San Miniato	10,7	10,3	11,0	5,3	4,6	1,1
Santa Croce sull'Arno	10,3	10,7	10,4	3,5	6,3	0,7
SdS Valdarno Inferiore	11,2	10,9	10,9	4,8	5,4	0,7
Provincia di Pisa	15,2	15,2	15,3	7,2	7,1	1,0
Regione Toscana	13,0	13,4	13,8	7,8	4,5	1,4

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Pisa

Indice di presenze del Terzo settore formalizzato	2008	2009	2010	2010		
	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato	Volontariato	Promozione sociale	Cooperative sociali
Capraia e Limite	7,2	7,0	6,9	4,1	1,4	1,4
Castelfiorentino	9,5	9,5	9,5	5,6	2,8	1,1
Cerreto Guidi	4,8	4,8	4,7	2,8	0,9	0,9
Certaldo	9,2	9,8	9,8	6,7	3,1	0,0
Empoli	9,3	10,3	10,2	6,0	1,7	2,5
Fucecchio	6,5	5,6	5,5	3,0	1,7	0,9
Gambassi Terme	8,2	10,2	10,1	8,1	2,0	0,0
Montaione	10,8	10,6	10,6	10,6	0,0	0,0
Montelupo Fiorentino	9,0	8,9	8,8	7,3	0,7	0,7
Montespertoli	8,3	6,7	6,7	5,9	0,0	0,7
Vinci	7,0	6,2	6,2	2,1	2,7	1,4
SdS di Empoli	8,3	8,3	8,3	5,3	1,7	1,3
Provincia di Firenze	11,4	11,5	11,5	6,4	3,8	1,3
Regione Toscana	13,0	13,4	13,8	7,8	4,5	1,4

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Firenze

L'indice viene calcolato nel seguente modo: Numero di organizzazioni iscritte agli albi regionali (Volontariato, Promozione sociale, Cooperative sociali). Denominatore: Popolazione residente (x 10.000).

Il dato sopra riportato, fornito dalla rete degli osservatori sociali provinciali, attinge dagli albi regionali ed è senza dubbio sottostimato rispetto alla reale consistenza del tessuto associativo sul territorio.

2.2 AMBIENTE¹⁴

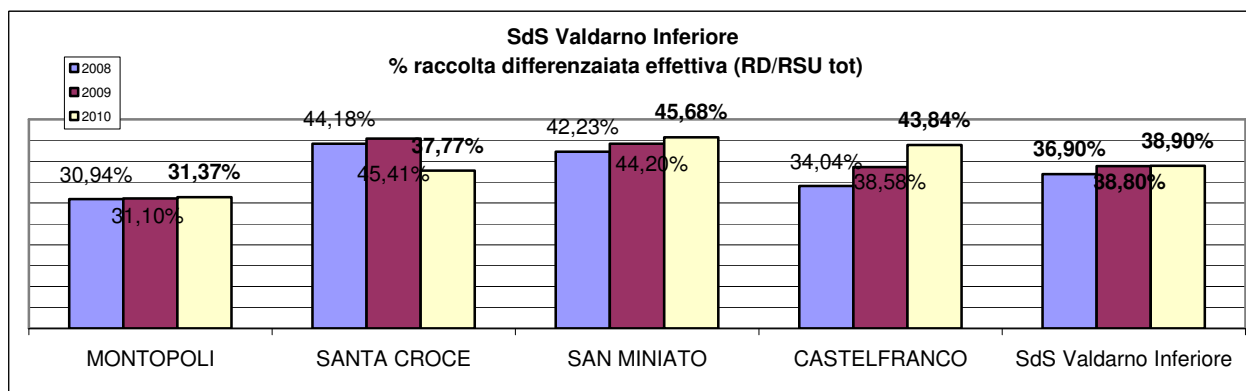
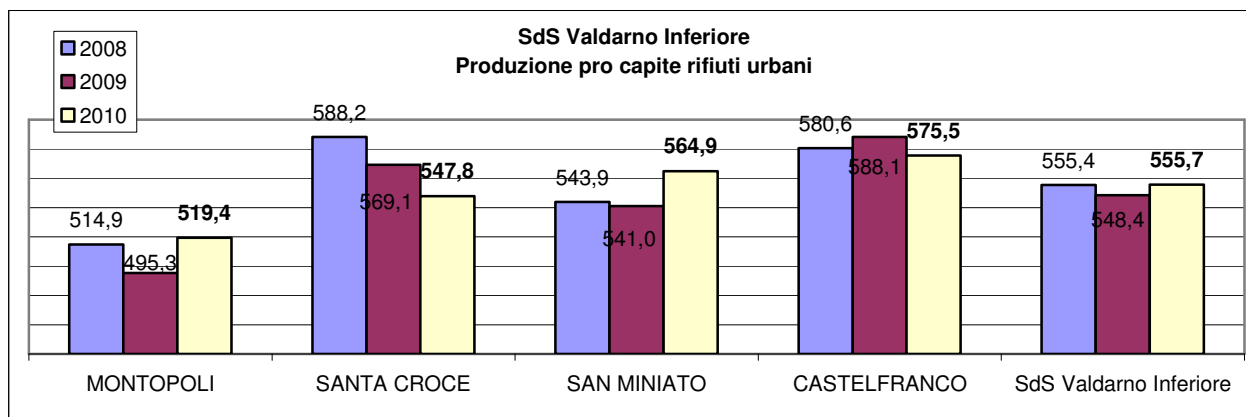
La “Carta di Ottawa per la Promozione della Salute” della Organizzazione Mondiale della Sanità (1986) indica l’ambiente come uno dei principali determinanti extrasanitari della salute e la protezione dell’ambiente esplicitamente viene individuata, accanto ad altre (equità sociale, miglioramento delle condizioni di lavoro, educazione, stili di vita, consapevole partecipazione dei cittadini,...), tra le modalità strategiche più significative per promuovere il benessere fisico, psichico e sociale della popolazione.

2.2.1 I rifiuti

Indicatori SM.determinanti.19-20

Nelle società industrializzate la gestione dei rifiuti urbani ed industriali sta diventando un problema sempre più importante, per questo ridurre i consumi e rivolgere particolare attenzione al ciclo di vita dei prodotti e al loro impatto sociale ed ambientale è l'imperativo di questo terzo millennio. La crescita dei rifiuti rappresenta, infatti, un importante determinante di qualità dell'ambiente e indirettamente di qualità della vita e della salute, come è riconosciuto dai principali organismi internazionali, compresa l'OMS¹⁵.

Nella **SdS Valdarno Inferiore** la quantità di rifiuti urbani prodotta totale è leggermente aumentata (da 36.293.790 kg del 2008 a 37.244.680 kg del 2010) a fronte di un aumento della popolazione di quasi 2000 unità. La produzione pro capite di rifiuti urbani resta sostanzialmente stabile nel triennio, come la percentuale di raccolta differenziata, che risulta pressoché costante, tranne che per il comune di Santa Croce, dove subisce una diminuzione nel 2010.



Fonte: per il 2008 Osservatori Sociale Provinciale di Pisa, per il 2009 e il 2010 UOS Ambiente e Salute AUSL 11.

¹⁴ A Cura di Maria Grazia Petronio (UOS Ambiente e Salute Azienda Usl 11 di Empoli).

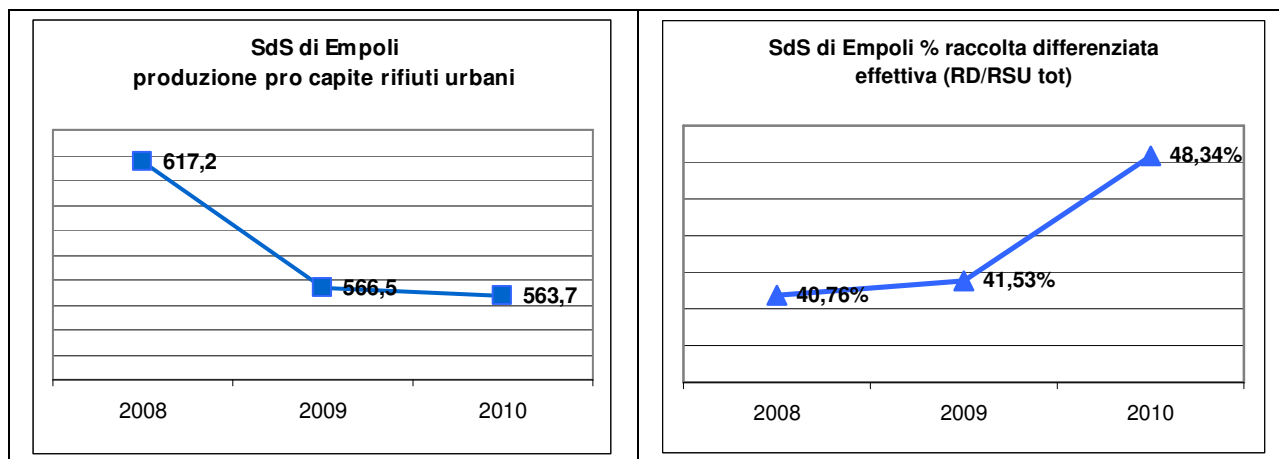
¹⁵ La nuova Europea Direttiva (2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio) ribadisce che la politica in materia di rifiuti dovrebbe mirare anche a ridurre l'uso di risorse, ricordando che la prevenzione dei rifiuti dovrebbe essere una priorità rispetto ad altre scelte. È chiaramente espresso che il riutilizzo e il riciclaggio dovrebbero preferirsi alla valorizzazione energetica dei rifiuti, in quanto rappresentano l'opzione più ecologica. Nella direttiva è stabilita una «gerarchia dei rifiuti», con un «ordine di priorità» che parte dalla «prevenzione», cioè misure che riducono la quantità di rifiuti anche attraverso il riutilizzo dei prodotti o l'estensione del loro ciclo di vita. L'obiettivo è quello di attuare nell'Unione Europea una “società del riciclaggio”, che eviti la produzione dei rifiuti e utilizzi gli stessi come risorse. In Italia la gerarchia di gestione dei rifiuti è disciplinata dall'art. 179 del D.Lgs. 152/06 “Criteri di priorità nella gestione dei rifiuti” che stabilisce quali misure prioritarie la *prevenzione e la riduzione della produzione e della nocività dei rifiuti* seguite da misure dirette quali il *recupero dei rifiuti mediante riciclo, il reimpiego, il riutilizzo o ogni altra azione intesa a ottenere materie prime secondarie, nonché all'uso di rifiuti come fonte di energia.*

Rispetto ai valori medi provinciali del 2008 (dati Osservatorio sociale provinciale di Pisa) nel Valdarno Inferiore la produzione di rifiuti pro-capite è inferiore alla media provinciale (641,9 kg rifiuti pro capite contro i 555,4 della SdS), e la raccolta differenziata presenta valori migliori (36,90% contro il 32,1% della Provincia di Pisa).

Pare opportuno evidenziare che il Comune di Santa Croce sull'Arno attiverà a partire da ottobre 2012 il servizio di raccolta dei rifiuti "porta a porta" e ciò comporterà un forte aumento delle percentuali di raccolta differenziata.

I dati aggiornati per comune sulla produzione di rifiuti e sulla percentuale di raccolta differenziata può essere reperita sul sito www.geofor.it.

Con riferimento alla **SdS di Empoli**, dai dati 2008 – 2010 si registra una riduzione della produzione dei rifiuti, a fronte di un aumento della popolazione di circa 2.400 unità e un aumento della raccolta differenziata.



Fonte: per il 2008 Osservatori Sociale Provinciale di Firenze, per il 2009 e il 2010 UOS Ambiente e Salute AUSL 11.

Rispetto ai valori medi della Provincia di Firenze del 2008 (dati Osservatorio sociale provinciale) la SdS di Empoli si posizione positivamente sia con riferimento alla produzione di rifiuti urbani pro-capite (617,2 contro 667,8 Kg pro capite a livello provinciale) sia con riferimento alla raccolta differenziata (40,8% contro il 36,9% della Provincia di Firenze).

E' opportuno evidenziare, comunque, che già nel 2008 il Comune di Montespertoli presentava una percentuale di raccolta differenziata superiore all'80% grazie alla sperimentazione del servizio di raccolta rifiuti con il sistema "porta a porta", che ha coinvolto gradualmente l'intero Circondario Empolese Valdelsa. La tabella seguente riporta i dati relativi al 2011 (Fonte Publiambiente).

Empolese Valdelsa - dati annuali 2011		Abitanti	Totale R.D.	Rifiuti smaltiti	Totale	R.D.*
		N°	Kg	Kg	Kg	%
Capraia e Limite		7.403	2.172.766	321.177	2.493.943	92,68
Castelfiorentino		17.998	4.493.597	5.744.977	10.238.574	46,69
Cerreto Guidi		10.910	3.477.080	561.499	4.038.579	91,59
Certaldo		16.264	3.149.367	5.508.744	8.658.111	38,7
Empoli		48.329	15.278.953	12.066.689	27.345.642	60,73
Fucecchio		23.571	7.319.457	1.209.271	8.528.728	91,3
Gambassi T.me		4.950	949.747	1.672.157	2.621.904	38,54
Montaione		3.852	967.264	1.784.036	2.751.300	37,4
Montelupo F.no		13.871	4.824.900	731.450	5.556.350	92,38
Montespertoli		13.517	4.115.895	798.343	4.914.238	89,1
Vinci		14.766	5.429.284	1.139.549	6.568.833	87,93

Fonte: Publiambiente 2011

2.2.2 Inquinamento atmosferico

Indicatori SC.determinanti.36-39-41-42

L'inquinamento atmosferico rappresenta sicuramente uno dei più rilevanti problemi di sanità pubblica tenuto conto che ai livelli di inquinamento atmosferico sono collegabili patologie importanti quali le BPCO, malattie cardiovascolari e tumori. Salvo specifiche fonti industriali inquinanti, la principale causa dell'inquinamento atmosferico è rappresentata dal traffico veicolare e dall'impiego di combustibili fossili per il riscaldamento e la produzione di energia.

La qualità dell'aria è monitorata in maniera campionaria da centraline fisse collocate nel nostro territorio, in particolare nei comuni di Empoli e Montelupo quelle riferite agli inquinanti più tipici (PM10, Ossido di Carbonio, Ossidi di zolfo, ossidi di azoto e Ozono) e in una rete istituita negli anni 90 nella zona del cuoio e mirante a verificare le concentrazioni ambientali di emissioni dell'industria conciaria.

I dati sono regolarmente aggiornati dall'Arpat regionale che fornisce un dato medio annuale e il numero di superamenti annui relativi ai limiti giudicati ai limiti normativi.

Il quadro della qualità dell'aria nelle due Società della Salute non dimostra nel tempo particolari variazioni, anche se non si sono ottenuti quei miglioramenti che sarebbero auspicabili, tenuto conto che ad esempio il dato del PM10 è ancora superiore al limite dei 20mg/mc indicato come tollerabile negli ambienti antropizzati.

Concentrazione di materiale particolato fine PM10 (D.M. 60/2002)			2009		2010	
Provincia	Comune	Zona Socio-sanitaria	Concentrazione media annua di PM10 - V.L. 40 µg/m3	N° superamenti del valore limite giornaliero di 50 µg/m3 - Superamenti consentiti: 35	Concentrazione media annua di PM10 - V.L. 40 µg/m3	N° superamenti del valore limite giornaliero di 50 µg/m3 - Superamenti consentiti: 35
Arezzo	Arezzo(*)	Aretina	30	15	27	20
Arezzo	Chitignano	Casentino	11	0	10	0
Firenze	Firenze	Firenze	27	23	22	13
Firenze	Scandicci	Fiorentina Nord-Ovest	35	48	33	38
GrossetO	Grosseto	Grossetana	23	4	18	0
Livorno	Livorno	Livornese	22	1	19	0
Lucca	Lucca (*)	Piana di Lucca	33	50	31	48
Lucca	Viareggio	Versilia	31	27	26	9
Lucca	Capannori	Piana di Lucca	27	35	27	38
Lucca	Porcari	Piana di Lucca	29	41	28	41
Pisa	Pisa	Pisana	36	45	25	13
Pisa	Cascina (*)	Pisana	36	49	30	31
Pisa	S.Croce	SdS Valdarno Inferiore	29	32	30	33
Pisa	Pomarance	Alta Val di Cecina	15	0	13	0
Pistoia	Montecatini Terme	Val di Nievole	33	46	28	30
Pistoia	Montale(**)	Pistoiese	33	35	33	52
Prato	Prato	Pratese	25	27	31	30
Siena	Siena (**)	Senese	19	0	28	4

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali - I superamenti del valore bersaglio sono evidenziati in grassetto

Concentrazione di biossido di azoto NO2 (D.M. 60/2002)			2009		2010	
Provincia	Comune	Zona-distretto	Concentrazione media annua di NO2 - V.L. 40 µg/m3	N° superamenti del valore limite orario di 200 µg/m3 - Superamenti consentiti: 18	Concentrazione media annua di NO2 - V.L. 40 µg/m3	N° superamenti del valore limite orario di 200 µg/m3 - Superamenti consentiti: 18
Arezzo	Arezzo	Aretina	22	0	22	0
Arezzo	Chitignano	Casentino	7	0	6	0
Firenze	Empoli(*)	SdS Empoli	59	0	59	0
Firenze	Montelupo Fiorentino(**)	SdS Empoli	37	0	49	0
Firenze	Calenzano	Fiorentina Nord-Ovest	28	0	38	0
Firenze	Campi Bisenzio	Fiorentina Nord-Ovest	23	0	29	0
Firenze	Scandicci	Fiorentina Nord-Ovest	38	5	34	5
Firenze	Sesto Fiorentino	Fiorentina Nord-Ovest	38	0	-	-
Firenze	Signa	Fiorentina Nord-Ovest	32	0	32	0
Firenze	Greve In Chianti	Fiorentina Sud-Est	21	0	15	0
Firenze	Incisa In Val d'Arno	Fiorentina Sud-Est	40	0	33	0
Firenze	Pontassieve	Fiorentina Sud-Est	15	0	18	0
Firenze	Firenze	Firenze	45	4	34	2
Grosseto	Grosseto	Grossetana	22	0	20	0
Livorno	Rosignano Marittimo	Bassa Val di Cecina	20	0	15	0
Livorno	Livorno	Livornese	30	0	25	0
Livorno	Piombino	Val di Cornia	24	0	19	0
Lucca	Capannori	Piana di Lucca	43	0	32	0
Lucca	Lucca (*)	Piana di Lucca	44	0	35	0
Lucca	Porcari	Piana di Lucca	43	0	34	0
Lucca	Viareggio	Versilia	37	0	34	0
Massa-Carrara	Carrara	Apuane	27	0	34	0
Massa-Carrara	Massa	Apuane	28	0	31	0
Pisa	Cascina(*)	Pisana	27	0	40	0
Pisa	Pisa	Pisana	37	0	19	0
Pisa	Pontedera(*)	Val d'Era	35	0	35	0
Pisa	Santa Croce Sull'arno	SdS Valdarno Inferiore	29	0	29	0
Pistoia	Montale	Pistoiese	24	0	26	0
Pistoia	Pistoia	Pistoiese	30	0	26	0
Pistoia	Montecatini Terme	Val di Nievole	30	0	29	0
Prato	Montemurlo(*) (**)	Pratese	41	0	54	10
Prato	Prato	Pratese	37	0	30	0
Siena	Poggibonsi (**)	Alta Val d'Elsa	32	1	15	1
Siena	Siena (*)	Senese	37	25	29	0

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali

Livelli elevati di Ozono riscontrati dalla stazione di Montelupo nel corso del 2010 risentono fortemente degli andamenti stagionali dai quali l'ozono è influenzato (temperature elevate nel periodo estivo e minor copertura del sole).

Ozono O3 (D.lgs. 183/2004)			2009		2010	
Provincia	Comune	Zona Socio-sanitaria	N. superamenti nell'anno del valore bersaglio di 120 µg/m3 media su 8 ore massima giornaliera.	N. medio dei superamenti 2007-2009 del valore bersaglio di 120 µg/m3 media su 8 ore massima giornaliera. N° superamenti consentiti per anno civile: 25 come media su 3 anni	N. superamenti nell'anno del valore bersaglio di 120 µg/m3 media su 8 ore massima giornaliera.	N. medio dei superamenti 2008-2010 del valore bersaglio di 120 µg/m3 media su 8 ore massima giornaliera. N° superamenti consentiti per anno civile: 25 come media su 3 anni
Arezzo	Chitignano	Casentino	7	17	2	11
Firenze	Montelupo Fiorentino	SdS di Empoli	1	24	43	17
Firenze	Scandicci	Fiorentina Nord-Ovest	47	28	47	33
Firenze	Firenze	Firenze	43	50	29	39
Firenze	Firenze	Firenze	54	58	31	42
Grosseto	Grosseto	Grossetana	5	10	25	12
Livorno	Livorno	Livornese	27	23	34	27
Livorno	Livorno	Livornese	10	20	37	22
Lucca	Lucca	Piana di Lucca	16	37	29	24
Pisa	Pisa	Pisana	8	14	9	12
Pistoia	Montale	Pistoiese	68	52	56	60
Prato	Prato	Pratese	62	45	39	46

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali - I superamenti del valore bersaglio sono evidenziati in grassetto

Concentrazione media massima di monossido di carbonio CO (D.M. 60/2002) giornaliera su 8 ore di CO - V.L. 10 mg/m ²				
Provincia	Comune	Zona-distretto	2009	2010
Arezzo	Arezzo	Aretina	2.5	2,8
Firenze	Empoli	SdS Empoli	2.6	-
Firenze	Scandicci	Fiorentina Nord-Ovest	2.8	2,8
Firenze	Sesto Fiorentino	Fiorentina Nord-Ovest	4.3	-
Firenze	Firenze	Firenze	5.1	5,9
Grosseto	Grosseto	Grossetana	1.7	1,0
Livorno	Rosignano Marittimo	Bassa Val di Cecina	1.1	1,8
Livorno	Livorno	Livornese	3.2	2,8
Livorno	Piombino	Val di Cornia	6.3	2,8
Lucca	Capannori	Piana di Lucca	3.6	3,5
Lucca	Lucca	Piana di Lucca	3.2	3,0
Lucca	Viareggio	Versilia	3.1	3,0
Massa-Carrara	Carrara	Apuane	1.4	1,8
Pisa	Cascina	Pisana	1.9	1,7
Pisa	Pisa	Pisana	2.3	2,3
Pisa	Pontedera	Val d'Era	2.3	1,8
Pistoia	Montale	Pistoiese	3.5	3,2
Pistoia	Pistoia	Pistoiese	4.2	3,1
Pistoia	Montecatini Terme	Val di Nievole	3.5	2,8
Prato	Montemurlo	Pratese	4.1	3,5
Prato	Prato	Pratese	3.7	3,3
Siena	Poggibonsi	Alta Val d'Elsa	2.1	1,9
Siena	Siena	Senese	2.3	2,3

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali

Provincia	Comune	Zona-distretto	Concentrazione media annua di benzene C6H6 (D.M. 60/2002) - V.L. 5.0 µg/m3	Concentrazione media annua di benzene C6H6 (D.M. 60/2002) - V.L. 5.0 µg/m3
Livorno	Livorno	Livornese	3.2	0,6
Pisa	Pisa	Pisana	2.5	2,2
Pisa	Santa Croce sull'Arno	SdS Valdarno Inferiore	1.1	1,1

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali

Il comune di Empoli, nel triennio 2008-2010, vede un aumento del livello medio annuale delle polveri fini (PM10: 28 µg/m³ nel 2008, 32µg/m³ nel 2009, 34 µg/m³ nel 2010) e del numero di giorni in cui vi è stato un superamento del limite soglia giornaliero consentito. Rispetto al 2006 si è registrata comunque una diminuzione della concentrazione media annuale di PM10 pari a 36 microgrammi/m³.

Il comune di Montelupo Fiorentino registra una progressiva riduzione, nel triennio 2008-2011, delle concentrazioni medie annuali delle polveri fini (PM10: 32 µg/m³ nel 2008, 26 µg/m³ nel 2009 e 22 µg/m³ nel 2010) che si sono attestate, nell'ultimo anno, a valori molto vicini rispetto a quelli indicati dall'OMS come più cautelativi per la salute della popolazione, pari a 20 µg/m³. Allo stesso modo si è verificata una riduzione progressiva del numero di giorni nel corso dei quali vi è stato un superamento del limite soglia consentito di PM10.

Per quanto riguarda gli altri inquinanti monitorati, tuttavia, continua il trend in negativo di biossido di azoto (NO₂)¹⁶ e di Ozono (O₃).

Nel Comune di Santa Croce sull'Arno la concentrazione media annuale di PM10 degli ultimi anni non ha mostrato importanti variazioni, mantenendosi nei limiti di legge ma lontano dai valori più cautelativi per la salute indicati dall'OMS. Anche il numero di giorni nel corso dei quali vi è stato un superamento del limite soglia consentito di PM10 è rimasto pressoché stabile nel triennio considerato.

Dai dati di letteratura si potrebbero ricavare forti campanelli di allarme relativi all'inquinamento atmosferico e rappresentati attraverso la così detta mortalità evitabile. Il dato aziendale porrebbe le due SdS in una situazione migliore rispetto al dato regionale, ma questo non significa che non si debba comunque operare con azioni utili a diminuire per quanto possibile i livelli di inquinamento dell'aria. La regolazione del traffico, la diminuzione del traffico veicolare, gli incentivi per l'uso di veicoli meno inquinanti e per la sostituzione e il miglioramento degli impianti termici, lo sviluppo di impianti misti ad energie rinnovabili e a scarso impatto ambientale, la regolazione della fluidità e delle direttrici di traffico, l'impiego di mobilità alternativa, potranno costituire linee di politiche locali.

Da non trascurare per quanto riguarda l'inquinamento atmosferico anche l'inquinamento da pollini che contribuisce a peggiorare lo stato di salute di soggetti con patologie croniche cui si aggiunga lo stimolo allergizzante, oppure contribuire allo sviluppo di patologie croniche in soggetti allergici. La mappatura dei pollini, che risente tuttavia di fattori non governabili (temperatura, direzione venti, densità di essenze, stagionalità ecc) potrebbe essere in parte governata almeno nella realizzazione di spazi pubblici prevedendo la messa a dimora di essenze a basso livello allergizzante. Tale tipo di informazione potrebbe essere diffusa in maniera tale da favorire, soprattutto nelle zone antropizzate ove è più alto anche il livello degli altri inquinanti, l'adozione di comportamenti individuali che diminuiscano la presenza di allergeni.

2.2.3 Inquinamento elettromagnetico

Indicatori SC.determinanti.31-32

Con inquinamento elettromagnetico si intende l'insieme delle radiazioni non ionizzanti, cioè di onde elettromagnetiche di energia tale da non essere in grado di ionizzare la materia, emesse dai sistemi televisivi e di radiocomunicazione e dalle linee e dalle apparecchiature elettriche.

Considerata la sempre più ampia diffusione della esposizione a onde elettromagnetiche, derivanti sia dagli elettrodomestici che dai ripetitori per telefonia mobile che da tutta una serie di elettrodomestici e apparecchiature elettroniche d'uso (computer, tv, forni ecc.), la comunità internazionale ha studiato gli effetti di tale esposizione giudicando che le onde elettromagnetiche potessero rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di tumori. In particolare leucemie infantili per i campi a bassa frequenza

(elettrodotti) o tumori cerebrali (campi ad alta frequenza da uso di telefonia mobile). L'esito di questi studi è stato che comunque le onde elettromagnetiche possono rappresentare un fattore di rischio.

Ne è conseguito un allarme sociale che, pur non modificando molto i comportamenti individuali (es. uso del telefono portatile) ha richiesto un accurato monitoraggio di tutte le fonti fisse di esposizione (elettrodotti, ripetitori ecc.).

Anche nel nostro territorio sono presenti tali tipi di impianti fissi che sono stati regolarmente studiati e che sono indicati nelle seguenti tabelle.

Superamento dei limiti normativi dovuti a Stazioni Radio Base (SRB)	2008		2010		2008		2010	
	Numero impianti SRB	Superamento limite esposizione o Valore di attenzione - SRB	Numero impianti SRB	Superamento Limite di esposizione o Valore di attenzione - SRB	Numero impianti RTV	Superamento Limite di esposizione o Valore di attenzione - RADIO-TV	Numero impianti RTV	Superamento Limite di esposizione o Valore di attenzione - RADIO-TV
Capraia e Limite	3	0	6	0	8	0	9	0
Castelfiorentino	8	0	12	0	4	0	5	0
Cerreto Guidi	10	0	10	0	0	0	0	0
Certaldo	1	0	2	0	0	0	0	0
Empoli	47	0	65	0	0	0	0	0
Gambassi Terme	3	0	3	0	1	0	1	1
Montaione	4	0	6	0	0	0	0	0
Montelupo Fiorentino	13	0	19	0	3	0	3	0
Montespertoli	16	0	19	0	0	0	0	0
Vinci	9	0	10	0	1	0	1	0
Fucecchio	17	0	23	0	0	0	0	0
SdS di Empoli	131	0	175	0	17	0	19	1
Provincia di Firenze	1194	0	1406	0	415	0	424	1
Castelfranco di Sotto	11	0	13	0	2	0	1	0
Montopoli in Val d'Arno	16	0	18	0	2	0	2	0
San Miniato	29	0	35	0	1	0	1	0
Santa Croce sull'Arno	11	0	12	0	0	0	0	0
SdS Valdarno Inferiore	67	0	78	0	5	0	4	0
Provincia di Pisa	470	0	578	0	134	0	134	0
Regione	4844	0	5767	0	2344	1	2392	3

Fonte: Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali

Nelle 2 tabelle che seguono è indicato il numero di misurazioni effettuate sugli impianti a RF nei comuni ed il numero di superamenti, che è risultato essere zero, per gli anni 2010 e 2011.

impianti a RF	misurazioni effettuate		numero di superamenti	
	2010	2011	2010	2011
Castelfranco	0	3	0	0
Fucecchio				
Montopoli	1	0	0	0
San Miniato	14	1	0	0
Santa Croce	0	1	0	0

E' sufficientemente rassicurante il fatto che non si rilevino nei vari campionamenti effettuati superamenti dei limiti giudicati accettabili dalla comunità internazionale per l'esposizione della popolazione. L'inquinamento elettromagnetico rimane comunque per la sua diffusione un argomento di interesse e potrebbe essere oggetto di informazione per diminuire quantomeno l'esposizione al rischio diminuendo la diffusione e l'uso non necessario delle tecnologie (formazione per i bambini delle scuole, uso degli auricolare, sviluppo tecnologie a più bassa emissione ecc.).

2.2.4 Acqua

La qualità e la distribuzione dell'acqua costituiscono elementi importanti per caratterizzare il livello socioeconomico di una collettività. Nel nostro territorio l'approvvigionamento di acqua potabile è diffuso ed

esteso a tutta la popolazione, tenuto conto peraltro che non è concedibile l'uso né abitativo né industriale a manufatti che siano privi di approvvigionamento potabile, cioè corrispondente a quelle qualità chimiche e microbiologiche che un'acqua deve avere per poter rispondere a quelli che sono i criteri della L. 31/2001.

Mentre la garanzia della qualità biologica dell'acqua, cioè l'assenza nella stessa di microrganismi patogeni, è, con le attuali tecnologie di potabilizzazione, sempre possibile almeno per le reti pubbliche, la qualità chimica dell'acqua è influenzata dalla fonte di approvvigionamento, tanto che si sono dovuti seguire periodi di deroga rispetto ai limiti previsti dalla legge quando ci fossero fonti di approvvigionamento che erogavano acque troppo ricche di alcuni componenti (ferro, manganese, solfati ecc.). Questa condizione è superata nei territori delle due SdS che hanno strutture che assicurano l'emungimento, trattamento e distribuzione dell'acqua oramai rodate da tempo e con una rete di autocontrollo rispondente alle richieste della normativa.

L'acqua potabile, oltre che al controllo e alla responsabilità che ne consegue per l'ente distributore, è soggetta ad un controllo ufficiale che viene eseguito dalle aziende sanitarie per monitorarne il mantenimento delle caratteristiche microbiologiche e chimiche che ne consentano la distribuzione stessa. Nell'anno 2010 sono stati effettuati 273 campioni chimici, 14 dei quali sono risultati irregolari per alcuni parametri (4 per il parametro ammonio, 5 per i solfati, 2 per il ferro, 2 per il manganese e 1 campione è risultato non essere conforme per il parametro dei trialometani). Nello stesso anno i campioni biologici effettuati sono stati 1175 e quelli irregolari sono stati 47 (41 per il parametro coliformi, 2 enterococchi, 3 per *Escherichia coli* e 1 campione per *Clostridium*).

Nell'anno 2011 sono stati effettuati 212 campioni chimici, 13 dei quali sono risultati irregolari per alcuni parametri (2 campioni per il parametro ammonio, 6 per i solfati, 2 per il ferro, 2 per il manganese mentre un solo campione non è risultato essere conforme per il parametro trialometani). I campioni biologici effettuati sono stati 1114, 24 dei quali non sono risultati conformi per alcuni parametri microbiologici (22 campioni per i coliformi e 2 campioni per enterococchi).

Le irregolarità, che vengono comunicate all'ente gestore ed al Sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, non prevedono normalmente la cessazione della distribuzione idrica ma impongono delle eventuali restrizioni di consumo di cui i cittadini hanno per legge immediata comunicazione. In particolare le irregolarità di tipo microbiologico possono essere dovute a difetti nei trattamenti di disinfezione o a specifiche contaminazioni dovute alle caratteristiche della rete di distribuzione (depositi, condotte ecc.), mentre quelle di tipo chimico sono spesso da mettere in relazione a caratteristiche della rete o a variazioni momentanee della fonte di approvvigionamento che nel nostro territorio è costituita esclusivamente da acque profonde (pozzi) e/o sorgenti essendo cessato l'approvvigionamento da acque superficiali della Valdelsa. La presenza in un campione di trialometani può essere invece messa in relazione alla qualità dell'acqua e tipologia di trattamento di disinfezione.

Se la qualità dell'approvvigionamento, almeno per le reti pubbliche, appare non costituire un problema degno di attenzione diversa rispetto a quella già dedicategli e possiamo sicuramente affermare che le reti idriche del territorio delle due SdS distribuiscono acqua di qualità, la risorsa acqua deve invece essere utilizzata con attenzione tenuto conto soprattutto della origine esclusivamente tellurica delle acque dei nostri acquedotti. Non è pertanto da dimenticarsi la possibilità o disposizione di destinare acque diverse (superficiali, pluviali, di riciclo ecc.) ad usi non potabili dell'acqua (annaffiatura, usi industriali, usi agricoli, spazzamento e pulizie delle strade, etc) in modo da economizzare le acque di qualità e poter giungere anche al superamento dell'uso delle acque imbottigliate che rappresentano un impatto importante sull'ambiente (trasporto, imballaggio, contenitori etc). e che spesso sono acquistate per criticità anche momentanee delle acque condottate (sapori poco gradevoli derivanti dalla disinfezione, colorazioni anomale, etc.).

Nel 2009 il nostro Paese si è confermato il primo in Europa per consumi pro-capite di acqua. Ultimamente stanno avendo successo le cosiddette acque "affinate"; esse di fatto rappresentano una sorta di terza tipologia di acqua da bere che si affianca alle altre due (di rubinetto e imbottigliata), con l'ambizioso obiettivo di non presentarne i punti deboli.

2.2.5 Il rumore

Indicatori SC.determinanti.34-35

Esistono ad oggi sufficienti evidenze epidemiologiche dell'esistenza di una relazione di causa-effetto tra l'esposizione della popolazione al rumore ambientale e l'insorgenza di effetti negativi per la salute: il rumore ambientale disturba il sonno, l'apprendimento in età scolare, provoca una reazione endocrina dovuta allo stress e può comportare effetti sul sistema cardiovascolare come le malattie cardiache e l'ipertensione, quando l'esposizione è ripetuta per un periodo prolungato.

Diversi studi sull'esposizione a rumore generato dalle infrastrutture hanno evidenziato che una percentuale significativa dei cittadini europei è esposta a livelli di rumore superiori ai limiti raccomandati

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: in generale si stima che più del 44% di questi (circa 210 milioni di persone) siano esposti a livelli di rumore superiori ai 55 dB.

Da tempo, la politica antirumore europea si dirige verso alcune misure di mitigazione, ritenendo che una migliore soluzione risieda nella combinazione di diversi interventi di abbattimento del rumore: limitare la velocità di circolazione, introdurre barriere antirumore, ridurre i veicoli in circolazione, utilizzare pavimentazioni antirumore, sono azioni implementate da tempo e che hanno già contribuito a determinare una riduzione delle emissioni rumorose.

Nel contesto urbano, le infrastrutture di trasporto si configurano come le sorgenti di rumore più importanti sia per il livello di potenza sonora emesso, sia per il numero di persone che vi risultano esposte, sia per il giudizio di elevato disturbo che da quest'ultime viene riportato. Infatti il rumore delle infrastrutture stradali risulta il secondo maggiore "stressore" ambientale in termini di impatto sulla salute.

Nelle tabelle viene riportato il valore relativo al superamento dei limiti normativi per il rumore in ambiente esterno dell'anno 2008 (Fonte Osservatori Sociali Provinciali) calcolato nel seguente modo: Numeratore: Superamenti su tutte le sorgenti; Denominatore: Fenometrie su tutte le sorgenti (puntuali e infrastrutture). Si fa riferimento a sorgenti puntuali e lineari e misurazioni in orari diurni e notturni.

SDS VALDARNO INFERIORE Superamento dei limiti normativi per il rumore in ambiente esterno Anno 2008.		SDS DI EMPOLI Superamento dei limiti normativi per il rumore in ambiente esterno Anno 2008.	
Castelfranco di Sotto	0,5	Capraia e Limite	1,00
Montopoli Val d'Arno	0,0	Castelfiorentino	1,00
San Miniato	1,0	Cerreto Guidi	1,00
Santa Croce sull'Arno	0,0	Certaldo	0,00
Valdarno Inferiore	0,4	Empoli	0,78
Provincia di Pisa	0,6	Fucecchio	1,00
		Gambassi Terme	0,00
		Montaione	1,00
		Montelupo Fiorentino	0,67
		Montespertoli	1,00
		Vinci	1,00
		SdS di Empoli	0,90
		Provincia di Firenze	0,56

Fonte: Rete Osservatori Sociali

Il numero di interventi di controllo per abitante (numero di controlli effettuati/totale della popolazione), riferito al numero di interventi di misura su sorgenti puntuali effettuati da ARPAT, ASL e Polizia Municipale a seguito di esposti o segnalazioni (Fonte: rete Osservatori Sociali – anno 2008) è pari a n. 30 nella SdS di Empoli (controlli totali Provincia di Firenze n. 169) e di n. 5 nella SdS Valdarno Inferiore (controlli totali Provincia di Pisa n. 15).

I dati del 2009 e 2010 su base provinciale dimostrano tuttavia che il numero di rilievi per l'individuazione dell'esposizione al rumore è ancora sostanzialmente basso e la pianificazione derivante dalla obbligatorietà della zonizzazione acustiche richiederebbe una attenzione specifica nella previsione dei piani strutturali e nella progettazione della viabilità. La delocalizzazione degli impianti produttivi potrà migliorare il clima acustico delle zone residenziali, anche se sarà da tenere in considerazione la presenza di fonti di emissione (impianti di climatizzazione, aspiratori, etc.) che, pur non raggiungendo livelli elevati, possono rappresentare comunque elemento di fastidio per lo spettro delle frequenze acustiche che spesso si ritrovano in tali fonti.

Per quanto riguarda il fenomeno rumore, tuttavia, non si può tener conto di dati medi zionali o comunali, ma piuttosto dei livelli di esposizione anche puntuali e sui quali dovrà essere posta attenzione e trovato rimedio, soprattutto quando si riferiscano ad esposizioni di comunità (scuole, ospedali, strutture residenziali).

Un fenomeno da considerare, pur nella sua estemporaneità, è l'esposizione derivante da attività di intrattenimento (concerti, discoteche, luoghi di ritrovo).

2.2.6 Amianto

La normativa attualmente in vigore non ha previsto la rimozione di tutto l'amianto in situ (forse perché lo smaltimento della totalità dei manufatti avrebbe potuto costituire un problema ancora maggiore) ma solo il divieto di vendita, commercializzazione, produzione e lavorazione.

Nel 1996 è stato effettuato dalla Ausl 11 il primo censimento sulla presenza di amianto negli edifici pubblici e/o aperti al pubblico (ospedali, scuole, uffici pubblici, supermercati, impianti sportivi, banche etc.). I dati emersi evidenziavano la presenza di un edificio con amianto friabile, un edificio con presenza di amianto friabile nelle attrezzature (strumenti), tredici manufatti in cemento-amianto (canne fumarie, serbatoi acqua, ecc.), ventitré coperture in "eternit", tre edifici con fibre minerali artificiali in matrice friabile.

A seguito di questo censimento tutte le strutture con amianto friabile e con fibre minerali artificiali sono state bonificate. Molti piani di bonifica sono stati presentati anche per i materiali in cemento amianto. L'ASL, infatti, verifica tutti i piani di lavoro per l'esecuzione dei lavori di rimozione.

In totale, quindi, compresi anche gli edifici privati, nell'anno 2011 sono pervenuti all'ASL 264 piani di lavoro più 200 notifiche (relative di solito a lavori di piccola entità) per un totale di 55 tonnellate ovvero 90.640 mq di MCA rimossi.

Per quanto riguarda, in particolare, le scuole pubbliche del Valdarno tutte le coperture rilevate dal censimento sono state rimosse eccetto la copertura nel Liceo Marconi a San Miniato per il quale è stata prevista una completa ristrutturazione.

Nelle scuole dell'Empolese Valdelsa, inoltre, è stato appurato che la scuola elementare-media a Montelupo presenta una copertura esterna della palestra in buone condizioni appositamente controsoffittata all'interno, per la quale è previsto comunque un progetto di sostituzione che sarà realizzato entro i prossimi due anni.

La rimozione delle coperture in amianto è prevista in tempi brevi anche per la scuola materna-elementare-media di Montaione e per le scuole materne di Serravalle e Valgardena di Empoli, mentre nel corso dell'anno 2011 è stato bonificato l'asilo nido Arcobaleno di Certaldo.

Nello stesso anno sono state rimosse anche le coperture in eternit delle scuole materne in via Meucci e in via Pier della Francesca a Empoli e della scuola elementare "G. Pascoli" in località Fiano nel Comune di Certaldo.

Per quanto riguarda le scuole superiori della provincia di Firenze, nell'Istituto "Enriques" di Castelfiorentino parte delle coperture sono state rimosse negli anni 2002, 2003 e 2007; per la porzione rimasta in situ viene effettuato il monitoraggio ed è intenzione del Circondario di procedere alla sostituzione in tempi brevi.

Per quanto riguarda gli uffici postali la presenza di cemento amianto è stata rilevata negli uffici ubicati nel comune di San Miniato (per questo sono stati presentati gli aggiornamenti dei Piani di Controllo e Manutenzione) mentre a Castelfiorentino il materiale è stato rimosso in seguito al censimento svolto dalla Asl 11. Nell'ufficio postale del comune di Santa Croce sull'Arno si stanno completando gli accertamenti per escludere la presenza di amianto.

In Italia, ancora oggi, ci sono 40 milioni di tonnellate di materiali contenenti amianto (MCA). Ciò è in parte dovuto agli alti costi richiesti per la loro rimozione.

2.2.7 Il Radon

Tra gli indicatori complementari per la descrizione dello stato dell'ambiente, è indicata anche la presenza di radon che costituisce uno degli indicatori della radiazione naturale presente in un determinato territorio. L'indicazione di tale dato di esposizione può divenire rilevante per calcolare il rischio complessivo di esposizione a radiazioni ionizzanti che si aggiungono a quella naturale ad esempio per l'effettuazione di esami di radiodiagnostica. L'indicazione del livello di inquinamento è fino a questo momento rilevata con dati medi provinciali che collocherebbero le nostre due SdS ad un basso livello di esposizione naturale se confrontato con altre zone del centro Italia.

La bassa esposizione naturale richiede una particolare attenzione per le esposizioni iatrogene in quanto il rischio aggiuntivo verrebbe in gran parte determinato proprio da indirizzi di tipo diagnostico.

2.2.8 Siti contaminati e bonifiche

Indicatori SC.determinanti.27

La presenza di siti contaminati può avere rilievo completamente diverso per entità del rischio, per cui quello che potrebbe essere opportuno è la pubblicizzazione degli interventi di bonifica e la diffusione dei dati di monitoraggio soprattutto per quegli ambiti. Per le nostre due SdS sono riportati i seguenti dati.

SdS Valdarno Inferiore Presenza di siti contaminati - anno 2010	
Castelfranco di Sotto	2
Montopoli Val d'Arno	2
San Miniato	11
Santa Croce sull'Arno	3
Valdarno Inferiore	18
Provincia di Pisa	242

Fonte: Sira- Arpat (Rete Osservatori Sociali)

SdS di Empoli Presenza di siti contaminati - anno 2010	
Capraia e Limite	12
Castelfiorentino	22
Cerreto Guidi	5
Certaldo	14
Empoli	46
Fucecchio	6
Gambassi Terme	4
Montaione	3
Montelupo Fiorentino	28
Montespertoli	5
Vinci	12
SdS di Empoli	157
Provincia di Firenze	701

Fonte: Sira- Arpat (Rete Osservatori Sociali)

Stato di attuazione degli interventi di bonifica.Provincia di PISA. Anno 2010	SdS Valdarno Inferiore	Provincia di Pisa
	Non rilevato	0
Analisi di rischio	0	4
Attivazione Iter	1	13
Attivazione Iter (Iscrizione anagrafe)	4	18
Bonifica/ Misp/ Miso in corso	4	25
Bonifica/ Misp in corso	0	16
Caratterizzazione	1	16
Certificazione Lotto i-esimo	0	1
Certificazione Lotto n-esimo	0	7
Certificazione Sito Completo	0	37
Certificazione Suolo Lotto i-esimo	0	1
Esclusi	3	16
Mancata Necessità	5	72
Mp/ Indagini preliminari	0	13
Totale	18	242

Fonte: elaborazione su dati Arpat

Stato di attuazione degli interventi di bonifica - anno 2010	SdS di Empoli	Provincia di Firenze
ANALISI DI RISCHIO	9	45
ATTIVAZIONE ITER	10	32
ATTIVAZIONE ITER (ISCRIZIONE IN ANAGRAFE)	8	30
BONIFICA / MISP / MISO IN CORSO	6	53
BONIFICA / MISP IN CORSO	14	44
CARATTERIZZAZIONE	22	94
CERTIFICAZIONE FALDA	1	2
CERTIFICAZIONE LOTTO i-esimo	2	10
CERTIFICAZIONE LOTTO n-esimo	2	5
CERTIFICAZIONE PARZIALE		1
CERTIFICAZIONE SITO COMPLETO	24	93
CERTIFICAZIONE SUOLO		5
CERTIFICAZIONE SUOLO LOTTO i-esimo		1
CERTIFICAZIONE SUOLO LOTTO n-esimo	1	2
ESCLUSI	3	41
MANCATA NECESSITA	46	213
MP / INDAGINI PRELIMINARI	9	30
ALTRO		0
Totale	157	701

2.2.9 Verde Urbano, piste ciclabili e zone pedonali

Indicatori SC.determinanti.28-29-43

Tra le informazioni che potrebbero sostenere la “salute in tutte le politiche” nel set complementare di indicatori sono riportati i seguenti determinanti: isole pedonali, piste ciclabili e verde urbano, che mostrano il seguente andamento nei nostri territori.

Dati Amministrazioni Comunali al 30/06/2012	<u>isole pedonali</u> porzioni di area urbana potenzialmente carrabile ma sulla quale è stato istituito il divieto di transito o la "Zona a Traffico Limitato"	<u>piste ciclabili</u>	<u>verde urbano</u>
	Superficie (m2)	Km	Superficie (m2) di verde attrezzato, parchi urbani e verde storico
Capraia e Limite	0	2,5	64.500
Castelfiorentino	0	0	139.440
Cerreto Guidi	0	0	92.500
Certaldo	39.907	7,4	1.229.787
Empoli	12.500	5,72	1.021.468
Fucecchio	16.862	2,2	298.000
Gambassi Terme	0	0	68.362
Montaione	27.077	0	108.960
Montelupo Fiorentino	12.058	9	235.140
Montespertoli	0	0	127.658
Vinci	2.260	3	13.950
SdS di Empoli	83.587	29,82	3.399.765
Castelfranco di Sotto			
Montopoli			
Santa Croce S/Arno			
San Miniato			
SdS Valdarno Inferiore			

La diffusione di iniziative che migliorino la mobilità sostenibile e riducano il ricorso ai mezzi privati possono risultare utili per ridurre il traffico veicolare che è unanimemente riconosciuto come una delle cause principali sia dell'inquinamento da polveri sottili che dell'inquinamento da rumore.

2.3 STILI DI VITA¹⁷

Indicatori SM.determinanti.11-18

I comportamenti individuali possono avere grande influenza sullo stato di salute sia direttamente, in quanto il comportamento stesso può generare patologie, o indirettamente, in quanto il comportamento può determinare uno specifico approccio con la propria salute.

Gli ultimi piani sanitari nazionali hanno indicato il bisogno e l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali per la salute e la diffusione delle conseguenti misure di prevenzione.

La Toscana ha sperimentato, fra gli strumenti di promozione della salute, il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)¹⁸, ovvero l'attuazione di una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi preventivi, con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta attraverso una rilevazione sistematica e continua delle abitudini e degli stili di vita, utilizzando come strumento di indagine un questionario telefonico: tale iniziativa è finalizzata a individuare i bisogni di salute della popolazione, a promuovere l'adozione di stili di vita corretti e a verificare l'efficacia degli interventi messi in campo. Il questionario è costruito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi.

¹⁷ A cura di Marinella Chiti

¹⁸ PASSI è il sistema di sorveglianza italiano sui fattori di rischio comportamentali per la salute della popolazione adulta e fornisce dati facilmente analizzabili ed usufruibili anche dalle singole ASL. PASSI; ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e, nella nostra Regione, dal Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana. In Italia 149 Aziende Sanitarie, di cui 12 della Toscana, hanno aderito a PASSI. PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza nella popolazione di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all'offerta ed all'utilizzo di programmi di prevenzione (screening, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

Anche nel territorio dell'Azienda Usl 11 di Empoli, che comprende entrambe le SdS, ai fini della raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario di circa un centinaio di domande somministrato telefonicamente ad un campione di persone stratificato per sesso ed età, tra i 18 ed i 69 anni estratte casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria. Nel periodo giugno 2007 - dicembre 2010 sono state intervistate 1071 soggetti, 535 donne e 536 uomini, con un'età media complessiva di 43 anni¹⁹.

Abbiamo ritenuto importante mantenere il rilievo aziendale anche se nei riepiloghi annuali del Sant'Anna (dati Mes) si potranno trovare dei dati diversi in quanto riferiti non ad un campionamento triennale ma al campionamento dell'anno di riferimento.

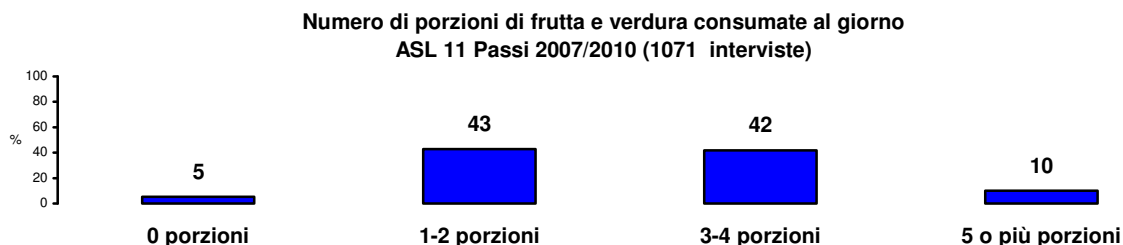
Risultato sintetico delle interviste periodo 2007 – 2010

- 65% si considera in buona salute
- 10% ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- 15% è iperteso
- 19% ha il colesterolo alto
- 34% pratica l'attività fisica raccomandata
- 41% è in eccesso ponderale (32,5% sovrappeso e 8,5% obeso)
- 23% è un bevitore "a rischio"(secondo le nuove indicazioni INRAN)
fuma (di questi l'1% è fumatore in astensione, cioè ha smesso da meno di 6
29% mesi)

2.3.1 Abitudini alimentari

Solo il 10% della popolazione intervistata aderisce alle raccomandazioni internazionali circa l'adeguato livello di consumo di frutta e verdura, riferendo un consumo di 5 porzioni al giorno; il 42% ne mangia almeno 3 porzioni al giorno. L'abitudine a mangiare frutta e verdura è più diffusa tra le persone fra i 50 ed i 69 anni

Nel 2010, in Regione Toscana, il 31% degli intervistati presentava un eccesso ponderale in termini di sovrappeso e l'8% in termini di obesità. Il 41,7% delle persone in sovrappeso e il 67,8% degli obesi ha ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso, ma solo una persona su quattro, in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi), riferisce di seguire una dieta.



2.3.2 Attività fisica

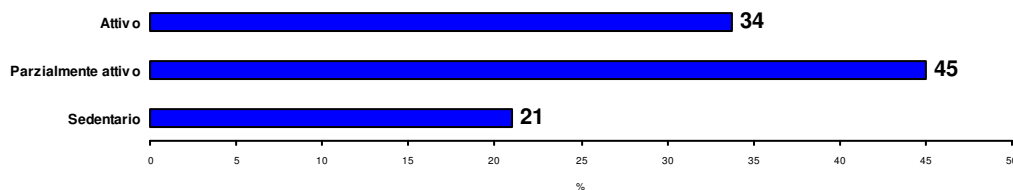
Il 34% degli intervistati riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 45% di svolgere una moderata attività fisica; il restante **21%** di essere **completamente sedentario**.

La sedentarietà risulta più diffusa tra le donne rispetto agli uomini, tra chi ha problemi economici ed un basso livello d'istruzione e tra le persone anziane (23,3%) rispetto ai giovani (20%). Nella ASL 11 al 35% delle persone intervistate un medico o un operatore sanitario ha chiesto se praticano attività fisica e al 39% è stato consigliato di svolgerla regolarmente.

A livello regionale il 27,7% risulta sedentario, mentre circa un terzo degli intervistati riferisce che un medico o un operatore sanitario ha chiesto se pratica attività fisica e di questi solo ad una persona su tre è stato consigliato di svolgerla regolarmente.

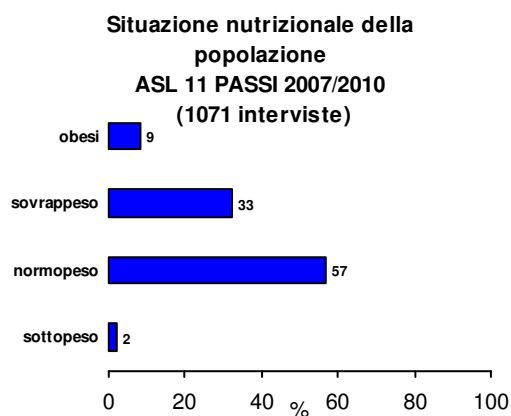
¹⁹ Il 17,7% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32,5% la licenza media inferiore, il 40,6% la licenza media superiore ed il 9,2% è laureato. Il 5,1% degli intervistati è di cittadinanza straniera. Il 64% del campione tra i 18 ed i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente. Il 46% del campione riferisce di non avere difficoltà economiche, mentre il 37% qualche difficoltà e l'16,5% molte.

Attività fisica Asl 11 Passi 2007/2010 (1071 interviste)



2.3.3. Peso

Nella ASL 11 il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 32,5% sovrappeso ed il 8,5% obeso. L'eccesso ponderale (sovrappeso od obesità) cresce in modo significativo con l'età ed è più frequente negli uomini. Circa il 41% delle persone in sovrappeso non percepisce come troppo alto il proprio peso. Il 48% delle persone in sovrappeso e l'84% delle persone obese ha ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso. Il 31% delle persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obese) riferisce di seguire una dieta per perdere peso. Il 49,5% delle persone sovrappeso ed il 66,7% di quelle obese ha ricevuto il consiglio, da parte di un operatore sanitario, di praticare attività fisica.



2.3.4 Fumo

Nella ASL 11 il 28,4% degli intervistati risulta essere fumatore²⁰, il 18% ex fumatore²¹, l'1% fumatore in astensione²² ed il 52,5% non fumatore²³. L'abitudine al fumo appare più elevata tra gli uomini che tra le donne (rispettivamente 34% contro 25%). Si osservano proporzioni di fumatori più elevate nella classe di età 18-34 anni (38%) rispetto alle altre fasce.

In media vengono fumate circa 10 sigarette al giorno.

Meno di un intervistato su due (41%) dichiara che un medico o un operatore sanitario ha indagato le sue abitudini al fumo. Il 64% dei fumatori riporta altresì di aver ricevuto da parte di un operatore sanitario l'invito a smettere di fumare o a ridurre il numero giornaliero di sigarette fumate.

Il 65% delle persone riferisce che la nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici è sempre rispettata ed il 25% quasi sempre, mentre il 66% degli intervistati riferisce il rispetto assoluto di tale divieto sul lavoro.

Il 72% dichiara che non gli è consentito fumare nella propria abitazione e il divieto sale all'81% in presenza di minori di 14 anni.

A livello regionale il 27,4% degli intervistati risulta essere fumatore, il 20,4% ex fumatore, circa l'1% fumatore in astensione ed il 52,5% non fumatore. Il 39% dichiara che un medico o un operatore sanitario ha indagato le sue abitudini al fumo e il 51% dei fumatori riferisce di aver ricevuto da parte di un operatore sanitario l'invito a smettere di fumare o a ridurre il numero giornaliero di sigarette fumate.

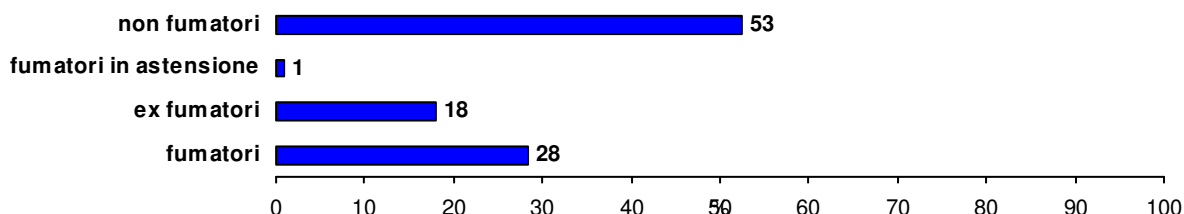
²⁰ Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

²¹ Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita

²² Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi

²³ Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Abitudine al fumo di sigaretta
ASL 11 PASSI 2007/2010
(1071 interviste)



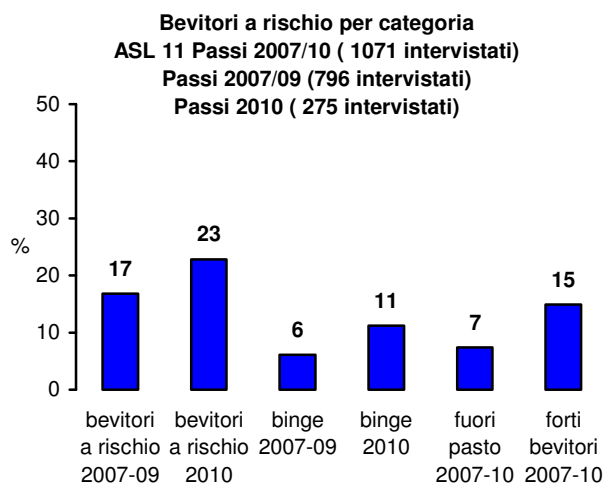
2.3.5 Alcol

La percentuale di persone intervistate che dichiara di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) risulta del 58%. Tra gli intervistati è alta la percentuale di coloro che possono essere definiti "consumatori a rischio" cioè (forte bevitore e/o beve prevalentemente fuori pasto e/o un bevitore "binge")

Nel 2010 la quota di consumatori a rischio è del 22,8% e mostra un aumento rispetto al triennio precedente, riconducibile alla diversa definizione dei bevitori binge. La pericolosa modalità di assunzione binge risulta sensibilmente più diffusa tra i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni e tra gli uomini.

Solo il 15,1% degli intervistati che nell'ultimo anno sono stati dal medico, riferisce che medico o un operatore sanitario si è informato sul proprio comportamento nei confronti dell'alcol. Tra i bevitori a rischio il 6,1% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o un operatore sanitario.

A livello regionale nel 2010 la percentuale di intervistati che dichiarano di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica risulta essere il 57,6%, di cui il 19,4% può essere considerato un consumatore a rischio. Di questi ultimi solo il 8,4% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o un operatore sanitario.



Consumatore a rischio:

forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge

Forte bevitore chi negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 2 o più unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne)

Binge:

definizione usata fino al 2009: chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche

definizione dal 2010: chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

2.3.6 Comportamenti sicuri

La guida con il casco è un comportamento consolidato, migliorabile l'uso delle cinture di sicurezza. Guidare con livelli di alcol nel sangue pericolosi è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra i giovani. Un certo allarme desta anche la scarsa percezione del rischio di infortunarsi in casa.

Sicurezza stradale

Percentuali piuttosto elevate di intervistati riferiscono di utilizzare sempre i dispositivi di sicurezza il cui obbligo all'utilizzo è di più vecchia introduzione: il 97,4% dichiara di usare sempre il casco e il 75% la cintura anteriore; l'uso della cintura posteriore è invece ancora poco diffuso (10%).

Tra coloro che hanno riferito di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni, il 13% dichiara di aver guidato almeno una volta nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche tali da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. Nella popolazione di età tra i 18 ed i 34 anni questa percentuale sale al 19%. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (18% contro il 7% delle donne).

A livello regionale il 98% dichiara di utilizzare sempre il casco e l'87% la cintura anteriore; l'uso della cintura posteriore è del 21%. Il 9,6% dichiara di aver guidato almeno una volta dopo l'assunzione di bevande alcoliche, e tale percentuale sale al 20% nella popolazione di età tra i 18 ed i 34 anni.

Sicurezza domestica

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, la sorveglianza PASSI evidenzia che il rischio di infortunio domestico è considerato basso o assente dal 91% degli intervistati. La percezione del rischio è più alta nelle donne (12% contro 7% degli uomini) e tra chi vive con persone potenzialmente a rischio come anziani o bambini (14% contro 6%). Informazioni per prevenire questi infortuni sono state ricevute solo dal 25% degli intervistati, soprattutto tramite opuscoli e mass media. Circa il 57% di chi ha ricevuto informazioni ha cambiato i propri comportamenti o ha adottato provvedimenti preventivi. Tale dato è sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale.

2.3.7 Rischio cardiovascolare

I fattori di rischio cardiovascolare sono diffusi: il 15,2% degli intervistati soffre di ipertensione ed il 19,3% presenta elevati livelli di colesterolo nel sangue. Sebbene il calcolo del rischio cardiovascolare sia un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, esso è ancora poco diffuso e calcolato in meno di una persona su dieci tra 35 e 69 anni.

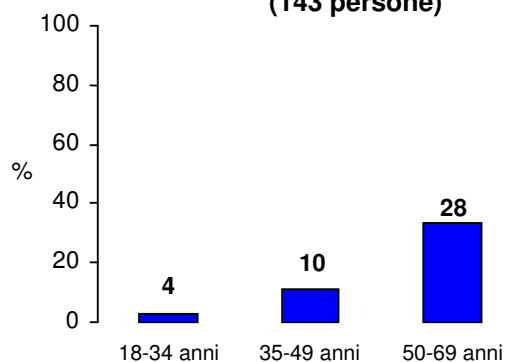
Ipertensione arteriosa

L'80,3% degli intervistati riferisce di essersi sottoposto a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, mentre il 7,4% più di 2 anni fa. Il 12,3% dichiara che non gli è mai stata misurata o non ricorda quando è avvenuta la più recente misurazione. Il 15,2% delle persone a cui è stata misurata la pressione riporta di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa; in particolare, tra i 50 ed i 69 anni, circa tre persone su dieci riferiscono di essere ipertese. Il 67,8% delle persone ipertese è in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone ipertese dichiarano di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di porre attenzione al consumo di sale (91%), di controllare il proprio peso corporeo (80,4%) e di svolgere regolare attività fisica (83,9%).

A livello regionale l'84,6% riferisce la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni, il 9% che non gli è mai stata misurata o non ricorda; il 17% riferisce diagnosi di ipertensione arteriosa.

**Popolazione con ipertensione
ASL 11 Passi 2007/2010
(143 persone)**

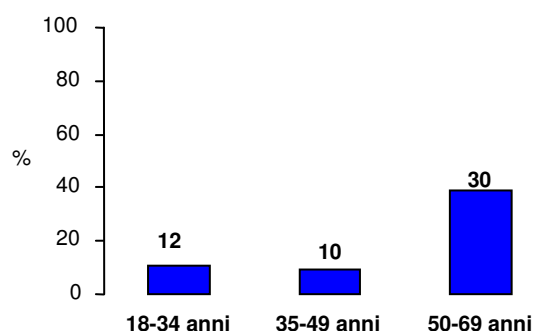


Ipercolesterolemia

Il 68,8% della popolazione intervistata riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia ed il 19,3% di questi dichiara di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare, il 30,3% circa delle persone tra i 50 ed i 69 anni riporta di avere elevati livelli di colesterolo. Il 32% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico. L'88,7% degli ipercolesterolemici ha ricevuto consiglio da un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, l'82,4% di svolgere regolare attività fisica, l'81,7% di aumentare il consumo di frutta e verdura e il 78% di controllare il proprio peso corporeo.

A livello Regionale l'80% della popolazione intervistata riferisce di avere effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia ed il 22,3% di questi dichiara di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia.

**Popolazione con ipercolesterolemia
ASL 11 Passi 2007/2010 (142 persone)**



Punteggio di rischio cardiovascolare

Il punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice ed obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità del proprio paziente di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Al 7% delle persone intervistate nella ASL 11, di età compresa tra i 34 e i 69 anni, è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare.

In Toscana la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare risulta essere del 6,5%

2.3.8 Percezione dello stato di salute e sintomi depressivi

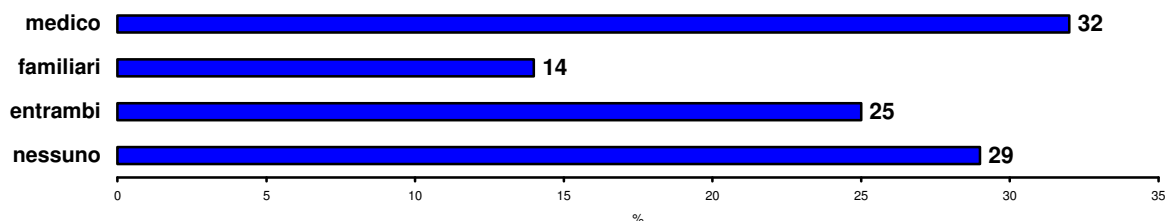
Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio. Il 65,3% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute; a riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani (18-34 anni), gli uomini, le persone con alto livello d'istruzione senza difficoltà economiche e quelle che non soffrono di patologie croniche. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute indica che le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute per motivi psicologici: circa 4 giorni al mese contro 2,5 degli uomini. Le donne hanno anche una percezione peggiore del proprio stato di salute per motivi fisici: circa 4,3 giorni al mese contro 2,3 degli uomini.

Circa il 10% delle persone intervistate riferisce sintomi depressivi nelle due settimane precedenti l'intervista.

Le donne sono interessate in modo significativamente maggiore da questa sintomatologia (14% contro il 6% degli uomini), unitamente alle persone con molte difficoltà economiche, a quelle appartenenti alle fasce d'età più elevate, a quelle senza un lavoro regolare ed a quelle con almeno una patologia cronica. Il 72,6% di chi riferisce sintomi di depressione descrive il proprio stato di salute in termini non positivi (da "discreto" a "molto male"), contro il 30,6% delle persone non depresse. Tra le persone con sintomi di depressione il 71% ha cercato aiuto, ma solo il 32% si è rivolto ad un operatore sanitario; ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato: ben il 29% non ha infatti cercato nessun aiuto.

Il dato regionale 2010, evidenzia che circa il 6% degli intervistati riferisce sintomi depressivi nelle due settimane precedenti l'intervista, di cui il 37% riferisce di essersi rivolto ad un operatore sanitario ed il 30% non ha cercato nessuno aiuto.

Figure di riferimento per persone con sintomi di depressione ASL 11 Passi 2007- 2010 (106 soggetti su 1071 intervistati)



2.3.9 Conclusioni

Il dato prodotto dalla Scuola Superiore Sant'Anna riferito al solo 2010 e suddiviso per SdS, pur se parziale rispetto a quanto sopra riportato, può essere una fonte di suggerimenti per le azioni da intraprendere, come ad esempio incentivare il consumo di frutta, l'attività fisica, la riduzione del fumo e dell'uso di alcool, in particolare nel Valdarno Inferiore, senza tuttavia dimenticare anche che nella SdS di Empoli l'attività fisica e l'uso di alcool sono rispettivamente inferiori e superiori alla media regionale.

	SM.det.11	SM.det.12	SM.det.13	SM.det.14	SM.det.15	SM.det.16	SM.det.17	SM.det.18
	%pop che consuma almeno 5porzioni di frutta e verd al giorno	peso:%pop obesa	Attività fisica	Fumo: % fumatori per sesso	Alcool:% bevitori a rischio	Sicurezza domestica	Rischio cardiovascolare	% popo con alti livelli di colesterolemia
SdS Valdarno Inferiore	9,3	11,11	20,8	31,94	23,6	9,3	13,2	24,2
SdS Empoli	9,6	9,28	23,5	27,83	24,1	7,8	16,6	21,9
Regione Toscana	9,42	9,89	26,03	30,22	19,89	6,13	19,53	23,76
Fornitore: Mes Anno 2008								

3. LO STATO DI SALUTE²⁴

3.1 La mortalità

Indicatori SM.salute.1-2-3-4-5-6-10

La tabella “Tassi standardizzati di mortalità 2006/2008 - set minimo” riporta i valori degli indicatori del set minimo relativi alla mortalità che fanno riferimento ai tassi standardizzati di mortalità (SMR) nel periodo di osservazione 2006/2008. Il valore si riferisce al numero di morti ogni 100.000 abitanti e la popolazione di riferimento è quella toscana dell'anno 2000.

Tassi standardizzati di mortalità 2006/2008 - set minimo

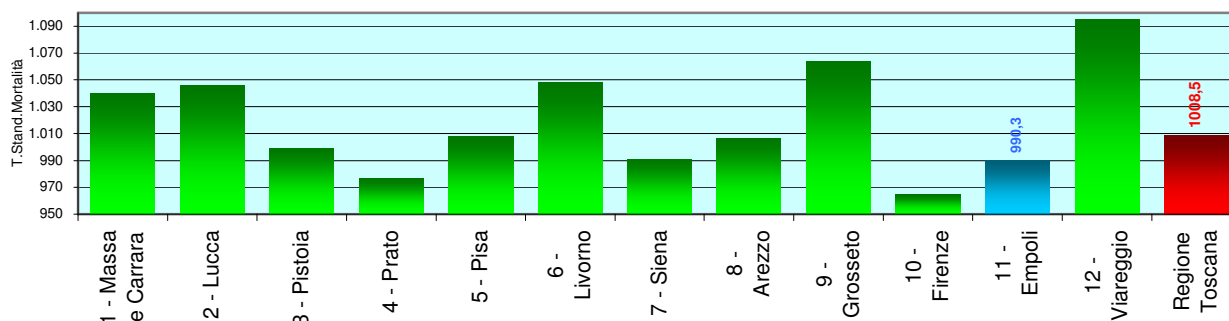
Residenza	Mortalità generale	Mal. Cardio vascolari	Tumori	Cause accid. e traumatismi	Morte prematura evitabile	Suicidi	Mortalità infantile
1 - Massa e Carrara	1040,12	404,97	315,26	40,66	176,74	81,04	2,27
2 - Lucca	1046,10	412,15	309,07	45,94	173,01	88,97	1,17
3 - Pistoia	999,00	413,84	306,07	41,98	162,75	90,97	1,94
4 - Prato	976,48	394,81	306,16	35,71	154,81	112,87	2,65
5 - Pisa	1007,81	411,65	299,7	41,01	152,69	87,95	2,42
6 - Livorno	1047,93	435,55	310,89	42,72	164,57	96,3	2,2
7 - Siena	991,01	407,23	295,31	38,76	155,3	146,21	2,6
8 - Arezzo	1006,82	400,35	296,32	45,03	150,79	108,75	3,43
9 - Grosseto	1064,18	403,62	316,85	52,42	171,25	98,62	2,27
10 - Firenze	964,53	351,29	299,96	41,7	155,67	97,4	2,42
11 - Empoli	990,28	410,76	284,19	34,41	154,14	94,85	2,07
Sds Empoli	989,14	403,92	286,02	33,99	160,5	Non Ril	2,61
Sds Valdarno inf.	994,70	431,46	278,74	35,53	136,72	Non Ril	0,56
12 - Viareggio	1095,26	418,14	342,89	29,87	180,79	95,19	4,12
Regione Toscana	1008,52	397,27	304,65	41,38	160,43	Non Ril	2,44
Indicatore	SM.salute.1	SM.salute.2	SM.salute.3	SM.salute.4	SM.salute.5	SM.salute.6	SM.salute.10
	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi	Val.+bassi

La **mortalità generale** dell'Azienda Usi 11 è tra le tre più basse in Toscana, inferiore al valore regionale. Con riferimento alla mortalità per **tumore**, la ASL riporta il valore in assoluto più basso rispetto alle altre aziende sanitarie, con un valore inferiore nella SdS Valdarno. Per gli eventi di morte “**cause accidentali...**”, “**prematura evitabile**” e “**mortalità infantile**” la nostra azienda si colloca, ancora una volta, tra le 3 aziende con valori migliori. Per i valori del tasso standardizzato dei **suicidi** e della **malattie cardiovascolari** l'Azienda Usi 11 ha il quarto valore più basso ed ha un tasso di mortalità da malattie cardiovascolari superiore a quello regionale (410.7 contro 397.2).

3.1.1 I tassi di mortalità generale

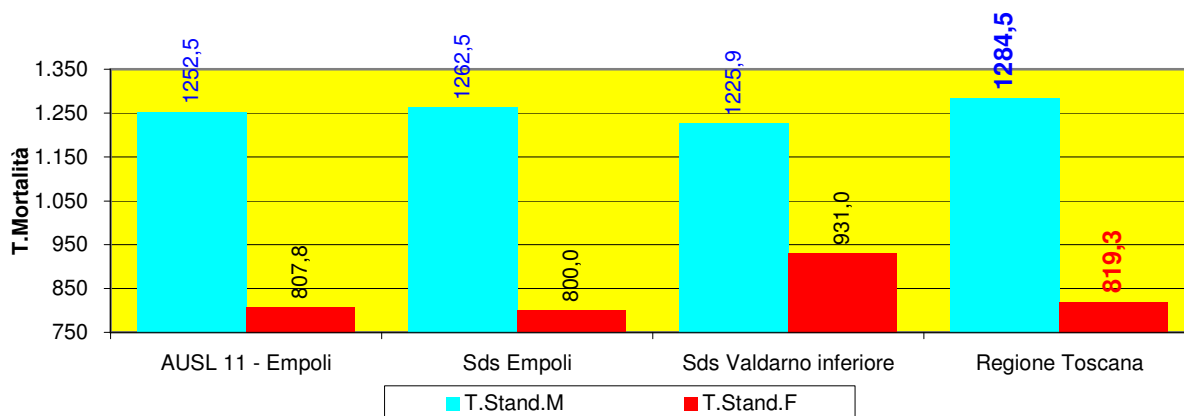
Indicatore SM.salute.1

Anno 2006-2008 Tasso di mortalità standardizzato, per Azienda Usi

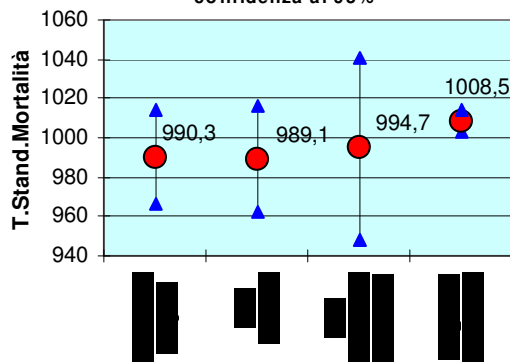


²⁴ A cura di Alberto Silva (UOS Educazione alla Salute Azienda Usi 11 di Empoli), con il contributo di Loredana Lazzara, Marinella Chiti e Paolo Filidei.

Anno 2006-2008 Tassi Standardizzati di mortalità per sesso, in Azienda UsI 11 e per Sds



Anno 2006-2008 Tasso Standardizzato di Mortalità nella Azienda UsI 11 e lim. di confidenza al 95%



Come mortalità totale (espressa con il tasso standardizzato) l'Azienda UsI 11 si colloca al di sotto del valore regionale e tra le tre aziende con il valore più basso.

I valori delle due SdS sono piuttosto simili, senza differenze reali (differenze non statisticamente significative) tra i tassi standardizzati.

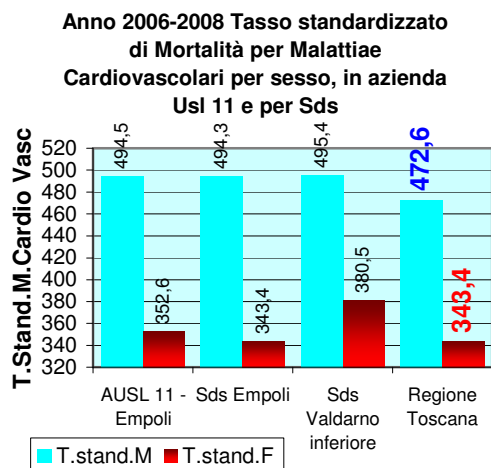
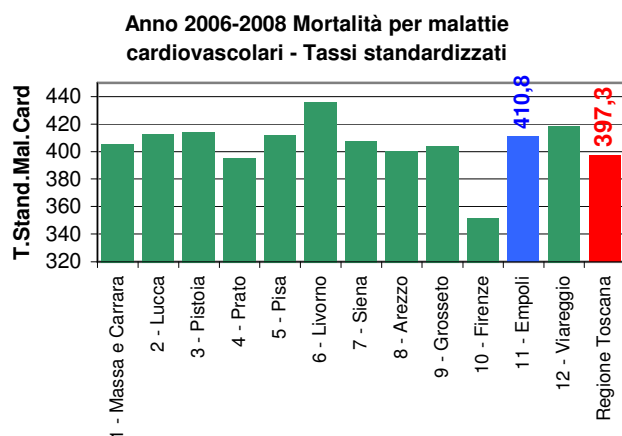
I tassi di mortalità standardizzati (2006-2008) evidenziano un valore inferiore per le donne, statisticamente significativo per tutte le aggregazioni zonali, informazione nota in letteratura (le donne hanno una durata di vita maggiore).

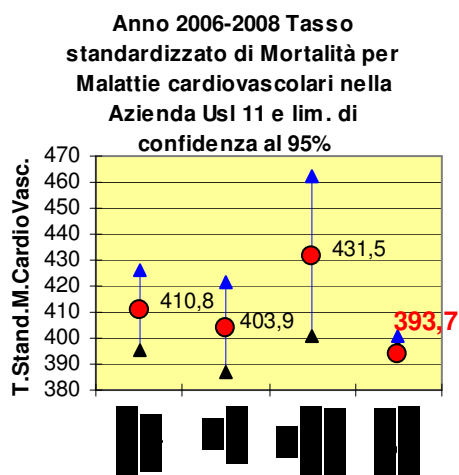
Nella SdS Valdarno Inferiore la differenza del valore del tasso tra femmine e maschi è minore: le femmine del Valdarno hanno valori del tasso un po' più elevati di quelli regionali, mentre i maschi della stessa zona evidenziano un tasso inferiore.

3.1.2 Mortalità per causa

Di seguito prenderemo in considerazione i dati di mortalità per specifica causa.

3.1.2.1 Malattie cardiovascolari - Indicatore SM.salute.2





L'Azienda UsI 11 presenta un valore del tasso standardizzato più elevato rispetto alla media regionale, anche se i limiti di confidenza non indicano differenze statisticamente significative, eccetto che per il raffronto tra SdS Valdarno Inferiore e Regione Toscana. Infatti la SdS Valdarno Inferiore, pur rimanendo nell'intervallo di valori della UsI 11 (e della SdS di Empoli) mostra un valore del tasso più alto del livello regionale.

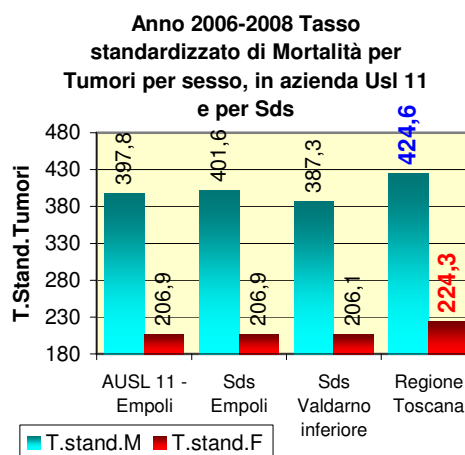
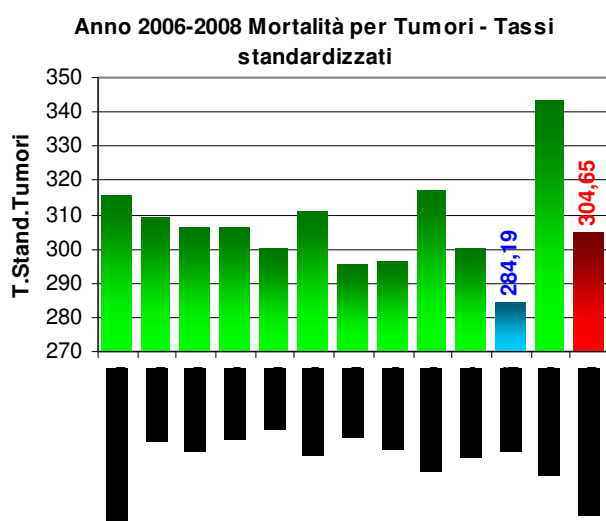
Il tasso di mortalità per "malattia cardiovascolare" ha un valore più elevato nel sesso maschile, anche se la differenza di genere è meno evidente nella SdS Valdarno: il valore più elevato del tasso di questa SdS è dovuto all'alto tasso delle femmine del Valdarno.

3.1.2.2. Tumori

Indicatore SM.salute.3

Nell'Azienda UsI 11 il valore del tasso standardizzato di mortalità per tumore dell'ultima rilevazione (2006/2008) è il più basso in assoluto della Regione Toscana.

Il confronto tra SdS non fa rilevare nessuna differenza reale o statisticamente significativa, sebbene il tasso sia più elevato tra i maschi dell'SdS Empoli. Con riferimento al genere, il tasso di mortalità per tumore ha un valore quasi doppio nei maschi, evento conosciuto anche dalla letteratura internazionale.

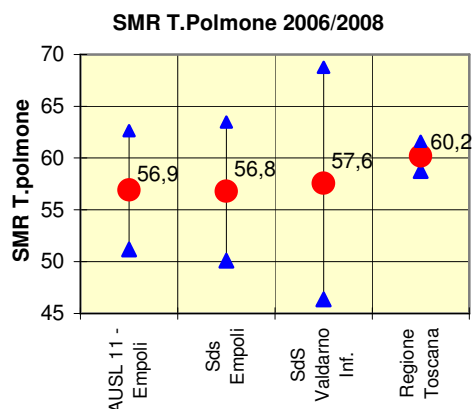
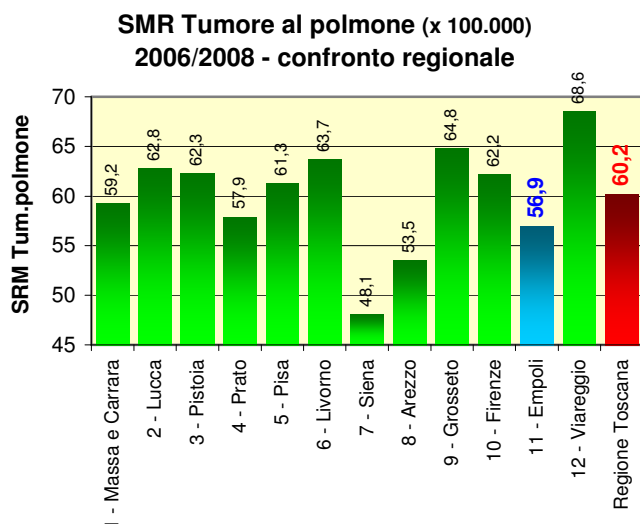


Assieme ai dati sulla mortalità generale per cancro (indicatore minimo), aggiungiamo anche dati su alcuni tumori specifici (indicatori del complementare).

Tasso di mortalità per tumore al polmone standardizzato per età

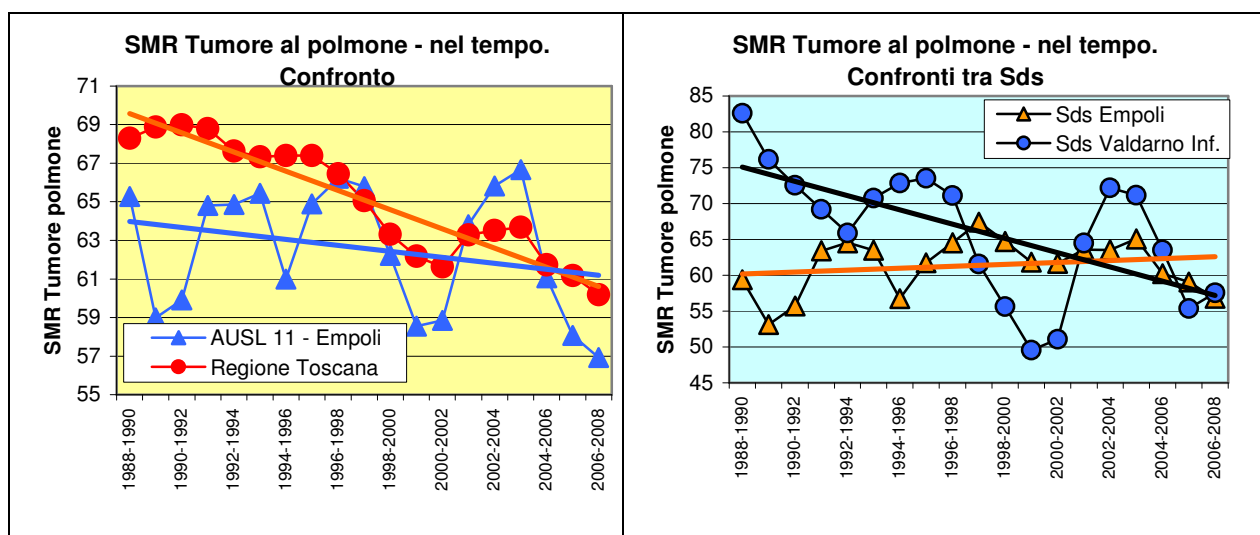
Indicatore complementare SC.salute.3

La mortalità per questa malattia è più elevata tra i maschi: nel periodo di osservazione 2006/2008 il valore del Tasso Standardizzato di Mortalità (SMR) rilevato a livello regionale è 24.12 per le femmine contro il valore di 110.3 dei maschi. Ovvero in una popolazione con composizione in età simile a quella italiana, ogni 100.000 abitanti si verificano circa 110 decessi per tumore al polmone nei maschi e circa 24 tra le femmine.



Sebbene il valore del SMR per tumore al polmone della nostra azienda sia inferiore a quello regionale, non ci sono reali differenze (il dato non fa rilevare differenze statisticamente significative): il valore dell'Azienda Usl 11 di Empoli si colloca al 3° posto tra i valori più bassi. Non ci sono differenze nemmeno nel confronto tra le due SdS.

Se andiamo ad osservare l'andamento temporale del Tasso Standardizzato di Mortalità (per età) per tumore al polmone si rileva una tendenziale diminuzione del valore regionale e di quello Aziendale (vedi linee di tendenza).

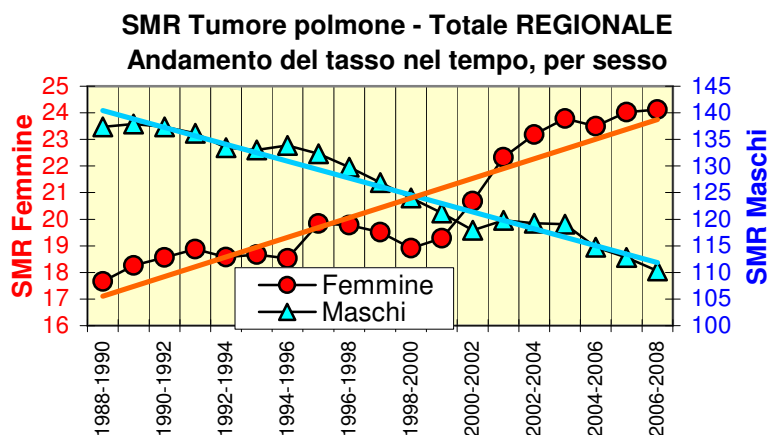


Osservando invece l'andamento dello stesso SMR per SdS si rileva una diminuzione tendenziale nel Valdarno Inferiore ma un valore costante per la zona di Empoli. Ovviamente l'individuazione di una tendenza è più difficile quando i dati sono pochi e si corre il rischio che il risultato sia influenzato dal caso.

Confronti sul SMR per tumore al polmone per sesso

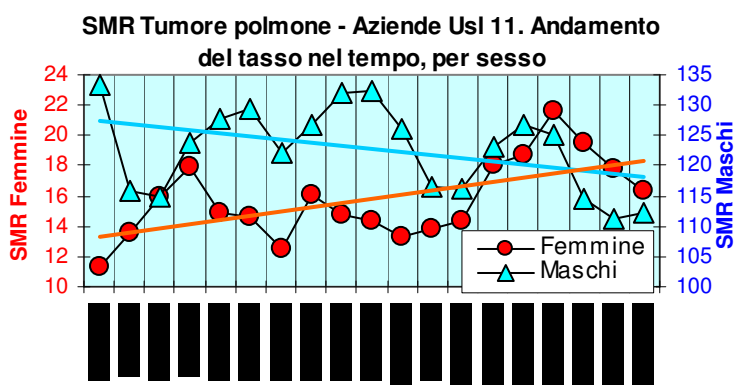
Sebbene il Tasso Standardizzato di Mortalità per tumore al polmone sia molto basso nelle femmine rispetto ai maschi, se andiamo a seguire nel tempo i dati regionali e locali ci si può rendere conto di una riduzione tendenziale nei maschi ed un aumento nelle femmine.

Questo andamento fa parte di una evidenza generale: l'aumento dell'attitudine a fumare di questi ultimi decenni da parte delle donne è il fattore maggiormente responsabile dell'aumento dei decessi per questa patologia.



Nel totale regionale dal 1988 al 2008 si osserva una riduzione di questo SMR da circa 135 a 110 nei maschi: nelle donne si rileva un aumento dal valore da 17 a circa 24.

Nel grafico si riportano 2 scale di ampiezza diversa per confrontare tra loro i valori di SMR per genere.

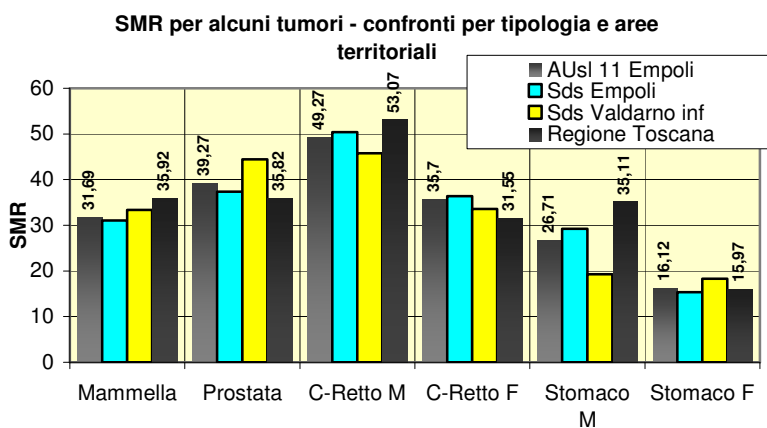


Osservando questo fenomeno al livello dell'Azienda Usl 11 si ottiene la stessa immagine: il valore del Tasso Standardizzato di Mortalità per tumore al polmone aumenta tra le femmine e diminuisce tra i maschi.

Tasso di mortalità (SMR) standardizzato per età per altri tumori

Indicatori: "SC.salute.4 T.Mammella", "SC.salute.5 Colon-retto", "SC.salute.6 Prostata", "SC.salute.7 Stomaco" (set complementare)

Di seguito viene riportata un'analisi generale sulla mortalità per altre quattro tipologie di tumori, per due delle quali (colon-retto e stomaco) sono indicati i dati per genere. Si utilizza il tasso standardizzato per età per misurare la mortalità.



La suddivisione per sesso è necessaria perché i SMR, per i due tumori considerati, evidenziano una differenza statisticamente significativa con valori più elevati tra i maschi.

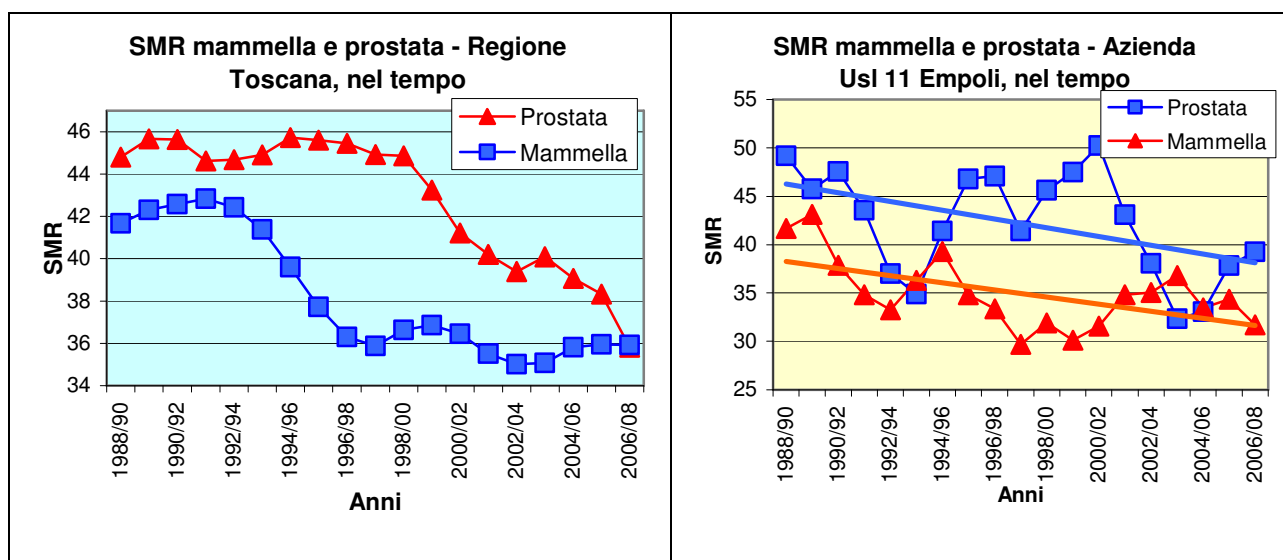
Dal grafico è possibile rilevare una serie di informazioni. Tra queste forme il tumore al colon-retto nei maschi (C-Retto M) assume il valor più elevato: seguono il tumore alla prostata, al colon-retto nelle femmine, la mammella e poi i tumori allo stomaco per i maschi e poi per le femmine.

Per la mortalità per tumore allo stomaco nei maschi si rilevano valori regionali più elevati, così come per il colon-retto, sempre tra i maschi.

Un confronto diretto tra i valori del SMR non sempre da la possibilità di capire se le differenze osservate sono reali, per cui è necessario tenere in considerazione gli intervalli di confidenza e la significatività delle differenze.

Tipologia di tumore	Differenze
Mammella	Non significative tra zone e regione
Prostata	Non significative tra zone e regione
Colon retto M	Non significative tra zone e regione
Colon retto F	Non significative tra zone e regione
Colon Retto Totale (F+M)	Valori più elevati nei M – Significativo a livello regionale
Stomaco M	Asl11 e Sds vald.Inferiore hanno valori inferiori alla R.Toscana - significativi
Stomaco F	Non significative tra zone e regione

Come dato regionale, il valore del SRM per entrambi i tumori è in tendenziale diminuzione nel tempo.

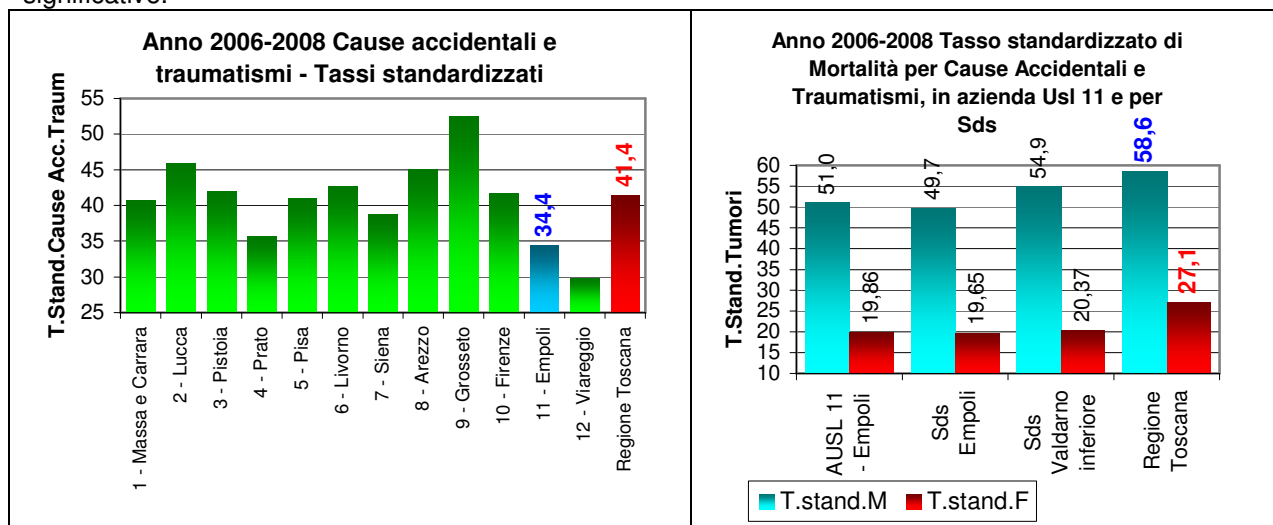


La stessa cosa si rileva anche se osserviamo l'andamento temporale dei decessi nella nostra azienda, anche se i dati oscillano maggiormente per l'esiguità dei casi. Anche nel territorio dell'Azienda Usi 11 di Empoli si rileva una tendenziale diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità nel tempo.

3.1.2.3 Cause accidentali e traumatismi

Indicatore SM.salute.4

La nostra azienda si colloca al secondo posto dei valori migliori (o più bassi) tra i tassi standardizzati di mortalità (SMR) per cause accidentali o traumatismi, anche se le differenze non sono statisticamente significative.



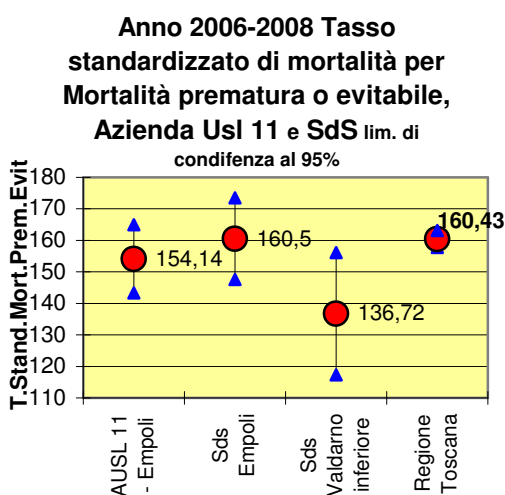
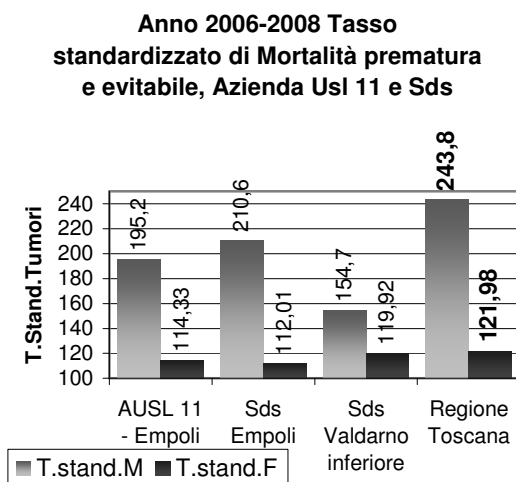
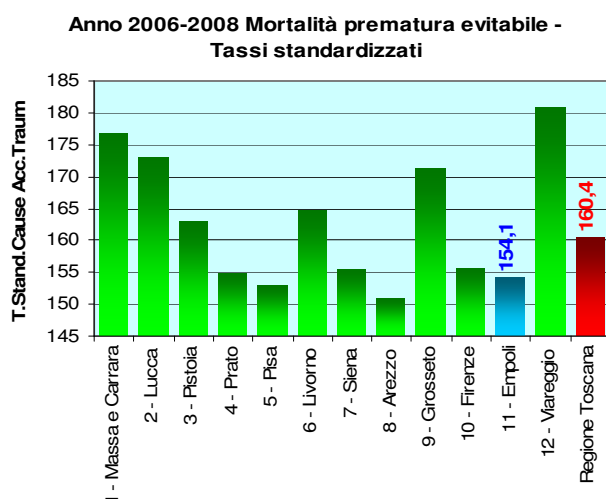
La mortalità per cause accidentali e traumatismi è più frequente tra i maschi, con un tasso standardizzato di mortalità che è più del doppio rispetto alle femmine. Questo rapporto si ritrova ancora in letteratura.

3.1.3 Mortalità evitabile

Indicatore SM.salute.5

La mortalità evitabile è un indicatore utilizzato per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari. In linea generale, in assenza di qualsiasi intervento dei servizi sanitari, la mortalità sarebbe determinata esclusivamente da fattori sociali, ambientali e genetici. I servizi sanitari intervengono per modificare l'influenza di alcuni fattori: la conoscenza medica e le attuali possibilità terapeutiche sono sufficientemente avanzate da poter evitare che un soggetto muoia per determinate patologie, quantomeno in certe fasce di età. L'indicatore misura i decessi per tutte le cause avvenuti in età inferiore ai 65 anni.

Il valore del tasso standardizzato di Mortalità prematura (o evitabile) dell'Azienda UsI 11 si colloca al 3° posto tra quelli più bassi.



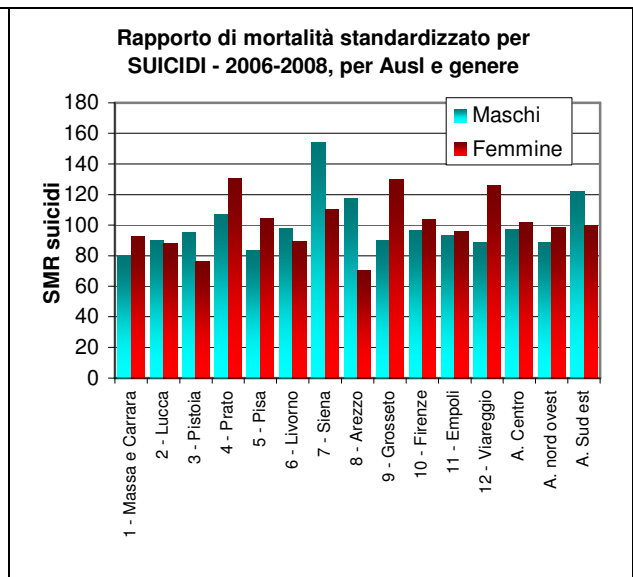
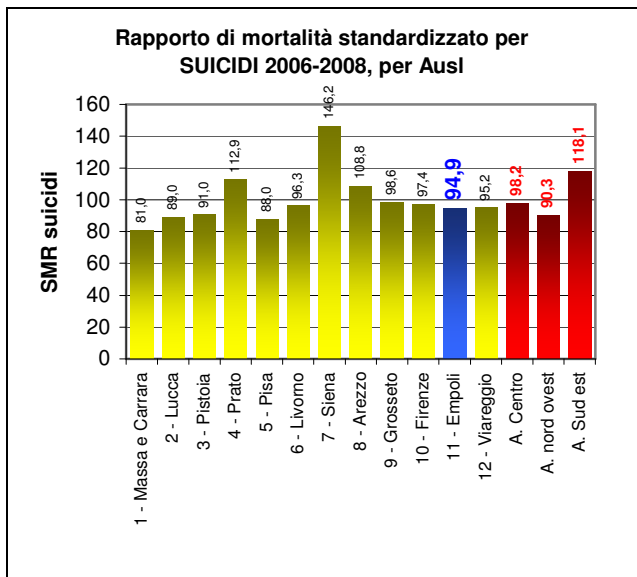
In una visione di confronto tra Regione, Asl 11 e SdS si rilevano differenze statisticamente non significative. Solo nel confronto del valore Regionale con quello di SdS Valdarno Inferiore esiste una differenza apprezzabile.

3.1.3.1 Mortalità per suicidi

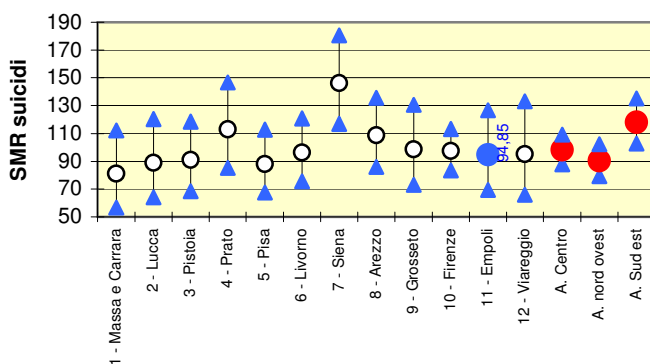
Indicatore SM.salute.6

Il valore del rapporto standardizzato di mortalità per suicidi non viene presentato come totale regionale ma secondo aggregazioni geografiche (area Centro, Nord-est e Sud.est).

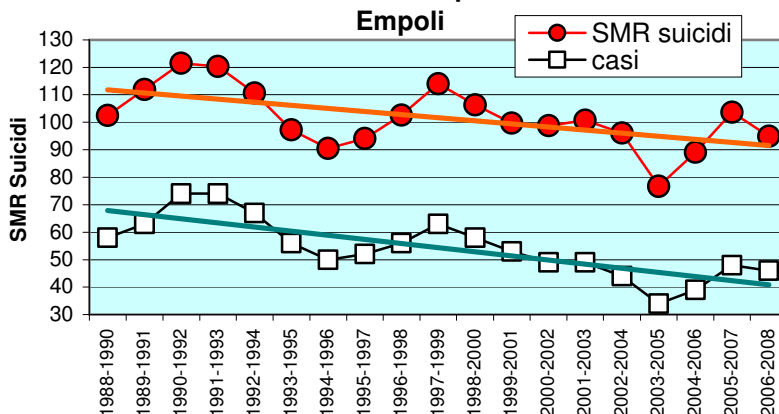
La Asl di Siena ha il valore più elevato e l'Azienda di Empoli è al 5° posto tra le aziende con i valori più bassi.



Anno 2006-2008. SMR Suicidi - intervalli di confidenza



SMR Suicidi - Valori nel tempo - Azienda Usi 11



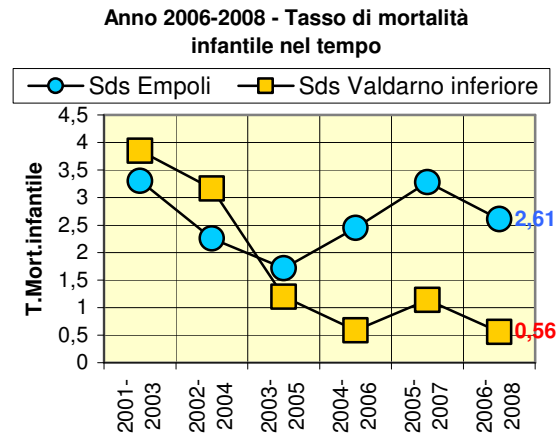
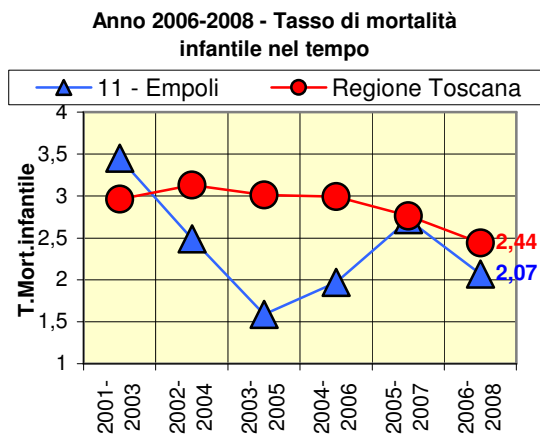
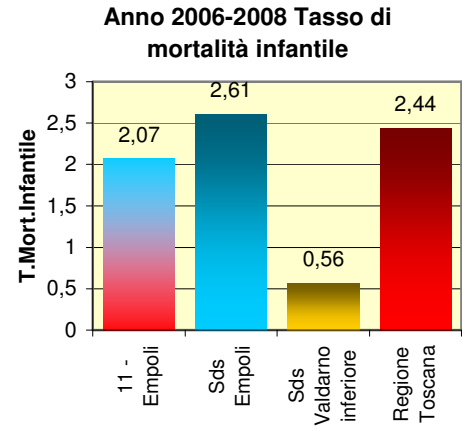
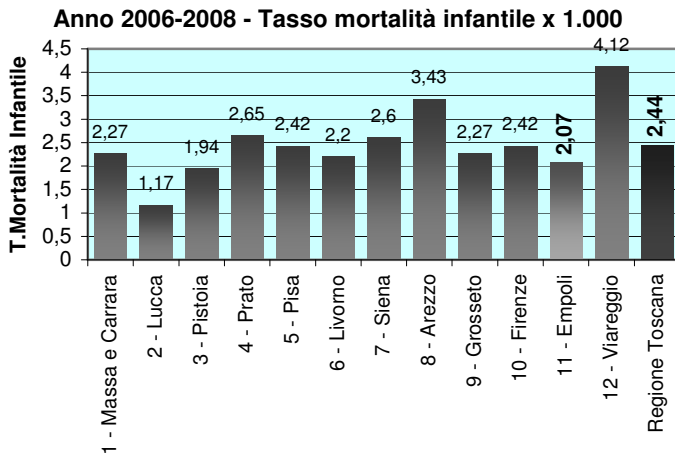
Nella nostra azienda si rileva una tendenziale diminuzione del valore del rapporto standardizzato di mortalità nel tempo.

Lo stesso vale, ovviamente, anche per il numero assoluto di casi che evidenziano una diminuzione.

3.1.4 Tasso di mortalità infantile

Indicatore SM.salute.10

I numeri sono esigui e rendono difficile le valutazioni. Il valore del tasso di mortalità infantile della nostra Azienda è al di sotto del valore regionale toscano e si trova al terzo posto tra quelli più bassi. Nella SdS Valdarno Inferiore si rileva il valore più basso in assoluto.

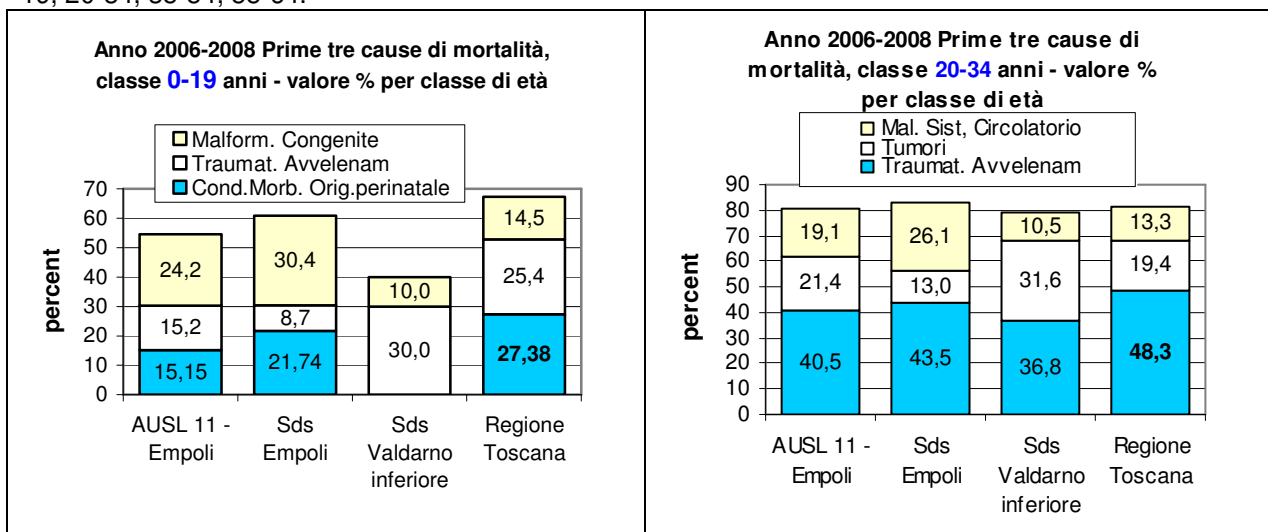


Confrontando i dati della Regione Toscana e della Azienda UsI 11 si rileva una tendenziale diminuzione del valore del tasso: la stessa cosa è evidente nella suddivisione per SdS con una diminuzione più marcata nel Valdarno Inferiore.

3.1.5 Prime tre cause di morte prematura, per classe di età

Indicatore SC.salute.1

In questa sezione si prendono in considerazione le prime 3 cause di morte nelle seguenti classi di età: 0-19, 20-34, 35-54, 55-64.



Nella **fascia di età 0-19 anni** si rilevano differenze rilevanti nelle cause di mortalità: le “malformazioni congenite” mostrano un valore più elevato del dato regionale soprattutto nella SdS di Empoli.

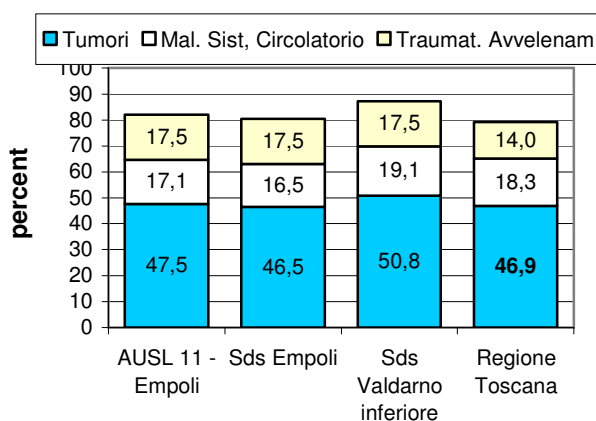
I “traumatismi ed avvelenamenti” sono più presenti invece nella SdS Valdarno, dove tuttavia non sono state rilevate morti per “condizioni morbose di origine perinatale”.

Le tre cause principali costituiscono oltre il 60% del totale a livello regionale ma solo il 55% circa nella Asl di Empoli.

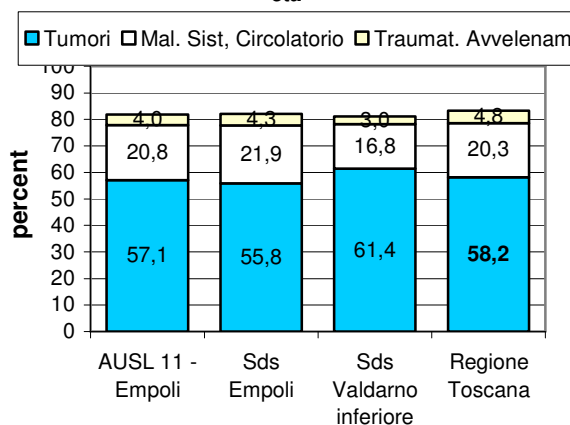
Tra i soggetti **dai 20 ai 34 anni** la percentuale più elevata è della causa “Traumatismi e avvelenamenti”, con valori minori rispetto a quelli regionali ma con rilevanza maggiore nella SdS di Empoli. La mortalità per tumore assume un valore più alto nella SdS Valdarno. Per le malattie del sistema circolatorio la SdS di Empoli fa evidenziare un valore doppio rispetto a quello regionale.

Per questa fascia di età circa l'80% delle morti è provocata da queste 3 cause.

Anno 2006-2008 Prime tre cause di mortalità, classe 35-54 anni - valore % per classe di età



Anno 2006-2008 Prime tre cause di mortalità, classe 55-64 anni - valore % per classe di età



Tra i soggetti **35/54** e **55/64** anni le prime tre cause di morte sono le stesse. Si possono vedere delle differenze, seppur minori rispetto alle altre classi di età. La mortalità per tumore si afferma con valori prossimi al 60%

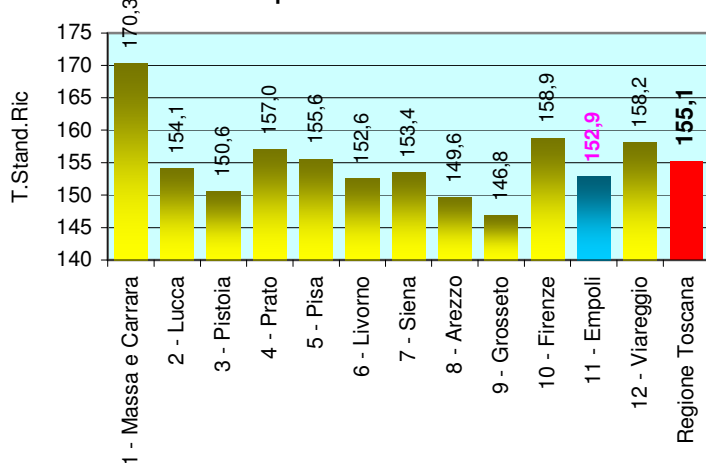
3.2 L'Ospedalizzazione

3.2.1 Tasso di primo ricovero/ospedalizzazione standardizzato per età – per tutte le cause

Indicatori: SM.salute.12

Per primo ricovero si intende un episodio di ingresso in ospedale, generale o per specifica causa nosologica, avvenuto la prima volta nell'anno di osservazione (2010). Il Tasso viene standardizzato per età per evitare o limitare l'influenza della composizione della popolazione. Sono escluse le dimissioni di neonati sani.

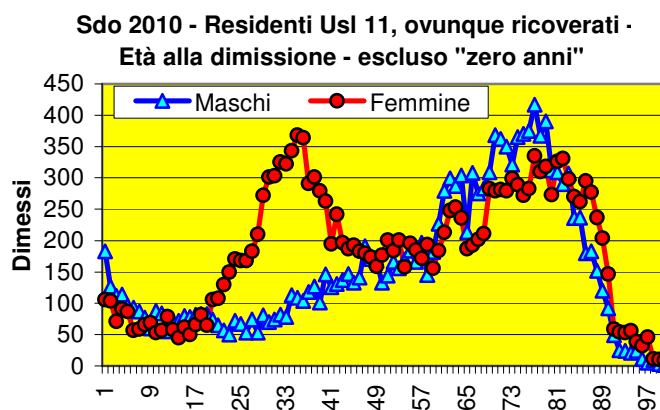
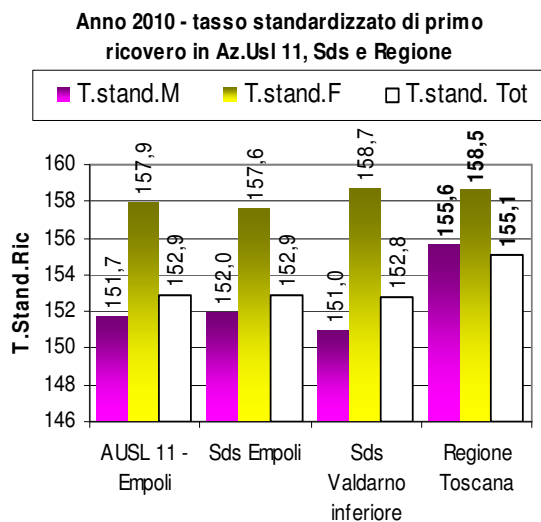
Anno 2010 - tasso standardizzato di primo ricovero, per Azienda UsI



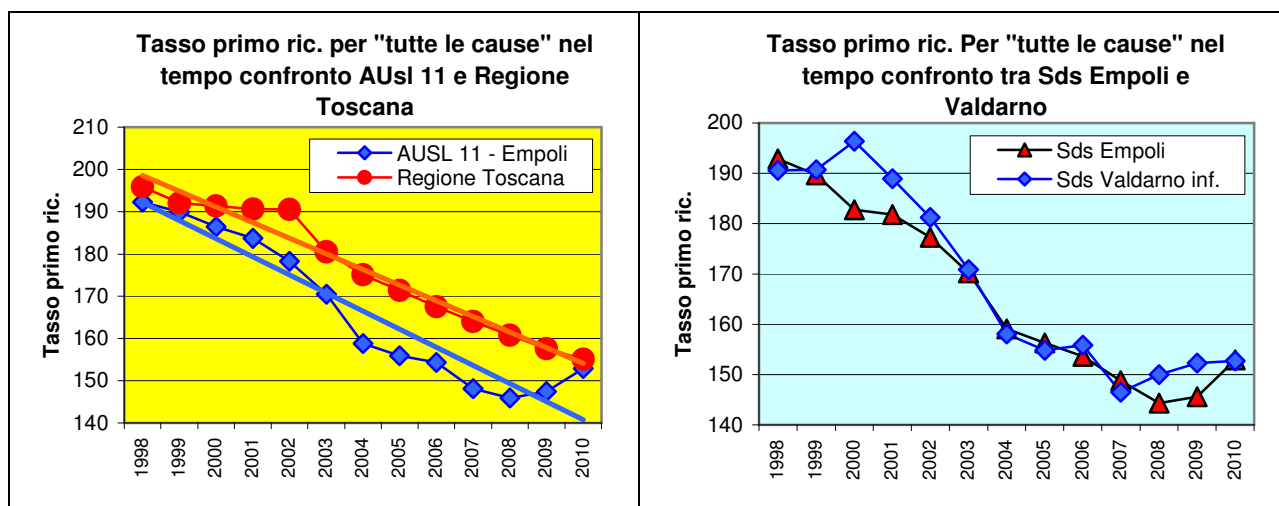
Il valore del tasso standardizzato di primo ricovero oscilla tra un minimo di 146.8 di Grosseto fino ad un massimo di 170.3 di Massa Carrara.

Il valore dell'Azienda UsI 11 è inferiore a quello regionale e si colloca tra i 4 tassi di ospedalizzazione standardizzati più bassi.

Con riferimento alle SdS, si rileva un valore più elevato per le femmine nel Valdarno (158.7 contro il valore di 157.6 di Empoli) ma le differenze non sono significative.



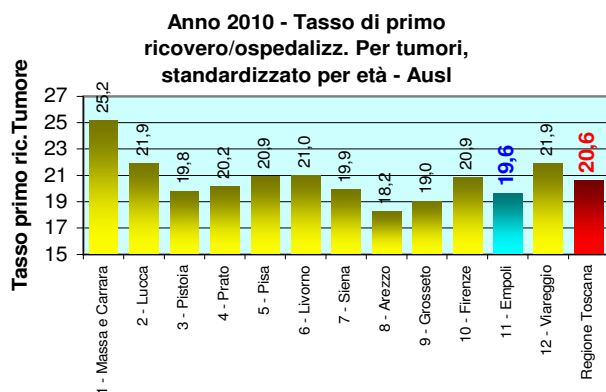
Il grafico riferito alle dimissioni di residenti, ovunque dimessi, nell'anno 2010 rileva il numero di casi per genere e per et  (Fonte dei dati: archivi SDO aziendali). Il picco di ricovero delle donne in et  riproduttiva (tra i 17 e i 40 anni)   legato prevalentemente all'evento nascita. Il grafico mostra come man mano che aumenta l'et  ci sia una sostanziale sovrapposizione della necessit  di ricovero per entrambi i sessi, per raggiungere il massimo intorno agli 80 anni.



3.2.2 Tasso di primo ricovero / ospedalizzazione per tumori standardizzato per et 

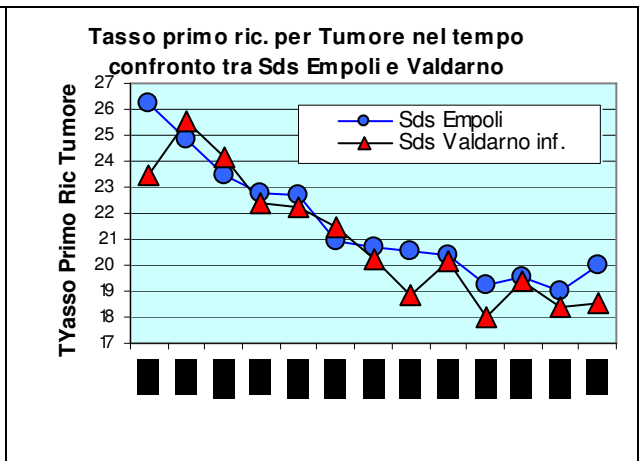
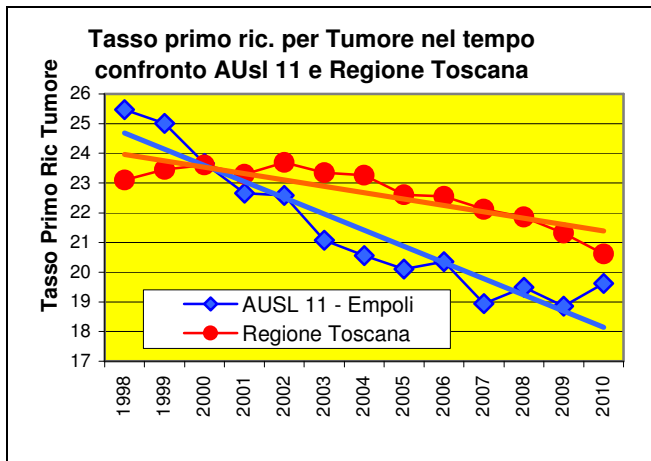
Indicatore: SM.salute.13

Il valore di questo indicatore misura il numero di dimissioni con diagnosi principale di tumore (secondo le classificazioni adottate – Icd9CM) per 1.000 dimessi.



La nostra azienda ha un valore del tasso di primo ricovero per tumori tra i 3 pi  bassi del livello regionale.

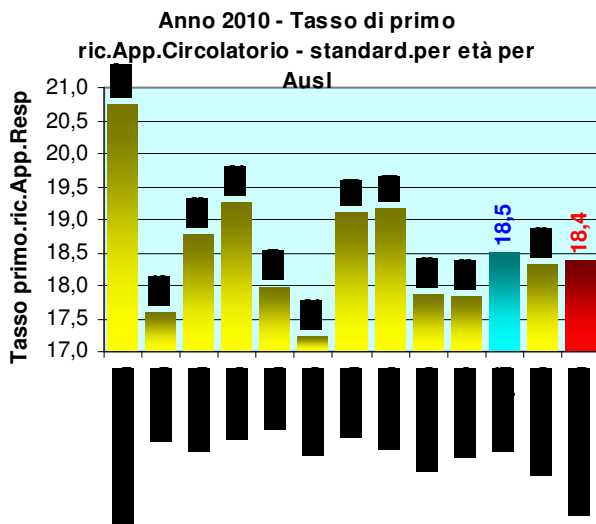
Osservando l'andamento dei valori nel tempo, nel confronto tra Azienda UsL 11 e Regione Toscana e poi tra SdS si rilevano delle diminuzioni, pi  o meno accentuate. Nel confronto Azienda UsL 11 e Regione si pu  rilevare un "trend" di diminuzione pi  rapido nella UsL di Empoli rispetto alla Regione Toscana..



Il valore del "tasso", a livello regionale, passa dal 23/24 del 1998 al 21 circa del 2010: nella nostra azienda invece si va dal 25.5 ad un tendenziale 19.

3.2.3. Tasso di primo ricovero/ospedalizzazione per malattie dell'Apparato Circolatorio standardizzato per età - SM.salute.14

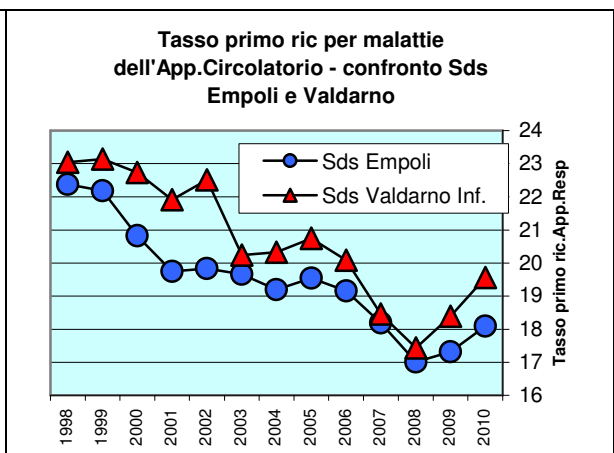
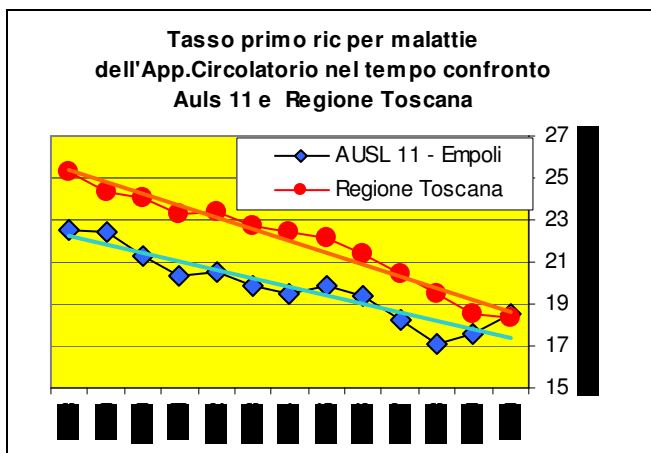
Il valore di questo indicatore misura il numero di dimissioni per malattie del sistema circolatorio (diagnosi di dimissione principale Icd9CM 390-459) per 1.000 dimessi.

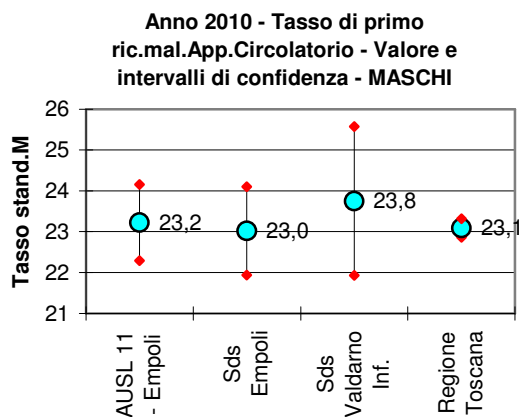
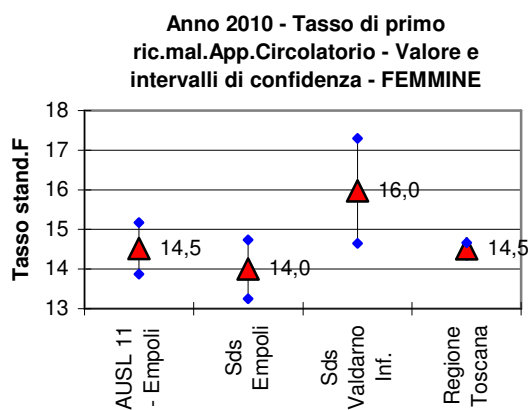


La nostra azienda ha un valore del tasso di primo ricovero per malattie dell'Apparato Circolatorio che rientra tra i 6 valori più bassi del livello regionale.

Osservando l'andamento dei valori nel tempo, nel confronto tra Azienda Usl 11 e Regione Toscana e poi tra SdS si rilevano delle diminuzioni, più o meno accentuate ma fortemente connotate come trend in diminuzione.

Nella nostra azienda il valore, dal 1998 al 2010, si è ridotto da circa 23 ad un tendenziale 18.



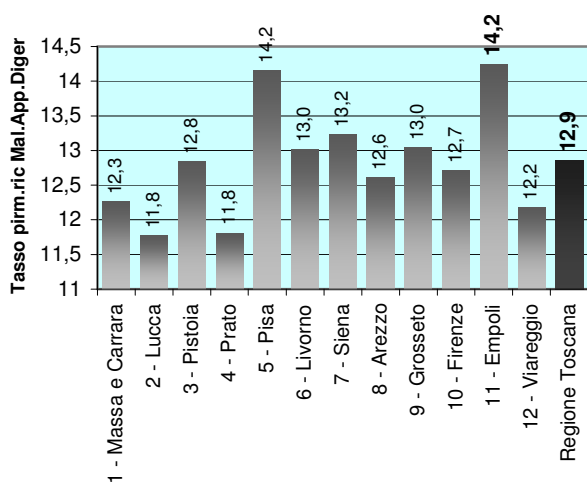


Confrontando invece i dati 2010 per femmine e maschi del nostro territorio e nella Regione Toscana, si possono rilevare alcune differenze al limite della significatività statistica che identificano le donne della SdS Valdarno Inferiore con valori più elevati rispetto al valore regionale ed a quello delle donne della SdS di Empoli. Tra i maschi invece non si osserva alcuna differenza nei territori considerati.

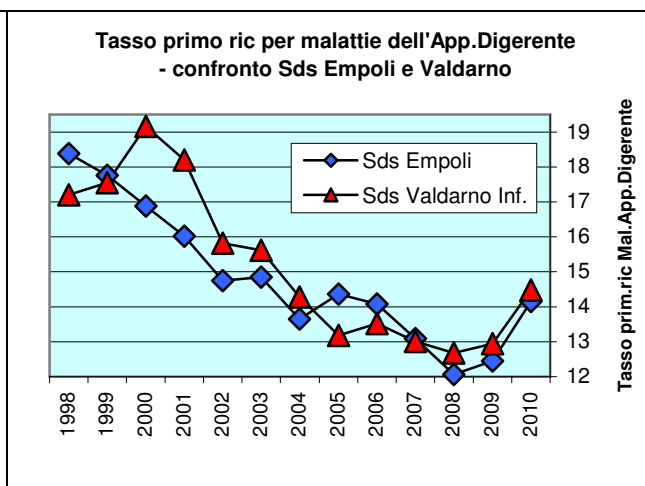
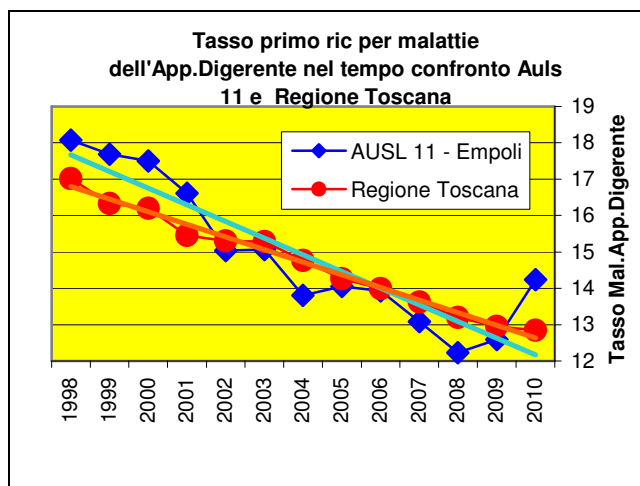
3.2.4 Tasso di primo ricovero/ospedalizzazione per malattie dell'Apparato Digerente standardizzato per età - SM.salute.15

L'indicatore misura il numero di dimissioni per malattie del dell'Apparato Digerente (diagnosi di dimissione principale Icd9CM 520-579) per 1.000 dimessi.

Anno 2010 - Tasso di primo ric.App.Digerente - standard.per età per Ausl

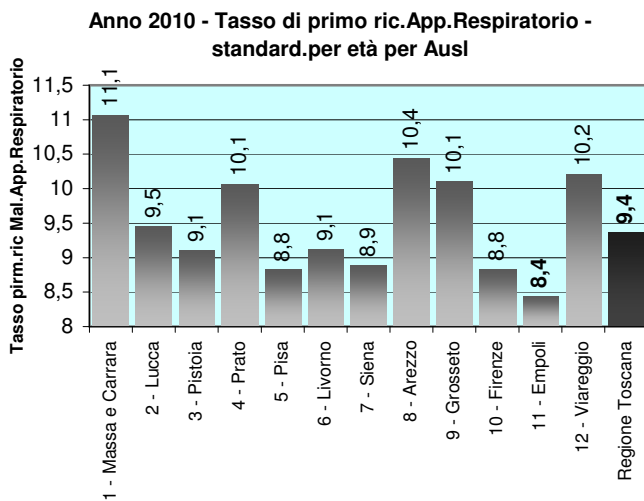


Nel 2010, malgrado che il dato complessivo degli ultimi 12 anni confermi una riduzione del ricovero per malattie dell'apparato digerente, ha fatto rilevare un aumento che ci pone momentaneamente al di sopra del tasso medio regionale.



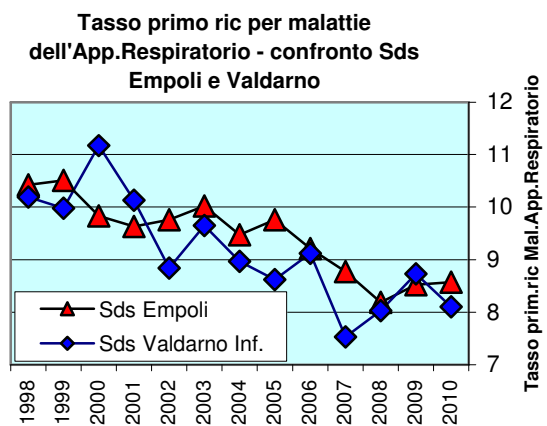
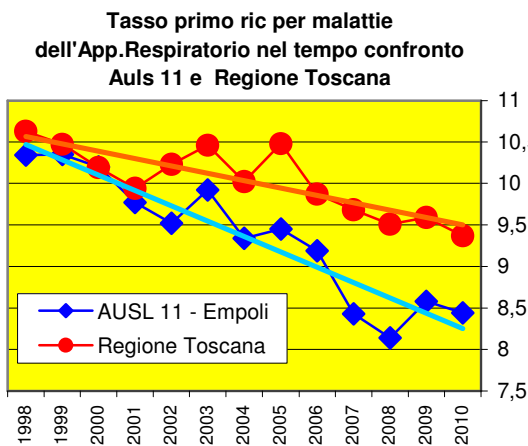
3.2.5 Tasso di primo ricovero/ospedalizzazione per malattie dell'Apparato Respiratorio standardizzato per età - SM.salute.16

L'indicatore misura il numero di dimissioni per malattie del dell'Apparato Respiratorio (diagnosi di dimissione principale Icd9CM 460-519) per 1.000 dimessi.

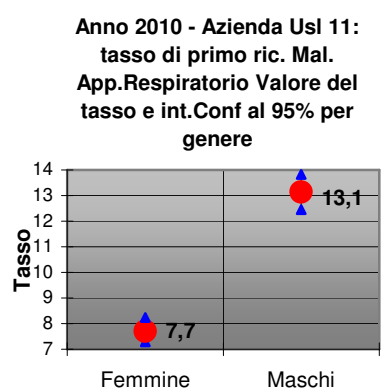
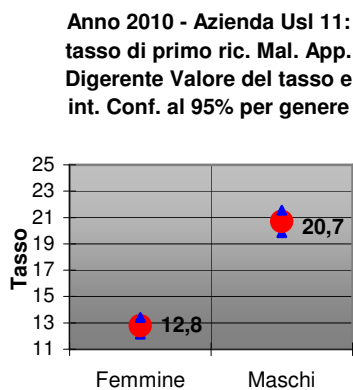
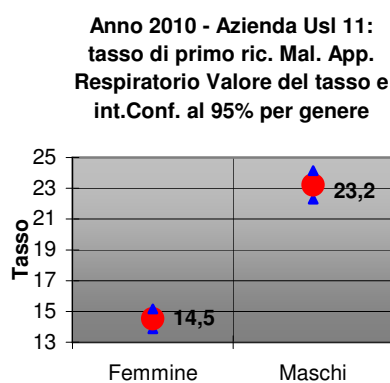


La nostra azienda ha fatto registrare nel 2010 un valore del tasso di primo ricovero per malattie dell'Apparato Respiratorio più basso in assoluto.

In una visione temporale la nostra azienda ha avuto un abbassamento tendenziale del tasso più veloce (nel senso di riduzione più marcata del tasso, nel tempo) rispetto ai valori totali regionali, passando da 10.4 ad un tendenziale 8: la Regione Toscana è passata invece dal circa 10.5 al valore di 9.5.



Valori dei tassi standardizzato, differenze di genere – Anno 2010, territorio aziendale



Tra femmine e maschi si rilevano delle differenze statisticamente significative nel valore del tasso standardizzato per età di primo ricovero per malattie dell'Apparato RESPIRATORIO, per quello dell'Apparato DIGERENTE e del RESPIRATORIO.

Le donne hanno un valore più basso rispetto ai maschi rispettivamente ai seguenti tassi:

- Tasso Malattie App. Respiratorio (14.5 contro il valore di 23.2).
- Tasso Malattie App. Digerente (12.8 contro 20.7)
- Tasso Malattie App. Respiratorio (7.7 contro 13.1)

I dati sono del 2010 ma questa differenza si rileva anche negli anni. Con gli intervalli di confidenza al 95% del tasso standardizzato per età si rilevano differenze altamente significative di genere.

3.3 Patologie Croniche²⁵

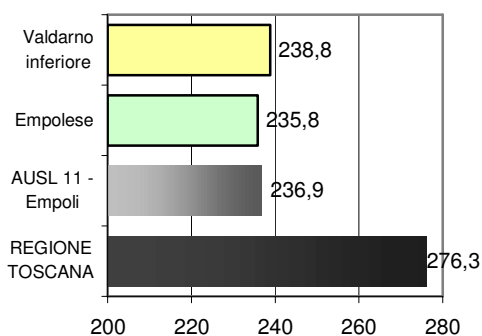
SM.salute.17, 18, 19, 20, 21

Le malattie croniche (o malattie non trasmissibili) costituiscono la principale causa di morte nel mondo. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Sono rappresentate in larga parte da malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete. Secondo l'Oms ogni anno provocano la morte di 35 milioni di persone nel mondo. Si stima che nei prossimi dieci anni le morti per malattie croniche aumenteranno del 17%. Attualmente provocano il 60% dei decessi (l'80% dei quali nei paesi a basso e medio reddito), il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia. Queste malattie sono prevenibili adottando stili di vita corretti. L'80% circa di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e più di un terzo dei tumori potrebbero essere prevenuti eliminando i principali fattori di rischio responsabili dell'insorgenza di queste patologie, che sono: l'uso di **tabacco**, l'**alimentazione scorretta**, l'**inattività fisica** e l'**abuso di alcol**.

L'**incidenza** misura la proporzione di "nuovi eventi" che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo e si utilizza per misurare la comparsa di nuovi casi di malattia e la proporzione di individui che vengono colpiti dalla malattia in un determinato periodo di tempo. Si tratta di un indicatore importante nello studio delle cause di malattia e del loro effetto a livello di popolazione e risulta utile nella valutazione dell'efficacia, per esempio, di un programma di prevenzione.

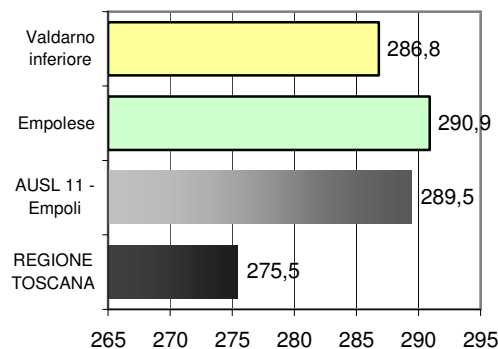
Infarto miocardico acuto (IMA)

Tasso di incidenza infarto miocardico acuto (IMA) standardizzato per età (x 100.000)



Ictus

Tasso di incidenza ictus standardizzato per età (x 100.000)



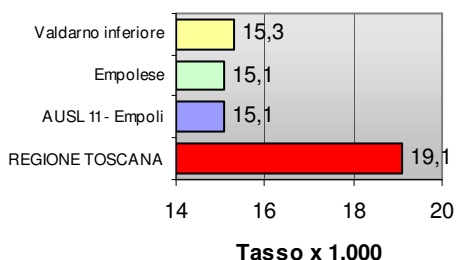
Analizzando i dati relativi ai tassi d'incidenza dell'infarto miocardico acuto e dello scompenso rappresentati nei due grafici possiamo dire che :

- nell'Infarto l'incidenza nel territorio dell'ASL 11 è nettamente inferiore rispetto a quello della Regione Toscana;
- nell'ictus, al contrario, il tasso d'incidenza nel territorio risulta maggiore rispetto a quello della Regione Toscana.

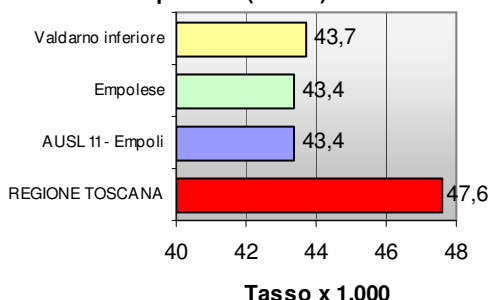
²⁵ A cura di Loredana Lazzara e Marta Balli

La **prevalenza** misura la quantità di "eventi" presenti in una popolazione al momento dell'osservazione.

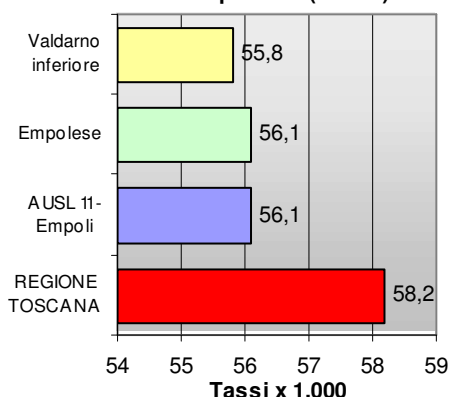
Tasso di prevalenza scompenso cardiaco standardizzato per età (x 1000)



Tasso di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva standardizzato per età. (x 1000)



Tasso di prevalenza diabete standardizzato per età. (x 1000)



Analizzando i tassi di prevalenza per Scompenso, Diabete e Broncopatia Cronica si evidenzia come nel territorio dell'Asl 11, i tassi di prevalenza siano nettamente inferiori a quello della Regione Toscana e con tassi sovrapponibili nelle due SDS di Empoli e Valdarno Inferiore.

I soggetti con le suddette patologie ogni 1.000 abitanti sono in numero minore rispetto al resto della regione toscana.

3.4 Malattie infettive²⁶

Indicatore SC.salute.24

L'andamento del numero di malattie infettive, seppur con una quota rilevante sistematica di sottonotifica, sono in tendenziale diminuzione nel tempo.

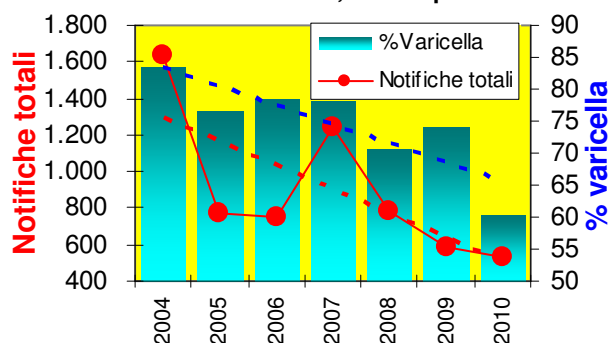
La varicella costituisce la malattia infettiva più rappresentata (costituendo oltre il 50% delle notifiche), malattia esantematica dell'infanzia non ancora influenzata dai programmi vaccinali. Nel tempo si osserva una presenza minore anche dei casi di varicella: dall'85% dei casi totali del 2004 al 53% del 2010.

NOTIFICHE TOTALI MALATTIE INFETTIVE ASL 11 2004-10

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Notifiche totali	1640	774	752	1.238	783	589	529
VARICELLA	1.369 (83%)	592 (76%)	591 (78%)	968 (78%)	554 (71%)	436 (74%)	319 (59%)

²⁶ A cura di Paolo Filidei

AUsI 11 - Notifiche totali di malattie infettive e % di varicella, nel tempo

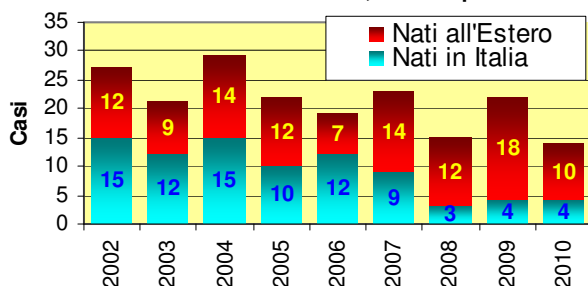


Per quanto riguarda le malattie infettive oggetto di programmi di vaccinazione nell'infanzia, per effetto delle alte coperture vaccinali si registra un progressivo calo, intervallato però da alcuni piccoli picchi epidemici quali quelli per morbillo nel 2002-2003 e nel 2008, che testimoniano la necessità di mantenere un alto livello di attenzione nella vaccinazione non solo dei nuovi nati ma anche di adolescenti e adulti. Non si registrano casi di tetano da 5 anni, mentre i casi di epatite B sono sostanzialmente stabili, ed interessano soggetti di età superiore ai 30 anni, essendo i più giovani quasi totalmente vaccinati.

MALATTIE PREVENIBILI CON VACCINAZIONE – NOTIFICHE ASL 11 2001-10

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MORBILLO	4	11	14	3	0	0	0	23	0	3
PAROTITE	2	10	3	5	11	8	4	2	2	1
PERTOSSE	16	4	10	20	6	1	5	0	1	1
ROSOLIA	11	38	0	0	0	0	5	23	0	0
TETANO	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0
EPATITE B	6	6	3	8	6	4	8	11	3	4

AUsI 11 - Casi di tubercolosi, suddivisi tra nati in Italia e all'Estero, nel tempo



I casi di tubercolosi risultano sostanzialmente stabili, e le principali caratteristiche epidemiologiche sono:

- la maggiore incidenza nei soggetti nati all'estero e provenienti da aree endemiche;
- la prevalenza di soggetti giovani tra gli stranieri (l'età media nel periodo 2002-10 è di 33 anni), rispetto ai casi relativi a persone nate in Italia che invece interessano prevalentemente persone anziane (età media 69 anni).

Per quanto riguarda le altre malattie infettive, da segnalare che:

- le tossinfezioni alimentari sono, pur con i limiti di una evidente sottonotifica, su bassi livelli di incidenza a dimostrazione di un adeguato controllo della filiera alimentare;
- l'incidenza delle meningiti batteriche è sostanzialmente stabile ed in linea con i dati epidemiologici regionali;
- tra le patologie emergenti si registrano casi di legionellosi;
- si registra una recrudescenza di malattie a trasmissione sessuale (sifilide), e focolai di scabbia, in genere a livello di nuclei familiari, ma che talora hanno interessato anche ambiti comunitari (scuole, ospedali).

3.4.1 L'AIDS²⁷

Indicatore SM.salute.23

I dati epidemiologici delle infezioni da HIV si basano essenzialmente sulle notifiche di AIDS conclamato, in quanto non ci sono ancora dati attendibili relativamente alla rilevazione delle nuove infezioni da HIV, che pure rappresentano l'indicatore migliore per il monitoraggio della patologia. Infatti, con l'introduzione delle efficaci terapie, i soggetti con HIV in terapia possono non ammalarsi di AIDS e quindi, i dati relativi a incidenza e prevalenza di AIDS non riflettono appieno la realtà epidemiologica.

Da alcuni anni la situazione epidemiologica dell'AIDS si mantiene sostanzialmente inalterata ed è caratterizzata dalla riduzione dei nuovi casi di AIDS (incidenza) rispetto ai primi anni '90, riduzione in gran parte attribuibile alla disponibilità di terapie efficaci e dalla stabilizzazione dell'incidenza dell'AIDS negli ultimi anni.

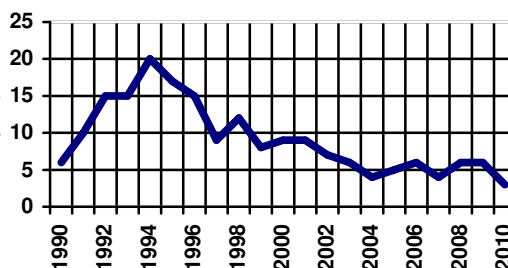
Le caratteristiche dei nuovi casi mostrano:

- aumento dell'età media;
- trasmissione quasi esclusivamente per via sessuale;
- netto aumento della sopravvivenza, con conseguente incremento della prevalenza, cioè dei soggetti in vita ammalati di AIDS;
- diagnosi spesso tardiva dovuta allo scarso ricorso al test HIV.

NUOVI CASI DI AIDS ASL 11 1990-2010 (casi incidenti)

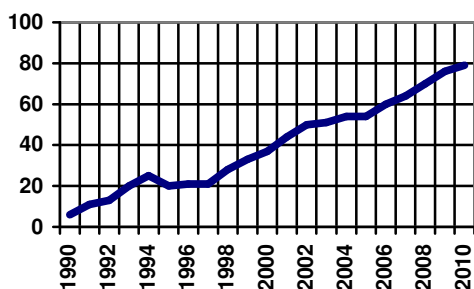
Fonte Registro Regionale AIDS

Nell'ASL 11 si registrano mediamente, negli ultimi anni, circa 5 nuovi casi di AIDS l'anno: il rapporto standardizzato di incidenza 2008-10 colloca la ASL nella media regionale.



CASI DI AIDS IN VITA ASL 11 1990-2010 (casi prevalenti)

Fonte Registro Regionale AIDS



In conseguenza dell'aumentata sopravvivenza dei pazienti per effetto delle terapie, è progressivamente cresciuto in numero di soggetti con AIDS in vita. Per quanto riguarda la prevalenza, il rapporto standardizzato di incidenza 2008-10 colloca l'ASL 11 a livelli inferiori alla media regionale.

3.5 Incidenti stradali²⁸

Indicatore SM.salute.24, 25

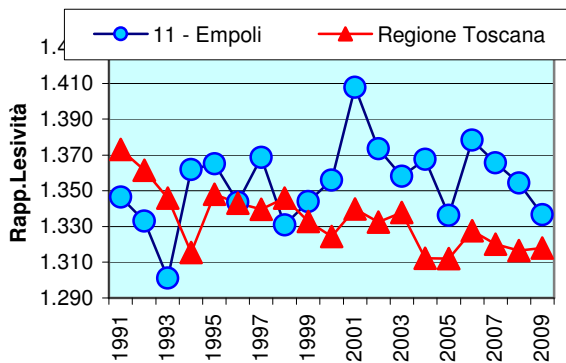
Gli indicatori obbligatori del set minimo relativi agli incidenti stradali sono il rapporto di "lesività" (ovvero il numero di feriti ogni 1.000 incidenti) e il rapporto di "mortalità" (il numero di morti ogni 100 incidenti).

Il valore del rapporto di lesività è rimasto abbastanza costante nel tempo e nel confronto tra Regione Toscana e dati dell'Azienda Usl 11 di Empoli si osservano differenze rilevanti.

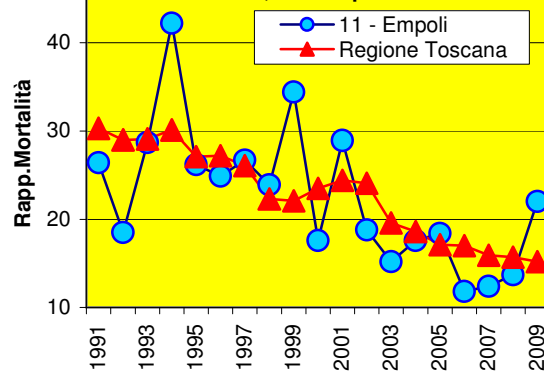
²⁷ A cura di Marinella Chiti

²⁸ A cura di Alberto Silva

Rapporto di LESIVITA' Incidenti Stradali - confronto tra AUsl Empoli e Regione Toscana, nel tempo

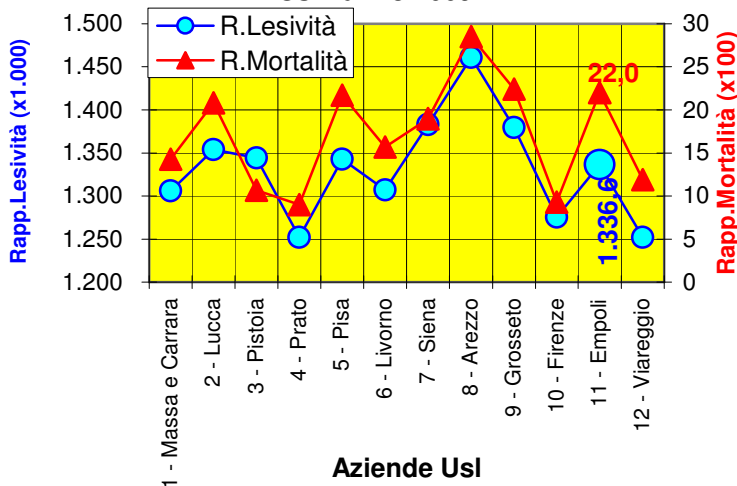


Rapporto di MORTALITA' Incidenti Stradali - confronto tra AUsl Empoli e Regione Toscana, nel tempo



Il valore del rapporto di mortalità è invece in diminuzione nel tempo, sia sul totale regionale che nella nostra zona, fenomeno osservato anche in letteratura (diminuzione della mortalità stradale).

Rapporti di Mortalità e Lesività per Azienda Usl - anno 2009



Nel confronto tra le aziende sanitarie della Regione, la Usl 11 di Empoli si colloca tra le prime tre aziende con il valore del rapporto di mortalità più elevato, ovvero con il numero più elevato di incidenti con esito mortale: il valore di "lesività" si colloca invece al 7° posto.

Si rileva, in particolare, un valore più elevato di mortalità nella SdS Empoli rispetto alla SdS Valdarno. Il valore del rapporto di mortalità dell'empolese valdelsa è il più elevato anche in confronto con le zone regionali.

Il dato relativo alla mortalità e lesività degli incidenti stradali non può essere trascurato in quanto è importante in termini di anni persi per mortalità evitabile e per il rilievo che assume nella mortalità generale e nel ricovero dei giovani. Ne consegue la necessità di interventi coordinati, sia per diminuire comportamenti che possano essere concausa di incidente, quali il consumo di sostanze di abuso o l'abitudine al binge, sia attraverso l'opera di controllo e la messa in opera di strumenti per rendere più sicura la circolazione stradale.

3.6 Infortuni²⁹

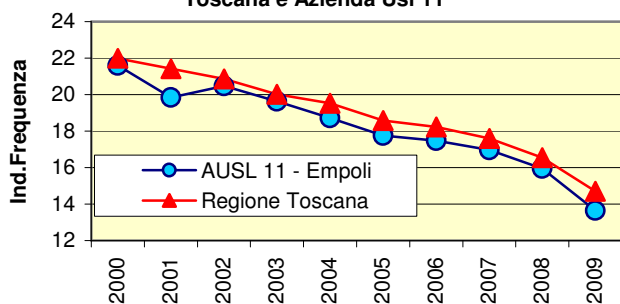
Indicatore SM.salute.26, 27

Gli infortuni sul lavoro costituiscono un fenomeno a forte rilevanza politica e sociale e sono lo specchio dell'organizzazione del lavoro, della tutela della sicurezza e dei diritti dei lavoratori.

Di seguito si riportano gli indicatori generali (indice di frequenza e tasso grezzo) di confronto con i dati regionali e la nostra azienda.

²⁹ A cura di Alberto Silva

Infortunati sul lavoro nel tempo - Indice di frequenza (x1.000) Confronto tra Regione Toscana e Azienda Usi 11

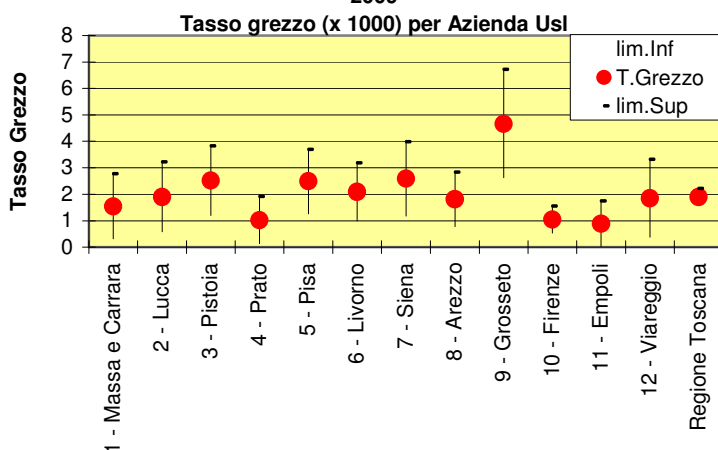


In generale dal 2000 al 2009 si osserva una diminuzione de valore dell'indice di frequenza che rappresenta il numero di infortuni "indennizzati" ogni 1.000 lavoratori.

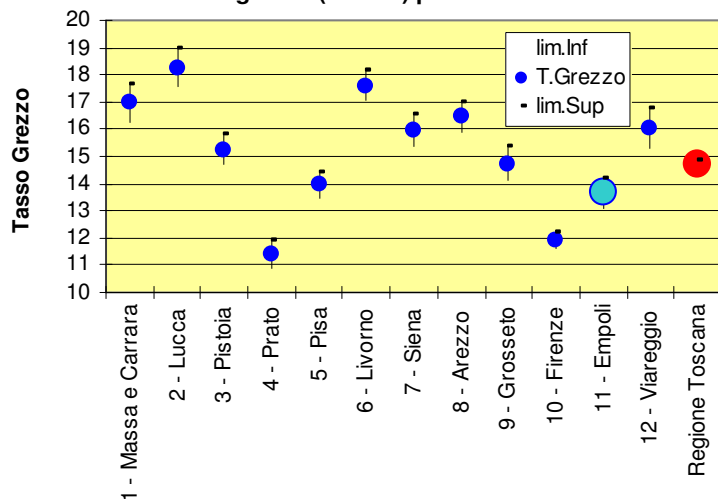
In realtà non tutti gli infortuni sul lavoro vengono indennizzati e i dati rilevati dall'Inail si riferiscono non tanto al numero di infortuni accaduti per anno ma al numero degli "indennizzati" (ovvero riconosciuti) per anno.

Per gli infortuni con esito mortale il valore del tasso grezzo dell'Azienda Usi di Empoli è tra è il più basso in assoluto pur non essendo statisticamente significativo.

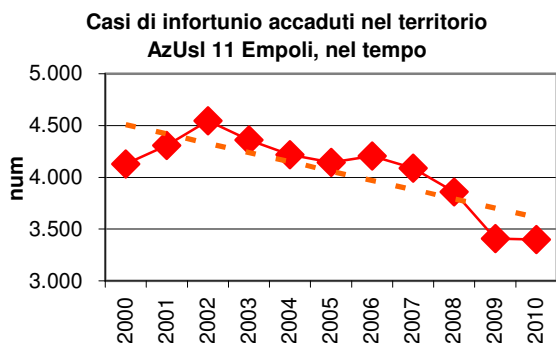
Infortunati MORTALI sul lavoro indennizzati - periodo 2007-2009



Infortunati TOTALI sul lavoro indennizzati - Anno 2009

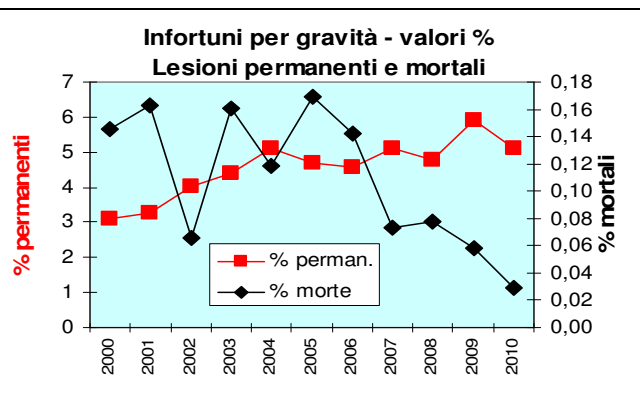
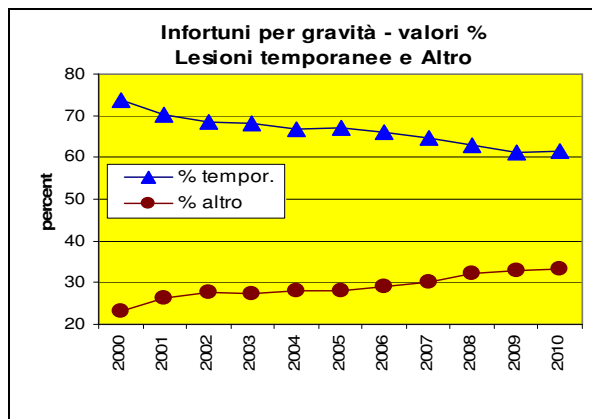


Per il tasso grezzo degli infortuni totali abbiamo un valore tra i più bassi della Toscana, con una differenza statisticamente significativa rispetto alla media regionale (Fonte: *archivio Inail del Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro*)

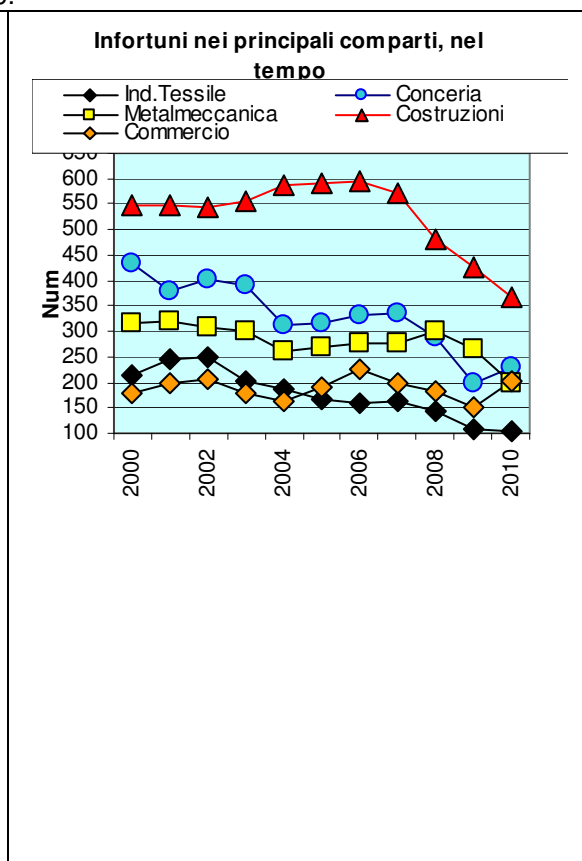
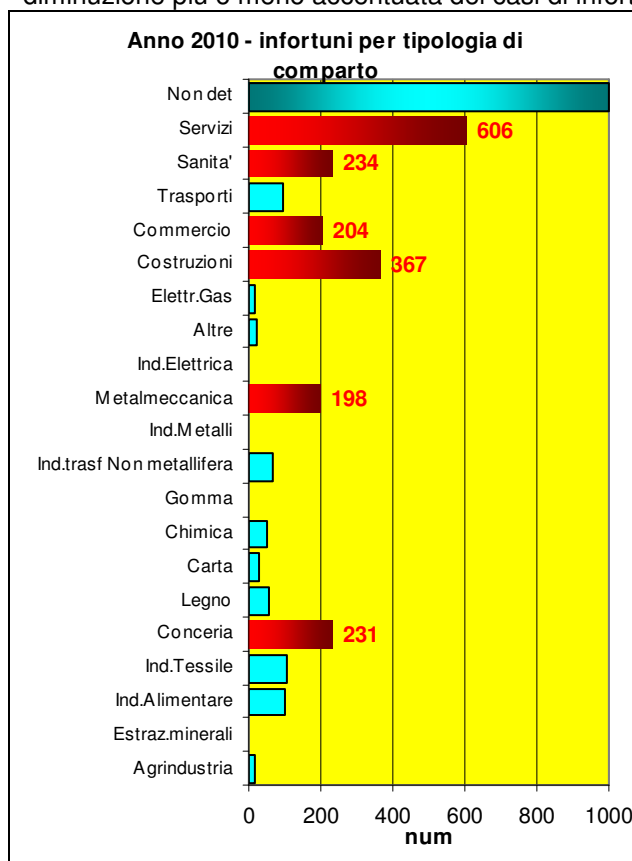


Nel territorio aziendale il numero di infortuni totali è in tendenziale diminuzione nel tempo, passando da circa 4.600 infortuni del 2002 ai 3.400 del 2010.

La diminuzione è anche legata in gran parte anche alla riduzione delle ore di lavoro di questi ultimi anni. Si osserva una diminuzione netta dei casi di morte e delle lesioni temporanee, mentre sono in aumento le lesioni permanenti.



Nel 2010 il numero di infortuni accaduti per comparto sono descritti nel grafico a lato: una grossa quota rientra tra i comparti “non determinati”, tra i “servizi” e la “sanità”, settori non propriamente industriali o produttivi. Il comparto delle Costruzioni fa rilevare il numero più elevato di infortuni, seguono il commercio, la conceria e la metalmeccanica. Nel tempo si osserva, nei principali comparti produttivi, una diminuzione più o meno accentuata dei casi di infortunio.



3.7 Stranieri e servizi sanitari³⁰

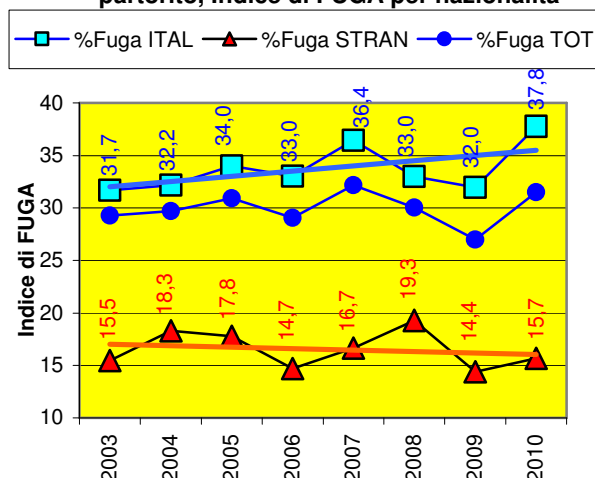
Indicatore SM.immigrati.3

L'impatto della popolazione immigrata sui servizi sanitari può essere osservata sotto due punti di vista:

- impatto dei cittadini stranieri, ovunque residenti, sulla struttura sanitaria aziendale**, che misura il numero di accessi di cittadini stranieri negli ospedali dell'Azienda Usl 11, senza preoccuparsi di dove provengono (se residenti o meno). Questa informazione misura il "peso" sulla struttura locale.
- impatto dei cittadini stranieri residenti, ovunque ricoverati**, che prende in considerazione gli stranieri residenti e va a determinare l'accesso in ospedale anche in aziende sanitarie diverse. In questo caso si misura il bisogno "sanitario" dei residenti stranieri.

Ovviamente i dati visti dai due punti di vista possono divergere molto anche se i risultati evidenziano una tendenza comune. L'elemento che differenzia i due criteri di osservazione è l'indice di fuga, ovvero la quota di ricoveri di residenti presso altre strutture sanitarie extra Azienda Usl 11.

Fonte: CAP. Donne residenti che hanno partorito, Indice di FUGA per nazionalità



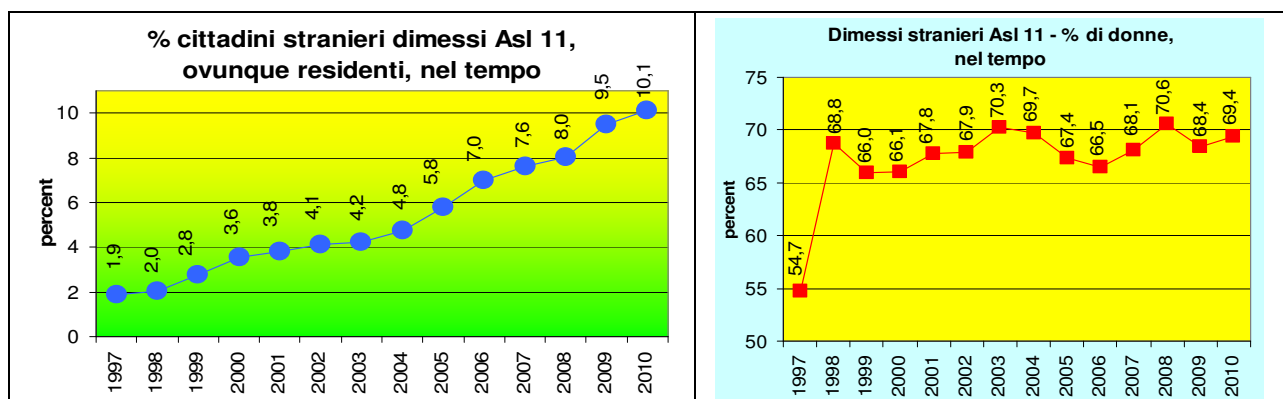
Dal 2003 al 2010 si osserva una quota di circa il 30% di residenti dimessi da ospedali extra Azienda Usl 11: di questi una quota attorno al 15/16% è rappresentata da residenti stranieri contro un valore di oltre il 30% di italiani residenti. Nel tempo l'indice di Fuga è in aumento tendenziale per gli italiani (dal 32% del 2003 al 37.8% del 2010).

Il valore dell'Indice di fuga è ottenuto dalla seguente operazione: $(\text{Tot. Residenti Dimessi in Az. Usl 11}) / (\text{Totale residenti ovunque dimessi}) \times 100$.

Il valore 37.8% dell'Indice di Fuga degli italiani residenti (per l'anno 2010) significa che ogni 100 residenti che hanno avuto bisogno dell'ospedale, circa 38 sono stati dimessi da altre aziende Usl.

L'Ospedale

Ricoverati in Asl 11, indipendentemente dalla residenza: in questa sezione consideriamo l'impatto dei cittadini, residenti e non, sulla struttura ospedaliera aziendale, escludendo i dimessi dalle strutture sanitarie private.

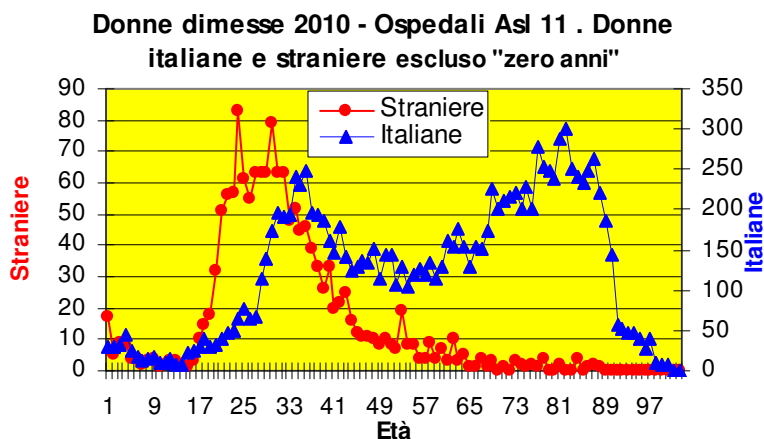


Dal 1997 al 2010, a fronte di un aumento della popolazione straniera generale, nella struttura ospedaliera aziendale la presenza di cittadini stranieri, ovunque residenti, è aumentata notevolmente. Dall'anno 2000 al 2010 questa presenza è quasi triplicata (da 3.6 a 10.1%).

³⁰ A cura di Alberto Silva

In generale, nella comunità dei cittadini stranieri, sono le donne che utilizzano di più l'ospedale: nel tempo la percentuale di donne tra gli stranieri che si dimettono si è stabilizzata sul valore del 70% circa.

Le età alla dimissione delle donne italiane e straniere

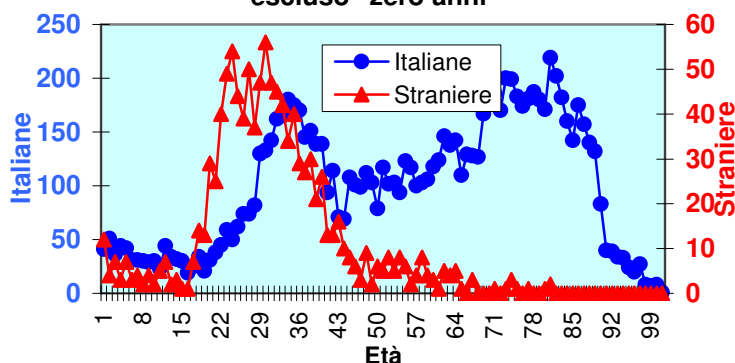


Le donne straniere che accedono negli ospedali aziendali sono più giovani, così come nella popolazione immigrata: il motivo del ricovero è legato principalmente alla gravidanza ed a patologie correlate.

Si rileva come le donne italiane si ricoverino principalmente attorno ai 30-35 per motivi legati alle gravidanze e poi successivamente oltre i 5 anni, per le patologie legate all'età.

Tra donne straniere si evidenzia invece soltanto un valore elevato attorno ai 25 anni, senz'altro per ragioni legate all'evento nascita: l'altro picco di ricoveri è assente per gli stranieri in generale, che giungono in età lavorativa e spesso se ne tornano al loro paese in età più avanzata.

Sdo 2010: donne ISCRITTE Asl 11 ovunque dimesse, italiane e straniere - distribuzione età escluso "zero anni"

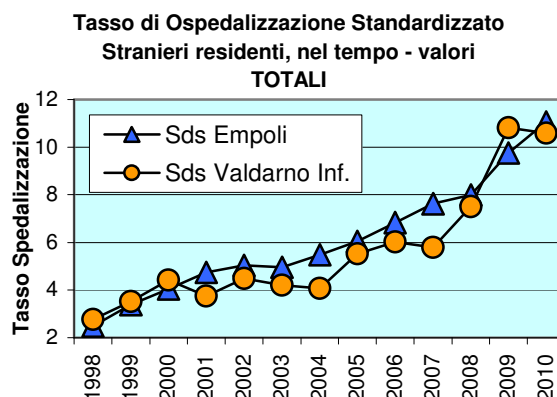
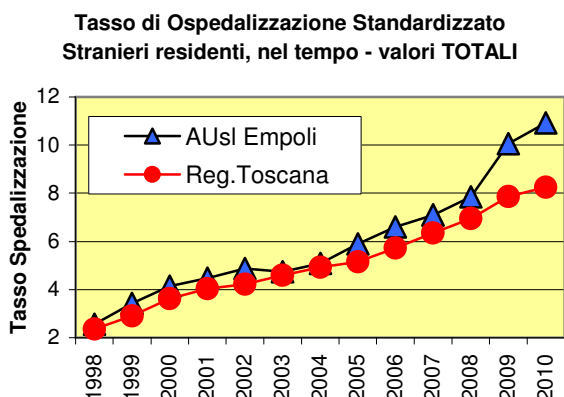


A lato prendiamo in considerazione la distribuzione dell'età delle donne italiane e straniere "residenti" (iscritte all'anagrafe sanitaria Asl 11 Empoli), ovunque ricoverate.

La distribuzione è molto simile a quella delle donne dimesse dalla Usi 11 di Empoli, ovunque residenti

3.7.1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età stranieri residenti

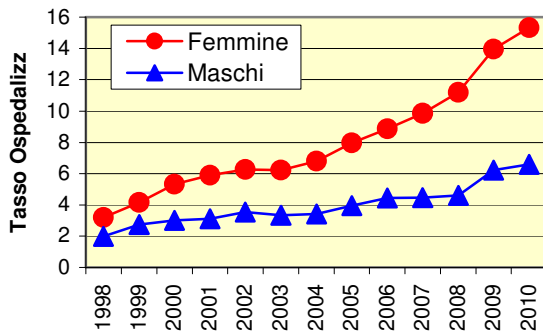
Indicatore SM.immigrati.4



Nel tempo il valore del tasso standardizzato di ospedalizzazione è aumentato per i cittadini stranieri residenti, così come è aumentata la loro presenza.

Se dal 1998 al 2008 i valori del tasso sono stati piuttosto simili nel confronto tra la nostra Azienda e la Regione Toscana, negli ultimi due anni il valore è notevolmente cresciuto nella nostra zona. Tra le due SdS invece i dati sono molto simili con i valori che si intrecciano nel tempo.

Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato
Stranieri residenti: valori totali AUSl Empoli -
confronto per genere, nel tempo



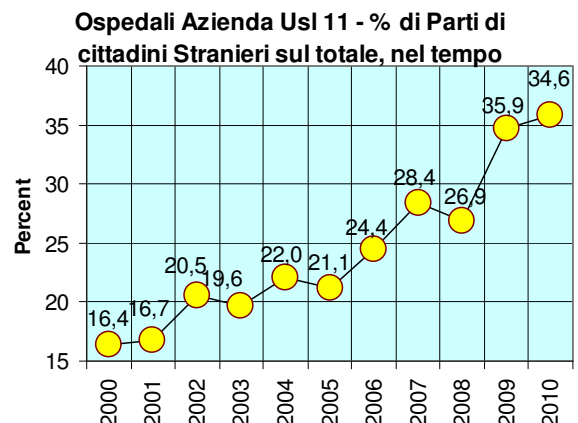
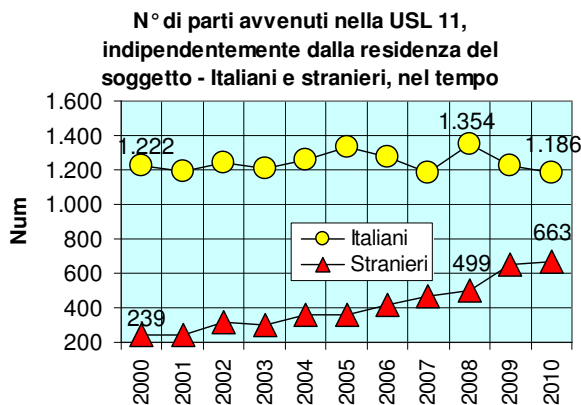
Se andiamo a differenziare per sesso, si rileva un incremento crescente per le donne straniere (come abbiamo già visto) con valori quasi tre volte superiori a quelli dei maschi, soprattutto negli ultimi anni di rilevazione.

3.8 Il Percorso materno infantile³¹

SM.famiglie.4, Indicatore SM.immigrati.3

I dati e le informazioni che seguono sono relativi ai **nati** ed alle **interruzioni volontarie di gravidanza** nella struttura sanitaria aziendale: una serie di informazioni che descrivono l'impatto dei cittadini (italiani e stranieri), ovunque residenti, con la struttura ospedaliera dell'Azienda USL 11, escludendo le strutture sanitarie private del territorio.

Andamento del numero di parti avvenuti nelle strutture sanitarie aziendali Us1 11, indipendentemente dalla residenza dei soggetti (fonte: archivi Certificato di Assistenza al Parto, dati suddivisi tra "italiani" e "stranieri"). E' evidente un incremento rilevante dei parti di cittadine straniere nel periodo (da 239 a 663); nelle italiane si rileva invece una stabilità nel tempo (numero di parti attorno a 1.200). Se riportiamo la percentuale di parti di donne straniere sul totale dei parti avvenuti in Azienda Us1 11 ci si accorge meglio dell'incremento reale: nell'arco di 11 anni i "parti" di donne straniere sono passati dal 16 al 34.6 %. Nel 2010 ogni 3 donne che hanno partorito 1 era straniera.



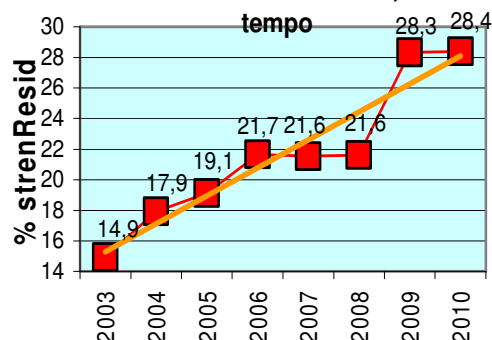
³¹ A cura di Alberto Silva

Partorienti residenti di cittadinanza straniera, ovunque dimesse

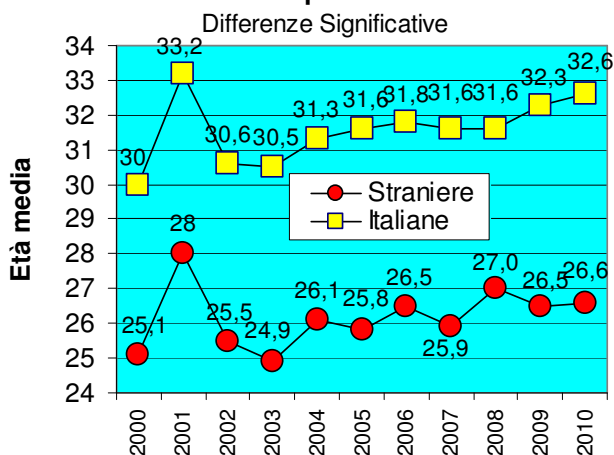
Sul dato complessivo 2010 dei parti della nostra azienda, quelli con madre straniera rappresentano il 28,4% (nel 2003 erano il 14,9%).

Se andiamo a valutare quanto le donne straniere partoriscono invece nelle strutture aziendali vediamo che ben il 35% dei parti che avvengono nel nostro ospedale sono da madre straniera. Ne deriva la necessità di considerare questa categoria di soggetti come uno dei soggetti prevalenti per l'uso delle nostre strutture.

Fonte: CAP. Donne residenti che hanno partorito, ovunque dimesse - % di straniere residenti, nel tempo



Età media al primo parto, italiane e straniere nel tempo - Strutture Asl 11



Età media alla prima gravidanza –parti avvenuti nella struttura sanitaria aziendale

Tra le donne che partoriscono nella struttura sanitaria dell'Azienda Usl 11 esistono delle differenze di "età alla prima gravidanza" significative tra italiane e straniere. In generale le straniere hanno la prima gravidanza attorno ai 26 anni contro i circa 32 delle italiane. Nel tempo si rileva un generale incremento dell'età al primo parto.

Ovviamente, secondo la nazionalità, si rilevano differenze sensibili. Prendiamo in considerazione le "primipare" straniere delle cittadinanze più rappresentate (che costituiscono in questo caso circa il 70% del totale).

Età media per paese di provenienza –Cap 2010

Paese	Età media
Albania	23,2
Cina	25,9
Marocco	25,0
Romania	27,3

Le donne albanesi partoriscono per la prima volta a 23 anni contro i 27 anni delle rumene.

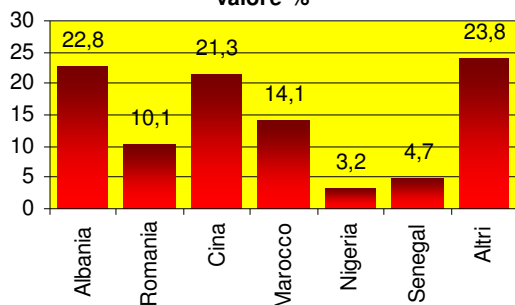
Dove si ricoverano le donne?



Le cittadine straniere accedono principalmente ai reparti di ostetricia (61.8% contro il 25.8% delle italiane) e comunque nelle aree del materno infantile.

Nel 2010 l'80% circa delle donne straniere ha avuto a che fare con i reparti di "ostetricia + nido + pediatria": per le italiane il valore è 32.6% (circa 1/3 delle donne italiane hanno avuto accesso a questi tre reparti).

SDO 2010 - Dimessi AUsl 11 - donne straniere e principali nazionalità - valore %



Paese di provenienza delle donne dimesse dagli ospedali aziendali

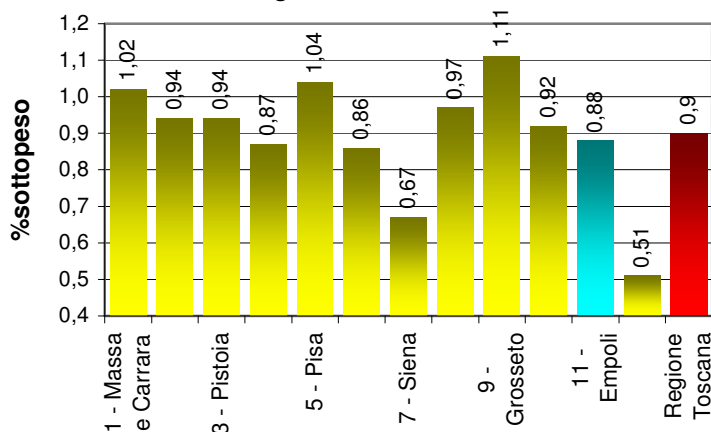
Oltre i tre quarti circa della popolazione femminile di nazionalità straniera che accede negli ospedali aziendali è costituita da albanesi, cinesi, marocchini, senegalesi e nigeriani.

3.8.1 Percentuale di nati gravemente sottopeso

Indicatore SM.famiglie.4

Nascere gravemente sottopeso (con un peso inferiore al chilo e mezzo) può costituire un problema di salute per il neonato. La causa può essere una nascita prematura o condizioni ambientali sfavorevoli allo sviluppo del feto. Le cause principali delle nascite di bambini immaturi sono: fumo, consumo di alcool, malattie della mamma, denutrizione della gestante, insufficienza della placenta o gravidanza gemellare. Soltanto in una piccola quota di casi il feto è immaturo per cause genetiche o cromosomiche. I neonati sottopeso necessitano di cure particolari: i problemi più frequenti alla nascita sono la termoregolazione, le difficoltà respiratorie e l'ipoglicemia (carenza di zuccheri nel sangue).

% Nati gravemente sottopeso, per Azienda UsI e tot.Reg.Toscana - 2008-2010

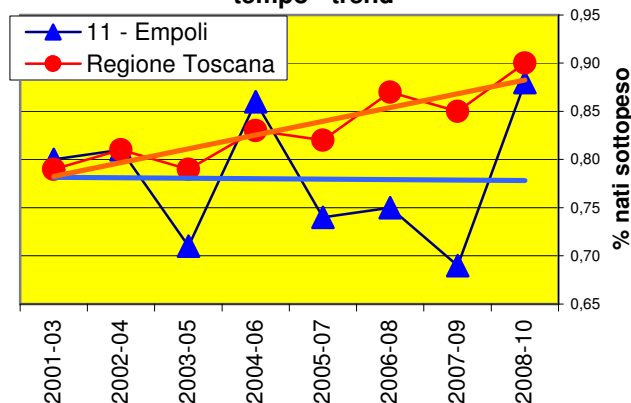


Nel periodo 2008-2010 l'Azienda UsI si colloca in linea con il valore regionale: i valori più bassi della percentuale di nati gravemente sottopeso sono rispettivamente quelli di Viareggio e di Siena. Quelli più elevati si ritrovano a Grosseto, Pisa e Massa Carrara.

Se andiamo invece a seguire l'andamento temporale della percentuale di sottopeso alla nascita nel confronto tra Regione Toscana e Azienda UsI 11 di Empoli, troviamo un incremento del valore regionale totale ed un lieve decremento tendenziale nell'Azienda di Empoli.

L'andamento Regionale è più lineare e mostra una tendenza all'incremento mentre quello aziendale, seppur con un numero minore di soggetti, indica una stabilizzazione tendenziale del valore.

% Nati gravemente sottopeso: confronto Azienda UsI 11 vs Regione Toscana, nel tempo - trend



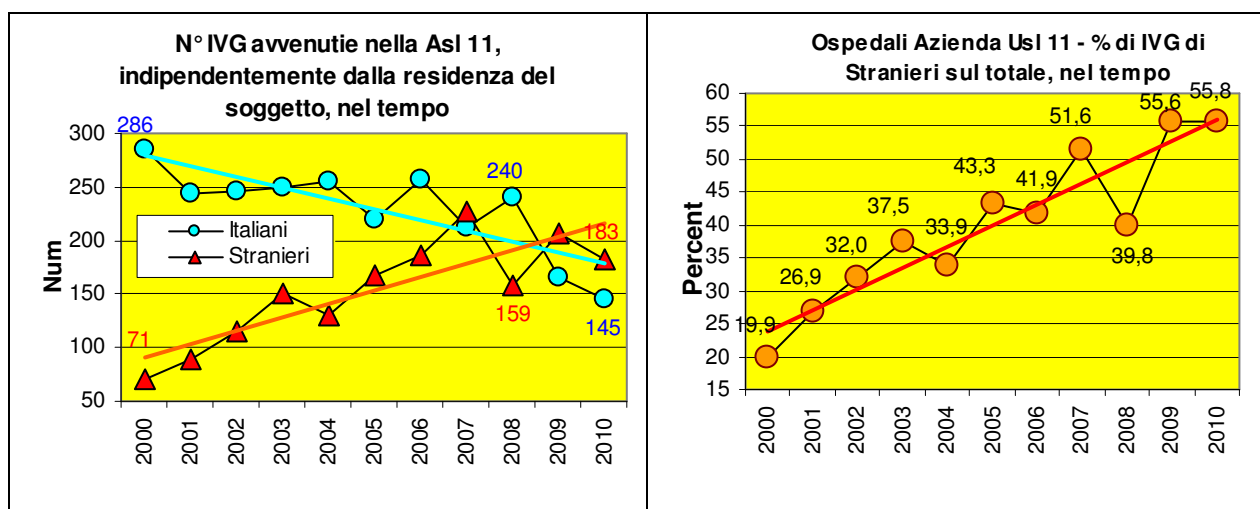
Ogni bambino che presenta difficoltà fin dal momento della nascita necessita di una rete di cure intense molto complesse, che va adeguatamente integrata e coordinata, perché è solo da questi interventi precoci che dipende la sua qualità di vita futura. Solo un rapporto affettivo solido e costante, basato su una conoscenza approfondita dei processi di sviluppo neuro-psico-motorio da parte di chi se ne deve prendere cura, permette a un bambino nato gravemente sottopeso, spesso con handicap diagnosticati tempestivamente, di recuperare quanto lo rende diversamente abile rispetto ai suoi coetanei.

Da: Atti parlamentari – Senato della Repubblica 2006/2008

3.8.2 Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza

fonte: archivi IVG

Andamento del numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza avvenute nelle strutture sanitarie aziendali, indipendentemente dalla residenza dei soggetti.

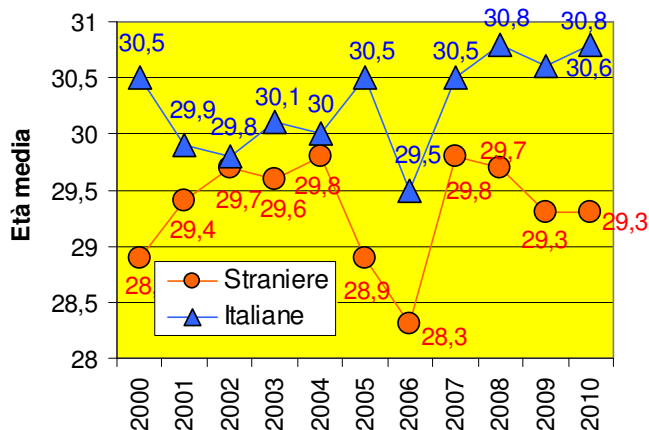


In generale si rileva un aumento del numero di Ivg nel tempo, ma questo fenomeno è presente soltanto nelle cittadine straniere: tra le italiane la tendenza è invece la diminuzione.

Sulle Ivg totali effettuate nella struttura aziendale, la percentuale di cittadine straniere è in rapido aumento: dal 2005 supera il 40% (ogni 5 donne che effettuano una Ivg 2 sono straniere) e giunge al 55% nel 2010.

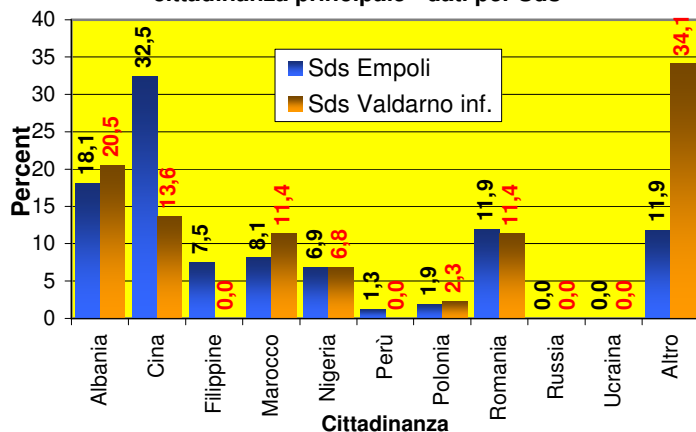
Età media alla prima IVG, italiane e straniere nel tempo - Struttura Asl 11

Differenze NON significative



Se esiste una differenza significativa di età alla prima gravidanza, per la prima "interruzione" (IVG) non ci sono differenze: italiane e straniere affrontano la prima interruzione di gravidanza attorno ai 30 anni.

Anno 2010 - IVG di donne straniere. per cittadinanza principale - dati per Sds



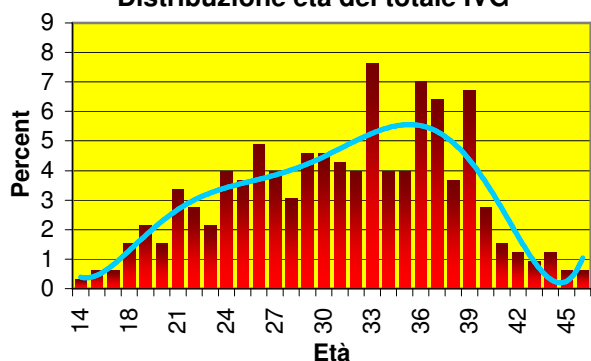
IVG di donne straniere per principali nazionalità - Indicatore SM.immigrati.3

Utilizzando le "cittadinanze" definite dall'Ars Regione Toscana, si riportano i dati relativi alle principali nazionalità di donne straniere residenti che hanno avuto IVG nel 2010.

Si rileva una presenza di cinesi molto elevata nella SdS Empoli ed una quota non attribuibile ad una nazionalità prevalente nella SdS Valdarno.

Si presentano di seguito una serie di considerazioni utili a capire meglio la "identità" delle donne che scelgono l'Interruzione Volontaria di Gravidanza: i dati sono riferiti a cittadine, ovunque residenti, che hanno effettuato l'IVG presso la struttura aziendale USL 11.

Anno 2010 - IVG in Asl 11 - Distribuzione età del totale IVG



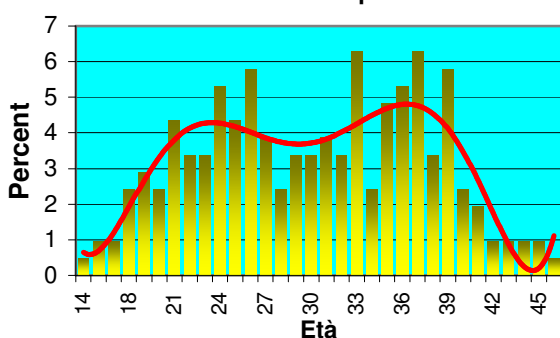
L'età all'IVG

L'Interruzione Volontaria di Gravidanza è un fenomeno che riguarda principalmente le donne adulte.

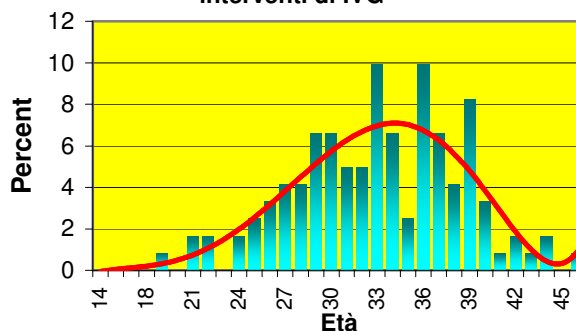
Nell'anno 2010, sul totale delle donne, soltanto il 1.7% dei soggetti aveva meno di 18 anni: la stessa situazione si rileva negli anni precedenti.

La concentrazione maggiore di eventi nel 2010 si ha oltre i 30 anni.

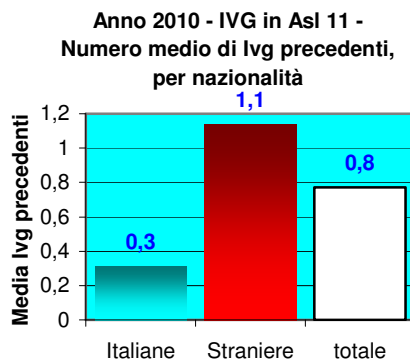
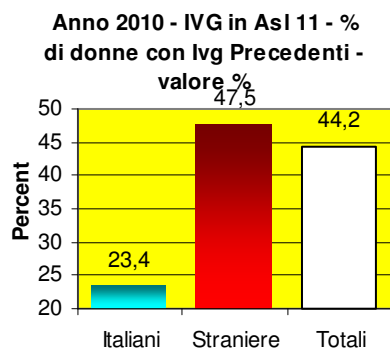
Anno 2010 - IVG in Asl 11 - Distribuzione età alla prima IVG



Anno 2010 - IVG in Asl 11 - Distribuzione dell'età di donne con precedenti interventi di IVG



Se prendiamo invece in considerazione le donne alla prima IVG, la distribuzione dell'età ha valori diversi con due aree a maggior frequenza, attorno ai 24 ed ai 36 anni: tra queste donne alla prima IVG la percentuale di soggetti minorenni (età inferiore ai 18 anni) è del 2.4%. Se consideriamo invece quelle che hanno già avuto IVG in precedenza l'età si concentra soltanto attorno ai 35 anni.

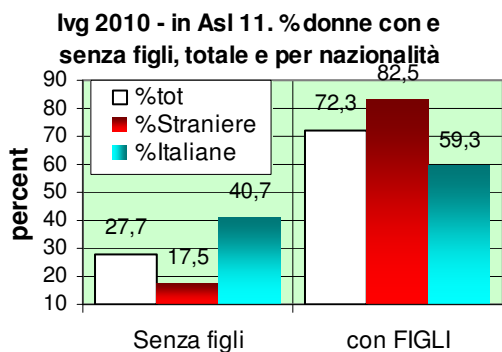
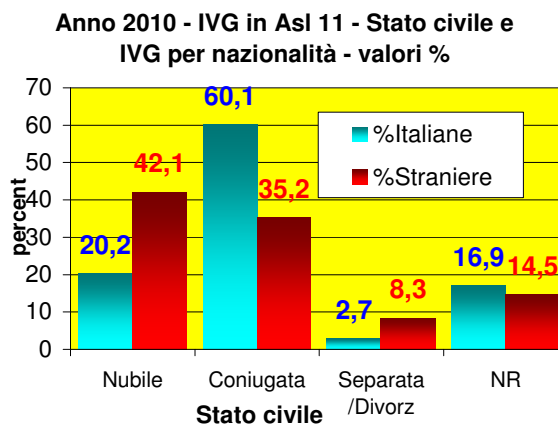
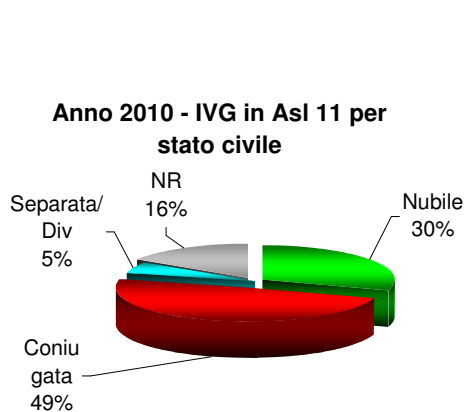


Le Interruzioni volontaria di gravidanza precedenti
 Il 44.2% ha già subito in precedenza almeno una IVG, con differenze rilevanti tra italiane e straniere; circa il 47.5% delle donne straniere hanno già subito l'IVG contro il 23.4% delle italiane (differenze statisticamente significative – p=0.000).

Con riferimento al numero di IVG precedenti si rilevano differenze rilevanti: ogni donna ha un valore medio di 0.8 IVG precedenti (ovvero 8 ivg precedenti ogni 10 donne), tra le donne straniere si ha una media di almeno 1 ivg per soggetto e per le italiane circa 1 ivg precedente ogni 3 donne (0,3).

IVG e Stato civile

La metà delle donne che si sottopongono all'Interruzione Volontaria di Gravidanza è coniugata, le nubili costituiscono il 30%. C'è una quota del 16% di dati "stato civile non rilevato" che ha lo stesso valore per nazionalità. I dati mostrano differenze: tra le italiane il ricorso all'IVG riguarda soprattutto le coniugate (60%) e tra le straniere invece lo status di nubile (42%).



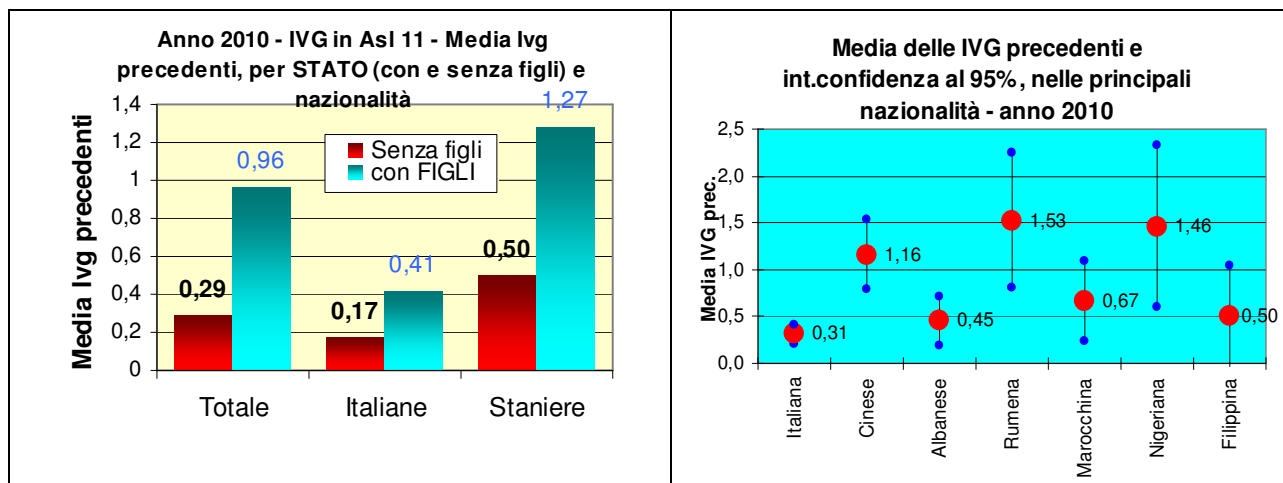
IVG e figli

L'interruzione volontaria di gravidanza è una prerogativa delle donne con figli: in letteratura si parla di ricorso all'IVG come evento di fallimento della contraccezione.

Se nel totale dei soggetti il 72% ha figli, tra italiane e straniere si rilevano sensibili differenze: l'82% delle donne straniere ha almeno un figlio contro il 60% delle italiane.

Status “con o senza figli” e numero medio di IVG precedenti

Si rilevano differenze notevoli nel numero di lvg precedenti in relazione alla nazionalità ed alla presenza o meno di figli: chi ha almeno un figlio ha una media di lvg precedenti di 0,96 contro il valore di 0,29 di chi non ne ha, e le straniere hanno una storia di interventi precedenti più rilevante (valore medio 1,27 contro lo 0,41 delle italiane). Con riferimento alle principali nazionalità si osservano valori più elevati rispettivamente nelle rumene, nigeriane e cinesi. Albanesi ed italiane hanno valori di IVG precedenti significativamente inferiori alle altre cittadinanze.



4. L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

4.1 Le cure primarie³²

Indicatori SM.territorialeLEA.1, 2, 15

Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito delle Cure Primarie, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale e determinano, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali), lo sviluppo di forme di assistenza primaria in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana.

Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato, nell'attuale contesto sanitario, dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, vede l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali al fine di garantire l'efficacia della continuità delle cure. In questo contesto risulta sempre più centrale e importante il ruolo dei **Medici di Medicina Generale (MMG)** e dei **Pediatrati di famiglia (PDF)**. Ne è una prova lo sviluppo della medicina associativa, che diviene lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza: la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie, infatti, facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) migliorando in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e MMG in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche.

L'Azienda USL 11 ha un tasso di associazionismo tra i Medici di Medicina Generale (MMG) che è fra i più alti nel panorama regionale e nazionale. Tali strutture territoriali, insieme alle Case della Salute, fanno sì che si abbia un tasso standardizzato per età di accesso al Pronto Soccorso per codici definiti come inappropriati (bianchi e azzurri) abbastanza bassa, pari al 4,5. Anche la Pediatria di famiglia (PDF) mostra dati simili e contribuisce al buon governo del territorio.

<i>INDICATORI MINIMI</i>	SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	ASL 11
Percentuale MMG in associazione complessa o in gruppo	58,6%	80,0%	64,60%
Percentuale PDF in gruppo	9,1%	33,3%	16,10%
Tasso standardizzato per età di accesso al PS codice bianco o celest e (>= 15 anni)	//	//	4,5

Con riferimento alla medicina generale organizzata secondo modalità aggregative, occorre rilevare che l'Azienda Usi 11 sta investendo in un progetto per la realizzazione di almeno una Casa della Salute in ognuno dei 15 comuni delle due SdS. Ad oggi sono state realizzate quattro Case della Salute nei comuni di Empoli, Certaldo, Montopoli e Cerreto Guidi, per un totale di 31 MMG e 15 infermieri che assistono quasi 40 mila persone. In queste strutture i MMG ed i PDF sono "fisicamente" integrati con gli infermieri, assistenti sociali, amministrativi, fisioterapisti e medici specialisti. Tali aggregazioni ed integrazioni risultano funzionali e riconoscibili dal cittadino e tendono ad abbassare ulteriormente la percentuale di inappropriatazza di codici bianchi ed azzurri in Pronto Soccorso.

³² A cura di Piero Salvadori

4.2 La farmaceutica territoriale³³

Indicatori SM.territorialeLEA.17

Per spesa farmaceutica territoriale si intende la spesa generata dalla dispensazione dei farmaci a carico del Sistema sanitario nazionale (SSN) destinati ad essere consumati dai pazienti al proprio domicilio.

I farmaci che sono utilizzati sul territorio possono essere distribuiti con tre diverse modalità, regime convenzionale, distribuzione diretta, distribuzione per conto, ciascuna perfettamente definita da normativa nazionale e regionale.

Nel 2011 la spesa farmaceutica territoriale dell'Azienda USL 11 è stata di 50,236 milioni di euro con 36,88 milioni spesi nella SdS di Empoli e 13,35 nella SdS Valdarno Inferiore.

	residenti	SPESA			TOTALE	spesa pro capite
		convenzionata	diretta	DPC		
SdS Empoli	174.171	€ 23.358.440,00	€ 9.146.300,00	€ 4.377.413,00	€ 36.882.153,00	€ 211,76
SdS Valdarno Inferiore	67.823	€ 8.552.861,00	€ 2.930.213,00	€ 1.871.411,00	€ 13.354.485,00	€ 196,90
ASL 11	241.994	€ 31.911.301,00	€ 12.076.514,00	€ 6.248.823,00	€ 50.236.638,00	€ 207,59

La spesa pro-capite per assistito residente è stata mediamente di 207,59 euro con un valore più basso nel Valdarno (196,90 euro) rispetto all'empolese valdelsa (211,76 euro).

Dall'analisi dei dati di spesa convenzionata (ricette spedite dalle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio) riportati in tabella n. 2 si nota che la differenza fra i valori di spesa pro-capite registrati nelle due SdS è essenzialmente da attribuire ai diversi atteggiamenti prescrittivi dei medici di medicina generale. Nella SdS Valdarno Inferiore, dove la spesa pro-capite è più bassa che nell'empolese valdelsa, i medici spendono meno perché fanno meno ricette pro capite anche se con un costo medio più alto per ricetta.

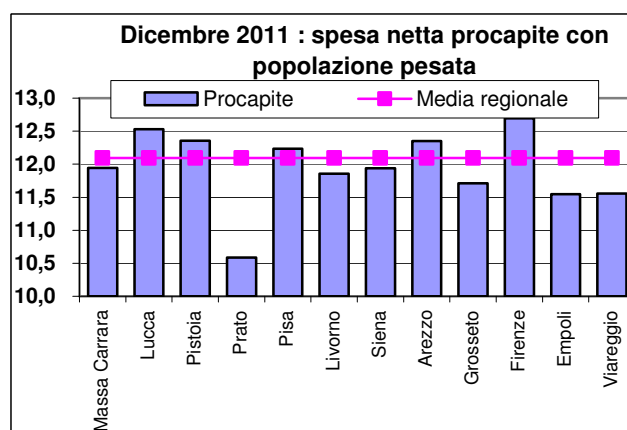
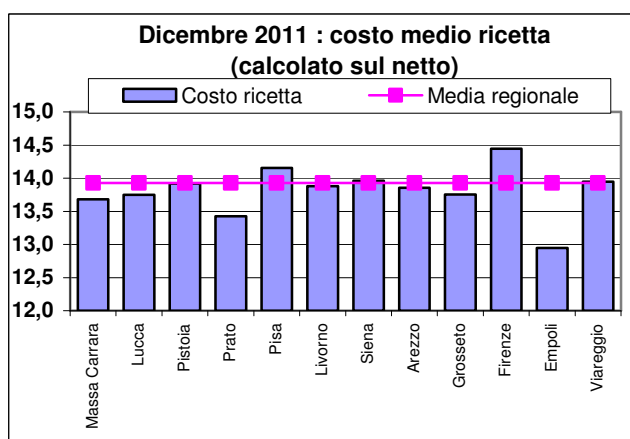
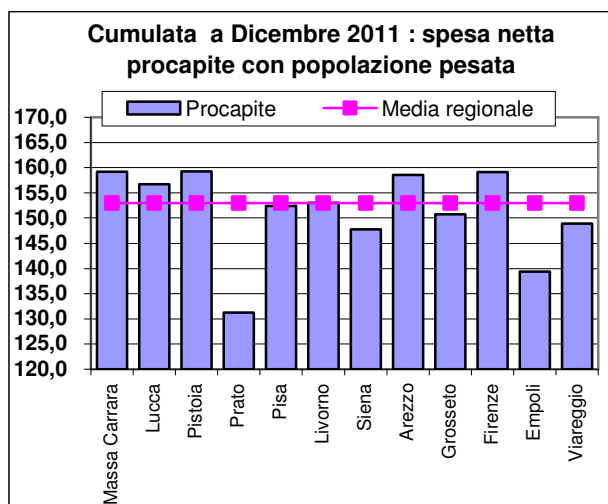
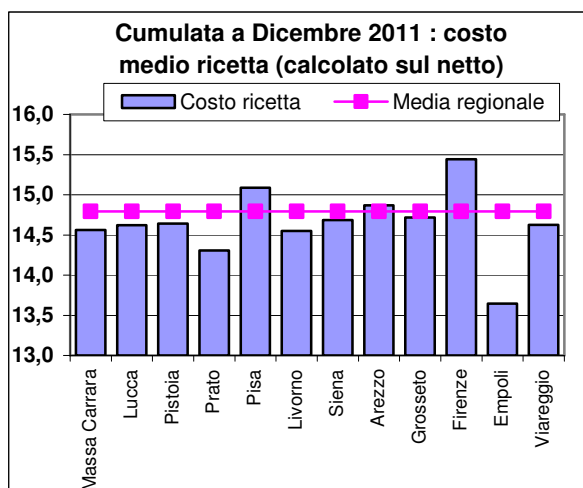
	residenti	spesa convenzionata	ricette	n. ricette pro capite	costo ricetta
SdS Empoli	174.171	€ 23.358.440,00	1.730.853,00	9,94	€ 13,50
SdS Valdarno Inferiore	67.823	€ 8.552.861,00	607.896,00	8,96	€ 14,07
ASL 11	241.994	€ 31.911.301,00	2.338.749,00	9,66	€ 13,64

Il costo della ricetta è un parametro molto utile per confrontare realtà diverse fra loro e viene spesso utilizzato anche dalla stessa Regione Toscana per permettere alle aziende sanitarie di compararsi con le migliori e soprattutto di apprendere da queste come migliorare.

Da molti anni ormai l'Azienda USL 11 di Empoli detiene il primato di avere il costo più basso della ricetta in tutta la regione. Anche nel 2011 L'Azienda USL 11 ha mantenuto il primato con un costo medio della ricetta di 13,64 euro contro i 14,79 euro della media regionale (vedere grafico n. 1).

Questo significa che, se nel 2011 tutte le prescrizioni effettuate in Toscana avessero avuto il costo di quelle della AUSL11, la Regione avrebbe risparmiato ben 44 milioni di euro.

³³ A cura di Eleonora Pavone



4.3 L'attività specialistica ambulatoriale³⁴

Indicatori SM.territorialeLEA.18, 19

L'attività specialistica ambulatoriale rappresenta significativamente il bisogno di salute espresso dai cittadini, sia appropriato sia nella parte di domanda di prestazioni non appropriate, che costituiscono comunque un indicatore di richiesta di "aiuto" o di supporto da parte delle istituzioni, per la ricerca della felicità o più semplicemente del proprio benessere.

Se da molti anni ormai si assiste ad una crescita costante della domanda di prestazioni sanitarie e della correlata erogazione, nell'anno 2011 si osserva per la prima volta una lieve contrazione della quantità di prestazioni ambulatoriali erogate, pari al 2% rispetto all'anno precedente, omogenea nelle due società della salute (tabella 1).

Infatti, le prestazioni erogate pro-capite sono aumentate da 14,1 nel 2006 (cfr. Profilo di salute 2007) a 17,7 nel 2010, mentre nel 2011 sono pari a 17,1. La tendenza in riduzione è omogenea nelle due SdS, sebbene vi sia una differenza di valorizzazione economica da attribuire alla qualità di prestazioni richieste che, quindi richiederebbe un supplemento d'indagine.

Il dato di riduzione dell'attività, sia per l'entità sia perché relativo ad un solo anno, non può essere considerato indicatore di una tendenza in atto, ma costituisce comunque un allarme affinché possa essere mantenuta alta la vigilanza sull'accesso alle cure da parte dei cittadini meno abbienti e meno istruiti che, nei periodi di crisi economica tendono a non rendere esplicito il proprio bisogno di salute per ragioni economiche e sociali.

³⁴ A cura di Eluisa Lo Presti

Tabella 1. Prestazioni ambulatoriali effettuate dai cittadini residenti nell'ASL 11						
		anno	in ASL	fuori ASL	TOTALE	Δ 2011-2010
SdS Empolese	n° prestazioni	2010	2.745.664	370.644	3.116.308	-2,3%
		2011	2.668.180	375.765	3.043.945	
	% copertura	2010	88,1%	11,9%	100,0%	
		2011	87,7%	12,3%	100,0%	
	valorizzazione economica	2010	28.659.591	8.749.160	37.408.752	-2%
		2011	28.737.597	7.831.395	36.568.992	
SdS Valdarno	n° prestazioni	2010	956.345	190.163	1.146.508	-2,2%
		2011	928.407	193.352	1.121.759	
	% copertura	2010	83,4%	16,6%	100,0%	
		2011	82,8%	17,2%	100,0%	
	valorizzazione economica	2010	9.617.943	3.690.401	13.308.344	1%
		2011	9.745.782	3.655.656	13.401.438	
TOTALE ASL 11	n° prestazioni	2010	3.702.009	560.807	4.262.816	
			% copertura	86,8%	13,2%	
	valorizzazione economica	38.277.535	12.439.561	50.717.096		
	n° prestazioni	2011	3.596.587	569.117	4.165.704	-2,3%
			% copertura	86,3%	13,7%	
	valorizzazione economica	38.483.379	11.487.051	49.970.430	- 1%	

Fonte: flusso SPA 2010 e 2011, escluse le prestazioni fuori nomenclatore.

Le tabelle 1 e 2 rappresentano la domanda complessiva di prestazioni specialistiche, da parte dei cittadini dell'ASL 11, ovunque siano state erogate, sia da strutture pubbliche sia private convenzionate, in ASL 11 o il altre ASL della Regione Toscana; l'indice di copertura esprime, in termini percentuali, dove risono rivolti i cittadini residenti nelle due SdS per le prestazioni ambulatoriali.

L'indice di copertura aziendale si attesta oltre l'86%, con un trend in riduzione (2006-2009: 88%; 2010: 86,8; 2011: 86,3%) e mantenendo la stessa differenza tra SdS di Empoli e SdS Valdarno, con una copertura complessivamente maggiore per la prima, seppure si osservino, in entrambe le SdS, coperture inferiori rispetto alla media aziendale nei comuni territorialmente più vicini alle ASL confinanti, come dettagliato nella tabella 2.

Tabella 2. Prestazioni specialistiche erogate ai cittadini dell'ASL 11 per comune di residenza, anno 2011				
Comune		In ASL	Fuori ASL	Totale
Capraia	n° prestazioni	109.104	12.225	121.329
	% copertura	89,9%	10,1%	
Castelfiorentino	n° prestazioni	292.325	29.216	321.541
	% copertura	90,9%	9,1%	
Castelfranco	n° prestazioni	158.557	53.988	212.545
	% copertura	74,6%	25,4%	
Cerreto	n° prestazioni	163.440	20.195	183.635
	% copertura	89,0%	11,0%	
Certaldo	n° prestazioni	240.898	82.573	323.471
	% copertura	74,5%	25,5%	
Empoli	n° prestazioni	784.509	73.741	858.250
	% copertura	91,4%	8,6%	
Fucecchio	n° prestazioni	351.317	54.450	405.767
	% copertura	86,6%	13,4%	
Gambassi	n° prestazioni	69.213	12.963	82.176

	% copertura	84,2%	15,8%	
Montaione	n° prestazioni	56.073	7.247	63.320
	% copertura	88,6%	11,4%	
Montelupo	n° prestazioni	200.718	27.505	228.223
	% copertura	87,9%	12,1%	
Montespertoli	n° prestazioni	172.367	36.723	209.090
	% copertura	82,4%	17,6%	
Montopoli	n° prestazioni	143.593	44.735	188.328
	% copertura	76,2%	23,8%	
S.Croce	n° prestazioni	183.617	38.892	222.509
	% copertura	82,5%	17,5%	
San Miniato	n° prestazioni	442.640	55.737	498.377
	% copertura	88,8%	11,2%	
Vinci	n° prestazioni	228.216	18.927	247.143
	% copertura	92,3%	7,7%	
		3.596.587	569.117	4.165.704
		86,3%	13,7%	

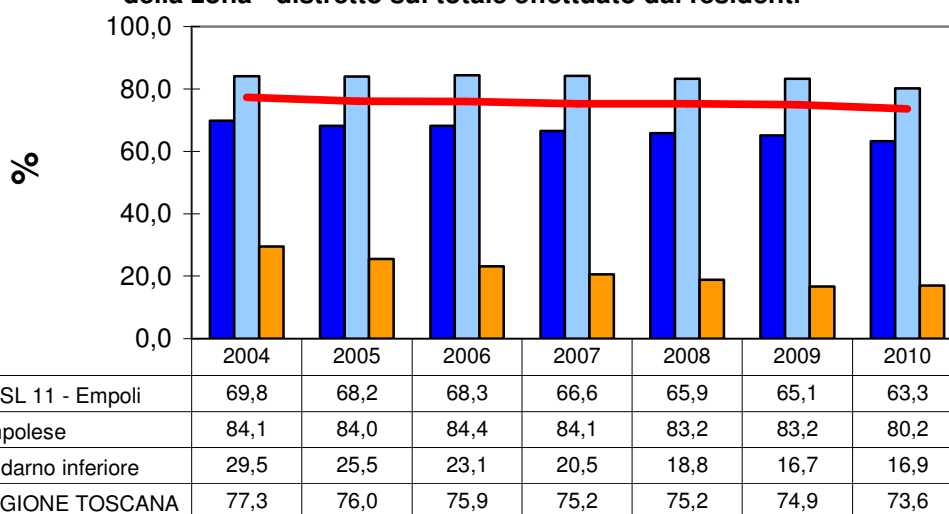
La tendenza in riduzione dell'indice di copertura delle prestazioni ambulatoriali è ben rappresentato dallo spaccato sulla diagnostica per immagini (radiologia tradizionale ed ecografie) proposto nel grafico 1, in cui è rappresentata la domanda di prestazioni soddisfatta nella zona distretto di residenza del cittadino che l'ha richiesta: la differenza di copertura tra le due SdS, per queste specifiche prestazioni, rispetto alla generalità, è da attribuire alla distribuzione sul territorio diversificata.

I grafici 2 e 3 rappresentano il tasso di consumo di prestazioni ambulatoriali da parte dei cittadini dell'ASL 11, standardizzati per età e disaggregati per società della salute, rispettivamente di radiologia (radiografie, ecografie, tac e risonanze magnetiche) e per le 7 visite specialistiche sottoposte a criteri regionali di tempi massimi di attesa sotto particolare osservazione poiché si tratta delle specialità a maggiore richiesta (visite cardiologica, ortopedica, neurologica, otorinolaringoiatria, dermatologica, oculistica e ginecologica).

La domanda di prestazioni radiologiche, da parte dei cittadini dell'ASL 11 è poco superiore alla media regionale e quella dell'Empolese Valdelsa è poco superiore a quella del Valdarno. Inoltre si osserva una crescita costante dal 2004 al 2009, mentre nel 2010 il consumo di tali prestazioni si riduce rispetto all'anno precedente (1084‰ nel 2010 versus 1122‰ nel 2009).

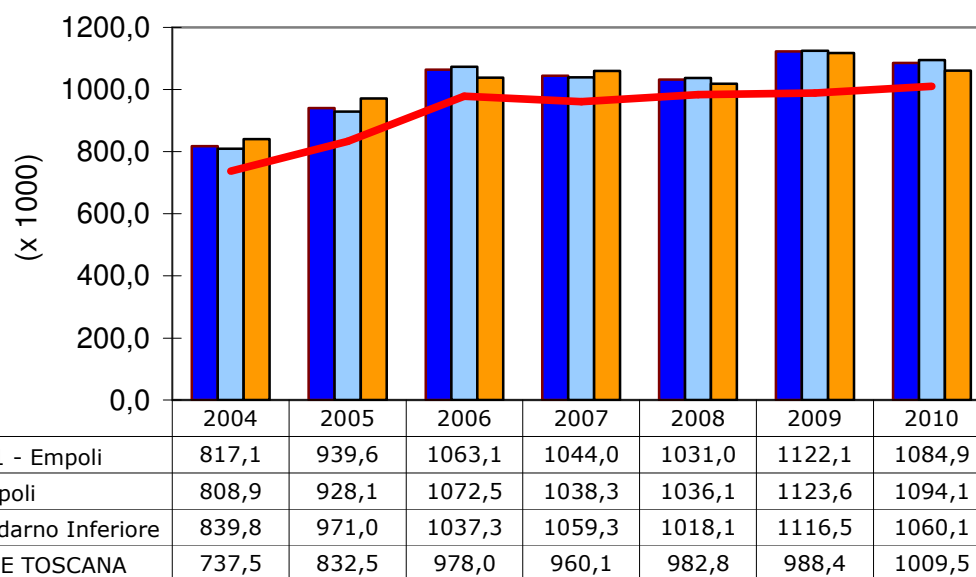
La domanda di visite specialistiche invece è inferiore alla media regionale e non mostra una tendenza costante negli anni con oscillazioni del tasso di consumo, ma nell'anno 2010 è superiore al 2009 (472‰ nel 2010 versus 462‰ nel 2009), mentre si osserva lo stesso fenomeno di maggiore consumo da parte dell'Empolese Valdelsa rispetto al Valdarno.

Grafico 1. % indagini radiologiche (rx + ecografie) effettuate nei presidi della zona - distretto sul totale effettuato dai residenti



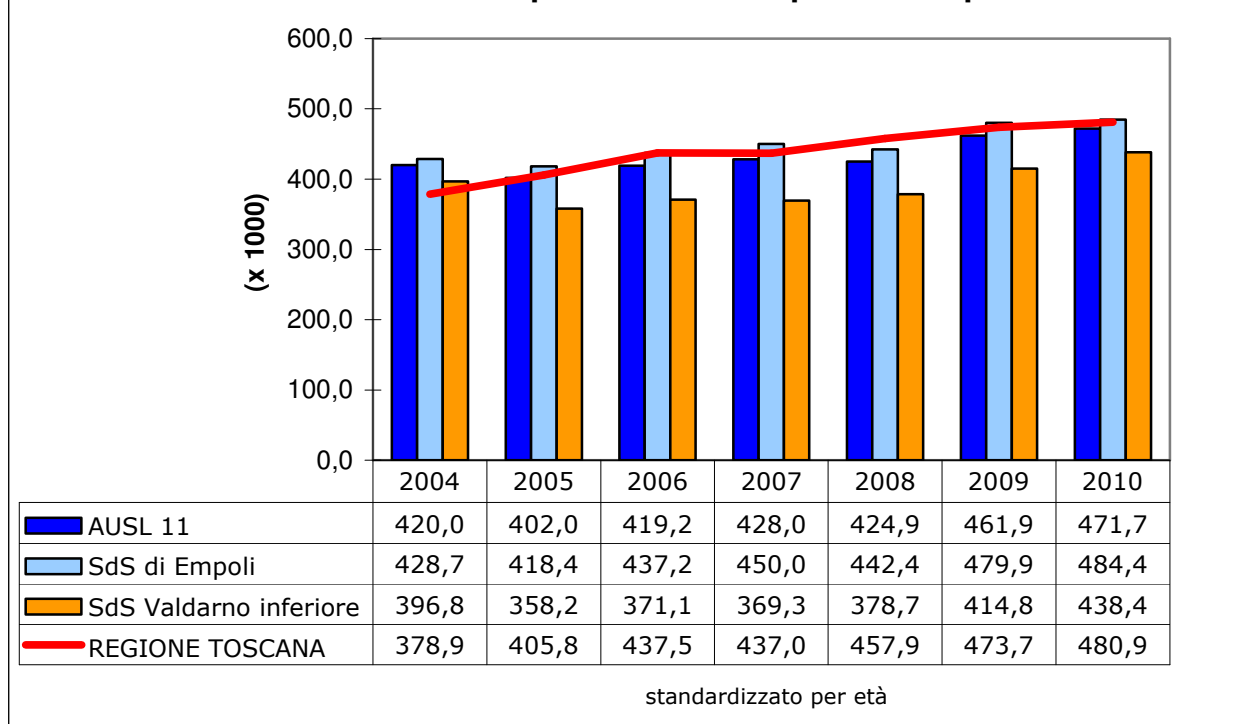
Fonte: ARS

Grafico 2. Tasso di indagini di diagnostica strumentale - complessivo RX, ecografie, TAC, RNM



Standardizzato per età

Fonte: ARS

Grafico 3. Tasso visite specialistiche-complessivo 7 specialità

Fonte: ARS

4.4 La presa in carico delle patologie croniche³⁵

Indicatori SM.territorialeLEA. da 3 a 14

Il PSR 2008-2010 prevede lo sviluppo della Sanità d'Iniziativa come modello organizzativo per la presa in carico delle patologie croniche (vedi paragrafo 3.3 "le patologie croniche"), un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, in grado di accompagnare il cittadino nei suoi percorsi di salute e, soprattutto, capace di gestire e rallentare il decorso delle patologie croniche e dei loro esiti sulla vita delle persone.

Ciò vale in particolare per il modello dell'expanded chronic care model (ECCM) i cui elementi portanti, finalizzati alla interazione efficace tra un paziente informato/esperto ed un team proattivo, sono integrati da aspetti di sanità pubblica, come l'attenzione alla prevenzione primaria collettiva ed ai determinanti di salute, costituendo così un modello di presa in carico globale su tutto il percorso di salute dei cittadini.

Riassumendo quanto detto prima, quindi, lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su:

- un nuovo modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini;
- un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali.

Tale processo riguarda la presa in carico integrata del paziente da parte del territorio, relegando all'ospedale il trattamento delle patologie acute e facendo sì che lo specialista diventi il consulente di secondo livello per la gestione dei casi complessi e gravi.

In base a questo modello il territorio si è organizzato con la costituzione di team (Moduli di Sanità d'iniziativa) formati dal medico di medicina generale e dall'infermiere, che prendono in carico il paziente e lo seguono sia con la valutazione dei parametri clinici (controllo dell'emoglobina glicata nel diabetico, degli elettroliti nello scompenso o della creatinina negli ipertesi), sia con l'esecuzione di indagini strumentali (elettrocardiogramma nello scompenso, spirometria nella BPCO, etc). Queste indagini vengono effettuate direttamente dagli infermieri negli ambulatori del medico di medicina generale.

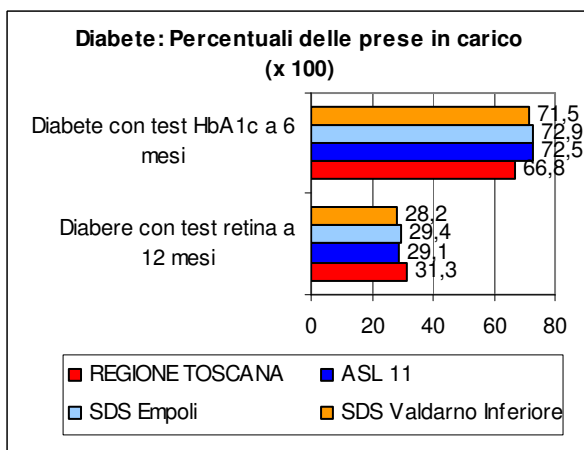
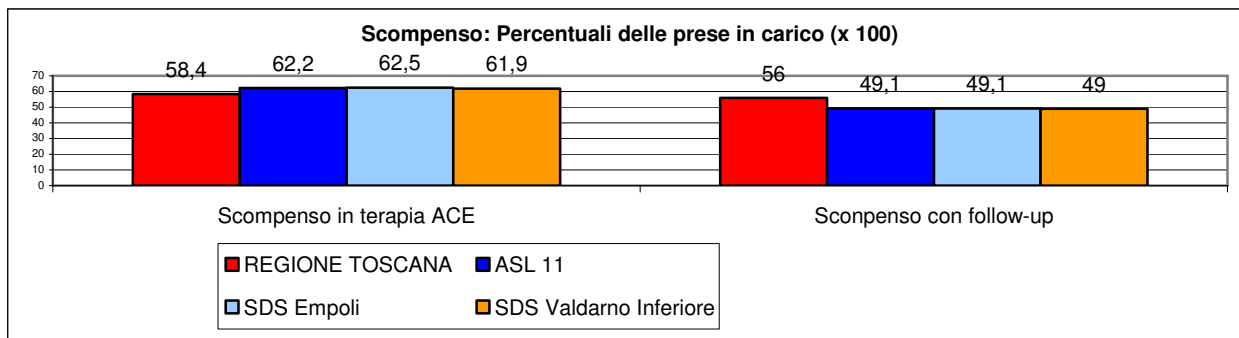
Allo stesso tempo il paziente viene responsabilizzato e reso partecipe del suo percorso di cura, aiutato a modificare il suo stile di vita, spinto ad una sana e corretta alimentazione o invitato ad iniziare una attività fisica (AFA).

³⁵ A cura di Loredana Lazzara e Marta Balli

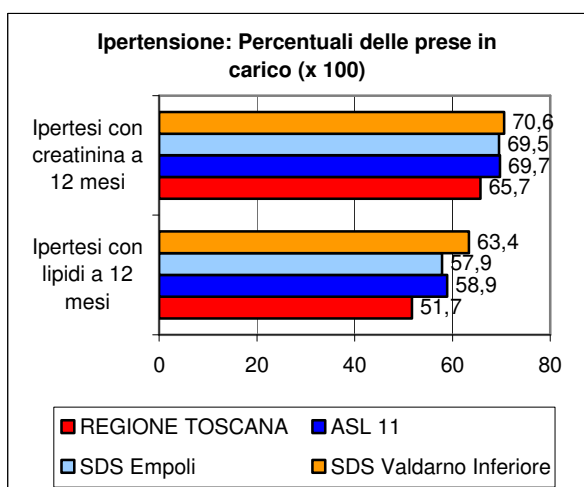
Nella ASL 11, il modello della Sanità d'iniziativa si è sviluppato in ambedue le SdS di Empoli e Valdarno Inferiore, con 6 moduli : Empoli, Cerreto Guidi, Castelfiorentino, Certaldo, Montopoli, Galleno e, in fase di attivazione, Montespertoli.

Grazie a questa organizzazione nel 2011 il 30% della popolazione dell'AUSL viene seguita con il modello della Sanità d'iniziativa.

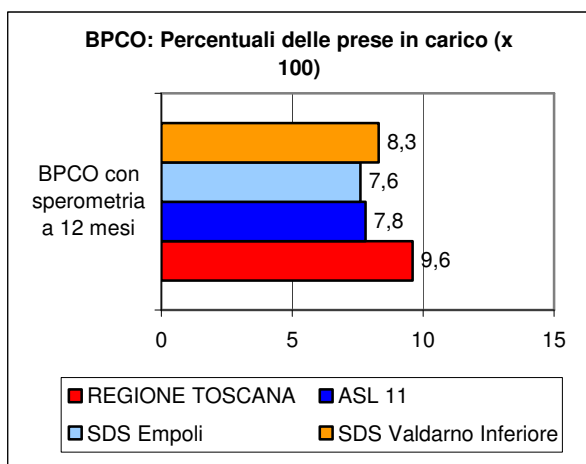
In particolare vengono presi in considerazione per lo scompenso cardiaco la percentuale di pazienti con follow-up di laboratorio, cioè con determinazione Elettroliti e Creatinina negli ultimi 12 mesi e la percentuale di pazienti in terapia con ACEinibitori/ sartani.



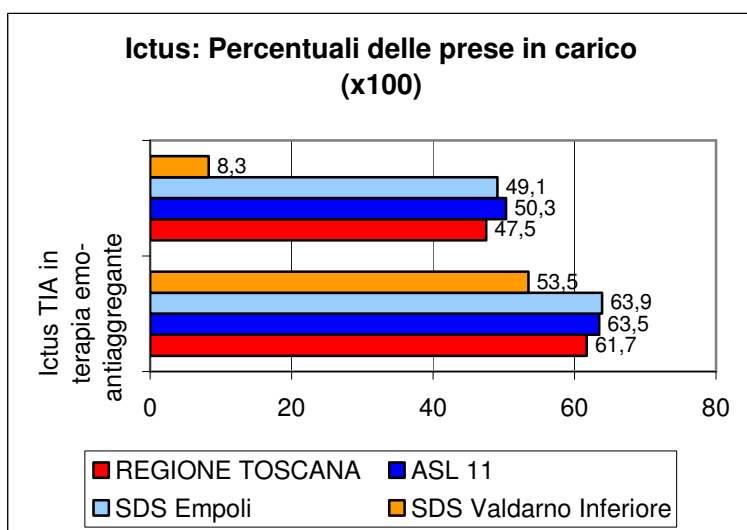
Per il diabete viene misurata la percentuale di pazienti con almeno un test emoglobina glicata (HbA1c) negli ultimi 6 mesi e con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi



Per i casi di ipertensione sono stati riportati i valori percentuali di pazienti con monitoraggio creatinina negli ultimi 12 mesi e di pazienti con monitoraggio del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi



La BPCO è stata analizzata con l'indice della percentuale dei pazienti a cui è stata eseguita una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi



I dati dei grafici sotto riportati misurano indirettamente la presa in carico per ciascuna patologia. Infine, per l'Ictus è stata osservata la percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi e la percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastriatica

In generale i dati della nostra AUSL in relazione alla esecuzione dell'emoglobina glicata o del controllo dei lipidi o della creatinina, sono al di sopra della media regionale, così come il corretto trattamento farmacologico secondo le linee guida nello scompenso. Dall'analisi di questi indicatori emerge, quindi, la configurazione di un territorio organizzato per farsi carico della gestione della patologia cronica. Si evidenzia invece una percentuale di esecuzione delle indagini strumentali previste dal follow-up (spirometria ed esame della retina) al di sotto della media regionale.

4.5 Assistenza domiciliare³⁶

Indicatore SM.territorialeLEA.22

L'assistenza domiciliare (AD) è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "la possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione", intendendo per domicilio sia l'abitazione del paziente, sia una struttura comunitaria, sia casa di riposo o struttura residenziale permanente.

Esistono diverse tipologie di assistenza domiciliare che si articolano in vari livelli, diversificati in base alla loro maggiore o minore intensità assistenziale, al numero e alla competenza professionale specifica degli operatori coinvolti, al profilo della persona a cui si rivolgono, alla modalità di lavoro degli operatori, e infine al livello operativo territoriale ed integrato coinvolto. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando, in base ai bisogni del cittadino, sono chiamate in causa professionalità diverse, sanitarie e sociali, che pongono in essere un'integrazione professionale volta alla realizzazione di progetti unitari, mirati a soddisfare la diversa natura dei bisogni emersi.

³⁶ A cura di Massimo Giraldo (UOS Medicina Territoriale Azienda Usl 11 di Empoli)

Gli interventi a sostegno della domiciliarità sono erogati, in coerenza al bisogno espresso, dopo avere verificato il domicilio come la migliore prospettiva di cura/assistenza: se il bisogno espresso/valutato è SEMPLICE (si presenta cioè solo sul versante sociale e/o solo sanitario) richiede l'attivazione di un progetto personalizzato di intervento mono-dimensionale, rivalutabile nel tempo coerentemente con la natura del bisogno. Se il bisogno è COMPLESSO, investe cioè sia la sfera sociale che sanitaria, è necessaria la valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM), con la definizione di un PAP (Piano Assistenziale Personalizzato).

L'UVM è costituita da un team stabile di professionisti (un Medico di Distretto o di Comunità con funzioni di coordinamento, un Infermiere Coordinatore, un Assistente Sociale e una Assistente Amministrativa), integrata, qualora venga rilevata una situazione di bisogno particolarmente complessa, dal MMG/PDF e dallo specialista. Se necessario viene convocato anche il caregiver o un rappresentante della famiglia (tutore o amministratore di sostegno).

L'efficacia dell'assistenza domiciliare verrebbe indicata nel monitoraggio delle aziende attraverso una serie di indicatori di seguito elencati (set minimo RT):

- 1) Tasso standardizzato per età di ricoveri >30 gg su popolazione residente (> 65 anni) depurato per condizioni specifiche
- 2) Tasso nuovi utenti ADI (> 14 anni)
- 3) Tasso utenti ADI (> 14 anni)
- 4) Tasso nuovi utenti ADP (> 14 anni)
- 5) Tasso utenti ADP (> 14 anni)

Gli unici dati che si basano per adesso su un flusso sufficientemente collaudato sono quelli relativi ai ricoveri con degenza > 30 gg (Indicatore SM.territorialeLEA.22).. Per il 2010 i dati delle due SdS sono riportati nella tabella seguente. Su base regionale sono invece ancora poco attendibili gli indicatori dal 2 al 5 per la diversa modalità di registrazione e la diversa classificazione della tipologia di prestazione.

Il dato relativo ai ricoveri > 30 gg, che può essere un indicatore proxy della capacità delle aziende di farsi carico della dimissione ospedaliera, risente tuttavia anche delle modalità di comportamento delle aziende sanitarie di ricovero dei pazienti, tenuto conto che si riferisce a pazienti ovunque ricoverati.

Le nostre SdS hanno mostrato tuttavia valori in miglioramento dal 2010 al 2011 e si collocano entrambe al di sotto della media regionale.

Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per residenza	2010	2011
SdS di Empoli	1,14	0,87
SdS Valdarno Inferiore	0,79	0,73
Regione Toscana	0,93	0,88

D'altra parte, mentre non si rileva una sostanziale lista d'attesa per l'inserimento di anziani in RSA, sono assistiti a domicilio 5.223 persone nella SdS di Empoli e 1.697 persone nella SdS Valdarno Inferiore, a dimostrazione del rilevante impegno per evitare la istituzionalizzazione.

Nel 2011 gli accessi registrati, escludendo quelli dei servizi sociali, sono stati nella SdS di Empoli per 3.375 volte di fisioterapisti, 53.912 per prestazioni infermieristiche, 43.387 per prestazioni OSS e 23.777 per i medici di medicina generale, mentre nella SdS del Valdarno Inferiore sono stati 997 gli accessi dei fisioterapisti, 15.845 quelli degli infermieri, 2.053 quelli degli OSS e 9.921 quelli dei medici di medicina generale (dati ASL 11, sistema informativo Aster).

L'esame di alcune differenze non del tutto giustificabili, in particolare quella degli accessi OSS, indicano la necessità di manutenzione del sistema informativo e soprattutto la necessità di integrazione tra le basi dati dei comuni e quelle del sistema informativo Aster dell'azienda Usl, in modo tale che le SdS possano disporre di dati confrontabili.

Il trend delle prese in carico degli ultimi 3 anni è sostanzialmente stabile, anche se ha visto uno sviluppo di appropriatezza per gli interventi dei MMG che si sono ridotti tra il 20 e il 26% dal 2009 al 2011.

4.6 Assistenza malati terminali³⁷

Indicatori SM.territorialeLEA.28, 29

Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale delle persone colpite da una malattia in fase avanzata di gravità che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il

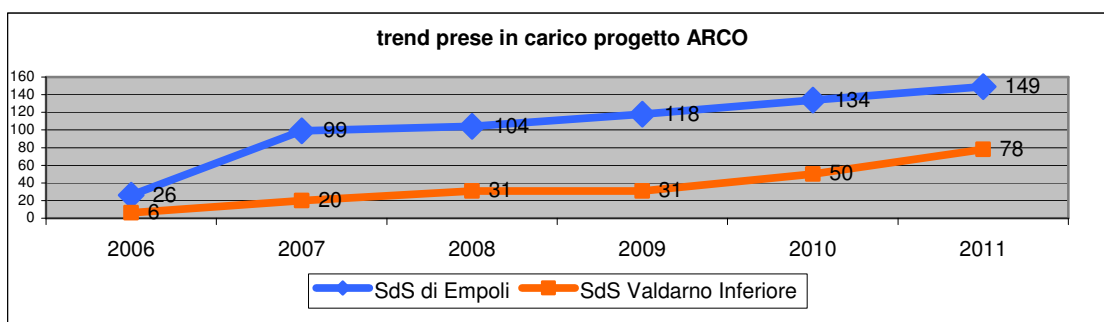
³⁷ A cura di Massimo Giraldi (UOS Medicina Territoriale Azienda Usl 11 di Empoli).

loro scopo principale è il controllo dei sintomi mediante trattamenti che permettono di continuare a curare pur non potendo guarire.

Esse hanno come obiettivo prima la qualità di vita e poi la sopravvivenza, considerano il morire un processo naturale da non ostacolare con l'accanimento terapeutico, sollecitano tutte le potenzialità del malato incoraggiandone la capacità di autodeterminazione ed il coinvolgimento nel processo decisionale, integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza, affidano compiti di cura ai familiari trasferendo loro gradualmente alcune competenze e dando significato alla loro presenza accanto alla persona malata, costruiscono una "rete di protezione" attorno al paziente attivando tutte le risorse pubbliche, private, sociali e familiari³⁸.

Nella Asl 11 di Empoli ad oggi non è presente un Hospice (in previsione la costituzione di un Hospice per 8/10 posti letto presso l'Ospedale di Continuità per la Formazione di Castelfiorentino), ma dal 2004 è attivo il Progetto ARCO – Assistenza Relazionale e Continua in Oncologia che assiste utenti oncologici al proprio domicilio, fornendo una rete integrata di interventi tesi a supportare le necessità della persona e della famiglia ed a facilitare l'accesso alla terapia ed agli ausili necessari.

Oltre al coinvolgimento attivo dell'utente e dei familiari ed alla cooperazione del medico o del pediatra di famiglia, che restano i responsabili clinici del paziente, le figure chiave del progetto ARCO sono il medico palliativista, l'équipe infermieristica, di cui fa parte anche l'infermiere esperto in cure palliative, e lo psico-oncologo, che lavora non soltanto sull'anticipazione del lutto, ma anche sulla sua successiva elaborazione nei familiari, compresi eventuali figli minori. Tali professionalità svolgono la propria azione cooperando con i servizi ADI e con il volontariato.



Gli indicatori proxy per quanto riguarda l'assistenza a pazienti terminali di cui possiamo disporre, in particolare quello relativo alle dosi giornaliere di oppioidi per il controllo del dolore (DDD di farmaci oppioidi (N02A) per il controllo del dolore consumate dell'anno / n° residenti x numero giorni dell'anno - nel 2011 SdS Empoli 1.31, SdS Valdarno Inferiore 1.73 – dato regionale 1.48), dimostrano che è necessario ampliare ulteriormente l'intervento sia diretto che in rapporto alla medicina generale, anche se l'Azienda Usl 11 si pone, invece, ai primi posti in Toscana per quanto riguarda l'impiego di morfina (anno 2010: 3,06 dosi pro capite rispetto ad una media regionale di 2,36).

4.7 Riabilitazione³⁹

Indicatori SM.territorialeLEA.30-33, SC.territorialeLEA.17

La riabilitazione viene svolta dalla UOC di Cura e Riabilitazione delle Fragilità che ha la finalità di accogliere i cittadini adulti con problemi di disabilità e soddisfarne il bisogno riabilitativo tramite procedure e protocolli validati e aggiornati secondo la medicina basata sull'evidenza e consentire il massimo

³⁸ Secondo un documento dell'apposita commissione ministeriale italiana del 1999 le cure palliative si caratterizzano per

- la globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici ma si estende al sostegno psicologico, relazionale, sociale e spirituale;
- la valorizzazione delle risorse del malato e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti;
- la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura;
- il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata;
- la forte integrazione e il pieno inserimento nella rete dei servizi sanitari e sociali;
- l'intensità delle cure che devono essere in grado di dare risposte pronte ed efficaci al mutare dei bisogni del malato;
- la continuità della cura fino all'ultimo istante;
- la qualità delle prestazioni erogate

³⁹ A cura di Francesco Benvenuti

recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, contenendo o evitando l'handicap, per una migliore qualità di vita e inserimento psicosociale; tutto questo attraverso un processo integrato multiprofessionale continuamente rivolto alla innovazione ed alla ricerca assistenziale e tecnologica.

La UOC Cura e Riabilitazione delle Fragilità in degenza ordinaria (detta degenza in codice 56), in linea con gli anni precedenti, ha rivolto la propria attività ai cittadini con grave disabilità provenienti da ospedale per acuti (provenienti da ospedale nel 2008 69,8%, nel 2009 78,8%, nel 2010 79,8%). Per far fronte alla crescente richiesta è stata perseguita una maggiore continuità con le strutture ambulatoriali di riabilitazione e con il modulo riabilitativo della RSA Le Vele. Questo ha permesso di ridurre la degenza media da 21 a 18 giorni ed aumentare il numero dei pazienti dimessi da 273 a 321 (+17%). La distanza di tempo dall'evento indice alla presa in carico è pure ridotta. I pazienti trasferiti dall'ospedale per acuti con una distanza temporale dall'evento indice <14 giorni è passata dal 51% del 2009 al 57% nel 2010. Oltre il 95% dei pazienti provenienti dall'ospedale è stato ammesso entro 6 giorni dalla segnalazione del reparto dimettente (mediana 4 giorni). L'attività in Day Hospital di questo reparto (DH cod. 56) è anch'essa ulteriormente aumentata arrivando a 56 soggetti dimessi. **Conseguentemente l'indice di copertura è aumentato nel 2010 arrivando al 61,0% (era 55,8% nel 2009).** La principale criticità è rappresentata dalla difficoltà nel dare risposte ai pazienti che necessitano di riabilitazione protratta riducendo così sia il carico sul paziente/familiare che eventuali fughe fuori USL.

Anche il modulo riabilitativo della **RSA "Le Vele"** in degenza ordinaria ha avuto, rispetto all'anno precedente, un aumento del numero di dimessi passando da 173 del 2009 a 191 nel 2010 (+10%). Anche per questa struttura è stata data maggiore priorità ai pazienti trasferiti dall'ospedale rispetto a quelli provenienti da domicilio (provenienti da ospedale del 2008 55,9%, nel 2009 67,1%, 2010 71,2%). Da segnalare che la percentuale dei soggetti ammessi alla struttura Le Vele dall'ospedale con una distanza dell'evento indice ≤ 14 giorni è aumentata, passando dal 47,4% del 2009 al 56,2% nel 2010.

L'UOS Riabilitazione Territoriale ha continuato a svilupparsi sia in termini quantitativi che qualitativi come "cabina di regia" per la continuità riabilitativa dei pazienti con gravi disabilità motorie. Il numero di **valutazioni/trattamenti ambulatoriali** svolti all'interno dell'ambulatorio di analisi del movimento si è mantenuto invariato rispetto all'anno precedente (2009: 621; 2010: 615). L'offerta ambulatoriale fisiatrica si è mantenuta ai livelli del 2009 (2009: 3116 visite; 2010: 3193 visite) con riduzione significativa dei tempi di attesa (tempo di attesa medio dicembre 2009: 35 giorni; dicembre 2010: 13 giorni).

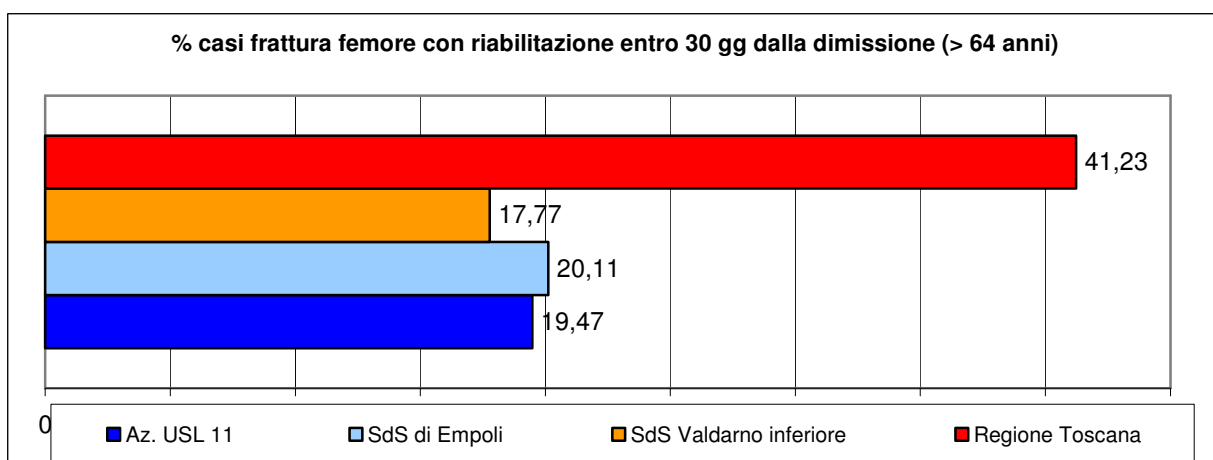
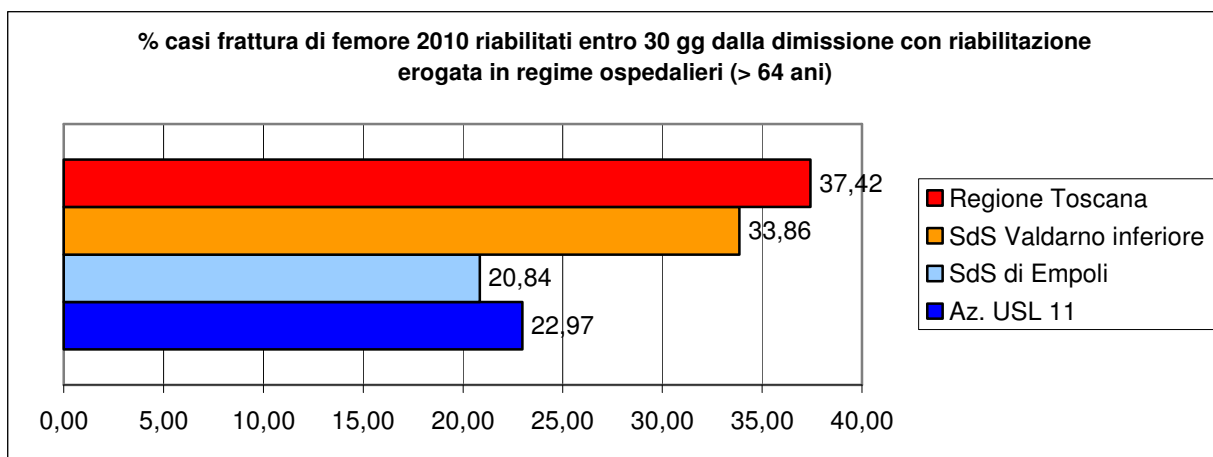
Le strutture ambulatoriali di riabilitazione hanno ulteriormente aumentato le attività ex art 26 (patologie importanti che richiedono un progetto riabilitativo individuale) per numero di prestazioni (2009: 30387, 2010: 33369) e importo (2009:1385676, 2010: 1702873) rispetto all'anno precedente. Lo stesso dicasi per le prestazioni di medicina fisica ex art. 25 (disabilità minime e temporanee) sia in termini di prestazioni (2009: 45712, 2010: 46580) che di importo (2009: 976133, 2010: 998932).

Gli accessi in **ADI** del personale della riabilitazione sono stati nel 2010 n. 4540 (2009: 4153, +7%).

Nel settore della **prescrizione ortoprotesica e degli ausili** per l'autonomia si è continuato a lavorare sull'appropriatezza. Nel 2010, rispetto all'anno precedente, c'è stato un aumento del numero di ausili prescritti del 12% ma una riduzione di spesa complessiva del 6%.

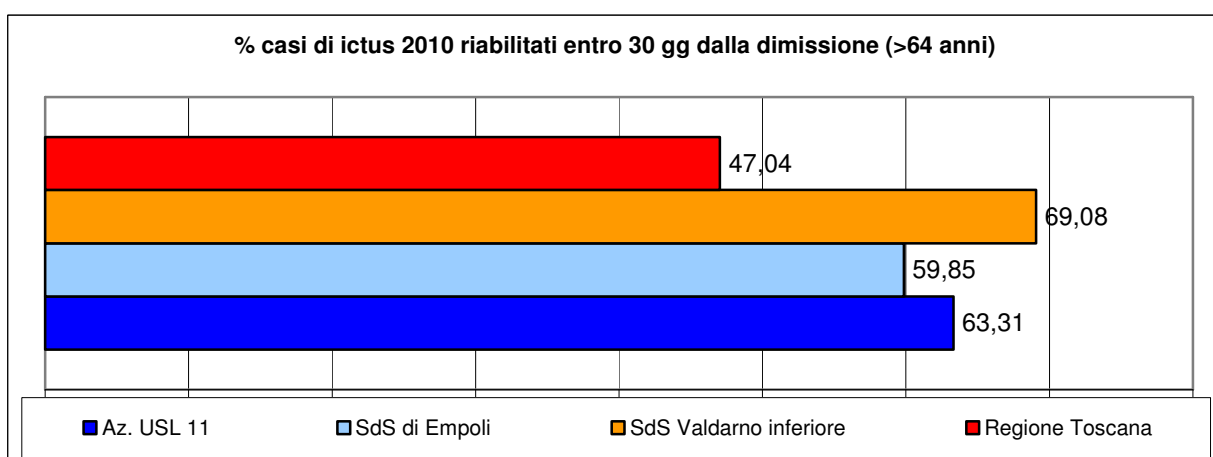
4.7.1. Frattura di femore

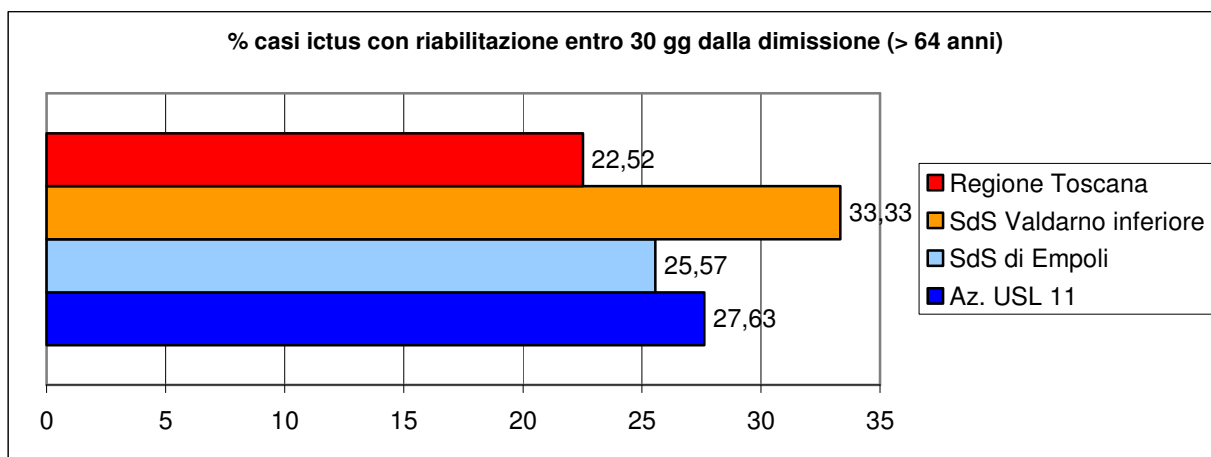
I dati ARS 2010 indicano che la percentuale di coloro che ricevono un intervento riabilitativo entro 30 giorni dalla frattura di femore è in AUSL11 circa la metà della media regionale. In realtà questo dato è solo apparente in quanto essendo derivato dai flussi SDO, SPA ed SPR non tiene conto della nostre peculiarità organizzative. Infatti l'analisi non considera l'attività svolta in Modulo per alta disabilità motoria (RSA Le Vele) nè in ADI. Nel 2010, i cittadini che hanno ricevuto un trattamento riabilitativo c/o la RSA Le Vele sono stati 82 (di cui 50 provenienti dall'ospedale e 32 da domicilio); 162 pazienti hanno ricevuto trattamento riabilitativo in ADI. Tenuto conto di questi dati l'attenzione riabilitativa prestata ai cittadini con frattura di femore è sovrapponibile, se non superiore, alla media regionale.



4.7.2 Ictus

Per quanto riguarda il trattamento riabilitativo per pazienti con esiti di ictus cerebrale i dati ARS 2010 mostrano che la percentuale dei pazienti trattati entro 30 giorni è la più alta della Toscana. Questo risultato è garantito dalla organizzazione in continuità terapeutica tra strutture di riabilitazione ospedaliere (cod. 56) e territoriali (ex art 26 ambulatoriale, ADI, RSA Le Vele).





4.7.3 Programmi di Attività Fisica Adattata

L'AFA ha lo scopo di contrastare la sedentarietà nelle persone con disabilità cronica. E' stato dimostrato infatti che uno stile di vita sedentario causa un circolo perverso inducendo nuove disabilità e conseguentemente uno stile di vita sempre più sedentario. Questa spirale negativa può essere contrastata con l'esercizio fisico regolare.

I programmi di attività fisica adattata (AFA), finalizzati alla correzione di stili di vita sedentari hanno avuto una fase di consolidamento nel 2010. Nel 2010 sono state effettuate 2154 (2009: 2257) prime valutazioni di residenti per inserimento nei corsi ad alta e bassa disabilità. Il numero dei corsi attivi per bassa disabilità è passato da 238 a 240 con un numero stimato di partecipanti superiore a 5000. Per facilitare invece la sostenibilità economica dei programmi per alta disabilità abbiamo provveduto ad una loro riorganizzazione con accorpamento o chiusura di alcuni corsi meno frequentati. Conseguentemente il numero di corsi si è ridotto da 50 a 32. Il numero dei partecipanti a questi ultimi corsi non è tuttavia variato (circa 450 partecipanti) come pure la copertura di tutti i 15 comuni della AUSL11. Gli indici MeS per AFA per bassa disabilità (4,9 per 1000 residenti di età ≥ 65 anni) e per alta disabilità (10,1 corsi per 15000 residenti di età ≥ 65 anni) sono i più alti della Toscana.

4.8 Vaccinazioni⁴⁰

Indicatori SM.territorialeLEA.20, 21

L'ASL 11 ormai da anni si mantiene su elevati livelli di coperture vaccinali nell'infanzia, anche per i vaccini di più recente introduzione. Soddisfacenti anche le coperture vaccinali degli adolescenti, in particolare quella per HPV nelle ragazze, mentre è ancora da migliorare l'offerta vaccinale agli adulti. In calo, dopo le polemiche sulla pandemia influenzale del 2009, le coperture vaccinali per l'influenza stagionale.

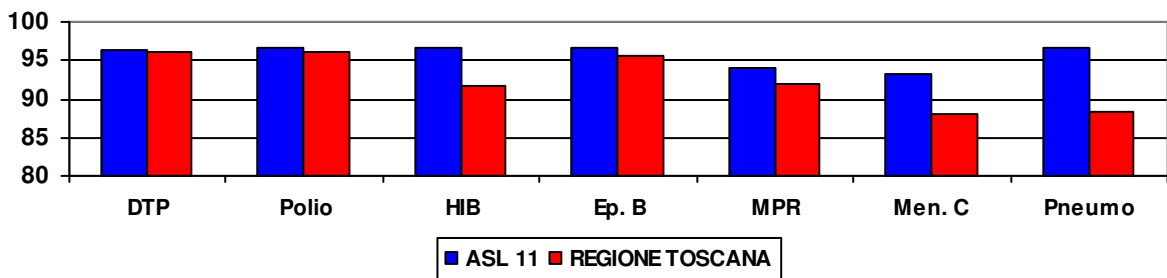
COPERTURE VACCINALI a 24 mesi (obiettivo: 95%)			
accinazione	2008	2009	2010
Difterite Tetano Pertosse	97,8	96,7	96,4
Polio	97,7	96,7	96,5
Epatite B	97,7	96,7	96,5
Haemophilus influenzae B	97,6	96,7	96,5
Morbillo Rosolia Parotite	96,6	95,5	94
Meningococco C	96	94,9	93,2
Pneumococco	NR	NR	96,5

Le **coperture vaccinali dell'infanzia** (24 mesi di età) si mantengono a livelli superiori agli standard previsti, e ancora molto limitati sono i casi di rifiuto alla vaccinazione per motivi di obiezione (lo 0,4% nella coorte dei nati del 2008). Sono invece significativi soprattutto in alcune aree del territorio, i minori stranieri non vaccinati per irreperibilità: nella maggior parte dei casi si

tratta di bambini che dimorano temporaneamente al Paese di origine (soprattutto in Cina), e che proseguono là il ciclo vaccinale. Questi importanti risultati sono frutto del lavoro capillare dei centri vaccinali, e della stretta collaborazione con i Pediatri di Famiglia.

⁴⁰ A cura di Marinella Chiti

Coperture vaccinali a 24 mesi



La **campagna antinfluenzale** interessa ogni anno, in stretta collaborazione con i MMG, le categorie a rischio indicate dal Ministero della Salute.

Vaccinazione anti influenzale	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Dosi somministrate	45.735	47.275	48.109	45.637
% ultra 65enni vaccinati (obiettivo: 75%)	69,5	70,9	70,5	65,6

Negli ultimi anni si è registrato un trend in aumento delle dosi totali somministrate fino al 2009, con

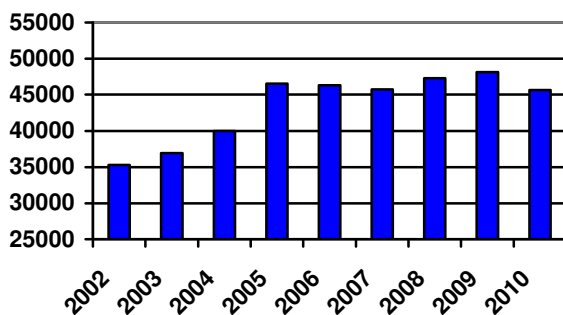
una sostanziale stabilità della percentuale di ultra 65enni vaccinati, seppure al di sotto dell'obiettivo stabilito dal Ministero della Salute.

Soggetti di età < 65 anni vaccinati per influenza stagionale	Patologie a rischio	Personale socio sanitario	Donne gravidanza	Addetti servizi pubblici
2008-09	7035	473	10	1423
2009-10	8204	475	54	1277
2010-11	8701	408	25	900

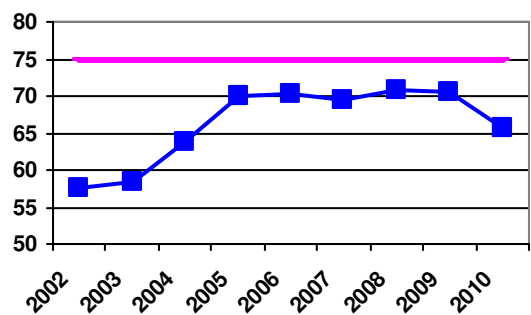
A partire dal 2009, per effetto anche delle polemiche mediatiche conseguenti alla pandemia H1N1,

si è registrato un calo sia nel numero totale di vaccini somministrati che nella copertura degli anziani. Relativamente ai soggetti con patologie a rischio di età inferiore ai 65 anni, invece, si mantiene un trend in crescita.

Dosi somministrate 2002 - 2010



Copertura ultra65enni 2002-10



FONTI DATI - Anagrafe vaccinale ASL 11 - Archivi Dipartimento Cure Primarie e UO Igiene e Sanità Pubblica

Vaccinazioni e studio Passi

Sulla base dei risultati conseguiti dallo **studio PASSI** per gli anni 2007-2010⁴¹ emerge quanto segue:

- o **Vaccinazione antirosolia**: il 40,6% delle donne intervistate di 18-49 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia; dall'indagine si riscontra che il 33,4% delle donne presenta un rubeotest (esame per controllare se si è immunizzate contro la rosolia), mentre il 24,2% in quella classe di età è potenzialmente suscettibile, il 2% ha rubeotest negativo, il 22,7% non conosce il proprio stato immunitario, in quanto non ha mai effettuato il rubeotest o non ricorda il risultato.

⁴¹ Sistema informativo per la raccolta continua e sistematica di dati per la stima dell'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute per la stima della diffusione e dell'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione.

- Vaccinazione antinfluenzale: nella ASL11 il 13,5% delle persone intervistate (18-64 anni) riferisce di essersi vaccinata nelle campagne vaccinali 2007/08/09/10. Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica risulta vaccinato il 43,1%.

4.9. Screening⁴²

Indicatori SC.territorialeLEA.11 – 16

L'andamento delle attività di screening sono ricavabili dalla tabella successiva riferita all'anno 2010 (fonte: Mes 2010)⁴³.

INDICATORI SET COMPLETARE SCREENING - ANNO 2010	SC.territorialeLEA.11	SC.territorialeLEA.12	SC.territorialeLEA.13	SC.territorialeLEA.14	SC.territorialeLEA.15	SC.territorialeLEA.16
	Screening tumore cervice uterina: percentuale estensione	Screening tumore cervice uterina: percentuale adesione	Screening tumore mammella: percentuale estensione	Screening tumore mammella: percentuale adesione	Screening tumore colon retto: percentuale estensione	Screening tumore colon retto: percentuale adesione
Regione Toscana	105,54	54,17	96,13	72,91	85,62	51,06
SdS di Empoli	174,41	52,39	93,86	76,27	109,24	56,68
SdS Valdarno Inferiore	39,93	51,77	84,08	76,55	83,19	60,15
Media interregionale	105,15	53,316	101,01	71,97	89,62	51,683

A commento del dato, è evidente che c'è una sensibilità elevata della popolazione tanto che l'adesione a tutte le tipologie di screening è più alta della media regionale. Rimangono tuttavia differenze di estensione tra le due SdS che erano state di particolare rilievo nel 2010, tanto da imporre un recupero degli inviti non fatti nel corso del 2011. Ad oggi è ripristinata la normale estensione dello screening.

screening 2011	Popolazione residente in fascia d'età bersaglio totale istat 31/12/2010	Popolazione e bersaglio annua	N° escluse prima dell'invito per Pap test recente per l'anno di riferimento	N° escluse prima dell'invito per isterectomia per l'anno di riferimento	N° esclusi prima dell'invito per altro motivo per l'anno di riferimento	N° donne invitate	N° donne con invito inesitato	Estensione degli inviti ONS (%)
SdS di Empoli	42124	16238	303	15	529	19866	901	123,2
SdS Valdarno Inferiore	25195	6202	133	1	245	7512	224	125,2
Azienda Usi 11	67319	22440	436	16	774	27378	1125	123,8

⁴² Con la collaborazione del dr. Paolo Amico.

⁴³ La percentuale di estensione misura la popolazione invitata/popolazione target diviso intervallo screening (x 100); la percentuale di adesione popolazione che ha aderito/popolazione invitata (x 100);

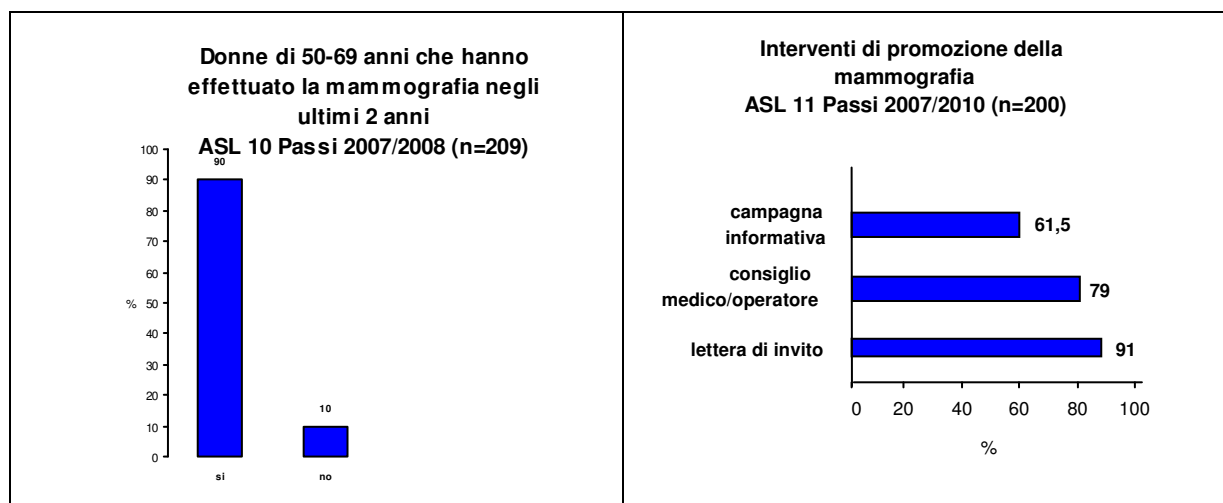
Da sottolineare anche il dato dello **studio Passi**⁴⁴ (vedi capitolo 2.3) per gli anni 2007-2010 da cui emerge, tra l'altro, il sostegno dei servizi aziendali delle associazioni e dei medici di medicina generale a garanzia della adesione ai programmi di screening stessi. In base allo studio Passi l'adesione alla diagnostica precoce dei tumori della mammella e dell'utero è alta e anche la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test del sangue occulto fecale ha raggiunto livelli elevati. Migliora l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti affetti da patologie croniche. Tra le donne in età fertile il 74% è immune nei confronti della rosolia ed il 26% non conosce il proprio stato immunitario nei confronti della malattia.

STUDIO PASSI e Screening neoplasia del colon retto

Il 67,5% delle persone di età compresa tra 50 e 69 anni, intervistate dal 2007 al 2009 riferisce di essersi sottoposto ad un esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto in accordo alle linee guida, (la ricerca sangue occulto nelle feci nell'ultimo biennio o colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni). In particolare il 64% ha effettuato la ricerca del sangue occulto. Nel 2010 il 55,3% ha effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 9,6% la colonscopia. Tra le persone che riferiscono di non aver mai effettuato un sangue occulto o una colonscopia preventiva, circa il 30% ritiene di non averne bisogno

STUDIO PASSI e Screening neoplasia della mammella

L' 83,5% delle donne intervistate di età compresa tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia preventiva (in assenza di segni o sintomi) nell'ultimo biennio, come previsto dalle raccomandazioni. L'età media di effettuazione della prima mammografia preventiva è 47 anni. Tra le intervistate della fascia di età 50-69 anni, il 91% riporta di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla struttura pubblica di riferimento ed il 79,5% il consiglio da un medico o da un operatore sanitario di effettuare periodicamente la mammografia. Nella ASL 11, tra le donne che si sono sottoposte ad una mammografia con la periodicità consigliata, circa il 95% non ha pagato la prestazione. Queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione della mammografia all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati soltanto il 4,8% .

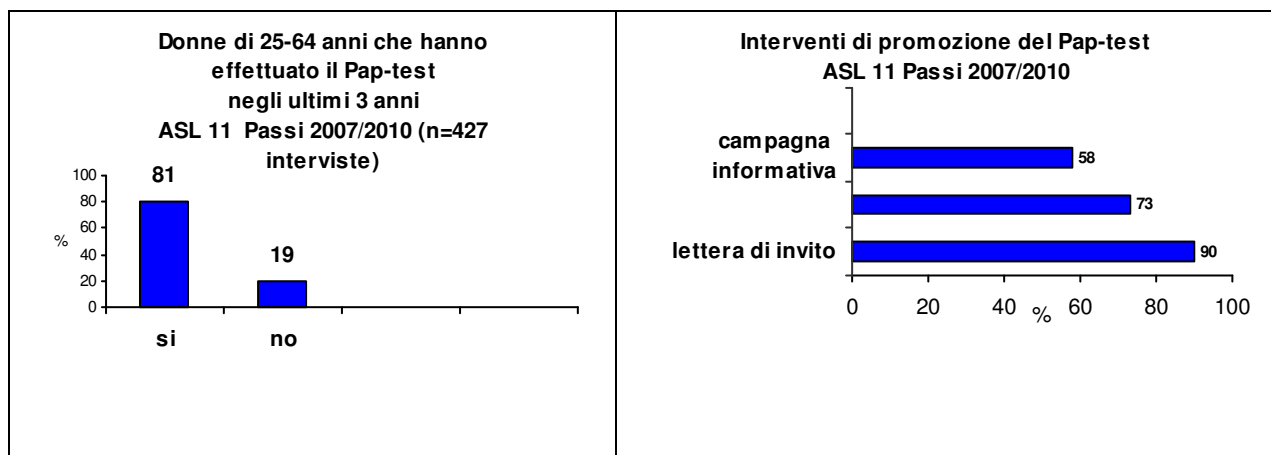


STUDIO PASSI e Screening neoplasia del collo dell'utero

L' 81% delle donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida. Il 90% delle donne intervistate di 25 anni o più (con esclusione delle isterectomizzate) dichiara di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito ed il 73% di aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test. Nella ASL 11, tra le donne che hanno effettuato il Pap test almeno una volta, il 89,1% non ha pagato la prestazione ed il 10,9% l'ha pagata del tutto o in parte, informazioni che possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Pap test all'interno di programmi di screening, in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket, 4,5%) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero, 6,3%). A livello regionale l'85,3% delle donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver effettuato un Pap test preventivo negli ultimi tre anni. L' 82% delle donne intervistate di 25 anni o più (con esclusione delle isterectomizzate) dichiara di aver

⁴⁴ Sistema informativo per la raccolta continua e sistematica di dati per la stima dell'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute per la stima della diffusione e dell'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione

ricevuto almeno una volta una lettera di invito ed il 67% di aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di effettuare con periodicità il Pap test.



5. L'ALTA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'alta integrazione socio sanitaria costituisce un'area specifica nel panorama dei servizi rivolti alla persona, nella quale il percorso terapeutico di cambiamento del singolo e l'intervento sociale si fondono in un unico quadro coerente di riferimento. I profili professionali del settore sanitario integrano il proprio intervento con il servizio sociale professionale, sia all'interno dell'équipe del Ser.T. e del Dipartimento della Salute Mentale, sia con il servizio sociale territoriale per la corretta conduzione di percorsi assistenziali nell'area della Salute Mentale e delle Dipendenze individuate, appunto, fra le **aree ad alta integrazione socio-sanitaria**.

I percorsi assistenziali integrati riguardano, per le aree sopra indicate, persone adulte in condizioni di parziale autonomia o disautonomia, qualora sia necessario fronteggiare con programmi di sostegno, oltre la fase clinica acuta e di riabilitazione, anche un intervento assistenziale continuativo o globale nella sfera individuale o in quella di relazione. Il Progetto assistenziale può giungere al ricovero in strutture di accoglienza quando tale soluzione risulti l'unico piano assistenziale possibile.

5.1 LE DIPENDENZE⁴⁵

Indicatore SM.dipendenze.1

La UOC delle Farmacotossicodipendenze della Azienda USL 11 di Empoli è una struttura multiprofessionale dove opera un'équipe di professionisti (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali e personale amministrativo) per consulenza, prevenzione, terapia, riabilitazione e riduzione del danno. L'équipe affronta il trattamento terapeutico e socio-riabilitativo dei soggetti tossicodipendenti nei vari e molteplici aspetti delle loro problematiche attraverso piani terapeutici individuali che vengono posti in atto attraverso la collaborazione con strutture pubbliche e del privato sociale a livello nazionale, regionale e locale.

Il Servizio Ser.T. aziendale si rivolge in particolare a dipendenza da eroina, cocaina, alcol, sostanze psicoattive, gioco d'azzardo e tabacco e che affrontano il problema del cittadino con dipendenze e dei loro familiari attraverso percorsi assistenziali, di cura e riabilitazione che si pongono come obiettivo il raggiungimento della condizione di libertà dalla dipendenza e il miglioramento della condizione personale e di vita del soggetto.

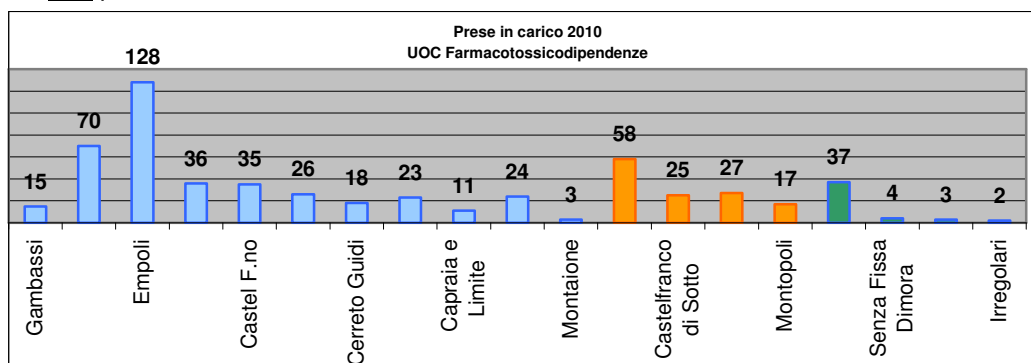
Nell'ambito delle finalità complessive della UOC Tossicodipendenze, l'attività del Servizio Sociale professionale è orientata a garantire l'informazione, la consulenza, il sostegno psico-sociale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo di soggetti tossico-alcol-dipendenti. Favorisce l'attivazione di

⁴⁵ A cura di Maura Tedici (UOC Farmacotossicodipendenze)

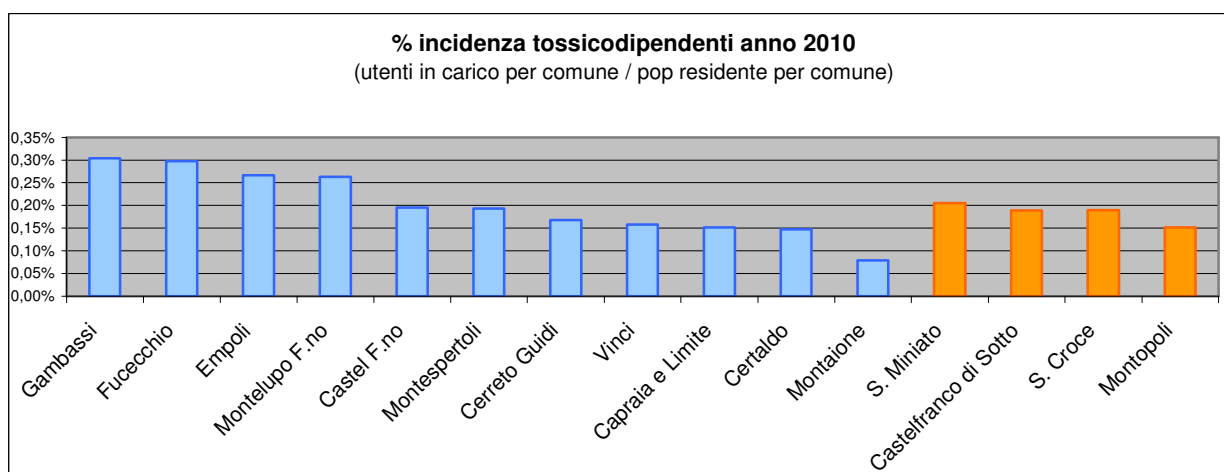
opportunità di lavoro per persone che hanno intrapreso il percorso terapeutico riabilitativo finalizzate alla stabilità del recupero e all'acquisizione di relazioni sociali positive, svolge attività giudiziaria penale e civile in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e partecipa allo sviluppo di azioni progettuali di prevenzione.

5.1.1 Prese in carico

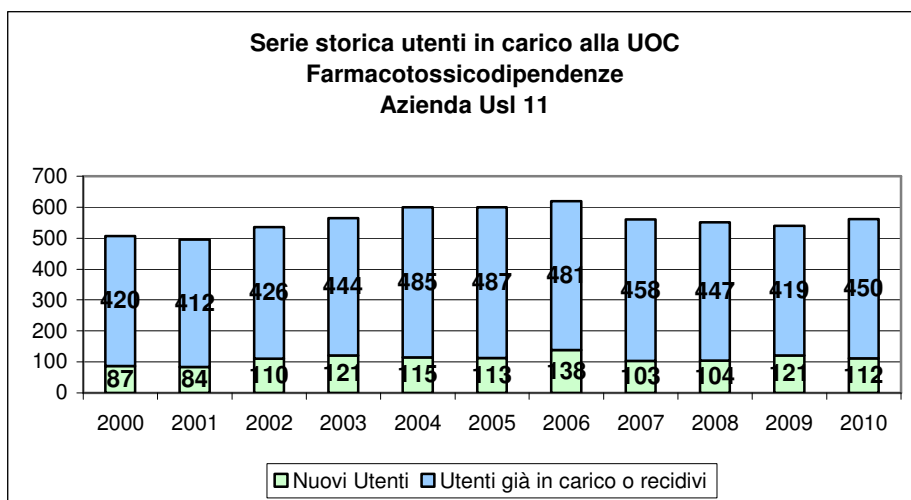
Nell'anno 2010 il numero complessivo di utenti in carico alla UOC delle Farmacotossicodipendenze ammonta a **562**, 382 al Ser.T. di Empoli e 180 a quello di Fucecchio, oltre ai 145 soggetti alcolodipendenti ed ai 56 tabagisti. Comprendendo tutte le categorie il numero complessivo delle prese in carico del 2010 è di **763** persone.



La distribuzione delle prese in carico della U.O.C. Farmacotossicodipendenze per Comune di residenza nel 2010 evidenzia il permanere, analogamente al 2009, come Comune con maggior quantità di utenti di Empoli (128 utenti) seguito dal Comune di Fucecchio (70 utenti) e da quello di S. Miniato (58 utenti) ed un leggero, ma clinicamente significativo, incremento di soggetti senza fissa dimora (4), irreperibili (3) e irregolari (2).



La distribuzione della percentuale di incidenza dei tossicodipendenti in carico all'U.O.C. Farmacotossicodipendenze relativa alla popolazione residente per Comune nel 2010 (i comuni della SdS di Empoli sono indicati in azzurro e quelli della SdS Valdarno Inferiore in arancione) evidenzia la predominanza del Comune di Gambassi e il posizionamento del Comune di Fucecchio in seconda posizione, mentre nelle rilevazioni degli anni precedenti quello era il posto del Comune di Empoli.



Dall'analisi dei dati rilevati dall'anno 2000 al 2010 si evince che il valore percentuale di "nuovi ingressi" è massimo nel 2009 con il 22,40% ed è minimo nel 2001 con il 16,93%. Il valore massimo percentuale di soggetti "già in carico" si verifica nel 2001 con l'83,06%, mentre il valore

I nuovi ingressi, cioè i soggetti che per la prima volta si sono rivolti al Ser.T. nel 2010, sono stati n.112, valore pari al 19,93% del totale delle prese in carico. I soggetti già in carico o recidivi, passano da 419 nel 2009 a 450 e la percentuale rispetto al totale delle prese in carico si incrementa dal 77,60% al 80,07%.

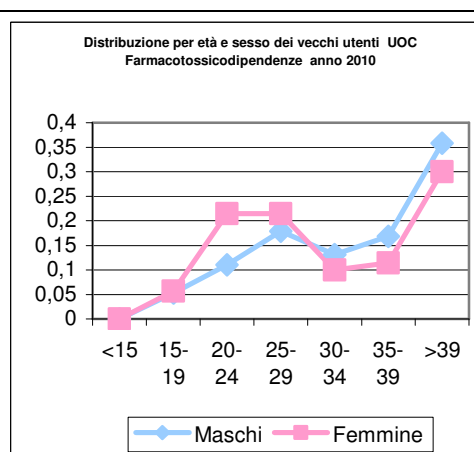
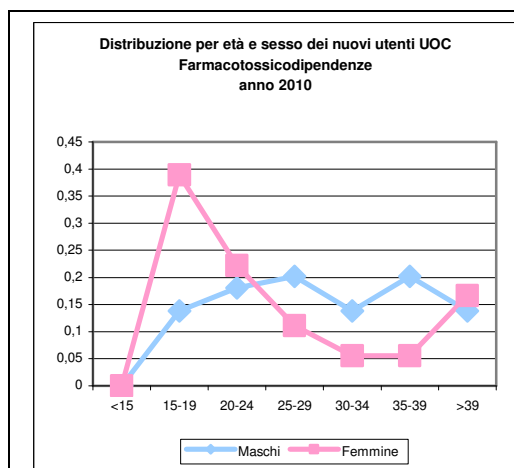
Di fatto i nuovi ingressi continuano ad essere numerosi ed i pazienti già in carico mantengono il valore numerico negli anni. Ciò dipende dalla lunghezza dei programmi terapeutici e riabilitativi che, per gli eroinomani, non durano meno di 3 – 5 anni.

Le fasce di età più rappresentative fra coloro (112 soggetti) che si sono **rivolti al Ser.T. per la prima volta**, sono quelle comprese tra 20 e 24 anni e tra 25 e 29 anni (21 casi) seguite da quella compresa tra 15 e 19 e tra 35 e 39 (20 casi), seguono le fasce > 39 (16 casi) e 30 e 34 (14 casi).

Si osserva una stabilità di accessi nelle 3 fasce di età più rappresentate 20-24 /25-29/ 35-39. C'è invece un decremento di accessi nella fascia compresa tra 30 e 34 (da 24 a 14 casi).

Da notare che tra i nuovi utenti, le femmine sono numericamente più rappresentate nella fascia di età compresa tra 15 e 19 anni.

I soggetti che nel 2010 si sono **rivolti nuovamente al Ser.T. (recidivi)** o che erano già presenti nel 2009 sono stati 450. La fascia di età più rappresentativa è quella >39 (da 142 a 157) seguita da quella compresa tra 25-29 anni. L'incremento della fascia di età compresa tra 25-29 anni (da 56 nel 2009 a 83 nel 2010) rappresenta il permanere in carico dei soggetti che sono giunti al Ser.T. in età giovanile.



Complessivamente (nuovi ingressi più soggetti in carico o rientrati) la fascia di età più rappresentativa è quella > 39 seguita da quella compresa tra 25-29 e subito dopo da quella compresa tra 35 e 39 anni. Nonostante risulti evidente, quindi, un trend di invecchiamento della popolazione dei Ser.T, pare opportuno sottolineare il notevole incremento (nel breve tempo) di utenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, che passano da 33 (nel 2009) a 44 (nel 2010).

5.1.2 Tipologia di sostanze e modalità di consumo

La **droga primaria prevalente**, nel 2010, continua ad essere, come sempre, l'EROINA (342 su 562 casi), seguita dalla CANNABIS (92 casi) e dalla COCAINA (91 casi).

I 92 soggetti che nel 2010 hanno richiesto l'intervento del Ser.T. per uso di THC, esprimono una nuova condizione sociologica: la patologia comportamentale da consumo di cannabis tipica di soggetti adolescenti o giovani (vedi corrispondenza con incremento utenti fascia di età 15 – 19).

Risulta incrementata (da 78 a 91 casi) la richiesta di intervento per cocainismo e la richiesta di intervento per il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) da 9 casi nel 2008, a 18 nel 2009 e a 22 nel 2010 .

La **droga secondaria prevalente** nel 2010 è stata la COCAINA (181 casi) seguita dai CANNABINOIDI (104 casi), dall'ALCOL (60 casi) e dall'ECSTASY e ANALOGHI (32 casi).

L'incidenza di abuso alcolico secondario è aumentato (da 25 nel 2007 a 21 nel 2008 a 30 nel 2009 e 60 nel 2010) correlato sia all'abuso di cocaina (primaria e/o secondaria), sia alla presa in carico di soggetti di età tra 35 e >39, eroinomani da circa 18/20 anni che utilizzano l'alcol come sostitutivo all'uso di eroina.

SOSTANZA PRIMARIA ANNO 2010		SOSTANZA SECONDARIA ANNO 2010	
sostanza	n. soggetti	sostanza	n. soggetti
EROINA	342	COCAINA	181
CANNABINOIDI	92	CANNABINOIDI	104
COCAINA	91	ECSTASY E ANALOGHI	32
GAMBLING	22	ALCOL	60
ECSTASY E ANALOGHI	1	EROINA	10
ALCOL	6	ALLUCINOGENI	1
ALTRO	4	BENZODIAZEPINE	2
BENZODIAZEPINE	2	AMFETAMINE	0
ALTRI OPPIACEI	1	ALTRO	1
ALLUCINOGENI	0	METADONE	0
AMFETAMINE	0	MORFINA	0
CRACK	0	ALTRI OPPIACEI	1
INALANTI	1	GAMBLING	0
TOTALE	562	TOTALE	392

Come si può osservare dalla tabella sotto riportata, dal 2004 al 2009 l'uso di eroina tramite siringa si è ridotto e stabilizzato a favore dell'incremento dell'uso per via inalatoria (fumo o sniffing) passato dal 29% al 37%.

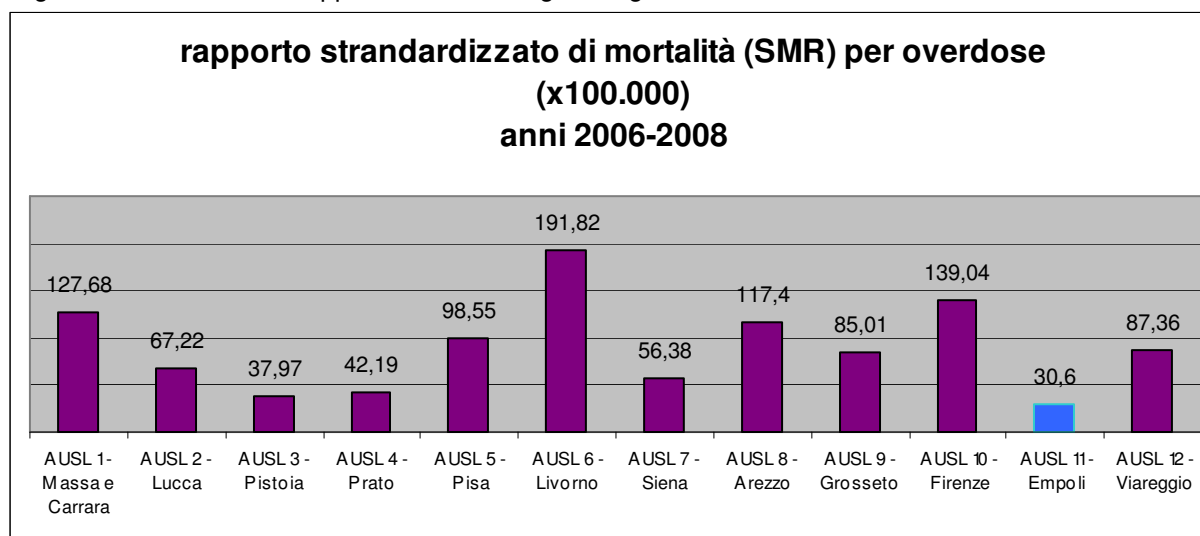
Nel 2010, invece si è verificata un'inversione di tendenza: ben il 75% (valore più elevato dal 2004) degli eroinomani ha usato la via endovenosa e si è ridotta al 25% la percentuale di chi ha preferito la via inalatoria. Tale dato è preoccupante per la ripresa del rischio di contagio (scambio di siringhe) e per il rischio di patologie cutanee irreversibili da materiale contaminante presente nella polvere. E' inoltre, questo, un dato confermato dall'incremento della distribuzione dei sicur – box alle farmacie del territorio dell'A.S.L. 11.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
n. soggetti consumatori primari di eroina	428	419	419	395	361	336	342
via endovenosa	71%	74%	72%	66%	64%	63%	75%
sniffins e/o fumo	29%	26%	28%	34%	36%	37%	25%

Dal 2004 al 2010 (7 anni) i consumatori di eroina sono scesi da 428 a 342. Uno dei motivi di tale riduzione è da attribuire alla guarigione di soggetti che hanno concluso il programma, territoriale o comunitario, positivamente e che non sono più presenti nei 2 Ser.T. Questa riduzione è l'espressione dell'attività terapeutico riabilitativa svolta dagli operatori che operano, sempre, con l'obiettivo della guarigione e della non cronicizzazione iatrogena.

5.1.3 Rapporto di mortalità per overdose

L'Azienda Usl 11 registra il rapporto standardizzato di mortalità per overdose (x 100.000) più basso della Regione Toscana, come rappresentato nel seguente grafico.



5.1.4 Altre dipendenze

Tabagismo

Rispetto al numero di soggetti tabagisti trattati dal Centro Antifumo, si osserva una lieve diminuzione dal 2007: da 68 del 2007 a 67 del 2008 a 56 nel 2009 e a 56 del 2010.

Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

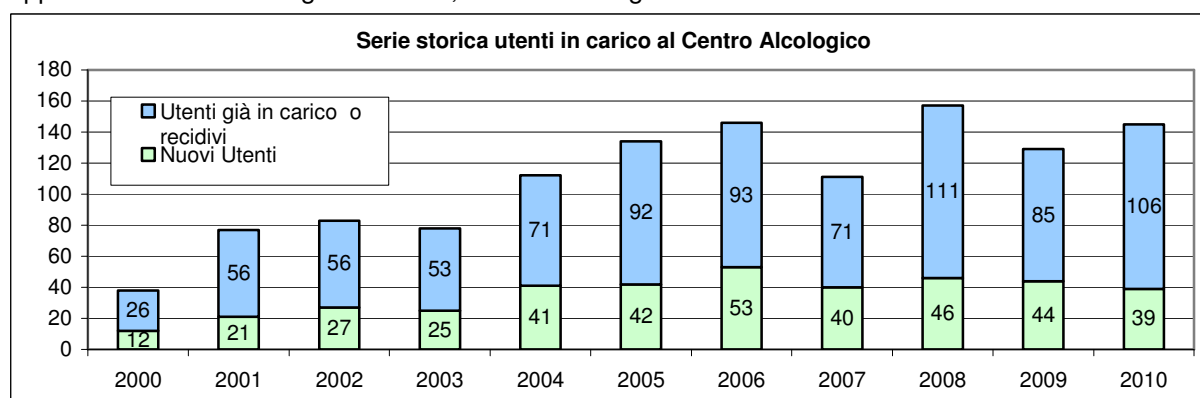
I giocatori d'azzardo patologici rappresentano negli ultimi anni una nuova tipologia di paziente per la quale si è costituito uno staff specialistico multidisciplinare che, attraverso le varie fasi di intervento, effettua la presa in carico del giocatore e dell'intero nucleo familiare. Come per altre dipendenze patologiche può essere intrapreso sia un programma territoriale che comunitario e la durata dello stesso varia dai 3 ai 5 anni.

Il numero di pazienti per gioco d'azzardo patologico è aumentato considerevolmente dal 2008 passando da 9 a 18 nel 2009 a 22 nel 2010. Di questi, il 36,36% è rappresentato da nuovi ingressi e il 63,64% da pazienti già in carico.

Nel 2010 la fascia di età più rappresentata è stata quella tra 40 e 49 seguita da quella tra i 50 e 59 anni, prevalentemente maschi (72,73%), ed il gioco prevalente è stato slot-machines e gratta e vici.

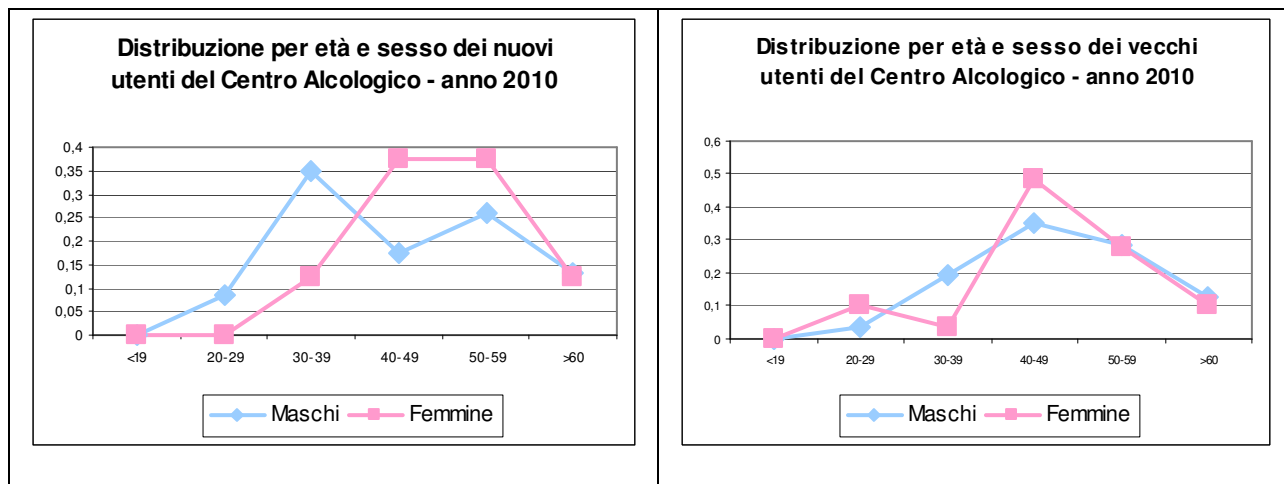
Alcolismo

Il numero di utenti del Centro Alcolologico passa da 111 nel 2007 a 145 nel 2010. Di questi il 26,90% è rappresentato da nuovi ingressi e il 73,10% da utenti già in carico.



a recente diffusione delle offerte di consumo di alcol presente sul territorio nazionale (apertura di wine bar e disponibilità di socializzare l'uso di alcol) determina una maggior incidenza del fenomeno dell'alcolismo. Nel 2010 la fascia di età più rappresentata è stata quella tra 40 e 49 anni seguita da quella dai 50 ai 59 anni (come era stato per il 2008 e il 2009). Complessivamente si raggiunge una percentuale costituita dal

69% di uomini e 31% di donne. Nel 2008 la percentuale era l'80% uomini e il 20% donne sul totale di 157 utenti, nel 2009 era il 70% uomini e il 30% donne sul totale di 129 utenti. Ciò è in linea con l'incremento di uso di alcol nel sesso femminile (sia nuovi utenti che già in carico) che rientrano prevalentemente nelle fasce di età comprese tra 40 e 59 anni. Questi dati confermano che l'accesso al Servizio continua ad essere prerogativa dell'età adulta in concomitanza con l'insorgere delle Patologie Alcol Correlate (PPAC).



BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE 2010	
Bevanda	n. soggetti
VINI	111
BIRRA	21
SUPERALCOLICI	10
APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI	3
TOTALE	145

La bevanda più utilizzata risulta essere il vino, seguito dalla birra.

L'alcolismo è una patologia cronica che non consente la conclusione di programmi terapeutici prima di 10/15 anni dall'inizio del percorso.

5.1.5 Interventi attivati

I principali interventi attivati riguardano gli inserimenti terapeutici riabilitativi, finalizzati a sviluppare sia abilità sociali connesse alla dimensione lavorativa che competenze interpersonali nella vita di relazione; gli interventi di sostegno economico, costituiti da contributi in denaro una tantum a carattere di urgenza o straordinari, a favore di soggetti in trattamento presso la UOC Farmacotossicodipendenze per i quali, in base al piano individualizzato, è prevista anche questa tipologia di intervento legato a bisogni di prima necessità; gli inserimenti in comunità terapeutiche, attivati dall'equipe multiprofessionale che affronta il trattamento terapeutico e socio-riabilitativo dei soggetti tossicodipendenti nei vari e molteplici aspetti delle loro problematiche attraverso piani terapeutici individuali.

La spesa sostenuta per questa tipologia di interventi, di natura prettamente sanitaria, nel 2010 ammonta a **501.539,96 euro** (di cui 407.709,96 per le comunità) per la SdS di Empoli e **277.322,00 euro** (di cui 239.912,00 per le comunità) per il Valdarno Inferiore. La misura che assorbe più risorse è il ricovero in comunità per tossicodipendenti.

a) Inserimenti Terapeutici Lavorativi

Gli Inserimenti Terapeutici Lavorativi attivati nel 2010 sono stati complessivamente **44**, 36 per residenti nel territorio della SdS di Empoli e 8 residenti nel territorio della SdS Valdarno Inferiore.

Il trend mostra una crescita costante (nel 2009 ne erano stati attivati 35, nel 2008 36 e nel 2007 33).

Questo incremento esprime, da un lato, il successo terapeutico di programmi riabilitativi che consentono ad un numero sempre più elevato di pazienti di mantenere la sobrietà e dall'altro la grave situazione socio-economica del territorio che non consente ai soggetti svantaggiati l'acquisizione di un lavoro reale.

b) Inserimenti in comunità terapeutica

Gli utenti inseriti in Comunità Terapeutica nell'anno 2010 sono stati complessivamente 103, nel 2009 erano stati 102, nel 2008 115 e nel 2007 120. I nuovi ingressi in Comunità Terapeutica nel 2010 sono stati 33 (22 ad Empoli e 11 nel Valdarno), nel 2009 erano 40, nel 2008 45 e nel 2007 erano 62.

Da segnalare che, nonostante il numero minore di soggetti inseriti in Comunità Terapeutica (da 40 a 33), il numero complessivo rimane stabile indicando la positiva lunga permanenza di soggetti nelle varie Comunità Terapeutiche (probabile indice di successo terapeutico).

5.2 LA SALUTE MENTALE⁴⁶

Indicatori SM.salutementale.1 - 4

Il Dipartimento Salute Mentale (DSM) è l'organo dell'Asl 11 preposto alla prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psicologici e psichiatrici della popolazione adulta ed alla prevenzione, cura, e riabilitazione dei disturbi psicologici, neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva e della adolescenza. Il DSM è composto dalla UOC Psichiatria, dalla UOC Psicologia, dalla UOC Neuropsichiatria Infantile e della UOC Salute in Carcere.

Per descrivere l'andamento della domanda sanitaria della popolazione relativamente alla patologia mentale è indispensabile fare una premessa che consenta di contestualizzare il disagio psichico e psicologico in senso lato. E'infatti necessario esser consapevoli dei mutamenti ai quali rapidamente va incontro la società attuale, mutamenti che coinvolgono in maniera incalzante il settore sanitario pubblico per la salute mentale. Servizi, in precedenza sorti per soddisfare le esigenze di portatori di disagio psichico compreso nello spettro delle gravi sindromi psichiatriche, si trovano oggi a rispondere con le stesse risorse, alle esigenze di salute di fasce di popolazione sempre più vasta e con disagio diverso da quello descritto nelle grandi sindromi.

Si assiste ad un incremento esponenziale delle richieste che sono peraltro qualitativamente modificate. Oggi osserviamo quadri psicopatologici modificati in qualità ed in quantità. Ciò probabilmente è dovuto alle modificazioni indotte dai trattamenti, alle variazioni del contesto socio culturale, ai trattamenti farmacologici, ai cambiamenti delle dinamiche familiari, al miglioramento del livello di istruzione, alla diffusione capillare dell'informazione.

Sempre più la diagnosi si sposta ad un doppio livello, da un modello strettamente nosografico descrittivo ad un modello che contempla il livello delle dimensioni psicopatologiche.

Il carico di nuovi utenti che si evidenzia nei dati locali, esprime, in conformità con l'andamento regionale e nazionale questo fenomeno della presa in carico.

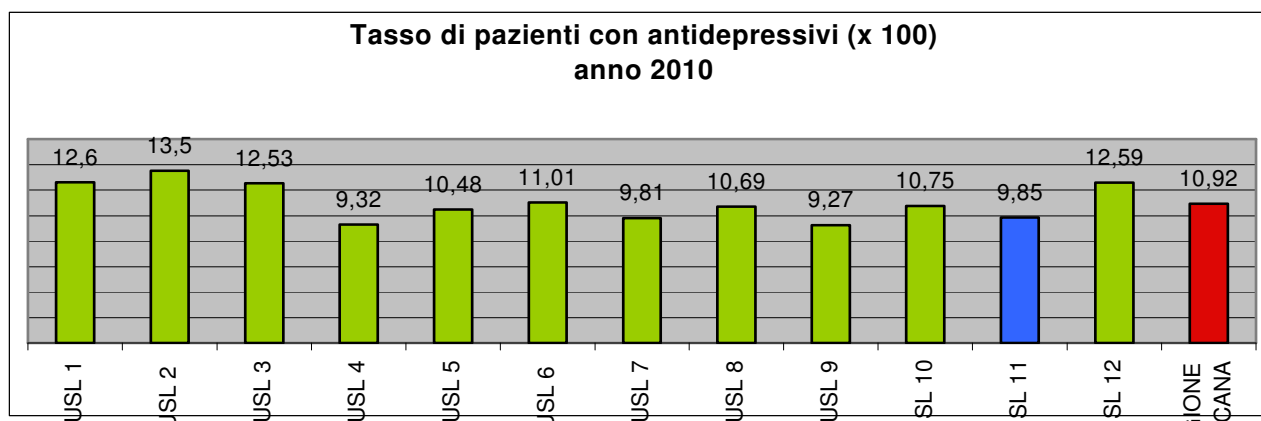
Anche l'inquadramento diagnostico è in profonda trasformazione, pertanto entità cliniche in passato considerate come marginali, acquisiscono oggi un ruolo prevalente.

L'approfondimento della ricerca in ambito biologico e contemporaneamente l'attenzione sia ai fattori psicologici personali e di contesto che ai fattori socio ambientali, porta alla realizzazione di risposte terapeutiche sempre più integrate e complesse che si allontanano dalla classica dicotomia tra terapie biologiche e terapie psicologiche.

Osserviamo che la NUOVA UTENZA incide per oltre un quarto dell'utenza totale nell'anno 2011. Il dato conferma, dopo i consistenti incrementi degli anni passati, una necessità di assistenza psichiatrica che richiede supporto specialistico anche se una parte rilevante dei disturbi di osservazione psichiatrica (nevrosi, depressioni) sono oggi affrontati anche dalla medicina generale grazie alla disponibilità di nuovi farmaci più maneggevoli. Non a caso si assiste ad un costante incremento delle terapie farmacologiche malgrado che nell'Azienda Usl 11 l'uso dei farmaci risulti appropriato e generalmente governato attraverso percorsi diagnostico terapeutici condivisi.

Si riporta di seguito il tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi nel 2010.

⁴⁶ A cura di Enza Quattrocchi (Direttore Dipartimento Salute Mentale e UOC Psichiatria), Patrizia Del Vivo (UOC Psicologia), Annalisa Monti (UOC NeuroPsichiatria Infantile).



Fonte: ARS Toscana

Nel corso del 2011 le dosi di farmaci antidepressivi erogate per ogni 1000 abitanti sono state su base aziendale 44,96 rispetto ad una media regionale di 48,60 e anche il tasso di abbandono delle terapie si è ridotto al 25,28% rispetto ad una media regionale del 26,73% (Fonte: Mes). La Azienda USL 11 è comunque fra quelle che dimostrano la più alta aderenza alla terapia (soggetti che hanno usato almeno 280 unità posologiche nell'anno) dei pazienti in trattamento con antidepressivi (30,28%).

5.2.1 Adulti

Hanno ricevuto prestazioni dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) 3.495 soggetti adulti nella SdS di Empoli e 1.828 soggetti nella SdS Valdarno Inferiore. La suddivisione per diagnosi dei casi, in percentuale, è riportata nella seconda tabella. Di questi nell'empolese valdelsa 1.123 sono stati nuovi accessi nel 2011 e 457 sono stati invece i nuovi accessi del Valdarno Inferiore.

Per seguire le richieste e le necessità dei pazienti, nell'anno 2011, sono state erogate le seguenti prestazioni:

Prestazioni UOC Psichiatria (Psichiatri, Infermieri, Educatori)		Prestazioni UOC Psicologia	
SdS di Empoli	SdS Valdarno Inferiore	SdS di Empoli	Sds Valdarno Inferiore
43.442 di cui erogate da Psichiatri 10.003 (esclusa l'attività medica ed infermieristica in SPDC e l'attività non front utente)	28.463 di cui erogate da Psichiatri 6.343 (esclusa l'attività medica ed infermieristica in SPDC e l'attività non front utente)	10.467	3.192

Diagnosi Utenti UOC Psichiatria e UOC Psicologia anno 2011	%
Disturbi mentali organici (senili, presenili e altri)	15,71%
Disturbi mentali alcool - correlati	1,03%
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	0,61%
Disturbi da spettro schizofrenico	10,30%
Disturbi affettivi psicotici	11,35%
Disturbi depressivi non psicotici	21,03%
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	26,62%
Disturbi della personalità e del comportamento	4,06%
Disturbi del comportamento alimentare	1,88%
Oligofrenie, ritardo mentale	5,48%
Altro	1,03%
Non rilevato	0,90%

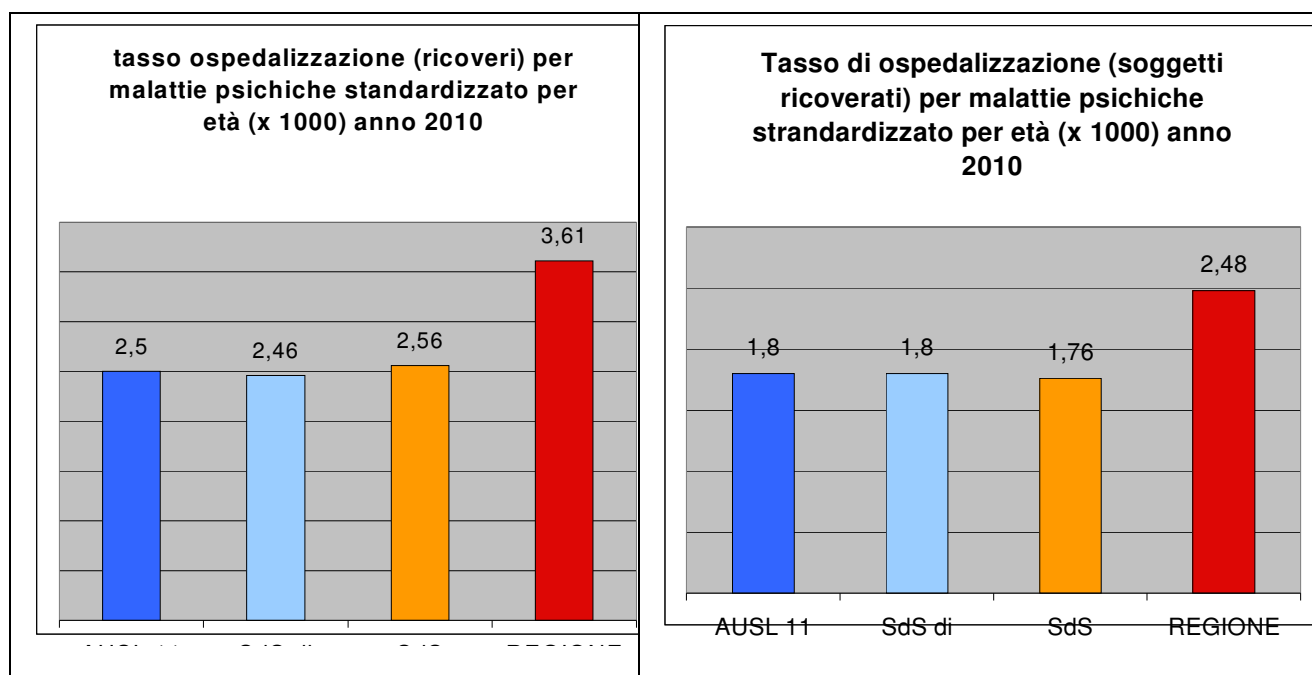
ASSISTITI IN CARICO ANNO 2011								
SdS di Empoli	di cui n. nuovi casi	% nuovi casi	SdS Valdarno Inferiore	di cui n. nuovi casi	% nuovi casi	AUSL 11	di cui n. nuovi casi	% nuovi casi
3495	1123	32,13%	1828	457	25%	5323	1580	29,68%

Un primo dato relativo all'ambito della patologia mentale è rappresentato dalla percentuale di nuovi utenti. L'offerta sanitaria della UO di Psichiatria e della UO di Psicologia garantisce lo svolgersi del percorso terapeutico dell'utente dalla prima valutazione attraverso la visita/colloquio, sia con il paziente stesso che con il contesto familiare, fino all'eventuale trattamento psicoterapico individuale, di coppia, familiare o di gruppo, alla somministrazione di adeguato trattamento farmacologico e/o all'attivazione di intervento riabilitativo territoriale, semiresidenziale, residenziale (intervento sulle abilità di base, risocializzazione, intervento espressivo, motorio, pratico-manuale, addestramento e formazione lavoro o soggiorno vacanza).

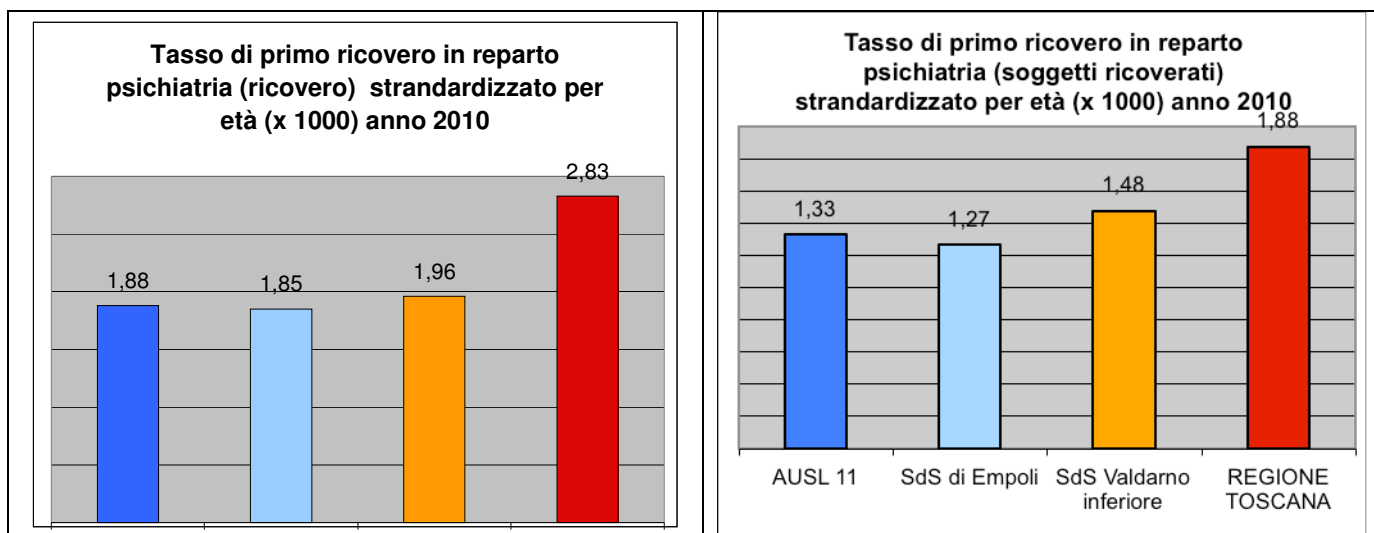
Le sedute di psicoterapia vengono effettuate sia da Psichiatri che da Psicologi: quelle erogate dalla UOC di Psicologia nell'anno 2011 sono state 2.583 psicoterapie individuali, 1.459 di psicoterapia familiare, di gruppo, di coppia.

I ricoveri in reparto psichiatrico (SPDC) sono stati **296** nel 2011 e di questi **23** sono avvenuti per trattamento sanitario obbligatorio (TSO), numeri molto modesti riferiti all'intera popolazione assistita (**296 ricoveri, di cui n° 277 pazienti con progetto di continuità terapeutica pari al 93%; ricoveri ripetuti entro i 30gg n°25 pari a 8,4% (media RT 11,28%; Tot ricoveri ripetuti entro 7gg=9; Tot. ricoveri che superano la durata di 30gg=19).**

Nei grafici successivi sono riportati sia il tasso di ricoveri sia il tasso di soggetti ricoverati per malattie psichiche nell'anno 2010 (fonte: ARS Toscana).



Fonte: ARS Toscana



Fonte: ARS Toscana

Residenze psichiatriche

Corrispondono ad un percorso terapeutico riabilitativo a termine ed ad alta intensità di trattamento le due Comunità Terapeutiche di Empoli (Casa Gazzarri) e di S. Miniato (La Badia) con 9 posti ciascuna, percorso rivolto prevalentemente a giovani pazienti affetti da patologia psichiatrica.

Sono altrettanto importanti le altre residenze della UOC di Psichiatria a bassa intensità di trattamento riabilitativo a termine, che consente la contemporanea presenza di 36 utenti. Il ricorso a questa tipologia assistenziale ha visto un turn over di 62 persone con 18 ammessi e 20 dimessi dal percorso assistenziale e un livello di utilizzo del servizio che ha raggiunto il 98,9% della possibilità massima.

Inserimenti socio-terapeutici

Gli inserimenti socio terapeutici sono finalizzati a sviluppare sia abilità sociali connesse alla dimensione lavorativa che competenze interpersonali nella vita di relazione. L'inserimento socio-terapeutico può essere propedeutico ad un inserimento lavorativo all'interno di cooperative sociali ai sensi della Legge 381/91 oppure può favorire una eventuale, anche se "rara", assunzione ai sensi della legge 68/99 sul collocamento obbligatorio.

Servizi semiresidenziali:

inserimenti per progetti riabilitativi, in strutture a gestione diretta della UOC di Psichiatria presso i Centri Diurni di Empoli, Certaldo e S. Miniato.

C.D. di Empoli e Certaldo tot. N°44 utenti inseriti di cui n°8 nuovi inseriti e n°3 dimessi

C.D. di S. Miniato tot N°20

OPG

Un ambito specifico del dipartimento di salute mentale è rappresentato dalla presenza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino che ha sviluppato nel corso del 2011 **51.687** giornate di degenza corrispondenti a circa **141** utenti medi. Continua il percorso di **dimissione** dall'OPG che è stato attuato nel corso del 2011 per **89** soggetti. Il compito dell'UOC "Salute in Carcere", in conseguenza dell'entrata in vigore del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1-4-2008 (DPCM), consiste nell'attuazione dei programmi relativi alla tutela ed intervento per la salute delle persone ristrette in Istituti Penitenziari, sia ordinari per persone detenute sia specifici per internati sottoposti a misure di sicurezza.

Interventi attivati in collaborazione con i Servizi Sociali

La stretta collaborazione professionale tra il personale sanitario che opera presso i servizi per la Salute Mentale (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, oss) e quello sociale, rappresenta di fatto, la necessaria presa in carico unitaria dei bisogni delle persone con disagio psichico e psicologico.

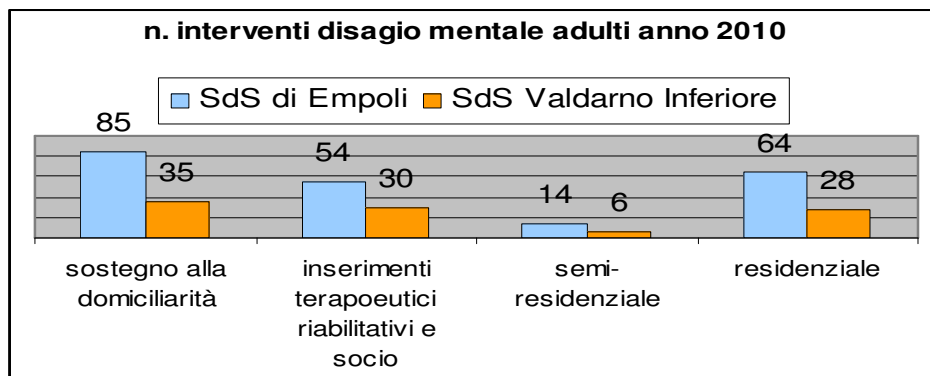
La Salute Mentale Adulti rappresenta per il servizio sociale un ambito ad alta integrazione socio-sanitaria. Complessivamente sono tre le assistenti sociali che in entrambe le SdS lavorano all'interno della Salute Mentale Adulti (S.M.A.): due nella SdS di Empoli (non a tempo pieno), che presidiano anche il territorio, ed una nella SdS Valdarno, che vi lavora in maniera dedicata. A questo elenco si aggiungono n°10 assistenti sociali che operano part time nel GOAM).

I principali servizi e progetti socio-sanitari realizzati in questo ambito consistono in interventi di sostegno al nucleo familiare (**Gruppo Operativo Abuso e Maltrattamento** che ricopre le esigenze di adulti e minori), di sostegno economico, di sostegno alla domiciliarità, di inserimento in strutture residenziali e

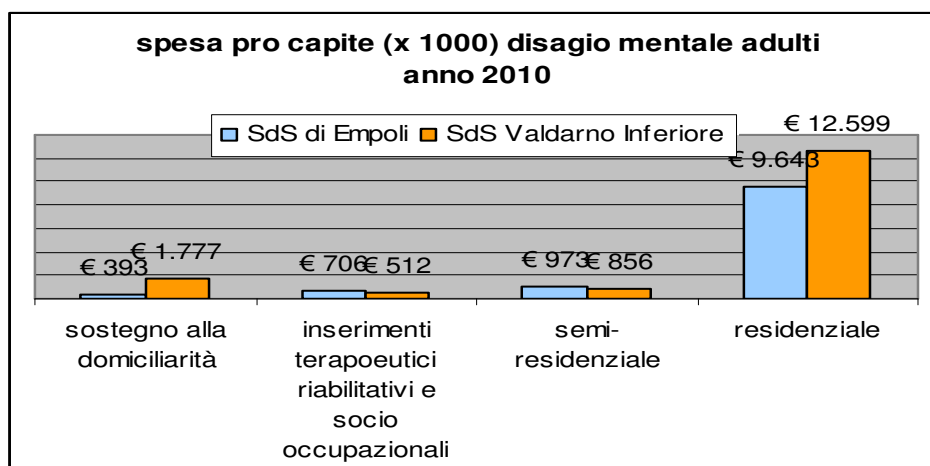
semiresidenziali, di attivazione di inserimenti socio-terapeutici e socio-occupazionali, di attività ricreative, di socializzazione, socio-terapeutiche laboratoriali o di terapia occupazionale.

Gli interventi di sostegno alla domiciliarità riguardano l'assistenza domiciliare diretta territoriale erogata sia a casa del cittadino che presso gli appartamenti solidali del progetto "abitare insieme", progetto consolidato negli anni, dal 1998 ad oggi, che comprende 11 appartamenti per un totale di 26 utenti, i quali a conclusione di un percorso terapeutico riabilitativo, coabitano in appartamenti di proprietà o in locazione condivisa.

Gli interventi di sostegno economico riguardano principalmente i contributi di integrazione al reddito oltre all'erogazione di buoni spesa o buoni farmacia o altre forme di supporto economico.



La spesa sostenuta per questa tipologia di interventi nel 2010 ammonta a **2.040.438,00 euro**, di cui 123.602,37 a carico dei comuni per la SdS di Empoli e **1.094.280,00 euro**, di cui 22.091,00 euro a carico dei comuni, per il Valdarno Inferiore. Come si evince dal grafico sotto riportato che ripartisce la spesa pro capite (x 1000) sulle principali misure adottate, la misura che assorbe più risorse è il ricovero in strutture residenziali.



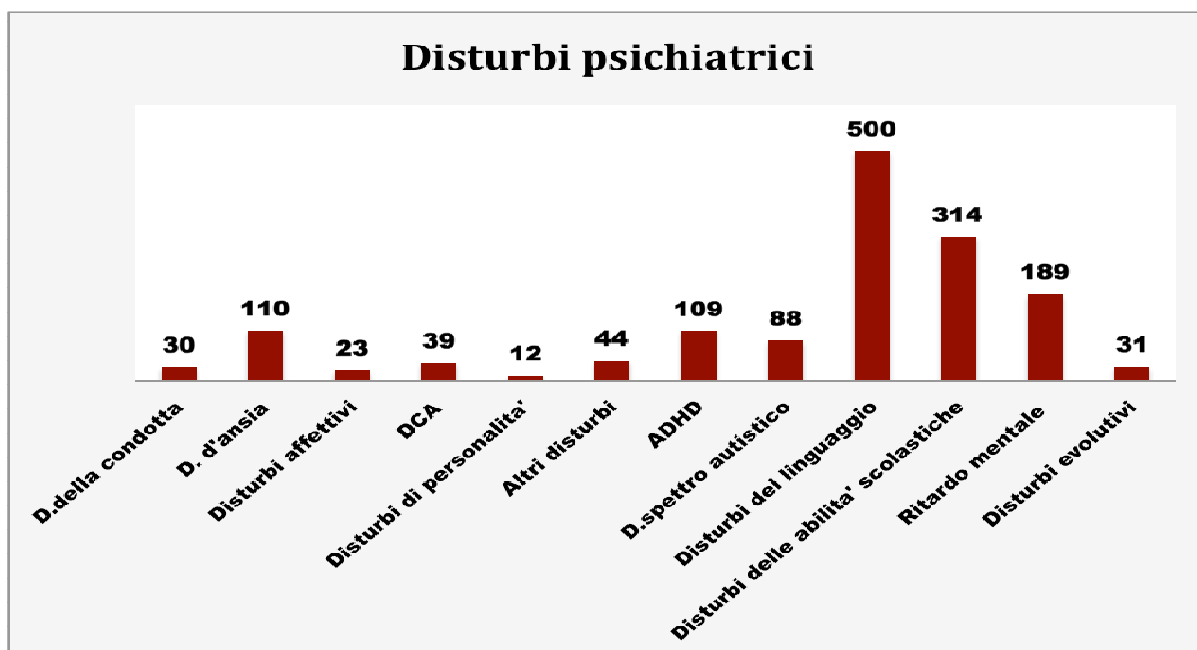
5.2.2. Infanzia

L'utenza relativa alle problematiche dell'infanzia si attesta su un numero totale di casi pari a 3.010 unità di cui 1.063 sono nuovi casi (35%). Detta utenza afferisce alle unità operative di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia, area Minori.

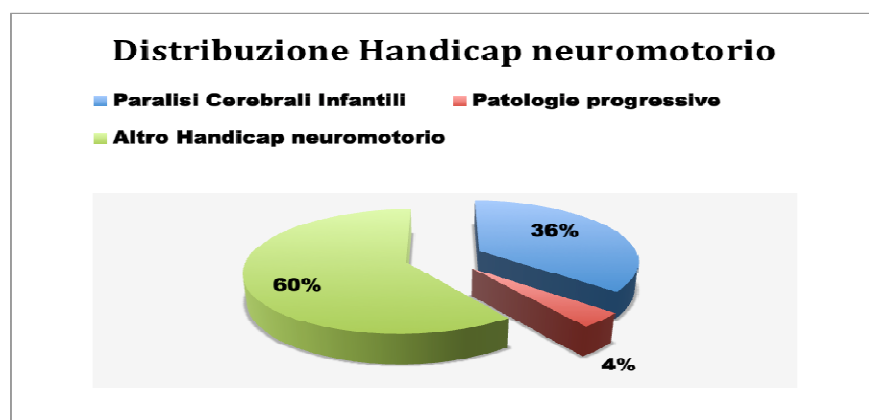
Il dato di prevalenza generale riferita all'anno 2011 (numero utenti/popolazione generale 0-18) è del 7,13 in netto aumento rispetto agli anni precedenti. L'aumento di incidenza delle malattie neuropsichiche e del disagio psicologico, fenomeno segnalato da tutti i servizi, necessita di un approfondimento relativo alla analisi e individuazione dei determinanti di salute

Distribuzione dell'utenza per raggruppamenti diagnostici	
ritardi del normale sviluppo	14%
assenza di patologia	3%
malattie neurologiche	11%
malattie psichiatriche e disagio psicologico	72%

La tabella sopra riportata evidenzia che il 72% degli utenti che accedono al settore infanzia presenta disturbi psicopatologici o disagio psicologico legato a problematiche familiari e sociali. Le cause più comuni di invio, per quanto attiene ai disturbi psichiatrici, come evidenziato nel grafico seguente, sono rappresentate da Disturbi Dello Sviluppo Psicologico che comprendono i disturbi del linguaggio, i disturbi dell'apprendimento e i disturbi dello spettro autistico. Tali situazioni cliniche esordiscono nella prima o seconda infanzia e sono caratterizzate da compromissione o ritardo nello sviluppo di funzioni strettamente connesse con la maturazione biologica.

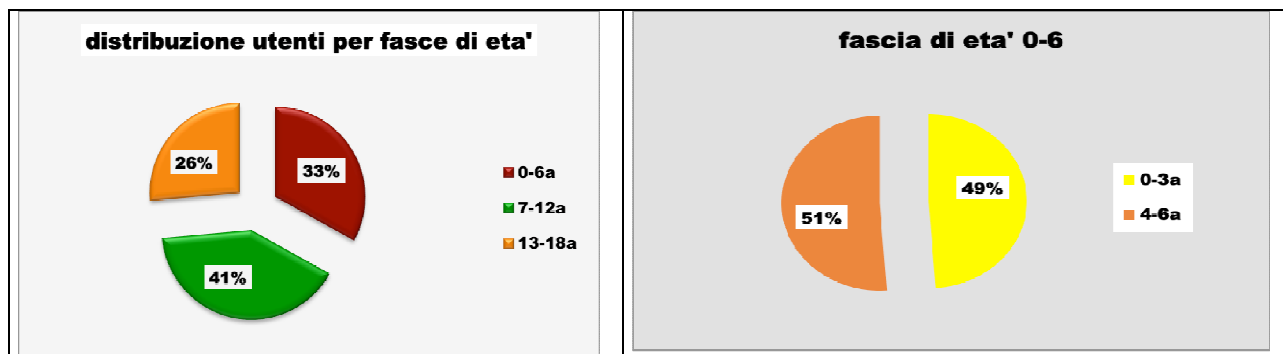


Per quanto attiene alle malattie neurologiche, l'epidemiologia delle patologie neuromotorie infantili si è modificata, nel senso sia di una più precoce presa in carico da parte del servizio, sia di un incremento nel numero dei casi gravi. Il totale degli utenti con handicap neuromotorio in carico al servizio per l'infanzia è di 204 di cui, come illustrato nel grafico, il 40% presenta caratteristiche di gravità.



Il tasso di incidenza delle problematiche neuropsichiche è nettamente maggiore nella popolazione maschile (62% contro il 38% delle prese in carico di femmine): tale dato è coerente con quanto segnalato dalla letteratura in riferimento a specifiche categorie diagnostiche quali il disturbo da deficit di attenzione con iperattività, i disturbi esternalizzanti, i disturbi di apprendimento.

Le tabelle seguenti evidenziano una distribuzione percentuale dell'utenza nelle fasce di età prepubere che si assesta intorno al 59% rispetto al totale degli utenti, espressione di una politica del servizio orientata da anni alla diagnosi e al trattamento precoce. Sulla base della complessità della presa in carico, dell'analisi dei dati di incidenza per problematiche prevalenti, del trend di prevalenza, e in coerenza con il PSR 2008-2010 e successive linee guida e di indirizzo, per alcuni settori di intervento (patologia neuromotoria, psicopatologia adolescenziale, autismo, DSAP, disagio familiare), sono stati organizzati percorsi specifici e trasversali.



Patologia neuromotoria

Nel 2011 i casi di patologia neuromotoria in carico sono stati 204. Di questi pazienti, 115 sono stati certificati come portatori di handicap (con 7 nuovi casi nel corso del 2011). Le paralisi cerebrali infantili risultano il gruppo più numeroso dei casi di handicap neuromotorio, costituendone il 60%. Sono attualmente in aumento i casi di patologia neuromotoria ad alta complessità (caratterizzati, cioè, da gravi problematiche dello sviluppo associate a gravi situazioni sul piano organico): tale trend è dovuto in gran parte all'aumento della sopravvivenza di soggetti nati con gravi lesioni (ad es. per estrema prematurità) o con malformazioni multiple congenite.

Nel settembre 2011 è stata attivata l'UOS Patologie neuromotorie dell'età evolutiva, che ha proseguito l'attività di un Gruppo di Lavoro già presente nell'ASL 11 da circa 10 anni.

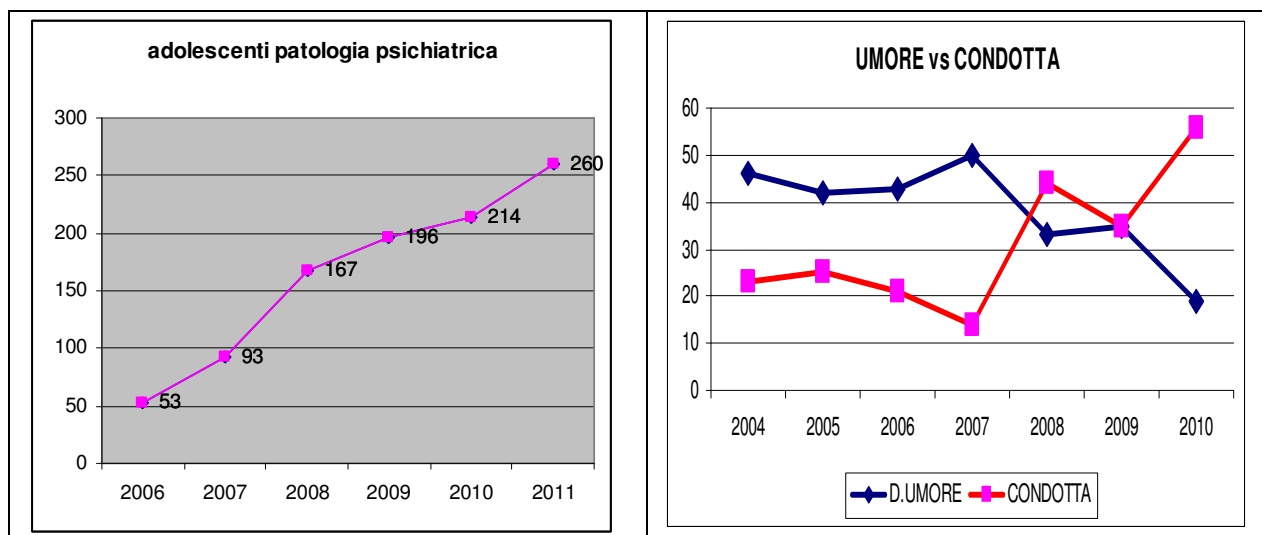
Il percorso di presa in carico (che prevede cicli di terapia neuromotoria, colloqui periodici con i genitori, attività di supervisione delle problematiche scolastiche, incontri con gli operatori scolastici, attività di raccordo con i Centri di III livello, promozione di percorsi di Attività Motoria Adattata sul modello dell'AFA degli adulti, prescrizione, verifica, controllo ed eventuale riciclo di protesi e ausili) è strutturato su tre zone, ognuna delle quali copre la popolazione di cinque comuni: Valdarno inferiore (Presidio 'La Badia' di San Miniato), Empolese (Ospedale di via Paladini, Empoli), Valdelsa (Distretto di Castelfiorentino).

Le attività del riciclo di dispositivi ancora in buono stato sono tra le più impegnative, in relazione al numero di ore necessarie ad assicurare la congruenza tra richiesta e fornitura e in considerazione dell'elevato volume di costo complessivo. L'andamento della spesa per ausili destinati a minori con disabilità neuromotoria rivela un *trend* di distribuzione che dal 2006 si è mantenuto piuttosto stabile (nonostante l'incremento del numero di casi) e che resta collocabile intorno al dato di circa € 200.000/anno.

Psicopatologia adolescenziale

L'analisi del trend di prevalenza dei disturbi psichiatrici ha evidenziato

- un aumento della patologia psichiatrica in adolescenza, aumento progressivo e costante negli ultimi 5 anni, dato coerente con le attese nazionali e internazionali;
- modificazioni delle caratteristiche cliniche (maggiore prevalenza di disturbi esternalizzanti correlati a caratteristiche di disagio sociale nelle famiglie di provenienza rispetto ai disturbi internalizzanti), che richiedono un rafforzamento delle sinergie interistituzionali già in essere o l'individuazione di nuove sinergie.

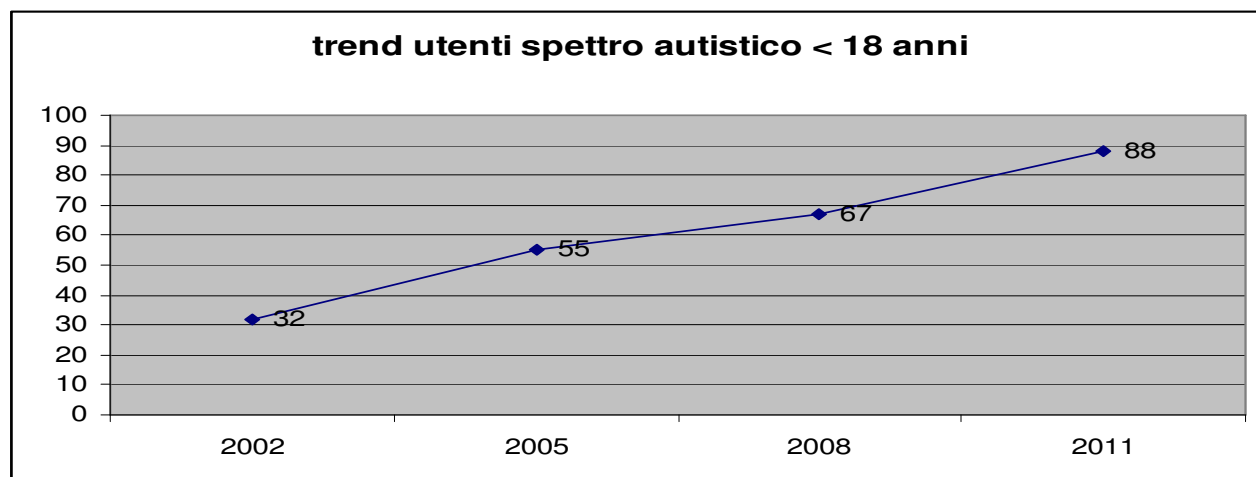


Il periodo adolescenziale rappresenta un momento evolutivo particolarmente delicato e critico, durante il quale, la patologia psichiatrica si esprime con modalità spesso acute e drammatiche (tentativi di suicidio, stati di eccitazione maniacale, stati depressivi gravi, anoressie ecc.).

La realtà organizzativa dell'ASL 11 e' caratterizzata da risposte articolate e complesse orientate ad una gestione territoriale delle situazioni psicopatologiche, con l'obiettivo di prevenire situazioni di acuzie che esitano inevitabilmente in un ricovero ospedaliero. Sono state sviluppate dal 2003 politiche di riorganizzazione complessiva del servizio di Npi relativamente ai percorsi di cura per la psicopatologia adolescenziale, che ha previsto la costituzione di un team specialistico, l'apertura del Centro Diurno La Scala (anno 2004) e l'apertura della Comunità residenziale di San Ansano (settembre 2009). Tale modello organizzativo ha fortemente contribuito al raggiungimento dell'obiettivo generale relativo al contenimento dei ricoveri ospedalieri, in quanto questa fascia di utenza rappresenta la popolazione a più alto rischio di ricovero in acuzie.

Autismo

L'andamento epidemiologico negli anni della patologia autistica vede l'incremento di casi diagnosticati (2002=31-2007=65-2010=102). La distribuzione per fasce di età è per il 40% da 0 a 6 anni; per il 29% da 6 a 12 anni; per il 24% da 12 a 18 anni; per il 7% da 18 a 25 anni. L'incremento epidemiologico è in linea con le attese epidemiologiche nazionali e internazionali.



In coerenza con il PSR 2008-2010 è stato attivato un percorso chiaro e definito in termini di spazi, personale e organizzazione del lavoro in rete e sono state adottate strategie per la diagnosi precoce (eam per assessment a 18-25 mesi in collaborazione con i PLS) così come previsto dalle linee guida regionali del 2008. Il progetto, iniziato nel 2003 ha previsto l'attivazione di un percorso specifico per l'autismo:

- individuazione di spazi dedicati nei presidi di San Miniato e Empoli;

- costituzione di un team multiprofessionale specificamente formato (Gruppo Interdisciplinare Aziendale),
- costituzione team per assessment dei bambini di 18-25 mesi che provengono dallo screening precoce effettuato dai pediatri di libera scelta al diciottesimo mese (durante il bilancio di salute)
- apertura del centro diurno di Ventignano (2009).

Il centro diurno ha permesso di affrontare le difficoltà relative all'assenza di progetti articolati al di fuori dell'orario scolastico per scarsa possibilità di generalizzazione dei comportamenti adattivi (presenti nel contesto riabilitativo), con conseguente isolamento sociale delle famiglie che spesso rappresentano per i bambini autistici l'unico contesto ambientale di riferimento. Si propone pertanto anche come supporto alle difficoltà quotidiane che la famiglia incontra nel processo di inclusione/integrazione nei contesti sociali.

I pazienti adulti con autismo sono ad oggi seguiti nei centri per disabili presenti sul territorio che non hanno una specializzazione per patologia. Le possibilità diagnostiche, oggi presenti nei minori, non sempre sono state messe in atto in passato.

Disturbi specifici di apprendimento

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) hanno un'alta prevalenza (3-5%) nell'ambito della popolazione scolastica.

Nel territorio dell'ASL'11 nell'anno 2011 sono stati presi in carico 314 utenti. Per tale problematica si prevede un importante aumento di richieste di intervento a seguito della legge 170 del 2010 (Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico che prevede l'attivazione di percorsi all'interno delle istituzioni scolastiche e la possibilità di usufruire di strumenti compensativi), fenomeno già rilevato nel primo semestre 2012 (aumento del 30% di richieste di consulenze specialistiche).

Nel territorio sono presenti due presidi specialistici, uno nella zona del Valdarno, attivato nel 2000 e uno nella zona Empolese Valdelsa, attivato nel 2010.

Il lavoro di diagnosi precoce e differenziata del disturbo ha permesso a questa fascia di utenza, molto prima della definizione normativa, di poter usufruire di programmi e ausili personalizzati all'interno della scuola e la prevenzione delle comorbilità derivanti dagli insuccessi scolastici.

Relativamente alla preoccupante attesa epidemiologica, in relazione alle risorse disponibili, conseguente alla sensibilizzazione delle istituzioni scolastiche a seguito della legge 170, sono in corso di definizione le linee di indirizzo regionali.

Disagio Familiare

Il disagio familiare derivante da una diffusa conflittualità di coppia che accompagna la separazione e il divorzio e che investe quasi ormai la metà delle unioni in essere in Italia, porta i cittadini a chiedere sempre più l'intervento, da parte dei servizi per l'infanzia del Dipartimento di Salute Mentale, di Consulenza, Terapia e Mediazione Familiare. Il trend di crescita della domanda costante è, tra il 2010 ed il 2011, di circa il 7%. Le situazioni più problematiche e impegnative, vengono affrontate all'interno del G.O.A.M. (Gruppo Operativo Abuso e Maltrattamento), in collaborazione con il servizio sociale e, quando necessario, con la Psichiatria. In detta sede si evadono le richieste provenienti dal Tribunale per i Minorenni ed Ordinario quali l'accertamento dei requisiti per idoneità Adozioni Nazionali/Internazionali e Affidi, l'espletamento di indagini sulle capacità genitoriali e/o limitazioni delle stesse, le prese in carico a seguito di dispositivi specifici.

Di seguito vengono rappresentate le richieste relative all'anno 2011:

ANNO 2011	totali richieste	totali evasi	%
I QUADRIM	112	111	99%
II QUADRIM	36	31	86%
III QUADRIM	48	46	96%
totali generali	196	188	96%

Un'assistenza privilegiata alle persone coinvolte nelle criticità di coppia/famiglia viene erogata direttamente presso il Centro Minori e Famiglie del Dipartimento Salute Mentale.

Empowerment

Il settore infanzia del DSM riconosce come proprie non solo le risorse assegnate dal Servizio Sanitario, ma anche quelle che derivano dall'attivo coinvolgimento dei cittadini e delle agenzie educative nel percorso di cura e ha pertanto attivato percorsi di responsabilizzazione e psico-educativi per i genitori e le agenzie educative.

Infatti si intensifica sempre di più il coinvolgimento del cittadino/genitore nel processo di cura attraverso la loro partecipazione a gruppi di genitori delle volte insritti in percorsi specifici tipo: sostegno DA, sostegno coppie Affidatarie, Sostegno coppie Adottandi, sostegno genitori Autismo e Down.

Oltre agli interventi di parent training e di counseling alle insegnanti e ai genitori, interventi normalmente inseriti all'interno dell'offerta terapeutica, sono stati effettuati incontri di informazione/formazione con i genitori su temi specifici

Sono stati, inoltre, implementati gli interventi terapeutico e abilitativi in contesti ecologici usufruendo di risorse extra-aziendali rivolti a bambini con Ritardo Mentale, finanziati da Enti esterni alla ASL (Misericordia di Empoli, Associazione di genitori:NOI DA GRANDI, Fondazione della Cassa di risparmio di San Miniato)

5.2.3 UOC Psicologia

Le attività erogate dall'UOC di Psicologia sono rivolte sia alla popolazione infantile che alla popolazione adulta e vengono effettuate in ambito territoriale e ospedaliero in risposta ai bisogni complessi di salute, all'interno di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi articolati e integrati con altre UO e professioni socio-sanitarie.

La domanda di assistenza si concentra nelle aree della:

- psicologia clinica (adulti, adolescenti e bambini),
- psicologia della disabilità e della riabilitazione
- attività consultoriali (consultorio giovani, menopausa, percorso donna, preparazione al parto e adozioni)
- psicoterapie
- autismo
- disturbi alimentari
- disagio familiare e mediazione
- vulnerabilità adolescenziale
- disabilità
- psicologia clinica ospedaliera (consulenza psicologica Reparto di Ostetricia e Ginecologia, Oncologia, Pediatria Diabetologia, Neurologia).

Nella tabella seguente è riportata sinteticamente l'attività della Psicologia del Dipartimento Salute Mentale nell'anno 2011, suddivisi nelle due SdS.

UOC Psicologia anno 2011	Accessi		Prestazioni		Assistiti		Nuovi utenti	
	Adulti	Infanzia	Adulti	Infanzia	Adulti	Infanzia	Adulti	Infanzia
SdS di Empoli	10.076	4.747	10.467	5.707	1.495	735	777	204
SdS Valdarno Inferiore	2.765	2.748	3.192	3.820	513	539	311	127
TOT	12.841	7.495	13.659	9.527	2.008	1.274	1.088	331
TOT COMPLESSIVO	20.336		23.186		3.282		1.419	

Il dato rilevante è lo svilupparsi, nell'ambito soprattutto della assistenza ai pazienti adulti, di terapie di gruppo che consentono di migliorare la risposta del servizio a fronte dell'aumento della domanda. In particolare nel corso del 2011 sono state effettuare ben 1459 terapie familiari di gruppo / di coppia a fronte di 2583 terapie individuali.

Nei presidi ospedalieri, tenuto conto della partecipazione della UOC Psicologia al progetto ARCO ma anche alle possibilità assistenziali per situazioni emergenti, sono stati segnalati 903 pazienti e 256 hanno ricevuto almeno più di tre prestazioni ospedaliere nel corso dell'anno.

Mentre l'aumentata offerta ed adesione alle terapie di gruppo consente di far fronte pur in carenza di risorse all'aumento della domanda, nel settore delle famiglie multiproblematiche che richiedono interventi continuativi, in rapporto con l'autorità giudiziaria, multi professionali e spesso con la necessità di spostamento rispetto al territorio, si avverte una carenza di risorsa valutato altresì che il problema riferito

ai maltrattamenti o agli abusi non è in diminuzione anche per il variare della demografia nei territori delle due SdS (aumento degli ingressi di stranieri con famiglie ad elevata deprivazione sociale, congiuntura economica negativa con precarietà del lavoro ecc.).

6. L'ASSISTENZA TERRITORIALE SOCIALE E SOCIO SANITARIA INTEGRATA NEL TERRITORIO DELLA SDS DI EMPOLI

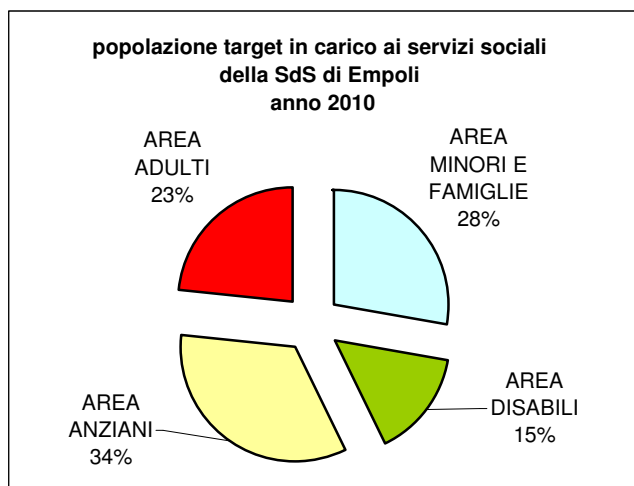
Per realizzare il profilo di salute nell'ambito dell'assistenza sociale e socio sanitaria del territorio della SdS di Empoli sono stati utilizzati gli indicatori del set minimo e complementare stabiliti dalla Regione Toscana e alcuni indicatori specifici ritenuti utili per fotografare la situazione del nostro territorio. Le fonti dei dati utilizzati sono molteplici: quando disponibili sono state utilizzate le fonti ufficiali (rete Osservatori sociali e Fondazione Zancan), ma sono state anche utilizzate le banche dati interne al servizio sociale (sistema informativo Aster). Si rileva la necessità di armonizzazione tra i vari sistemi informativi onde evitare che, per la diversa denominazione di interventi o prestazioni, si abbia discrepanza nella descrizione dei fenomeni.

La SdS di Empoli svolge funzioni di governo e di programmazione dei servizi socio – sanitari, socio assistenziali e sanitari territoriali, come previsto dalla L.R. 40/2005 e s.m.i..

I servizi socio assistenziali, di cui sono titolari gli undici comuni del Circondario Empolese Valdelsa, vengono gestiti in modo eterogeneo: dieci comuni hanno delegato la gestione all'Azienda Usl 11 mentre il Comune di Fucecchio gestisce i servizi sociali direttamente, con una stretta relazione con l'Azienda Usl 11 . Non tutte le funzioni sociali vengono delegate alla ASL, alcune attività sono state trattenute dai singoli Comuni che le gestiscono direttamente, sia a livello di singolo comune (ad es. assegno maternità, famiglie numerose ecc.) sia, come nel caso delle politiche di integrazione per la popolazione immigrata, con modalità associata a livello di Circondario.

Con riferimento alla gestione delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, al fine di perseguire una migliore efficienza ed efficacia dei servizi, le due SdS di Empoli e Valdarno Inferiore si sono dotate di una organizzazione unitaria in seno alla ASL che gestisce direttamente le strutture e le convenzioni, e che prevede anche la tenuta di un'unica lista di attesa per l'ammissione in RSA.

Il servizio sociale territoriale delegato alla ASL 11 è organizzato in base ad aree di intervento: l'area minori e famiglie, dotata anche di un livello specialistico (prevenzione del disagio, affidò, abuso, violenza di genere e famiglie multiproblematiche), l'area anziani e l'area adulti. Queste tre aree garantiscono una presa in carico trasversale per la non autosufficienza, la disabilità e l'immigrazione⁴⁷.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Il grafico a fianco rappresenta la suddivisione dell'utenza in carico ai servizi sociali territoriali nel 2010 nei principali target di popolazione.

La popolazione **immigrata**, che rientra nelle singole aree di intervento, rappresenta circa il **16%** del totale delle prese in carico nell'anno di riferimento.

Il grafico rappresenta una situazione abbastanza omogenea del numero delle prese in carico nelle quattro categorie target della popolazione, con una percentuale maggiore di anziani.

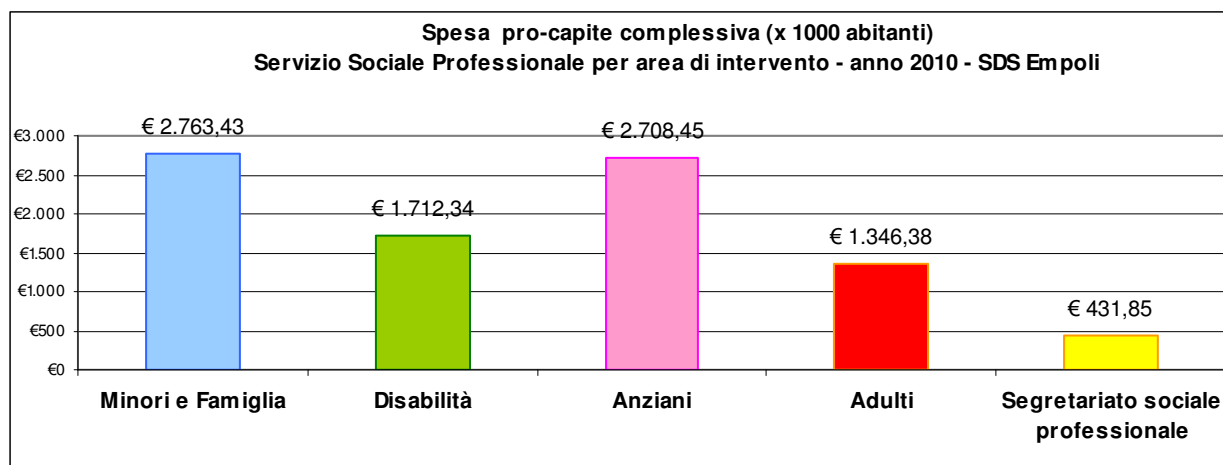
Tale proporzione cambia se si va ad analizzare la spesa sostenuta, infatti, come vedremo meglio in seguito, le aree di intervento che impegnano maggiormente i servizi dal punto di vista economico sono l'area Anziani e l'area Disabilità, per la forte componente socio sanitaria che ne caratterizza l'assistenza e per l'elevato livello di bisogno di cui molto frequentemente sono portatori questi cittadini.

⁴⁷ In base ai criteri dell'anagrafe sanitaria e degli atti di programmazione sociale, rientrano nel target minori i soggetti da 0 a 17, nel target adulti i soggetti da 18 a 64 anni, nel target anziani i soggetti ultra sessantacinquenni. Gli immigrati sono gli stranieri residenti che non hanno cittadinanza italiana, i disabili sono i soggetti da 0 a 64 anni con accertamento handicap in base alla L. 104/92.

a) Il Servizio Sociale Professionale

L'attività del Servizio Sociale Professionale viene svolta direttamente da assistenti sociali e si realizza mediante la gestione e lo sviluppo del "processo di aiuto" teso a svolgere una efficace valutazione professionale del bisogno / disagio, la definizione e l'attuazione del progetto di intervento personalizzato, la verifica e la valutazione dell'esito. E' altresì impegnato nel lavoro di prevenzione del disagio e nell'attuazione delle disposizioni delle autorità giudiziarie, in particolare nell'area "Minori e Famiglie".

La spesa pro-capite del servizio sociale professionale (*spesa totale per interventi di assistenza sociale professionale / pop. zonale dell'anno x 1000*), determinata dalle risorse umane impegnate nel servizio sociale professionale, sia alle dipendenze del comune che dell'azienda sanitaria, per il 2010 è pari a **9.370,41 €**. Il grafico sotto riportato mostra la diversa distribuzione di tale spesa nelle varie aree di intervento.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Dei 9.370,41 euro pro capite (x 1000 abitanti) complessivi, € 3.579 sono a carico dei comuni e € 5.791 dell'AUSL.

b) L'accesso

Nella SdS di Empoli l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza principalmente mediante il servizio di **Segretariato Sociale Professionale** quale livello essenziale di assistenza, come indicato dalla legge 328/00 e dal PISR 2007 - 2010. Il Servizio di segretariato sociale è presente in ogni presidio distrettuale e in tutti gli undici Comuni del territorio e garantisce le funzioni di "informazione e consulenza al singolo ed alle famiglie", svolte direttamente da Assistenti Sociali.

A seguito dell'implementazione del Progetto per la Non Autosufficienza, inoltre, sono state realizzate ulteriori porte di accesso denominate "**Punti Insieme**" quali primo luogo di accoglienza della domanda e del bisogno per l'Area Anziani, con particolare riferimento alle persone anziane in condizione di non-autosufficienza.

Oltre al segretariato sociale del territorio, è opportuno considerare fra i punti di accesso al servizio sociale e socio-sanitario ampiamente inteso anche gli **URP dei Comuni** e gli **sportelli immigrazione** che svolgono servizi di informazione.

Inoltre, il Comune di Fucecchio, unico Comune della SdS di Empoli ad avere la gestione diretta dei servizi, ha previsto e organizzato uno sportello sociale integrato per l'accoglienza della domanda e per le funzioni di segretariato sociale svolte da Assistenti Sociali dei Comuni e della ASL (Progetto Caronte).

Il set minimo di indicatori relativo all'accesso ai servizi sociali territoriali prende in considerazione l'indice di copertura, il tasso di utenza e la spesa pro-capite del segretariato sociale e dei punti di accesso, riportati nella tabella seguente. Tali indicatori sono stati calcolati sulla base della banca dati interna alla UOC Servizi Sociali (sistema informativo Aster) poiché il dato ufficiale non risulta disponibile. Tuttavia, mancando il dato medio regionale, non è possibile ad oggi effettuare una comparazione efficace.

SdS di Empoli anno 2010			
SM.territorial e-SOC.1	Indice di copertura zonale dei punti di segretariato sociale professionale	<i>(Numeratore : n. punti di segretariato sociale professionale Denominatore : pop. Zonale)*1000</i>	0,063
SM.territorial e-SOC.2	Tasso di utenza del servizio di segretariato sociale professionale	<i>(Numeratore : n. utenti/anno del servizio di segretariato sociale professionale Denominatore : pop. Zonale)*1000</i>	14,33
SM.territorial e-SOC.3	Indice di copertura zonale dei punti di accesso	<i>(Numeratore : n. punti di accesso Denominatore : pop. Zonale)*1000</i>	0,19
SM.territorial e-SOC.4	Tasso di utenza dei punti di accesso	<i>(Numeratore : n. utenti/anno del punto di accesso Denominatore : pop. Zonale)*1000</i>	88,62
SM.territorial e-SOC.7	Spesa pro-capite per servizi di segretariato sociale professionale (x1000)	<i>(Numeratore : spesa totale per servizio di segretariato sociale Denominatore : pop. Zonale media dell'anno)*1000</i>	€ 833,65

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Nel 2010 il servizio di segretariato sociale professionale operante sul territorio della SdS di Empoli ha registrato **12.600 accessi** e la presa in carico di **2193 nuovi utenti**.

c) Pronto Intervento Sociale

Nel 2011 la SdS di Empoli e la SdS Valdarno Inferiore hanno effettuato una progettazione comune, realizzando una gara d'appalto unica per la concessione del servizio di pronto intervento sociale, in modo da garantire l'intervento tempestivo del servizio sociale professionale nei casi di emergenza e di urgenza sociale.

Questo servizio innovativo, già sperimentato nel Valdarno Inferiore negli anni precedenti, è stato denominato SEUS (Servizio Sociale per l'Emergenza Urgenza Sociale) ed interviene nei confronti di tutti i cittadini residenti nei territori dei Comuni delle due SdS, o comunque presenti su tali territori, occupandosi specificatamente degli interventi sociali rivolti a persone in situazioni di emergenza e urgenza sociale.

Il servizio funziona 24h/ 24h, tutti i giorni della settimana, compresi sabato, domenica e festivi. Ne consegue che l'indice di copertura zonale dei presidi di pronto intervento è del 100% in entrambe le SdS.

Il Servizio SEUS non è attivabile direttamente dai cittadini, ma può essere contattato in ogni momento per telefono, da parte di Uffici Comunali, Servizi educativi e scolastici, Forze dell'Ordine e Polizia Municipale, Istituzioni Scolastiche pubbliche e private, Servizi Ospedalieri (specialmente Pronto Soccorso), Servizi sanitari ASL 11, Medici di Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, Sindacati, Parrocchie del territorio e Caritas, Strutture dell'Associazione e della Cooperazione del Territorio, Strutture residenziali e di pronta accoglienza sociali e sanitarie, Operatori 'Domus Sociale s.r.l..

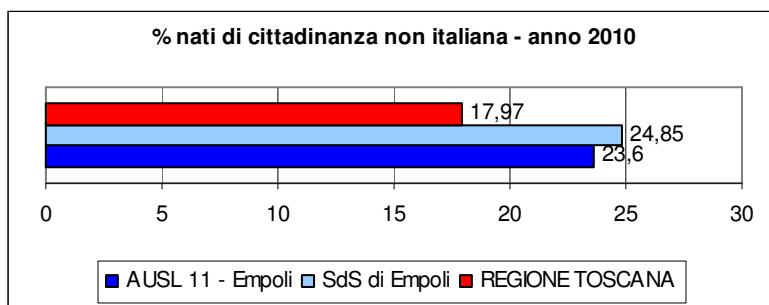
Il servizio per l'emergenza e urgenza sociale può contare anche sulla disponibilità di posti in pronta accoglienza per minori, adulti e anziani attraverso la rete dei servizi del territorio.

Visto l'affidamento congiunto per il servizio di pronto intervento sociale a partire dal 1/1/2012, la spesa pro-capite è stata calcolata in modo complessivo per la SdS Valdarno Inferiore e per la SdS di Empoli (*spesa totale per SEUS per entrambe le SdS/ pop .totale delle due SdS * 1000*) e quantificato in **€ 57,41**.

Non è rilevabile per la SdS di Empoli il tasso di utenza per questo servizio dal momento che è di nuova implementazione.

6.1 AREA MINORI E FAMIGLIE

La **popolazione tra 0 e 17 anni** si caratterizza per un lento ma costante incremento, con una percentuale di crescita nell'ultimo triennio pari a 2,63% con n. 28.550 minori (di cui il 16,28% stranieri). In particolare, dai dati delle anagrafi comunali anno 2010 risulta che i minori di 18 anni residenti rappresentano il **16,40%** della popolazione complessiva del territorio della SdS di Empoli.



Fonte: ARS Regione Toscana

La percentuale di **MINORI STRANIERI**, si attesta intorno al 17%. Comparando questo dato con la percentuale dei nuovi nati nel 2010 da genitori stranieri (**24,85%**), si delinea un continuo aumento di minori stranieri, di gran lunga superiore alla media della Regione Toscana.

Richiamando quanto già rappresentato al capitolo 2, paragrafo 2.1.6 "fragilità familiare", si ricorda la progressiva riduzione della composizione media dei nuclei familiari (da 2,53 del 2008 al 2,50 del 2010), la progressiva crescita dell'indice di instabilità matrimoniale (dall'1,8 del 2008 al 2,1 del 2010) ed il conseguente aumento dei nuclei monogenitoriali (dal 2,36% nel 2008 al 3,57% nel 2010)¹, derivanti da separazioni conflittuali sempre più frequenti che fanno aumentare in modo evidente le prese in carico di minori in situazioni di disagio. Allo stesso tempo il costante aumento della popolazione minore di 18 anni e di quella maggiore di 65 determina l'aumento del carico sociale e assistenziale della popolazione in età produttiva, compresa tra i 30 e i 64 anni, che negli ultimi anni si sta lievemente contraendo. In particolare, l'indice di dipendenza giovanile ridefinito (popolazione in età 0-14 anni / popolazione in età 30-64 anni x 100) è costantemente aumentato dal 2008 al 2010 e supera ampiamente la media provinciale e regionale, come si evince dalla tabella sotto riportata (Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istat).

Indice di dipendenza giovanile ridefinito 2008 - 2010	2008	2009	2010
SdS di Empoli	27,4	27,5	27,6
Provincia di Firenze	25,6	25,8	26,1
Toscana	24,9	25,1	25,3

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli Innocenti

a) I servizi per la prima infanzia

a cura di Enzo Catarsi, Centro Bruno Ciari

La realtà dei servizi per la prima infanzia dell'Empolese Valdelsa è storicamente assai qualificata, anche in virtù del lavoro trentennale del Centro Studi "Bruno Ciari". Tale struttura, nata come strumento tecnico dei comuni, si è occupata storicamente di formazione delle educatrici e di ricerca, contribuendo a far sì che i nidi dell'Empolese Valdelsa raggiungessero ottimi risultati nel panorama regionale e nazionale. La qualità dei nidi dell'Empolese Valdelsa è comprovata, peraltro, anche da rilevazioni specifiche, realizzate per mezzo del Manuale degli indicatori di qualità della Regione Toscana.

L'alto livello qualitativo non trova invece eguale omogeneità nella distribuzione quantitativa, che deriva in primo luogo dalle storie diverse dei differenti comuni. I primi ad istituire nidi furono negli anni Settanta, Certaldo, Empoli e Castelfiorentino, con i primi due raggiungono l'obiettivo del 33% posto a Lisbona. Solo successivamente gli altri comuni si sono dotati di servizi per l'infanzia, quasi sempre avvalendosi dell'apporto della cooperazione sociale, con la promozione virtuosa di un reale sistema integrato dei servizi per l'infanzia. In tale prospettiva spicca la realtà di Montelupo Fiorentino, che si segnala come il comune con il più alto tasso di accoglienza per i bambini della prima infanzia

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	Tasso di ricettività dei servizi educativi per la prima infanzia (n. posti disponibili servizi educativi prima infanzia/ popolaz. Residente 0-2 anni) ⁴⁸			Tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (n. bambini accolti nei servizi educativi prima infanzia/ popolazione residente 0-2 anni) ⁴⁹		
	A.e. 2008-2009	A.e. 2009-2010	A.e. 2010-2011	A.e. 2008-2009	A.e. 2009-2010	A.e. 2010-2011
Capraia e Limite	6,61	27,54	25,19	6,61	23,73	13,18
Castelfiorentino	20,12	19,92	20,08	19,51	17,68	18,24
Cerreto Guidi	15,96	17,21	18,79	14,46	14,94	15,60
Certaldo	32,21	36,88	34,96	27,27	31,19	33,63

⁴⁸ Indicatore SM.famiglie.21, tasso di ricettività dei servizi educativi per la prima infanzia (x100): n. posti disponibili servizi educativi prima infanzia/pop residente 0-2 anni.

⁴⁹ Indicatore SM.famiglie.22, tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (x100): n. bambini accolti contemporaneamente nei servizi educativi prima infanzia/pop residente 0-2 anni.

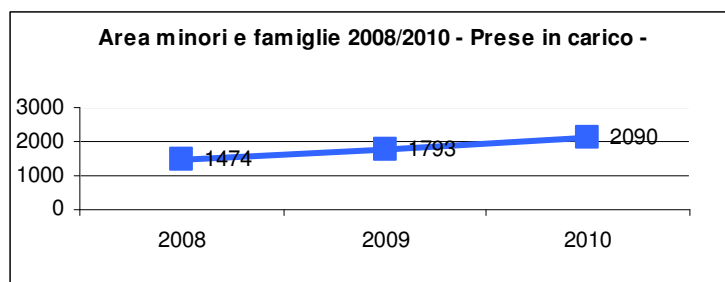
Empoli	31,02	37,39	33,14	33,43	34,48	33,57
Fucecchio	21,53	25,79	25,65	19,03	22,62	21,42
Gambassi Terme	35,71	29,37	16,92	19,05	11,90	6,15
Montaione	25,00	23,58	22,61	25,00	23,58	21,74
Montelupo Fiorentino	42,98	42,86	41,36	44,28	43,29	40,72
Montespertoli	22,03	21,65	18,73	21,77	20,62	16,46
Vinci	27,72	27,74	29,37	25,13	23,66	24,60
SdS di Empoli	26,70	30,26	28,50	25,90	27,22	26,06
Provincia di Firenze	32,23	32,25	33,25	27,00	27,14	27,35
Regione Toscana	27,70	28,67	30,50	27,70	28,67	30,50

Fonte: Rete Osservatori Sociali

b) Andamento delle prese in carico

I servizi sociali dell'area Minori e Famiglie svolgono funzioni di assistenza, sostegno, aiuto alle funzioni di genitorialità oltre a funzioni di vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella gestione del ruolo genitoriale. L'obiettivo costantemente perseguito dai servizi sociali è quello del consolidamento di un sistema basato sulla valorizzazione della famiglia, tramite il sostegno nello svolgimento dei suoi compiti educativi e di "cura" e tramite la promozione sia di reti sociali e comunitarie 'sensibili' ed accoglienti che attraverso il sostegno delle reti familiari e dei legami parentali. A tal fine vengono messe in atto misure di prevenzione e contrasto dell'emarginazione e del disagio sociale e promossi fattori protettivi per i minori che vivono in famiglia, mentre nelle situazioni ad alta complessità segnalate dalla Magistratura o da altri soggetti del territorio (scuole, volontariato, vigili urbani, vicinato, ecc.) per minori che potrebbero trovarsi in una situazione di grave sofferenza e rischio evolutivo, vengono attuati interventi alternativi alla famiglia.

Nel 2010 i minori e le famiglie in carico al servizio sociale territoriale, come sopra rappresentato, sono stati complessivamente **2.090**, di cui 1.412 minori, che se rapportati alla popolazione residente tra 0 e 17 anni rappresentano il **7,32%**.

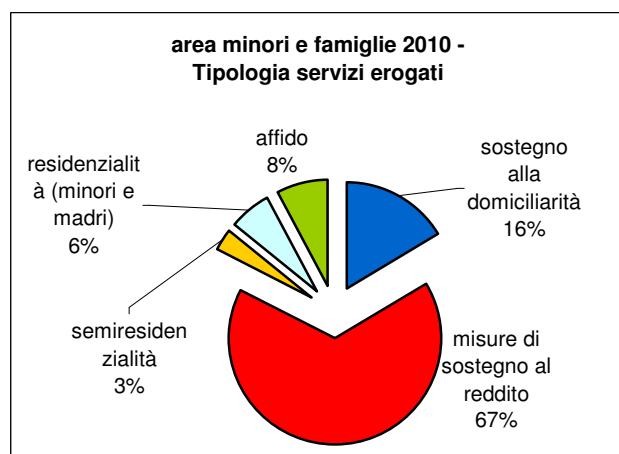


Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Andando ad analizzare il trend dell'ultimo triennio, risulta un importante incremento della richiesta di interventi in questa area specifica (+ 42%). Le prese in carico di famiglie e minori **stranieri** sul totale delle prese in carico del 2010 rappresentano il **28,3%**, con un aumento di ben + 32% nel triennio 2008-2010, in linea con l'andamento del fenomeno dell'immigrazione nei nostri territori.

c) Prestazioni erogate

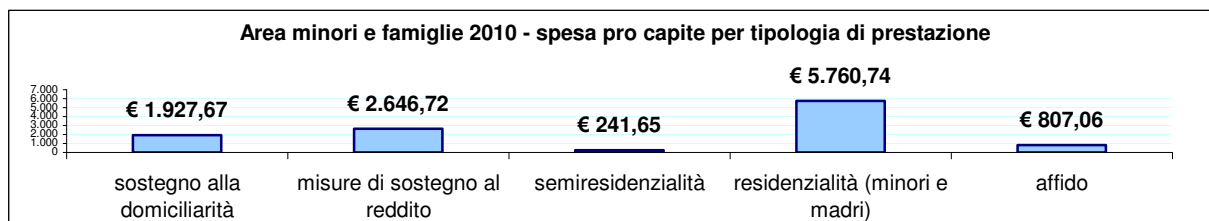
Il grafico sotto riportato suddivide il totale delle prestazioni erogate a minori o nuclei familiari in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuendolo tra le seguenti categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali, servizi residenziali e affido familiare.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

E' opportuno precisare che il numero degli utenti in carico al servizio non corrisponde necessariamente al numero delle prestazioni rappresentate nel grafico a fianco: le prese in carico infatti si riferiscono alle persone che si rivolgono al servizio sociale, le quali possono ricevere più tipologie di prestazioni ma anche solo prestazioni di tipo professionale, che riguardano le funzioni di sostegno, consulenza e attivazione di un processo di aiuto teso ad analizzare il problema e di cambiamento teso a migliorare la condizione presa in carico.

Le stesse tipologie di prestazione riportate nel grafico a torta delle attività vengono rappresentate nell'istogramma che segue in base alla spesa pro-capite (*spesa totale per tipologia di servizio per minori / pop Zonale media dell'anno * 1000*).



Dal confronto tra i due grafici appare evidente il diverso peso in termini di costo delle singole tipologie di prestazione: le misure di sostegno al reddito sono numericamente maggiori ma le prestazioni residenziali, pur essendo erogate in una percentuale minore, assorbono la spesa pro capite più alta.

Di seguito vengono analizzate e descritte le singole tipologie di prestazione rappresentate.

Misure di sostegno al reddito

n. cittadini assistiti: **668**

% famiglie straniere assistite: **44%**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 2.647**

MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO

Questa categoria di prestazioni non si esaurisce in un mero intervento economico, ma consiste in un'azione mirata dei servizi sociali finalizzata ad offrire risposte capaci di collegarsi con la rete dei

servizi sociali e sanitari ed a consentire al cittadino di non rimanere in uno stato assoluto di necessità e di dipendenza, ma di intraprendere percorsi di sostegno e di vicinanza istituzionali, in grado di promuovere un innalzamento della qualità della vita e di consentirgli di trovare strumenti idonei per una proficua integrazione nel tessuto sociale e produttivo in cui vive.

Nel 2010 le misure di sostegno al reddito rappresentano il **67%** dei servizi totali erogati nell'area minori e famiglie nella SdS di Empoli, con 668 utenti, con una spesa pro-capite (*spesa totale per misure di sostegno al reddito sulla pop. Zonale media dell'anno *1000*) di **€ 2.646,72**.

La percentuale di famiglie straniere che si avvalgono di interventi per il sostegno al reddito è il **44%** sulla totalità degli interventi.

Sostegno alla domiciliarità

n. cittadini assistiti: **166**

% famiglie straniere assistite: **12%**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 1.927**

Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale⁵⁰: **0,66** con n. 12 minori coinvolti

Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare educativa⁵¹: **5,14** con n. 155 minori coinvolti

SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

I servizi a sostegno della domiciliarità nell'area "Minori e Famiglie" consistono in prestazioni erogate al minore direttamente nel proprio contesto familiare. Si tratta dell'assistenza domiciliare socio-educativa⁵² e, in minima parte, dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁵³,

⁵⁰ Indicatore SC.famiglie.6, tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale: n. minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare territoriale al 31/12/2010/pop. Residente 0 -17 anni.

⁵¹ Indicatore SC.famiglie.7, Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare educativa: n. minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare educativa al 31/12/2010/pop. Residente 0 -17 anni.

⁵² L'assistenza domiciliare socio-educativa viene svolta da operatori con il profilo di educatori professionali o in possesso di titoli equipollenti. Tra le principali finalità del servizio vi sono quelle di favorire l'assolvimento delle responsabilità genitoriali e familiari, promuovere azioni di prevenzione del disagio e di individuazione delle situazioni e dei contesti che possono predisporre condizioni di disagio sociale, promuovere azioni orientate al sostegno delle attività di cura, verso famiglie, minori e adulti ed inoltre contribuire a implementare e sostenere la rete dei rapporti con il volontariato e le reti di promozione sociale presenti sul territorio.

⁵³ L'assistenza domiciliare socio assistenziale (di base) è svolta da operatori con qualifica di OSA (Operatore socio assistenziale) o titoli equipollenti. La finalità strategica è quella di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona e di mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/rimandare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia. Le azioni principali svolte dal servizio AD riguardano la cura della persona e dell'ambiente facendo comunque particolare attenzione alla dimensione relazionale. Nell'ambito degli interventi rivolti ai minori e alle loro famiglie, l'assistenza domiciliare di base è attivata quando il nucleo familiare di appartenenza non è in grado di provvedere autonomamente all'accudimento dei figli. La diversa natura dei due servizi fa comprendere quanto la domiciliare educativa sia maggiormente utilizzata nell'ambito degli interventi in favore dei Minori e Famiglie rispetto al servizio di AD.

entrambe attività di intervento rivolte a minori a rischio di emarginazione e/o di devianza, caratterizzati da forte disagio psicologico e sociale, che richiedono interventi di cura, di sostegno psico-sociale e di sostegno educativo⁵⁴. Questa tipologia di assistenza domiciliare comprende anche attività di ascolto, sostegno ed indirizzo educativo rivolte ai genitori di tali minori, per offrire loro contesti relazionali orientati a promuovere maggiormente l'ascolto dei bisogni dei figli attraverso una maggior consapevolezza delle proprie storie e delle proprie esperienze di crescita e di vita, ed anche sostenendoli ed orientandoli nel rapporto con la Magistratura, laddove vi siano o vi siano stati provvedimenti dei Tribunali Minorile e/o Ordinario.

Gli interventi a sostegno della domiciliarità rappresentano il **16%** dei servizi totali erogati nell'area minori e famiglie nella SdS di Empoli, i minori seguiti in assistenza domiciliare diretta sono **166** nel 2010 contro i **148** del 2008, il **12%** dei quali sono stranieri. Le situazioni in carico per "Incontri protetti" sono passate dal **33%** del 2008 al **62%** del 2010 rispetto al totale dei minori seguiti con interventi di assistenza domiciliare. La spesa pro capite (x 1000)⁵⁵ del 2010 è pari a **€ 1.927,67** (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster)

Semiresidenzialità

n. cittadini assistiti: **34**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 241.65**

SERVIZI PER LA SEMI-RESIDENZIALITÀ

I Centri diurni svolgono una funzione essenziale nel panorama dei servizi territoriali che operano a sostegno della vita familiare e di relazione di

preadolescenti e adolescenti che, a causa delle carenze dell'ambiente familiare e sociale, incontrano particolari difficoltà nell'inserimento scolastico e lavorativo e nell'utilizzo del tempo libero.

Sul territorio della SdS di Empoli è stato attivato recentemente il servizio semiresidenziale per minori "Il Villaggio di Toppile" ubicato nel territorio del Comune di Montelupo Fiorentino, di interesse specifico di 5 Comuni limitrofi del territorio della SdS di Empoli. Il Centro Diurno è stato aperto nel 2009 come struttura di prevenzione secondaria indirizzato a minori a rischio di pregiudizio e devianza, inseriti in nuclei monogenitoriali, separazione conflittuale, con scarso rendimento scolastico, difficoltà relazionali importanti, rischio evidente di devianza e famiglia multiproblematica. Tale servizio può rappresentare una valida alternativa, se attivato in via preventiva, alla residenzialità. Infatti le strutture diurne si pongono come una concreta alternativa all'allontanamento dal nucleo familiare o come strumento di de-istituzionalizzazione per quei minori già allontanati, qualora la famiglia offra ancora riferimenti affettivi validi e abbia caratteristiche positive da valorizzare e conservare, seppur in presenza di carenze educative. Il Centro Diurno Villaggio di Toppile si è caratterizzato come un intervento socio-educativo semi-residenziale che può vedere ampliate le proprie potenzialità di offerta flessibile con declinazioni di diversa intensità che vanno dalla prevenzione primaria, alla prevenzione secondaria del danno (volto a prevenire l'evoluzione dei fattori di fragilità in atteggiamenti e comportamenti effettivamente devianti), fino al perseguimento della salute della famiglia ad ampio raggio, all'interno di un contesto educativo di appoggio nella gestione degli aspetti quotidiani della vita, favorendo lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale del minore, oltre che dell'intero nucleo familiare attraverso la promozione e coinvolgimento della comunità territoriale.

Tasso medio annuo di minori presenti in servizi semiresidenziali	tasso medio annuo per 1000 minori residenti			
	2007	2006/08	2007/09	2008/10
SdS di Empoli	7	0,27	0,68	1,40
Toscana	740	1,63	1,90	2,32

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli Innocenti

Nel 2010 i servizi semi residenziali rappresentano il **3%** dei servizi totali erogati nell'area minori e famiglie, con 34 minori accolti presso il centro Diurno " Il Toppile " più 3 posti in strutture convenzionate. L'Indice di copertura zonale delle strutture semi- residenziali per minori (n. posti convenzionati

⁵⁴ Con riferimento al servizio di educativa domiciliare (ADE) è opportuno distinguere tra prevenzione primaria, mirata ad evitare che la problematica legata al disagio minorile (dovuto generalmente a carenza di cure genitoriale, maltrattamento psico/fisico, abuso) insorga incrementando e supportando le risorse della famiglia. Le azioni promosse nell'ambito della prevenzione primaria si possono concretizzare sia in progetti di Comunità (rivolti a gruppi) che in progetti individualizzati; prevenzione secondaria, che mira all'individuazione precoce di situazioni di rischio in ambito sia familiare che extrafamiliare e prevenzione terziaria, che si attua quando il maltrattamento/abuso è già stato accertato e il suo principale scopo è quello di ridurre, per quanto possibile, le conseguenze psico-fisiche sul minore e di evitare la possibilità che il maltrattamento/abuso possa ripetersi.

⁵⁵ Indicatore SM.famiglie.17, spesa pro capite per assistenza domiciliare sociale per minori⁵⁵ (x 1000): spesa totale per intervento di assistenza domiciliare sociale per minori/pop. Zonale x 1000.

in strutture residenziali / : pop. Zonale 017*1000) è pari allo **0,80** con una spesa pro capite di **€ 241,65**, al netto del finanziamento regionale (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster).

Residenzialità	
n. cittadini assistiti:	63
Spesa pro capite (x 1000):	€ 5.760

SERVIZI PER LA RESIDENZIALITÀ

L'inserimento in struttura residenziale viene attuato dal Servizio Sociale in presenza di un provvedimento del Tribunale per i Minorenni e/o

in situazioni di emergenza sociale, quando la situazione familiare risulta altamente pregiudizievole per la crescita del minore, tanto da prevedere l'allontanamento del minore dalla famiglia o l'accoglienza di madri e figli.

La residenzialità rappresenta il **6%** dei servizi totali erogati nell'area minori e famiglie nella SdS di Empoli, con **63** ricoveri (minori e madri con figli) nel 2010 e n. 35 minori presenti in struttura al 31/12/2010 (dato quest'ultimo preso in considerazione dall'Istituto degli Innocenti).

Tasso medio annuo di minori accolti in servizi residenziali (media triennale)	tasso medio annuo per 1000 minori residenti		
	2006/08	2007/09	2008/10
SdS di Empoli	1,70	1,62	1,54
Toscana	1,42	1,30	1,24

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli Innocenti

L'indice di copertura zonale delle strutture residenziali per minori (n. posti convenzionati in strutture residenziali / pop. Zonale 0-17 x 1000) è pari a **0,98** grazie ad una convenzione con la Casa Famiglia "Il Cottolengo" con 8 posti, oltre a 10 per la pronta accoglienza minori e madri e minori e la presenza della Casa Famiglia "San Martino" a gestione diretta che ospita fino ad 8 minorenni di sesso maschile, oltre a 2 posti per la pronta accoglienza.

La spesa pro capite (x 1000) comprensiva dei costi per la gestione diretta della struttura ammonta a **€5.760,74**. Appare evidente che i servizi residenziali, indirizzati alle situazioni più gravi, quindi numericamente esigue rispetto al totale delle prese in carico, rappresentano la spesa pro-capite più alta ed assorbono, conseguentemente, la maggior parte delle risorse destinate all'area Minori e Famiglie.

Affido	
n. cittadini assistiti:	75
Spesa pro capite (x 1000):	€ 807

AFFIDO FAMILIARE

L' affido familiare, istituito con la L. 184/1983, è una risposta di cura, di tutela e di educazione per bambini temporaneamente privi di un ambiente

idoneo e che si attua attraverso l'inserimento dei minori presso un nucleo familiare diverso da quello originario. L'Affido eterofamiliare prevede l'affidamento del minore, temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, ad un nucleo familiare diverso dal proprio, quello intrafamiliare prevede l'affidamento familiare del minore a parenti entro il 4° grado di consanguineità e quello part time prevede l'affidamento di minori ad altra famiglia per periodi brevi, per alcuni momenti della giornata o della settimana. In ogni caso l'istituto dell'affido si caratterizza per la temporaneità, per il mantenimento dei rapporti con la famiglia di origine e per la previsione di rientro del minore nella famiglia di origine o in un'adottiva. Questo istituto riveste un'importanza primaria poiché costituisce una valida alternativa alla istituzionalizzazione dei bambini.

L'Affido familiare rappresenta l' **8%** dell'attività complessiva dell'area Minori e Famiglie, con 75 affidi complessivi attivi nel 2010 (avviati anche in anni precedenti), di cui eterofamiliari n. 33 ed una spesa pro capite (x 1000) pari a **€ 807,06**.

Indicatori set minimo su affido familiare	tasso medio annuo di affidi eterofamiliari media triennale 2008 / 2010	Tasso medio annuo di affidi part-time media triennale 2008 / 2010	Tasso medio annuo di minori in affidamento familiare media triennale 2008 / 2010	% di minori in affidamento familiare su minori che vivono fuori dalla famiglia di origine anno 2010
SdS di Empoli	1,20	0,12	3,37	68,20
Toscana	1,09	0,16	2,19	65,30

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli Innocenti

Il rapporto fra affidamenti familiari e minori accolti nelle strutture residenziali nel 2010 è di 2,1 contro l'1,9 della media regionale, come si evince dalla tabella sottostante.

	N minori in affidamento familiare in corso al 31/12			N minori accolti nelle strutture residenziali al 31/12			Rapporto fra affidamenti familiari e minori accolti nelle strutture residenziali		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
SdS di Empoli	83	89	75	42	36	35	2,0	2,5	2,1
Toscana	1.319	1.212	1.142	685	704	608	1,9	1,7	1,9

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli'Innocenti

Vigilanza, Protezione e Tutela richiesta dall'autorità giudiziaria

n. cittadini assistiti: **374**

In carico per maltrattamento: 86

di cui per abuso sessuale: 14

VIGILANZA, PROTEZIONE E TUTELA

Nel 2010 si registra un significativo aumento delle situazioni ad alta complessità socio familiare con attività di vigilanza, protezione e tutela effettuata su richiesta dell'autorità giudiziaria, su cui i servizi sociali non hanno margine di programmazione.

Infatti, le situazioni seguite in **collaborazione con l'autorità giudiziaria** nel 2010 rappresentano il **23%** del totale delle attività dell'Area Minori e Famiglie (374 casi). Sul totale dei casi seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria, 86 sono i minori presi in carico per **maltrattamento** (maltrattamento fisico, psicologico, violenza intrafamiliare), 14 sono in carico per **abuso sessuale**. Queste ultime sono situazioni altamente complesse che prevedono una presa in carico di durata molto superiore all'anno: le prese in carico per abuso sessuale attivate annualmente sono di circa 3 all'anno.

In entrambe le SdS, inoltre, si evidenzia un notevole aumento del numero di coppie genitoriali in carico per problematiche di conflittualità riferibili alla separazione e all'affidamento dei figli: nella SdS di Empoli se ne registrano **288** nel 2010. Questa situazione si riflette su alcuni servizi particolari, come l'aumento delle situazioni in carico all'Assistenza Domiciliare Educativa Minori per "Incontri protetti".

Indicatori set minimo su attività di vigilanza, protezione e tutela richiesta dall'Autorità Giudiziaria	Tasso medio annuo di tutele giuridiche media triennale 2007/2009	Tasso medio annuo di minori che vivono fuori della famiglia di origine media triennale 2008/2010	Tasso medio annuo di minori vittime di maltrattamenti in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria media triennale 2008/2010	Tasso medio annuo di minori vittime di abusi sessuali in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria media triennale 2008/2010
SdS di Empoli	0,80	4,91	2,49	0,64
Regione Toscana	2,73	3,37	1,71	0,21

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli'Innocenti

Pare opportuno specificare che le tutele giuridiche risultano più basse rispetto alla media regionale perché l'Azienda Usl 11 ha iniziato a registrare il dato dal 2010.

Nell'ambito della tutela possono essere individuate inoltre le funzioni relative al percorso IVG nelle minorenni che rappresentano l'1,7% delle IVG effettuate sul territorio dell'Azienda nel 2010 e le funzioni relative al percorso mamma segreta (parto in anonimato) come da protocollo regionale.

ADOZIONI

Il servizio relativo alle adozioni è organizzato su base regionale a livello di Area Vasta, attraverso un Accordo di programma siglato da Comuni e aziende sanitarie. L'Azienda Usl 11, con entrambe le due zone distretto, si trova nella Sub Area di Firenze, con Comune capofila Prato, e conseguentemente sia la SdS di Empoli che la SdS Valdarno Inferiore hanno la stessa organizzazione con riferimento ai corsi di preparazione per coppie aspiranti all'adozione, alle indagini valutative sulle coppie che hanno presentato domanda di disponibilità all'adozione nazionale ed internazionale ed al percorso di affidamento Preadottivo e Post Adottivo.

Il volume di attività su questo specifico settore indica un trend di circa 30 coppie all'anno nella SdS di Empoli che richiedono la valutazione finalizzata all'adozione, e circa 15-16 minori nella SdS di Empoli adottati annualmente.

6.2 AREA ADULTI

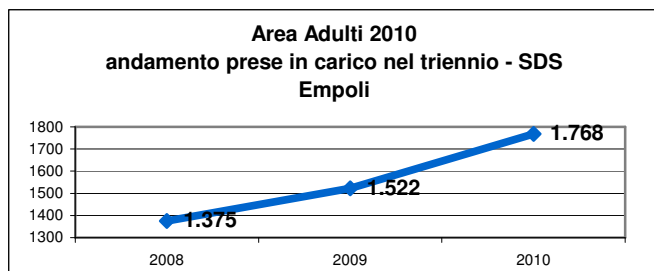
La parte relativa all'area di intervento "Adulti" è caratterizzata esclusivamente da indicatori specifici per il cui calcolo sono state utilizzate le banche dati interne al servizio sociale (sistema informativo Aster).

La popolazione adulta in età compresa tra i 18 e i 64 anni si attesta intorno al **62%** della popolazione complessiva con un valore assoluto di **n. 107.372** persone. La componente migratoria incide notevolmente sulla percentuale della popolazione in età produttiva e gli stranieri residenti rappresentano il **14%** della popolazione adulta.

a) Andamento delle prese in carico

Il Servizio Sociale Professionale dell'area adulti opera, prioritariamente, nell'ottica di prevenzione del disagio e promozione dell'inclusione, attivando interventi finalizzati al conseguimento di obiettivi quali:

- ❖ sostenere le persone in percorsi di autonomia;
- ❖ evitare la cronicizzazione dei problemi e l'ingresso dei cittadini in circuiti assistenziali "sine die";
- ❖ evitare la perdita di beni fondamentali quali l'abitazione e il lavoro;
- ❖ rispondere alle situazioni di emergenza con risposte immediate.



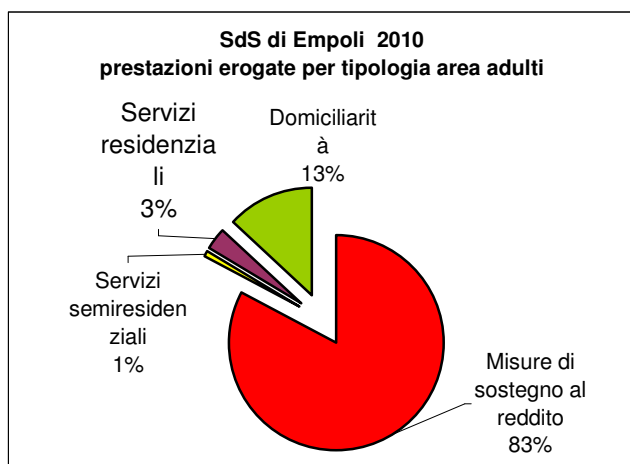
Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Le persone adulte in carico nel 2010 sono in valore assoluto 1.768 (**1,65%** della popolazione 18-64 anni residente). La percentuale di crescita delle prese in carico mostra un evidente incremento nel triennio (+ **28,58%**).

Gli adulti **stranieri** rappresentano il **31,33%** (554 in numero assoluto) delle prese in carico del 2010, con un aumento del + **61,19%** rispetto al 2008.

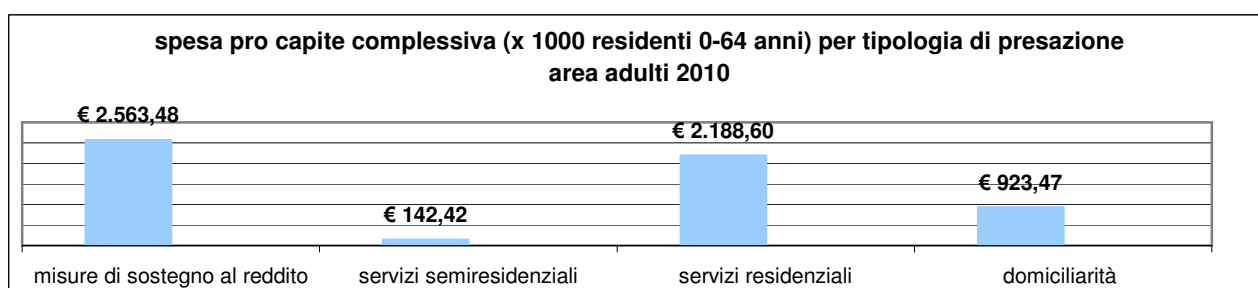
b) Prestazioni erogate

Il grafico sotto riportato suddivide il totale delle prestazioni erogate ad adulti in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuito tra le seguenti categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali e servizi residenziali. Le stesse tipologie di prestazione riportate nella torta delle attività vengono rappresentate nell'istogramma che segue in base alla spesa pro-capite (*spesa totale per tipologia di servizio per minori / pop Zonale media dell'anno * 1000*). Dal confronto tra i due grafici appare evidente il diverso peso delle singole tipologie di prestazione e la predominanza, sia numerica che economica, delle misure del sostegno al reddito. A partire dal 2008 la crisi economica, infatti, ha determinato un ricorso più assiduo ai servizi sociali che registrano un aumento della presa in carico di adulti in condizione di vulnerabilità o disagio sociale con un crescente bisogno di integrazioni o sostegni al reddito. I servizi residenziali rappresentano una voce di spesa importante soprattutto se rapportata al numero degli interventi attivati come descritto in seguito. Le altre attività risultano essere residuali ed erogate ad un numero di utenti molto basso, in particolare, gli interventi di tipo domiciliare sono attivati limitatamente in presenza di problemi sanitari.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

E' opportuno precisare che il numero degli utenti in carico al servizio non corrisponde necessariamente al numero delle prestazioni rappresentate nel grafico a fianco: le prese in carico infatti si riferiscono alle persone che si rivolgono al servizio sociale, le quali possono ricevere più tipologie di prestazioni ma anche solo prestazioni di tipo professionale, che riguardano le funzioni di sostegno, consulenza e attivazione di un processo di aiuto teso ad analizzare il problema e di cambiamento teso a migliorare la condizione presa in carico.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Misure di sostegno al reddito

n. utenti assistiti: **627**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 2.563**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 446.484**

spesso legate ad un disagio molto più profondo sia sul piano sociale, culturale, che relazionale e psicologico.

Nel 2010 gli interventi di sostegno economico rappresentano l'**86%** del totale delle prestazioni erogate dell'area adulti nella SdS di Empoli con n. **627 utenti** e costituiscono quindi la tipologia numericamente più utilizzata per le prese in carico dell'area adulti con una spesa pro-capite ogni 1000 residenti (*spesa totale per misure di sostegno al reddito/pop. residente *1000*) di **€ 2.563,48**. Di queste prestazioni è destinato a misure di sostegno economico per l'alloggio il 38% ed a misure per l'integrazione al reddito il 62%.

La spesa per questa tipologia di prestazione è di natura socio assistenziale, interamente a carico dei Comuni, i quali nel 2010 hanno speso complessivamente **€ 446.484**.

MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO

La maggior parte degli interventi in questa area riguardano la domanda di sostegno economico finalizzata all'integrazione del reddito ed al superamento del disagio abitativo, condizioni

Servizio di sostegno alla domiciliarità

n. utenti assistiti: **99**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 923**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 160.841** di cui € 45.568 a carico dei comuni

DOMICILIARITÀ

Gli interventi di assistenza domiciliare in forma diretta sono tesi a favorire la presa in carico dell'adulto in condizione di grave marginalità sociale, di non-autosufficienza o di parziale autonomia, mediante prestazioni fornite presso il proprio domicilio. Si tratta di prestazioni di natura socio-assistenziale (AD)⁵⁶ e socio-sanitaria(ADI)⁵⁷ che assolvono a carichi assistenziali ed a bisogni diversi.

⁵⁶ Assistenza domiciliare socio-assistenziale (AD) fornita in forma diretta: Servizio rivolto a persone adulte con ridotta autonomia, o grave stato di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione e accompagnamento.

La domiciliarità rappresenta il **13%** del totale delle prestazioni erogate nell'area adulti con **99** utenti, di cui 31 con disagio mentale.

La spesa pro-capite (*ogni 1000 abitanti*) è pari a **€ 1.180**, con una spesa complessiva sostenuta nel 2010 di **€ 205.625** di cui € 45.568 a carico dei comuni.

La spesa relativa all'attivazione di interventi assistenziali a domicilio riguarda persone adulte parzialmente autosufficienti e non con una quota utenti che usufruiscono di interventi domiciliari integrati (ADI) che vedono impegnate risorse del fondo sociale e del fondo sanitario.

Servizi semi-residenziali

n. utenti assistiti: 6
Spesa pro capite (x 1000): €142
Spesa pubblica complessiva 2010: € 24.806

SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

Nell'ambito dell'area di intervento "Adulti" gli inserimenti in strutture semiresidenziali sono da considerarsi come interventi a sostegno della domiciliarità poiché attivati generalmente in

favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, a seguito di traumi o di patologie acute o croniche invalidanti, per cui la struttura semiresidenziale si pone come supporto alla famiglia.

Nel 2010 i servizi semiresidenziali rappresentano l'**1%** del totale delle prestazioni erogate dell'area adulti con 6 ricoveri e con una spesa pro-capite (*spesa totale per misure di sostegno al reddito/ pop. residente *1000*) di **€142,42**.

Per la diversa componente assistenziale i servizi semiresidenziali hanno natura socio sanitaria e pertanto i costi sono ripartiti tra l'Azienda Usl (parte sanitaria) e cittadini e/o Comuni (per la parte sociale). Come si evince dalla tabella successiva il costo complessivo del servizio ammonta ad **€ 26.291** di cui, **€2.098** a carico dei Comuni, **22.708 €** a carico della Ausl e ulteriori **€ 1.485** a carico dei cittadini in forma di compartecipazione al costo del servizio.

Servizi semiresidenziali adulti anno 2010	Spesa socio assistenziale (competenza dei Comuni)	Competenza Ausl	Compartecipazione utenti	TOTALE COSTO
	€ 2.098	€ 22.708	€ 1.485	€ 26.291

Servizi residenziali

n. utenti assistiti: 26
Spesa pro capite (x 1000): € 2.188
Spesa pubblica complessiva 2010: € 381.191,15

SERVIZI RESIDENZIALI

Il ricorso all'offerta residenziale in questa area di intervento specifica riguarda persone adulte in condizione di non-autosufficienza a seguito di eventi traumatici o gravi patologie per i quali non

è possibile attivare un programma di assistenza domiciliare per assenza di rete familiare o adulti in condizione di grave marginalità sociale e disadattamento privi di risorse personali e parentali.

Tali inserimenti, quindi, riguardano generalmente persone che non rientrano nell'area della disabilità poiché in assenza di certificazione handicap, ma che si trovano in condizioni di non autosufficienza totale o parziale e non hanno la possibilità di permanere a domicilio. Meno frequenti sono gli inserimenti di persone con problemi di grave marginalità sociale, che, se pur autosufficienti, sono fortemente carenti di risorse individuali e privi di reali sostegni familiari o parentali.

La residenzialità rappresenta il **4%** del totale delle prestazioni erogate nell'area adulti nella SdS di Empoli, con **26** adulti che hanno beneficiato di prestazioni di sostegno alla domiciliarità nel 2010.

La spesa pro-capite per 1000 (*spesa totale per servizi residenziali per anziani / pop. Zonale media dell'anno * 1000*) è di **€ 2.188,60**.

Come per la semi-residenzialità anche questo tipo di servizio ha natura socio sanitaria ed i costi sono ripartiti tra l'Azienda Usl (parte sanitaria) e cittadini e/o Comuni (per la parte sociale). Come si evince dalla tabella successiva il costo complessivo del servizio ammonta ad € 480.588 di cui 256.453 € a carico dei Comuni, 124.738 a carico della Ausl e ulteriori € 99.397 a carico dei cittadini in forma di compartecipazione al costo del servizio.

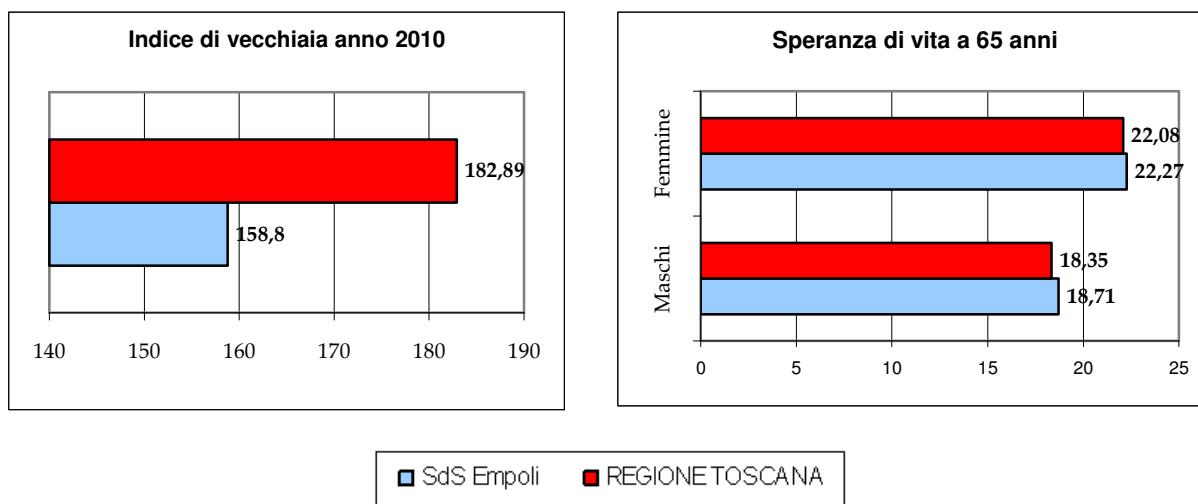
Servizi residenziali adulti anno 2010	Spesa socio assistenziale (competenza dei Comuni)	Competenza Ausl	Compartecipazione utenti	TOTALE COSTO
	€ 256.453	€ 124.738	€ 99.397	€ 480.588

⁵⁷ Assistenza domiciliare integrata (ADI) relativa a prestazioni socio-assistenziali e sanitarie integrate (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" fornite in forma diretta a persone adulte non autosufficienti per fornire il supporto necessario a mantenere la persona nel proprio ambiente di vita.

6.3 AREA ANZIANI

La tradizionale definizione di popolazione anziana basata sul parametro dell'età individua, come persone anziane, coloro che hanno compiuto 65 anni. La segmentazione degli ultra65enni in ulteriori fasce d'età, quella ultra74enne (o della "quarta età") e quella ultra80enne (grandi vecchi) permette di percepire meglio i problemi ma anche le potenzialità che l'invecchiamento demografico pone alla società moderna, considerato che le persone anziane rappresentano una sottopopolazione complessa ed eterogenea. E' infatti in questo segmento che si trovano le maggiori differenze generate, principalmente, dalle condizioni di salute e dal reddito.

Le SdS di Empoli si caratterizza per un **INDICE DI VECCHIAIA**⁵⁸ inferiore rispetto alla media regionale (dato Ars 2010), con una popolazione mediamente più giovane per effetto, principalmente, all'alta percentuale di stranieri residenti (vedi capitolo n. 1).



Nonostante dal grafico dell'indice di vecchiaia risulti evidente un posizionamento positivo rispetto alla media regionale, la popolazione ultra65enne è numericamente cresciuta sia nei maschi che nelle femmine nel corso degli ultimi anni e, poiché dai dati dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) si stima una speranza di vita a 65 anni⁵⁹ pressoché in linea con la media regionale per entrambe le SdS, è ovvio prevedere che tale fascia d'età continuerà progressivamente a crescere nei prossimi anni fino ad allinearsi, molto probabilmente, ai livelli regionali.

L'incremento della popolazione anziana ultra 84 enne e la contemporanea contrazione di quella tra 18 e 65 anni fa crescere **L'INDICE DI SUPPORTO AI GRANDI ANZIANI**⁶⁰ (dato ARS 2010), che misura la ricaduta che i grandi anziani hanno sulla popolazione adulta ed in particolare quella di età compresa tra 50 e 75 anni, che nella maggioranza dei casi si fa carico della persona in situazioni di bisogno: la SdS di Empoli presenta un tasso pari a 11.50 (vedi grafico successivo), di poco superiore alla media regionale. Il trend di crescita di questo indicatore segnala che il potenziale bisogno di assistenza da parte dei grandi anziani è in aumento rispetto al potenziale aiuto che la popolazione adulta è in grado di fornire.

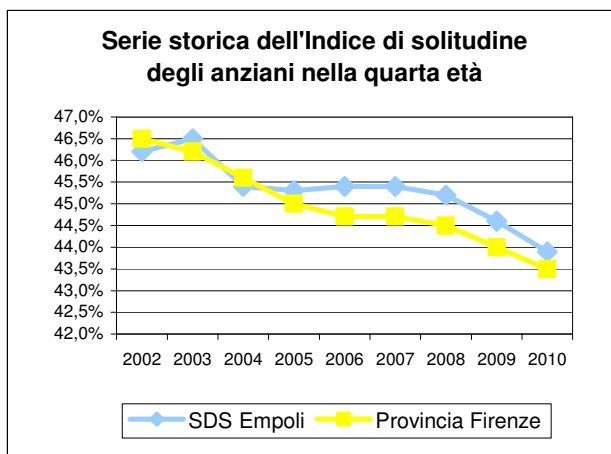
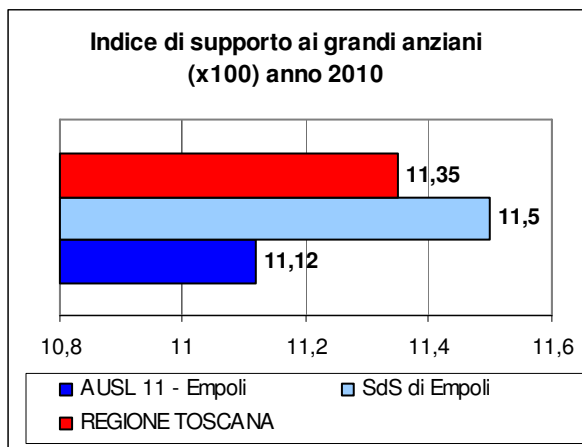
Si rileva, inoltre, che gli ultra75enni nel 2010 sono aumentati di ben 300 unità in un solo anno ed hanno raggiunto così il 54,48% del totale della popolazione anziana e l'11,51% del totale della popolazione complessivamente residente: ciò significa che attualmente una persona su due tra gli anziani della SdS di Empoli è ultra75enne. L'effetto combinato dall'incremento della speranza di vita a 65 anni e dallo scarso ripopolamento delle classi d'età più basse, porterà ad avere una quota di popolazione di persone anziane sempre più costituita da grandi anziani.

Oltre a ciò il nostro territorio presenta un **indice di solitudine degli anziani nella quarta età** (Fonte: Osservatorio Sociale Provincia Firenze) che dal 2005 supera la media provinciale, come si evince dal grafico sopra riportato. Questo indicatore si propone di approssimare il carico che assumono le persone sole nell'età in cui l'esigenza di aiuto e sostegno comincia a manifestarsi in modo rilevante: (*Vedovi/e con più di 74 anni / popolazione 74+*) x 100).

58 Indice di vecchiaia - popolazione oltre i 64 anni / popolazione 0 -14 anni. Valori sopra a 100 indicano una prevalenza di anziani sui giovani.

59Speranza di vita a 65 anni – numero medio anni di vita a partire da 65 anni.

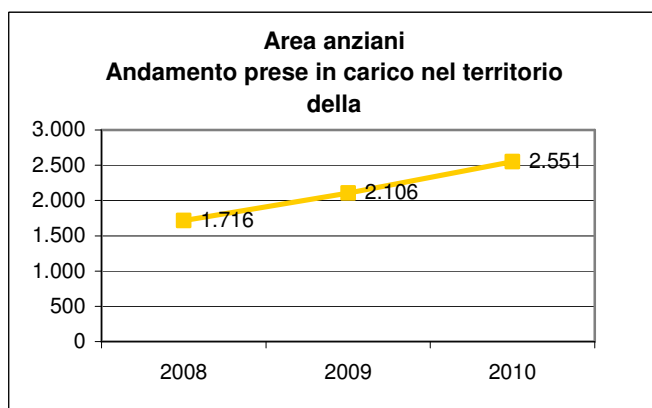
60Indice di supporto ai grandi anziani – popolazione oltre 85 anni/popolazione 50 – 74 enne



Il tendenziale processo di invecchiamento della popolazione rappresenta il principale fattore di crescita della domanda dei servizi socio-assistenziali. Per questo motivo nel 2007 la Regione Toscana ha introdotto il Progetto per la non autosufficienza, che ha comportato l'attivazione di un cospicuo numero di interventi di sostegno economico per assistente familiare e care-giver e l'adozione di nuove procedure valutative integrate della persona non autosufficiente.

a) Andamento delle prese in carico

Il progressivo incremento della domanda di servizi sia socio-assistenziali che sociosanitari che sanitari è indotto principalmente dall'aumento dell'incidenza di malattie invalidanti e cronico degenerative che accompagnano il processo di invecchiamento della popolazione.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

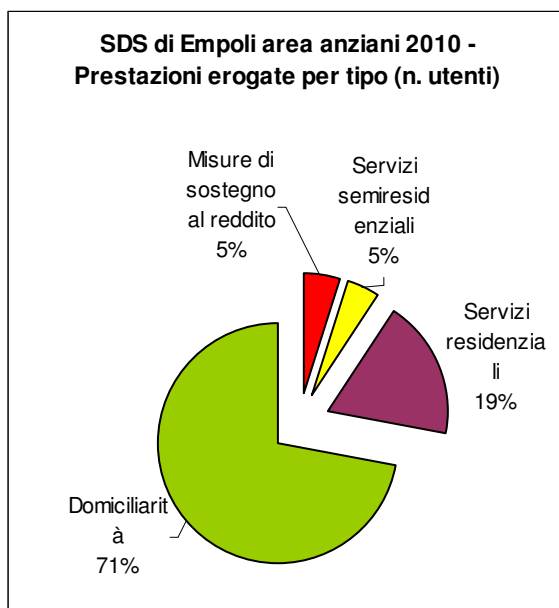
Gli anziani in carico ai servizi sociali territoriali sono aumentati sensibilmente nell'ultimo triennio anche grazie all'aumento dell'offerta assistenziale che si è realizzata con l'implementazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente ed alle nuove risorse regionali.

Nell'Empolese Valdelsa le prese in carico del 2010 sono state **2.551** in valore assoluto, con una crescita del + 48,66% in soli 3 anni, l'**80%** delle quali relative ad anziani che versano in condizione di non autosufficienza.

La presa in carico di anziani **stranieri** è numericamente irrilevante o quasi inesistente.

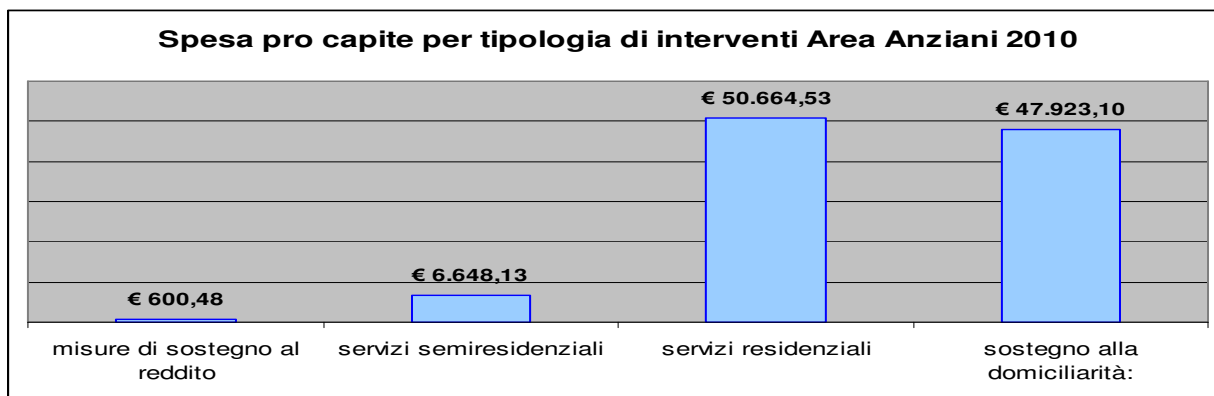
b) Prestazioni erogate

Le prestazioni con progetto personalizzato (sia progetti personalizzati del servizio sociale che dell'UVM nell'ambito del progetto non autosufficienza) erogate nel 2010 sono **n. 2914** nel territorio della SdS di Empoli, che corrispondono all'**8%** della popolazione ultra65enne residente. Il numero delle singole prestazioni (2914) supera il numero delle prese in carico (2551) perché soprattutto in questa area accade che una stessa persona presa in carico acceda a più tipologie di prestazioni (ad esempio assistenza domiciliare e contributo care giver), oppure usufruisca di prestazioni di tipo professionale, che riguardano le funzioni di sostegno, consulenza e attivazione di un processo di aiuto teso ad analizzare il problema e di cambiamento teso a migliorare la condizione presa in carico.



Il grafico di fianco suddivide il totale delle prestazioni erogate agli anziani in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuendolo tra le seguenti categorie: interventi di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, ampiamente intesi, servizi semiresidenziali e servizi residenziali¹. Appare evidente che gli interventi volti a promuovere, con varie misure, la cura della persona anziana presso il proprio domicilio sono numericamente maggiori, con una percentuale pari al **71%**. Il mero sostegno economico, la semi-residenzialità e la residenzialità rappresentano una percentuale numericamente inferiore anche se, come si evince dal grafico sotto riportato, la spesa pro-capite relativa ai servizi residenziali è particolarmente incisiva, seppur erogata ad una percentuale minore di cittadini (19% delle prestazioni erogate).

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

SdS di Empoli Anziani 2010	n. utenti 2010	spesa ASL	spesa comuni	compartecipazione utenti	totale costo
misure di sostegno al reddito	136	€ 0,00	€ 104.586,00	€ 0,00	€ 104.586,00
servizi semiresidenziali	134	€ 760.002,00	€ 397.909,00	€ 377.070,00	€ 1.534.981,00
servizi residenziali	550	€ 7.779.216,00	€ 1.045.076,00	€ 6.239.376,00	€ 15.063.668,00
sostegno alla domiciliarità:	2094	€ 5.327.878,00	€ 3.018.937,00	€ 2.129.633,00	€ 10.476.448,00
<i>DI CUI interventi di sostegno alla domiciliarità (telesoccorso, sorveglianza attiva, ex LR 108)</i>	374	€ 0	€ 129.873	€ 0	€ 129.873
<i>DI CUI assistenza domiciliare diretta (AD+ADI+ADL+ADTutolare)</i>	763	€ 1.786.809	€ 762.833	€ 29.283	€ 4.024.066
<i>DI CUI care giver e assistenti familiari (Progetto Non Auto)</i>	548	€ 0	€ 1.429.514	€ 0	€ 1.429.514
<i>DI CUI servizi residenziali di sollievo e post acuzie</i>	409	€ 3.541.069	€ 696.717	€ 2.100.350	€ 6.338.136
Tot	2914	€ 13.867.096,00	€ 4.566.508,00	€ 8.746.079,00	€ 27.179.683,00

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Misure di sostegno al reddito

n. utenti assistiti: 136
Spesa pro capite (x 1000): € 600,48
Spesa pubblica complessiva 2010: € 104.586

SOSTEGNO AL REDDITO

Gli interventi di sostegno al reddito consistono principalmente in contributi economici o buoni spesa, erogati dai servizi sociali alla persona anziana in carico qualora necessiti di

un'integrazione e di un sostegno al reddito e rappresentano il **5%** dei servizi totali erogati nell'area anziani, con **136** prestazioni erogate ed una spesa pro capite di **600,48 €** (*spesa totale sostegni al reddito per anziani / pop. Zonale media dell'anno * 1000*).

La spesa per questa tipologia di prestazione è di natura socio assistenziale, e quindi interamente a carico dei Comuni che, nel 2010, hanno speso complessivamente (e non pro-capite) per questa tipologia di prestazioni **€ 104.586**.

Domiciliarità area anziani

n. utenti assistiti: 2.094
tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare 54,74
Spesa pro capite (x 1000): € 56.220
Spesa pubblica complessiva 2010: € 9.791.956

DOMICILIARITÀ

La domiciliarità rappresenta il **71%** dei servizi totali erogati nell'area anziani nella SdS di Empoli, con **2.094** prestazioni di sostegno alla domiciliarità erogate nel 2010.

Gli interventi tesi a favorire la presa in carico dell'anziano presso il proprio domicilio sono molteplici e assolvono a carichi assistenziali ed a bisogni diversi:

- l'assistenza domiciliare diretta, svolta da personale OSA/OSS direttamente a domicilio dell'anziano, assume, a sua volta, forme diverse: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (AD)⁶¹, l'assistenza domiciliare integrata (ADI)⁶², l'assistenza domiciliare Leggera (ADL)⁶³.
- l'assistenza domiciliare tutelare (SADT) che interviene, di norma, su attivazione da parte del punto unico di accesso in relazione al bisogno rilevato e progetta in maniera integrata gli interventi di supporto alla famiglia con riconoscimento formale della UVM, è finalizzata a facilitare la dimissione ospedaliera ed è dedicata in via prioritaria ai pazienti traumatizzati, neurologici ed oncologici e, con procedura elettiva, per i pazienti accreditati in ARCO che necessitano di cure domiciliari.
- gli interventi di sostegno alla domiciliarità, sono la sorveglianza attiva, i contributi previsti dalla ex L.R. 108 e il telesoccorso;
- i contributi per il care giver e per gli assistenti familiari, previsti e finanziati dal Progetto Non Autosufficienza;
- i ricoveri di sollievo e post acuzie che, seppur svolti in strutture residenziali, vanno annoverati tra i servizi tesi a favorire la domiciliarità, perché permettono alla famiglia di organizzarsi per l'assistenza a casa nel periodo immediatamente successivo all'acuzie assistenziale (es. ricovero ospedaliero) o le permettono di essere sollevata dal carico assistenziale dell'anziano, temporaneamente inserito in RSA per un periodo definito e a termine.
- SADT (Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale) servizio domiciliare a supporto delle famiglie volto a favorire le dimissioni ospedaliere, svolto da operatori socio assistenziali, per un periodo massimo di 30 giorni. Il servizio, dedicato prevalentemente ai pazienti dimessi dal presidio ospedaliero con priorità per traumatizzati, diagnosi neurologica e oncologica, non è soggetto a compartecipazione ed è finanziato con le risorse provenienti dal Fondo Sanitario Ordinario, integrato da risorse del fondo non autosufficienza.

Il tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare complessivamente intesa e comprensiva dei ricoveri di sollievo e post acuzie (*n. assistiti di età superiore ai 65 anni in assistenza domiciliare per anziani / pop. Zonale ultra65enne *1000*) è pari a **54,74**, mentre lo stesso tasso calcolato solo sull'assistenza domiciliare (AD, ADI, ADL, SADT) nel 2010 è pari a **29,72**. Il dato Fondazione Zancan riferito al 2008

61 L'Assistenza domiciliare socio-assistenziale (AD) viene fornita in forma diretta: Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione.

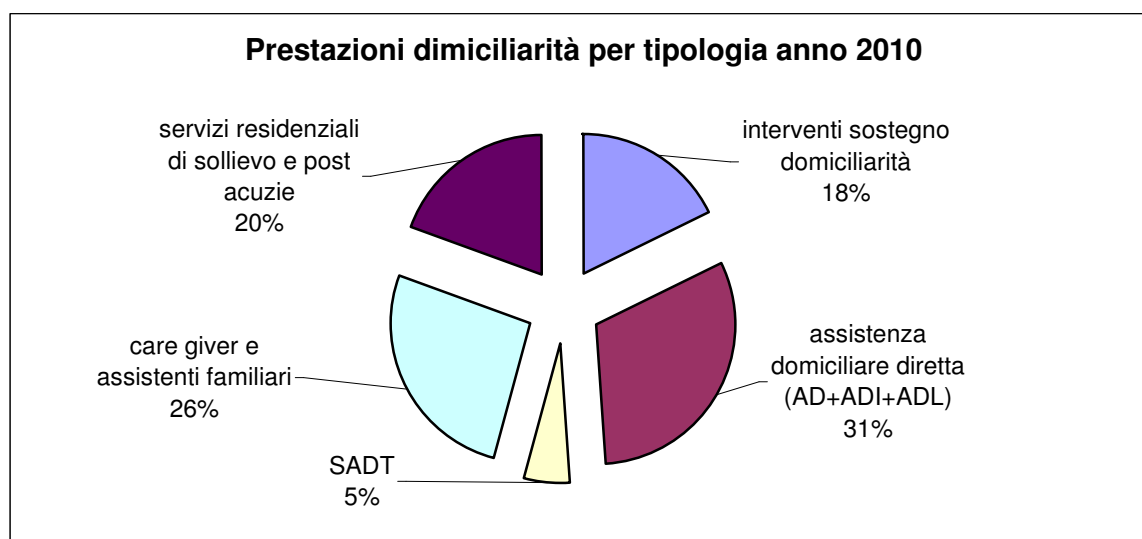
62 L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è relativa a prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio", fornite in forma diretta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita.

63 L'Assistenza domiciliare Leggera (ADL) è relativa a piccoli aiuti per l'autonomia personale, aiuto nella mobilità, accompagnamento e trasporto per disbrigo di pratiche, commissioni, pasti/spesa a domicilio e sorveglianza telefonica, per favorire il mantenimento della vita di relazione.

presenta per il territorio della SdS di Empoli un tasso pari a 22 con n. 722 utenti nell'anno, in quanto si riferisce esclusivamente agli interventi di assistenza domiciliare diretta, che nell'ultimo triennio sono notevolmente aumentati.

Nel 2010 la SdS di Empoli ha erogato n. 2094 misure relative alla domiciliarità complessivamente intesa, che corrispondono al **5,47%** della popolazione ultrasessantacinquenne residente, per una spesa pro-capite complessiva (*spesa totale per servizi domiciliari per anziani / pop Zonale media dell'anno x 1000*) di. € **56.220**, di cui 17.333,18 € a carico dei Comuni (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster)

Il costo complessivo del servizio nel 2010 è pari a € **11.921.589** di cui € 3.018.937 a carico dei Comuni, € 6.773.019 a carico dell'Ausl e € 2.129.633 a carico degli utenti in forma di compartecipazione al costo del servizio. La domiciliarità ha un forte impatto sulla spesa sanitaria per il numero di persone anziane in carico in ADI e in ADT, che gravano in larga parte sul bilancio sanitario, oltre alle quote sanitarie per i ricoveri temporanei. La compartecipazione deriva principalmente da questa ultima attività e, in forma residuale, dall'assistenza domiciliare diretta.



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Servizi semiresidenziali per persone anziane

n. utenti assistiti: 134

Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali a convezione e gestione diretta: 2,80

Spesa pro capite (x 1000): a 6.648 €, di cui 2.285 € a carico dei Comuni

Spesa pubblica complessiva 2010: €1.157.913 di cui € 397.911 a carico dei Comuni

I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI

La semi-residenzialità rappresenta il **5%** dei servizi totali erogati agli anziani nella SdS di Empoli, con **134** inserimenti in centri diurni nel 2010.

L'offerta nel territorio della SdS di Empoli è caratterizzata da 110 posti complessivi su tutto il territorio (91 a gestione diretta e 19 in convezione), di cui 17 dedicati a persone con

diagnosi di Alzheimer. Questa offerta rappresenta un indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convezione e gestione diretta per persone anziane (*n. posti in strutture semires per anziani/pop residente ultra65enne * 1000*), indice che rappresenta la capacità di assorbimento dei potenziali utenti zionali all'interno di strutture semiresidenziali, pari a **2,80**. Il dato Fondazione Zancan riferito al 2008 riporta un valore pari a 0,2 perché conteggia solo i n. di posti convenzionati non tenendo conto dei n. 91 posti dei centri diurni a gestione diretta dell'Azienda UsI 11.

Anche in questo caso la spesa è in parte di natura socio assistenziale, a carico dei Comuni, in parte a carico del servizio sanitario: la spesa pro-capite (x 1000 abitanti) è pari a **6.648 €**, mentre la spesa complessiva è di € **1.157.913** di cui € 397.911 a carico dei Comuni. Oltre all'impegno economico sostenuto dalle istituzioni sanitarie e comunali, il costo complessivo dei servizi semiresidenziali si compone anche della parte relativa alla compartecipazione degli utenti, dipendente dalla capacità economica della persona anziana inserita in struttura semiresidenziale (ISEE), che nel 2010 ammonta a 377.070 e che concorre a comporre il costo complessivo del servizio (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster). Il dato Fondazione Zancan riferito al 2008 riporta una spesa pro capite (x 1000) pari a 11.120 euro (nel 2008 il costo pro capite più altro della Regione Toscana).

Pare opportuno precisare che la spesa per strutture semi residenziali per persone anziane nel territorio della SdS di Empoli, oltre al numero di persone prese in carico, è dovuta anche ai costi della gestione

delle strutture a gestione a diretta, con particolare riferimento ai costi derivanti dall' altissima complessità assistenziale richiesta dalle persone affette da Alzheimer.

Servizi residenziali	
n. utenti assistiti:	550
indice di copertura zonale delle strutture residenziali per anziani in convenzione e gestione diretta ⁶⁴ :	14,71
tasso ricoveri temporanei in RSA: ⁶⁵	10,69 con 409 inserimenti nel 2010
prevalenza residenti permanenti in RSA ⁶⁶ :	14,37
Spesa pro capite (x 1000):	€ 50.664 di cui € 6.000 a carico dei comuni
Spesa pubblica complessiva 2010:	€ 8.824.292

SERVIZI RESIDENZIALI

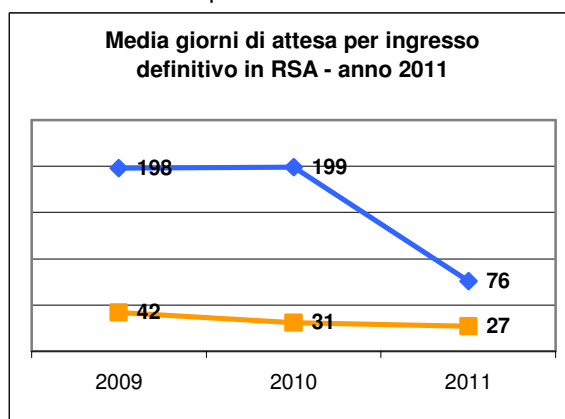
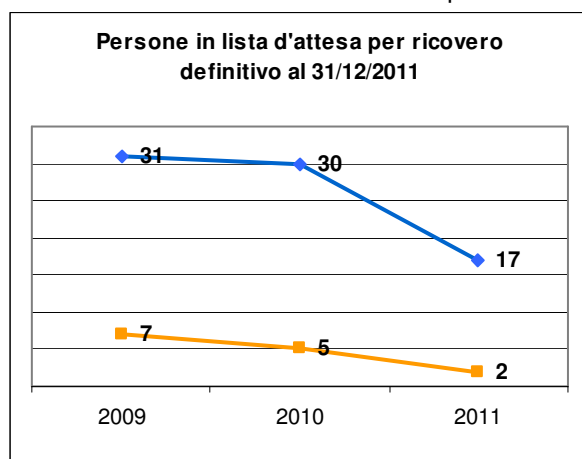
La residenzialità rappresenta il **19%** dei servizi totali erogati nell'area anziani, con **550** ricoveri nel 2011

Sul territorio della SdS di Empoli sono presenti 11 Residenze Sanitarie Assistite, 4 a gestione diretta con 137 posti letto e 7 strutture convenzionate con 355 posti letto, delle quali una a gestione pubblica diretta da parte del Comune di Montaione. Questa offerta rappresenta un indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione e gestione diretta per persone anziane (*n. posti in strutture resodenz. per anziani/pop residente ultra65enne * 1000*), indice che rappresenta la capacità di assorbimento dei potenziali utenti zionali all'interno di strutture residenziali, pari a **14,71** (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster). Il dato Fondazione Zancan riferito al 2008 riporta un valore pari a 10,6 perché conteggia solo i n. di posti convenzionati non tenendo conto dei posti letto nei centri diurni a gestione diretta dell'Azienda Usl 11.

I ricoveri in RSA si caratterizzano per una forte onerosità, sia per il servizio sanitario che per le famiglie che compartecipano alla spesa in base all'ISEE, oltre a determinare un ingente impegno economico da parte dei Comuni nei casi di integrazione delle corrispondenti quote sociali, come previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 385/2009. La spesa sostenuta dall'azienda sanitaria e dai comuni della SdS ammonta complessivamente a **€ 8.824.292**, a cui si aggiunge la compartecipazione degli utenti pari a € 6.239.376 nel 2010, il che comporta un costo complessivo di tale servizio pari a **€ 15.063.668** (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster)..

LA LISTA UNICA DI ATTESA PER GLI INGRESSI IN RSA

Le SdS di Empoli e quella del Valdarno Inferiore hanno previsto l'implementazione di una lista di attesa informatizzata per l'ingresso in RSA, a gestione diretta e convenzionate, attivata sull'intero territorio dell'Azienda USL, quindi per entrambe le zone, che viene gestita da assistenti sociali dedicati. Questo nuovo sistema ha raggiunto ottimi risultati, con una riduzione della lista di attesa e risposte più appropriate al bisogno valutato in Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.). La lista attesa non è più basata sul semplice ordine cronologico delle domande, ma sull'indice di gravità e sulla valutazione sociale (viene attribuito un punteggio che sintetizza il grado di fragilità sanitaria e di bisogno sociale della persona anziana valutata) oltre al criterio dell'urgenza, che ha permesso di rispondere puntualmente alle situazioni di emergenza (2 posti sempre liberi per emergenza). Nell'ultimo triennio, si è osservata sia una sensibile riduzione del numero di persone in lista d'attesa che del tempo medio di attesa.



◆ SdS di Empoli ■ SdS Valdarno Inferiore

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

⁶⁴ n. posti in strutture res per anziani/pop residente ultra65enne * 1000

⁶⁵ n° ricoveri temporanei in RSA/N° anziani residenti+1000

⁶⁶ n. anziani assistiti con PAP residenziale/n anziani

Come si evince dal grafico sopra riportato, il numero delle persone in lista attesa per ricovero definitivo diminuisce sensibilmente in entrambe le SdS, anche se nella SdS Valdarno Inferiore, visti i numeri di partenza, l'incidenza di tale diminuzione è meno rilevante. Al 31/12/2011 la SdS Valdarno Inferiore registra 2 persone in lista di attesa per ricovero temporaneo e 2 per ricovero definitivo, mentre la SdS di Empoli ne ha 17 per i definitivi e 4 per i temporanei.

Nell'ultimo triennio il tempo medio d'attesa è diminuito del **61%** nella SdS di Empoli e del **36%** nella SdS Valdarno Inferiore. Per la persone affette da Malattia di Alzheimer non esiste lista attesa.

FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

L'offerta di servizi alla popolazione anziana è stata integrata, a partire dal 2009, dalle risorse messe a disposizione dal Fondo per la Non Autosufficienza che ha permesso di incrementare in modo importante la tipologia e la quantità di prestazioni erogate su entrambi i territori delle SdS. Allo stesso tempo le nuove procedure di valutazione per l'accesso alle prestazioni implementate nell'ambito del progetto regionale per la non autosufficienza, che prevedono l'intervento di diverse professionalità per l'analisi del bisogno e la successiva presa in carico, hanno permesso di ottimizzare il rapporto tra bisogno assistenziale ed erogazione di prestazioni.

Il Fondo per la Non Autosufficienza, è stato istituito dalla Regione Toscana con L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008 al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone anziane non autosufficienti e migliorare le loro condizioni di vita e la loro autonomia.

Il fondo viene ripartito tra le SdS sulla base della popolazione pesata con riferimento a indicatori demografici, all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza e indicatori relativi alle persone non autosufficienti accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Le risorse così attribuite sono trasferite con vincolo di destinazione alla Società della Salute e gestite con contabilità separata per il finanziamento delle seguenti prestazioni:

- a) interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- b) interventi in forma indiretta, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- c) inserimenti in strutture semiresidenziali;
- d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- e) inserimenti permanenti in residenza.

La Regione Toscana, nonostante che il Fondo non autosufficienza nazionale sia stato completamente azzerato, ha disposto sia per il 2011 che per il 2012 un finanziamento di natura esclusivamente regionale equivalente a quanto stanziato allo stesso scopo per il 2010.

Riparto alle Zone/Distretto del Fondo regionale per la non autosufficienza - art. 3 l.r. 66/2008	2008	2009	2010	2011	2012
SdS di Empoli	€ 814.276,37	€ 1.855.264,81	€ 1.930.836,81	€ 1.931.036,47	€ 1.931.036,47
REGIONE TOSCANA	€ 20.000.000,00	€ 45.496.750,00	€ 46.000.000,00	€ 46.000.000	€ 46.000.000

Le risorse così assegnate sono state impiegate prioritariamente per potenziare il sostegno alla domiciliarità, con i contributi per le assistenti familiari (con contratto di lavoro regolare e assicurate per le 24 ore) che sono passati da n. 185 del 2008 a 512 del 2010 fino ad arrivare a ben 1.005 nel 2011, e con i contributi al care giver, passati da 47 del 2009 a 107 del 2010 a 202 nel 2011.

Di seguito si riporta la suddivisione del fondo tra le tipologie di contributi e interventi erogati nell'anno 2011 dalla SdS di Empoli.

SdS di Empoli - Utilizzo Fondo Non Autosufficienza anno 2011	
Contributi Assistenti familiari	1.297.590,59
Contributi per il Care Giver	140.262,60
Ricoveri di sollievo	42.358,64
Assistenza domiciliare	250.000,00
Prestazioni residenziali	234.311,75
TOT	1.964.523,58

La tabella seguente riporta il calcolo degli indicatori del set minimo regionale calcolati con dati propri della Fonte interna della SdS (sistema informativo Aster)

Indicatori Progetto Non Autosufficienza anno 2010	SdS di Empoli
Tasso di nuove VMD (valutazioni multidisciplinari) (SM.anziani.10) - <i>N. nuovi casi valutati in UVM / popolazione ultra65enne * 1000</i>	44,37
Tasso di predisposizione PAP domiciliari diretti (SM.anziani.11) - <i>N. nuovi pap domiciliari diretti (ore assistenza alla persona) predisposti / popolazione >= 65 anni * 1000</i>	15,58
Tasso di predisposizione PAP domiciliari indiretti (SM.anziani.12) - <i>N. nuovi pap domiciliari indiretti (contributi economici) predisposti/popolazione >= 65 anni * 1000</i>	14,33
Tasso di predisposizione di PAP residenziali permanenti (SM.anziani.13) - <i>nuovi pap residenziali permanenti predisposti / popolazione >= 65 anni (preso come numeratore n. utenti e non n. PAP) * 1000</i>	2,85
tasso di predisposizione PAP residenziali temporanei (preso come numeratore n. utenti e non n. PAP) * 1000	10,69

6.4 AREA DELLA DISABILITA'

La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale⁶⁷.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali il target di popolazione preso in considerazione comprende tutti i cittadini tra gli 0 e i 64 anni in possesso di una certificazione che accerti l'handicap⁶⁸ e/o della certificazione specialistica ai fini del sostegno scolastico, per coloro ai quali è stata rilasciata e non sostituita nel frattempo dalla certificazione di accertamento dell'handicap.

Al di sopra dei 64 anni, convenzionalmente, le persone disabili entrano a far parte del target dei cittadini anziani in condizioni di non autosufficienza, e pertanto la titolarità degli interventi nei loro confronti si sposta sugli operatori a ciò incaricati.

Nel territorio della SdS di Empoli il tasso di disabilità (*n. soggetti conosciuti portatori di handicap 0-64 anni / numero residenti 0-64 anni x 1000*) è del **11,2%**, con una media regionale del **13,7%** e il tasso di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità⁶⁹ (*Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni in situazione di gravità ai sensi degli art. 3 e 4 legge 104/92 / Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni * 100*) è pari al **50,1%**, con 1.046 soggetti accertati in condizione di gravità, contro una media regionale del 48.4% (Fonte: Rete Osservatori Sociali elaborazione su dati Regione Toscana e Istat).

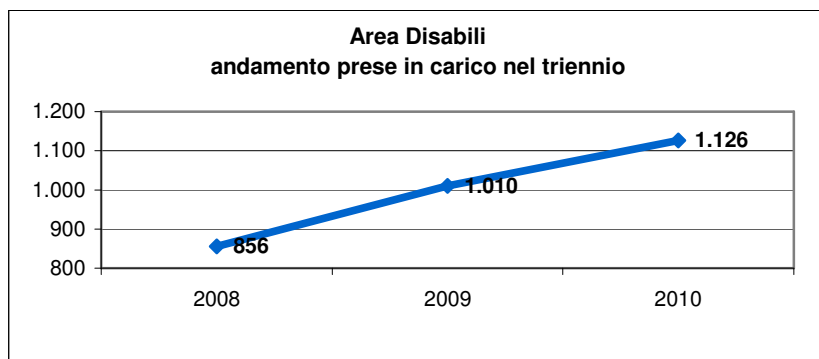
Questi indicatori sono calcolati sulla base dei soggetti portatori di handicap conosciuti e accertati, cioè tutti quelli con certificazione ai sensi della L. 104/92 e/o con la certificazione richiesta per il sostegno ai fini scolastici, ma solo una parte di tali soggetti necessita di un progetto personalizzato di intervento attivo. I conosciuti disabili, comprensivi delle attività svolte dai servizi per l'accertamento handicap nel 2010 sono complessivamente 1.311.

⁶⁷ Da "Wikipedia, l'enciclopedia libera".

⁶⁸ Il Servizio Sociale Professionale della ASL 11 è componente stabile della Commissione di medicina Legale per l'accertamento dell'Handicap ai sensi della L.104/92 e per la valutazione della capacità lavorativa ai sensi della L. 68/99 ed effettua annualmente la valutazione di circa 460 domande di cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL 11.

⁶⁹ La condizione di gravità (artt. 3 e 4 L. 104/92) riguarda soggetti accertati in situazione di plurihandicap o handicap grave.

a) Andamento delle prese in carico



I cittadini disabili in carico ai servizi sociali territoriali sono aumentati sensibilmente nell'ultimo triennio raggiungendo n. **1.126** nel 2010, con una crescita del + **31,54 %** in soli 3 anni. Il **3,29%** delle prese in carico complessive riguardano cittadini stranieri.

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

b) Prestazioni erogate

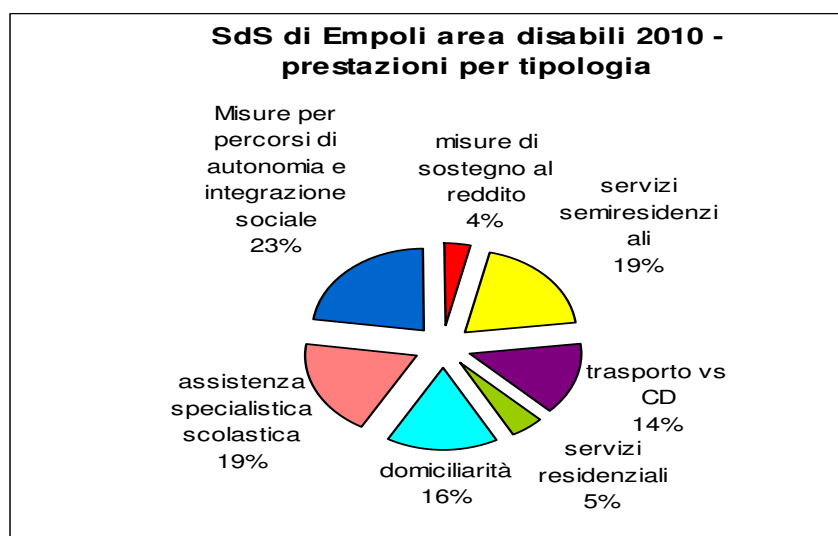
Il Servizio Sociale territoriale attiva interventi finalizzati al raggiungimento della massima autonomia della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale ed assicura risposte integrate che si basano sulla presa in carico dei soggetti e sull'attivazione degli interventi disposti dal Gruppo Operativo Multidisciplinare (GOM). Il GOM è un'equipe multiprofessionale composta da personale sociale e sanitario che, sulla base di una valutazione professionale e di una diagnosi funzionale, definisce per ogni persona con handicap un piano di assistenza personalizzato che tiene conto delle specificità del singolo portatore di handicap e definisce gli obiettivi, gli interventi e le azioni da attivare.

Nel 2010 sul territorio della SdS di Empoli le prestazioni erogate a persone in carico con progetto personalizzato attivo sono state n. **1023**.

Il grafico sotto riportato suddivide il totale delle prestazioni erogate nel 2010 nell'area "Disabilità" tra le seguenti categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali, trasporto per i centri diurni, servizi residenziali, misure per percorsi di autonomia e integrazione sociale, assistenza specialistica scolastica.

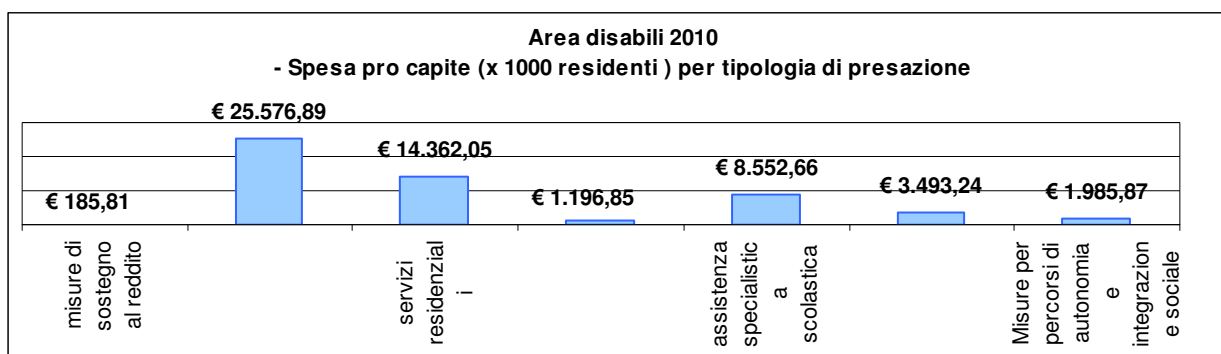
Con riferimento alla spesa sociale pro capite, (*spesa totale per servizi disabili / pop residente * 1000*) dal grafico sotto riportato appare evidente che le attività che assorbono la maggioranza delle risorse, nonostante siano rivolte al 24% delle persone disabili in carico, sono i servizi residenziali e semi-residenziali.

Sull'utilizzo di una cospicua parte delle risorse sui servizi semiresidenziali occorre riaffermare l'importanza di tutte le azioni tese a contrastare processi di esclusione e di istituzionalizzazione nonché di tutti gli interventi tesi a rimuovere gli ostacoli di ordine culturale e materiale per il raggiungimento del più alto grado di autonomia. La larga offerta di servizi semiresidenziali del territorio della SdS di Empoli, infatti, risponde alla logica del mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al sostegno concreto alle famiglie. Il ricorso alle strutture residenziali, nella tipologia del ricovero permanente, invece, riguarda esclusivamente persone prive di una rete familiare adeguata e persone disabili adulte per le quali vengono programmati ricoveri temporanei di sollievo alle famiglie.



E' opportuno precisare che il numero dei cittadini disabili in carico al servizio non corrisponde necessariamente al numero delle prestazioni rappresentate nel grafico a fianco: le prese in carico infatti si riferiscono alle persone che si rivolgono al servizio sociale, le quali possono ricevere più tipologie di prestazioni oppure solo prestazioni di tipo professionale, che riguardano le funzioni di sostegno, consulenza e attivazione del processo di aiuto.

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster



Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

area disabilità 2010 SdS di Empoli	n. utenti 2010	spesa ASL	spesa comuni	compartecipazione utenti	totale costo
misure di sostegno al reddito	41	€ 0	€ 32.363	€ 0	€ 32.363
servizi semiresidenziali	197	€ 3.399.261	€ 1.055.492	€ 0	€ 4.454.753
servizi residenziali	49	€ 1.153.969	€ 1.347.484	€ 288.255	€ 2.789.708
domiciliarità (assistenza dom. diretta, ass. dom. educativa, aiuto personale)	165	€ 0	€ 208.457	€ 0	€ 208.457
assistenza specialistica scolastica	191	€ 0	€ 1.489.626	€ 0	€ 1.489.626
Trasporto verso i centri diurni	143	€ 0	€ 608.421	€ 0	€ 608.421
Misure per percorsi di autonomia e integrazione sociale (contributi inserimento lavorativo, vita indipendente, integrazione sociale ecc.)	237	€ 0	€ 345.881	€ 24.120	€ 370.001
Tot	1023	€ 4.553.230	€ 5.087.724	€ 312.375	€ 9.953.329

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

Gli interventi di sostegno al reddito

n. utenti assistiti: **41**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 185,81**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 32.363,00**

persone con una spesa pro capite (x 1000) di **186 €**. natura socio assistenziale, e quindi interamente complessivamente **€ 32.363,00** di spesa.

SOSTEGNO AL REDDITO

I servizi sociali territoriali erogano contributi economici alla persona disabile in carico qualora questa necessiti di un'integrazione al reddito. Nel 2010 hanno beneficiato di tali misure n. **41** persone. La spesa per questa tipologia di prestazione è di **€ 32.363,00** a carico dei Comuni, che hanno sostenuto

DOMICILIARITÀ

I servizi domiciliari nell'area della disabilità consistono in interventi di assistenza domiciliare diretta socio assistenziale⁷⁰, interventi di assistenza domiciliare socio educativa⁷¹ ed interventi volti all'aiuto personale⁷². Il numero complessivo di persone disabili che nell'anno 2010 ha usufruito dei servizi di

⁷⁰ L'assistenza domiciliare socio assistenziale (di base) è svolta da operatori con qualifica di OSA (Operatore socio assistenziale) o titoli equipollenti. La finalità strategica è quella di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona e di mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/rimandare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia.

⁷¹ L'assistenza domiciliare socio-educativa viene svolta da operatori con il profilo di educatori professionali o in possesso di titoli equipollenti. Tra le principali finalità del servizio vi sono quelle di favorire l'integrazione sociale del soggetto e sostenere la famiglia nei compiti pedagogici educativi.

sostegno alla domiciliarità complessivamente intesa è pari a **165** con una spesa pro-capite ogni 1000 abitanti (*spesa totale per servizi domiciliari per disabili / pop residente * 1000*) pari a **€ 1.197,73**.⁷³ In particolare la spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili (SM.disabili.9), vale a dire la spesa specifica per assistenza domiciliare diretta socio assistenziale ogni 1000 abitanti, nel 2010 è pari a 2.209 euro (fonte rete osservatorio sociali, elaborazione su dati Regione Toscana). La spesa per le prestazioni domiciliari complessivamente intese è di natura socio assistenziale, e quindi interamente a carico dei Comuni, che hanno sostenuto complessivamente **€ 208.457,00** di spesa. Si rileva inoltre che il tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale nel 2010 è del 2,3 contro una media regionale del 5,3: sul territorio della SdS di Empoli, come vedremo, è fortemente potenziata l'assistenza semiresidenziale, sempre finalizzata a mantenere la persona disabile al proprio domicilio, e conseguentemente si ricorre in minor misura all'aiuto personale.

assistenza domiciliare
n. cittadini assistiti: 165
Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale ⁷⁴ : 2,3 (media regionale 5,2)
Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili (SM.disabili.9): € 2.209 (media regionale € 3.177)
Spesa pro capite domiciliarità complessivamente intesa (x 1000): € 1.196,85
Spesa pubblica totale: € 208.457,00

Assistenza specialistica scolastica
n. utenti assistiti: 191 + 236
Spesa pro capite (x 1000): € 8.553
Spesa pubblica complessiva 2010: € 1.489.626

ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA

Il supporto all'autonomia in ambito scolastico riguarda interventi di aiuto alla persona rivolti ad alunni disabili in condizione di gravità inseriti nelle strutture scolastiche di ogni grado, con

l'eventuale utilizzo di ausili e di sostegni in ambito scolastico.

Nel 2010 questa tipologia di prestazione è stata erogata a **191** alunni in condizioni di gravità su n. 427 ragazzi disabili inseriti nella scuola dell'obbligo, con una spesa pro capite (*spesa totale per assistenza specialistica scolastica / pop Zonale media dell'anno * 1000*) di **€ 8.552,66**. La spesa per sostenere questa tipologia di prestazioni è di natura esclusivamente socio assistenziale e quindi ricade interamente sui Comuni che investono in questo ambito complessivamente **€ 1.489.626**. I Comuni adottano una gestione tesa ad assistere gli studenti in condizione di gravità in ambito scolastico con operatori socio assistenziali (OSA) e, in alcuni casi, con operatori della comunicazione per studenti affetti da sordomutismo.

I 236 ragazzi inseriti nella scuola dell'obbligo ma che non versano in condizioni di gravità tali da necessitare di aiuto personale usufruiscono di un piano educativo individualizzato (PEI) formulato dalla scuola in collaborazione con il GOM.

I dati sopra riportati, riferiti ad attività che vengono gestite singolarmente dagli undici Comuni della SdS di Empoli, sono stati rilevati dalla scheda regionale di rilevazione annuale sulla disabilità.

Gli indicatori sotto riportati nella tabella rappresentano la situazione al 31/12/2010.

INDICATORE	SPIEGAZIONE	SDS DI EMPOLI	REGIONE TOSCANA
SM.disabili.3 - Indice di inserimento di bambini con disabilità in strutture educative (asili nido e materne)	n. bambini portatori di handicap inseriti in strutture educative/numero bambini portatori di handicap accertati in età 0-5 anni	65,85%	Dato non disponibile
SM.disabili.4 - Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell'obbligo e scuola superiore	n. alunni portatori di handicap inseriti nella scuola dell'obbligo e superiore / numero bambini portatori di handicap accertati in età 6-18 anni	96,38%	Dato non disponibile
SC.disabili.7 - Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento in ambito scolastico o extrascolastico	n. utenti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento in ambito scolastico o extrascolastico/n. soggetti portatori di handicap accertati tra 6-64 anni	6,93%	Dato non disponibile
SC.disabili.1 - Tasso di soggetti con handicap individuati a fini scolastici	N. persone con handicap individuati a fini scolastici ex art.2 DPR 24/02/1994./ n. persone con handicap accertati in età 6- 18 anni *100	66,25%	Dato non disponibile

Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster

⁷² L'aiuto personale consiste in interventi economici e di sostegno tesi a mantenere la persona in condizioni di disabilità grave al proprio domicilio senza dover ricorrere al ricovero in strutture (L.104/92).

⁷⁴ Indicatore SM.disabili.12: Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale = Numero persone con disabilità che hanno fruito di aiuto personale / Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 0-64 anni * 100

MISURE PER PERCORSI DI AUTONOMIA E INTEGRAZIONE SOCIALE

I servizi sociali territoriali attuano tutta una serie di misure, differenziate tra loro, tese al potenziamento dell'autonomia delle persone disabili ed all'attivazione di percorsi di integrazione sociale.

Le misure più rilevanti sono le seguenti:

- attività di orientamento al lavoro**, generalmente realizzata in stretta collaborazione con la Provincia, titolare della formazione/preformazione professionale, con la quale vengono stipulate idonee convenzioni. La finalità primaria è quella di incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di ragazzi diversamente abili, mediante attività di orientamento e formazione dirette ad individuare i bisogni formativi delle persone, verificandone potenzialità, limiti ed interessi da convogliare in percorsi lavorativi. Nel 2010 l'indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative⁷⁵ è di **4,85%** con 22 utenti in numero assoluto (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster).
- contributi per l'inserimento socio occupazionale**, di cui usufruiscono nel 2010 n. **72** persone con una spesa pro-capite (x 1000) di **998 €**. L'inserimento socio-occupazionale e/o socio-terapeutico è rivolto a persone con disabilità fisica/sensoriale o psico-fisica o comunque a persone in situazione di fragilità personale e sociale incapaci di promuovere autonomamente le proprie competenze sociali e lavorative nei tradizionali contesti produttivi. La finalità è quella di promuovere e potenziare le autonomie personali e sociali nello sviluppo e realizzazione di attività pratiche ed operative offrendo altresì opportunità di integrazione sociale.
- i contributi per la vita indipendente**, erogati nell'ambito del progetto regionale e collegati ad un progetto di autonomia presentato dallo stesso beneficiario, nel 2010 sono stati **10** con una spesa pro capite (x 1000) di **84 €** (spesa totale 14.598,00) nella SdS di Empoli
- i progetti di integrazione sociale** sono finalizzati a promuovere la socializzazione e l'integrazione delle persone diversamente abili nel tessuto sociale attraverso attività di svago e gioco, ma più spesso attraverso la proposta di specifiche attività laboratoriali, con lo scopo di potenziare le capacità espressive, relazionali e le risorse individuali dei partecipanti. Tra i principali progetti attivi nelle due SdS citiamo il progetto Disabilità e Tempo Libero comprensivo di uscite nel territorio e di laboratori di canto e teatro, il progetto di acquaticità, le esperienze di autonomia in brevi soggiorni estivi o soggiorni brevi in appartamento. Di tali servizi nel 2010 hanno usufruito **155** persone con una spesa pro-capite (x 1000) di **904,04 €**.

I progetti di integrazione sociale sono soggetti ad una piccola compartecipazione alle spese da parte dell'utente (24.120,00 € complessivi – derivanti dai soggiorni estivi effettuati nel 2010) ed hanno un forte valore dal punto di vista della partecipazione attiva dei soggetti alla vita sociale, alle attività del tempo libero e dello sport per la riappropriazione delle capacità personali nel rispetto dei limiti e delle abilità individuali.

servizi semi-residenziali

n. utenti assistiti: 197
Spesa pro capite (x 1000): € 25.576,89 di cui 6.060 a carico dei comuni.
Spesa pubblica complessiva 2010: € 4.490.577

SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

I centri gestiti direttamente dalla ASL 11 sono complessivamente 8, 3 nella Valdelsa, 4 nell'empolese e 1 a Fucecchio. Due di questi sono centri specialistici, uno per handicap grave e uno per autistici e quindi rispondono al bacino

territoriale dell'intera ASL, gli altri 6 centri rispondono invece ad esigenze di territorialità e coprono il fabbisogno espresso nei comuni della SdS di Empoli. L'offerta complessiva è di **200 posti** con un indice di copertura zonale delle strutture semi residenziali per persone disabili (*n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili/pop. Zonale *1000*) autorizzate, tutte a gestione diretta, pari a 1,89 (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster).

Strutture semiresidenziali disabili SdS di Empoli	Comune	n. posti
Diurno Cerbaiola	Empoli	50
Diurno Educazione motoria "San Rocco"	Empoli	23
Diurno Arco in Cielo Camaioni	Montelupo Fiorentino	18
Diurno Il Girasole	Cerreto Guidi	20
Diurno La Ginestra	Castelfiorentino	20
Diurno Villa Balli	Castelfiorentino	23
Diurno Papiro	Certaldo	25
Diurno Casa di Ventignano	Fucecchio	21

TOT 200

⁷⁵ Indicatore SM.disabili. 5: l'indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative n. soggetti portatori di handicap inseriti in attività di preformazione e formative/ n. soggetti portatori di handicap accertati in età 19-39 anni.

La maggioranza dei disabili residenti nel Comune di Fucecchio continua ad usufruire dei servizi semiresidenziali collocati sul territorio della SDS Valdarno Inferiore. Tale scelta, oltre che motivi logistici e di trasporto è stata influenzata anche dalla necessaria continuità assistenziale garantita agli utenti che hanno iniziato la frequenza in quei servizi.

Nell'anno 2010 la SdS di Empoli ha erogato servizi semi-residenziali a **197** persone disabili residenti sul territorio, raggiungendo un tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture semi-residenziali (*n. soggetti portatori di handicap inseriti in centri diurni/ n. soggetti portatori di handicap accertati in sede 19-64 anni x100*) pari a **23,42**, contro una media regionale del **11,1** (per SdS fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster; Fonte dato regionale rete osservatori regionali). La spesa pro-capite sostenuta per tale servizio (*spesa totale servizi semiresidenziali / pop residente * 1000*) è pari a **25.576,89** euro, di cui 6.060 a carico dei comuni.

Interventi semiresidenziali per persone disabili per zona socio-sanitaria	2010		
	Numero Utenti	Spesa	Spesa per utente
Lunigiana	38	439.259	11.559
Apuane	31	158.060	5.099
Valle del Serchio	40	459.535	11.488
Piana di Lucca	65	945.504	14.546
Valdinievole	85	1.017.988	11.976
Pistoiese	71	1.148.301	16.173
Pratese	190	1.786.178	9.401
Alta Val di Cecina	22	189.414	8.610
Valdera	53	1.030.262	19.439
Pisana	158	1.559.978	9.873
Bassa Val di Cecina	25	355.000	14.200
Val di Cornia	46	478.095	10.393
Elba	20	231.900	11.595
Livornese	85	1.288.598	15.160
Alta Val d'Elsa	53	687.685	12.975
Valdichiana Senese	32	416.000	13.000
Amiata Senese	25	349.488	13.980
Senese	55	839.785	15.269
Casentino	42	741.513	17.655
Valtiberina	26	269.209	10.354
Valdarno	52	687.462	13.220
Valdichiana Aretina	24	293.491	12.229
Aretina	115	1.421.903	12.364
Colline Metallifere	13	193.125	14.856
Colline dell'Albegna	35	310.508	8.872
Amiata Grossetana	21	153.292	7.300
Grossetana	30	238.880	7.963
Firenze	n.d.	n.d.	n.c.
Fiorentina Nord Ovest	151	3.151.141	20.868
Fiorentina Sud Est	135	n.d.	n.c.
Mugello	n.d.	n.d.	n.c.
SdS di Empoli	197	4.490.577	22.795
Valdarno Inferiore	64	620.706	9.699
Versilia	113	1.818.041	16.089
Toscana	2.112	27.770.879	13.149

Fonte: Rete Osservatori sociali elaborazione su dati Regione Toscana

Come si evince dalla tabella a fianco, la SdS di Empoli presenta il più alto numero di persone disabili inserite in strutture semiresidenziali e sostiene la spesa per utente più alta di tutta la regione, pari a 22.795.

L'alto costo del servizio semiresidenziale deriva, oltre che dal numero dei centri, anche dal fatto che si tratta di strutture a gestione diretta. Il costo complessivo dei servizi semiresidenziali è di 4.490.577 €, di cui 1.055.492 € di competenza dei Comuni, i restanti 3.399.261 di competenza ASL.

Su tali servizi non è richiesta alcuna compartecipazione agli utenti.

Il Trasporto

n. utenti assistiti: 143
Spesa pro capite (x 1000): € 3.493,24
Spesa pubblica complessiva: € 608.421,00

IL TRASPORTO PER I CENTRI DIURNI DISABILI

Il trasporto verso i Centri diurni è considerata una attività funzionale al servizio semi-residenziale ed ha riguardato nel 2010 n. **143** soggetti. L'alto costo del servizio, interamente a carico delle amministrazioni comunali, è determinato dalla molteplicità di

centri e dalla loro collocazione su un territorio molto ampio. Il costo annuo per il 2011 è stato di € **608.421**, con una spesa pro capite x 1000 abitanti pari a € 3.493.

I servizi residenziali

n. utenti assistiti: 49 (n.41 al 31/12/2010 dato rete osservatori sociali)

Spesa pro capite (x 1000): € 14.362 di cui € 7.737 a carico dei comuni.

Spesa per utente al 31/12/2010: € 25.058 (fonte: rete osservatori sociali)

I SERVIZI RESIDENZIALI

L'offerta residenziale per persone disabili dei nostri territori è costituita da **35** posti⁷⁶, con un indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate (*n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili / pop zonale 18-65 anni +100*), tutte gestione a diretta, pari a 0,40 (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema

informativo Aster). La spesa complessiva sostenuta per questa tipologia di servizio ammonta a € 2.501.453.

Strutture SDS Empoli	n° posti
Comunità alloggio protetta "Villa Fucini" Empoli	11
Alloggio Disabili "Casa Arrighi" Empoli	4
RSD "La Ginestra" Castelfiorentino	20
TOT	35

Dal 2009 il 20% degli ospiti delle strutture di Villa Fucini e Casa Arrighi usufruisce del servizio solo per ricoveri temporanei effettuati in situazioni di emergenza familiare e sostegno alla famiglia per i fine settimana.

La SdS di Empoli nel 2010 ha erogato servizi residenziali a **49** persone disabili residenti, e al 31/12 ospitava n. **41** cittadini disabili. Il tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali – CAD e RSD - (*n. soggetti portatori di handicap inseriti in strutture residenziali/ n. soggetti portatori di handicap accertati in sede 19-64 anni x100*) è del 5,82, mentre il tasso di utenti con disabilità inseriti in RSA (*n. soggetti portatori di handicap inseriti in RSA/ n. soggetti portatori di handicap accertati in età > 19 anni x100*) è del 4,04, con n. 30 inserimenti nel 2010 (Fonte interna UOC Servizi Sociali, sistema informativo Aster).

La spesa pro capite (X1000) per i servizi residenziali complessivi (CAD e RSA) nel 2010 è pari € **14.362** euro di cui € 7.737 a carico dei comuni: il costo complessivo è di € 2.789.708, di cui € 1.347.484 di competenza dei Comuni, € 1.153.969 di competenza Ausl e la restante parte di € 288.255 a carico degli utenti in forma di compartecipazione.

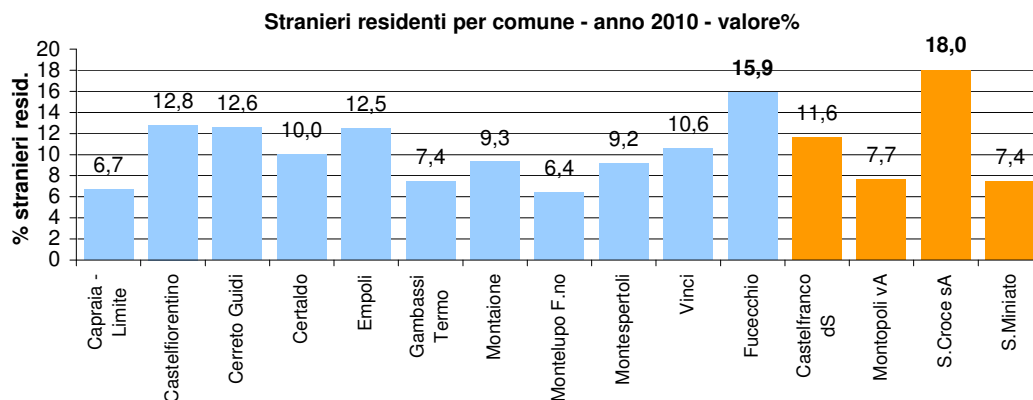
La spesa per utente dei servizi residenziali con esclusivo riferimento alle comunità alloggio disabili e alle residenze sanitarie disabili, con esclusione delle RSA, è pari a 41.516 euro, con una spesa complessiva di 1.702.172.

⁷⁶ I quattro posti letto di Casa Arrighi sono sospesi dal 2011 per motivi strutturali che non hanno permesso l'autorizzazione e l'accreditamento della struttura.

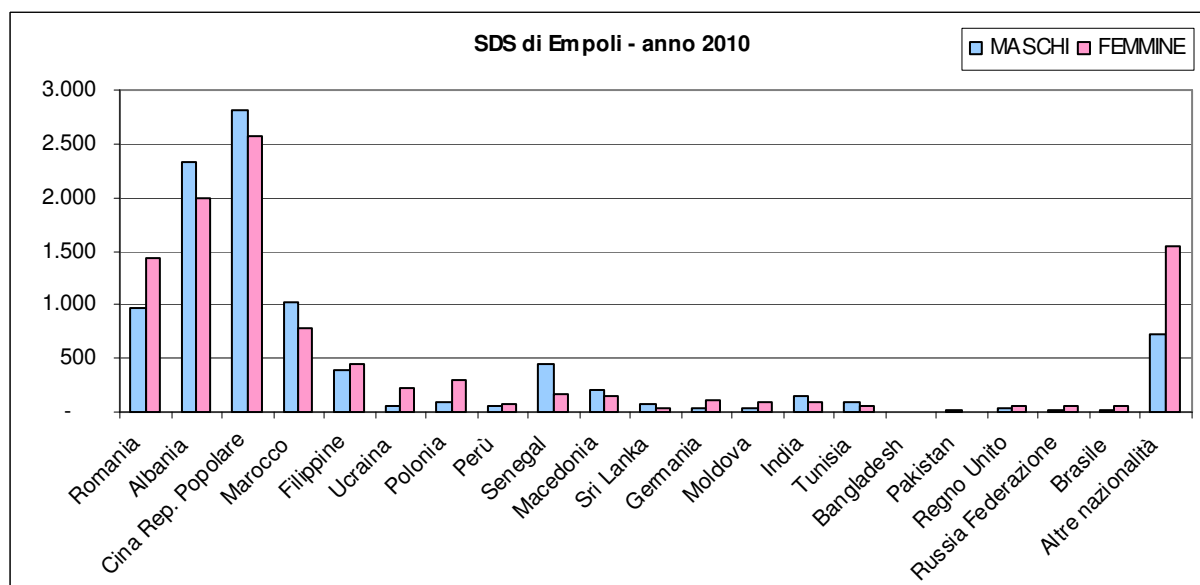
6.5 POPOLAZIONE IMMIGRATA

Nel territorio della SdS di Empoli il fenomeno dell'immigrazione assume un'importanza rilevante e concorre a determinare, in termini migliorativi, il tasso di natalità e l'indice di vecchiaia. Come già visto nel cap. 1 "Profilo Demografico", infatti, nel 2010 la percentuale di residenti stranieri si attesta all'11,4%, con valori ampiamente superiori rispetto alla media regionale del 9,7%.

Tale fenomeno non ha riguardato in modo uniforme tutto il territorio dell'Azienda UsI 11, interessando in modo particolare per la SdS di Empoli i comuni di Empoli, di Fucecchio, Cerreto Guidi, Castelfiorentino e Vinci, in cui gli stranieri residenti superano il 10%, come si evince dal grafico sotto riportato.



Le nazionalità maggiormente presenti sul territorio della SdS sono la Cina (i cinesi rappresentano infatti il 30% circa di tutta la popolazione straniera), l'Albania, la Romania il Marocco, il Senegal e le Filippine, come si rileva dal grafico seguente che rappresenta i residenti stranieri nell'anno 2010 suddivisi per paese di provenienza.

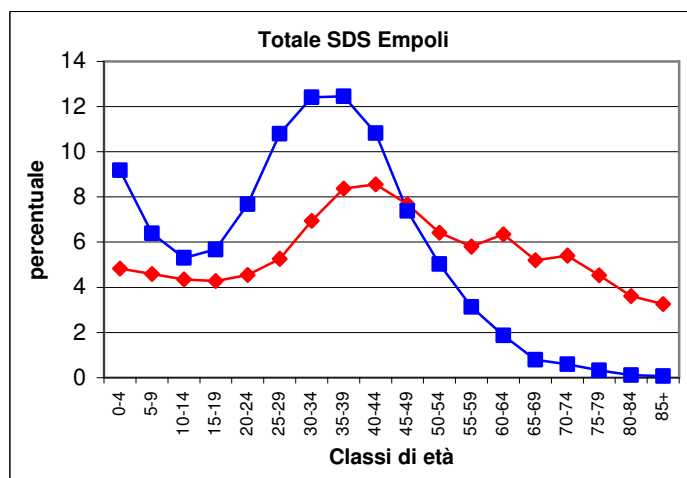
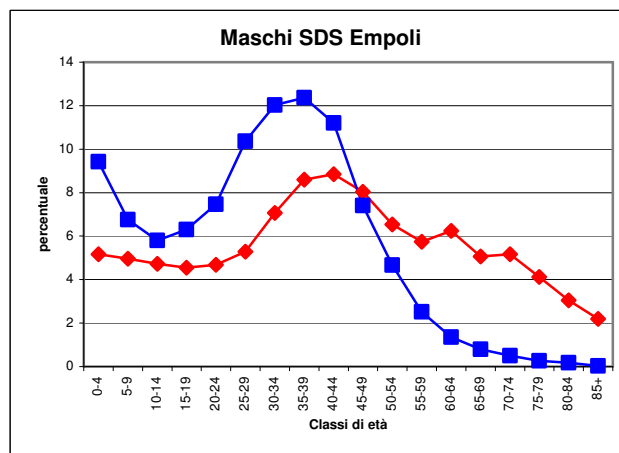
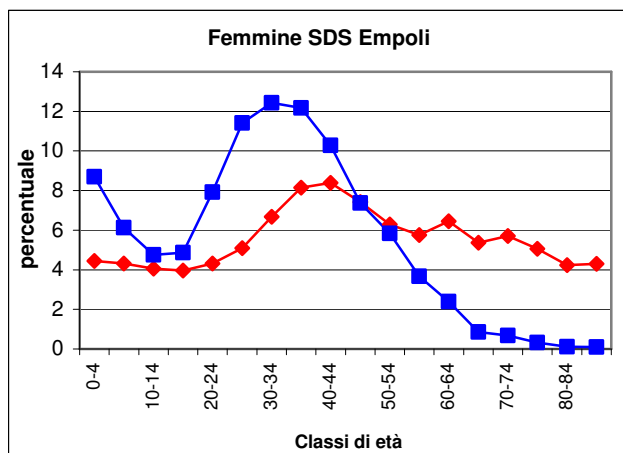


Fonte: Rete Osservatori Sociali

Il seguenti grafici sovrappongono la curva di età della popolazione italiana e quella della popolazione straniera residente, permettendo un confronto incrociato tra italiani e stranieri in funzione dell'età e del sesso. (Origine dati: ARS 2010).

Principali nazionalità SDS EMPOLI – anno 2011		
Paese	Num	%
Albania	3790	19,3
Rep.Cinese	4857	24,8
Filippine	803	4,1
Marocco	1.892	9,7
Romania	2.099	10,7
Altri	6.150	31,4
Totale	19.591	100,0

Fonte: archivio assistiti SdS di Empoli



—◆— Italiani —■— Stranieri

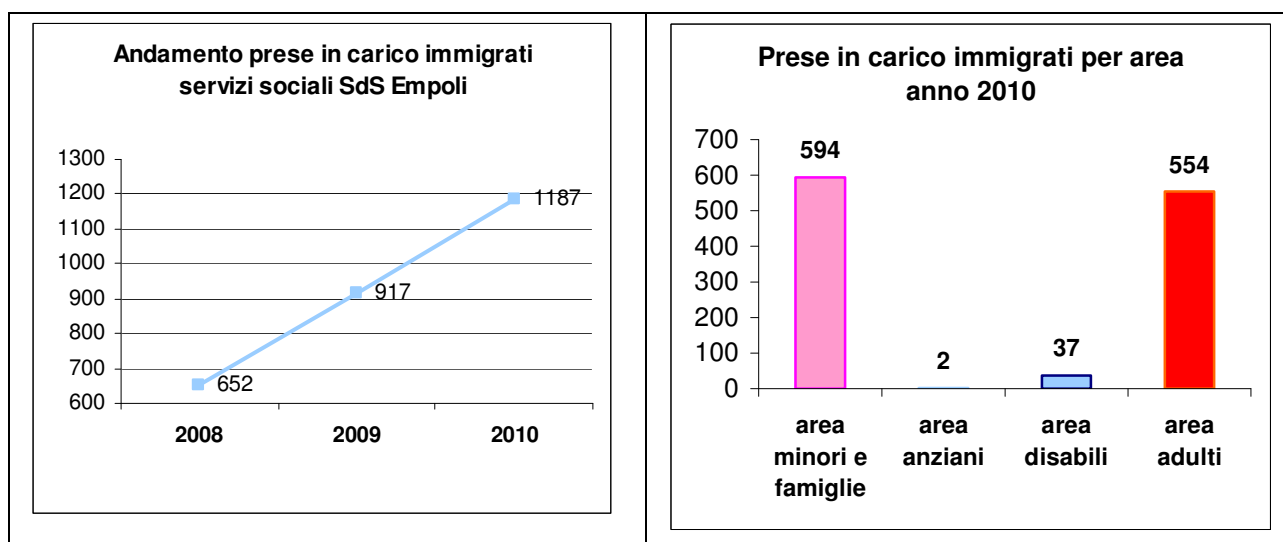
L'età media degli italiani, sia in termini complessivi che distinguendo per sesso, risulta essere sempre più elevata rispetto a quella degli stranieri. La popolazione immigrata, infatti, presenta un alto livello dei nuovi nati (in aumento negli ultimi anni) e raggiunge una presenza massima in corrispondenza dell'età che va dai 25 ai 40 anni (circa il 50% della popolazione straniera ha una età compresa tra i 25 e i 40 anni), per andare ad azzerarsi nelle classi di età ultrasessantacinquenni⁷⁷. La popolazione italiana residente, al contrario, si caratterizza per un numero inferiore di nuovi nati e un numero maggiore di persone anziane.

⁷⁷ La carenza di stranieri residenti in età anziana è probabilmente dovuto ai rimpatrio spontaneo alla fine della vita lavorativa.

Come descritto nei precedenti capitoli, la presa in carico degli cittadini stranieri residenti viene effettuata dal servizio sociale nell'ambito delle singole aree di intervento, minori e famiglie, adulti, anziani e disabilità.

Nella SdS di Empoli le persone immigrate complessivamente prese in carico dai servizi sociali territoriali sono aumentate sensibilmente nell'ultimo triennio, con **1187** persone straniere complessivamente in carico nel 2010, tali da registrare una crescita del **+ 82%** in soli 3 anni, in linea con l'aumento della popolazione straniera.

Le prese in carico totali del 2010 si distribuiscono in modo diverso all'interno delle quattro aree di intervento, come evidenzia il grafico sotto riportato che dimostra che i target di popolazione più rilevanti, con riferimento alla presa in carico di cittadini stranieri, riguardano l'area "Adulti" e l'area "Minori e Famiglie".



La tabella seguente riporta il calcolo degli indicatori del set minimo e complementare regionale relativo all'area immigrazione.

Popolazione immigrata 2010			SdS di Empoli	Regione Toscana
SM.immigrati.5	Incidenza dei minori stranieri accolti in strutture residenziali (x 100)	<i>n. minori stranieri accolti in strutture residenziali al 31/12 / tot minori accolti in strutture residenziali al 31/12 x 100</i>	20	42,76
SM.immigrati.6	Incidenza dei minori stranieri in affidamento familiare (x 100)	<i>n. minori stranieri accolti in affidamento al 31/12 / tot minori in affidamento al 31/12 x 100</i>	26,7	28,6
SC.immigrati.1	Tasso di minori stranieri non accompagnati	<i>n. minori stranieri non accompagnati segnalati / pop straniera 0-17 anni</i>	2,87	2,32

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degliInnocenti

6.5.1 Le politiche per l'immigrazione nella SdS di Empoli

A cura di Chiara Dinucci

Nel territorio della SdS di Empoli, gli undici Comuni della zona hanno perseguito le proprie politiche di integrazione attraverso la **Gestione Associata Migranti**, con delega al Circondario Empolese Valdelsa per i servizi di assistenza sociale e integrazione di stranieri, apolidi e nomadi, sottoscritta nel 2007, e rinnovata il 31 maggio scorso. Fino al 2011 la gestione operativa veniva esercitata attraverso il Centro Interculturale Empolese Valdelsa, costituito dagli 11 Comuni all'interno dell'Agenzia per lo Sviluppo Empolese Valdelsa con un protocollo d'intesa, al fine di creare spazi di dialogo e occasioni di incontro tra migranti e nativi, sviluppare all'interno del sistema scolastico politiche di accoglienza e di inserimento di studenti di madrelingua non italiana e di ascolto delle loro famiglie.

Le funzioni esercitate dal Centro Interculturale dal 2012 sono in fase di transizione verso l'Ufficio per la Gestione Associata.

Di seguito vengono elencate le principali attività che sono state svolte negli ultimi anni sul territorio della SdS di Empoli:

- servizi per le scuole, finalizzati allo sviluppo delle politiche di accoglienza, alla organizzazione della mediazione e degli interventi integrativi per l'insegnamento della lingua italiana ai bambini e ragazzi di madrelingua non italiana presenti nelle scuole del territorio, che si articolano nello specifico in:
 - o corsi di formazione per insegnanti;
 - o attività didattiche nelle scuole (laboratori di italiano L2, giochi cooperativi e di gestione dei conflitti nei contesti educativi, sperimentazioni sull'insegnamento della lettoscrittura..)
 - o servizi di mediazione linguistico - culturale;
 - o informazione alle famiglie attraverso l'elaborazione di opuscoli, formulari, materiali per la Comunicazione scuola – famiglia bilingue;
 - o consulenze e supporto alle famiglie che vogliono inserire i propri figli nelle scuole del territorio;
 - o elaborazione di strumenti e materiali specifici per monitorare i veri livelli di competenza in italiano L2 e il grado di inserimento nella scuola (schede di rilevazione, di valutazione, modelli);
 - o servizi di consulenza pedagogica e didattica e informazioni circa le procedure per l'iscrizione, l'accoglienza, l'inserimento e la valutazione degli allievi di madrelingua non italiana o figli di migranti.
- servizi per i migranti, con particolare attenzione alla formazione linguistica degli adulti migranti in linea con la finalità di promuovere la pluralità culturale sul territorio, attraverso
 - o corsi gratuiti di lingua italiana per adulti
 - o formazione di insegnanti di lingua italiana per stranieri;
 - o servizi di mediazione linguistica;
 - o informazioni sui servizi presenti sul territorio
- elaborazione e studio di materiali didattici e divulgazione di testi sull'intercultura attraverso:
 - o biblioteca sui temi dell'educazione interculturale: pedagogia e didattica interculturale, insegnamento dell'italiano come seconda lingua, letteratura della migrazione, antropologia, diritti, religioni, sviluppo ecc.
 - o organizzazione di incontri formativi sulle tematiche dell'intercultura, della didattica interculturale e della conoscenza del fenomeno immigrazione;
 - o corsi di formazione per mediatrici culturali e linguistiche;
 - o realizzazione di ricerche e studi su tematiche di interesse sociale, in particolare riguardo alle migrazioni, l'intercultura, il rapporto tra scuole e famiglie.

Inoltre sul territorio della SdS di Empoli sono presenti tre **punti informativi per stranieri** nei Comuni di Empoli, Castelfiorentino e Fucecchio, al fine di fornire consulenza, informazioni e indicazioni ai cittadini stranieri, oltre alla possibilità per gli operatori di avere una **consulenza legale** di secondo livello, in collaborazione con l'associazione "Altro Diritto" attività nata nell'ambito del progetto regionale "Resisto".

7. L'ASSISTENZA TERRITORIALE SOCIALE E SOCIO SANITARIA INTEGRATA NEL TERRITORIO DELLA SDS VALDARNO INFERIORE

Premessa

Per realizzare il profilo di salute del Sistema dei servizi sociali e socio sanitari del territorio della SdS del Valdarno Inferiore sono stati utilizzati gli indicatori del set minimo e complementare stabiliti dalla Regione Toscana e alcuni indicatori specifici ritenuti opportuni per fotografare la situazione del nostro territorio.

Le fonti dei dati utilizzati sono molteplici: quando disponibili sono state utilizzate le fonti ufficiali (rete Osservatori sociali e Fondazione Zancan), ma sono state anche utilizzate le banche dati interne al servizio sociale (in particolare fino al 31.12.2010 i dati conservati all'interno di "Gizah", il gestionale dei servizi sociali, successivamente sostituito dal software Aster di Caribel).

Non è possibile sottacere la parziale discordanza, in alcuni casi, tra le fonti interne e i dati forniti dalla rete degli Osservatori sociali e dalla Fondazione Zancan, situazioni che vengono di volta in volta segnalate, e per le quali dovranno in futuro valutarsi le azioni di miglioramento necessarie a rendere congruenti i risultati, intervenendo sia sulla modalità di raccolta del dato che sul sistema di calcolo degli indicatori.

Da un punto di vista temporale i dati che forniamo sono riferiti al 2010, anche se in taluni casi si sconfinano nel 2011, e ove vi siano delle modifiche già in corso rilevabili, si introducono degli elementi di valutazione delle tendenze 2012.

Ove possibile, per fornire un confronto, si è richiamato il corrispondente dato ASL, o il corrispondente dato provinciale, o il corrispondente dato regionale.

Risulta evidente che solo con il tempo alcuni fenomeni, oggi evidenziati, potranno essere confermati o riveduti alla luce di una maggiore continuità dei dati disponibili, anche se risulta a nostro avviso apprezzabile il quadro complessivo delle informazioni che si rendono disponibili attraverso questo paragrafo.

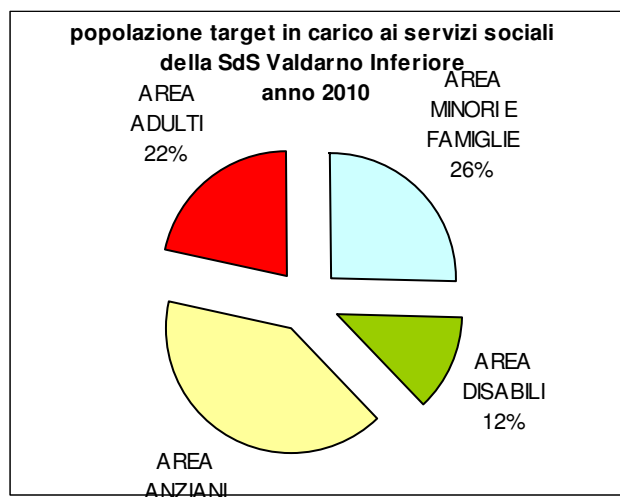
Modalità di gestione dei servizi

La SdS Valdarno Inferiore è una tra le poche Società della Salute attive sul territorio toscano che gestisce direttamente i servizi socio assistenziali e socio sanitari di competenza, mediante personale sia comandato dai comuni soci che personale assegnato funzionalmente dalla ASL 11, in attuazione di un percorso iniziato già nel 2007 e inizialmente definito "Servizio sociale funzionalmente unico".

Per la gestione delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali la SdS Valdarno Inferiore, al fine di perseguire una migliore efficienza ed efficacia dei servizi, si è dotata con la SdS di Empoli di una organizzazione unitaria in seno alla ASL 11, che gestisce direttamente le strutture e le convenzioni, con la tenuta di un'unica lista di attesa per l'ammissione in RSA.

I servizi sociali territoriali della SdS Valdarno Inferiore si articolano organizzativamente in tre aree di responsabilità dedicate rispettivamente alla gestione degli interventi per i minori e le famiglie, per la popolazione adulta e per i cittadini disabili, compresi i minori, e per la popolazione anziana auto e non autosufficiente.

A queste aree devono aggiungersi degli specifici ambiti progettuali di intervento dedicati ai cittadini immigrati, agli interventi in materia di violenza di genere (che comprendono anche la tratta), ed agli interventi a favore dell'inserimento lavorativo di soggetti con svantaggio.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Il grafico a fianco rappresenta la suddivisione dell'utenza in carico ai servizi sociali territoriali nel 2010 nei principali target di popolazione.

Gli **immigrati**, che rientrano nelle singole aree di intervento, rappresentano circa il **16%** del totale delle prese in carico nell'anno di riferimento.

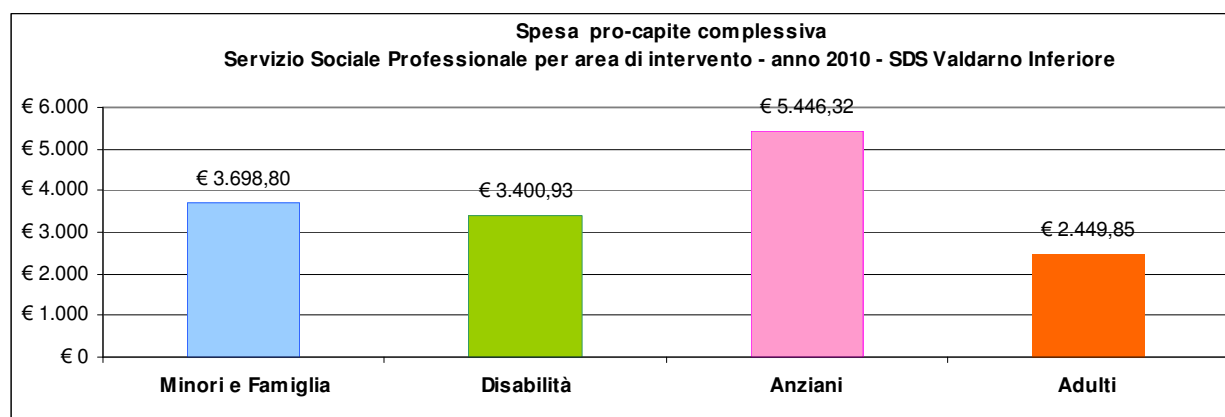
Il grafico mostra una situazione abbastanza omogenea del numero delle prese in carico nelle quattro categorie target della popolazione, con una percentuale maggiore di anziani e una percentuale inferiore di disabili.

Tale proporzione muta se si procede ad analizzare la spesa sostenuta per i diversi target, rispetto ai quali - come vedremo meglio in seguito – sono preponderanti dal punto di vista economico i costi sostenuti per gli interventi per la popolazione anziana e per i cittadini disabili, anche in considerazione della importante componente socio sanitaria che ne caratterizza le forme di assistenza, nonché per l'elevato livello di bisogno di cui molto frequentemente sono portatori questi cittadini.

a) Il Servizio Sociale Professionale

Il Servizio Sociale Professionale del Valdarno Inferiore opera al fine di favorire percorsi di crescita individuali e collettivi che sviluppino sinergie e aiutino singoli e gruppi, in situazione di svantaggio, difficoltà o a rischio di esclusione sociale ed emarginazione. Il Servizio Sociale assicura quindi la presa in carico globale della persona al fine di incidere in modo significativo sul benessere della popolazione e consente di attuare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato basato su una stretta interazione tra sistema dei servizi sociali e sanitari, in stretta collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato e del Terzo Settore, promuovendo una cultura della solidarietà e della sussidiarietà, favorendo o promuovendo iniziative di partecipazione volte alla crescita del tessuto sociale. Il Servizio Sociale in particolare riconosce la famiglia nelle sue diverse forme ed espressioni come luogo privilegiato di relazioni stabili e significative per la persona e la sostiene quale risorsa primaria, anche attraverso l'attivazione di percorsi specifici di tutela in situazioni di particolare fragilità o rischio.

Il grafico che segue illustra la distribuzione per target di popolazione della spesa pro capite (x 1000 abitanti) sostenuta dalla Società della Salute per il personale Assistente sociale, che risulta complessivamente pari a € 15.450,92, dei quali € 10.943,00 provengono dal finanziamento delle Amministrazioni comunali mentre € 4.508,00 sono relativi ad interventi di competenza dell'ASL 11.



(spesa totale per interventi di assistenza sociale professionale / pop. zonale dell'anno * 1000 - Fonte interna SdS Valdarno Inferiore)

b) L'accesso

La SdS Valdarno Inferiore dispone di una rete di punti di accesso ai Servizi sociali e socio-sanitari e di primo filtro della domanda assai variegata, ma che complessivamente garantisce un presidio forte rispetto alla cittadinanza. Essa è organizzata in **Punti Informativi Unitari (PIU)** situati presso tutte le sedi comunali e in **Punti informativi per stranieri**, con due sedi operative, a cui si aggiungono le sedi distrettuali ove vengono svolte anche le funzioni di **Punto Insieme**⁷⁸. Sono inoltre attive le collaborazioni con gli **URP** dei singoli comuni per le attività informative nonché per quelle attività che i comuni gestiscono direttamente (p. es. ERP, bandi agevolazioni tariffarie, etc.) e che hanno punti di contatto con l'attività sociale.

I PIU, istituiti al fine di dare attuazione all'art. 7 della L.R. 41/2005, sono incaricati di gestire le attività di informazione, orientamento, sostegno e mediazione nei confronti dell'utenza, nonché di gestire tutte le fasi di avvio dei diversi procedimenti amministrativi che sono di competenza della SdS. I PIU svolgono inoltre la fase iniziale del servizio di segretariato sociale, in accordo e collegamento con gli operatori del Servizio sociale professionale, nonché in alcune sedi anche la funzione di Punto Insieme. Il personale

⁷⁸ I "Punti Insieme" rappresentano il primo luogo di accoglienza della domanda e del bisogno per l'Area Anziani, con particolare riferimento agli anziani in condizione di non-autosufficienza, e sono stati istituiti in tutti il territorio regionale a seguito del Progetto per la Non Autosufficienza.

che opera nei PIU possiede sia competenze amministrative sia competenze relazionali e di mediatore culturale.

I Punti informativi per stranieri, collocati nel territorio di Santa Croce e di San Miniato, dedicano la propria attività a fornire informazioni specifiche a tutti i cittadini immigrati presenti nel territorio del Valdarno e gestiscono direttamente anche i rapporti con la Questura e il Ministero degli Interni. Gli operatori assegnati al servizio hanno la qualifica di mediatori culturali e sono in possesso di specifiche competenze linguistiche in francese, arabo, wolof, cinese e slavo.

Il set minimo di indicatori relativo alla funzione di accesso ai servizi sociali territoriali, di seguito riportato, definisce l'indice di copertura, il tasso di utenza e la spesa pro-capite del segretariato sociale attuato mediante i punti informativi unitari. Essi sono calcolati sulla base della banca dati interna alla SdS, non essendo disponibili dati ufficiali. Mancando inoltre il dato medio regionale non è possibile ad oggi proporre una comparazione efficace.

SdS anno 2010	Valdarno		Inferiore
SM.territoriale- SOC.1	Indice di copertura zonale dei punti di segretariato sociale professionale	(Numeratore : n. punti di segretariato sociale professionale Denominatore : pop. Zonale)*1000	0,06
SM.territoriale- SOC.2	Tasso di utenza del servizio di segretariato sociale professionale	(Numeratore : n. utenti/anno del servizio di segretariato sociale professionale Denominatore : pop. Zonale)*1000	71
SM.territoriale- SOC.3	Indice di copertura zonale dei punti di accesso	(Numeratore : n. punti di accesso Denominatore : pop. Zonale)*1000	0,21
SM.territoriale- SOC.4	Tasso di utenza dei punti di accesso ⁷⁹	(Numeratore : n. utenti/anno del punto di accesso Denominatore : pop. Zonale)*1000	85,22
SM.territoriale- SOC.7	Spesa pro-capite per servizi di segretariato sociale professionale (x1000)	(Numeratore : spesa totale per servizio di segretariato sociale Denominatore : pop. Zonale media dell'anno)*1000	€ 1.177,90

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

c) Il Pronto Intervento Sociale

Dal settembre 2011 la SdS Valdarno Inferiore e la SdS di Empoli hanno dato vita ad un progetto comune in tale ambito in modo da garantire l'intervento tempestivo del servizio sociale professionale nei casi di emergenza e di urgenza sociale.

Questo servizio innovativo, denominato **SEUS** (Servizio per l'Emergenza Urgenza Sociale), era stato sperimentato nel Valdarno Inferiore già a partire dalla progettazione zonale 2002-2004, sebbene riservato allora solo ad una parte della popolazione, e proseguito con progressive estensioni, dal settembre 2011. Il servizio è rivolto a tutti i cittadini residenti nei territori dei Comuni delle due SdS, o comunque presenti su tali territori, occupandosi specificatamente degli interventi sociali riguardanti bambini e adolescenti, persone adulte, disabili e anziani in situazioni di emergenza e urgenza sociale. E' inoltre attivo uno specifico protocollo di intervento riservato alle segnalazioni di violenza di genere, in raccordo con l'Associazioni operante in tale settore.

Il servizio è operativo 24h/ 24h, tutti i giorni della settimana, compresi sabato, domenica e festivi e, quindi, l'indice di copertura zonale dei presidi di pronto intervento è pari al 100% per entrambe le SdS.

Il Servizio SEUS non è attivabile direttamente dai cittadini, ma può essere contattato in ogni momento per telefono, da parte di Uffici Comunali, Servizi educativi e scolastici, Forze dell'Ordine e Polizia Municipale, Istituzioni Scolastiche pubbliche e private, Servizi Ospedalieri (tra cui risulta particolarmente importante la collaborazione con il Pronto Soccorso), Servizi sanitari della ASL 11, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Patronati, Parrocchie del territorio, Centri Caritas, Strutture dell'Associazionismo e della Cooperazione del Territorio, Strutture residenziali e di pronta accoglienza sociali e sanitarie, Operatori Domus Sociale s.r.l. per il disagio abitativo.

Il tasso di utenza dei servizi di pronto intervento, limitato al solo Valdarno Inferiore, ovvero a dove il servizio era attivo nel biennio 2010 – 2011, e rispettivamente pari a **2,92** (2010) e **2,88** (2011), ed è molto alto se confrontato con i risultati delle altre zone, nella maggior parte dei casi pari a zero (dato 2008 Fondazione Zancan). Questo valore indica il numero di utenti serviti dai servizi di pronto intervento ogni 1.000 abitanti (Numeratore: numero di utenti serviti all'anno, Denominatore: popolazione residente*1.000).

⁷⁹ Per questo indicatore sono stati presi in considerazione gli utenti dei PIU, dei punti informativi per stranieri, dei Punti Insieme e degli URP, se coerenti.

In considerazione dell'affidamento congiunto per il servizio di pronto intervento sociale a partire da settembre 2011, si è preferito fornire il dato della spesa pro-capite, pari ad € 57,41, in modo complessivo per la SdS Valdarno Inferiore e per la SdS di Empoli (*spesa totale per SEUS per entrambe le SdS/ pop .totale delle due SdS * 1000*).

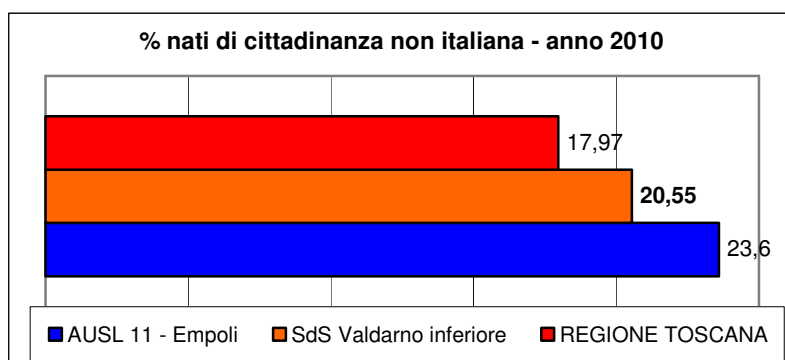
7.1 MINORI E FAMIGLIE

7.1.1. Premessa.

In questa sezione, dopo una breve sintesi dei più significativi dati demografici, ci dedicheremo a fornire un quadro sintetico del sistema dei servizi educativi per la prima infanzia e del sistema dei servizi non formali presenti sul territorio, la cui capillarità costituisce un elemento di forte presidio in ambito preventivo. Seguirà una dettagliata descrizione dei principali servizi sociali a disposizione delle famiglie, con riportati dati specifici riferiti al numero di situazioni in carico⁸⁰.

7.1.2 indicatori demografici

Nel territorio del Valdarno Inferiore la **popolazione tra 0 e 17 anni** si caratterizza per un lento ma costante incremento, con una percentuale di crescita nell'ultimo triennio pari al 4.89%, In particolare dai dati delle anagrafi comunali anno 2010 (*fonte ISTAT*) risultano censiti n. 11.203 cittadini residenti minori di 18 anni, pari al **16,52% del** totale dei residenti .



La percentuale di **minori stranieri**, si attesta intorno al 17% sul totale dei minori residenti. Comparando questo dato con la percentuale dei nuovi nati nel 2010 da genitori stranieri (**20,55%**), si delinea un continuo aumento di minori stranieri, di gran lunga superiore alla media della Regione Toscana.

Fonte: ARS Regione Toscana

Interessante rilevare pertanto che il costante aumento della popolazione minore di 18 anni, ma anche di quella maggiore di 65 anni, determina l'aumento del carico sociale e assistenziale della popolazione in età produttiva, compresa tra i 30 e i 64 anni, che negli ultimi anni si sta lievemente contraendo in numeri assoluti.

Indice di dipendenza giovanile ridefinito 2008 - 2010	2008	2009	2010
Castelfranco di Sotto	28,0	27,7	28,1
Montopoli Val d'Arno	28,6	28,6	28,2
San Miniato	26,3	26,1	26,4
Santa Croce sull'Arno	26,9	27,7	28,4
SdS Valdarno Inferiore	27,2	27,2	27,5
Provincia di Pisa	24,8	25,1	25,4
Toscana	24,9	25,1	25,3

Fonte: Rete Osservatori Sociali

Tale tendenza è confermata dall'indice di dipendenza giovanile ridefinito (*popolazione in età 0-14 anni / popolazione in età 30-64 anni x 100*), che nel Valdarno aumenta costantemente dal 2008 al 2010 e supera ampiamente la media provinciale e regionale, come si evince dalla tabella a fianco.

Richiamiamo infine in questo sede quanto già rappresentato al capitolo 2, paragrafo 2.1.6 "fragilità familiare", per ricordare che nel triennio 2008 - 2010 si riscontra anche nel Valdarno Inferiore la

⁸⁰ Risulta difficile, in questo paragrafo come nei successivi, considerato il livello di analisi consentito in questa sede, esprimersi sulla congruenza tra servizi offerti e domanda, sia in termini quantitativi che qualitativi. Si tratta tuttavia di un tema che dovrà senza dubbio essere oggetto di attenzione specifica in fase di redazione del piano integrato di salute.

progressiva riduzione della composizione media dei nuclei familiari (da 2,60 del 2008 al 2,58 del 2010) e la progressiva crescita dell'indice di instabilità matrimoniale (dall'1,68 del 2008 al 1,90 del 2010).

7.1.3 I servizi per la prima infanzia e per l'educazione non formale.

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	Tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (n. bambini accolti nei servizi educativi prima infanzia/popolazione residente 0-2 anni)			Tasso di ricettività dei servizi educativi per la prima infanzia (n. posti disponibili servizi educativi prima infanzia/ popolaz. Residente 0-2 anni)		
	A.e. 2008-2009	A.e. 2009-2010	A.e. 2010-2011	A.e. 2008-2009	A.e. 2009-2010	A.e. 2010-2011
Castelfranco di Sotto	21,73	17,97	25,33	27,30	19,27	30,81
Montopoli Valdarno	22,44	22,56	30,68	23,55	25,91	39,20
San Miniato	29,80	30,78	28,52	31,24	30,27	28,52
Santa Croce sull'Arno	27,66	25,90	25,84	31,65	28,78	26,05
SdS Valdarno Inferiore	26,38	25,68	27,67	29,07	26,97	30,22
Provincia di Pisa	24,32	24,51	24,55	26,74	26,40	26,69
Regione Toscana	27,00	27,14	27,35	27,70	28,67	30,50

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degli Innocenti

I Comuni della zona Valdarno Inferiore – come evidenzia anche la tabella soprastante - dispongono di un importante sistema di offerta di **servizi per la prima infanzia e le famiglie**, ulteriormente sviluppato negli ultimi anni, che supera di molto la media provinciale e si avvicina agli obiettivi fissati dalla comunità europea nella Conferenza di Lisbona.

Tale sistema, nonostante l'ampiezza raggiunta, mantiene tra gli elementi di criticità il permanere della presenza di liste d'attesa per l'accesso ai nidi d'infanzia⁸¹, condizione che può in parte essere superata mediante la promozione e il sostegno dell'offerta del sistema pubblico di servizi educativi per l'infanzia anche attraverso forme di convenzionamento con il privato accreditato presente nel territorio, oltre che ampliando l'offerta di servizi integrativi. Come mostra la tabella seguente l'offerta di servizi rivolti alla educazione non formale vede un aumento della domanda, con conseguente adeguamento dell'offerta.

CENTRI INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIE (CIAF)

Indicatori	a.s 2008/2009	a.s. 2009/10	a.s. 2010/11
Utenti 3-10 anni	374	331	448
Utenti 11-17	106	104	121
TOTALE	480	435	569

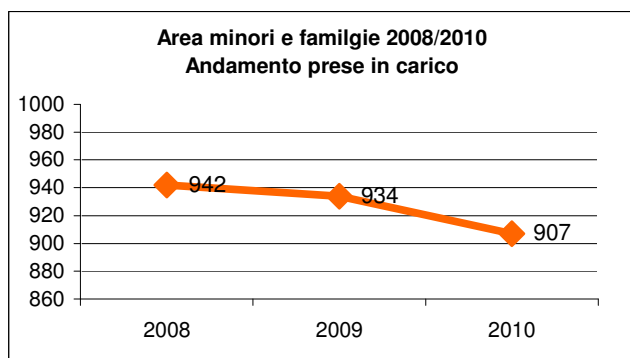
Anche in questo ambito si è resa infatti necessaria un'azione permanente di adeguamento ai bisogni educativi espressi dai diversi target di utenza ed alle azioni di sostegno alle famiglie, bisogni ed aspettative attraversate da cambiamenti connessi sia all'organizzazione del tempo lavoro delle famiglie, sia all'organizzazione del tempo scuola, sia alle problematiche educative emergenti nelle diverse fasi evolutive di bambini/e e ragazzi/e.

7.1.4. Contenuto dell'attività professionale e trend delle prese in carico

I servizi sociali dell'area minori e famiglie svolgono funzioni di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) assistenza, sostegno, aiuto alle funzioni di genitorialità oltre a funzioni di vigilanza, protezione e tutela dei minori di fronte a difficoltà e carenze nella funzione genitoriale. L'obiettivo costantemente perseguito dai servizi sociali è quello del consolidamento di un sistema basato sulla valorizzazione della famiglia, tramite il sostegno nello svolgimento dei suoi compiti educativi e di "cura" e tramite la promozione sia di reti sociali e comunitarie 'sensibili' ed accoglienti che attraverso il sostegno delle reti familiari e dei legami parentali. A tal fine vengono messe in atto misure di prevenzione e contrasto dell'emarginazione e del disagio sociale e promossi fattori protettivi per i minori che vivono in famiglia, mentre nelle situazioni ad alta complessità segnalate dalla Magistratura o da altri soggetti del territorio

⁸¹ Deve essere tuttavia segnalato che la possibilità di accedere ai buoni servizio, messi a disposizione attraverso finanziamenti Regionali, ha consentito in questi ultimi due anni alle famiglie in lista di attesa per l'accesso ai nidi d'infanzia pubblici, di poter accedere ai servizi privati.

(scuole, volontariato, vigili urbani, vicinato, ecc.) per minori che potrebbero trovarsi in una situazione di grave sofferenza e rischio evolutivo, vengono attuati interventi alternativi alla famiglia.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

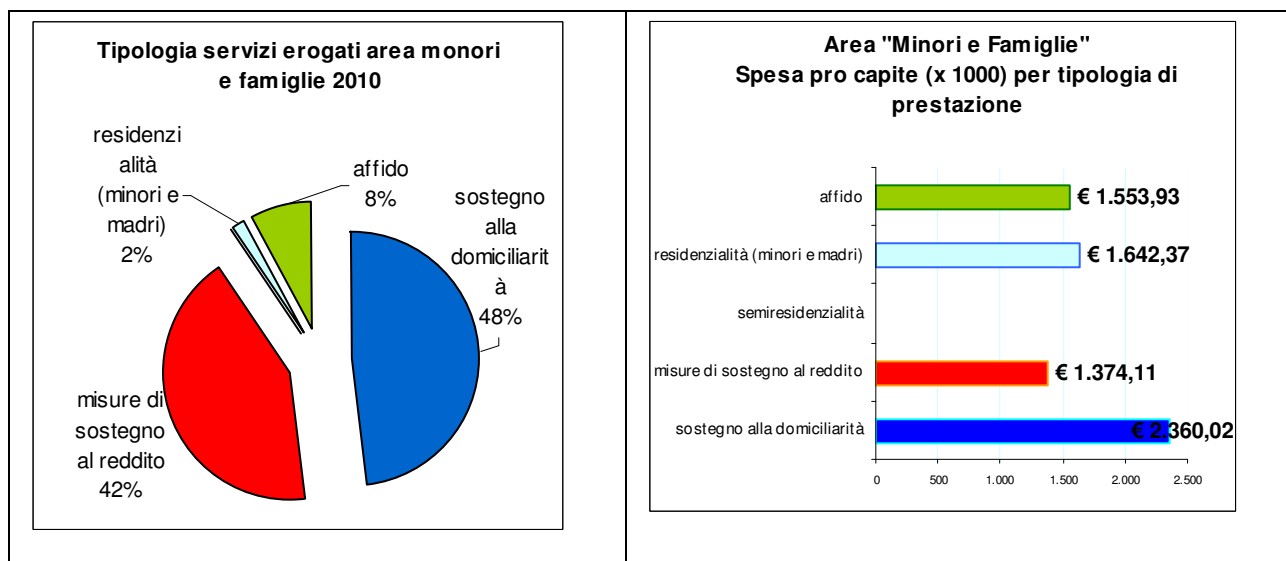
Le persone in carico al servizio sociale territoriale nel 2010 sono complessivamente **907,554** delle quali sono minorenni. Tale ultimo dato, rapportato alla popolazione residente tra 0 e 17 anni, ne rappresentano l'**8,10%**.

Andando ad analizzare il trend dell'ultimo triennio, risulta che la SdS Valdarno Inferiore ha mantenuto pressoché costante il numero complessivo di prese in carico.

Da evidenziare che le situazioni in carico di **famiglie e minori stranieri** rappresentano il **24,4%** sul totale delle prese in carico del 2010.

7.1.5 Prestazioni erogate e analisi dei servizi offerti

Il grafico che segue suddivide il totale delle prestazioni erogate a minori o nuclei familiari in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuendolo tra le seguenti categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali, servizi residenziali e affido familiare (Fonte interna SdS Valdarno Inferiore).



A fianco sono riportate le stesse tipologie di prestazioni in base della spesa pro-capite (x1000) erogata nel 2010 per ogni categoria (*spesa totale per tipologia di servizio per minori / pop Zonale media dell'anno * 1000*)⁸².

Di seguito vengono analizzate e descritte le singole tipologie di prestazione rappresentate.

⁸² E' opportuno precisare che il numero dei cittadini in carico al servizio non corrisponde necessariamente al numero delle prestazioni rappresentate nei grafici sopra riportati: le prese in carico infatti si riferiscono alle persone che si rivolgono al servizio sociale, le quali possono ricevere più tipologie di prestazioni ma anche solo prestazioni di tipo professionale, che riguardano le funzioni di sostegno, consulenza e attivazione di un processo di aiuto teso ad analizzare il problema e a favorire un cambiamento delle condizioni iniziali. Tale nota deve intendersi applicabile anche agli interventi riferiti agli altri target di popolazione illustrati nei paragrafi seguenti.

Misure di sostegno al reddito

n. assistiti: **266**

% famiglie straniere assistite: **33%**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 1.374,11**

con la rete dei servizi sociali e sanitari ed a consentire al cittadino di non rimanere in uno stato assoluto di necessità e di dipendenza, ma di intraprendere percorsi di sostegno e di vicinanza istituzionali, in grado di promuovere un innalzamento della qualità della vita e di consentirgli di trovare strumenti idonei per una proficua integrazione nel tessuto sociale e produttivo in cui vive.

Nel 2010 le misure di sostegno al reddito rappresentano il **42%** sul totale degli interventi attivati nell'area "Minori e Famiglie", con 266 assistiti ed una spesa pro-capite (*spesa totale per misure di sostegno al reddito sulla pop. Zonale media dell'anno *1000*) di **1.374,00 euro**. La percentuale di famiglie straniere che sono oggetto di interventi di sostegno al reddito è pari al **33%** sulla totalità degli interventi.

Sostegno alla domiciliarità

n. assistiti: **302** (l'**11%** dei quali per incontri protetti).

% famiglie straniere assistite: **24%**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 2.331**

Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare educativa⁸³: **12,99** (Regione: 5,4 nel 2010)

Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale⁸⁴: **0,62** con una media regionale del 1,48

sostegno educativo. Questa tipologia di assistenza comprende anche attività di ascolto, sostegno ed indirizzo educativo rivolte ai genitori, per offrire loro contesti relazionali orientati a promuovere maggiormente l'ascolto dei bisogni dei figli attraverso una maggior consapevolezza delle proprie storie e delle proprie esperienze di crescita e di vita, ed anche sostenendoli ed orientandoli nel rapporto con la Magistratura, laddove vi siano o vi siano stati provvedimenti dei Tribunali Minorile e/o Ordinario.

Il dato relativo al tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare educativa fornito dall'Osservatorio provinciale, e pari a **12,99**, rivela la particolare attenzione dedicata a questa attività dai servizi territoriali del Valdarno Inferiore. Il dato tuttavia è stimato in difetto se prendiamo in esame anche i minori seguiti mediante attività educativa di gruppo⁸⁷, includendo i quali si arriva ad un tasso di copertura del **26,33** (fonte SdS, 2010).

Tale sforzo è confermato anche sul piano dell'investimento delle risorse, che risultano pari al **48%** del totale degli interventi erogati nell'area Minori e Famiglie, con **302** minori in carico.

La SdS Valdarno Inferiore non detiene direttamente né è convenzionata con strutture **semiresidenziali per minori** sul territorio, e non ha effettuato inserimenti nell'anno 2010.

Tasso medio annuo di minori presenti in servizi semiresidenziali			
	2006/08	2007/09	2008/10
Valdarno Inferiore	0,00	0,00	0,00
Toscana	1,63	1,90	2,32

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degliInnocenti

L'inserimento in **STRUTTURA RESIDENZIALE** viene attuato dal Servizio Sociale in presenza di un provvedimento del Tribunale per i Minorenni e/o in situazioni di emergenza sociale, quando la situazione familiare risulta altamente pregiudizievole per la crescita del minore, tanto da prevedere l'allontanamento del minore dalla famiglia o l'accoglienza di madri e figli.

La residenzialità rappresenta nel 2010 il **2%** dei servizi totali erogati nell'area minori e famiglie con un numero assoluto di **10** inserimenti, con una spesa pro capite (x 1000) di **€1.642**.

83 Indicatore SC.famiglie.6, tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale: n. minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare territoriale al 31/12/2010/pop. Residente 0 -17 anni.

84 Indicatore SC.famiglie.7, Tasso di minori coinvolti in assistenza domiciliare educativa: : n. minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare educativa al 31/12/2010/pop. Residente 0 -17 anni.

85 Vedi descrizione in calce al capitolo

86 vedi descrizione in calce al capitolo

87 vedi descrizione in calce al capitolo

Tasso medio annuo di minori accolti in servizi residenziali	tasso medio annuo per 1000 minori residenti					
	2002/04	2003/05	2005/07	2006/08	2007/09	2008/10
Valdarno Inferiore	0,64	0,71	0,57	0,54	0,49	0,41
Toscana	1,28	1,50	1,64	1,42	1,30	1,24

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degliInnocenti

Nel territorio della SdS Valdarno Inferiore è presente una struttura convenzionata per l'ospitalità di 5 madri con figli, ubicata nel territorio del Comune di Montopoli in Valdarno. Può ricorrere il caso che l'ordinanza del Tribunale preveda l'allontanamento del minore in strutture situate fuori Asl o fuori Regione.

L'**AFFIDO FAMILIARE** è una risposta di cura, di tutela e di educazione per bambini temporaneamente privi di un ambiente idoneo che si attua attraverso l'inserimento dei minori presso un nucleo familiare diverso da quello originario. Si parla di affido eterofamiliare quando si prevede l'affidamento del minore ad un nucleo familiare diverso dal proprio, intrafamiliare quando l'affidamento è concesso a parenti entro il 4° grado di consanguineità e part time quando l'affidamento viene previsto per periodi brevi, per alcuni momenti della giornata o della settimana. L'istituto dell'Affido, comunque, si caratterizza per la temporaneità, per il mantenimento dei rapporti con la famiglia di origine e per la previsione di rientro del minore nella famiglia di origine. Esso riveste un'importanza primaria poiché costituisce una valida alternativa alla istituzionalizzazione dei bambini.

L'Affido familiare rappresenta l'8% dell'attività complessiva dell'area Minori e Famiglie nella SdS Valdarno Inferiore con n. 49 affidi nell'anno 2010 con una spesa pro capite (x1000) di € **1.553,00**. Sul totale dei minori che vivono fuori dalla famiglia di origine l'83,05% è in affidamento familiare. L'alta percentuale di minori in affidamento familiare fa emergere il frutto di precise politiche locali, che hanno favorito un idoneo sviluppo del Servizio e la messa a disposizione di importanti risorse e capacità professionali, oltre che economiche, queste ultime provenienti anche dai presumibili risparmi ottenuti sul fronte della residenzialità.

Indicatori set minimo su affido familiare	tasso medio annuo di affidi eterofamiliari media triennale 2008 / 2010	Tasso medio annuo di affidi part-time media triennale 2008 / 2010	Tasso medio annuo di minori in affidamento familiare media triennale 2008 / 2010	% di minori in affidamento familiare su minori che vivono fuori dalla famiglia di origine anno 2010
SdS Valdarno Inferiore	1,66	0,09	3,70	93,55
Toscana	1,09	0,16	2,19	65,30

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degliInnocenti

Il forte ricorso all'istituto dell'affidamento comporta un rapporto fra affidamenti familiari e minori accolti nelle strutture residenziali nel 2010 pari a 14,5 contro l'1,9 della media regionale, come si evince dalla tabella sottostante.

	N minori in affidamento familiare in corso al 31/12			N minori accolti nelle strutture residenziali al 31/12			Rapporto fra affidamenti familiari e minori accolti nelle strutture residenziali		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Valdarno Inferiore	56	49	58	9	5	4	6,2	9,8	14,5
Toscana	1.319	1.212	1.142	685	704	608	1,9	1,7	1,9

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degliInnocenti

Se i dati relativi all'affido segnalano una situazione positiva su quel fronte, richiede attenzione il fatto che nel 2010 si registra un significativo aumento delle situazioni ad alta complessità socio familiare con **ATTIVITÀ DI VIGILANZA, PROTEZIONE E TUTELA EFFETTUATA SU RICHIESTA DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**, rispetto alle quali i servizi sociali non hanno margine di programmazione.

Le situazioni seguite in **collaborazione con l'autorità giudiziaria** nel 2010 rappresentano il **21%** del totale delle attività su minori e famiglie (215 casi). Di questi, 159 sono i minori seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria per **maltrattamento**, di cui per **abuso sessuale** il 2,6%. Si evidenzia, inoltre, un

notevole aumento del numero di coppie genitoriali in carico per problematiche di conflittualità riferibili alla separazione e all'affidamento dei figli: nella SdS Valdarno Inferiore se ne registrano **34** nel 2010 contro i 18 del 2008 (+ **88,88%**). Questo dato produce ripercussioni in particolare su alcuni servizi, in particolare sull'Assistenza Domiciliare Educativa Minori rivolta alla gestione degli "Incontri protetti".

Indicatori set minimo su attività di vigilanza, protezione e tutela richiesta dall'Autorità Giudiziaria	Tasso medio annuo di tutele giuridiche media triennale 2007/2009	Tasso medio annuo di minori che vivono fuori della famiglia di origine media triennale 2008/2010	Tasso medio annuo di minori vittime di maltrattamenti in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria media triennale 2008/2010	Tasso medio annuo di minori vittime di abusi sessuali in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria media triennale 2008/2010
SdS Valdarno Inferiore	2,88	4,11	10,67	0,34
Toscana	2,73	3,37	1,71	0,21

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto degl'Innocenti

Tra i dati riportati nella tabella, elaborati dall'Istituto degl'Innocenti, spicca il dato del tasso medio annuo di maltrattamenti in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria, con un trend di incremento in valore assoluto da 122 situazioni segnalate nel 2008 a 171 nel 2010, dovuto anche all'attivazione dal 2008 del "PROTOCOLLO D'INTESA PER LE PROCEDURE DI COLLABORAZIONE NELLE SITUAZIONI DI DISAGIO, BULLISMO, ABUSO E MALTRATTAMENTO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA", recentemente rinnovato per il triennio 2012 – 2014. E' naturale che in fase di programmazione si dovrà tenere nel debito conto di questi dati, registrati grazie alla più stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, e che evidenziano una delle più frequenti forme di espressione del disagio che attraversano le famiglie.

Concludiamo la panoramica sull'analisi dell'offerta dei servizi sociali e sulla loro capacità di rispondere alle richieste dei cittadini affrontando il capitolo delle **adozioni**, servizio organizzato su base regionale a livello di Area Vasta, attraverso un Accordo di programma siglato da Comuni e aziende sanitarie. L'Azienda Usl 11 fa parte della Sub Area di Firenze, con Prato quale comune capofila, e conseguentemente sia la SdS di Empoli che la SdS Valdarno Inferiore sono organizzati in modo omogeneo con riferimento ai corsi di preparazione per coppie aspiranti all'adozione, alle indagini valutative sulle coppie che hanno presentato domanda di disponibilità all'adozione nazionale ed internazionale ed al percorso di affidamento Preadottivo e Post Adottivo. Il volume di attività su questo specifico settore indica un trend di circa **10 coppie all'anno** nella SdS Valdarno Inferiore che richiedono la valutazione finalizzata all'adozione, e circa **5-6 minori adottati** annualmente.

7.2 ADULTI

7.2.1 Premessa

In questa sezione, dopo una breve sintesi dei più significativi dati demografici, forniremo una dettagliata descrizione dei principali servizi sociali a disposizione della popolazione adulta in stato di bisogno, con riportati dati specifici riferiti al numero di situazioni in carico, i cui indicatori specifici sono stati calcolati quasi esclusivamente utilizzando anche dati interne al servizio sociale (sistema informativo ASTER).

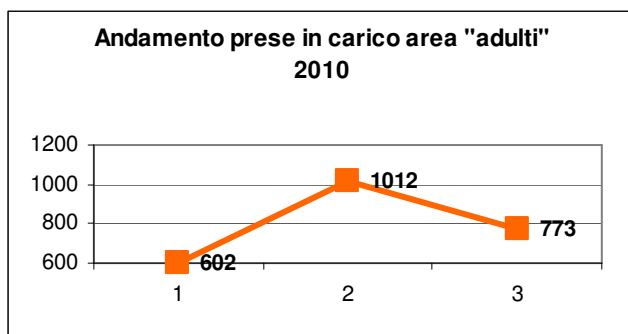
7.2.2. Indicatori demografici

La popolazione adulta comprende tutti i cittadini di età compresa tra i 18 e i 64 anni e si attesta intorno al **63%** della popolazione residente nei comuni della SdS Valdarno Inferiore, anche grazie alla forte componente migratoria che incide principalmente proprio sulla classe in età produttiva. L'**11,34%** della popolazione adulta, infatti, è rappresentato da stranieri residenti.

7.1.3. Contenuto dell'attività professionale e trend delle prese in carico

Il Servizio Sociale territoriale che si occupa di adulti opera, prioritariamente, nell'ottica di prevenzione al disagio e pone in essere interventi di sostegno alle persone perché individuino propri percorsi di autonomia, per contenere il pericolo di cronicizzazione dei problemi e l'ingresso dei cittadini in circuiti assistenziali "sine die", per limitare la perdita di beni fondamentali quali l'abitazione e il lavoro e rispondere alle situazioni di emergenza. In tale ambito è frequente la necessità di confronto e

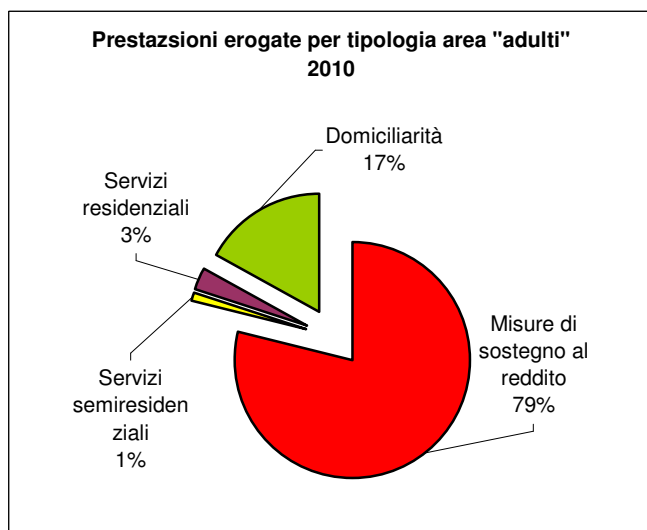
collaborazione con i servizi specialistici (salute mentale, ser.t, psichiatria.....), come rilevano anche i capitoli del presente profilo dedicati a tali ambiti.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

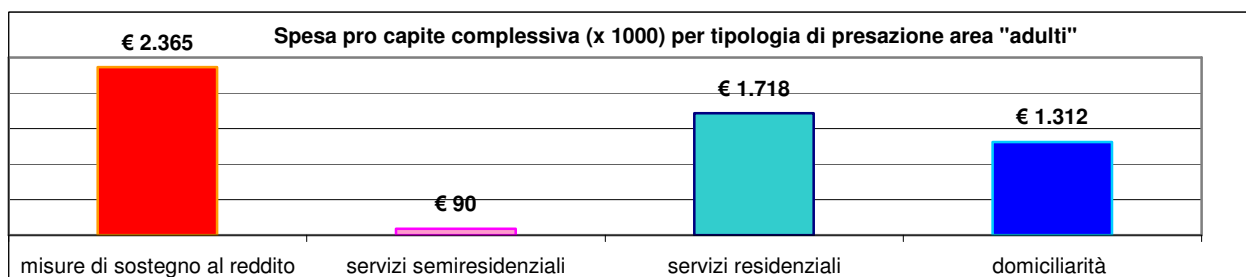
Le persone adulte in carico nel 2010 sono in valore assoluto **773** (1,80% della popolazione 18-64 anni residente), compresa l'area dipendenze e salute mentale per le quali il servizio sociale attua il proprio intervento professionale integrandosi con il Dipartimento di Salute Mentale e con la UOC Farmacotossicodipendenze. Si registra un incremento nel triennio 2008 – 2010 pari al **28,41%**.

Le prese in carico di **adulti stranieri** sul totale delle prese in carico del 2010 rappresentano il **16,82%** (130 cittadini stranieri a fronte di 643 cittadini di nazionalità italiana) e registrano un aumento del **75,87%** rispetto alle prese in carico di stranieri nel 2008 (Fonte interna SdS Valdarno Inferiore).



Il grafico riportato a fianco (Fonte interna SdS Valdarno Inferiore) suddivide il totale delle prestazioni erogate a cittadini adulti in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuendolo in 4 categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali e servizi residenziali.

In questo ambito vi è coincidenza tra spesa pro capite e il numero delle prestazioni erogate nell'indicare le misure di sostegno al reddito quali la tipologia di prestazione maggiormente richiesta ed erogata.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

7.2.4 Prestazioni erogate e analisi dei servizi offerti

Misure di sostegno al reddito
n. assistiti: 213
Spesa pro capite (x 1000): € 2.364,61
Spesa pubblica complessiva 2010: € 160.375,00

La maggior parte degli interventi in questa area riguardano la domanda di sostegno economico finalizzata all'integrazione del reddito ed al superamento del disagio abitativo, condizioni spesso legate ad un disagio molto più profondo

sia sul piano sociale, culturale, che relazionale e psicologico.

Nel 2010 gli interventi di sostegno economico rappresentano quindi il **79%** degli interventi attuati a favore della popolazione adulta del Valdarno Inferiore e risultano aver beneficiato di tale categoria di prestazioni n. **213** cittadini con una spesa pro-capite (*spesa totale per misure di sostegno al reddito/pop. residente *1000*) di € **2.364,61** e una **spesa complessiva di € 160.375,00, interamente a carico del finanziamento delle amministrazioni comunali.**

All'interno di queste erogazioni è interessante evidenziare come il 16% venga destinato a misure di sostegno economico per il mantenimento dell'alloggio e il restante 84% a misure per l'integrazione al reddito.

Servizio di sostegno alla domiciliarità

n. assistiti: **46**

Spesa pro capite (x 1000): € **1.312** di cui € 784 a carico dei comuni

Spesa pubblica complessiva 2010: € **89.011,00** di cui 53.172 a carico dei comuni

di natura socio-sanitaria (ADI)⁸⁹, che assolvono a carichi assistenziali ed a bisogni diversi.

I servizi domiciliari diretti corrispondono al **17%** dei servizi totali erogati a favore di cittadini adulti, e nel 2010 hanno riguardato n. **46** utenti. Essi sono destinati ad adulti in condizione di grave marginalità sociale, di non-autosufficienza o di parziale autonomia, e si suddividono in prestazioni di natura socio-assistenziale (AD)⁸⁸ e

Servizi semi-residenziali

n. assistiti: **3**

Spesa pro capite (x 1000): € **89,89**

Spesa pubblica complessiva 2010: € **6.096,56**

acute o croniche invalidanti, in conseguenza delle quali la struttura semiresidenziale assolve ad una funzione di supporto alla famiglia. Si tratta di una tipologia di prestazioni marginale, visto che nel 2010 sono stati interessati da questa prestazione n. 3 cittadini per una spesa complessiva di € 6.096,56, corrispondente alla quota sanitaria oltre alla compartecipazione che per il 2010 è stata pari ad € 2.937,00.

Gli inserimenti in strutture semiresidenziali sono da considerarsi come interventi a sostegno della domiciliarità poiché attivati generalmente in favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, a seguito di traumi o di patologie

Servizi residenziali

n. assistiti: **8**

Spesa pro capite (x 1000): € **1.718,36** di cui € 866 a carico dei comuni

Spesa pubblica complessiva 2010: € **116.544,13** di cui € 58.731,30 a carico dei comuni

marginalità sociale e disadattamento privi di risorse personali e parentali. Tali inserimenti, quindi, riguardano generalmente persone che non rientrano nella categoria "disabili" poiché in assenza di specifica certificazione, ma che si trovano in condizioni di non autosufficienza totale o parziale e non hanno la possibilità di permanere a domicilio.

Questa tipologia di prestazione rappresenta il **3%** delle prestazioni totali erogate a favore di cittadini adulti, corrispondenti a n. **8** persone inserite in struttura. Come per i servizi semiresidenziali, la spesa ha natura socio sanitaria ed è a carico dell'Azienda sanitaria per la quota sanitaria e del cittadino, con eventuale integrazione del comune di residenza, per la quota sociale. Per l'anno 2010 la spesa pro-capite (x 1000) ammonta a € **1.718,00** di cui € 866 a carico dei comuni. La compartecipazione complessiva da parte dei cittadini per il 2010 è pari a € 19.892,50.

Il ricorso all'offerta residenziale per cittadini adulti riguarda persone in condizione di non-autosufficienza a seguito di eventi traumatici o gravi patologie per i quali non è possibile attivare un programma di assistenza domiciliare per assenza di rete familiare, oppure – ma in misura molto contenuta - adulti in condizione di grave

7.3 ANZIANI

7.3.1 Premessa

In questa sezione, dopo una breve sintesi dei più significativi dati demografici, forniremo una dettagliata descrizione dei principali servizi sociali a disposizione della popolazione anziana auto e non autosufficiente, con riportati dati specifici riferiti al numero di situazioni in carico, i cui indicatori specifici sono stati calcolati quasi esclusivamente utilizzando banche dati interne al servizio sociale (sistema informativo ASTER).

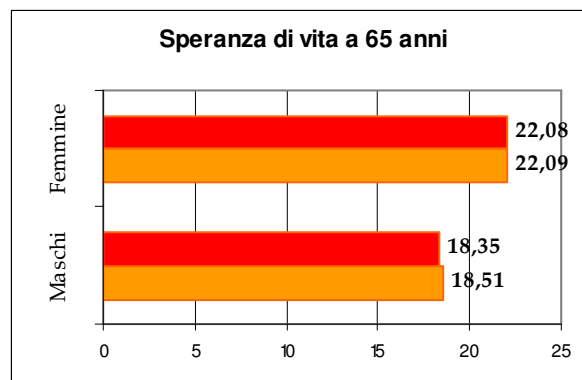
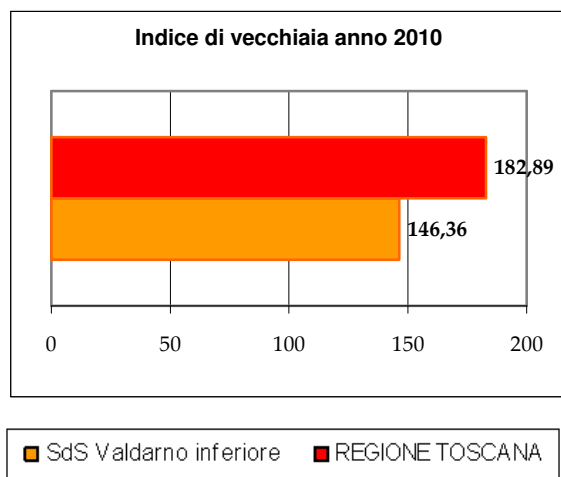
⁸⁸ vedi descrizione in calce al capitolo

⁸⁹ vedi descrizione in calce al capitolo

7.3.2. Indicatori demografici

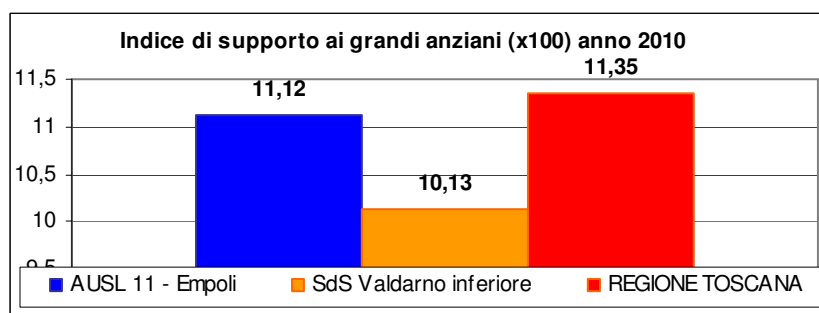
La tradizionale definizione di popolazione anziana basata sul parametro dell'età individua, come persone anziane, coloro che hanno compiuto 65 anni. La segmentazione degli ultra65enni in ulteriori fasce d'età, quella ultra74enne (o della "quarta età") e quella ultra80enne (grandi vecchi) permette di percepire meglio i problemi ma anche le potenzialità che l'invecchiamento demografico pone alla società moderna, considerato che gli anziani rappresentano una sottopopolazione complessa ed eterogenea. E' infatti nel segmento della popolazione anziana che si trovano le maggiori differenze generate, principalmente, dalle condizioni di salute e dal reddito.

Le SdS Valdarno Inferiore, con **13.763** cittadini ultrasessantacinquenni, si caratterizza per un **indice di vecchiaia**⁹⁰ al di sotto della media regionale (*dato Ars 2010*) e per una popolazione mediamente più giovane di quella regionale, per effetto, principalmente, dell'alta percentuale di stranieri residenti (vedi capitolo n. 1 "Profilo Demografico").



Nonostante dal grafico dell'indice di vecchiaia risulti evidente un posizionamento positivo rispetto alla media regionale, la popolazione ultra65enne è numericamente cresciuta sia nei maschi che nelle femmine nel corso degli ultimi anni e, poiché i dati dell'Agenzia Regionale di Sanità assegnano ai cittadini del Valdarno una **speranza di vita a 65 anni**⁹¹ pressoché in linea con la media regionale, è prevedibile che tale fascia di età continuerà progressivamente a crescere nei prossimi anni fino ad allinearsi, molto probabilmente, ai livelli regionali.

A conferma di questa situazione temporaneamente di maggior favore del Valdarno Inferiore interviene anche il dato relativo all'**indice di supporto ai grandi anziani**, pari a 10,13, e sensibilmente inferiore sia del dato complessivo ASL 11 (11,12), che di quello della media regionale (11,35).



L'indice misura il rapporto tra il numero di ultra 84enni e quello della popolazione che potrebbe occuparsi della loro assistenza - dato ARS 2010.

7.3.3. Contenuto dell'attività professionale e trend delle prese in carico

Le attività del Servizio Sociale territoriale rivolte agli anziani auto e non auto sufficienti hanno come obiettivo primario quello di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona,

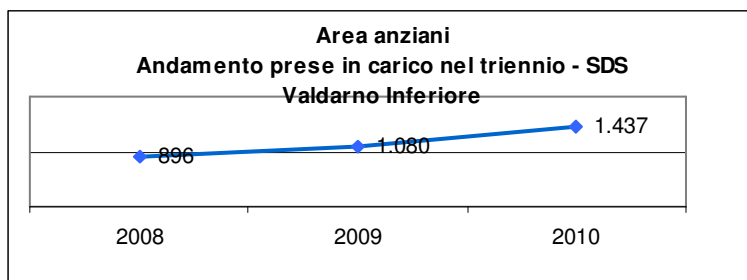
⁹⁰ L'indice di vecchiaia misura quanti anziani ultra sessantacinquenni sono presenti nella popolazione residente ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni.

⁹¹ Indicatore SM.anziani.2, speranza di vita a 65 anni maschi e femmine, rappresenta il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età di 65 anni all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età di 65 anni. Fonte ARS

limitando i processi di istituzionalizzazione o marginalizzazione e operando per mantenerla nel proprio ambiente di vita anche tramite il sostegno all'azione di cura della famiglia.

Tale obiettivo viene perseguito attraverso la promozione di iniziative di comunità, volte a valorizzare la socializzazione e l'utilizzo del tempo libero, riconosciute quali elementi centrali nella prevenzione e contrasto alla perdita delle autonomie e delle competenze; l'erogazione diretta, anche mediante la collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato, di servizi e prestazioni a carattere domiciliare; la messa a disposizione di servizi a carattere semiresidenziale e diurno, anche al fine di consentire un parziale sollievo alle famiglie impegnate in carichi assistenziali elevati.

Dal punto di vista dell'andamento della domanda di servizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari, l'aumento dell'incidenza di malattie invalidanti e cronico degenerative che accompagnano il processo di invecchiamento della popolazione anziana, coniugato ai fattori demografici sopra richiamati, comporta anche nel Valdarno Inferiore un progressivo incremento dei bisogni, e quindi della domanda.



Gli anziani in carico ai servizi sociali territoriali sono aumentati sensibilmente nell'ultimo triennio passando da 896 del 2008 a **1.437** del 2010, con una crescita del + 60,38% nel triennio.

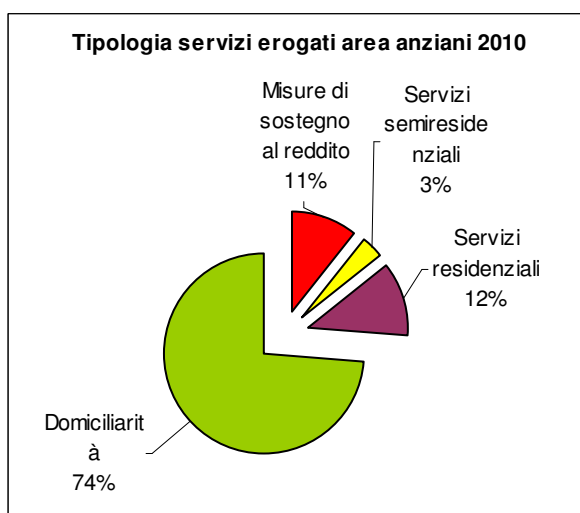
La presa in carico di anziani **stranieri** è numericamente irrilevante.

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Il **49,41%** delle situazioni in carico riguarda anziani che versano in stato di non autosufficienza, mentre l'altra parte di attività rilevata è rivolta a soggetti autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con proposte che spaziano dal semplice aiuto domestico fino all'inserimento in uno dei 4 Centri di socializzazione pubblici presenti sul territorio, oppure alla partecipazione ad attività estive, tra cui sono comprese anche i soggiorni.

7.3.4. Prestazioni erogate e analisi dei servizi offerti

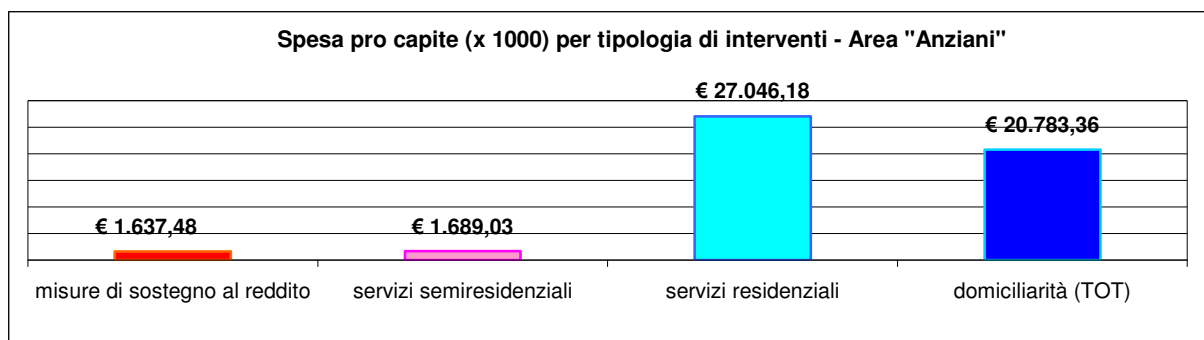
Nel corso del 2010 le prestazioni erogate dal Servizio sociale della SdS Valdarno Inferiore a favore di cittadini anziani – esclusi gli interventi di socializzazione – ammontano a **960** e riguardano il 7% della popolazione ultra65enne residente.



Il grafico riportato a fianco suddivide il totale delle prestazioni erogate a cittadini anziani in carico nel 2010 in base alla tipologia di prestazione di cui hanno beneficiato distribuendolo tra le seguenti categorie: misure di sostegno al reddito, servizi di sostegno alla domiciliarità, servizi semiresidenziali e servizi residenziali.

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Appare evidente che gli interventi volti a promuovere, con varie misure, la cura della persona anziana presso il proprio domicilio sono quelli che vanno a raggiungere il maggior numero delle persone anziane in carico ai servizi sociali, con una percentuale pari al **74%** delle prestazioni totali erogate nel 2010, ciò anche grazie al progetto per la non autosufficienza. Il mero sostegno economico, la semi-residenzialità e la residenzialità rappresentano una percentuale numericamente inferiore anche se, come si evince dai grafici sotto riportati, la spesa pro-capite relativa ai servizi residenziali è particolarmente incisiva, seppur destinata a sostenere una percentuale minore di cittadini (12%).



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

SdS Valdarno Inferiore Anziani 2010	n. utenti	spesa competenza a ASL	spesa di competenza comuni	compartecipazione utenti	totale costo
misure di sostegno al reddito	105	€ 0	€ 111.059	€ 0	€ 111.059
servizi semiresidenziali	31	€ 93.123	€ 21.432	€ 44.303	€ 158.858
servizi residenziali	118	€ 1.424.302	€ 410.051	€ 1.544.160	€ 3.378.513
sostegno alla domiciliarità:	706	€ 487.373	€ 922.216	€ 149.167	€ 1.558.757
<i>DI CUI interventi di sostegno alla domiciliarità (telesoccorso, sorveglianza attiva, ex LR 108)</i>	58	€ 0	€ 49.945	€ 0	€ 49.945
<i>DI CUI assistenza domiciliare diretta (AD+ADI+ADL+ADTutolare)</i>	342	€ 288.346	€ 358.208	€ 8.338	€ 654.892
<i>DI CUI care giver e assistenti familiari (Progetto Non Auto)</i>	218	€ 0	€ 495.035		€ 495.035
<i>DI CUI servizi residenziali di sollievo e post acuzie</i>	88	€ 199.028	€ 19.028	€ 140.829	€ 358.885
Tot	960	€ 2.004.798	€ 1.464.758	€ 1.737.630	€ 5.207.187

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Misure di sostegno al reddito area anziani

n. assistiti: **105**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 1.637,48**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 111.059,00**

Gli interventi di sostegno al reddito consistono principalmente in contributi economici o buoni spesa, erogati dopo la valutazione del servizio sociale alla persona anziana in carico, e rappresentano l'11% delle prestazioni erogate nel 2010, con **105** utenti per una spesa pro capite (x 1000) di **€ 1.637,48**. La spesa per questa tipologia di prestazione è di natura socio assistenziale, e quindi interamente sostenuta mediante i fondi messi a disposizione dalle amministrazioni comunali per una spesa complessiva di € 111.059,00.

Domiciliarità area anziani

n. assistiti: **706**

tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare **24,85** nel 2010.

Spesa pro capite (x 1000): **€ 20.783,36** di cui € 13.597,40 a carico dei comuni

La domiciliarità rappresenta il **74%** dei servizi totali erogati nell'area anziani con **706** utenti.

Come si evince dal riquadro soprastante il tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare complessivamente intesa (*n. assistiti di età superiore ai 65 anni in assistenza domiciliare per anziani / pop. Zonale ultra65enne *1000*) è pari a **24,85** nel 2010, a fronte di un indice pari a **15** raggiunto nel 2008 (fonte Fondazione Zancan), con **194** assistiti.

Le prestazioni di tipo domiciliare hanno riguardato 706 persone anziane, pari al **5,13%** della popolazione con più di 65 anni, per una spesa pro capite (x 1000) pari a € **20.783,00**.

Gli interventi domiciliari di ADI e ADT producono un impatto importante sulla spesa sanitaria, che finanzia inoltre le quote sanitarie relative ai ricoveri temporanei. La compartecipazione dei cittadini ammonta per il 2010 a € 149.167,00 e deriva principalmente da questa ultima attività e, residualmente, dall'assistenza domiciliare integrata diretta.

Gli interventi volti a favorire la permanenza dell'anziano presso il proprio domicilio sono molteplici e assolvono a carichi assistenziali ed a bisogni diversi:

- l'assistenza domiciliare diretta, svolta da personale OSA/OSS direttamente a domicilio dell'anziano, assume, a sua volta, forme diverse: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale (AD)⁹², l'assistenza domiciliare integrata (ADI)⁹³, l'assistenza domiciliare Leggera (ADL)⁹⁴ e l'assistenza domiciliare tutelare (ADT o SADT)⁹⁵. Nel 2010 sono state assistite n. **342** persone con assistenza domiciliare diretta.
- gli interventi di sostegno alla domiciliarità, ovvero la "sorveglianza attiva" e il "telesoccorso"⁹⁶, che hanno interessato **58** persone.
- i contributi per il care giver e per gli assistenti familiari⁹⁷, attuati mediante il "Progetto Non Autosufficienza", erogati a **218** persone.
- i ricoveri di sollievo e post acuzie che, seppur svolti in strutture residenziali, sono da annoverare tra i servizi tesi a favorire la permanenza presso il domicilio, in quanto permettono alla famiglia di organizzarsi per l'assistenza a casa nel periodo immediatamente successivo all'acuzie assistenziale (es. ricovero ospedaliero) o le permettono di essere sollevata dal carico assistenziale dell'anziano, temporaneamente inserito in RSA per un periodo definito e a termine. Nel 2010 sono stati attivati n. **88** ricoveri di sollievo.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Servizi semiresidenziali per anziani

n. utenti assistiti: **31**

Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali a convezione e gestione diretta: **0**

Spesa pro capite (x 1000): € **1.689,03** di cui € 316,00 a carico dei comuni

Spesa pubblica complessiva 2010: € **114.554,95** di cui € 21.431,95 a carico dei comuni

L'offerta di servizi semi-residenziali rappresenta il **3%** del complesso delle prestazioni erogate agli anziani della SdS Valdarno Inferiore nel 2010, con **31** inserimenti in strutture presenti sul territorio della ASL 11.

Sul territorio della SdS Valdarno Inferiore non sono presenti centri diurni per anziani a gestione diretta o in convezione, anche se alcune RSA mettono a disposizione di n. 17 posti a libero

mercato. Ne consegue che l'indice di copertura zonale (numero di posti convenzionati o a gestione diretta / popolazione residente $\geq 65 \times 1.000$) è pari a zero. Il costo complessivo sostenuto per tale servizio nel corso del 2010 è riportato in tabella. Ad esso deve aggiungersi l'eventuale quota a carico dei richiedenti il servizio, calcolata in base a specifiche norme regolamentari, che per il periodo in esame è stata pari a € 44.303,29.

92 vedi descrizione in calce al capitolo

93 vedi descrizione in calce al capitolo

94 vedi descrizione in calce al capitolo

95 vedi descrizione in calce al capitolo

96 Vedi descrizione in calce al capitolo

97 vedi descrizione in calce al capitolo

Servizi residenziali per anziani

n. assistiti: **118**

indice di copertura zonale delle strutture residenziali per anziani in convenzione e gestione diretta⁹⁸: **7,12**

tasso ricoveri temporanei in RSA⁹⁹: **1,28**

prevalenza residenti permanenti in RSA¹⁰⁰: **8,5**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 27.046** di cui € 6.046 a carico dei comuni

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 1.834.353** di cui € 410.051 a carico dei comuni

Nel 2010 sono stati **118** i ricoveri a titolo definitivo in strutture residenziali di anziani non autosufficienti, pari al **12%** delle prestazioni fornite alla popolazione.

Sul territorio della SdS Valdarno Inferiore sono oggi presenti 4 Residenze Sanitarie Assistite, una a gestione diretta con 39 posti letto, e tre convenzionate, con 79 posti letto. I ricoveri in RSA si caratterizzano per una forte onerosità, sia per il servizio sanitario che per le famiglie che partecipano alla spesa in base ad una specifica regolamentazione, oltre a determinare

un ingente impegno economico da parte dei Comuni nei casi di integrazione delle corrispondenti quote sociali, come previsto dalla DGR 385/2009: come riportato in tabella la spesa sostenuta dall'azienda sanitaria e dai comuni della SdS ammonta complessivamente a € 1.834.353, a cui si aggiunge la compartecipazione degli utenti pari a € 1.544.160 nel 2010.

Da sottolineare il fatto che il Valdarno Inferiore, rispetto alle altre SdS della Provincia di Pisa, presenta un basso ricorso all'inserimento in struttura, investendo in proporzione molto sugli interventi domiciliari, come dimostra la tabella che segue, tratta dal Dossier Statistico n. 6 della Provincia di Pisa:

	RSA permanente	RSA temporanea	Centro Diurno	ADI - Assistenza familiare	ADI - altre forme di cura	Assistenza domiciliare diretta	Altro
Valdarno Inferiore	17,7	20,3	8,9	30,6	1,1	21,3	
Valdera	45,9	15,3	7,7	5,2	1,2	17,4	7,1
Area Pisana	73,3	11,2	5,1	2,8	1,5	6,1	
Alta Val di Cecina	64,8	14,6	4	10	0	6,6	
Provincia di Pisa	53,5	14,7	8,4	8,2	1,3	12,3	1,6

7.3.5. LA LISTA UNICA DI ATTESA PER GLI INGRESSI IN RSA

Le SdS di Empoli e del Valdarno Inferiore hanno previsto l'implementazione di una lista di attesa informatizzata per l'ingresso in RSA, a gestione diretta e convenzionate, attivata sull'intero territorio dell'Azienda USL, quindi per entrambe le zone, che viene gestita da assistenti sociali dedicati.

Questa organizzazione ha consentito di raggiungere soddisfacenti risultati, contribuendo a ridurre il numero di persone in lista di attesa e garantendo, grazie ad un'efficace collaborazione con gli organismi di valutazione (UVM) anche un maggiore appropriatezza rispetto al bisogno valutato.

La lista attesa quindi non è basata sul mero ordine cronologico delle domande, ma tiene conto dell'indice di gravità e della valutazione sociale, ovvero di un punteggio che sintetizza il grado di fragilità sanitaria e di bisogno sociale della persona anziana valutata, oltre che al criterio dell'urgenza, che ha permesso di rispondere puntualmente alle situazioni di emergenza.

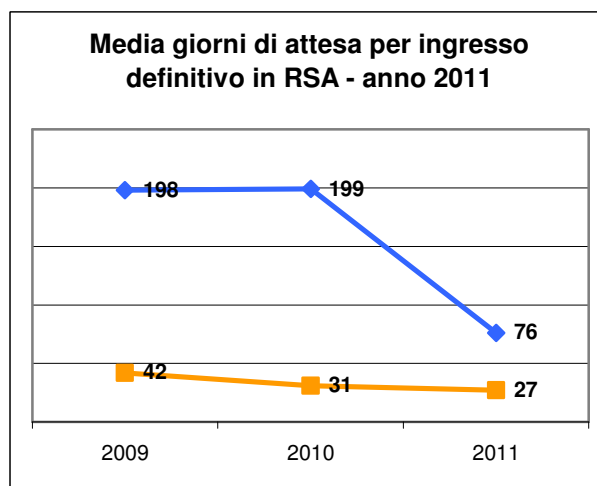
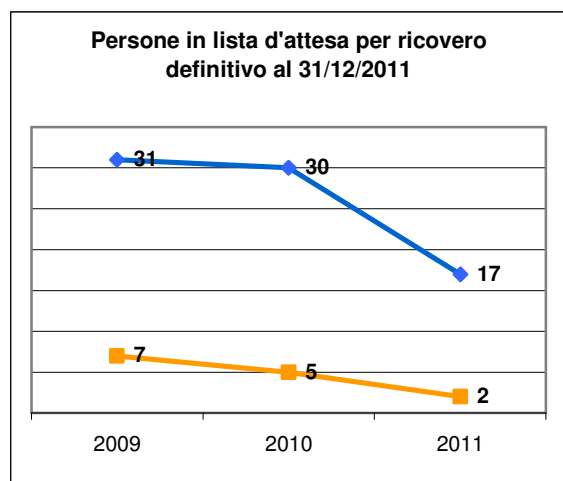
Come si evince dal grafico sotto riportato, il numero delle persone in lista attesa per ricovero definitivo diminuisce sensibilmente in entrambe le SdS, anche se nella SdS Valdarno Inferiore, visti i numeri di partenza, l'incidenza di tale diminuzione è meno rilevante. Al 31/12/2011 la SdS Valdarno Inferiore registra due persone in lista di attesa per ricovero temporaneo e due per ricovero definitivo, mentre la SdS di Empoli ne ha 17 per i definitivi e 4 per i temporanei.

⁹⁸ n. posti in strutture res per anziani/pop residente ultra65enne * 1000

⁹⁹ n° ricoveri temporanei in RSA/N° anziani residenti+1000

¹⁰⁰ n. anziani assistiti con PAP residenziale/n anziani

Nell'ultimo triennio il tempo medio d'attesa è diminuito del **61%** nella SdS di Empoli e del **36%** nel Valdarno Inferiore e per la persone affette da Malattia di Alzheimer non esiste lista attesa.



◆ SdS di Empoli ■ SdS Valdarno Inferiore

7.3.6. Il progetto per la non autosufficienza

L'offerta di servizi alla popolazione anziana è stata integrata, a partire dal 2009, dalle risorse messe a disposizione dal Fondo per la Non Autosufficienza che ha permesso di incrementare in modo importante la tipologia e la quantità di prestazioni erogate su entrambi i territori delle SdS. Allo stesso tempo le nuove procedure di valutazione per l'accesso alle prestazioni implementate nell'ambito del progetto regionale per la non autosufficienza, che prevedono l'intervento di diverse professionalità per l'analisi del bisogno e la successiva presa in carico, hanno permesso di ottimizzare il rapporto tra bisogno assistenziale ed erogazione di prestazioni.

Il Fondo per la Non Autosufficienza, è stato istituito dalla Regione Toscana con L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008 al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone anziane non autosufficienti e migliorare le loro condizioni di vita e la loro autonomia.

Il fondo viene ripartito tra le SdS sulla base della popolazione pesata con riferimento a indicatori demografici, all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza e indicatori relativi alle persone non autosufficienti accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Le risorse così attribuite sono trasferite con vincolo di destinazione alla Società della Salute e gestite con contabilità separata per il finanziamento delle seguenti prestazioni:

- interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- interventi in forma indiretta, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- inserimenti in strutture semiresidenziali;
- inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- inserimenti permanenti in residenza.

La Regione Toscana, nonostante che il Fondo non autosufficienza nazionale sia stato completamente azzerato, ha disposto sia per il 2011 che per il 2012 un finanziamento di natura esclusivamente regionale equivalente a quanto stanziato allo stesso scopo per il 2010.

Riparto alle Zone/Distretto del Fondo regionale per la non autosufficienza - art. 3 l.r. 66/2008	2008	2009	2010	2011	2012
SdS Valdarno Inferiore	€ 296.284,61	€ 674.415,32	€ 701.094,10	€ 701.035,19	€ 701.035,19
REGIONE TOSCANA	€ 20.000.000,00	€ 45.496.750,00	€ 46.000.000,00	€ 46.000.000	€ 46.000.000

Le risorse così assegnate sono state impiegate prioritariamente per potenziare il sostegno alla domiciliarità, con i contributi per le assistenti familiari (con contratto di lavoro regolare e assicurate per le 24 ore), come

risulta evidente dalla tabella seguente che riporta la suddivisione del fondo impiegato nell'anno 2011 tra le tipologie di contributi e interventi erogati dalla SdS Valdarno Inferiore: le misure di sostegno alla

SdS Valdarno Inferiore - Utilizzo Fondo Non Autosufficienza anno 2011	
Contributi Assistenti familiari	435.096,64
Contributi per il Care Giver	3.705,80
Residenzialità e semiresidenzialità temporanea	24.921,81
Assistenza domiciliare Iso 3-4-5	177.564,31
Assist. Domiciliare SAD-T	33.828,48
Residenzialità definitiva	101.706,12
TOT	776.823,16

domiciliarità, tra cui riconduciamo anche i ricoveri di sollievo, corrispondono all'impiego dell'87%

Il numero delle prestazioni erogate e la loro descrizione è stato analizzato nei paragrafi precedenti.

La tabella seguente riporta il calcolo degli indicatori del set minimo regionale (SM.anziani. 10, 11, 12, 13, 14) calcolati con dati propri della Fonte interna della SdS (sistema informativo Aster)

Progetto per la non autosufficienza	
Tasso di nuove VMD (valutazioni multidisciplinari):	34,15
Tasso di predisposizione PAP domiciliari diretti:	9,95
Tasso di predisposizione PAP domiciliari indiretti:	15,26
prevalenza residenti permanenti in RSA:	8,5
Tasso di predisposizione di PAP residenziali permanenti:	2,62
Tasso di predisposizione PAP residenziali temporanei:	1,28

7.4 DISABILI

7.4.1 Premessa

La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale¹⁰¹.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali il target di popolazione preso in considerazione comprende tutti i cittadini tra gli 0 e i 64 anni in possesso di una certificazione che accerti l'handicap¹⁰² e/o della certificazione specialistica ai fini del sostegno scolastico., per coloro ai quali è stata rilasciata e non sostituita nel frattempo dalla certificazione di accertamento dell'handicap.

Al di sopra dei 64 anni, convenzionalmente, le persone disabili entrano a far parte del target dei cittadini anziani in condizioni di non autosufficienza, e pertanto la titolarità degli interventi nei loro confronti si sposta sugli operatori a ciò incaricati.

In questa sezione, dopo una breve sintesi dei più significativi dati demografici, forniremo una dettagliata descrizione dei principali servizi sociali a disposizione dei cittadini disabili con riportati dati specifici riferiti al numero di situazioni in carico, i cui indicatori specifici sono stati calcolati quasi esclusivamente utilizzando banche dati interne al servizio sociale (sistema informativo ASTER).

7.4.2. Indicatori demografici

Nel territorio della SdS Valdarno Inferiore il tasso di disabilità (*n. soggetti conosciuti portatori di handicap 0-64 anni / numero residenti 0-64 anni x 1000*) è del **6,3%**, con una media regionale del

¹⁰¹ Da "Wikipedia, l'enciclopedia libera".

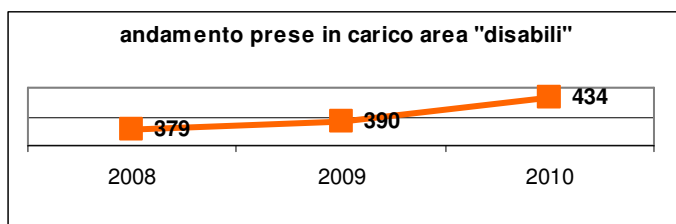
¹⁰² Il Servizio Sociale Professionale della ASL 11 è componente stabile della Commissione di medicina Legale per l'accertamento dell'Handicap ai sensi della L.104/92 e per la valutazione della capacità lavorativa ai sensi della L. 68/99 ed effettua annualmente la valutazione di circa 460 domande di cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL 11.

13,7%. (Fonte: Rete Osservatori Sociali elaborazione su dati Regione Toscana e Istat) e il tasso di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità¹⁰³ (Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni in situazione di gravità ai sensi degli art. 3 e 4 legge 104/92 / Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni * 100) è pari al **43,2%**, contro una media regionale del 48,4% (Fonte: Rete Osservatori Sociali elaborazione su dati Regione Toscana e Istat).

Questo tasso è calcolato sulla base dei soggetti portatori di handicap conosciuti e accertati, cioè di tutti coloro che posseggono una certificazione ai sensi della L. 104/92 e/o di una certificazione richiesta per il sostegno ai fini scolastici, ma solo per una parte di questi cittadini vi è un progetto personalizzato di intervento attivo.

7.4.3 Contenuto dell'attività professionale e trend delle prese in carico

Il Servizio Sociale territoriale che si occupa di disabilità attiva interventi finalizzati al raggiungimento della massima autonomia della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale ed assicura risposte integrate che si basano sulla presa in carico dei soggetti e sull'attivazione degli interventi disposti dal Gruppo Operativo Multidisciplinare (GOM)¹⁰⁴.

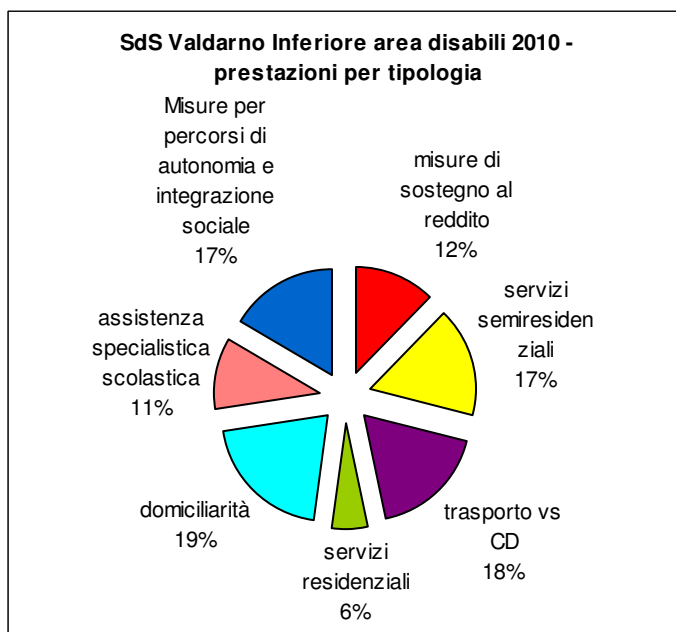


I disabili in carico ai servizi sociali territoriali sono aumentati sensibilmente nell'ultimo triennio: le prese in carico nel 2010 sono state **434** in valore assoluto, con una crescita del **14,51%** in soli 3 anni

L' **8,99%** delle prese in carico totali riguardano cittadini **stranieri**.

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

7.4.4. Prestazioni erogate e analisi dei servizi offerti



Nel 2010 le prestazioni erogate a persone in carico con progetto personalizzato attivo sono state n. **552**.

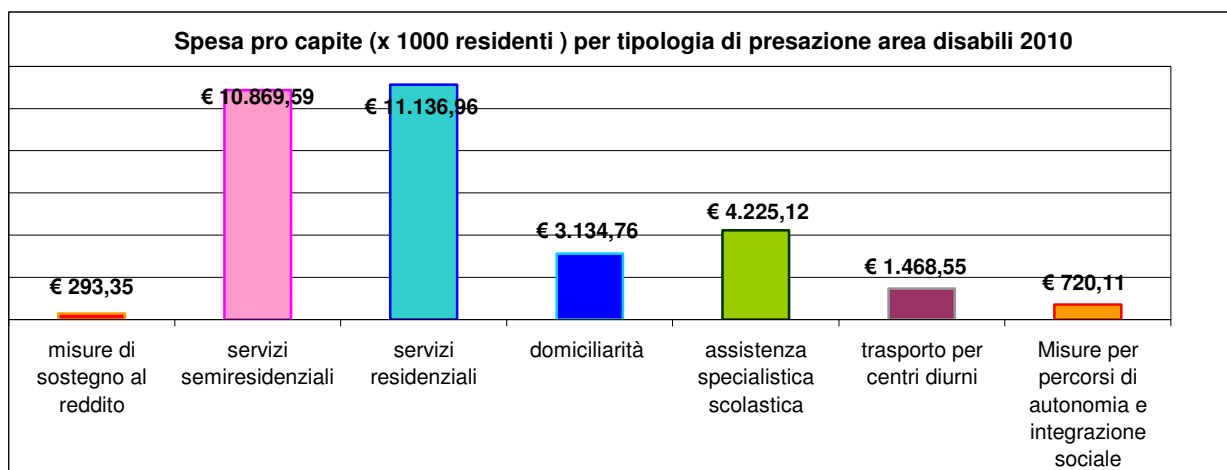
Dal grafico a fronte, oltre a notare una varietà tipologica di offerta abbastanza ampia, si evince come vi sia una distribuzione delle prestazioni abbastanza omogenea, nonché un proporzionalmente basso ricorso ai servizi residenziali.

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Pur rappresentando complessivamente solo il 23% delle prestazioni erogate, i costi dei servizi residenziali e semiresidenziali assorbono una quantità di risorse ben superiore, come dimostrano i dati relativi alla spesa sociale pro capite, (x 1000) riportati nel grafico sottostante.

¹⁰³ La condizione di gravità (artt. 3 e 4 L. 104/92) riguarda soggetti accertati in situazione di plurihandicap o handicap grave.

¹⁰⁴ Il GOM è un'equipe multiprofessionale composta da personale sociale e sanitario che, sulla base di una valutazione professionale e di una diagnosi funzionale, definisce per ogni persona con handicap un piano di assistenza personalizzato che tiene conto delle specificità del singolo portatore di handicap e definisce gli obiettivi, gli interventi e le azioni da attivare.



Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Volendo approfondire tale aspetto, dobbiamo tuttavia considerare che l'ampia offerta di servizi semiresidenziali risponde alla logica del mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al sostegno concreto alle famiglie, mentre il ricorso alle strutture residenziali, nella tipologia del ricovero permanente, riguarda esclusivamente persone prive di una rete familiare adeguata e persone disabili adulte per le quali vengono programmati ricoveri temporanei di sollievo alle famiglie.

area disabilità 2010 SdS Valdarno Inferiore	n. utenti 2010	spesa competenza ASL	spesa di competenza comuni	compartecipazione utenti	totale costo
misure di sostegno al reddito	66	€ 0,00	€ 19.896,00	€ 0,00	€ 19.896,00
servizi semiresidenziali	89	€ 301.386,00	€ 435.822,02	€ 38.754,53	€ 775.962,55
servizi residenziali	31	€ 406.177,70	€ 349.164,00	€ 232.145,19	€ 987.486,89
Domiciliarità (assistenza dom. diretta, ass. dom. educativa, aiuto personale)	109	€ 0,00	€ 212.609,00	€ 0,00	€ 212.609,00
Assistenza specialistica scolastica	58	€ 0,00	€ 286.560,00	€ 0,00	€ 286.560,00
Trasporto vs centri diurni	96	€ 0,00	€ 99.601,39	€ 0,00	€ 99.601,39
Trasporto vs scuola	13	€ 0,00	€ 20.716,15	€ 0,00	€ 20.716,15
Misure per percorsi di autonomia e integrazione sociale (contributi inserimento lavorativo, vita indipendente, integrazione sociale ecc.)	90	€ 0,00	€ 48.839,97	€ 1.418,00	€ 50.257,97
Tot	552	€ 707.563,70	€ 1.473.208,53	€ 272.317,72	€ 2.453.089,95

Fonte interna SdS Valdarno Inferiore

Gli interventi di sostegno al reddito

n. assistiti: **66**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 293,35**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 19.896,00 euro**

293,35 euro. La spesa per questa tipologia di prestazione è di natura socio assistenziale, e quindi interamente a carico dei comuni, che hanno sostenuto complessivamente **€ 19.896,00**.

I servizi sociali territoriali erogano contributi economici alla persona disabile in carico qualora questa necessiti di un'integrazione al reddito.

Nel 2010 hanno beneficiato di tali misure n. **66** persone, con una spesa pro capite (x 1000) di

La domiciliarità

n. assistiti: **109**

tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (x100) del 3,6 – media regionale 5,2

la spesa pro-capite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili (*Spesa totale per intervento/ n. utenti*) è di **3.874,93** euro (fonte interna SdS Valdarno Inferiore)

Spesa pro capite (x 1000): **€ 3.134,76**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 212.609,00**

hanno sostenuto complessivamente **€ 212.609,00**.

Supporto all'autonomia in ambito scolastico

n. utenti assistiti: **58**

Soggetti con handicap individuati a fini scolastici N. persone con handicap individuati a fini scolastici ex art.2 DPR 24/02/1994./ n. persone con handicap accertati in età 6-18 anni *100 : **203**

Bambini con disabilità in strutture educative (asili nido e materne) **35**

Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell'obbligo e scuola superiore **147**

Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento in ambito scolastico o extrascolastico n. utenti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento in ambito scolastico o extrascolastico/n. soggetti portatori di handicap accertati tra 6-64 anni: **0**

Spesa pro capite (x 1000): **€ 4.225**

Spesa pubblica complessiva 2010: **€ 286.560**

nella SdS Valdarno Inferiore è realizzato con figure educative e si sostanzia nello svolgimento di prestazioni relative all'assistenza qualificata per l'autonomia e la comunicazione per gli alunni/studenti non in grado di autogestirsi, a causa di gravi difficoltà nell'ambito della relazione interpersonale, della comunicazione e della mobilità.

Per questa sezione non disponiamo di indicatori, ma possiamo fornire solo i numeri assoluti, in quanto i denominatori utili per calcolarli non vengono ad oggi prodotti.

Misure per percorsi di autonomia e integrazione sociale

I servizi sociali territoriali attuano tutta una serie di misure, differenziate tra loro, tese al potenziamento dell'autonomia delle persone disabili ed all'attivazione di percorsi di integrazione sociale. Le misure più rilevanti sono le seguenti:

a) **attività di orientamento al lavoro**, generalmente realizzata in stretta collaborazione con la Provincia, titolare delle competenze in materia di formazione/preformazione professionale. La finalità primaria è quella di incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di ragazzi diversamente abili, mediante attività di orientamento e formazione dirette ad individuare i bisogni formativi delle persone, verificandone potenzialità, limiti ed interessi da convogliare in percorsi lavorativi. Nel 2010 l'indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative¹⁰⁷ è pari al **22,34%** con n. **21** persone inserite in numero assoluto.

¹⁰⁵ Vedi descrizione in calce al capitolo

¹⁰⁶ La spesa pro-capite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili (*Spesa totale per intervento/ n. utenti*) è di **3.874,93** euro con un tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (x100) del 5,57.

¹⁰⁷ Indicatore SM.disabili.5 – indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative - n. soggetti portatori di handicap inseriti in attività di preformazione e formative/ n. soggetti portatori di handicap accertati in età 19-39 anni)

I servizi domiciliari nell'area della disabilità consistono in interventi di assistenza domiciliare diretta socio assistenziale ed interventi di assistenza domiciliare socio educativa¹⁰⁵, oltre ad interventi volti all'aiuto personale. Il numero complessivo di persone disabili che nell'anno 2010 ha usufruito di tali servizi è pari a **109**, con una spesa pro-capite (x 1000) pari a **€ 3.134,76**¹⁰⁶. La spesa per questa tipologia di prestazione è di natura socio assistenziale, e quindi interamente a carico dei comuni, che

Il supporto all'autonomia in ambito scolastico riguarda interventi di aiuto alla persona rivolti ad alunni disabili in condizione di gravità inseriti nelle strutture scolastiche di ogni grado, con l'eventuale utilizzo di ausili. Nel 2010 questa tipologia di prestazioni è stata erogata a **58** ragazzi con una spesa pro capite (x1000) di **€ 4.225,11**.

La spesa per sostenere questa tipologia di prestazioni è di natura esclusivamente socio assistenziale e quindi ricade interamente sui Comuni che nel 2010 hanno investito in questo ambito complessivamente **€ 286.560,00**.

Tali dati, riferiti ad attività che vengono gestite dalla SdS Valdarno Inferiore per i quattro comuni soci, sono stati rilevati dalla scheda regionale di rilevazione annuale sulla disabilità.

Il servizio di "Autonomia in ambito scolastico"

b) **contributi per l'inserimento socio occupazionale**, di cui hanno usufruito nel 2010 n. **28** persone con una spesa pro-capite (x 1000) pari a € **289,79** (per una spesa totale di € 19.655,00).. L'inserimento socio-occupazionale e/o socio-terapeutico è rivolto a persone con disabilità fisica/sensoriale o psicofisica o comunque a persone in situazione di fragilità personale e sociale incapaci di promuovere autonomamente le proprie competenze sociali e lavorative nei tradizionali contesti produttivi. La finalità è quella di promuovere e potenziare le autonomie personali e sociali nello sviluppo e realizzazione di attività pratiche ed operative offrendo altresì opportunità di integrazione sociale.

c) **contributi per la vita indipendente**, erogati all'interno del progetto regionale e collegati ad un progetto di autonomia presentato dallo stesso beneficiario, nel 2010 sono stati n. **5** con una spesa pro capite (x 1000) di € **120,41** (spesa totale € 8.166,82).

d) **progetti di integrazione sociale** sono finalizzati a promuovere la socializzazione e l'integrazione delle persone diversamente abili nel tessuto sociale attraverso attività di svago e gioco, ma più spesso attraverso la proposta di specifiche attività laboratoriali, con lo scopo di potenziare le capacità espressive, relazionali e le risorse individuali dei partecipanti. Tra i principali progetti attivi citiamo il progetto "Disabilità e Tempo Libero" che prevedeva l'organizzazione di uscite nel territorio e di laboratori di canto e teatro, il progetto di acquaticità, le esperienze di autonomia in brevi soggiorni estivi o i soggiorni brevi in appartamento. Di tali servizi nel 2010 hanno usufruito **57** persone con una spesa pro capite di € **309,89** (spesa totale € 21.018,00).

I progetti di integrazione sociale sono soggetti ad una piccola compartecipazione alle spese da parte dell'utente (€ 1.418,00 complessivi nel 2010) ed hanno un forte valore dal punto di vista della partecipazione attiva dei soggetti alla vita sociale, alle attività del tempo libero e dello sport per favorire il riappropriarsi delle capacità personali nel rispetto dei limiti e delle abilità individuali.

servizi semi-residenziali

n. utenti assistiti: 89

indice di copertura zonale delle strutture semi residenziali¹⁰⁸ autorizzate: 1,69.

Il tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture semi-residenziali¹⁰⁹: 33,33% (Fonte interna SdS Valdarno Inferiore) contro un dato regionale pari a 11,1. *Il tasso nel anno 2008 fonte rete osservatori sociali provinciali risulta del 9,8 contro un dato regionale del 10,7.*

Spesa pro capite (x 1000): € 10.896 di cui 6.426 a carico dei comuni.

Nella SdS Valdarno Inferiore l'offerta dei servizi semiresidenziali per disabili si compone di **58 posti**, con un **indice di copertura zonale delle strutture semi residenziali¹¹⁰** autorizzate, tutte a gestione diretta, pari a 1,69. Si tratta dei Centri Diurni "Il Mulino" collocato a San Miniato con n. 30 posti e "La Farfalla" con sede a Castelfranco di Sotto con 28 posti. Nel 2010 la SdS Valdarno Inferiore ha erogato servizi semi-residenziali a **89** disabili residenti sul territorio. La rete degli osservatori sociali rileva n. 64 soggetti inseriti perché rileva il numero di inserimenti al 31/12 e non il numero di cittadini a cui è stato offerto il servizio nell'anno. La spesa pro capite

complessiva (x 1000) nel 2010 ammonta a € **10.896,00** di cui € 6.426,00 a carico dei comuni che corrisponde a € 9.699,00 per utente al 31/12/2010 (Fonte rete osservatori sociali provinciali). Si tratta di spesa con natura socio sanitaria, di competenza in parte del sistema sanitario e in parte dei comuni.

La SdS Valdarno percepisce anche una piccola quota di compartecipazione da parte del beneficiario del servizio, fino ad un massimo di 80 euro mensili, per un ammontare complessivo di € 38.754,53.

Il Trasporto

n. assistiti: 109, 96 per i centri diurni, **13** per le scuole
tasso di soggetti con disabilità che hanno usufruito del servizio di trasporto¹¹¹: 18,07

Spesa pro capite (x 1000): € 1.774

Il tasso di soggetti con disabilità che hanno usufruito del servizio di trasporto, sia per i centri diurni che per le scuole è di **18,07**.

Il trasporto di alunni disabili nelle scuole interessa 13 ragazzi con una spesa complessiva di € **20.716,15** (pro capite x 1000 pari a € 305,44). Il trasporto dei disabili ai Centri diurni,

attività funzionale al servizio semi-residenziale, ha riguardato nel 2010 n. **96** persone, con una spesa complessiva annua è di € **99.601,39** (pro capite x 1000 pari a € 1.469).

¹⁰⁸ n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili/pop. Zonale *1000

¹⁰⁹ Indicatore Sm.disabili.6: n. soggetti portatori di handicap inseriti in centri diurni/ n. soggetti portatori di handicap accertati in sede 19-64 anni x100

¹¹⁰ n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili/pop. Zonale *1000

¹¹¹ Indicatore SC.disabili.8 tasso di soggetti con disabilità che hanno usufruito del servizio di trasporto n. utenti con disabilità che hanno usufruito di servizio di trasporto / n. soggetti portatori di handicap accertati i età 6-64 anni

I servizi residenziali

n. assistiti: **31** (n.16 al 31/12/2010 dato rete osservatori sociali)

indice di copertura zonale delle strutture residenziali per disabili autorizzate¹¹² **0,23**

tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali¹¹³ **5,99**. Nel 2008 il Valdarno Inferiore presentava un tasso del 2,00 contro un valore regionale del 3,8

tasso di utenti con disabilità inseriti in RSA¹¹⁴ **2,17**. Nel 2008 il Valdarno Inferiore presentava un tasso del 1,6 contro un valore regionale del 3,6

Spesa pro capite (x 1000): **€ 11.137** di cui 5.148 a carico dei comuni.

Spesa pubblica complessiva: **€ 755.342** di cui 349.164 a carico dei comuni.

L'offerta residenziale per disabili consta di **10** posti nella RSD a gestione diretta "Il Melograno" con sede a Castelfranco di Sotto, con un indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate del 0,23. Nel 2010 sono stati **31 i cittadini** disabili residenti che sono stati ospitati in strutture residenziali. La rete degli osservatori sociali rileva n. 16 soggetti inseriti perché rileva il numero di inserimenti al 31/12 e non il numero di cittadini a cui è stato offerto il servizio nell'anno. La spesa pro capite (x 1000) nel 2010 ammonta a **€ 11.137,00**, di cui € 5.148,00 a carico dei comuni. Si tratta di spesa con natura socio sanitaria, di competenza in parte del sistema sanitario e in parte dei comuni. Tale spesa pro capite corrisponde ad una spesa per utente al

31/12/2010 di 25.362 euro (fonte: rete osservatori sociali). La SdS Valdarno percepisce anche una quota di compartecipazione da parte del beneficiario del servizio, che nel 2010 ha ammontato complessivamente a € 232.145,00.

7.5 IMMIGRATI

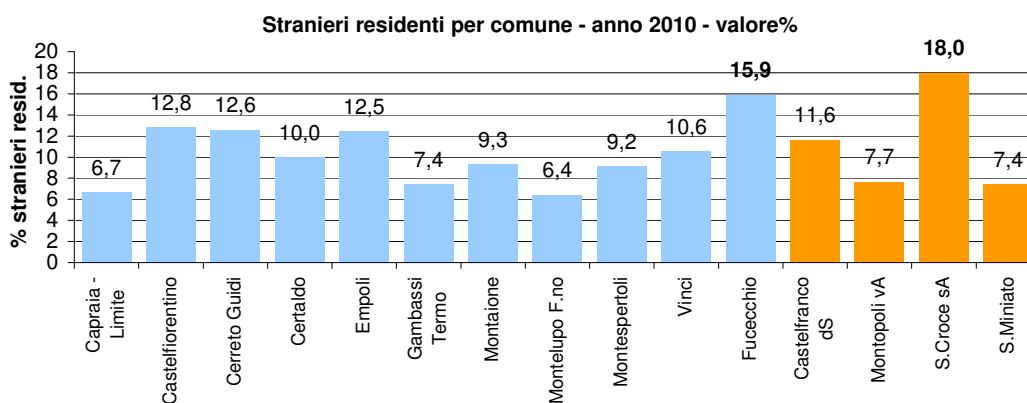
7.5.1 Premessa.

Come descritto nei precedenti capitoli, i servizi sociali territoriali si occupano dei cittadini immigrati nell'ambito dei diversi target di popolazione, a seconda della problematica rappresentata.

7.5.2. indicatori demografici

Nel territorio della SdS Valdarno Inferiore il fenomeno dell'immigrazione assume un'importanza rilevante e concorre a determinare, in termini migliorativi, il tasso di natalità e l'indice di vecchiaia: come già visto nel cap. 1 "profilo demografico", infatti, nel 2010 la percentuale di residenti stranieri si attesta all'11,1%, con valori ampiamente superiori rispetto alla media regionale del 9,7%.

Tale fenomeno non interessa in modo uniforme tutto il territorio della SdS: il grafico a fianco rappresenta la distribuzione di cittadini stranieri residenti per singolo comune ed evidenzia come il valore più elevato di stranieri residenti sia a Santa Croce sull'Arno con il 43,8%, mentre i valori più bassi si rilevano nei comuni di Montopoli e Castelfranco.



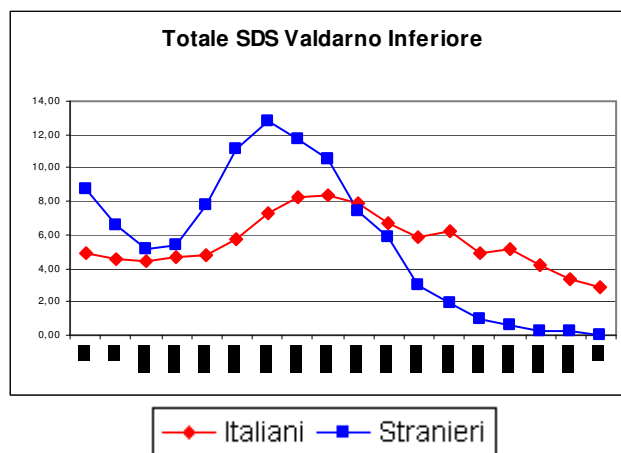
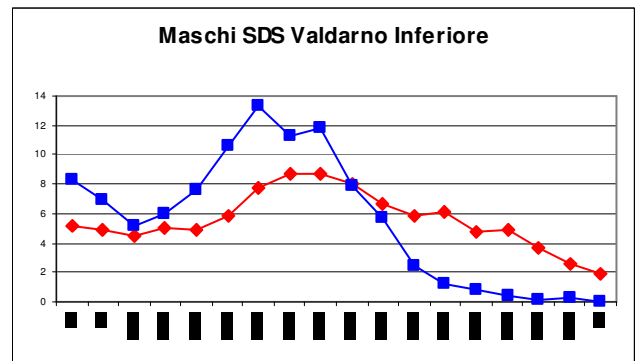
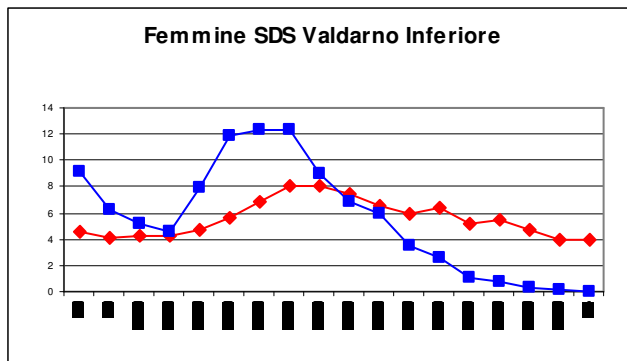
Dati anagrafi comunali 2000 - 2010

¹¹² Indice SC.disabili.10 - indice di copertura zonale delle strutture residenziali per disabili autorizzate: n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili / pop zonale 18-65 anni +100

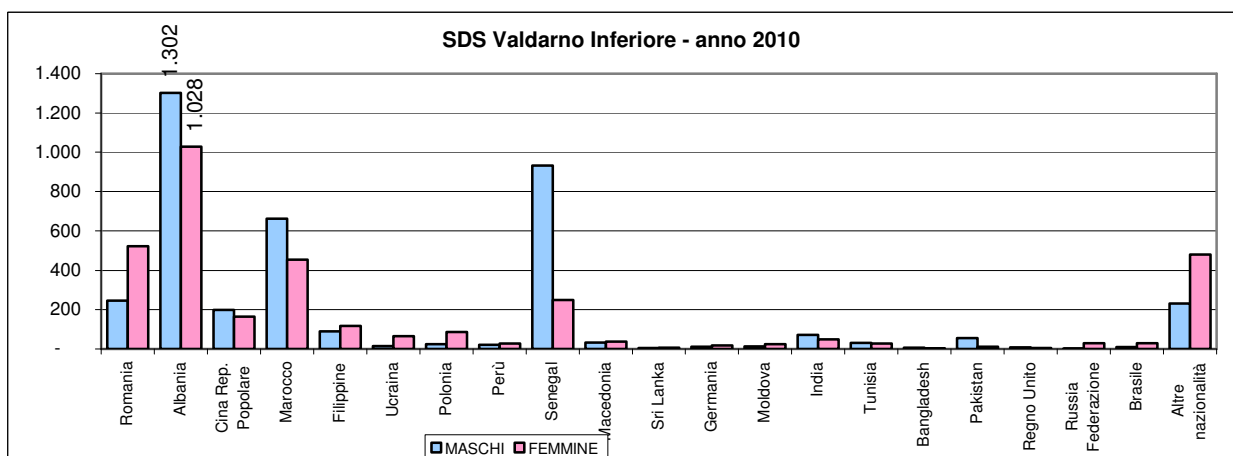
¹¹³ n. soggetti portatori di handicap inseriti in strutture residenziali/ n. soggetti portatori di handicap accertati in sede 19-64 anni x100

¹¹⁴ n. soggetti portatori di handicap inseriti in RSA/ n. soggetti portatori di handicap accertati in età > 19 anni x100

I grafici sotto riportati sovrappongono la curva di età della popolazione italiana residente e quella della popolazione straniera residente, permettendo un confronto incrociato tra italiani e stranieri residenti in funzione dell'età e sesso. (Origine dati: ARS 2010)



Risulta evidente come l'età media degli italiani, sia in termini complessivi che distinguendo per sesso, sia sempre più elevata rispetto a quella degli stranieri. Gli immigrati, infatti, presentano un alto livello di nuovi nati (in aumento negli ultimi anni) e raggiungono una presenza massima in corrispondenza dell'età che va dai 25 ai 40 anni (circa il 50% della popolazione straniera ha una età compresa tra i 25 e i 40 anni), mentre la presenza si azzerava nelle classi di età ultrasessantacinquenni. La popolazione italiana residente, al contrario, si caratterizza per un numero inferiore di nuovi nati e un numero maggiore di persone anziane.

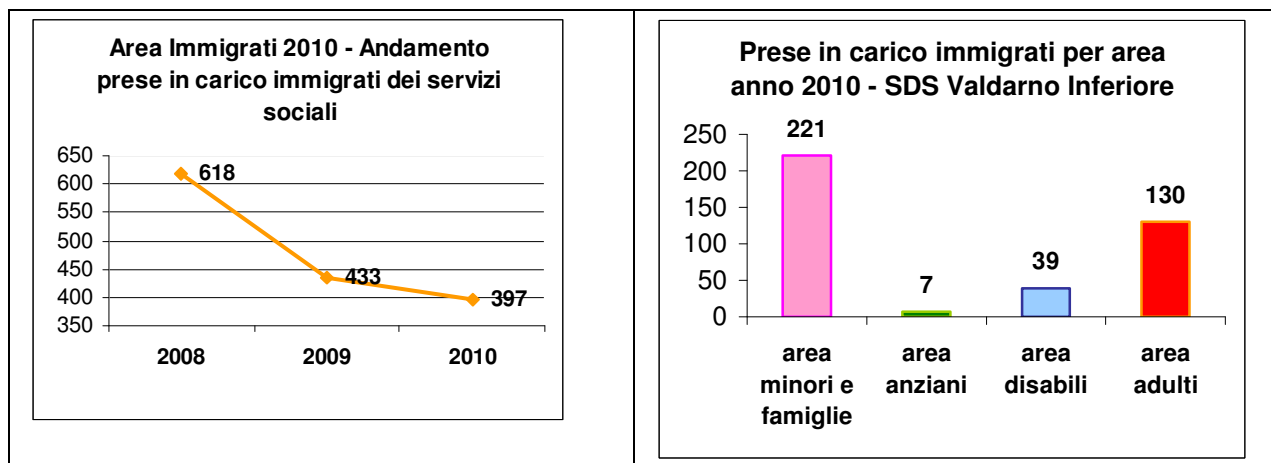


Con riferimento alle diverse nazionalità presenti sul territorio della SdS Valdarno Inferiore, per i maschi la presenza più ampia è dei cittadini albanesi, corrispondente al 33% della popolazione straniera, seguiti

dai cittadini senegalesi (23%) e dai cittadini del Marocco (17%), mentre per le femmine si osserva una situazione differente caratterizzata da percentuali più concentrate tra le nazionalità albanese (30%), rumena (15%), marocchina (13%) con una categoria residuale al 14%.

7.5.3. Trend delle prese in carico

Nel Valdarno Inferiore dal 2008 al 2010 si è registrata una riduzione delle prese in carico di situazioni riguardanti cittadini immigrati, scese da 618 a 397, con una diminuzione pari al **-36 %** nel triennio. La percentuale della popolazione presa in carico si attesta all'**1%** della popolazione residente nella zona. Le situazioni prese in carico nel 2010 si distribuiscono in modo diverso all'interno dei quattro target di popolazione fin qui presi in considerazione, con una preponderanza nelle fasce di popolazione adulta e con figli.



La tabella sotto riporta il calcolo degli indicatori del set minimo e complementare regionale relativo all'area immigrati.

Immigrati 2010			SdS Valdarno Inferiore	Regione Toscana
SM.immigra.5	Incidenza dei minori stranieri accolti in strutture residenziali (x 100)	<i>n. minori stranieri accolti in strutture residenziali al 31/12 / tot minori accolti in strutture residenziali al 31/12 x 100</i>	0	42,76
SM.immigra.6	Incidenza dei minori stranieri in affido familiare (x 100)	<i>n. minori stranieri accolti in affidamento al 31/12 / tot minori in affidamento al 31/12 x 100</i>	24,1	28,6
SC.immigra.1	Tasso di minori stranieri non accompagnati	<i>n. minori stranieri non accompagnati segnalati / pop straniera 0-17 anni</i>	3,37	2,32

Fonte: Rete Osservatori Sociali, elaborazione su dati Istituto dell'Innocenti

7.5.4 Le politiche di integrazione nella SdS Valdarno Inferiore

A cura di Giuseppina Romeo

La SdS Valdarno Inferiore, in continuità con l'Ufficio Comune Servizi Sociali Associati LODE Valdarno Inferiore, prevede all'interno della struttura della SdS stessa uno specifico ambito progettuale rivolto al fenomeno migratorio, il "Progetto Lavoro e Immigrazione".

L'ambito progettuale Immigrazione persegue obiettivi interni alla programmazione della Società della Salute e, talvolta, si pone come soggetto di coordinamento di azioni gestite direttamente dai Comuni, facendosi anche carico del coordinamento del "Tavolo Immigrazione" a cui partecipano soggetti pubblici istituzionali, tra i quali la ASL, soggetti del privato sociale e rappresentanti di gruppi formali e/o informali di cittadini.

I progetti che vengono realizzati sul territorio dei quattro comuni sono i seguenti:

- Il Progetto "Punti informativi per stranieri" è finalizzato a fornire consulenza, aiuto per la compilazione di pratiche ed informazioni sui servizi ai cittadini stranieri, con l'obiettivo primario di migliorare l'efficienza e la qualità di risposta e garantire una collaborazione proficua con le agenzie

istituzionali e non che concorrono alla realizzazione di interventi comuni sull'immigrazione (Sportello Unico per l'Immigrazione, Questura, Centri per l'Impiego, Associazioni di volontariato e Terzo Settore). I punti informativi per stranieri sono situati nel Comune di S. Croce sull'Arno e nel Comune di San Miniato – Ponte a Egola, hanno apertura bisettimanale con un numero di accessi pari a n°1776 nel 2010 e n°1958 nel 2011, con un incremento del 10%.

- Il Progetto di "Consulenza legale" offre informazioni e pareri con specifica rilevanza legale agli stranieri (espulsioni; problematicità relative al rinnovo dei permessi, carta di soggiorno, cittadinanza italiana, ricongiungimenti familiari; assistenza per ingresso a seguito di chiamata nominativa e pratica decreto flussi; informazione e assistenza per rilascio visti di ingresso) oltre a sostenere sostegno anche agli operatori dell'SDS Valdarno Inferiore per argomenti specifici che necessitano di approfondimento. Lo sportello è aperto presso il Comune di Santa Croce S/A tutti i sabati mattina.

- I corsi di lingua e cultura italiana per adulti stranieri, svolti da molti anni nei quattro Comuni della SdS del Valdarno Inferiore, sono gestiti in convenzione con l'Associazione Arturo di Santa Croce S/Arno e registrano un altro numero di iscrizioni, n.449 nell'anno scolastico 2010 -2011. Vengono organizzati, inoltre, percorsi di sostegno linguistico di italiano L2 presso le scuole superiori, che hanno coinvolto nell'anno scolastico 2010-2011 n.19 alunni.

- Il Progetto "Bambini del Mondo" , gestito in convenzione con l' Istituto Culturale Islamico Toscano di Santa Croce sull'Arno, è rivolto ai bambini di lingua araba e persegue il fine di favorire la conservazione della lingua d'origine, per avviare la crescita della propria identità culturale e migliorare l'integrazione con il contesto locale.

- Progetto di "mediazione linguistico – culturale" che prevede l'offerta di servizi di mediazione linguistico - culturale su appuntamento, traduzione di documenti scritti e interpretariato telefonico in diverse lingue, quali, albanese, arabo, cinese, inglese, francese, rumeno, senegalese (wolof). I mediatori linguistico culturali e gli interpreti coinvolti in questo progetto sono individuati dall'Associazione Popoli Uniti e dall'Associazione Arturo tenendo conto della formazione professionale e l'esperienza nel settore.

Nel 2010 sono stati effettuate 54 traduzioni su richiesta degli uffici comunali e della SdS, nel 2011 ne sono stati effettuati n. 100 traduzioni. Nel 2010 sono stati effettuati n. 16 interventi di mediazione linguistica.

- "Progetto Occupiamoci. Orientamento al lavoro" è un servizio di Accompagnamento al Lavoro, con la finalità principale di favorire e potenziare l'integrazione tra i Servizi Sociali e il mondo del lavoro. I contatti con gli Assistenti Sociali, il Centro per l'Impiego di Santa Croce, le agenzie interinali, le Cooperative, le Agenzie di formazione e le Associazioni del territorio costituiscono lo strumento privilegiato per avere delle informazioni aggiornate in tempo reale, per monitorare e condividere percorsi di orientamento, strumenti e metodologie da adottare.

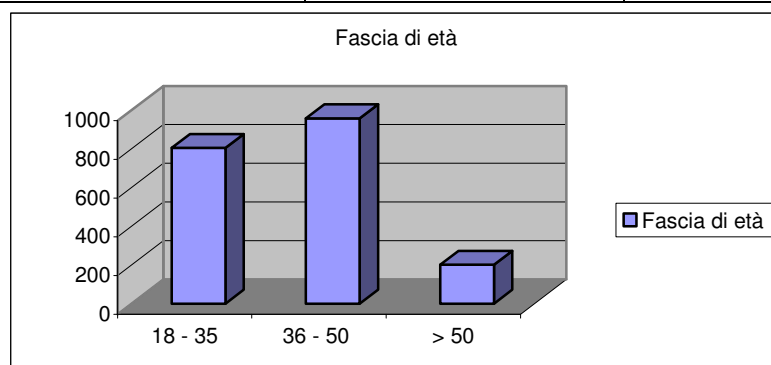
- I Progetti in ambito scolastico sono finalizzati ad aiutare il minore ad inserirsi più facilmente in un ambiente per lui estraneo e per sostenerlo nell'apprendimento della lingua italiana, oltre alla realizzazione di opuscoli informativi in varie lingue sull'organizzazione della scuola, le regole, le varie procedure per i genitori e le famiglie.

- realizzazione di ricerche e studi su tematiche di interesse sociale, in particolare riguardo alle migrazioni, l'intercultura, il rapporto tra scuole e famiglie.

Forniamo di seguito i dati di attività riferiti a ciascun ambito riportato.

Accessi al Punto Informativo Stranieri suddivisi per età – Dati anno 2011

Totale	Fascia età 18 – 35 anni	Fascia età 36 – 50 anni	Fascia età > 50
1958	805	958	201

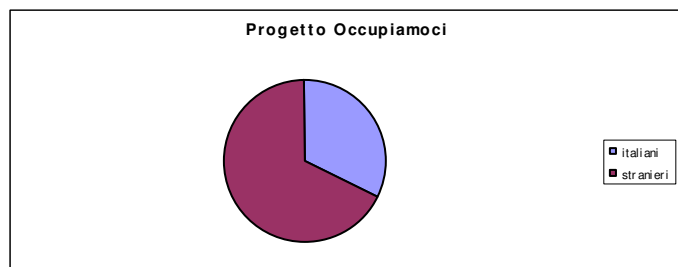


Corsi di lingua per adulti – Dati 2011

Tasso adulti che frequentano i corsi di lingua	<i>n. iscritti/ totale adulti immigrati (4859)</i>	<i>0.09</i>
--	--	-------------

Progetto Occupiamoci – Dati anno 2011

Totale adulti in carico (esclusi disabili)		
172	di cui italiani 56	di cui stranieri 116
	di cui donne 116	di cui uomini 56



7.6 Definizioni

L'assistenza domiciliare socio-educativa viene svolta da operatori con il profilo di educatori professionali, o in possesso di titoli equipollenti, che operano per facilitare l'espressione delle capacità e delle potenzialità delle persone e delle reti sociali di appartenenza con interventi sia sul singolo che sui gruppi, presso le abitazioni e/o in luoghi scelti dal Servizio Sociale Professionale.

Le principali finalità del servizio sono:

- la prevenzione e l'intervento sul disagio psico-sociale individuale;
- la promozione e il sostegno alla attività di cura e all'assolvimento delle responsabilità genitoriali e familiari (soprattutto in famiglie con minori o con disabili);
- favorire le relazioni del singolo e/o della sua famiglia con i servizi e con le reti di promozione sociale
- presenti sul territorio;
- Con particolare riferimento al Servizio di Educativa Domiciliare (ADE) svolto a favore di minori particolare significato assume la distinzione tra:
 - prevenzione primaria che mira all'individuazione precoce di situazioni di rischio in ambito sia familiare che extrafamiliare;
 - prevenzione secondaria, dove l'azione di sostegno alla famiglia è essenzialmente volta ad evitare che la "fragilità genitoriale" possa sfociare in situazioni di maltrattamento ed abuso;
 - prevenzione terziaria, che si attua quando il maltrattamento/abuso è già stato accertato e il suo principale scopo è quello di ridurre, per quanto possibile, le conseguenze psico-fisiche sul minore e di evitare la possibilità che il maltrattamento/abuso possa ripetersi.

L'assistenza domiciliare socio assistenziale è svolta da operatori con qualifica di OSA (Operatore socio assistenziale) o titoli equipollenti. La finalità principale del servizio è quella di prevenire e rimuovere le cause che limitano l'autonomia della persona e di mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/rimandare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia. Il Servizio si rivolge a persone adulte o anziane con riduzione parziale della autonomia, o in condizioni di isolamento ed emarginazione, che hanno bisogno di aiuto nella gestione della vita quotidiana e di relazione o che possono anche richiedere interventi di cura e di igiene della persona e dell'ambiente.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è il complesso delle prestazioni socio-assistenziali, effettuate da personale in possesso della qualifica di OSS (operatore socio-sanitario) e di prestazioni sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) tra loro integrate ed erogate "a domicilio a favore di persone non autosufficienti e finalizzate a garantire il supporto necessario a mantenere la persona nel proprio ambiente di vita.

L'assistenza domiciliare tutelare (ADT) è costituita da prestazioni di assistenza domiciliare effettuate da personale con la qualifica di OSS con interventi di supporto alla famiglia prevalentemente ed in via prioritaria in caso di dimissione ospedaliera di pazienti traumatizzati, neurologici ed oncologici e, con procedura elettiva, per i pazienti accreditati in ARCO che necessitano di cure domiciliari.

L'assistenza domiciliare Leggera (ADL) ha una funzione integrativa del servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale e consiste in piccoli aiuti per l'autonomia personale, aiuto nella mobilità, accompagnamento e trasporto per disbrigo di pratiche, disbrigo di commissioni, consegna pasti/spesa o farmaci al domicilio: Tali interventi sono effettuati da volontari dell'Associazione territoriale.

La sorveglianza attiva anziani fragili è un servizio, attivo durante il periodo estivo, finalizzato a garantire una costante azione di monitoraggio e sostegno a favore di persone anziane, in particolare condizione di fragilità sociosanitaria e ambientale, che vedono accentuata la loro condizione di rischio in presenza di particolari fattori climatici. Il Servizio si basa sulla attività di una centrale telefonica attiva per tutta la stagione estiva, in orario 8.00-20, in grado di attivare volontari per particolari condizioni di bisogno e con una più generale funzione di informazione e ricezione di eventuali segnalazioni.

Il Telesoccorso è un servizio per la gestione di emergenze di carattere sanitario, gestito in collaborazione con il 118 della USL 11, rivolto a cittadini che vivono soli e che presentano particolari patologie: anche in questo caso il servizio si basa sull'attività di una centrale telefonica h 24, attiva per 365 gg, costantemente collegata con dispositivi salvavita installati al domicilio degli utenti. In caso di chiamata proveniente dal dispositivo salvavita del singolo utente l'operatore della centrale, applicando uno specifico protocollo, è in grado di valutare l'emergenza e se del caso attivare immediatamente l'intervento del 118 o in alternativa altri tipi di interventi.

I Contributi per il Care Giver e per l'Assistente Familiare sono entrambi "contributi di cura" ed hanno come obiettivo prevalente il mantenimento al domicilio della persona non autosufficiente.

Tale obiettivo si persegue:

- nel caso del "Contributo al Care Giver", attraverso il riconoscimento ed il sostegno al lavoro di cura svolto da un familiare che assume la funzione di Care Giver principale;
- nel caso del "Contributo per l'Assistente Familiare", attraverso l'erogazione di un contributo ad integrazione della spesa sostenuta dall'interessato e dai suoi familiari per l'assistenza erogata da personale assunto con regolare contratto

8. VIOLENZA DI GENERE¹¹⁵

La violenza, in particolare la violenza contro donne e bambini, è un dramma sociale e culturale, radicato profondamente nelle relazioni tra donne e uomini, nelle famiglie, nei luoghi di lavoro e di studio, nelle città. Ma è anche un fenomeno di cui si è cominciato a parlare apertamente da poco più di vent'anni. La conoscenza che si ha a livello sociale e istituzionale è molto scarsa e frammentata e i pregiudizi e gli stereotipi sugli uomini che maltrattano e le donne che subiscono violenza sono molto diffusi. La violenza contro le donne, e in particolare il fenomeno della violenza domestica, rappresenta tuttavia, un problema complesso che deve essere affrontato dall'intera collettività. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha proposto un nuovo concetto di "salute" inteso non tanto come mera "assenza di malattia", bensì in un significato più ampio: "benessere fisico, psichico, mentale, sociale e anche spirituale". In base a questo è possibile parlare di modello ecologico della violenza, la quale non è più solo violazione dei diritti umani ma anche causa di danno alla salute delle donne. Ciò sta a significare che la violenza è un comportamento influenzato dai plurimi fattori che interagiscono fra loro: individuale, relazionale, comunitario e sociale.

Il primo fattore riguarda le caratteristiche personali, biologiche e demografiche che influenzano la possibilità di agire o subire violenza (es. condizioni socio-economiche svantaggiate, basso livello di scolarità o episodi precedenti di vittimizzazione).

Il secondo analizza l'influenza dei rapporti personali nell'uso o nella legittimazione della violenza (es. comportamenti violenti sono più frequenti da parte di persone conviventi a causa della prossimità fisica). Il terzo fattore ha a che fare con i luoghi d'interazione sociale molto prossimi alle vittime come scuola, luoghi di lavoro, parrocchie e rapporti di vicinato. In questo caso ci s'interroga sulle relazioni fra i livelli di violenza e tipologie di comunità (es. se la presenza di diverse culture sociali o un'alta densità di popolazione comportano rischi maggiori della violenza).

Infine, il fattore sociale riguarda la società in termini più generali, per esempio la presenza di un alto livello di tolleranza per la violenza, o per quegli atteggiamenti che creano o aumentano tensioni fra i diversi gruppi sociali e conseguentemente la presenza di un basso livello d'inibizione dei comportamenti violenti.

Il modello ecologico evidenzia la complessità della violenza intrafamiliare e la necessità di affrontarla attraverso un lavoro di rete, ovvero di collaborazione sinergica fra tutti i servizi presenti sul territorio. È necessario aumentare il sostegno alle donne che la subiscono attraverso risposte sensibili e adeguate delle forze dell'ordine, del sistema della giustizia penale, dei servizi sociali e sanitari, dei singoli e delle singole a cui una donna può rivolgersi in cerca di aiuto. Nessun soggetto individuale o collettivo, istituzionale o non istituzionale, è sufficiente da solo a rispondere ai bisogni di una donna che si trova in una situazione di violenza, per questo è fondamentale che tutti riconoscano e assumano la gravità del problema e sappiano fornire attenzione, ascolto e indicazioni precise e adeguate delle risorse presenti sul territorio.

Sono irrinunciabili dunque misure pubbliche che facciano luce sulle dinamiche della violenza nel contesto familiare e sociale, che facciano emergere le molteplici situazioni sommerse e rendano possibili azioni strategiche permanenti, capaci di prevenire ed offrire l'adeguato sostegno alle vittime.

Questo anche perché la violenza può colpire donne di qualunque età e condizione professionale; donne anziane, disabili, in stato gravidanza, separate, laureate, in carriera, disoccupate e non.

Ed infine, e non certo per importanza ma per completezza dell'analisi del fenomeno, ci sono i bambini ai quali la violenza produce non soltanto danni se agita direttamente ma anche quando ne sono testimoni silenziosi.

Il CISMAI nel 2005 ha definito quest'ultimo tipo di violenza, sostenendo che:

"La violenza assistita da minori si intende il fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia, e gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni degli animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza), e/percependone gli effetti".

I dati statistici in **Italia** sono noti e dimostrano il permanere di una situazione particolarmente allarmante: nel mondo una donna su tre è vittima almeno una volta nella vita di violenza fisica, sessuale o psicologica e nella maggior parte dei casi gli autori delle violenze sessuali e degli omicidi sono i partner, definiti dagli psicologi come gli "insospettabili".

¹¹⁵ A cura di Tania Cintelli, Responsabile "violenza di genere" SdS Valdarno Inferiore

Secondo l'unica indagine nazionale Istat, svolta sul tema nel 2007, "La violenza e i maltrattamenti contro le donne" si rileva che 2.983 mila donne italiane sono vittime di violenza domestica e il 93% di queste non denuncia la violenza subita dal proprio partner".

C'è dunque una realtà spesso celata dagli stessi media che al contrario diffondono un'immagine distorta del pericolo come se provenisse solo dal branco, dal brutto che incontri per strada, senza mettere in luce che il 69% degli stupri sono invece opera del partner e avvengono in casa, un luogo che solo apparentemente è sicuro e protetto.

In Toscana i dati sulla violenza contro le donne delineano uno scenario di particolare gravità: secondo l'indagine Multiscopo Istat 2006 sono 450.000 le donne, dai 16 ai 70 anni, che hanno subito almeno un episodio di violenza fisica sessuale nel corso della loro vita e solo il 6,6% denuncia il reato. Gli autori di tale violenza sono sempre legati alla vittima da rapporti di parentela.

Le donne vengono anche uccise in nome della violenza; omicidi commessi non per gelosia, non per follia, non per disperazione. Le cause di questi omicidi hanno radici ben più profonde. Non sono episodi isolati né storie eccezionali. Si tratta di violenza di genere, ed è un fenomeno tanto diffuso quanto dimenticato.

Nel 2010 le donne uccise sono state 127; in cinque anni – dal 2005 al 2010 – sono state uccise 650 donne. Nel 2011 si stima – sulla base delle notizie riportate dai media – che le donne uccise siano state 137.

Chi lavora per contrastare tutte le forme di violenza contro le donne, sa che l'omicidio rappresenta spesso la tragica conclusione di un lungo e sofferto periodo di violenza fisica e psicologica agita dal marito, compagno, fidanzato o ex contro la donna. Periodo di cui quasi sempre non c'è traccia nelle storie raccontate, e che, per questo motivo, sembrano assumere la caratteristica dell'eccezionalità, e trovano spesso come unica spiegazione l'eccesso di follia e di rabbia.

In **Toscana**, l'ultimo Rapporto sulla violenza di genere del 2011, emerge che ci sono state ben 1.882 donne che si sono rivolte ai 23 centri antiviolenza diffusi sul territorio nel periodo compreso tra il 1° luglio 2010 e il 30 giugno 2011, ben più 121 rispetto alla rilevazione precedente.

Si rivolgono donne con un livello di istruzione medio – alta: il 42,9% ha il diploma e il 13% laurea. Circa il 50% delle italiane ha una occupazione stabile, percentuale che scende al 37,7% per le straniere.

Complessivamente, nel periodo analizzato dal rapporto, si sono rivolte 66,1% di donne autoctone e 33,9% straniere.

Se normalmente le donne non sono propense a denunciare la violenza subita, sono persuase a farlo nel caso in cui i figli siano presenti agli episodi di sopruso. La percentuale di donne che sporge denuncia avendo figli sono il 31,8% contro il 24,8% delle donne senza figli.

Infine ben 999 donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza dichiarano che i propri figli, spesso minorenni, hanno assistito alla violenza.

Purtroppo ad oggi non esistono dati esaustivi del fenomeno della violenza per due ragioni essenziali:

la mancanza di una omogeneità e di una rete per la rilevazione dei dati oltre alla complessità della tracciabilità dei percorsi messi in atto;

la difficoltà da parte delle istituzioni (pronto soccorso, servizio sociale, FF.OO, scuola, medici di base ecc) di sapere leggere e decodificare la violenza.

Infatti spesso i dati in possesso dei servizi pubblici sono quelli riguardanti donne che hanno figli e che in qualche modo sono già in carico per i maltrattamenti subiti dai minori stessi.

Per questa consapevolezza ed in questo contesto si collocano la recente L.R n. 59/2007 "Norme contro la violenza di genere" e le "Linee Guida contro la Violenza di Genere" (delibera Giunta Regionale n° 291/2010) quali atti importanti, ma non isolati, che nascono da una politica regionale di lotta contro la violenza nei confronti di donne e bambini.

Inserire, nel Profilo di Salute delle due Sds, il tema della Violenza di genere è dare attuazione alla legge e alle sue linee guida, superando il gap statistico ed operativo e arrivare ad una definizione di indicatori e procedure utili per intraprendere azioni di prevenzione, abbattimento dei costi sociali e sanitari e quindi l'accrescimento della qualità di vita dei cittadini della Asl 11.

Nella **SdS di Empoli** le donne seguite negli anni 2011-2012 sono state 57, di cui 3 per abusi sessuali, 25 per maltrattamento fisico, 8 per maltrattamento psicologico, 21 per violenza intrafamiliare. La segnalazione è stata effettuata in 10 casi dalle Forze dell'Ordine, 27 dalla donna interessata, 18 da altri servizi e 2 dai vicini di casa. L'incidenza di nuove situazioni prese in carico è così suddivisa: i nuovi casi sono stati 10 nel 2011 e 8 nei primi sei mesi del 2012.

Sul totale dei casi in carico per 20 donne è stato necessario l'allontanamento dal nucleo familiare.

Nella **SdS del Valdarno Inferiore** si è costituito nel giugno del 2012 il Gruppo di Lavoro violenza di genere, tratta e mutilazioni come livello tecnico-professionale, trasversale alle varie Unità Operative

minori, anziani, adulti e disabili, per la definizione di procedure integrate e condivise relative alle situazioni di persone vittime di violenza (partecipano assistenti sociali e operatrici dell'associazione Frida).

Da giugno a dicembre 2011 il Gruppo Violenza di genere ha discusso e supervisionato n. 7 donne mentre nel periodo gennaio/giugno 2012 c'è stato un incremento con n. 10 donne vittime di violenza. E' evidente la necessità da parte della SdS di riuscire ad intercettare e mettere in rete il numero delle domande di donne vittime di violenza che si rivolgono ad altri servizi pubblici o privati in modo tale da avere un quadro più reale e puntuale del fenomeno della violenza sul nostro territorio.

9. IL DISAGIO ABITATIVO¹¹⁶

L'assenza di politiche abitative adeguate alle reali esigenze delle persone ha caratterizzato un mercato locativo non regolamentato in cui l'intervento pubblico è praticamente assente; la percentuale nazionale di cittadini che vivono in affitto sfiora il 20% e tale percentuale spesso equivale alle fasce deboli (anziani, immigrati, famiglie monoparentali).

Nel 2010 gli sfratti sono aumentati a causa della crisi economica e la fascia grigia non determina più un punto di riferimento solvibile per le attività di housing sociale perché l'impoverimento di questa parte della cittadinanza ha determinato un collasso delle vecchie strutture che da sempre sono impegnate sul tema casa.

Le cooperative di abitazione e costruzione lamentano una difficoltà economica nell'abbassare il costo delle abitazioni; gli enti di gestione delle case popolari, che hanno visto aumentare il disagio senza poter mettere in atto strumenti operativi adeguati alle nuove esigenze sociali, hanno strumenti di risposta superati ed anacronistici a livello territoriale; il mercato privato, non è stato incentivato in maniera opportuna nel garantire ai proprietari i servizi attraverso cui abbassare i canoni di locazione e consentire così una più ampia partecipazione all'accesso in case private: tutto questo ha determinato una crescente emergenza che può essere arginata solo con nuove metodologie operative e nuove politiche abitative che possano consentire una vera fruizione del mercato locativo ed incentivare l'autonomia abitativa.

anno 2010	SdS Valdarno Inferiore	SdS di Empoli
Sfratti		
Famiglie che hanno subito sfratti che si sono rivolte ai servizi sociali o ai comuni - anno 2010	110	50
Contributi canoni di locazione (L. 431/98)		
Tasso richieste integrazioni canoni affitto (n. domande/numero famiglie*1000)	11,58	22,18
euro erogati nel 2010	€ 355.689,72	€ 1.312.320,11
n. domande insoddisfatte	68	74
Alloggi di edilizia residenziale pubblica (E.R.P.)		
n. alloggi	888	1.406
Copertura zonale alloggi ERP (n. alloggi/numero famiglie * 1000)	8,5	20,26
n. nuclei in lista di attesa	638	870

I Servizi sociali di entrambe le SdS prendono in carico il problema del disagio abitativo, indirettamente, attraverso l'erogazione dei **contributi per l'alloggio di tutte le aree di intervento**, finalizzati a superare il disagio e l'emergenza abitativa, erogati nel 2010 allo 0,16% della popolazione residente nella SdS di Empoli ed allo 0,19% nel Valdarno Inferiore.

anno 2010	SdS di Empoli		SdS Valdarno Inferiore	
	n. utenti	spesa totale	n. utenti	spesa totale
contributi erogati dai SERVIZI SOCIALI finalizzati a superare disagio abitativo e l'emergenza abitativa	279	€ 252.973,00	131	€ 109.697,00

Nel territorio della **SdS di Empoli** vi sono **1.406** alloggi di edilizia residenziale pubblica (E.R.P.) destinati alla locazione sociale, in grado di rispondere a circa il **62%** di coloro che avrebbero bisogno di una locazione a canone sociale. A questi alloggi si aggiungono i **37** alloggi dei Comuni destinati alle situazioni di emergenza abitativa: nel 2010 sono stati sistemati n. **34** nuclei familiari.

Per la gestione in forma associata del patrimonio di edilizia residenziale pubblica del Circondario Empolese Valdelsa, in data 28 dicembre 2006 è stato sottoscritto tra il L.O.D.E. Empolese Val D'Elsa e

¹¹⁶ A cura di Alberto Cheti e Angela Barone (Comune di Fucecchio)

Publicasa s.p.a. apposito contratto di servizio. Publicasa s.p.a. (attualmente partecipata integralmente dai Comuni del Circondario E/V) è operativa, per l'esercizio delle attività costituenti il servizio di edilizia residenziale pubblica, dal 1 dicembre 2004, ovvero dalla data in cui è stata trasferita la proprietà degli alloggi di E.R.P. dall'ATER di Firenze ai Comuni, ai sensi della L.R.T. 3/11/1998, n. 77.

Il contratto di servizio prevede la possibilità per i Comuni sottoscrittori di affidare a Publicasa s.p.a. servizi aggiuntivi, oltre la gestione del patrimonio di E.R.P. Nell'ambito di questi è stato promosso il **progetto sperimentale "PRO.fitto"**. Il progetto è destinato ai nuclei familiari capaci di dare garanzie sulla propria solvibilità ma non in grado di accedere al libero mercato dell'abitazione e si concretizza con la sottoscrizione diretta da parte di Publicasa di contratti di affitto con soggetti privati e al successivo sub-affitto dei relativi appartamenti. In tal modo ai proprietari è garantita la riscossione del canone di affitto e i potenziali inquilini possono ottenere condizioni di affitto agevolate. Ad oggi hanno stipulato apposita convenzione con Publicasa i Comuni di Montelupo F.no e Montespertoli.

Nel territorio della **SdS Valdarno Inferiore** opera la Società **Domus Sociale S.r.l.**, costituita nel 2004 e oggi composta dai quattro comuni della SdS e dal Comune di Santa Maria a Monte, che gestisce 78 alloggi di cui 30 di proprietà pubblica dei comuni e 48 alloggi privati. Attraverso questa società, infatti, al fine di ridurre le condizioni di disagio abitativo, è stata creata una rete di interventi di promozione della ricerca dell'alloggio sociale: la Domus gestisce alloggi sociali che provengono dalla cessione da parte dei comuni e, allo stesso tempo, reperisce alloggi sul mercato privato con affitti contrattati direttamente con i proprietari in modo da ottenere un canone medio basso grazie alla garanzia che la società offre in merito al pagamento dell'affitto.

Nel Valdarno Inferiore vi sono **888** alloggi di edilizia residenziale pubblica (E.R.P.) destinati alla locazione sociale, in grado di rispondere a circa il **58%** di coloro che avrebbero bisogno di una locazione a canone sociale. A questi alloggi si aggiungono i **20** alloggi dei Comuni destinati alle situazioni di emergenza abitativa: nel 2010 sono stati sistemati n. **20** nuclei familiari. Il patrimonio di edilizia residenziale pubblica viene gestito da APES **s.c.p.a.**

SdS Valdarno Inferiore 2010	
n. alloggi proprietà comunale con affitti agevolati	20
n. nuclei/persone sistemati alloggi proprietà comunale con affitti agevolati	20
n. alloggi gestiti da Domus	78
Copertura zonale alloggi Domus (n. alloggi/numero famiglie * 1000)	2,89
n. nuclei in lista di attesa	23

I Comuni delle due SdS, per far fronte alle problematiche legate al crescente disagio, si avvalgono dei servizi a cui fa espressamente riferimento la normativa vigente, nazionale e regionale, e di servizi istituiti nel territorio per volontà delle medesime Amministrazioni Comunali. Per cui, a fianco dei servizi preposti all'assegnazione e alla mobilità degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, all'erogazione dei contributi ad integrazione dei canoni di locazione e all'erogazione dei contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, sono previsti i seguenti ulteriori servizi:

- centri per l'ospitalità notturna dei senza-tetto;
- centri accoglienza per cittadini stranieri;
- centri per le emergenze abitative;
- alloggi di proprietà comunale da destinare alla locazione a canone agevolato;
- sportelli informativi e di intermediazione per prevenire o risolvere le situazioni di disagio abitativo relative a morosità, sfratto o altro.

Inoltre i Comuni hanno stipulato apposite convenzioni con cooperative edilizie o altri soggetti privati per ampliare l'offerta di alloggi a canone più favorevole di quelli di mercato.

Inoltre, attraverso la partecipazione al progetto della Regione Toscana "Abitare il Mondo" (co-finanziato dalla Comunità Europea) il **Comune di Fucecchio** e i **Comuni del Valdarno Inferiore**, mediante Domus Sociale S.r.l. hanno istituito lo "Sportello Casa", realizzato all'interno o in collaborazione con gli Uffici Casa per fornire i seguenti servizi:

- e) interventi di mediazione sociale finalizzati a fornire ai cittadini stranieri servizi di orientamento, sostegno e assistenza nella ricerca dell'alloggio e nello svolgimento delle pratiche amministrative e contrattuali;
- f) servizio di mediazione linguistico-culturale;

- g) assistenza, consulenza e mediazione durante la procedura di sfratto, o altro provvedimento di rilascio dell'alloggio;
- h) mediazione con le agenzie immobiliari della zona e con i proprietari degli immobili;
- i) gestione del fondo di garanzia ottenuto con la partecipazione ad "Abitare il Mondo" per l'erogazione di interventi economici finalizzati all'accesso all'abitazione in locazione o per la prevenzione di sfratti per morosità.

8.3.1 La marginalità estrema

La marginalità estrema è un fenomeno difficile da rilevare nel suo complesso, che possiamo riconoscere solo attraverso l'analisi dell'andamento di alcuni servizi orientati a tamponare situazioni particolarmente difficili, quali ad esempio gli accessi alle mense popolari e ai centri di accoglienza attivi nei territori di riferimento.

Analizzando questi dati, per la **SdS di Empoli** appare evidente un aumento dell'utilizzo della mensa popolare (da 12.804 accessi del 2008 a **16.965** del 2010) gestita dal Centro Emmaus nel Comune di Empoli assieme alla distribuzione di vestiario, la possibilità di effettuare la doccia e la distribuzione di derrate alimentari. Il ricorso al centro di accoglienza "Casa Albergo Emmaus", situato nel Comune di Empoli, appare sostanzialmente stabile, mantenendo nel 2010 **più di 400 accessi** annui per 227 utenti, con un servizio di accoglienza per la notte destinato a persone temporaneamente prive di una casa ed in condizioni di estrema difficoltà.

Nella **SdS Valdarno Inferiore** per tali situazioni c'è il Centro di Ospitalità Notturna gestito dall'associazione Le Querce di Mamre ubicato a Santa Croce S/Arno, dove trovano ospitalità cittadini inviati dai servizi sociali della SdS Valdarno Inferiore, dal Comune di Fucecchio e da quello di Santa Maria a Monte. L'anno 2010 ha avuto il più alto utilizzo da quando il Centro è in funzione, le presenze hanno raggiunto l'85% di utilizzo della struttura con punte del 90% in alcuni periodi dell'anno e con la formazione di una lista di attesa negli ultimi mesi dell'anno, tamponata con la distribuzione di coperte. Si registra inoltre un allungamento medio della permanenza al centro producendo una diminuzione, rispetto agli anni precedenti, del numero assoluto di ospiti: dagli 80 del 2008, ai 66 del 2009 e ai 57 del 2010.

Dopo il primo trimestre 2010 è stato aperto il Centro di Accoglienza alloggiativa di Marti di proprietà del Comune di Montopoli V/Arno-, gestito da maggio 2011 da Domus Sociale tramite convenzione con la SdS Valdarno Inferiore. Il centro, che ospita fino ad un massimo di 8/10 persone, risponde sia al disagio abitativo che ad alcune situazioni di povertà estrema che talvolta interessano anche nuclei familiari e non solo singole persone.

	SdS di Empoli		SdS Valdarno Inferiore	
	<i>n. utenti</i>	<i>spesa totale</i>	<i>n. utenti</i>	<i>spesa totale</i>
anno 2010				
Centri di ospitalità notturna	227	€ 42.000,00	57	€ 85.000,00
Centro Accoglienza alloggiativa Marti			12	€ 12.500

10. IL CONTRIBUTO DEGLI ORGANISMI DI PARTECIPAZIONE DELLE DUE SDS

Le due SdS di Empoli e del Valdarno Inferiore ritengono da sempre fondamentale la funzione della partecipazione e la necessità di trovare modalità di interazione con il terzo settore e con la società civile che siano di ausilio al governo del territorio, soprattutto in un momento di difficoltà come quello attuale in cui il sistema pubblico non può assolvere da solo a problematiche gravi e complesse. Tale volontà di sinergia e collaborazione è orientata alla costruzione di azioni e percorsi condivisi e partecipati tra il volontariato, gli organismi del Terzo settore e le organizzazioni della società civile, per porre al centro la comunità ed il territorio quali ambiti in cui si accrescono relazioni solidali e partecipative. Tutto ciò al fine di realizzare una serie di programmi ed iniziative comuni, animate dal principio di sussidiarietà, in modo tale che le SdS, le organizzazioni di volontariato e, attraverso queste, i cittadini, collaborino per realizzare un comune obiettivo di progresso sociale, nel rispetto dei diversi ruoli e competenze.

L'apporto fondamentale degli organismi di partecipazione si è verificato anche in occasione del Profilo di Salute.

Il presente capitolo è stato redatto con i dati forniti dai Comitati di Partecipazione e dalle Consulte del Terzo Settore delle due SdS, dopo un percorso partecipativo e di confronto sugli indicatori e sui risultati dell'analisi effettuata. Il punto di vista espresso in questo capitolo arricchisce la fotografia della "salute della popolazione" dei due territori, aggiungendo agli indicatori minimi e complementari deliberati dalla Regione Toscana un valore aggiunto inestimabile, perché danno la misura di quanto il terzo settore e l'associazionismo stanno affiancando gli enti pubblici nel settore socio assistenziale, socio sanitario e sanitario.

Di seguito verranno rappresentati schematicamente i dati che sono stati inviati alle SdS per arricchire la piattaforma informativa del profilo di salute. In particolare i contributi sono stati inviati dai seguenti membri di comitati e consulte: ARCI Empolese Valdelsa, Centro di Accoglienza di Empoli, Cooperativa Sociale Il Piccolo Principe, Associazione Autismo Toscana, Cooperativa Sociale La Pietra D'Angolo, Centro Aiuto Donna Lilith, Associazione Frida, Associazione Vecchie e Nuove Povertà, Associazione di Promozione Sociale Kappaerre, Associazione Arturo.

DIPENDENZE

(vedi capitolo 5.1)

Il Centro di Accoglienza di Empoli opera nel settore delle dipendenze con il progetto Giovani e Benessere che si colloca nell'area degli interventi socio riabilitativi per l'integrazione e la prevenzione nel campo delle dipendenze ed è rivolto ai giovani ed alle famiglie. Le attività vengono realizzate al Centro Accoglienza Empoli in collaborazione con il Ser.T..

L'aiuto che il progetto ha dato e da ai giovani è rappresentato dall'offerta di due diversi percorsi, il Progetto Gulliver e il Progetto Punto Giovani, che hanno come obiettivo la crescita personale, attuata attraverso proposte di cambiamento di alcuni aspetti del proprio stile di vita.

Nel 2012 hanno frequentato il "Progetto Gulliver" 8 giovani (4 ragazzi e 4 ragazze) dei quali 2 sono entrati nel 2012 e altri 6 negli anni precedenti, con un'età media di 23,6 anni, inviati dal Ser.T. nel 100% dei casi. Parallelamente ai ragazzi hanno frequentato il progetto anche i loro genitori.

Il Progetto "Punto Giovani" nello stesso anno è stato frequentato da 36 giovani (6 maschi e 30 femmine), 17 entrati nel 2012 e 19 negli anni precedenti, con un'età media di 26,8 anni.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

(vedi Capitolo 5, paragrafo 5.2.1)

Progetto Arci volto al miglioramento della qualità della vita delle persone internate nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, attraverso l'attivazione di percorsi che possano mettere/rimettere in gioco le competenze e le aspirazioni dei pazienti e attraverso i quali gli stessi possano ri-prendere familiarità con la società e la quotidianità fuori dall'istituto attraverso percorsi di socializzazione e integrazione sociale.

Riabilitazione significa infatti recupero di una dimensione sociale, riappropriarsi del proprio ruolo, in ambito lavorativo, familiare e delle relazioni interpersonali.

Le attività svolte in questo ambito nell'anno 2012 sono di seguito rappresentate:

Azione	N. e tipologia operatori	N. ore attivita'	Internati coinvolti	Descrizione dettagliata attivita'
MUSICOTER APIA - 1	3 musico-terapeuti	250	9	Il laboratorio, diviso in 2 parti, la prima con attività all'interno dell'istituto, la seconda presso La casa del Drago Il lavoro svolto dagli operatori ha portato alla creazione di un gruppo musicale – I Dragons – e quindi alla realizzazione di un disco musicale prodotto da Arci Empolese Valdelsa dal titolo “Sound Tales – Racconti Sonori”, contenente 14 brani scritti e musicati dai ragazzi del gruppo.
MUSICOTER APIA - 2		250	7	
ARTETERAPIA	1 operatore specializzato	450	40	In questo laboratorio sono stati realizzati lavori di pittura e scultura che hanno permesso ai ragazzi che ne hanno preso parte di trovare un canale espressivo attraverso l'arte e la creatività.
ATTIVITA' SPORTIVA	3 operatori 1 coordinatore	150 calcio 150 ginn.dolce 150 pallavolo	36	Ciascuna di queste attività incentrata sulla percezione di gruppo e sulla complicità che si crea naturalmente nelle dinamiche sportive.
Spazio esterno LA CASA DEL DRAGO	2 operatori specializzati 1 educatore psicologo 1 coordinatore psicologo	25 ore settimanali	32	La media dei frequentatori del centro esterno è stata di 5 ogni giorno. Delle 32 persone che hanno partecipato alle attività del centro, 17 hanno lasciato il progetto rientrando nel loro territorio di appartenenza.
LABORATORIO TEATRALE	2	354	12	Il 20 Giugno 2012 si e' svolta la rappresentazione dello Spettacolo “Muri” – presso Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino nel cortile interno della seconda sezione all'interno dell'istituto con 100 spettatori.

Sempre nell'ambito di intervento della riabilitazione dei pazienti dell'OPG, dal 1999 al 2011 la Cooperativa Sociale Intrecci ha **inserito al lavoro 24 pazienti** secondo i programmi riabilitativi individualizzati predisposti dall'Istituto.

AUTISMO

(vedi capitolo 5.2, paragrafo 5.2.2)

L'Associazione Autismo Toscana chiede che la scelta fatta nel Profilo di Salute di collocare la patologia dell'Autismo solo nel paragrafo dell'“infanzia” della Salute Mentale venga definitivamente superata e allineata alle risultanze della letteratura scientifica internazionale, in quanto si tratta di una patologia cronica che si manifesta alla nascita e perdura per tutta la vita.

Con riferimento all'età adolescenziale e adulta, l'Associazione Autismo Toscana, insieme all'Associazione Autismo Casa di Ventignano Onlus, con il sostegno delle due SdS e all'Azienda Usl 11 ha partecipato con il progetto “Autismo e lavoro agricolo” al bando regionale per l'agricoltura 2012 e ha approntato un progetto per l'inserimento da parte dei ragazzi del Centro di Ventignano. Le Associazioni coinvolte chiedono che nel corso del 2013 quindi vengano analizzati i primi dati relativi a questa attività.

MINORI E FAMIGLIE

(vedi Capitolo 6.1 relativo alla zona empolesse valdelsa)

Nell'ambito dell'educazione non formale i servizi presenti nella zona empolesse valdelsa sono numerosi, presenti in quasi tutti i comuni, gestiti da cooperative o associazioni di promozione sociale.

L'attività svolta dal Centro Giovani presso **il Circolo Arci di Ponte a Elsa** ha raggiunto numerosi risultati, riportati nella tabella seguente, oltre all'attivazione di due centri doposcuola (presso il Circolo arcì Pozzale e Brusciiana- Empoli) con una presenza media di circa 25 ragazzi ed un centro di sostegno individualizzato presso il Circolo Arci S. Maria – Empoli (6 partecipanti).

Anno	n. iscritti	frequenza media giornaliera	n. operatori	g. apertura	riunioni genitori	Laboratori attivati
2011/2012	18	15	2	4	3	- Educazione stradale - Solidarieta' e cooperazione - Ambientarci
2010/2011	21	18	2	4	2	- Educazione stradale - Intercultura "Di razza umana"
2009/2010	24	21	2	4	2	- Educazione stradale - Diritti e Doveri - Partecipazione attiva e cittadinanza
2008/2009	20	12	2	4	2	
2007/2008	20	13	2	4	2	
2006/2007	16	12	2	4	2	

La Cooperativa Sociale Il Piccolo Principe collabora con il Ciaf di Castelfiorentino, il Centro Giovani di Montespertoli, il Centro di Sovigliana, il Centro Giovani di Ponte a Elsa, il Ciaf di Montelupo. Ad oggi il Piccolo Principe gestisce il Centro Giovani Avane, di titolarità del Centro Accoglienza di Empoli, che esiste dal 1990 e accoglie utenti provenienti da Empoli e dai comuni limitrofi. Nel 2012 gli iscritti al centro sono stati 156, di cui 21 in carico ai servizi o disabili. Il centro estivo ha visto nel 2012 ben 56 iscrizioni. Di seguito si riportano i principali dati di attività.

anno	n. iscritti	frequenza media giornaliera	n. operatori	g. apertura	riunioni genitori	Laboratori e attività
2011/2012	120	35	4	5	20	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (5) Gruppi genitori Coordinamento comitato quartiere Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Progetto pitagora
2010/2011	115	35	4	5	22	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (5) Gruppi genitori Coordinamento comitato quartiere Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Progetto Pitagora
2009/2010	110	30	4	5	18	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (6) Gruppi genitori Coordinamento comitato quartiere Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Progetto Pitagora

2008/2009	100	32	4	5	21	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (4) Gruppi genitori Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Progetto Pitagora
2007/2008	90	37	4	5	17	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (3) Gruppi genitori Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Percorsi nelle scuole
2006/2007	80	35	4	5	15	Laboratorio scuola Gruppi di socializzazione (3) Gruppi genitori Eventi territoriali Centro estivo e soggiorni per adolescenti Percorsi nelle scuole

MINORI E FAMIGLIE

(vedi Capitolo 7.1 relativo alla zona Valdarno Inferiore)

La Cooperativa la Pietra d'Angolo effettua un'attività di Doposcuola "Pippicalzelunghe" presso la scuola primaria di San Miniato da ottobre 2012 per 21 bambini.

La stessa cooperativa gestisce inoltre la struttura convenzionata "Divino Amore", ubicata nel Comune di Montopoli, per l'ospitalità di donne con bambini, con i dati di attività complessivi di seguito riportati.

ANNO	DONNE	BAMBINI	ENTE INVIANTE	ITALIANI	STRANIERI
2011	11	14	j) ASL 5 Pisa 3 Comune Firenze 2 ASL 11 Empoli 1 Comune Fucecchio 1 SDS Valdarno	6	5
2012	6	8	2 Comune Firenze 1 Comune Fucecchio 2 ASL 5 Pisa 1 SDS Valdarno	5	1

ADULTI E MARGINALITA' ESTREMA

(vedi Capitolo 6.2 e capitolo 9.3.1)

L'Associazione "Vecchie e Nuove Povertà" opera nell'ambito delle nuove povertà sostenendo le persone con disagio economico, disoccupati e indigenti con l'obiettivo, comunque, di passare dall'assistenzialismo all'autonomia, svolgendo un'attività parallela e di supporto a quella dei servizi sociali nella zona empolesse valdelsa.

Dal 2009 al 2011 l'associazione è intervenuta in 151 casi, il 14,6% di questi nel 2009, il 35,8% nel 2010 e il 49,6% nel 2011. di questi casi ben 50 sono stati inseriti in un programma di assistenza che ha previsto:

- Erogazioni una tantum, che si collocano nel quadro della sopravvivenza (bollette, assicurazioni auto, cure mediche, buoni spesa) per un totale di 14.100 euro;
- Interventi mirati per n. 13 persone (aiuto per avvio attività lavorativa, acquisto auto, scooter ecc.) per un totale di 13.768 euro;

- Aiuto per l'inserimento lavorativo. In 4 casi questa attività ha determinato l'avvio di un lavoro stabile, in altre comunque l'uscita da una condizione di stallo che fa perdere alle persone la capacità di cercare lavoro. In questo ambito sono state attivate 12 borse di tirocinio.

L'Associazione è totalmente autofinanziata (quote associative, donazioni, frutto di iniziative) e gli utenti sono per la maggior parte italiani (59.9%) con età superiore ai 36 anni (66%).

L'Associazione Kappaerre e l'Agenzia per lo Sviluppo Empolese Valdelsa, insieme alle cooperative **Agrado e Il Piccolo Principe** hanno sviluppato un'azione nell'ambito del Progetto "SVI.CO.LA. Sviluppo Competenze per il Lavoro" – progetto per la realizzazione di 34 Circoli di Studio per la Ricerca del Lavoro finanziato dal Circondario Empolese Valdelsa su Bando EDA nel 2010.

Il progetto ha previsto un doppio binario di sviluppo, strettamente interconnesso al proprio interno: da un lato la proposta di Circoli di Studio per adulti disoccupati, inoccupati, cassa integrati, ecc. finalizzati alla ricerca attiva del lavoro o alla creazione di impresa; dall'altra un'immersione sul mondo delle competenze trasversali rivolto a giovani 18-29 anni inattivi. Questo secondo percorso, nel 2012 e nei primi 5 mesi del 2013, ha coinvolto direttamente oltre 100 giovani non inseriti nei percorsi formativi, né universitari, né nel mondo del lavoro. A loro è stato proposto, attraverso il veicolo orientativo dei Centri per l'Impiego del territorio, di intraprendere un percorso (8 incontri della durata di 3 ore ciascuno) per lavorare sulle proprie competenze psicosociali e relazionali, sulla propria Intelligenza Emotiva, sulla costruzione del proprio profilo personale e professionale (CVE, Libretto Formativo del Cittadino, Footprint-DAISS) e sulla cooperazione e confronto in gruppo attraverso l'Apprendimento Sociale e per strutturare la fase di orientamento in uscita verso la scelta di possibili modi, idee, azioni. Allo stesso tempo si è cercato di creare, a fianco dei Centri per l'Impiego, un ponte con il mondo delle imprese, coinvolgendo le tre associazioni di categoria CNA, Confesercenti e Confindustria, al fine di attivare i Tirocini Giovani sì (progetto formativo sul campo lavorativo dove sia l'impresa che la Regione contribuiscono al rimborso economico per il giovane).

ANNO	TOTALE PARTECIPANTI 18-29 anni	DI CUI MASCHI	DI CUI FEMMINE	FORMATORI - EDUCATORI	COACH
2012/2013	109	59	50	n.2 per un totale di 264 ore di lavoro frontali	n.3 per un totale di n.132 ore di lavoro frontali

ADULTI E MARGINALITA' ESTREMA

(vedi Capitolo 7.2 e capitolo 9.3.1)

La cooperativa la Pietra d'Angolo gestisce 2 appartamenti, ubicati nel comune di Montopoli, denominati "La Casina" dove ospita, fino ad un massimo di 4 posti letto, uomini in situazione di disagio sociale, economico ed abitativo per un progetto di reintegrazione sociale e di percorso di autonomia.

ANNO	ITALIANI	STRANIERI
2011	3	1
2012	3	1

ANZIANI

(vedi capitolo 6.3 relativo alla zona empolesse valdelsa)

La significativa presenza dei **Circoli ricreativi Arci** (70 nei comuni del circondario escluso Fucecchio e compreso Barberino Valdelsa) rappresenta la presenza sul territorio di luoghi di socializzazione che (in base ad una ricerca effettuata da Arci E.V. nel 2012), con le loro varie attività rimangono aperti ai soci ed alla cittadinanza per almeno 13 ore in media giornaliere per 6 giorni settimanali.

Il 40% dei 12.300 soci Arci 2012 è ultrasessantacinquenne ed è quindi evidente il forte impatto di tali luoghi di aggregazione sulla qualità della vita delle persone anziane del territorio.

POPOLAZIONE IMMIGRATA

(vedi capitolo 6.3 relativo alla zona empolesse valdelsa)

L'Arci Empolese Valdelsa gestisce in autofinanziamento uno sportello dedicato agli immigrati ed alla integrazione, con i risultati di seguito riportati:

Anno	N. ore sportello settimanali	N. settimane di apertura	N. di cittadini usufruenti il servizio	Richieste più frequenti	Paese di origine del maggior numero dei richiedenti
2012	12	48	86 52 M – 34 F	Aggiornamento carta di soggiorno Rinnovo permesso di soggiorno Prenotazione test italiano	Albania, Marocco Tunisia
2011	24	32	87	Rinnovo/rilascio permessi/carte soggiorno	Marocco, Tunisia, Cina Albania
2010	3	38	25	Rinnovo permesso di soggiorno Aggiornamento carta di soggiorno Ricongiungimento familiare	Albania, Perù, Romania Filippine
2009	4	36	63	Rinnovo/rilascio permessi soggiorno Ricongiungimento familiare Domanda emersione	Albania, Marocco, Georgia
2008	4	16	106	Permesso soggiorno Ricongiungimento familiare	Albania, Marocco, Senegal, Ucraina, Russia, Romania
2007	4	40	84	Permesso soggiorno Ricongiungimento familiare	Albania, Marocco, Senegal, Ucraina, Russia, Romania

L'Associazione Kappaerre e **l'Agenzia per lo Sviluppo Empolese Valdelsa**, hanno sviluppato il progetto ALICE, finanziato dal Circondario Empolese Valdelsa su Bando EDA – Educazione degli adulti nel 2010, con l'obiettivo di realizzare materiale informativo per facilitare l'accesso dei cittadini immigrati ai servizi del territorio dei comuni del Circondario Empolese Valdelsa e nel contempo dare avvio ad un percorso di ricerca orientato ad apportare una più forte condivisione di problemi e soluzioni tra operatori che maggiormente si interfacciano con la popolazione straniera.

E' stato organizzato un ciclo di incontri, con la collaborazione della Gestione Associata Migranti, cui hanno partecipato gli operatori di vari enti e istituzioni (4 operatori degli URP dei Comuni, 1 coordinatore dell'URP della ASL, 2 operatori dei Centri per l'Impiego, 2 operatori dell'ASEV, 4 operatori di Kappaerre, 2 mediatrici culturali). Gli incontri sono stati guidati una figura esperta che ha permesso al gruppo di lavoro di confrontarsi e di costruire insieme un "kit di orientamento di primo livello" scaricabile dalla pagina della Gestione Associata Migranti su www.empolese-valdelsa.it. Il Kit ha una funzione di supporto ai singoli operatori e facilita la conoscenza al cittadino straniero relativamente ai servizi offerti sul territorio. In particolare sono stati prodotti testi esplicativi, tradotti in altre 4 lingue (albanese, arabo, cinese, romeno) delle seguenti aree tematiche: Salute/Sanità, Lavoro, Scuola e Servizi Educativi, Formazione, Famiglia, Documenti/Permessi, Casa, Sociale.

ANNO	OPERATORI COINVOLTI IN FASE DI ELABORAZIONE DEL KIT	CITTADINI STRANIERI CONTATTATI NEGLI INCONTRI	LINGUE PRINCIPALI
2012/2013	n.15 per un totale di n.24 ore	n.60 circa	Albanese, Arabo, Cinese, Romeno

IMMIGRATI

(vedi Capitolo 7.5 della zona valdarno inferiore)

La **cooperativa La Pietra d'Angolo** effettua da diversi anni, interventi di mediazione linguistica, con il supporto di mediatori culturali di madrelingua, presso l'Istituto Statale comprensivo "Galileo Galilei" di Montopoli, con i seguenti dati di attività:

Anno scolastico	Lingua romena	Lingua spagnola	Lingua albanese	Lingua cinese	Lingua marocchina	Lingua senegalese	Lingua urdu	Totale
2006/2007	2 scuola primaria		1 scuola secondaria					3
2008/2009					1 scuola primaria			1
2009/2010	1 scuola secondaria			1 scuola primaria	1 scuola primaria	2 scuola primaria		5
2010/2011					3 scuola primaria	2 scuola primaria		5
2011/2012	1 scuola secondaria	1 scuola primaria			1 scuola primaria	2 scuola primaria 2 scuola secondaria	1 scuola secondaria 3 scuola primaria	11
2012/2013						1 scuola primaria 2 scuola secondaria	2 scuola primaria	5

L'Associazione Arturo ha effettuato i seguenti interventi nel territorio del Valdarno Inferiore:

ATTIVITA'	DESCRIZIONE	DATI
servizio di consulenza legale in materia di immigrazione	attività di sportello e di consulenza il sabato mattina	//
corsi di lingua italiana per stranieri	nell'anno scolastico 2012-2013 sono stati realizzati 16 moduli di almeno 30 ore nei 4 comuni	Partecipazione di n. 200 cittadini stranieri
corsi di lingua italiana per donne straniere	nell'anno scolastico 2012-2013 sono stati realizzati 4 moduli di almeno 50 ore nei 4 comuni	partecipazione di oltre 50 donne straniere
corsi di lingua italiana per genitori IC Santa Croce	Corsi nell'anno scolastico 2012-2013	coinvolti 40 genitori
corsi di lingua italiana per la certificazione CILS dell'Università per stranieri di Siena	Corsi nell'anno scolastico 2012-2013	15 iscritti
corsi di lingua italiana estivi con possibilità di certificazione finale	nell'estate 2013 previsti 4 corsi di 90 ore	60 allievi
attività di sostegno ad alunni stranieri della secondaria di 1° dell'IC Santa Croce	Attività anno scolastico 2012-13	30 alunni
attività di animazione interculturale per le classi dell'IC Santa Croce	Attività anno scolastico 2012-13	coinvolti oltre 4 classi
Mediazione linguistica	attività di mediazione linguistica su appuntamento e traduzione di documenti, per i servizi sociali, educativi e per le scuole del territorio	//
sostegno ad alunni stranieri in ambito scolastico	Intervento di sostegno per studenti stranieri degli istituti secondari di secondo grado anno scolastico 2012-2013	Oltre 20 alunni

VIOLENZA DI GENERE

(vedi Capitolo 8)

Il tema della violenza di genere negli ultimi anni ha visto un intensificarsi della progettualità del pubblico con l'obiettivo di fornire e qualificare un sistema territoriale di presa in carico delle donne vittime di violenza e creare una rete integrata fra soggetti pubblici e del privato sociale.

Uno degli obiettivi strategici da perseguire è il superamento del gap strutturale di un sistema omogeneo di rilevazione. Si evidenzia infatti, che a fronte dei dati forniti/registrati dalle associazioni non corrispondono ad oggi procedure standardizzate di rilevazione della violenza da parte dei servizi pubblici (pronto soccorso, servizi sociali, consultori, forze dell'ordine ecc).

Il Centro Aiuto Donna Lilith di Empoli, nato nel 2002, ha come finalità esclusiva la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere, il sostegno alle vittime e ai minori e la promozione di una cultura delle pari opportunità ed offre i seguenti servizi:

- servizio telefonico di ascolto, sostegno ed emergenza attivo 24 ore su 24. Collegamento con il numero di pubblica utilità 1522. Apertura per l'incontro diretto dal lunedì al venerdì;
- servizi specialistici di supporto quali accoglienza, protezione, sostegno, cura e tutela legale gratuita sia civile che penale alle vittime di violenza, compresi atti persecutori di stalking e di mobbing;
- gestione casa rifugio ad indirizzo segreto accreditata presso la regione toscana;
- attività di sostegno all'orientamento al lavoro e nel reinserimento della donna nel tessuto sociale;
- attività di sensibilizzazione, educazione e formazione rivolte ai giovani nelle scuole di ogni ordine e grado, ai cittadini, ai volontari, agli operatori del territorio;
- attività di ricerca e organizzazione di convegni e seminari;
- raccordo e integrazione con la rete di 10 sportelli di accoglienza e ascolto delle vittime di violenza operanti presso le sedi delle Pubbliche Assistenze-Croci d'oro di Castelfiorentino, Fucecchio, Limite, Montelupo, Montespertoli, Montopoli, Santa Croce s. Arno, Castelfranco di Sotto, della Casa della Salute di Empoli e presso l'associazione "Forum permanente delle donne" di Certaldo.

Le donne prese in carico dal Centro Aiuto Donna Lilith dal 2007 alla data del 15 aprile 2013 sono 290, il 64,5% delle quali ha un'età compresa fra 30 e 49 anni e il 72% ha figli a carico. Solo il 32% delle donne seguite sporge denuncia contro il maltrattante.

PRESE IN CARICO DAL 2007*					
(* anno di inizio delle rilevazioni statistiche)					
2007	2008	2009	2010	2011	2012
15	31	47	48	61	71

PRESE IN CARICO IN COLLABORAZIONE CON:	Dal 2007 al 2012	2011	2012
Servizi sociali	44	17	9
Forze dell'Ordine	122	23	28
Altre Associazioni	33	6	10

L'accesso al Centro avviene per il 39% tramite donne, per il 11,5% tramite i servizi sociali, 12% tramite amici, nel 14,6% tramite le Forze dell'ordine. Negli altri casi l'accesso è indicato da altri CAV (8,3%), da altre associazioni (3,6%), dal pronto soccorso (1,2%), da legali (2%). Il 5.1% si rivolge a Lilith grazie all'informazione diffusa tramite i mass-media e gli opuscoli informativi.

Le donne vittime di violenza che si sono rivolte al Centro Aiuto Donna Lilith presentano le seguenti caratteristiche:

- **provenienza**: da Empoli il 48,6%, da Montelupo il 6,8%, da Castelfiorentino il 5,3%, da Capraia e Limite il 5,7%, da Vinci il 6,5%, da Fucecchio il 5%, da San Miniato il 3,8%, da Cerreto il 3,4%, da Montespertoli il 2%, da Certaldo il 3%, da Castelfranco il 1,5%, un residuale 1% da altri comuni (Lamporecchio, San Romano, Santa Croce e Pontedera), il 5% da altre province della Regione Toscana.
- **tipologia di violenza**: 209 violenza fisica, 21 violenza sessuale, 16 molestie sessuali, 258 violenza psicologica, 130 economica, 58 stalking e 5 mobbing.
- **Stato civile**: 49% coniugata, 21,6% nubile, 14,7% separata, 7,3% convivente, 7,3% divorziata.
- **Nazionalità**: 69,8% italiana, 16,6% comunitaria, 4,9% sudamericana, 6,8% africana 1,9% asiatica.
- **Scolarizzazione**: circa il 46,8% ha il diploma di scuola media inferiore, il 39,6% quello di scuola media superiore, il 7,2% è in possesso di licenza elementare e il 6,4 di laurea

- Lavoro: il 43% delle donne è disoccupata; il 35,7% ha un lavoro fisso, il 17,1% è a part-time, il 4,2 è pensionata
- Autore della violenza: l'aggressore è nel 63% dei casi il marito/convivente/partner e nel 16% dei casi l'ex marito o l'ex convivente, con percentuali più piccole di altri soggetti (datore di lavoro, colleghi, conoscenti, padri, madri, ecc).

L'Associazione Kappaerre, insieme ad **Agrado** ed al **Teatrino dei Fondi** nell'anno scolastico 2011/2012, ha effettuato interventi di formazione in 25 classi delle Scuole Secondarie di primo grado del Circondario Empolese Valdelsa, nell'ambito del progetto CREA. Circa 500 ragazze e ragazzi sono stati resi parte attiva di un percorso di esplorazione del sé e della relazione con l'altro come prevenzione alla violenza di genere, articolato in 5 laboratori da due ore ciascuno, con la conduzione di educatori e formatori e la stretta collaborazione del docente. Gli insegnanti hanno seguito, insieme agli educatori e formatori, alcuni brevi training, uno dei quali curato specificamente dall'Istituto di Sessuologia di Firenze, e condiviso momenti di progettazione comune.

Al termine è stato realizzato un evento di confronto e divulgazione all'interno del Palazzo dell'esposizioni di Empoli al quale hanno preso parte ragazze e ragazzi coinvolti nel percorso, genitori, insegnanti, operatori sociali ed educatori, amministratori e politici locali.

ANNO	STUDENTI CONTATTATI	INSEGNANTI COINVOLTI	OPERATORI COINVOLTI	ALTRI ADULTI COINVOLTI
2011-2012	n.500 circa per un totale di ore n.250	n.30	n.5	n.50 circa presenti all'evento finale "Game Over"

L'Associazione Frida di San Miniato persegue l'obiettivo di far emergere, conoscere, combattere, prevenire e superare la violenza di genere ed offre sul territorio i seguenti servizi:

- linea telefonica di ascolto e sostegno ed emergenza attiva 24 ore su 24;
- colloqui di accoglienza e sostegno psicologico per la rielaborazione del trauma e per la fuoriuscita dalla violenza;
- consulenza e assistenza legale gratuita in ambito civile, penale, minorile;
- gruppi di sostegno e auto-aiuto per donne vittime di violenza;
- sportello anti-stalking;
- spazio salute;
- accompagnamento ai servizi pubblici, supporto nella ricerca di lavoro;
- attività di ricerca-azione e monitoraggio della violenza contro le donne;
- attività di sensibilizzazione rivolte alle scuole primarie e secondarie, realizzazione di interventi formativi nelle università e organizzazione di corsi tematici sulla violenza, promuove iniziative culturali e azioni di sensibilizzazione rivolte a figure professionali e cittadinanza al fine di far conoscere e prevenire il fenomeno della violenza contro le donne.

Da marzo 2008 a maggio 2013, in 5 anni di attività, si sono rivolte a Frida e sono state accolte in **totale 140 donne vittime di violenza**. L'81% di esse ha un'età compresa tra i 21 e i 50 anni, il 13% ha un'età superiore ai 51 anni, il 6% ha meno di 20 anni.

PRESE IN CARICO					
2008 (da 8/3)	2009	2010	2011	2012	2013 (al 1/5)
8	10	23	37	39	23

Le donne prese in carico vengono a conoscenza dell'Associazione tramite molteplici canali grazie all'importante lavoro di rete e di sensibilizzazione che Frida svolge: il 38% tramite i servizi sociali, il 22% tramite conoscenti, il 14% grazie a volantini/sito internet/articoli di giornale, il 12% tramite le Forze dell'ordine, il 9% tramite altre associazioni o enti, il 3% tramite il Pronto Soccorso e il 2% tramite avvocati. Il 76% delle donne accolte ha uno o più figli/e, testimoni di violenza nei confronti della propria madre.

Le donne vittime di violenza che si sono rivolte all'Associazione Frida presentano le seguenti caratteristiche:

- provenienza: il 73% delle donne accolte è residente nei Comuni del Valdarno Inferiore, il 20% nei Comuni dell'Empolese Valdelsa e il restante 7% in altri Comuni Toscani.

- **Tipologie di violenza:** nel 78% dei casi, le donne accolte da Frida sono vittime di più forme e tipologie di violenza (psicologica, fisica, sessuale, economica e/o stalking); nel 13% sono vittime di violenza psicologica, nel 7% vittime di stalking, nel 2% sono vittime di violenza sessuale.
- **Nazionalità:** Il 68% delle donne accolte è di nazionalità italiana, il 7% proviene da altri paesi dell'Unione Europea, il 10% da Balcani e Est Europa, il 10% dal Nord Africa, il restante 5% è di nazionalità Nigeriana, Brasiliana e Cubana.
- **Autore della violenza:** L'autore della violenza è sempre conosciuto dalla vittima: nell'87% dei casi l'autore della violenza è il partner o l'ex partner della donna, nel 10% dei casi è un parente, nel 3% dei casi è un conoscente. Nel 76% dei casi l'autore della violenza è di nazionalità italiana, nel 9% dei casi proviene da Balcani o Est Europa, nel 9% dei casi dal Nord Africa, nel 4% dei casi da altri paesi Africani, nell'1% da altri paesi. Nell'82% dei casi l'autore di violenza ha un'età compresa tra i 31 e i 60 anni, il 13% ha meno di 30 anni, il 5% ha un'età superiore ai 61 anni.

L'Associazione Kappaerre, insieme ad **Agrado** ed al **Teatrino dei Fondi** nell'anno scolastico 2012/2013, ha effettuato interventi di formazione nel Valdarno Inferiore, nell'ambito del progetto PARIMENTI, organizzando laboratori di 7 incontri da 2 ore in 7 classi delle Scuole Secondarie di primo e secondo grado e di un lavoro di formazione con l'Istituto di Sessuologia di Firenze, di una fase di co-progettazione tra insegnanti ed educatori e formatori e di una fase di coinvolgimento dei Consigli di Classe (ex-ante e post). Questo intervento ha coinvolto 150 ragazze e ragazzi circa, 14 insegnanti, 7 Consigli di classe, 5 educatori e formatori, il Centro Risorse Educative e Didattiche del Valdarno Inferiore (a cui spetta il coordinamento del progetto).

ANNO	STUDENTI CONTATTATI	INSEGNANTI COINVOLTI	OPERATORI COINVOLTI	ALTRI ADULTI COINVOLTI
2012-2013 *	n.150 circa per un totale di ore n.112	n.14	n.5	n.70 insegnanti dei Consigli di Classe, n.50 genitori

** in alcune classi il percorso si conclude ad inizio anno scolastico 2013-2014*