



PIS 2008-2010

**Piano Integrato di Salute 2008-2010
Zona Grossetana**

Novembre 2008

PIS 2008-2010

Piano Integrato di Salute 2008-2010 per
la Zona Grossetana

Novembre 2008

Crediti:

Responsabile di progetto

Giuseppe Corlito

Staff del progetto

- Coordinamento generale
Massimo Campedelli
Fabrizio Boldrini
- Gruppo di lavoro “Anziani”
Carla Camici
- Gruppo di lavoro “Minori”
Diana Bosco
- Gruppo di lavoro “Stili di vita”
Giuseppe Corlito
- Gruppo di lavoro “Disabilità”
Maria Teresa Asti
- Progetti “Trasversali”
Fabrizio Boldrini
- Redazione profili di salute
Moreno Toigo - Simurg Ricerche (Livorno)
Massimiliano Faraoni – Simurg Ricerche (Livorno)

L'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto ha messo a disposizione i dati e le ricerche utilizzate per la redazione dei profili di salute

Segreteria e redazione a cura di:

Daniela Taccone

Un particolare ringraziamento per i contributi di:

Dott. Paolo Carrozza
Prof. Emanuele Rossi
Prof. Gianni Tognoni

Gruppi di Lavoro

- Gruppo di lavoro “Anziani”

Teresa Asti – Az. Asl 9 Grosseto

Marta Battistoni – COeSO

Rolando Boni – Centro Sociale “I Saggi”

Diana Bosco – Comune di Grosseto

Carla Burgassi – CGIL

Luciana Capitani – Az. Asl 9 Grosseto

Eleonora Lepri - COeSO

Franca Lodovichi – Comune di Grosseto

Carla Mazzanti – Az. Asl 9 Grosseto

Bruno Mazzocchi – Az. Asl 9 Grosseto

Svaldo Pasquini – AUSER “Filo d’Argento”

Teresa Pelucchini – AUSER “Filo d’Argento”

Anna Teresa Solito – Az. Asl 9 Grosseto

Daniela Taccone – Segreteria

Vera Tamburelli – AUSER

Luca Terrosi – Coop. Soc. Uscita di Sicurezza

Paolo Tinacci – AUSER

Moreno Togo – Simurg – Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto

- Gruppo di lavoro “Minori”

Teresa Asti Az. Asl 9 Grosseto

Marta Battistoni - COeSO

Barbara Biagioni – Ass.ne Iside

Cecilia Buggiani – Caritas

Carla Camici - COeSO

Giovanna Casolaro – Provincia di Grosseto – Osservatorio per le Politiche Sociali

Grazia Conti – PLS Az. Asl 9 Grosseto

Claudia Cotononi – Az. Asl 9 Grosseto

Beatrice Gregori – Coop. Soc. Arcobaleno

Massimiliano Marcucci – COeSO

Margherita Papa – Az. Asl 9 Grosseto

Anna Santi – Consultorio “La Famiglia”

Maria Antonia Sartori – Consultorio “La Famiglia”

Federica Scali – COeSO

Daniela Taccone - Segreteria

Annetta Vieri – Consultorio Az. Asl 9 Grosseto

Massimiliano Faraoni – Simurg – Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto

- **Gruppo di lavoro “Stili di vita”**

Teresa Asti – Az. Asl 9 Grosseto
Francesco Bardicchia – CSM Az. Usl 9 Grosseto
Marta Battistoni – COeSO
Diana Bosco – Comune di Grosseto
Carla Camici - COeSO
Giuseppe Cardamone – Az. Asl 9 Grosseto
Grazia Casucci – Az. Asl 9 Grosseto
Grazia Conti – PLS Az. Asl 9 Grosseto
Ugo Corrieri – Az. Asl 9 Grosseto
Santa Cucchi – Az. Asl 9 Grosseto
Vittoria Doretti - Az. Asl 9 Grosseto
Lilia Enei - ALIDAF
Massimiliano Marcucci – COeSO
Luisella Marianelli - Az. Asl 9 Grosseto
Maria Concetta Noviello - Az. Usl 9 Grosseto
Umberto Paoletti – Az. Asl 9 Grosseto
Carmen Renzulli – Coop. Soc. “L’Altra Città”
Maurizio Riccetti - Az. Asl 9 Grosseto
Alessandra Roggero – Centro Antiviolenza
Mariella Saccocci – Centro Antifumo
Riccardo Senatore – Az. Asl 9 Grosseto
Daniela Taccone - Segreteria
Mariella Tricarico - ACAT
Paola Valenziano – Az. Asl 9 Grosseto
Paola Vaselli – Coop. Soc. Portaperta
Simone Vichi – Centro Antifumo
Stefania Zanini - Az. Asl 9 Grosseto
Massimiliano Faraoni – Simurg – Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto

- **Gruppo di lavoro “Disabilità”**

Marta Battistoni – COeSO
Diana Bosco – Comune di Grosseto
Carla Camici – COeSO
Mauro Camuffo – Az. Asl 9 Grosseto
Giovanna Casolaro – Provincia di Grosseto
Massimiliano Frascino – Fondazione Il Sole
Rosanna Guerri Scheggi – Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap
Mauro Mancuso – Az. Asl 9 Grosseto
Marta Marri – Cittadinanza Attiva Tribunale dei Diritti del Malato
Cinzia Mazzuoli – Ass. AMARE
Alessandro Monaci – Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap
Giuseppe Schiavoni – Coop. Soc. Oasi
Daniela Taccone - Segreteria
Luca Terrosi – Coop. Soc. Uscita di Sicurezza
Moreno Toigo – Simurg – Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto

SOMMARIO

PREMESSA	7
Introduzione	8
1 Profilo di salute generale	10
1.1 Profilo demografico	10
Tendenze e struttura della popolazione	10
La presenza straniera	13
1.2 Determinanti di salute	17
Ambiente fisico ed inquinamento	17
La famiglia	20
Condizioni abitative	24
Condizione lavorativa	30
Reddito e povertà	32
Livello di istruzione	39
Criminalità	42
1.3 Stato di salute	46
Premessa	46
Mortalità generale e mortalità per causa	46
Ospedalizzazione	50
Alcuni indicatori di morbidità e patologie psichiatriche	54
1.4 Governo della domanda e qualità dell'offerta	56
La spesa sociale	56
La performance aziendale	61
Il terzo settore	63
1.5 Il punto di vista dell'utente	67
Premessa	67
I servizi del distretto	67
Il medico di medicina generale	69
Il percorso materno infantile	70
Livello di informazione dei cittadini sui servizi offerti dalle Ausl	71
2 Laboratorio anziani	72
2.1 Profilo di salute	72
Aspetti demografici	72
Speranza di vita	74
Ospedalizzazione	75
Non autosufficienza	76
Condizioni abitative	82
Le strutture per anziani e l'assistenza domiciliare	84
Spesa sociale per l'area anziani	86
Una sintesi delle criticità emerse	89
2.2 Linee d'azione – proposte	91
Un quadro generale	91
PROGETTO "CAFE' ALZHEIMER"	92
PROGETTO "AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO"	93
PROGETTO "ASSISTENTI FAMILIARI"	94
PROGETTO "SORVEGLIANZA ATTIVA ANZIANI FRAGILI"	95

2.3	Anagrafe progetti	96
	PROGETTO "CENTRO DIURNO".....	96
	PROGETTO "INSERIMENTI RESIDENZIALI DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN RSA".....	97
	PROGETTO "INSERIMENTI RESIDENZIALI PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN RSA A GESTIONE DIRETTA DELLA ASL"	98
	PROGETTO "ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI".....	99
	PROGETTO "ASSEGNI DI CURA ANZIANI E DISABILI"	100
	PROGETTO "TRASPORTO SOCIALE"	101
	PROGETTO "ATTIVITA' ASSISTENZIALI INTEGRATIVE – AUSER "	102
	PROGETTO "SERVIZIO RESIDENZIALE PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI".....	103
	PROGETTO "SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI" ...	104
	PROGETTO "SERVIZIO RESIDENZIALE PER NON AUTOSUFFICIENTI (senza quota sanitaria)"	105
	PROGETTO "SERVIZIO RESIDENZIALE PER AUTOSUFFICIENTI – FERRUCCI".....	106
3	Laboratorio disabili	107
3.1	Profilo di salute	107
	Dimensioni e caratteristiche: la stima del numero di disabili	107
	I dati delle Commissioni di Valutazione della legge 104/1992	108
	Le pensioni di invalidità	111
	Studenti con disabilità a Grosseto: alcune caratteristiche	113
	L'organizzazione dei servizi sul territorio.....	116
	La spesa sociale per i disabili	117
	Il collocamento mirato in provincia di Grosseto	121
	Una sintesi delle criticità emerse.....	124
3.2	Linee d'azione – proposte.....	125
	Quadro generale.....	125
	PROGETTO "CENTRO DIURNO PER MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO"	126
	PROGETTO "OTTIMIZZAZIONE PERCORSO AUSILI"	127
	PROGETTO "ADEGUAMENTO SISTEMA INFORMATIVO DISABILITÀ"	127
	PROGETTO "REALIZZAZIONE PUNTO INSIEME PER LA DISABILITÀ"	128
	PROGETTO "STABILIZZAZIONE DEL GRUPPO DI VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE GOM".....	128
	PROGETTO "CASA FAMIGLIA FONDAZIONE IL SOLE".....	129
3.3	Anagrafe progetti	130
	Progetto "GESTIONE INTEGRATA RIABILITAZIONE EQUESTRE PER BAMBINI PORTATORI DI HANDICAP"	130
	PROGETTO "RIABILITAZIONE IN ACQUA".....	131
	PROGETTO "INTERVENTI PER BAMBINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO"	132
	PROGETTO "HANDICAP"	133
	PROGETTO "AMA RETE"	133
	PROGETTO "CASA DELL'AMA".....	134
	PROGETTO "INSERIMENTI IN RESIDENZE SANITARIE DISABILI"	134
	PROGETTO "MODULO HANDICAP"	135
	PROGETTO "NIENTE SCONTI SUGLI SCONTRI"	135
	PROGETTO "CENTRO SEMIRESIDENZIALE "IL GIRASOLE".....	136
	PROGETTO "AIUTO ALLA PERSONA"	137
	PROGETTO "INSERIMENTI SOCIO-RIABILITATIVI"	138
	PROGETTO "PER UN TEMPO PIU' LIBERO INSIEME"	139
	PROGETTO "UTENTI DIMESSI DALLA COMUNITA' TERAPEUTICA "LA CHIMERA""	140
	PROGETTO "SOGGIORNI MARINI ESTIVI PER GIOVANI DISABILI"	141

4	Laboratorio Stili di vita.....	142
4.1	Profilo di salute	142
	Premessa.....	142
	Cause di morte e comportamenti a rischio	142
	Consumo di alcol.....	146
	Consumo di droga	148
	Comportamenti aggressivi.....	150
	Abitudini alimentari.....	152
	Pratica sportiva	153
	Una sintesi delle criticità emerse.....	155
4.2	Linee d'azione – proposte.....	156
	Un quadro generale.....	156
	PROGETTO INNOVATIVO "ISTITUZIONE ANAGRAFE PROGETTI STILI DI VITA" ..	159
	PROGETTO INNOVATIVO "LIBERI DAL FUMO"	160
	PROGETTO INNOVATIVO DI RICERCA "PREVENZIONE E SENSIBILIZZAZIONE SUL TEMA DELLA VIOLENZA INTRAFAMILIARE: COSA SIGNIFICA LA SICUREZZA NELLE RELAZIONI AFFETTIVE"	161
4.3	Anagrafe progetti	162
	PROGETTO "COMUNITARIAMENTE"	162
	PROGETTO "CORSI PER SMETTERE DI FUMARE E PROMOZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE"	164
	PROGETTO "LA RETE CONTRO IL FUMO"	165
	PROGETTO "PREVENZIONE ESORDI PSICOTICI"	166
	PROGETTO "UTILIZZO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DI COMUNITA' NEL SETTORE DELLE SOSTANZE D'ABUSO"	167
	PROGETTO "RISCHI SUL LAVORO E USO DI SOSTANZE"	168
	PROGETTO "SCUOLE ALCOLOGICHE TERRITORIALI di I, II e III MODULO"	169
	PROGETTO "CENTRO TERAPEUTICO VALLEROTANA"	170
	PROGETTO "ESSERE & BENESSERE"	171
5	Laboratorio Minori	172
5.1	Profilo di salute	172
	Aspetti demografici.....	172
	Le trasformazioni della famiglia	173
	La salute alla nascita	176
	Mortalità e ospedalizzazione	178
	I servizi per l'infanzia.....	181
	Disagio e dispersione scolastica	183
	Interruzioni volontarie di gravidanza	189
	Alcuni comportamenti devianti.....	191
	La violenza sui minori	192
	Spesa sociale nell'area "famiglie e minori"	194
	Una sintesi delle criticità emerse.....	195
5.2	Linee d'azione – proposte.....	197
	Un quadro generale.....	197
	PROGETTO " PREVENZIONE DEL DISAGIO IN AMBITO SCOLASTICO "	199
	PROGETTO "MEDIARE A SCUOLA PER ACCOGLIERE E FAR CRESCERE"	200
	PROGETTO "INFOBIBLIO 2.0"	201
	PROGETTO "INDAGINI SOCIO FAMILIARI"	202
	PROGETTO "ASSISTENZA DOMICILIARE"	203
	PROGETTO "MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI"	204
5.3	Anagrafe progetti	205
	PROGETTO "DISTURBI NEUROPSICHICI DELLA PRIMA E SECONDA INFANZIA" ...	205

PROGETTO "ATTIVAZIONE PUNTO MAMMA"	206
PROGETTO "IL MESTIERE DEL GENITORE"	207
PROGETTO "PERCORSO NASCITA"	208
PROGETTO "INCONTRO ALLA NASCITA"	209
PROGETTO "CANTIERE TEATRALE IN CORSO"	210
PROGETTO "RASSEGNA PROVINCIALE DEL TEATRO A SCUOLA"	211
PROGETTO "FORMAZIONE DI GRUPPI DI AUTO/MUTUO AIUTO PER DONNE CON DISAGIO PSICHICO NEL PUERPERIO"	212
PROGETTO "PIANI COMUNALI DI ZONA"	213
PROGETTO "SCHEDA PIA"	214
PROGETTO "PREVENZIONE DEL DISAGIO IN AMBITO SCOLASTICO "	215
PROGETTO "LA PREPARAZIONE ALLE COPPIE ASPIRANTI ALL'ADOZIONE"	216
PROGETTO "CRESCERE IN COMPAGNIA"	217
PROGETTO "AFFIDAMENTO FAMILIARE"	218
PROGETTO "MINORI AFFIDATI A COMUNITA' EDUCATIVE RESIDENZIALI"	219
PROGETTO "SERVIZIO EDUCATIVO DOMICILIARE"	220
PROGETTO "FAMIGLIE A RISCHIO"	221
PROGETTO "POST ADOZIONE"	222

6 Progetti trasversali..... 223

6.1 Applicazione della norma regionale per la non autosufficienza.. 223

La situazione	223
Obiettivo generale.....	224
Obiettivi specifici	224
Azioni	225
Soggetti coinvolti	227
Risorse necessarie.....	227
Criteri di valutazione	228
Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori.....	228
Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori	228

6.2 Sistema di governance (Società della salute) 229

La situazione	229
Obiettivo generale.....	230
Obiettivi specifici	230
Azioni	230
Soggetti coinvolti	231
Risorse necessarie.....	232
Criteri di valutazione	232
Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori.....	232
Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori	232

6.3 Sistema Informativo per la programmazione socio-sanitaria 233

La situazione	233
Obiettivo generale.....	233
Obiettivi specifici	233
Azioni	234
Soggetti coinvolti	234
Risorse necessarie.....	235
Criteri di valutazione	235
Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori.....	235
Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori	235

6.4 Funzione di programmazione SDS 236

6.5 Sistema di monitoraggio e di valutazione 238

PREMESSA	238
Monitoraggio temporale (Gantt)	238

Sistema di valutazione stakeholders e cittadini	239
Set indicatori di valutazione.....	239
Laboratori – Partecipazione	239
7 Budget virtuale di zona	240
7.1 Il Budget virtuale di zona	240
8 ALLEGATO: PATTO TERRITORIALE PER	
L'APPLICAZIONE DEL PIRS	243
8.1 PREMESSA	243
8.2 IL DISPOSITIVO DEL PATTO	244
Piano Integrato di salute.....	244
Livelli base di cittadinanza sociale	244
8.3 SCHEDE.....	245
Segretariato Sociale per l'informazione	245
Servizio sociale professionale.....	247
Punto Unico di Accesso	249
Pronto intervento sociale.....	250
9 ALLEGATO: EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA	
SALUTE	252
9.1 Definizioni	252
Educazione alla salute.....	252
Promozione della Salute.....	252
9.2 EDUCAZIONE ALLE LIFE SKILLS e EDUCAZIONE TRA PARI	253
L'esperienza della Azienda U.S.L. n.9 di Grosseto	253
"Educazione tra pari"	253
"Educazione alle life Skills"	254
Indice delle figure.....	255
Indice delle tabelle	261

PREMESSA

Il presente elaborato è frutto del lavoro di molte persone che, nei laboratori, si sono confrontate e hanno reso l'immagine che della salute territoriale si sono fatti nel tempo. E' anche frutto di un serrato confronto tra molti operatori e tecnici sia della Azienda Asl n°9 che del COeSO e dei comuni della zona. Un contributo fondamentale al lavoro lo hanno dato alcuni seminari (alcuni aperti a tutti, altri riservati solo alla équipe di progetto) tenuti da varie personalità; in particolare ricordiamo la importantissima giornata di lavoro tenuta dal Dott. Gianni Tognoni dell'Istituto Negrisud su *“Diritti e Salute: pratica come ricerca”* ; il seminario tenuto dal Prof. Emanuele Rossi della Scuola Superiore S. Anna *“L'integrazione e la programmazione integrata nell'ambito dell'evoluzione costituzionale del concetto di salute”* ed il seminario sui problemi della Governance tenuto dal prof. Paolo Carrozza della Università di Pisa su *“Evoluzione normativa e assetti istituzionali nel rapporto tra sanità e assistenza in Toscana”*. Al seminario hanno partecipato i Sindaci dei comuni della zona con alcuni dirigenti di settore, Il Direttore Generale della Azienda USL n°9 con il Direttore Sanitario e il Direttore sociale, i sindacati confederali provinciali, i rappresentanti della cooperazione sociale (i presidenti delle coop sia di tipo A che di tipo B) e alcuni rappresentanti del volontariato oltre alla équipe di progetto.

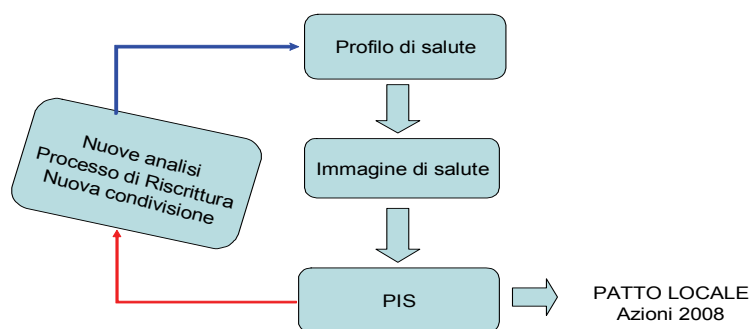
In particolare questo seminario, concluso dal Sindaco Marras, ha gettato le basi di condivisione del progetto trasversale sulla Governance che riportiamo di seguito; progetto integralmente recepito in una deliberazione della Articolazione zonale che, al momento ed in attesa della SdS rappresenta il massimo organo di concertazione istituzionale della zona in questo settore.

Introduzione

Il presente Piano Integrato di Salute (d'ora in poi PIS) ha avuto un percorso di elaborazione rapidissimo (cinque mesi compresa la pausa estiva) e di questa rapidità si porta dietro pregi e difetti.

I pregi risiedono proprio nella decisa volontà di recuperare rapidamente il ritardo che, su questo fronte, la zona sconta tutt'oggi per non aver colto negli anni precedenti la possibilità di costruire il PIS anche nelle zone che non sperimentavano la Società della Salute (d'ora in poi DdS). Forse un ulteriore pregio è anche quello per cui, consapevoli di questo ritardo, abbiamo lavorato con occhio attento a quanto nel frattempo andava mutando sul piano regionale (Riforma della Legge 40 e istituzione della Legge sulla non autosufficienza), pronti a coglierne immediatamente tutte le opportunità. I difetti sono molti e su molti fronti: la rapidità con cui abbiamo lavorato non ha permesso a tutte le associazioni di partecipare ai laboratori; non siamo ancora in grado di definire esattamente le risorse economiche (come meglio si spiega nella scheda sul *budget virtuale zonale*); abbiamo definito strategie, ma i progetti 2009 2010 non sono ancora esecutivi e pertanto solo abbozzati gli strumenti di controllo e verifica. Era comunque necessario avviare il processo, consapevoli del suo divenire. Durante i lavori abbiamo elaborato l'immagine di un cantiere, quello per costruire la nostra casa; abbiamo innalzato i pilastri portanti e poi, via via, costruiremo i vari piani secondo una strategia condivisa che abbiamo racchiuso in questa immagine.

Processo di costruzione del PIS



Questo è il nostro impegno: il giorno successivo alla approvazione istituzionale del PIS e alla sua sottoscrizione da parte di tutti gli attori del territorio, ricominceranno i lavori di elaborazione e condivisione non solo per definire le azioni del 2009, ma per meglio elaborare e condividere tutto lo strumento.

Il PIS grossetano presenta un consistente profilo di salute, elaborato mentre il confronto con i soggetti territoriali ne definiva l'immagine; individua alcuni progetti territoriali di integrazione socio sanitaria per quattro macro settori di intervento (gli anziani, i minori, l' handicap, gli stili di vita); definisce alcuni progetti quadro di

valore strategico (l'informatizzazione, la governance, l'applicazione della legge sulla non autosufficienza); porta in allegato il Patto territoriale (in applicazione del Piano Integrato Sociale Regionale, d'ora in poi PIRS).

La zona socio sanitaria grossetana si è casualmente trovata nella condizione di dover costruire in contemporanea molti documenti programmatori e strategici. Anche il recente Patto Territoriale tra Azienda USL n°9 e gli Enti locali della Zona grossetana in applicazione del PAL, contribuisce, in un quadro generale di programmazione strategica sanitaria, alla definizione di alcuni fondamentali obiettivi di integrazione socio sanitaria e di riorganizzazione delle attività distrettuali; in tale direzione si muove anche il patto interistituzionale tra Enti locali e Regione in applicazione del PIRS. Il PIS raccoglie queste indicazioni e le articola al suo interno con il resto delle indicazioni, priorità, analisi e progettualità elaborate in gruppi di lavoro tra operatori pubblici e della cooperazione sociale, appartenenti al volontariato e alle associazioni di tutela e rappresentanza; veri e propri laboratori che hanno permesso di costruire uno strumento che ha tutte le caratteristiche per diventare "lo" strumento di programmazione territoriale, sociale e sanitaria. Infatti il PIS diventerà – già lo è – lo strumento principale, la cornice naturale entro la quale sta prendendo corpo la futura Società della Salute della Zona socio sanitaria grossetana.

La SdS grossetana sta nascendo infatti in un clima di elaborazione collettiva e condivisione per cui la sua costituzione non sarà formale o semplicemente istituzionale, al contrario. Quello che sta prendendo vita è un soggetto giuridico che sarà subito concreto strumento operativo, pronto a garantire non solo l'applicazione della futura legge sulla non autosufficienza, ma tutto il complesso degli accordi locali e regionali sottoscritti in questi mesi. Il PIS (Cfr. la scheda su *La funzione di programmazione della SdS*) sarà il quadro programmatico della futura SdS sia nelle sue competenze di governo e programmazione, sia nelle sue competenze di produzione di servizi.

Grosseto Novembre 2008

1 Profilo di salute generale

1.1 Profilo demografico

Tendenze e struttura della popolazione

La popolazione dell'Area Grossetana alla fine del 2007 ammonta a 105.793 persone, quasi il 50% della popolazione della provincia. Più di due terzi della popolazione è concentrato nel capoluogo Grosseto. L'area, dopo la forte crescita del dopoguerra è rimasta stabile tra il 1980 e il 2000. A partire dal 2001 invece riprende una crescita piuttosto sostenuta dovuta soprattutto all'immigrazione, in particolare straniera, ma non solo.

Tabella 1: La popolazione dei comuni dell'Area Grossetana

Comune	Popolazione 2007	Peso %	Trend 1951-2007	Trend 2001-2007	Densità (ab. x kmq)
Campagnatico	2.444	1,1			15,1
Castiglione della Pescaia	7.438	3,3			35,6
Civitella Paganico	3.128	1,4			16,2
Grosseto	78.823	35,3			166,1
Roccastrada	9.448	4,2			33,2
Scansano	4.512	2,0			16,5
Zona Grossetana	105.793	47,3			66,3
Amiata Grossetana	19.414	8,7			27,5
Colline dell'Albegna	52.539	23,5			37,6
Colline Metallifere	45.683	20,4			56,9
Provincia di Grosseto	223.429	100,0			49,6

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

In particolare, il comune di Grosseto continua ad assorbire popolazione anche dai comuni limitrofi, dall'Amiata e dall'Albegna e si caratterizza per essere una delle aree più demograficamente dinamiche dell'intera Toscana.

In questi ultimi anni si assiste anche nella zona grossetana, come da altre parti d'Italia, a un cambiamento delle dinamiche demografiche di fondo legato alla progressiva crescita dell'immigrazione straniera. La popolazione ha ripreso a crescere con decisione e il numero di nascite è in aumento. Il saldo tra nascite e decessi continua a rimanere negativo, ma la forbice si è ristretta negli ultimi anni grazie alla crescita del tasso di natalità, dovuta sia alla leggera crescita della fecondità degli italiani, sia all'arrivo di un'immigrazione costituita prevalentemente da persone giovani e in età feconda.

Si tratta senza dubbio di fatti positivi che contribuiscono al ringiovanimento della società grossetana, ma che pongono nuove sfide ai servizi sociali e sanitari; nuovi bisogni e nuove domande di una società più articolata e complessa che mettono sotto-pressure i servizi sociali e sanitari e richiedono un loro ripensamento.

Tabella 2: Tasso generico di natalità nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007

Comune	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tasso natalità 2007	Trend 1999-2007
Campagnatico	8,9	6,7	5,4	5,8	4,9	9,3	6,8	4,4	8,6		
Castiglione della Pescaia	4,9	7,3	8,1	5,5	6,0	7,7	6,7	5,4	5,9		
Civitella Paganico	6,1	5,2	6,9	9,5	9,8	6,5	8,2	5,2	8,4		
Grosseto	7,4	6,5	7,5	7,6	7,9	8,7	8,5	8,6	8,8		
Roccastrada	5,9	7,4	6,8	8,8	7,4	7,1	7,5	7,5	8,9		
Scansano	5,2	5,7	7,7	5,4	6,1	4,9	7,1	8,3	8,5		
Zona Grossetana	6,9	6,6	7,4	7,5	7,6	8,3	8,2	8,1	8,5		
Amiata Grossetana	5,7	5,3	5,6	6,0	6,8	6,3	5,9	6,7	6,7		
Colline dell'Albegna	6,3	7,3	6,8	7,3	7,4	7,1	7,7	7,6	7,0		
Colline Metallifere	6,8	6,1	6,9	7,0	6,8	7,3	7,1	7,4	7,7		
Provincia di Grosseto	6,6	6,5	7,0	7,2	7,3	7,6	7,6	7,7	7,8		
Toscana	7,7	8,0	8,1	8,4	8,2	8,8	8,7	8,7	8,8		

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Tabella 3: Tasso generico di mortalità nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007

Comune	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tasso mortalità 2007	Trend 1999-2007
Campagnatico	12,7	16,0	11,6	9,9	13,9	15,3	9,6	17,3	11,8		
Castiglione della Pescaia	12,3	11,3	11,4	10,9	10,1	10,4	10,4	11,4	13,7		
Civitella Paganico	13,2	12,3	15,7	16,4	16,0	18,3	13,1	17,4	13,6		
Grosseto	10,1	10,9	10,8	9,2	11,4	10,0	10,0	10,4	10,3		
Roccastrada	16,1	16,4	16,2	15,2	16,0	16,1	15,6	14,8	14,6		
Scansano	18,4	15,4	15,7	14,5	16,1	12,7	18,3	14,8	14,5		
Zona Grossetana	11,3	11,8	11,7	10,4	12,1	11,1	10,9	11,4	11,2		
Amiata Grossetana	18,7	17,4	16,5	16,1	17,5	17,5	19,7	17,1	16,6		
Colline dell'Albegna	12,0	12,2	12,5	11,4	13,0	11,1	12,6	12,0	12,5		
Colline Metallifere	13,1	13,1	13,3	11,3	13,7	13,3	13,9	12,5	13,2		
Provincia di Grosseto	12,5	12,7	12,7	11,3	13,2	12,1	12,7	12,3	12,4		
Toscana	11,8	11,6	11,5	11,5	11,9	10,9	11,3	11,0	11,2		

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Tabella 4: Tasso di crescita migratoria nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007

Comune	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tasso crescita migratoria 2007	Trend 1999-2007
Campagnatico	7,2	12,6	13,3	13,6	18,8	15,3	7,6	0,0	-6,5		
Castiglione della Pescaia	1,5	14,5	0,1	4,3	17,5	11,1	4,8	5,9	7,9		
Civitella Paganico	-15,4	13,6	-3,6	12,1	7,8	8,2	4,9	11,5	30,4		
Grosseto	4,4	3,5	4,1	4,9	36,3	18,9	18,1	16,0	19,4		
Roccastrada	4,3	14,2	3,7	11,8	13,7	10,5	8,2	12,0	16,4		
Scansano	-0,7	4,8	5,5	22,0	17,9	14,3	1,6	1,8	21,9		
Zona Grossetana	3,4	5,9	3,8	6,7	30,7	17,0	14,8	13,8	18,2		
Amiata Grossetana	6,0	10,6	7,7	7,9	14,1	18,2	12,4	7,7	16,8		
Colline dell'Albegna	2,2	1,9	3,0	14,0	19,4	12,7	3,6	4,0	14,0		
Colline Metallifere	7,5	13,1	9,7	10,8	17,5	12,9	11,3	10,4	16,0		
Provincia di Grosseto	4,2	6,8	5,2	9,4	23,7	15,2	11,2	10,2	16,6		
Toscana	6,4	6,7	5,3	8,6	17,8	11,1	8,6	7,3	13,0		

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

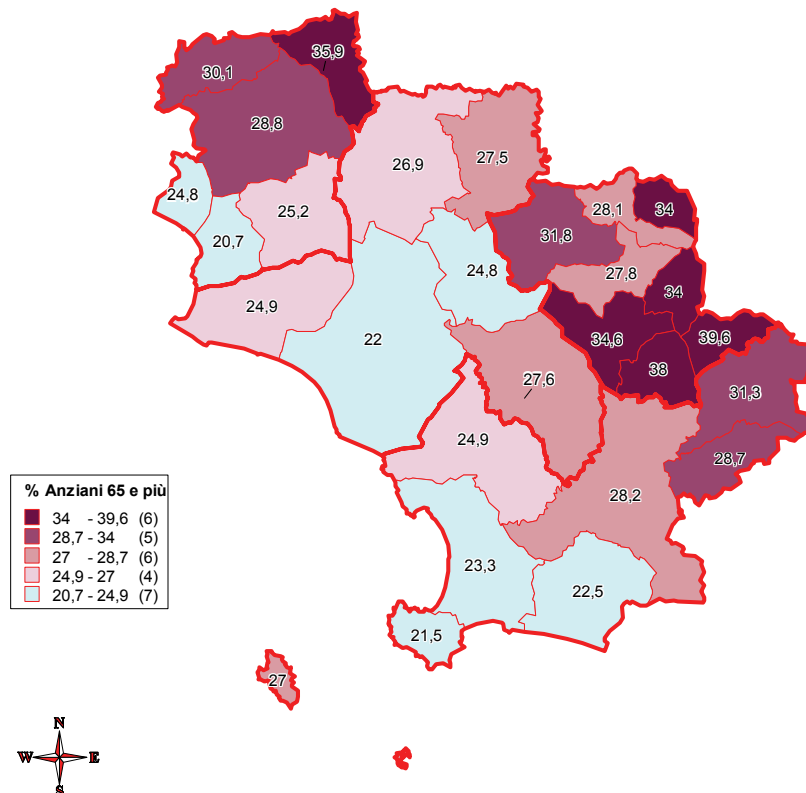
Le ondate migratorie degli ultimi anni e la leggera ripresa della fecondità negli ultimi due anni hanno frenato il processo di invecchiamento della popolazione grossetana. L'indice di vecchiaia rimane tuttavia uno dei più elevati della Regione, anche se negli ultimi anni si registra un calo evidente nell'Area Grossetana (tranne che nel comune di Castiglione della Pescaia).

Tabella 5: Indicatori sull'invecchiamento e sulla struttura per età

Comune/zona	Indice di vecchiaia		% anziani 65+	% anziani 75+	% giovani 0-14	Indice di dipendenza	Indice di carico per donna in età 15-49	Età media
	Valore 31/12/2006	Trend 1999-2006						
Campagnatico	238,3		25,5	13,4	10,7	56,7	17,0	47,1
Castiglione della P.	263,1		26,0	11,5	9,9	56,0	13,9	47,2
Civitella Paganico	258,5		28,0	15,0	10,8	63,4	20,1	47,1
Grosseto	182,5		22,0	10,6	12,1	51,8	18,0	44,5
Roccastrada	237,8		26,8	13,7	11,3	61,5	18,8	46,8
Scansano	289,6		27,7	14,3	9,5	59,2	16,6	47,9
Grossetana	199,2		23,2	11,3	11,7	53,7	17,8	45,2
Amiata	335,9		31,4	17,4	9,4	68,9	16,8	49,2
Albegna	228,2		25,0	12,6	11,0	56,2	16,8	46,2
Metallifere	249,3		26,1	13,2	10,5	57,5	17,2	46,9
Provincia GR	225,8		25,0	12,5	11,1	56,3	17,3	46,1
Toscana	203,9		23,3	11,7	12,3	55,3	19,2	44,9

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Figura 1: La presenza di anziani. Percentuale di anziani con più di 65 anni sulla popolazione totale (2005)

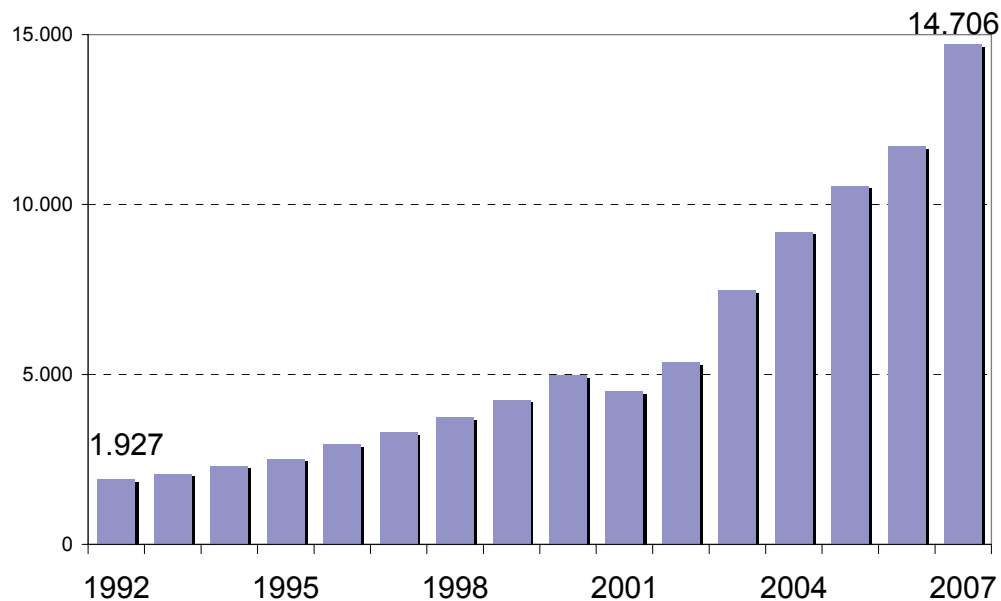


Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

La presenza straniera

Il fenomeno migratorio è divenuto ormai strutturale anche a Grosseto, come nel resto della regione e del paese. Gli stranieri residenti sul territorio provinciale sembrano ormai essersi attestati sopra le diecimila unità, arrivando al 31/12/2007 a quota 14.627, aumentati di più di sette volte rispetto ai 1.927 soggetti presenti nel 1992.

Figura 2: Evoluzione degli stranieri residenti nella provincia di Grosseto (1992-2007)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat (<http://demo.istat.it/>)

Non è solo una questione di numeri, stanno cambiando anche le caratteristiche del fenomeno:

- il costante aumento dei ricongiungimenti familiari;
- una quota significativa di minori di seconda generazione e di minori iscritti alla scuola dell'obbligo;
- la crescita progressiva dei cittadini stranieri che diventano imprenditori o lavoratori autonomi;
- un numero sempre più alto di stranieri che sceglie di rimanere sul territorio italiano e imposta la sua vita su una dimensione di medio -lungo termine.

La presenza straniera si sta radicando e diffondendo sul territorio e con essa cresce la complessità dei problemi che le Istituzioni Locali sono chiamate ad affrontare: non riguardano più solo la prima accoglienza, il lavoro e la casa, ma coinvolgono tutti gli aspetti della vita di una comunità: la nascita, la scuola, l'accesso ai servizi, la partecipazione politica, etc.

Gli stranieri, per quanto riguarda la domanda di servizi sono, a tutti gli effetti, sempre più dei cittadini stabili con bisogni del tutto simili a quelli degli italiani, ma con in più la complessità implicita in una situazione socio-culturale di partenza

oggettivamente di svantaggio rispetto agli italiani.

In generale la provincia di Grosseto è sempre stata caratterizzata da una *densità della presenza straniera inferiore alla media Toscana*, tuttavia negli ultimi 10 anni c'è stata una crescita particolarmente veloce, più veloce del resto della regione. Alla fine del 2007 l'incidenza è di 6,5 residenti stranieri per 100 residenti a fronte di un dato regionale di 7,5%. L'Area Grossetana ha un andamento del tutto analogo. Alla fine del 2007 vi risiedono 6.867 stranieri pari a poco meno del 50% del totale provinciale. All'interno dell'area ci sono però comuni dove l'incidenza degli stranieri supera il 10% (Civitella Paganico, Roccastrada e Scansano).

Tabella 6: Stranieri residenti nei comuni dell'Area Grossetana 1998-2007

Comune	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Stranieri per 100 res. 2007	Trend 1998-2007
Campagnatico	55	68	77	90	105	106	109	123	122	130	5,3	
Castiglione della Pescaia	124	130	176	168	169	219	256	280	305	334	4,5	
Civitella Paganico	150	144	176	161	190	204	228	244	299	372	11,9	
Grosseto	961	1.079	1.217	1.066	1.288	1.996	2.569	3.072	3.562	4.527	5,7	
Roccastrada	329	376	450	467	544	661	754	819	910	1.005	10,6	
Scansano	119	159	186	195	222	307	353	378	401	499	11,1	
Zona Grossetana	1.738	1.956	2.282	2.147	2.518	3.493	4.269	4.916	5.599	6.867	6,5	
Amiata Grossetana	400	439	549	592	674	902	1.113	1.350	1.499	1.805	9,3	
Colline dell'Albegna	746	863	969	705	945	1.385	1.759	1.941	2.119	2.850	5,4	
Colline Metallifere	851	998	1.172	1.058	1.223	1.687	2.058	2.345	2.491	3.085	6,8	
Provincia GR	3.735	4.256	4.972	4.502	5.360	7.467	9.199	10.552	11.708	14.607	6,5	

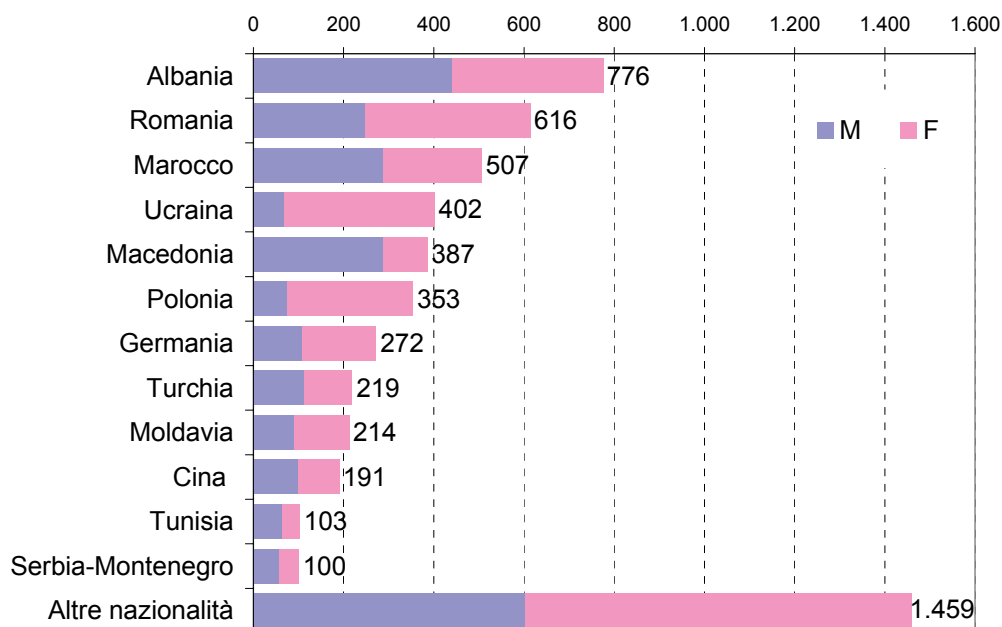
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat (<http://demo.istat.it/str2007/index.html>)

Grosseto è inoltre caratterizzata da una *forte presenza di stranieri da paesi ricchi*: nel 2007 rappresentano circa il 12% degli stranieri residenti (contro una media toscana dell'8%); si tratta essenzialmente di tedeschi, svizzeri e inglesi benestanti che si stabiliscono sul territorio per ragioni molto diverse rispetto agli altri stranieri, ma di cui comunque bisognerebbe tener conto in una politica migratoria integrata, come bisognerebbe tener conto anche degli italiani provenienti da altre regioni.

Per quanto riguarda l'*immigrazione dai paesi in via di sviluppo*, a Grosseto si registra, rispetto alla media regionale, una più intensa presenza di immigrati dell'Europa dell'Est (65% contro 52%) e una minore presenza di asiatici (7% contro 19%). L'immigrazione dall'Est Europa è cresciuta notevolmente soprattutto negli ultimi anni, in particolare dopo l'ultima regolarizzazione, con una notevole impennata nel 2007 dovuta in massima parte all'ingresso della Romania nella UE.

Attualmente la *nazionalità* più rappresentata è quella albanese (776) – che costituisce quasi il 14% del totale stranieri - seguita dalla rumena (616), dalla marocchina (507), dall'ucraina (402), dalla macedone (387), dalla polacca (353) e dalla tedesca (272). E' nota anche l'esistenza di una comunità turca di dimensioni contenute e stabili nel tempo (219 persone) ma ormai stabilizzata nel grossetano.

Figura 3: Le principali nazionalità presenti alla fine del 2007. Stranieri residenti nell'Area Grossetana per cittadinanza e per sesso al 31/12/2007



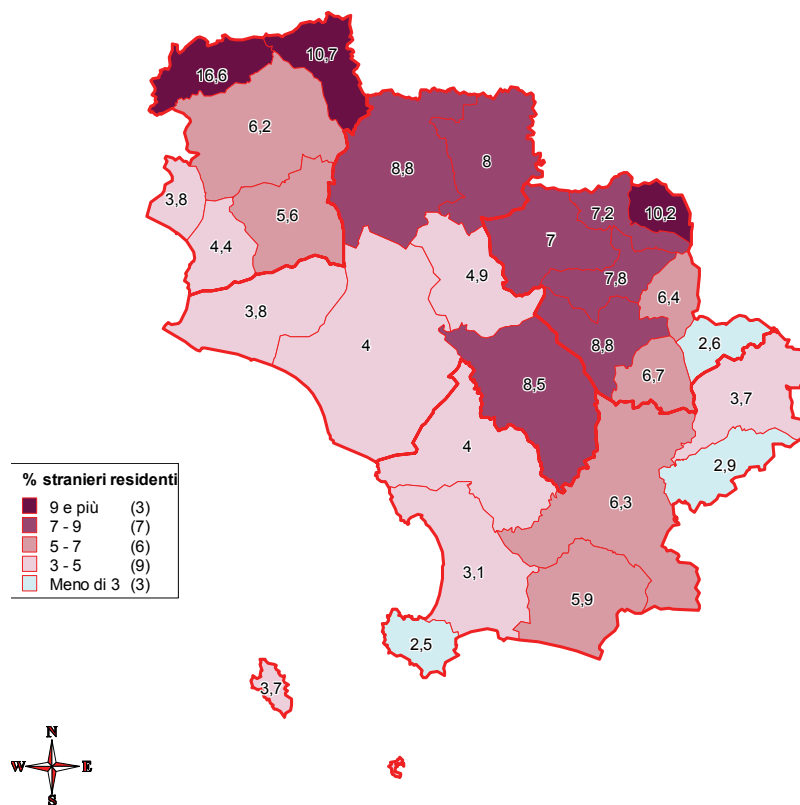
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat (<http://demo.istat.it/str2007/index.html>)

Il motivo prevalente di soggiorno è il lavoro, in particolare subordinato (48%), in misura minore autonomo (6%), seguito dal ricongiungimento familiare (33%). I permessi per residenza elettiva (9%), ovvero quelli concessi agli stranieri benestanti, confermano l'importanza di questa componente sul territorio grossetano.

Le donne sono il 55% del totale, ma in questa presenza si mischiano due tipologie di flusso: i ricongiungimenti familiari e i flussi migratori prettamente femminili, che caratterizzano soprattutto negli ultimi anni alcune comunità (Ucraine, Polacche, Moldave e, in parte, Rumene). L'immigrazione femminile per lavoro ha, per ora, ancora una natura temporanea che solo in rari casi determina il ricongiungimento familiare.

Grosseto ha un'estensione territoriale molto vasta e una densità di popolazione più bassa del resto della regione. La presenza straniera segue la distribuzione della popolazione autoctona, ma si caratterizza per una maggiore concentrazione nei piccoli centri dell'interno. La figura 4 riguardante dati del 2005 mostra in modo molto chiaro questo fenomeno.

Figura 4: La presenza straniera nei comuni nel 2005. Stranieri residenti per 100 abitanti al 31-12-2005



Fonte: Istat

1.2 Determinanti di salute

Ambiente fisico ed inquinamento

La provincia di Grosseto è una delle aree meno densamente abitate della Toscana. All'interno della provincia l'Area Grossetana è quella più densamente abitata a causa della presenza del capoluogo, che ha una densità di 166,1 abitanti per km quadrato. Grosseto rimane comunque il comune capoluogo meno densamente abitato della Toscana avendo una superficie molto ampia e poco urbanizzata.

Nell'Area Grossetana ci sono quindi condizioni ambientali naturali mediamente più favorevoli rispetto ad altre della Toscana, dipendenti dalla sua storia socio-economica.

Nella sua storia non ha conosciuto fasi di intensa industrializzazione e urbanizzazione. Questo fattore, negativo per lo sviluppo socio-economico, ha però quantomeno contribuito a mantenere un ambiente molto più integro rispetto ad altre aree della regione. Da un punto di vista fisico e ambientale, quindi, la provincia di Grosseto si trova in una posizione indubbiamente favorevole, con minori fonti di rischio per la salute della popolazione, dato attestato dagli indicatori ambientali urbani recentemente pubblicati dall'Istat¹.

Tabella 7: Inquinamento dell'aria nel 2007 e trend 2003-2007

Comuni	Numero di giorni di superamento del limite previsto per il PM10 nei comuni capoluogo di provincia	Trend 03-07	Numero di inquinanti rilevati nei comuni capoluogo di provincia nel 2007	Trend 03-07
Massa	226,00		3,00	
Lucca	131,00		5,00	
Pistoia	61,00		3,00	
Firenze	76,00		7,00	
Prato	57,00		9,00	
Livorno	47,00		9,00	
Pisa	37,00		6,00	
Arezzo	55,00		7,00	
Siena	13,00		4,00	
Grosseto	31,00		5,00	
Italia	71,37		7,88	

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Istat, Osservatorio ambientale sulle città

Gli indicatori sulla qualità dell'aria per la città di Grosseto sono buoni, tra i più bassi tra i capoluoghi toscani e inferiori alla media italiana.

Un secondo aspetto ambientale rilevante per la salute dei cittadini è il ciclo del

¹ Istat, Indicatori ambientali urbani, anno 2007, Coll. Statistiche in breve, Roma, 2008 (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080828_00/)

trattamento dei rifiuti. In questo caso Grosseto ha indicatori peggiori rispetto alla media nazionale con circa 720 kg per abitante all'anno prodotti nel 2007. Questo alto livello è dovuto all'incidenza delle presenze turistiche, più alte della media. La percentuale di raccolta differenziata è del 33%, più alta della media nazionale, ma non in linea con le performance di altri capoluoghi toscani. Soprattutto desta attenzione il trend degli ultimi 3 anni che, dopo un forte crescita, vede un calo della raccolta differenziata dal 43% del 2004 al 32,9 del 2007.

Tabella 8: Produzione di rifiuti e raccolta differenziata nel 2007 e trend 2000-2007

COMUNI	Rifiuti urbani 2007 (kg per abitante)	Trend 00-07	Raccolta differenziata 2007 (%)	Trend 00-07
Massa	892,57		24,1	
Lucca	785,71		43,8	
Pistoia	645,60		34,6	
Firenze	717,57		31,7	
Prato	786,20		35,8	
Livorno	603,36		32,9	
Pisa	847,33		33,4	
Arezzo	607,30		21,3	
Siena	755,94		38,0	
Grosseto	720,37		32,9	
Italia	623,51		25,4	

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Istat, Osservatorio ambientale sulle città

Altri indicatori ambientali non particolarmente positivi riguardano:

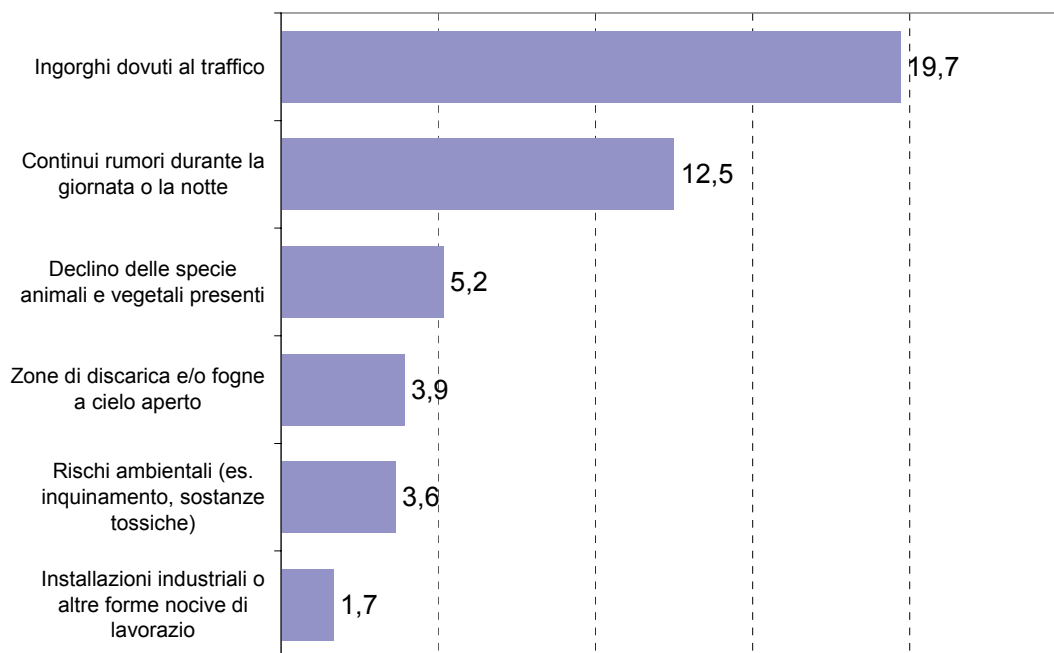
- Scarsa disponibilità di verde per abitante: con 25,5 mq per abitante Grosseto si trova molto sotto la media nazionale di 80 mq ed è tra le più basse in Toscana;
- Presenza di siti inquinati: secondo i dati ARPAT² nell'Area Grossetana sono presenti 31 siti inquinati che richiedono bonifiche ambientali; relativamente alla popolazione residente i comuni più colpiti sono Civitella Paganico e Scansano con 4 siti ciascuno; rispetto agli abitanti residenti è tuttavia la diffusione di siti inquinati è più bassa della media regionale (2,9 siti ogni 10 mila abitanti contro 5,2 a livello regionale).
- Presenza di due aziende a rischio di incidente rilevante nel comune di Grosseto³.
- Grave carenza di piste ciclabili, che impedisce ai minori di muoversi in sicurezza e in autonomia;
- Carenza di spazi, che non siano parchi o spazi di gioco già attrezzati, dove i bambini in età pre-adolescenziale possano giocare liberamente in gruppo senza rischi particolari.

² Vedi http://sira.arp.at.toscana.it/sira/Siti_Contaminati/sicon_053011.htm

³ Un deposito di G.P.L. della Liguigas S.P.A (Ex Shell Gas Italia S.P.A.), situato in Via Aurelia Nord Km 187 (loc. La Rugginosa); un deposito di prodotti petroliferi (Renieri Mario & c. S.n.c.) situato sulla Via Scansanese 350 (Loc. Bucacce).

Si tratta di indicatori che, tuttavia, non determinano da parte della popolazione una percezione di rischi ambientali particolarmente allarmante. Secondo l'indagine "Le Antenne dell'Esclusione Sociale" condotta dall'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto i testimoni privilegiati intervistati ritengono, in generale, che non ci siano problemi relativi all'ambiente, se non gli ingorghi dovuti al traffico e i rumori.

Figura 5: Principali problemi ambientali riscontrati da testimoni privilegiati nell'Area Grossetana (% di persone che segnalano il problema)



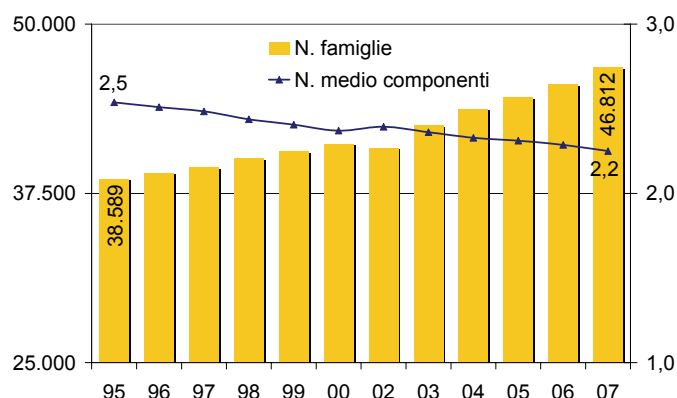
Fonte: OPS Grosseto, *Le Antenne dell'esclusione sociale*

La famiglia

Il tema delle trasformazioni della famiglia e delle ricadute sulle politiche sociali verrà ripreso nell'ambito dei profili di salute tematici, in particolare in quello dedicato ai minori. In questo paragrafo si riportano alcuni dati di contesto utili per valutare entità e caratteristiche delle trasformazioni che la famiglia sta conoscendo anche in provincia di Grosseto. Tale percorso di trasformazione riflette un andamento che si ripropone, con gli stessi caratteri, in buona parte della Toscana e dell'intero territorio nazionale; tale percorso procede da un lato verso l'aumento del numero di famiglie e dall'altro verso una significativa contrazione nelle dimensioni delle stesse: il cosiddetto processo di *nuclearizzazione*.

Nella zona Grossetana le famiglie sono aumentate dal 1995 da oltre 38.000 a quasi 47.000, mentre il numero medio di componenti ha subito una contrazione da 2,5 a 2,2 per famiglia.

Figura 6: Numero di famiglie e numero medio di componenti per famiglia della zona Grossetana. Anni 1995-2007

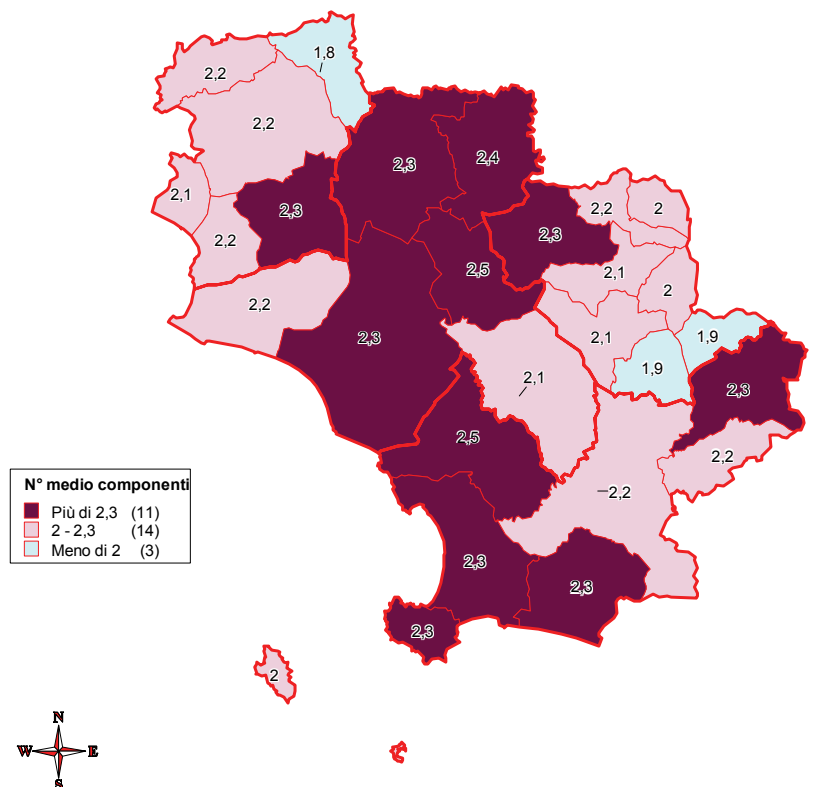


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

La dimensione media delle famiglie è abbastanza omogenea sul territorio provinciale ed oscilla da un minimo di 1,8 componenti (Monterotondo Marittimo) a un massimo di 2,5 (Campagnatico e Magliano). In generale le famiglie sono mediamente più numerose nei comuni dell'Area Grossetana principalmente a causa della struttura per

età relativamente più giovane.

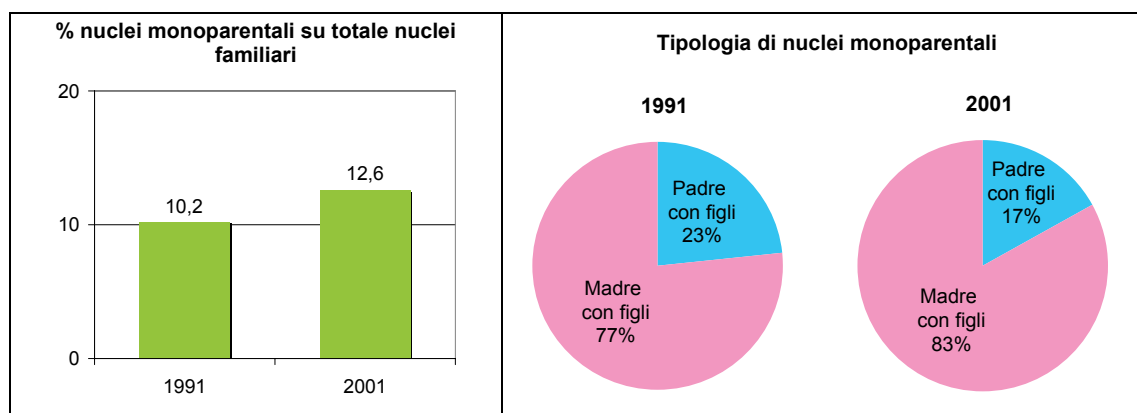
Figura 7: La numerosità delle famiglie. Numero medio di componenti per famiglia (2005)



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Parallelamente al processo di nuclearizzazione della famiglia si assiste ad un aumento delle famiglie monoparentali e delle famiglie ricostituite, a causa principalmente della crescente instabilità familiare.

Figura 8: Nuclei monoparentali della zona Grossetana. Alcuni indicatori (raffronto 1991-2001)

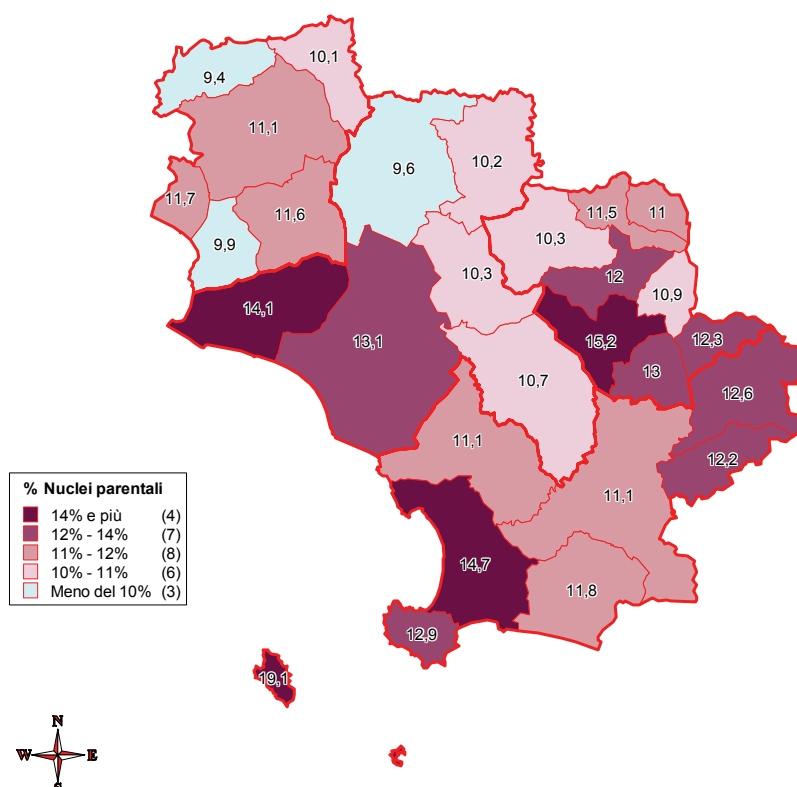


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat (Censimenti)

I nuclei monoparentali (quelli cioè costituiti da un solo genitore più figlio/i)

rappresentavano il 10,2% nel 1991 e sono cresciute al 12,6% nel 2001 (lasciando presumere un ulteriore aumento da allora ad oggi), trattandosi sempre più (83% dei casi) di madri con figli. Al 2001 nella zona Grossetana erano presenti 3.680 nuclei monoparentali, quasi il 60% di quelli presenti nell'intera provincia. A livello generale si rileva una forte disomogeneità territoriale, con una posizione più sfavorita per la zona dell'Albegna, per la presenza di una elevata incidenza di famiglie monoparentali, e una posizione più *tradizionale* per la zona dell'Amiata Grossetana (con l'eccezione del Comune di Roccalbegna) e soprattutto per la zona delle Colline Metallifere.

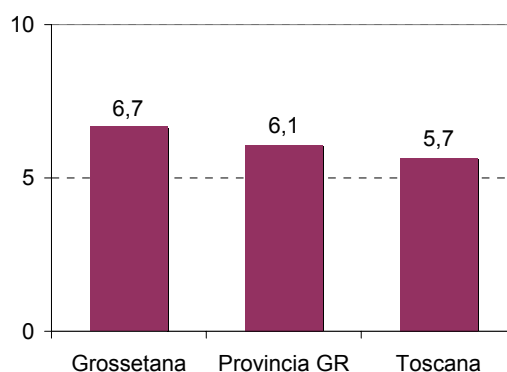
Figura 9: Le famiglie monoparentali. Percentuale di famiglie composte da figli con solo padre o sola madre sul totale (2001)



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Le famiglie ricostituite rappresentano al censimento 2001 nella zona Grossetana circa il 6,7% del totale, un'incidenza superiore sia al dato medio provinciale che regionale.

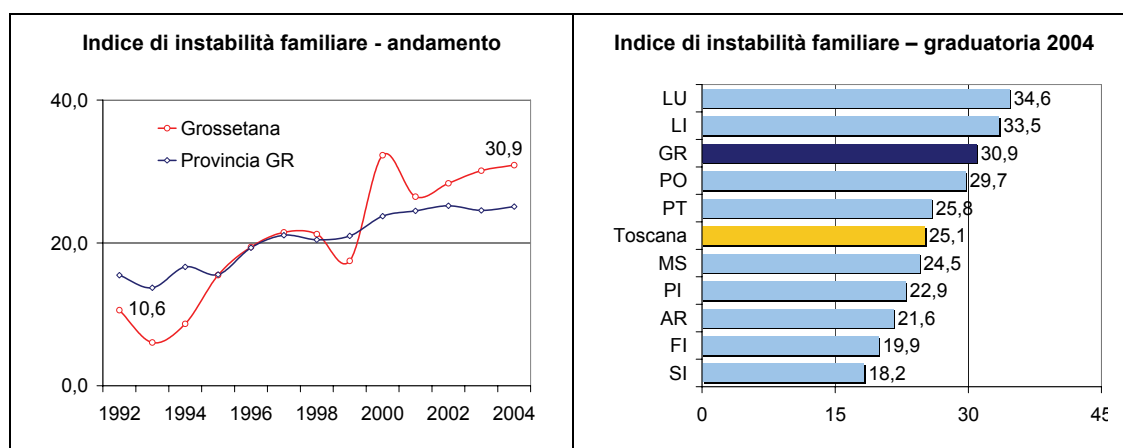
Figura 10: Percentuale di nuclei familiari ricostituiti sul totale nuclei familiari della zona Grossetana. Anno 2001



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat (Censimento 2001)

La crescita di tipologie familiari diverse da quella tradizionale sono in parte il risultato di una crescita dell'instabilità della famiglia. I dati provinciali ci dicono che Grosseto, così come tutta la regione, ha visto un sensibile incremento di separazioni e divorzi e anche della loro incidenza (quasi triplicata dal 1992 al 2004); situazione che colloca la provincia tra le prime in Toscana, ben al di sopra della media.

Figura 11: Indice di instabilità familiare. Andamento 1992-2004 e graduatoria regionale 2004.



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

$\text{Indice di instabilità familiare} = (\text{separazioni} + \text{divorzi}) / \text{popolazione residente} \times 10.000$

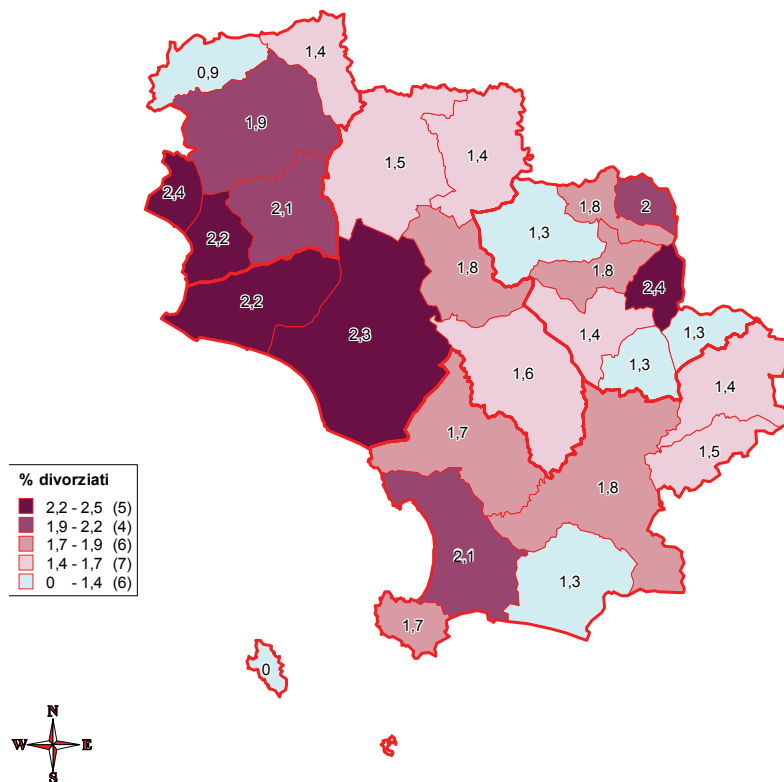
Il dato zonale mostra che il fenomeno è particolarmente intenso nella zona Grossetana che ha visto negli ultimi anni un costante aumento dal 1999 della percentuale di divorziati sulla popolazione residente, che, alla fine del 2006, raggiunge il 2,5% contro una media regionale del 2% e provinciale del 2,2%. Il fenomeno appare più intenso nei comuni di Grosseto e di Castiglione della Pescaia.

Tabella 9: Andamento dell'indice di instabilità matrimoniale per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006

Comune	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amiata Grossetana	1,0	1,2	1,3	1,4	1,4	1,7	1,8	1,9
Colline dell'Albegna	1,1	1,3	1,5	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9
Colline Metallifere	1,4	1,6	1,7	1,8	2,0	2,1	2,2	2,3
Campagnatico	1,1	1,1	1,2	1,5	1,6	1,8	2,0	2,1
Castiglione della Pescaia	1,1	1,2	1,4	1,7	1,9	2,2	2,7	3,1
Civitella Paganico	0,9	0,9	1,0	1,3	1,2	1,4	1,5	1,6
Grosseto	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,5	2,6
Roccastrada	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3	1,5	1,5	1,7
Scansano	1,1	1,2	1,5	1,4	1,4	1,6	1,7	1,5
Zona Grossetana	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,3	2,5
Provincia di Grosseto	1,4	1,5	1,7	1,8	1,8	2,0	2,2	2,2
Toscana	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

Indice di instabilità matrimoniale = $(\text{divorziati} + \text{divorziate}) / \text{popolazione residente} \times 100$

Figura 12: La percentuale di divorziati per comune. Percentuale di persone residenti divorziati sul totale (2005)

Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

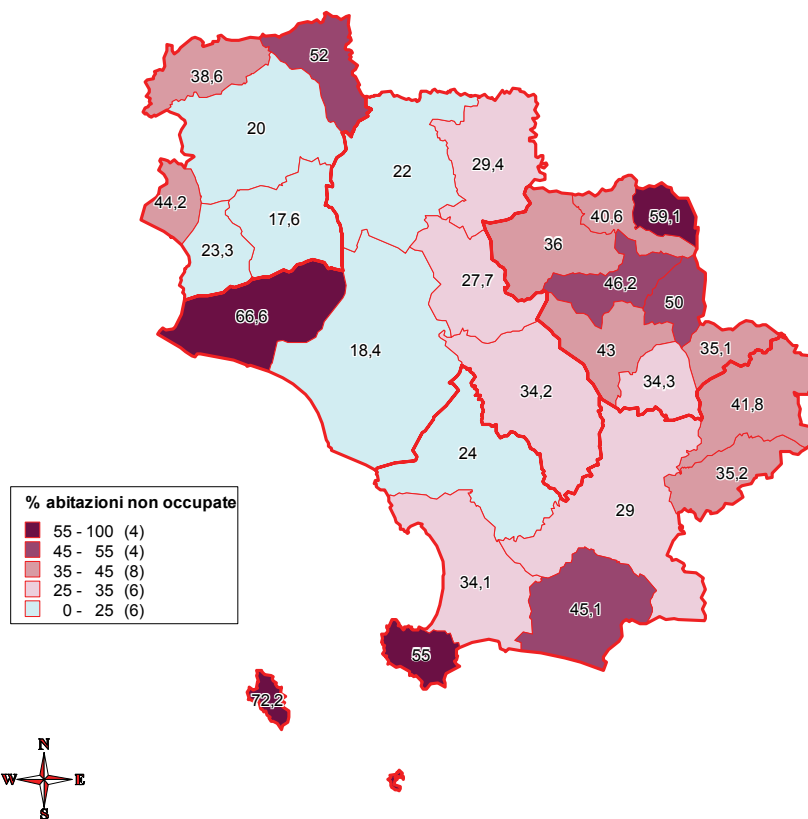
Condizioni abitative

L'abitazione rappresenta una delle condizioni essenziali che garantiscono il benessere di una società. Quando questo bene è scarso o l'accesso è ostacolato da fattori socio-economici che escludono fasce di popolazione da un pieno godimento di

questo fondamentale diritto, si verificano pressioni fortissime sui servizi sociali, che sono interpellati in prima istanza per far fronte alle emergenze che si verificano. Anche l'inadeguatezza dell'offerta abitativa esistente in termini di costi e di qualità può determinare disagi soprattutto nelle fasce di popolazione più fragili e conseguentemente pressioni sui servizi sociali.

I dati disponibili non sono molti. Un primo indicatore che può essere utilizzato per valutare l'esistenza di fattori di squilibrio sul mercato abitativo grossetano è rappresentato dalla percentuale di abitazioni non disponibili per i residenti perché destinate ad altri usi, principalmente turistici. Secondo il Censimento del 2001 il fenomeno è particolarmente intenso essenzialmente nel comune di Castiglione della Pescaia dove il 66% delle abitazioni esistenti non era occupato da residenti. Nel resto della zona Grossetana la quota di abitazioni non occupate è su livelli molto più bassi, fisiologici, tra il 20% e il 30%.

Figura 13: Il patrimonio abitativo non disponibile per i residenti. Percentuale di abitazioni non occupate sul totale (2001)

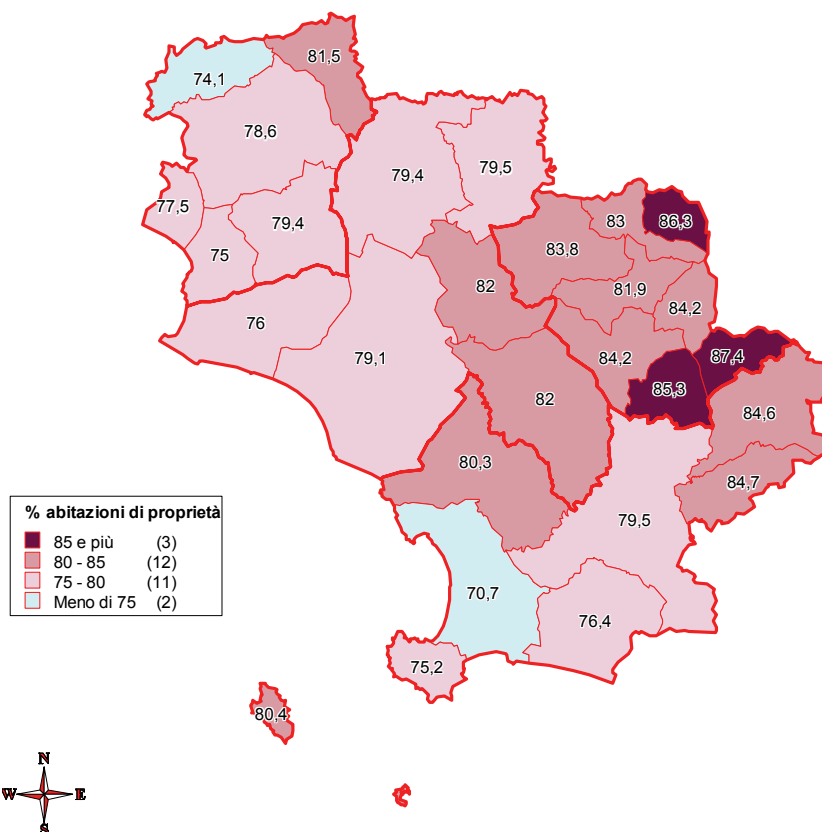


Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Questa situazione è il sintomo di una tensione del mercato abitativo di Castiglione della Pescaia che, non a caso, ha una crescita della popolazione molto più bassa della media dell'area ed è l'unico comune che in questi ultimi anni vede crescere l'indice di vecchiaia: sintomo di una difficoltà di accesso al mercato abitativo da parte di coppie giovani e famiglie, che sono quindi spinte a cercare casa in altri comuni limitrofi.

La proprietà dell'abitazione è un altro elemento fortemente correlato con il benessere e la sicurezza di una società. Come è noto l'Italia è uno dei paesi occidentali in cui la proprietà della propria casa è più diffusa. Essere proprietari non solo mette al riparo dalla perdita di un bene essenziale, ma garantisce anche un capitale che può essere utilizzato per far fronte a situazioni impreviste. Come si osserva dalla figura 14 successiva la proprietà dell'abitazioni di residenza è particolarmente diffusa in tutta la provincia e riguarda tra il 70% e l'85% delle famiglie. Nell'Area Grossetana è più vicina intorno all'80% per tutti i comuni.

Figura 14: La diffusione della proprietà abitativa. Percentuale di abitazioni di proprietà sul totale delle abitazioni occupate da residenti (2001)

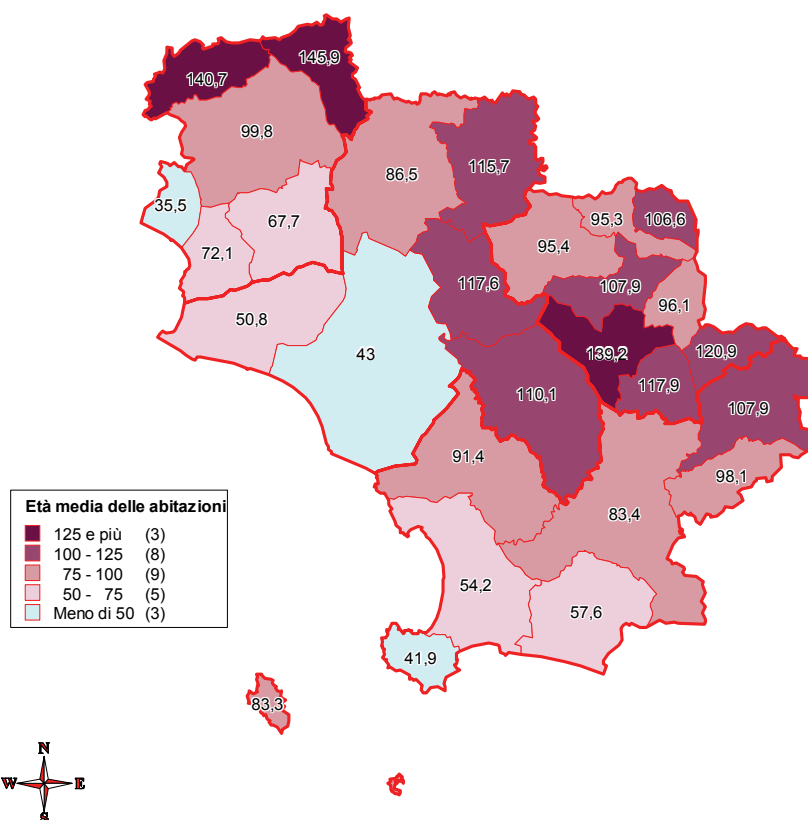


Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Un altro indicatore utile fornito dal Censimento 2001 è quello relativo all'anzianità del patrimonio abitativo. Una maggiore anzianità è correlata con una maggiore inadeguatezza igienico-sanitaria e strutturale delle abitazioni, soprattutto rispetto alle esigenze delle fasce di popolazione più deboli, come gli anziani e i disabili. In abitazioni vecchie è più frequente la presenza di barriere architettoniche e sono meno presenti servizi come l'ascensore o il riscaldamento centralizzato, essenziali per tante persone con problemi di non autosufficienza.

Nell'Area Grossetana, come mostra la figura 15, c'è una netta differenziazione tra i comuni sulla costa (Grosseto e Castiglione della Pescaia), dove le abitazioni hanno una media rispettivamente di 43 e 51 anni, e i comuni dell'interno, con età medie che vanno dagli 86 anni di Roccastrada ai 117 di Campagnatico.

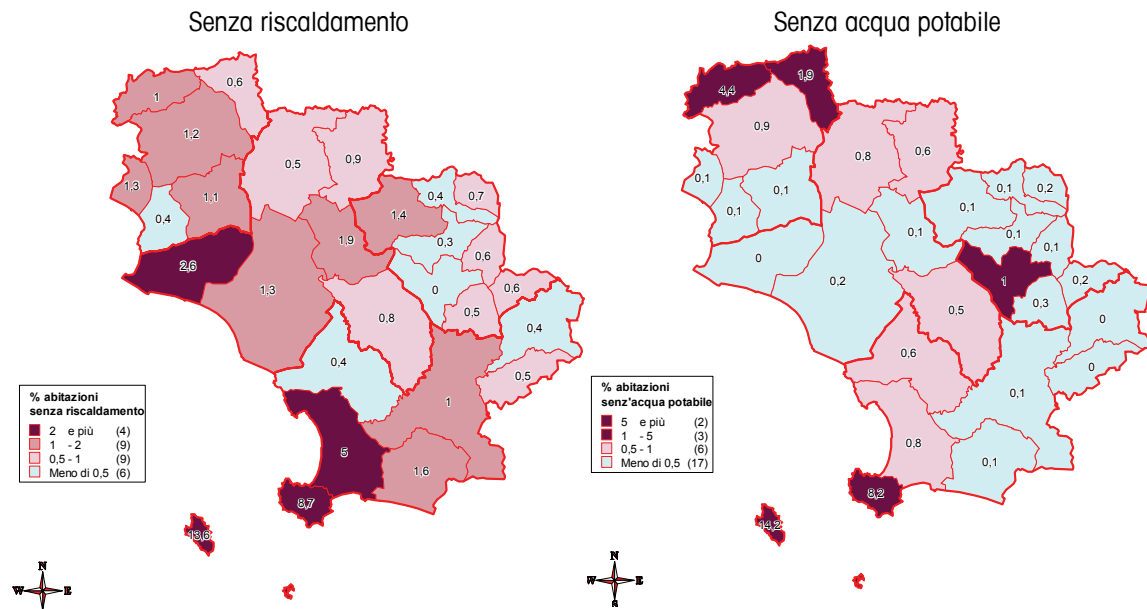
Figura 15: L'anzianità del patrimonio abitativo. Età media in anni delle abitazioni occupate da residenti (2001)



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat, Censimento 2001

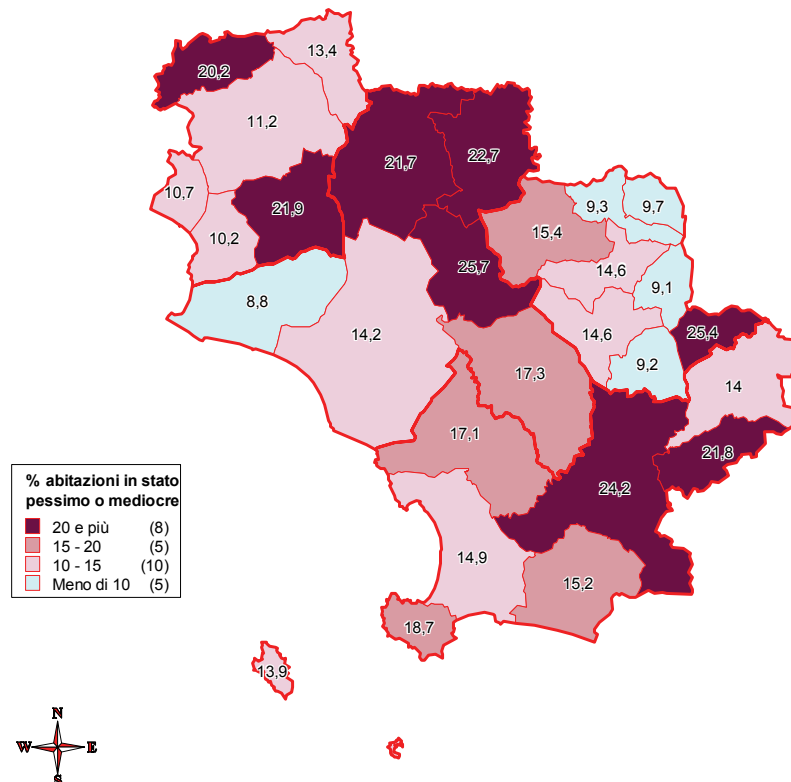
L'età dell'abitazione influenza anche la sua qualità. Le figure seguenti mostrano due indicatori, sempre tratti dal censimento 2001, sulla qualità del patrimonio abitativo occupato da residenti: l'assenza di acqua potabile e la presenza di riscaldamento, indicatori che segnalano l'esistenza di condizioni abitative molto precarie. Come si può osservare si tratta di situazioni molto rare nella maggior parte dei comuni dell'Area Grossetana. Tuttavia, anche se rare, non sono numeri irrilevanti perché riguardano comunque qualche centinaio di abitazioni e quindi di famiglie.

Figura 16: Le abitazioni senza riscaldamento e senz'acqua potabile. Percentuale di abitazioni occupate da residenti senza riscaldamento e senz'acqua potabile (2001)



Fonte: Istat, Censimento 2001

Figura 17: Lo stato di conservazione delle abitazioni. Percentuale di abitazioni in stato di conservazione pessimo o mediocre (2001)

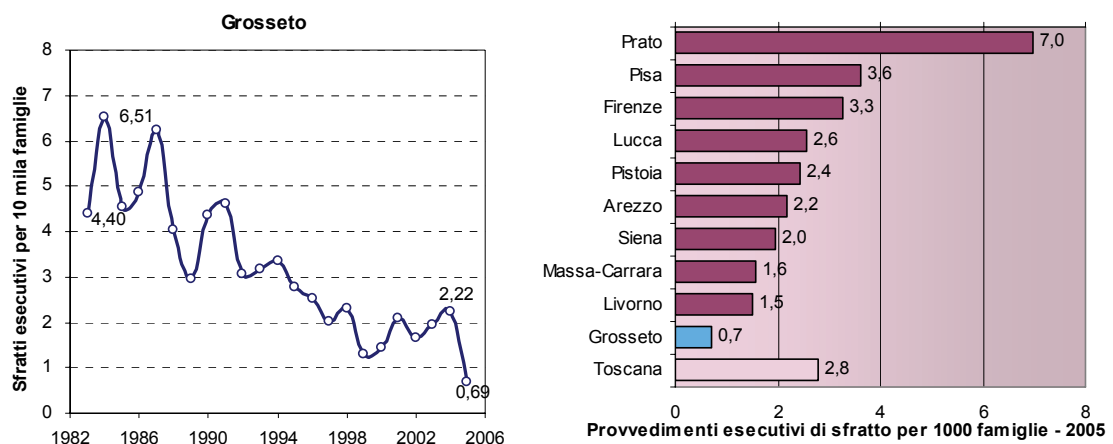


Fonte: Istat, Censimento 2001

La dimensione del possibile disagio abitativo legato alla scarsa qualità dell'abitazione assume dimensioni ancora più consistenti se si esamina lo stato di conservazione valutato sempre in occasione del censimento del 2001 (vedi figura 17). Circa il 15% delle abitazioni nell'Area Grossetana risultano in condizioni pessime o mediocri, con punte del 25% nel comune di Campagnatico, del 22,7% nel comune di Civitella Paganico e del 21,7% nel comune di Roccastrada. Anche a Grosseto la percentuale di abitazioni in stato pessimo o mediocre rilevata nel 2001 era piuttosto elevata, il 14,2%.

Un altro aspetto da considerare nella valutazione del disagio abitativo, oltre alla qualità delle abitazioni, è quello relativo all'instabilità legata alla frequenza degli sfratti. Purtroppo non sono disponibili dati disaggregati a livello comunale. L'OPS di Grosseto fornisce la serie storica degli ultimi 25 anni dei provvedimenti esecutivi di sfratto. Come si può osservare l'incidenza degli sfratti per 1000 famiglie residenti a Grosseto è una delle più basse della Toscana ed è andata calando quasi continuamente. È un indicatore che è probabilmente correlato al fatto che negli ultimi 20 anni c'è stata una progressiva espansione della proprietà a scapito dell'affitto. In altri termini gli sfratti diminuiscono perché ci sono sempre più famiglie proprietarie della loro abitazione.

Figura 18: L'instabilità abitativa: gli sfratti. Provvedimenti esecutivi di sfratto per 1000 famiglie: andamento dal 1983 al 2005 e confronto per provincia nel 2005



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Ciò non significa ovviamente che non si registrino tensioni sul mercato degli affitti. La locazione è una modalità che riguarda sempre più le famiglie che non possono permettersi l'acquisto e che quindi hanno una condizione economica precaria o ai limiti della precarietà. Capita quindi che spesso ci sia bisogno di un sostegno economico per far fronte al costo dell'affitto. È per questo che la legge 431 del 1998 garantisce alle famiglie con basso reddito la possibilità di avere contributi per il pagamento dell'affitto. Questi contributi vengono erogati dalla Regione Toscana sulla base di graduatorie stilate da ciascun comune toscano. La tabella 10 mostra i dati relativi al bando 2006. Nell'Area Grossetana sono state presentate 635 domande pari a 13,9 domande per 1000 famiglie residenti, la quota più elevata a livello

provinciale. I contributi disponibili, però, hanno potuto soddisfare solo il 27,2% del fabbisogno. Il disagio appare particolarmente concentrato nel comune capoluogo, nel comune di Roccastrada e nel comune di Civitella Paganico.

Tabella 10: Integrazione ai canoni di locazione L. 431/98 - Domande, fabbisogno e risorse comunali per comune. Anno 2006 (valori assoluti, % e ‰)

Comune	Numero domande				Fabbisogno			Risorse comunali	
	fascia A*	fascia B**	totale	per 1000 famiglie	fascia A	fascia B	totale	v.a. (euro)	% su fabbisogno
Campagnatico	7	0	7	6,9	17.568	0	17.568	0	0,0
Castiglione della P.	12	3	15	4,3	48.792	3.063	51.855	26.000	50,1
Civitella Paganico	18	1	19	14,8	33.226	202	33.428	10.000	29,9
Grosseto	421	97	518	15,5	1.237.259	168.589	1.405.848	416.000	29,6
Roccastrada	52	12	64	15,4	118.557	5.472	124.029	0	0,0
Scansano	12	0	12	5,7	26.555	0	26.555	0	0,0
Grossetana	522	113	635	13,9	1.481.957	177.327	1.659.284	452.000	27,2
Amiata	44	2	46	5,0	88.334	901	89.235	2.000	2,2
Albegna	149	28	177	7,7	391.173	40.288	431.461	46.000	10,7
Metallifere	207	27	234	11,2	516.925	39.329	556.254	13.777	2,5
Provincia GR	922	170	1.092	11,1	2.478.390	257.844	2.736.235	513.777	18,8

Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007, su dati Regione Toscana-Settore Reti e servizi di protezione sociale

* valore ISE uguale o inferiore all'importo corrispondente a due pensioni minime INPS al 2006. Incidenza del canone al netto degli oneri accessori sul valore ISE non inferiore al 14%.

** valore ISE compreso tra l'importo di due pensioni minime INPS al 2006 e Euro 30.000. Incidenza del canone sul valore ISE non inferiore al 24%. Valore ISEE non superiore a Euro 13.615 (limite per l'accesso all'E.R.P. per il 2006).

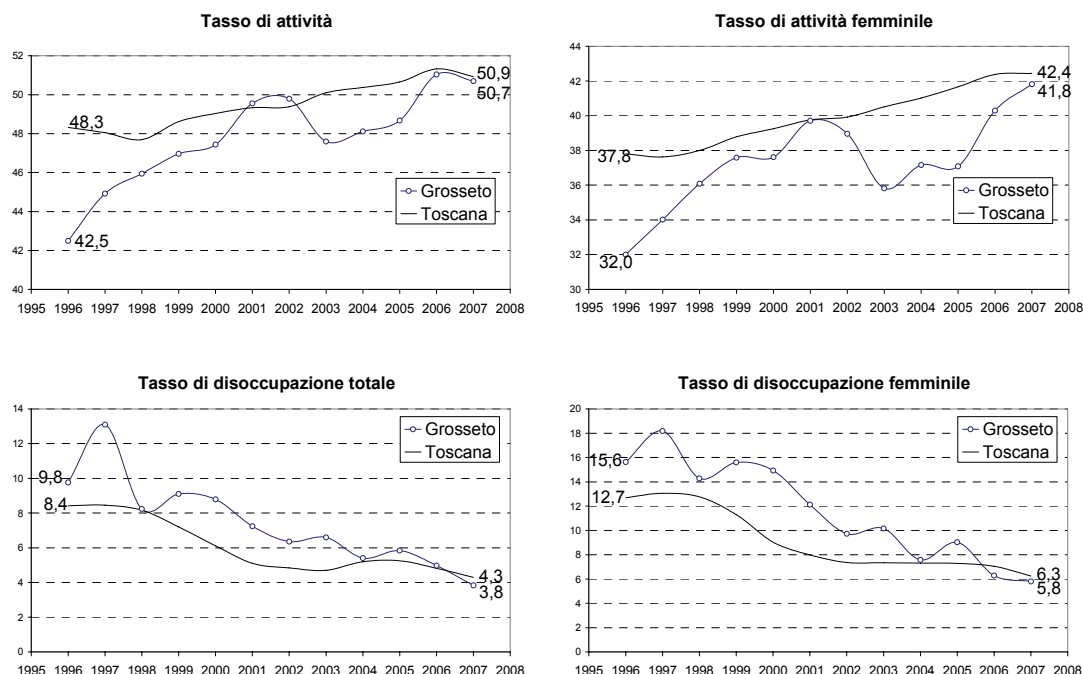
Condizione lavorativa

Gli indicatori relativi all'occupazione hanno registrato negli ultimi 10 anni un costante miglioramento avvicinando la provincia di Grosseto agli obiettivi di Lisbona: il tasso di attività generale è passato dal 42,5% del 1996 al 50,7% del 2007, il tasso di disoccupazione è diminuito dal 9,8% del 1996 al 3,8% del 2007. Il trend della provincia di Grosseto è stato migliore del trend regionale, tanto che il gap sia per quanto riguarda il tasso di attività sia per quanto riguarda il tasso di disoccupazione si è quasi del tutto azzerato. Il forte miglioramento degli indicatori occupazionali ha riguardato in particolare le donne che hanno visto crescere il tasso di attività del 31% (contro una media del 19%) e il tasso di disoccupazione diminuire del 63%. Il mercato del lavoro negli ultimi anni quindi sembra molto migliorato a Grosseto, come nel resto della Toscana.

Va però detto che il miglioramento generale è avvenuto soprattutto grazie alle riforme del mercato del lavoro che, a partire dalla metà degli anni '90, hanno introdotto una maggiore flessibilità, favorendo una maggiore occupazione al prezzo, però, di una crescente precarietà dei rapporti di lavoro. I lavoratori parasubordinati e le forme contrattuali a tempo determinato sono infatti cresciute in modo consistente durante gli ultimi 15 anni, arrivando a riguardare circa il 15% della forza lavoro⁴.

⁴ Vedi lavoce.info del 21/3/2007: "Quanti sono i lavoratori precari?" di Emiliano Mandrone e Nicola Massarelli (<http://www.lavoce.info/articoli/pagina2633.html>)

Figura 19: Andamento del tasso di attività e del tasso di disoccupazione totale e femminile dal 1996 al 2007



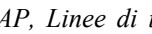
Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

È difficile dire se l'effetto netto tra crescita dell'occupazione e aumento della precarietà sia positivo o negativo. E' indubbio che dal punto di vista dei servizi sociali cambia notevolmente lo scenario assistenziale di riferimento. L'incertezza influenza la stabilità familiare minacciandone costantemente la tenuta economica delle famiglie e il tessuto relazionale. Lo stato di disoccupazione, tranne i rari casi in cui diveniva cronico, era uno stato che aveva comunque un termine. La precarietà può invece essere molto più lunga e, secondo molti, diviene (pur riguardando comunque una minoranza della forza lavoro) una caratteristica fisiologica del mercato del lavoro. Sarebbe forse opportuno per i servizi sociali pensare a modalità di intervento che puntassero a rafforzare la capacità delle famiglie e delle persone di far fronte alle maggiori incertezze che caratterizzano il rapporto di lavoro, che compensino ed integrino gli ammortizzatori sociali che, peraltro, per i lavoratori atipici, devono ancora trovare piena attuazione legislativa.

Reddito e povertà⁵

La provincia di Grosseto da un punto di vista economico è storicamente una delle aree più sfavorite della Toscana. Negli ultimi anni tuttavia ha recuperato molte posizioni grazie a tassi di crescita del Prodotto Interno Lordo superiori al resto della Toscana. La provincia ha mostrato nell'ultimo decennio un dinamismo superiore alla media regionale e ciò ha determinato una diminuzione graduale del gap che la separa dalle zone più ricche e produttive della Regione.

Tabella 11: Evoluzione del Prodotto interno lordo (Pil) per abitante nelle province toscane, al Centro e in Italia, a prezzi correnti (Anni 2004-2007)

Comune	2004	2005	2006	2007	PIL pc 2007	Trend 2004-2007
Firenze	29.910	30.359	31.341	31.509		
Grosseto	22.438	22.878	24.216	25.170		
Livorno	26.528	26.734	27.798	28.880		
Lucca	24.803	25.259	25.759	26.030		
Massa	19.860	20.716	21.590	22.017		
Pisa	25.838	26.414	27.019	27.998		
Pistoia	24.176	24.301	24.902	25.407		
Prato	26.851	27.060	27.439	28.739		
Siena	25.689	26.247	26.738	27.681		
TOSCANA	26.196	26.611	27.396	28.049		
CENTRO	26.824	27.372	27.976	28.939		
ITALIA	23.898	24.372	25.109	25.862		

Fonte: Nostre elaborazioni su dati: Istituto Tagliacarne, COAP, Linee di tendenza dell'economia della provincia di Grosseto nel medio lungo periodo, Grosseto, Giugno 2008, p. 44.

Si tratta di dati “macro” che esprimono in modo molto mediato la ricchezza o la povertà di un territorio. Qualche informazione più specifica e soprattutto maggiormente disaggregata a livello territoriale è quella offerta dalle statistiche del Ministero delle Finanze sul reddito imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF⁶. Attualmente sono disponibili i dati relativi al 2005.

Nel territorio provinciale nel 2005 risultavano 119.911 contribuenti, di cui quasi la metà nella zona Grossetana, il 22% nell'Albegna, il 20,8% nelle Metallifere ed il restante 9% nell'Amiata.

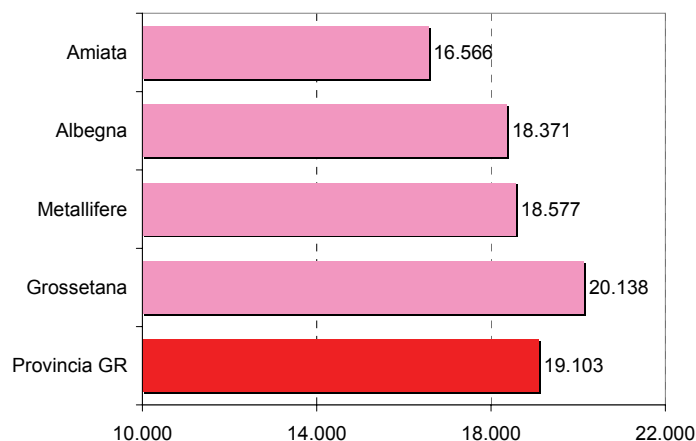
Il monte redditi totale è di circa 2 miliardi e 217 milioni di euro ed il reddito medio provinciale è di 18.492 euro; la zona con il reddito medio per contribuente (vengono

⁵ Secondo la stima che ne fa l'Istat, viene considerata povera ogni famiglia di due persone il cui consumo è inferiore al consumo medio pro-capite; per famiglie più estese poi, la linea di povertà viene nuovamente calcolata, dando luogo così ad una linea per ogni dimensione di nucleo familiare. La povertà assoluta si definisce attraverso un paniere di beni e servizi essenziali (alimentari, vestiario, abitazione, etc.) il cui consumo è ritenuto necessario per vivere appena sopra il minimo vitale; l'Istat individua come soglia di povertà assoluta un valore di spesa relativo ad un paniere composto da una componente alimentare, una componente abitativa, una componente relativa alle quote di ammortamento dei principali beni durevoli (televisore, frigo, etc.) ed una componente relativa ad alcune voci di spesa residuale legate al consumo di vestiario, calzature, trasporti, attività ricreative, etc. L'insieme delle tre componenti e della spesa residuale costituisce uno standard di spesa tale da garantire un livello di vita modesto ma capace di evitare forme di esclusione sociale.

⁶ Si tratta del valore del reddito sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale dovuta ed è costituito dal reddito complessivo decurtato del reddito per abitazione principale e degli oneri deducibili.

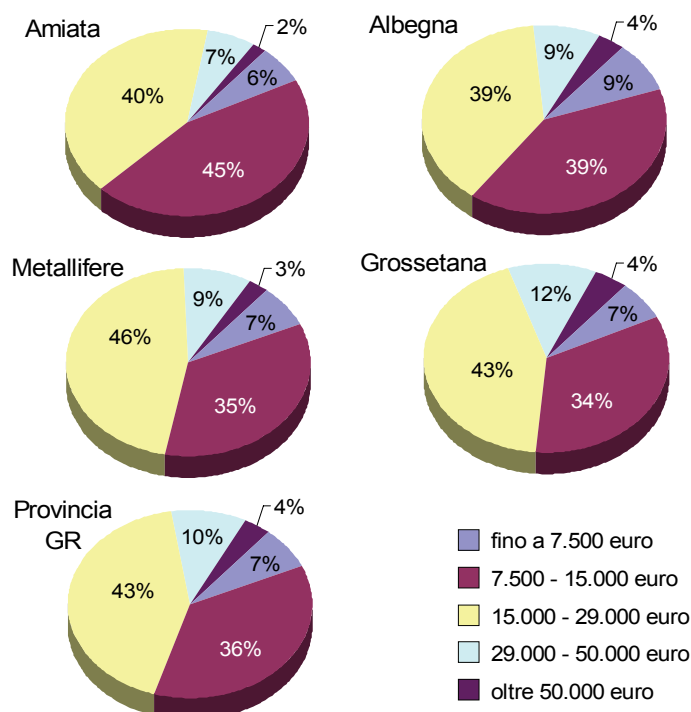
considerate le sole persone fisiche) più alto è la Grossetana con 19.518 euro, seguita da Metallifere con 17.935, Albegna con 17.731 e Amiata con 16.129 euro. È importante notare che rispetto al 2004 (vedi figura qui sotto) c'è stata una netta diminuzione dei redditi medi imponibili, pari a circa 600 euro.

Figura 20: Reddito medio imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF nella provincia di Grosseto per zona. Anno 2004 (valori in euro per contribuente)



Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Figura 21: Distribuzione dei contribuenti grossetani per zona e per fascia di reddito imponibile. Anno 2004



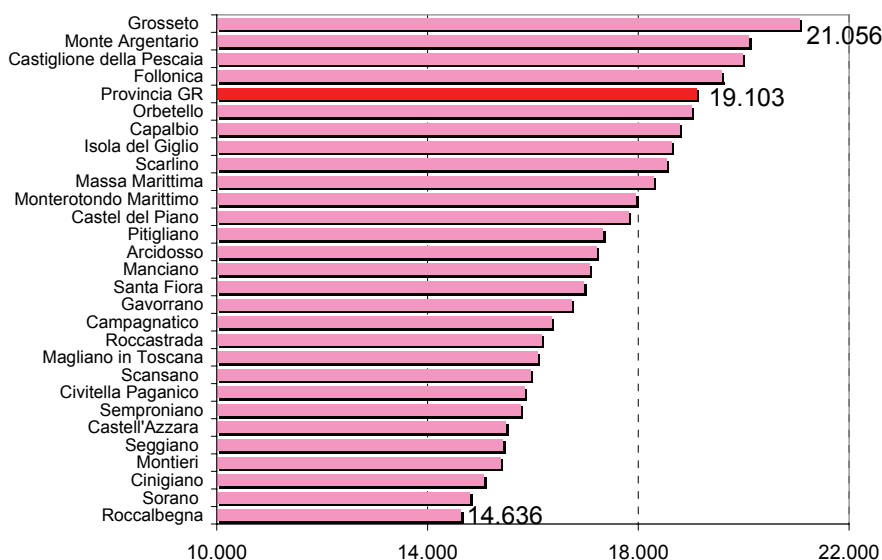
Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Da un'analisi della distribuzione dei redditi per classi di importo, si può osservare

che nella provincia il 43% dei redditi rientra nella fascia da 15 a 29.000 euro e che una quota analoga risulta al di sotto dei 15.000 euro (36% nella fascia 7.500-15.000 euro e 7% in quella fino a 7.500 euro); la restante quota di contribuenti rientra per la gran parte (10%) nella fascia 29.000-50.000 euro e solo il 4% supera i 50.000 euro. A livello di zona, è da segnalare l'Amiata con la metà dei redditi al di sotto dei 15.000 euro. Nell'Area Grossetana la fascia di contribuenti con meno di 7.500 euro è pari al 7%.

I redditi medi comunali oscillano dai 14.636 euro di Roccalbegna ai 21.056 euro del capoluogo. Un raffronto con i dati su povertà e disuguaglianza fa emergere un interessante collegamento: molti dei comuni con il reddito medio IRPEF più elevato sono tra quelli che hanno evidenziato i maggiori livelli di disuguaglianza, circostanza che rafforza l'ipotesi di aree con un forte squilibrio nella distribuzione dei redditi.

Figura 22: Reddito medio imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF nella provincia di Grosseto per comune. Anno 2004



Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Attraverso i dati sui redditi imponibili Irpef è possibile avere una stima della percentuale di popolazione "incapiente" ovvero con reddito zero e che quindi non ha presentato alcuna dichiarazione al fisco come differenza tra la popolazione residente sopra i 30 anni e il numero di contribuenti⁷.

⁷ Si tratta ovviamente di una semplificazione in quanto una parte della popolazione sotto i 30 anni presenta la dichiarazione dei redditi e una quota di popolazione sopra i 30 anni risulta a carico di un altro contribuente e non avendo redditi propri non presenta alcuna dichiarazione.

Tabella 12: Contribuenti e stima della quota di incapienti per comune e zona nel 2005

Comune	Contribuenti 2005	Pop. 2005 (30 anni e +)	Incapienti (stima)	% incapienti (stima)	Reddito medio
Campagnatico	1.258	1.882	624	33,2	15.497
Castiglione della P.	4.173	5.658	1.485	26,2	19.608
Civitella Paganico	1.673	2.261	588	26,0	14.888
Grosseto	43.677	55.190	11.513	20,9	20.464
Roccastrada	4.883	6.854	1.971	28,8	15.358
Scansano	2.132	3.393	1.261	37,2	15.504
Zona Grossetana	57.796	75.238	17.442	23,2	19.518
Amiata Grossetana	10.665	14.779	4.114	27,8	16.129
Colline dell'Albegna	26.591	38.461	11.870	30,9	17.731
Colline Metallifere	24.859	33.510	8.651	25,8	17.935
Provincia di Grosseto	119.911	161.988	46.191	28,5	18.492

Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Si tratta di stime da prendere con cautela, ma che consentono di evidenziare differenze nei livelli di reddito e di povertà tra le diverse aree del territorio provinciale. Nella zona Grossetana la quota di incapienti sarebbe la più bassa a livello provinciale, pari al 23,2% della popolazione con più di 30 anni. All'interno dell'area ci sono differenze notevoli nei livelli di reddito e nella quota di incapienti: si va dal 37,2% di incapienti e a un reddito medio di 15.500 euro a Scansano, a una quota di 20,9% di incapienti e a un reddito di 20.464 nel capoluogo Grosseto.

Questi dati, tuttavia, ci possono offrire solo una prima idea della diffusione e dell'intensità della povertà sul territorio grossetano. In mancanza di dati specifici (che possono essere acquisiti solo attraverso costose rilevazioni campionarie) nel prossimo paragrafo verranno illustrate delle stime realizzate dall'Irpet per tutti i comuni della Toscana.

Secondo le stime IRPET⁸ la provincia Grosseto è una delle province toscane in cui la povertà è più diffusa: Grosseto, con il 20% delle famiglie al di sotto della linea di povertà, è subito dietro Livorno e Massa. Anche per le altre due misure di povertà utilizzate dall'IRPET – *intensità*⁹ e *gravità*¹⁰ – si può riscontrare una performance analoga della provincia nel contesto regionale. Tuttavia, la provincia di Grosseto ha una distribuzione dei redditi¹¹ più equa rispetto alla media regionale.

All'interno della provincia tutte le zone (SEL) mostrano valori superiori a quelli medi regionali in relazione alla povertà, mentre si mostrano in linea o al di sotto della media toscana in merito alla disuguaglianza. Il SEL con i più alti livelli di diffusione, intensità e gravità della povertà è la Costa d'Argento, seguita da Metallifere, Grossetana, Albegna e Amiata.

Nella Zona Grossetana la povertà colpisce il 19% delle famiglie, un valore superiore alla media regionale ma inferiore a quella provinciale. La Zona Grossetana, rispetto al resto della provincia, si caratterizza per una maggiore disuguaglianza nella distribuzione dei redditi, che la pone in linea con la media regionale e al di sopra di

⁸ IRPET-CRIDIRE (a cura di), Mappatura della povertà in Toscana, Firenze, 2006

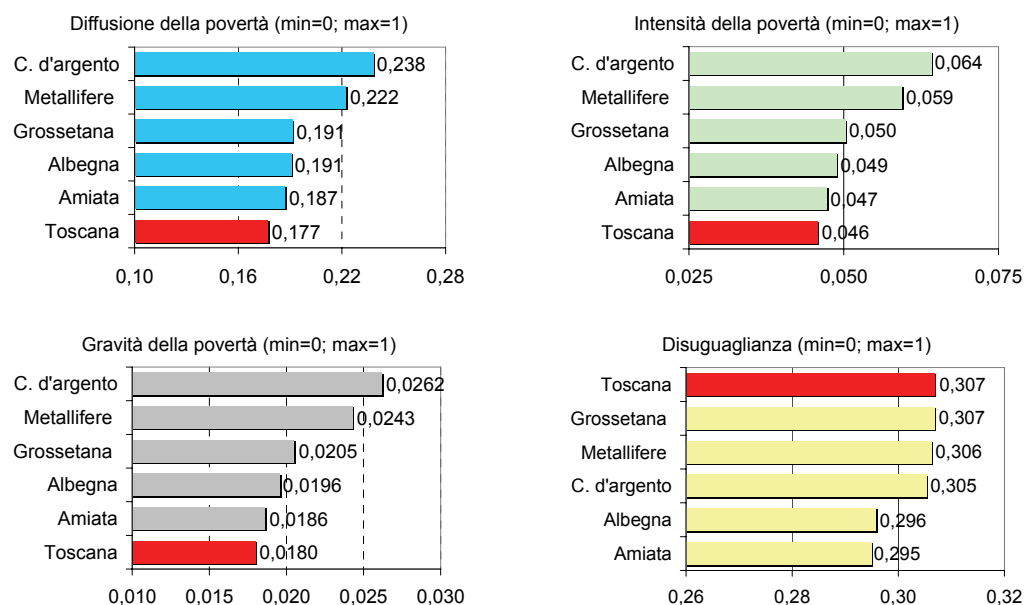
⁹ L'indice di intensità della povertà esprime la distanza dei redditi medi familiari di tutte le famiglie povere dalla linea di povertà.

¹⁰ L'indice di gravità della povertà esprime la distanza dei redditi medi familiari delle famiglie più povere dalla linea di povertà.

¹¹ La disuguaglianza nella distribuzione dei redditi è misurata dall'Indice del Gini, che esprime le differenze esistenti fra tutti i livelli del reddito della popolazione esaminata.

quella provinciale.

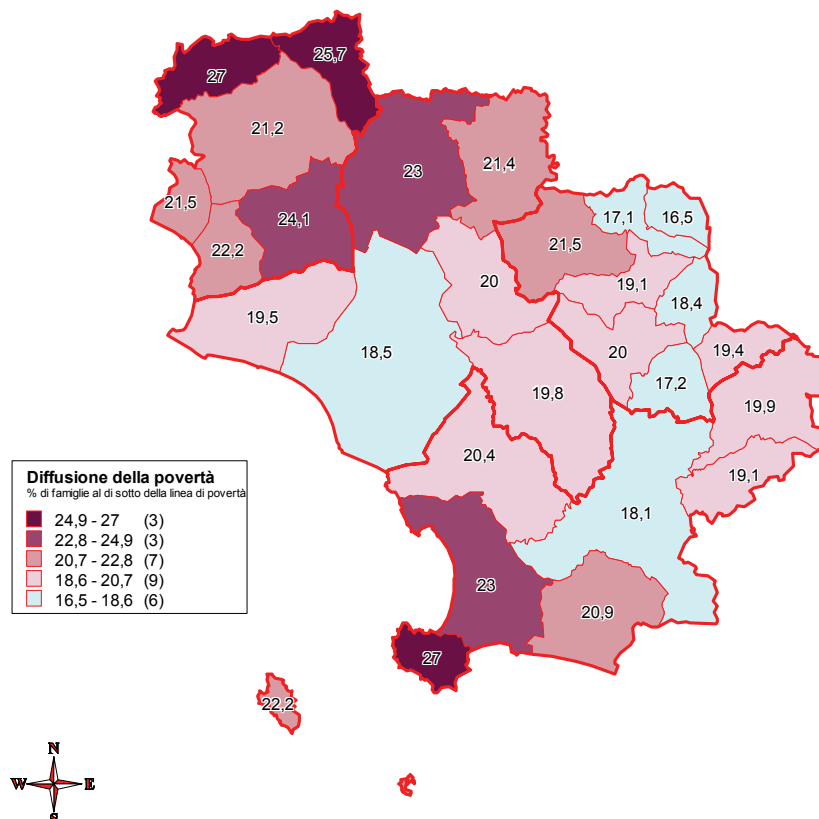
Figura 23: Indicatori sulla povertà nelle zone della in provincia di Grosseto nel 2004



Fonte: OPS Grosseto, Focus povertà su dati IRPET-CRIDIRE (a cura di), Mappatura della povertà in Toscana, Firenze, 2006

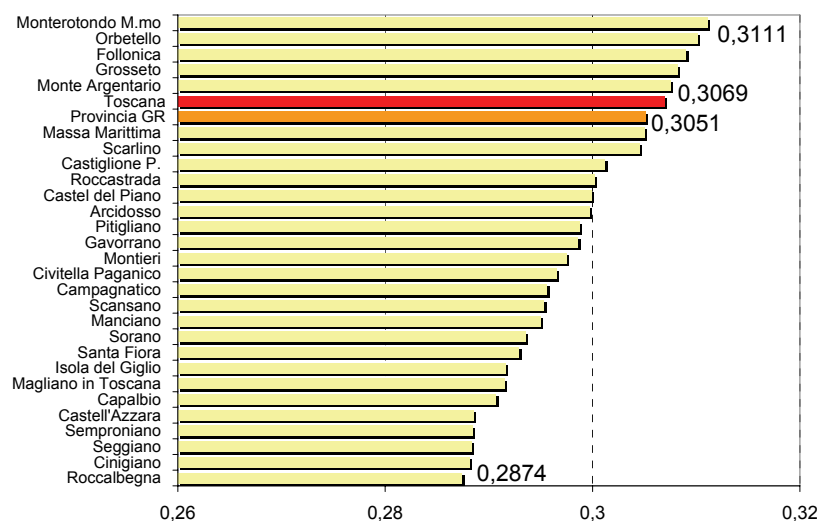
A livello comunale, si osserva che la percentuale di famiglie al di sotto della linea di povertà è più elevata nei comuni di Monte Argentario e Orbetello nel versante costiero dell'Albegna, nei comuni di Monterotondo Marittimo, Montieri e Gavorrano nelle Metallifere e nel comune di Roccastrada all'interno della zona Grossetana. Di contro, i comuni in cui la povertà risulta meno diffusa sono Seggiano, Castel del Piano, Semproniano e Santa Fiora nell'Amiata, Grosseto nella zona Grossetana e Manciano nell'Albegna. Solo 3 comuni, infine, risultano avere una diffusione della povertà inferiore a quella media toscana: Seggiano, Castel del Piano e Semproniano.

**Figura 24: Diffusione della povertà nella provincia di Grosseto per comune.
Anno 2004**



Fonte: OPS Grosseto, Focus povertà su dati IRPET-CRIDIRE (a cura di), Mappatura della povertà in Toscana, Firenze, 2006

In merito alla *disuguaglianza* nella distribuzione del reddito, il quadro generale sembra più incoraggiante, in quanto 23 comuni (82% circa dei comuni) rivelano un indice inferiore a quello medio toscano. I comuni dove la disuguaglianza risulta più spiccata sono Monterotondo Marittimo, Orbetello, Follonica, Grosseto e Monte Argentario, all'opposto si distinguono Roccalbegna, Cinigiano, Seggiano, Semproniano e Castell'Azzara.

Figura 25: Disuguaglianza nella distribuzione dei redditi nei comuni della provincia di Grosseto

Fonte: OPS Grosseto, Focus povertà su dati IRPET-CRIDIRE (a cura di), Mappatura della povertà in Toscana, Firenze, 2006

Come detto si tratta di stime effettuate attraverso modelli econometrici e, come tali, suscettibili di errori e distorsioni.

Un punto di vista più vicino al fenomeno reale è quello che viene offerto dai dati raccolti dai Centri d'ascolto e di accoglienza Caritas. Sono dati che si rivelano preziosi per esplorare alcuni dei percorsi di povertà "meno visibile" o "sommersa". La significatività di tali informazioni è testimoniata dal fatto che sono utilizzati spesso come strumento di analisi in studi sulla povertà, soprattutto in chiave di approccio "biografico" al tema (ricostruzione dei percorsi di impoverimento attraverso storie di vita).

Tabella 13: Persone accolte nei centri di ascolto Caritas della Toscana per Diocesi. Anni 2005-2006 (valori assoluti)

Diocesi	2005	2006	variaz. %
Arezzo	221	284	28,5
Firenze	4.324	4.182	-3,3
Fiesole	1.433	2.199	53,5
Grosseto	668	536	-19,8
Massa Marittima	233	218	-6,4
Pitigliano	46	140	204,3
Livorno	1.725	1.857	7,7
Lucca	841	858	2,0
Massa Carrara	n.r.	20	-
Pisa	494	708	43,3
San Miniato	124	172	38,7
Volterra	n.r.	22	-
Pistoia	1.005	634	-36,9
Pescia	299	540	80,6
Prato	3.580	3.489	-2,5
Siena	449	368	-18,0
Totale	15.442	16.227	5,1

Fonte: OPS Grosseto, Focus povertà su dati Caritas, Dossier 2007 sulle povertà in Toscana

Il penultimo¹² rapporto Caritas sulla povertà in Toscana ci informa di 16.227 persone accolte nel 2006 nei centri di ascolto della regione, con un aumento di 800 unità rispetto all'anno precedente. I dati rilevabili nei centri di ascolto delle diocesi di Grosseto, Massa Marittima e Pitigliano nel 2006 ammontano complessivamente a 894 persone, il 60% della quali nelle strutture di Grosseto, circa un quinto in quelle di Massa Marittima e il restante 15% in quelle di Pitigliano.

In sintesi, per avere un'idea delle caratteristiche dei soggetti che si rivolgono ai centri Caritas, si riportano alcuni dati relativi ai centri di accoglienza della Diocesi di Grosseto. Gli utenti entrati in contatto con le strutture Caritas al 2005 sono stati 1.493, dato in aumento rispetto agli anni precedenti. Hanno usufruito principalmente di pasti (20.682 pasti serviti nel 2005), servizi di igiene personale quali docce etc. (4.956), pacchi alimentari (349) e visite mediche (257). Si tratta per circa la metà dei casi di persone residenti nella provincia di Grosseto, ma è senza dubbio da rilevare la presenza di un 30% di persone senza dimora. Quasi l'80% degli accessi riguarda cittadini stranieri, per la gran parte provenienti dall'Europa dell'est extra UE; rilevante anche la quota di africani, in massima parte provenienti dall'Africa settentrionale.

Tabella 14: Accessi nei centri di accoglienza Caritas della Diocesi di Grosseto per residenza e nazionalità. Anni 2003-2005 (valori assoluti e %)

Residenza	2003		2004		2005	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Grosseto città	431	30,0	425	29,1	434	29,1
Grosseto Provincia	269	18,7	301	20,6	307	20,6
Resto Italia	300	20,9	277	18,9	283	19,0
Senza fissa dimora	432	30,1	453	31,0	463	31,0
sprovvisi di documenti	4	0,3	6	0,4	6	0,4
Totale	1.436	100,0	1.462	100,0	1.493	100,0

Nazionalità	2003		2004		2005	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Italia	336	23,4	317	21,7	324	21,7
Europa UE	135	9,4	168	11,5	172	11,5
Europa extra UE	691	48,1	724	49,5	739	49,5
Africa	207	14,4	187	12,8	191	12,8
Asia	41	2,9	36	2,5	37	2,5
America Latina	22	1,5	20	1,4	20	1,4
altro	4	0,3	10	0,7	10	0,7
Totale	1.436	100	1.462	100	1.493	100

Fonte: OPS Grosseto, Focus povertà su dati Caritas, Dossier 2007 sulle povertà in Toscana

Livello di istruzione

Il livello di istruzione di una popolazione è direttamente correlato con la sua capacità di far fronte ai rischi di esclusione sociale e ai rischi per la salute. Come molte ricerche, svolte anche sul territorio grossetano¹³, hanno dimostrato le persone con un livello di istruzione più elevato, a parità di altre condizioni (reddito, età, sesso) hanno

¹² I dati relativi al 2007 non sono ancora disponibili.

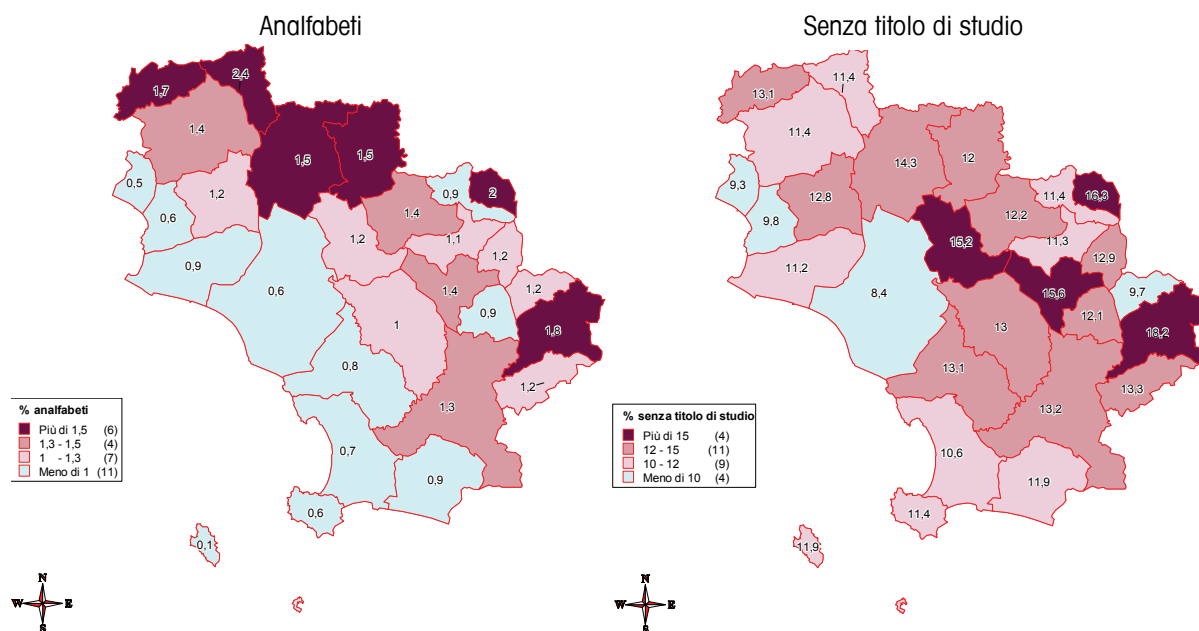
¹³ La citata ricerca sugli anziani (Simurg – OPS Grosseto, Essere anziani in provincia di Grosseto, Grosseto, 2005) ha mostrato chiaramente che non autosufficienza e disagio degli anziani sono più elevati quanto è più basso il livello di istruzione dell'anziano.

una minore probabilità di essere non autosufficienti, hanno figli con un minor disagio scolastico, hanno in generale una maggiore capacità di far fronte a rischi e imprevisti.

È quindi importante essere consapevoli, nella programmazione delle politiche sociali e sanitarie, del fatto che si avranno maggiori rischi di esclusione e per la salute nelle zone del territorio e tra le fasce di popolazione con livelli di istruzione più bassi.

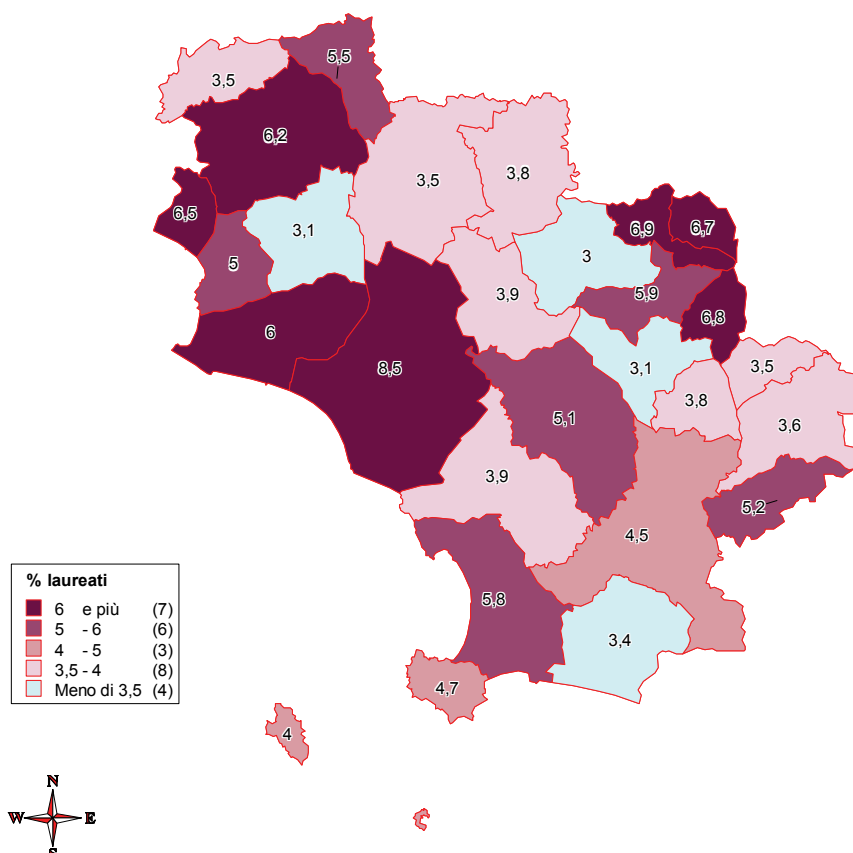
Il dato più attendibile disponibile disaggregato a livello comunale è quello offerto dal Censimento 2001 e rappresentato dalle figure seguenti, che illustrano la diffusione dell'analfabetismo, la quota di popolazione senza alcun titolo di studio e la percentuale di laureati tra la popolazione di 6 anni e più.

Figura 26: Il livello d'istruzione: analfabeti e alfabeti senza titolo di studio.
Percentuale di analfabeti e di persone alfabetizzate ma senza titolo di studio tra la popolazione di 6 anni e più (2001)



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat, Censimento 2001

Figura 27: Il livello d'istruzione: i laureati. Percentuale di laureati tra la popolazione di 6 anni e più (2001)



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat, Censimento 2001

Come si può osservare l'analfabetismo è quasi scomparso e riguarda prevalentemente la popolazione anziana. Questo fatto è sicuramente un elemento di fragilità tanto più che essendo l'analfabetismo degli anziani più diffuso nei piccoli centri, lontani dai servizi, si sommano due ostacoli all'accesso ai servizi sociali e sanitari: la barriera informativa (legata all'istruzione) e quella geografica (legata alla distanza). Più elevata e non trascurabile la quota di popolazione senza alcun titolo di studio, che in certi comuni supera il 10%, che, dal punto di vista della capacità individuale di far fronte ai rischi sociali e sanitari, è del tutto assimilabile al tasso di analfabetismo. I comuni sulla costa (Grosseto e Castiglione della Pescaia) appaiono in condizioni indubbiamente migliori.

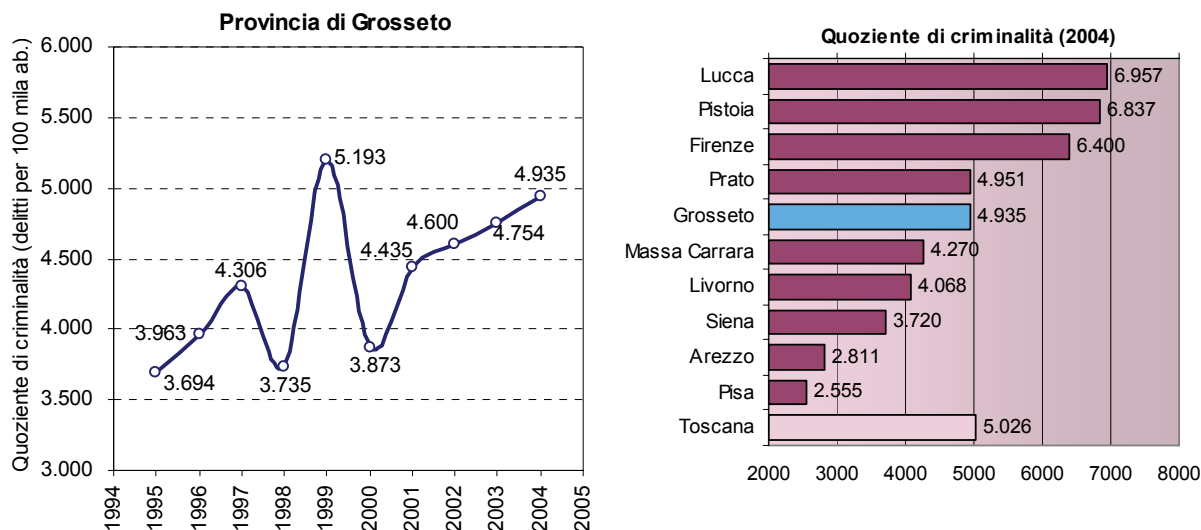
Criminalità

La diffusione della criminalità è un elemento, oltre che un sintomo di disagio, è un importante fattore di esclusione sociale, per le ricadute in termini di impatto diretto e di diffusione di un clima di insicurezza e di sfiducia reciproca che può minare le basi di solidarietà sociale che costituiscono il fondamento di qualsiasi politica di welfare.

Di seguito vengono riportati alcuni indicatori che illustrano alcune caratteristiche del fenomeno sul territorio grossetano, la sua diffusione e alcune linee di tendenza. In sintesi emerge che:

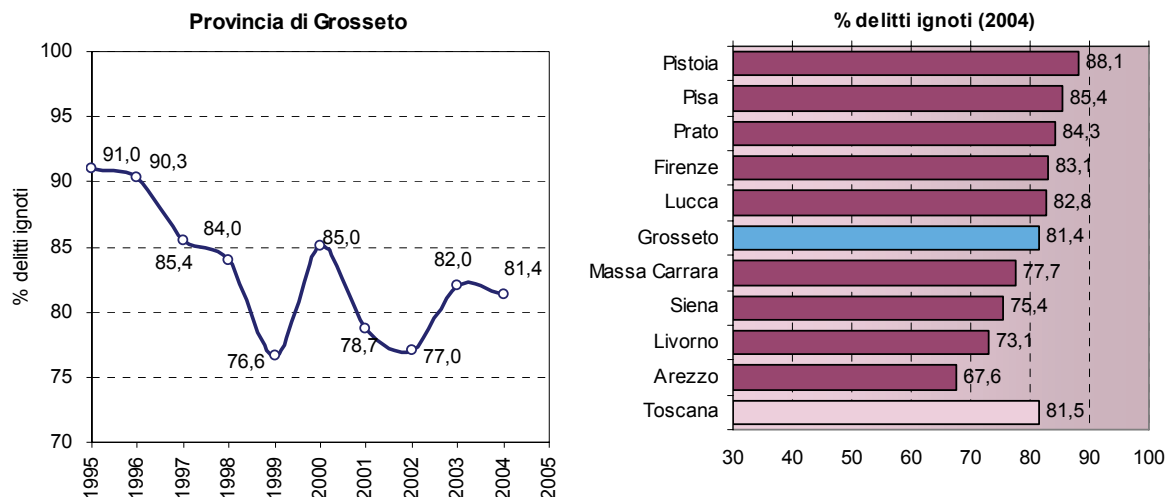
- Grosseto ha indici di criminalità che, pur essendo ancora inferiori alla media regionale, mostrano un trend di crescita evidente;
- Diminuiscono al contempo i delitti di autore ignoto;
- Cresce l'incidenza degli stranieri sul totale delle denunce, anche se rimane una delle più basse in Toscana, sia per la componente generale, sia per la componente minorile;
- Più alta della media regionale la criminalità minorile, con un trend di leggera ascesa.

Figura 28: La diffusione della criminalità. Andamento dei delitti denunciati per 100 mila residenti (quoziente di criminalità) dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004



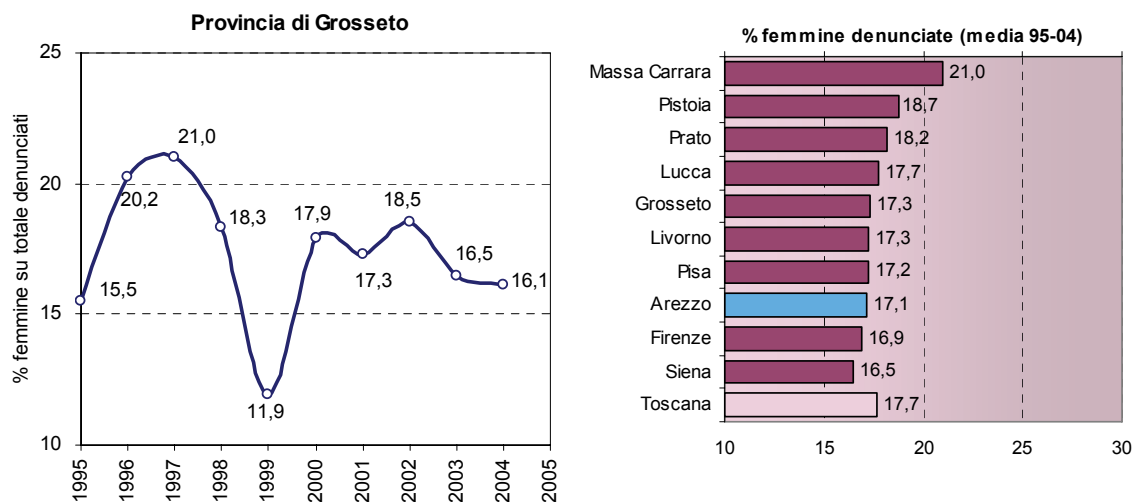
Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

Figura 29: I delitti di autore ignoto. Andamento della percentuale di delitti denunciati di autore ignoto dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004



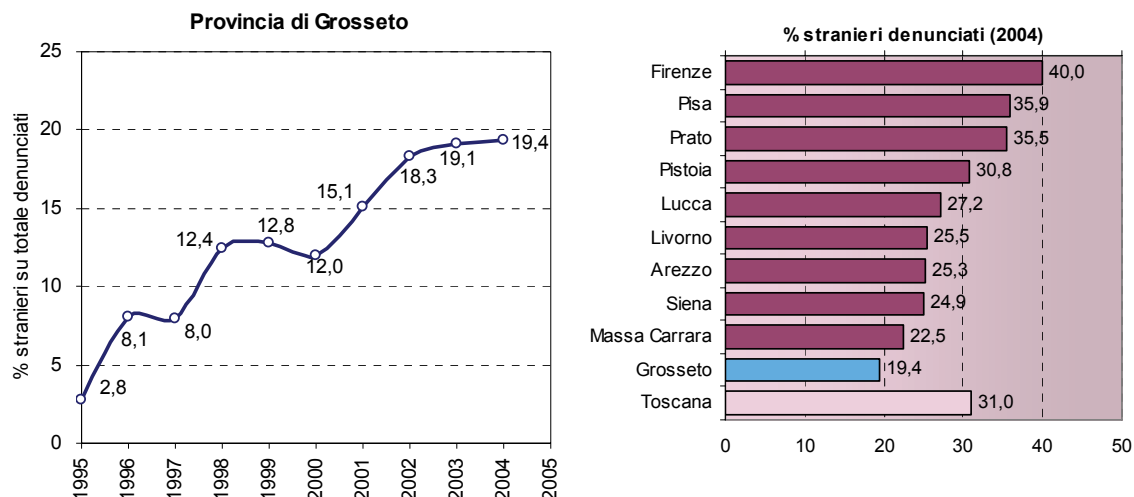
Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

Figura 30: La partecipazione delle donne alla criminalità. Andamento della percentuale di donne denunciate sul totale dei denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane (tasso medio del periodo)



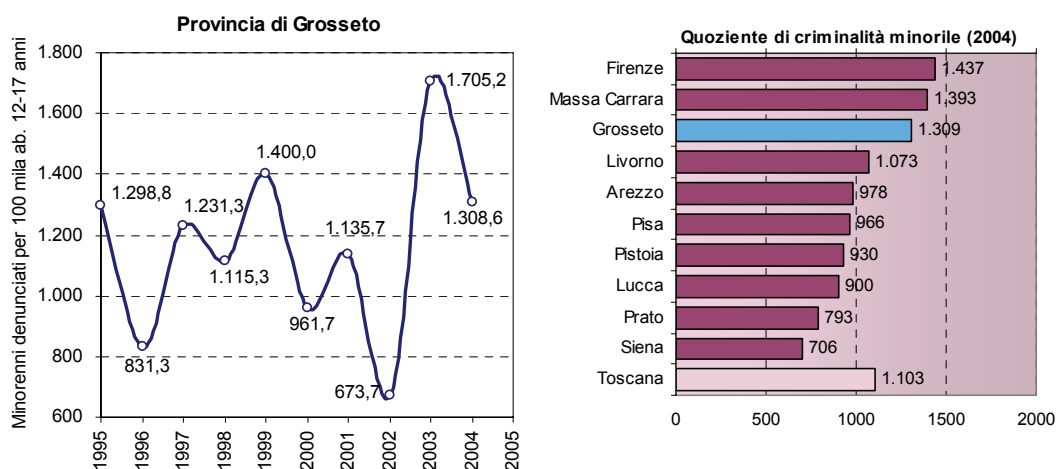
Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

Figura 31: La partecipazione degli stranieri alla criminalità. Andamento della percentuale di stranieri denunciati sul totale dei denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004



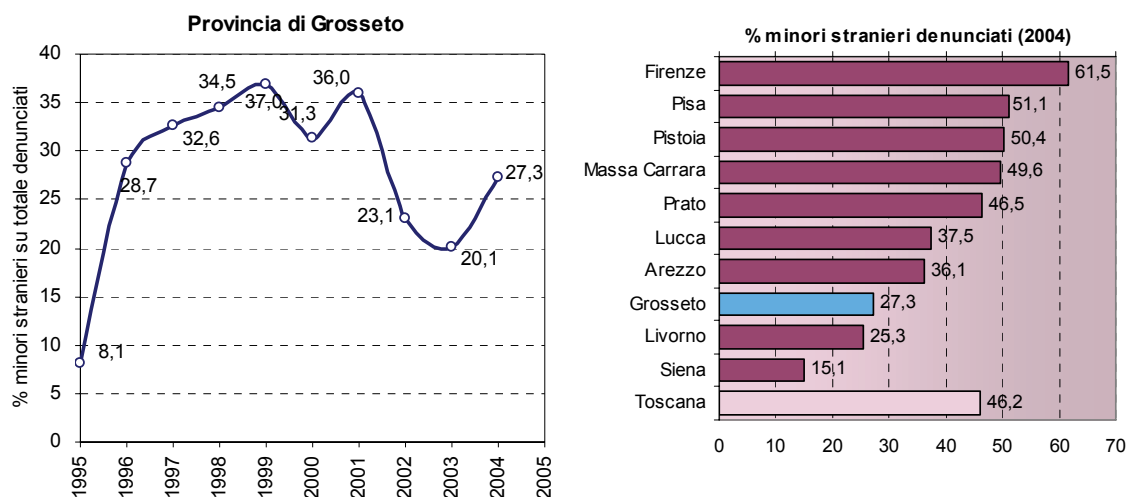
Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

Figura 32: La criminalità minorile. Andamento dei minori denunciati per 100 mila minori tra 12 e 17 anni residenti (quoziente di criminalità minorile) e confronto con le altre province toscane nel 2004



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

Figura 33: La partecipazione degli stranieri alla criminalità minorile.
Andamento della percentuale di minori stranieri denunciati sul totale dei minori denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati Istat e Regione Toscana

1.3 Stato di salute

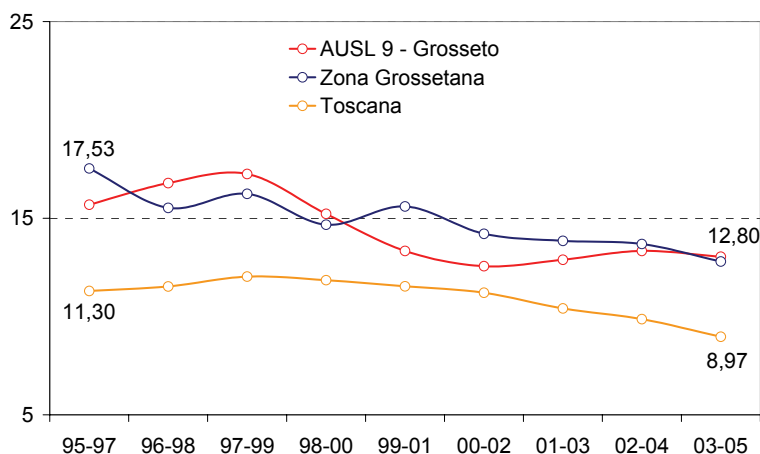
Premessa

La situazione generale di salute di una popolazione è una condizione preliminare e fondamentale per l'integrazione sociale. Il deterioramento delle condizioni di salute o essere colpiti da una malattia spesso determina una forte crescita del rischio di esclusione sociale. D'altra parte, condizioni di disagio socio-economico hanno un effetto negativo sulle condizioni generali di salute, determinando maggiori rischi di venir colpiti da morte prematura o malattie invalidanti. Lo stato di salute e l'esclusione sociale sono dunque fenomeni profondamente connessi e che si influenzano a vicenda, tanto che l'una non può essere pienamente valutata prescindendo dall'altra.

Mortalità generale e mortalità per causa

Nel periodo di osservazione 1995-2005 la *mortalità generale* della Zona Grossetana, pur in diminuzione, si mostra costantemente al di sopra della media regionale e, a parte l'ultimo triennio considerato, superiore anche al valore ASL.

Figura 34: Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per incidenti stradali. Raffronto Zona Grossetana -USL 9-Toscana. Anni 1995-2005 (valori medi triennali)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Per capire più in profondità le peculiarità dell'Area Grossetana rispetto ad altri territori è importante l'analisi delle cause di morte principali e delle differenze con la situazione media regionale. Le due tabelle che seguono contengono, distinti per maschi e femmine, il confronto dettagliato delle cause di morte che caratterizzano la popolazione grossetana con quelle medie regionali. Attraverso le differenze è possibile individuare possibili anomalie, che segnalano la presenza di rischi specifici che gravano sulla popolazione di questa area.

Tabella 15: Tasso standardizzato di mortalità per causa. Confronto tra la zona Grossetana e la Toscana (tasso medio periodo 1997-2006) - Maschi

Causa di morte	Grosseto	Toscana	Differenza %
TUTTE LE CAUSE	743,7	701,2	6,06
TUMORI	252,0	246,7	2,16
Tumori laringe	4,8	4,6	3,49
Tumori trachea, bronchi, polmoni	65,3	66,6	-2,06
Tumori pleura	1,2	2,1	-41,90
Tumori esofago	3,4	3,9	-12,82
Tumori stomaco	21,0	21,8	-3,62
Tumori fegato e dotti biliari	14,4	16,9	-14,58
Tumori pancreas	13,8	11,2	23,72
Melanoma	3,2	2,7	18,73
Tumori rene	8,1	11,3	-29,01
Tumori vescica	14,4	6,7	115,37
Tumori sistema nervoso centrale	8,1	7,8	3,59
Linfomi non Hodgkin	6,9	6,5	6,36
Linfomi Hodgkin	0,8	0,61	29,51
Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	3,5	3,2	8,46
Leucemie specificate e non	7,5	7,8	-4,23
Tumori labbra, bocca, faringe	4,8	5,4	-9,87
Tumori Intestino	30,6	30,1	1,83
Tumori prostata	19,4	17,8	9,30
Tumori testicolo	0,1	0,2	-39,13
MALATTIE INFETTIVE	3,3	3,7	-10,05
MALATTIE SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	3,3	2,6	25,00
DISTURBI PSICHICI	10,1	9,1	10,42
Demenza senile (presenile e arteriosclerotica)	8,0	6,4	26,61
Overdose	1,0	1,7	-38,32
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	15,2	16,5	-7,86
Malattia di Alzheimer e altre degenerazioni cerebrali	5,1	6,3	-18,24
Morbo di Parkinson	3,7	3,9	-7,12
Sclerosi laterale amiotrofica	2,4	1,6	44,17
Sclerosi multipla	0,0	0,3	-100,00
MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	262,5	254,0	3,38
Altre malattie del cuore	54,3	57,2	-5,10
Arteriosclerosi e altre malattie arteriose	28,8	18,9	52,54
Cardiopatie reumatiche croniche	1,8	1,5	15,89
Ipertensione arteriosa	13,1	10,9	20,90
Malattie ischemiche del cuore	88,3	90,3	-2,16
Malattia cardiopolmonare cronica	1,2	1,5	-22,30
Malattie cerebrovascolari	71,3	70,2	1,50
Infarto miocardico acuto	42,1	40,2	4,70
Altre malattie ischemiche del cuore	46,2	50,1	-7,67
MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	25,6	20,6	24,35
Diabete mellito	15,3	14,8	3,46
AIDS Sindrome da immunodeficienza acquisita	4,9	2,3	114,78
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	35,6	28,4	25,29
Ulcera gastrica e duodenale	1,5	1,8	-13,97
Appendicite	0,4	0,1	311,11
Ernie addominali	0,8	0,5	59,62
Colecistite/colelitiasi	1,8	1,3	42,86
Cirrosi epatica	15,1	13,3	13,86
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	50,0	50,2	-0,40
Bronchite, enfisema, asma	24,1	26,1	-7,47
Pneumoconiosi	3,8	3,2	20,00
Asma	0,8	0,7	16,67
Silicosi e antracosilicosi	3,6	2,6	37,07
Polmonite e broncopolmonite	11,2	10,9	2,29
Influenza	0,7	1,2	-45,38
MALATTIE APPARATO GENITO-URINARIO	10,7	9,1	17,77
Insufficienza renale cronica	7,3	6,1	21,32
MALATTIE PELLE E SOTTOCUTANEO	0,2	0,4	-45,00
MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E CONNETTIVO	2,2	2,3	-5,70
MALFORMAZIONI CONGENITE	3,1	2,9	9,12
STATI MORBOSI MAL DEFINITI	8,0	5,8	36,30
CAUSE ACCIDENTALI	53,3	44,6	19,71
CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	6,0	3,5	72,54
Suicidi	11,2	9,5	17,30
Accidenti stradali da veicoli a motore	22,6	16,9	33,43

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Tabella 16: Tasso standardizzato di mortalità per causa. Confronto tra la zona Grossetana e la Toscana (tasso medio periodo 1997-2006) – Femmine

Causa di morte	Grosseto	Toscana	Differenza %
TUTTE LE CAUSE	439,9	417,6	5,34
TUMORI	137,2	132,2	3,81
Tumori laringe	0,4	0,4	2,70
Tumori trachea, bronchi, polmoni	14,5	13,0	11,15
Tumori pleura	0,4	0,5	-21,15
Tumori esofago	0,6	0,9	-33,71
Tumori stomaco	9,7	10,0	-2,79
Tumori fegato e dotti biliari	8,1	8,3	-2,76
Tumori pancreas	9,4	7,6	23,72
Melanoma	1,5	1,7	-12,50
Tumori rene	2,5	2,6	-5,04
Tumori vescica	1,6	1,8	-10,56
Tumori sistema nervoso centrale	6,1	6,0	1,66
Linfomi non Hodgkin	3,6	4,2	-14,29
Linfomi Hodgkin	0,48	0,47	2,13
Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	3,2	2,3	35,90
Leucemie specificate e non	4,4	4,7	-7,05
Tumori labbra, bocca, faringe	1,3	1,7	-22,89
Tumori Intestino	19,1	18,0	5,65
Tumori mammella (femmine)	21,9	22,8	-4,25
Tumori ovaio	10,5	7,2	45,29
Tumori utero sede non specificata	3,9	4,0	-3,73
MALATTIE INFETTIVE	2,6	2,4	7,08
MALATTIE SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	2,3	1,8	28,18
MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	18,2	15,8	15,02
Diabete mellito	13,8	12,2	12,95
AIDS	2,1	0,6	233,87
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	12,9	13,7	-6,04
Morbo di Parkinson	2,8	2,2	25,56
Sclerosi laterale amiotrofica	1,9	1,2	59,48
Sclerosi multipla	0,2	0,5	-65,96
Malattia di Alzheimer e altre degenerazioni cerebrali	5,4	6,9	-22,37
MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	167,7	165,6	1,25
Arteriosclerosi e altre malattie arteriose	16,6	10,2	62,39
Cardiopatie reumatiche croniche	1,5	2,2	-30,23
Iperensione arteriosa	13,0	9,7	34,89
Malattie ischemiche del cuore	38,7	42,7	-9,32
Malattia cardiopolmonare cronica	0,8	0,9	-9,20
Malattie cerebrovascolari	52,8	56,0	-5,78
Altre malattie ischemiche del cuore	20,8	25,7	-19,00
Infarto miocardico acuto	17,9	17,0	5,29
Altre malattie del cuore	39,4	40,8	-3,62
DISTURBI PSICHICI	9,6	9,1	5,26
Overdose	0,8	0,3	150,00
Demenza senile (presenile e arteriosclerotica)	8,6	7,7	12,08
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	21,3	20,0	6,70
Bronchite, enfisema, asma	8,1	8,1	0,12
Pneumoconiosi	0,2	0,3	-39,39
Polmonite e broncopolmonite	6,8	5,9	14,14
Influenza	0,9	0,9	0,00
Asma	0,8	0,7	24,24
Silicosi e antracosisilicosi	0,0	0,1	-100,00
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	19,4	17,8	9,12
Cirrosi epatica	7,2	7,2	0,84
Ulcera gastrica e duodenale	1,1	1,0	7,84
Appendicite	0,1	0,0	200,00
Ernie addominali	0,4	0,4	-2,56
Colecistite/colelitiasi	1,2	1,0	18,45
MALATTIE APPARATO GENITO-URINARIO	6,8	5,2	30,13
Insufficienza renale cronica	4,3	3,6	19,23
MALATTIE PELLE E SOTTOCUTANEO	0,8	0,5	49,06
MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E CONNETTIVO	3,3	3,8	-13,95
MALFORMAZIONI CONGENITE	1,5	2,8	-46,18
STATI MORBOSI MAL DEFINITI	5,7	5,2	9,81
CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	3,1	3,2	-3,13
CAUSE ACCIDENTALI	26,2	18,3	43,11
Suicidi	3,7	2,6	41,15
Accidenti stradali da veicoli a motore	7,6	4,8	57,05

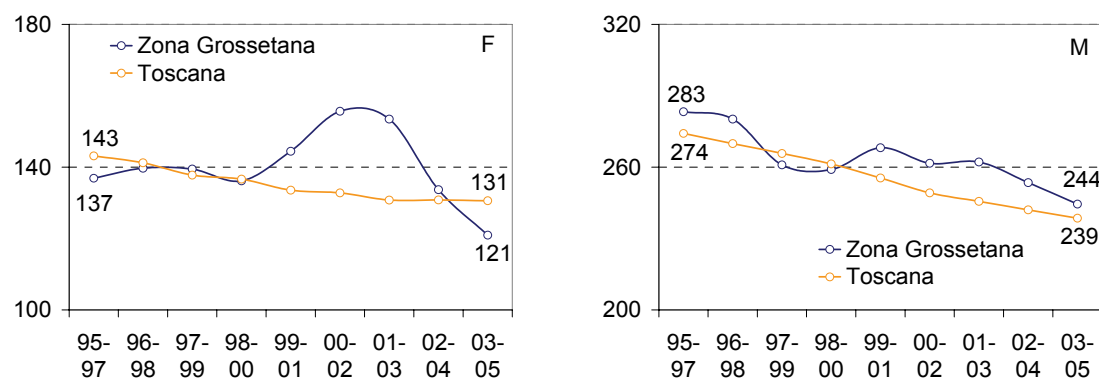
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Come si può osservare dalle tabelle 15 e 16 l'Area Grossetana presenta una mortalità superiore alla media regionale per le seguenti cause principali:

- tumori in generale e, in particolare, per i maschi il tumore alla vescica e al pancreas, per le femmine all'ovaio, al polmone e al pancreas;
- per le cause accidentali (suicidi e incidenti stradali);
- per l'arteriosclerosi e le altre malattie arteriose;
- per AIDS;
- per cirrosi epatica.

La *mortalità per tumore* nella Zona Grossetana, pur superiore al riferimento medio regionale nel periodo 1999-2003, è andata declinando e negli ultimi anni sembra essersi riavvicinata ai valori toscani (Figura 35).

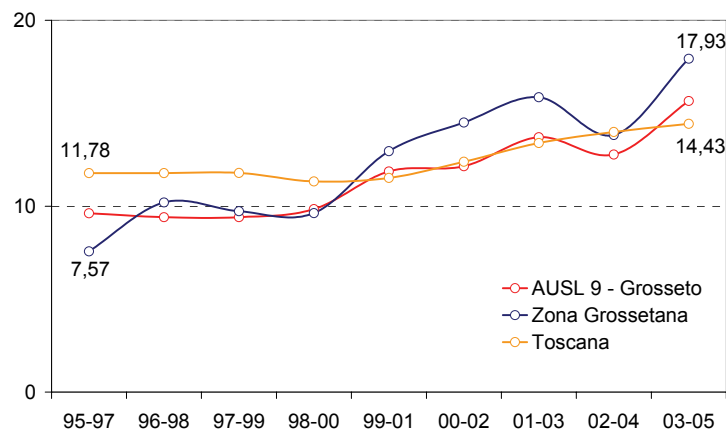
Figura 35: Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per tumori per sesso. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS–Indicatori dello stato di salute)

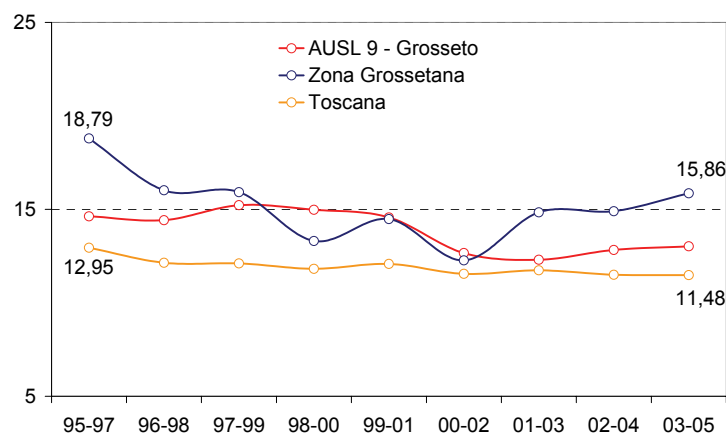
A fronte di ciò, richiamano certamente l'attenzione la *mortalità per tumore al polmone della donna* e quella per *tumore alla vescica dell'uomo*: la prima, oltre a mostrare una sensibile crescita, vede incrementare la distanza dalla media regionale dal 2000 in poi (Figura 36); la seconda, costantemente al di sopra del valore toscano, allarma anche per la sua recente ripresa con un'inversione di tendenza dopo un periodo di sostanziale diminuzione (Figura 37).

Figura 36: Tasso standardizzato di mortalità femminile (x 100.000 pop. europea) per tumore al polmone. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Figura 37: Tasso standardizzato di mortalità maschile (x 100.000 pop. europea) per tumore alla vescica. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)

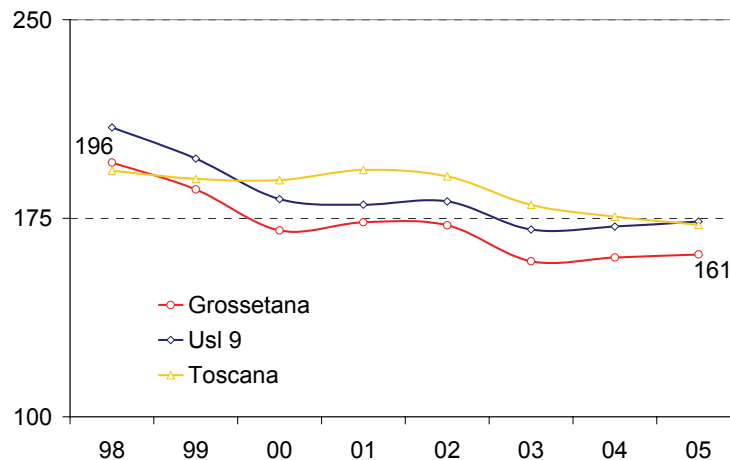


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione della zona Grossetana ha subito negli ultimi anni una diminuzione. Secondo i dati dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (gli unici che consentono un raffronto in serie storica tra la zona e le realtà provinciale e regionale), l'indicatore è passato da quasi 200 a circa 160 ricoveri per 1000 residenti. Il raffronto con l'andamento regionale e con quello della Usl di appartenenza mostra chiaramente come la zona si collochi al di sotto di entrambi per quasi tutto il periodo analizzato.

Figura 38: Andamento del tasso di ospedalizzazione. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana (Anni 1998-2005)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS–Indicatori dello stato di salute)

Tasso di ospedalizzazione = ricoveri totali / popolazione residente x 1000

Nota: nel tasso di ospedalizzazione sono considerati tutti i ricoveri (acuti, di riabilitazione e di lungodegenza) effettuati in tutte le strutture ospedaliere della Toscana (strutture pubbliche, private accreditate e private non accreditate) e i ricoveri relativi a residenti in Toscana dimessi da strutture pubbliche o private convenzionate di altre regioni italiane.

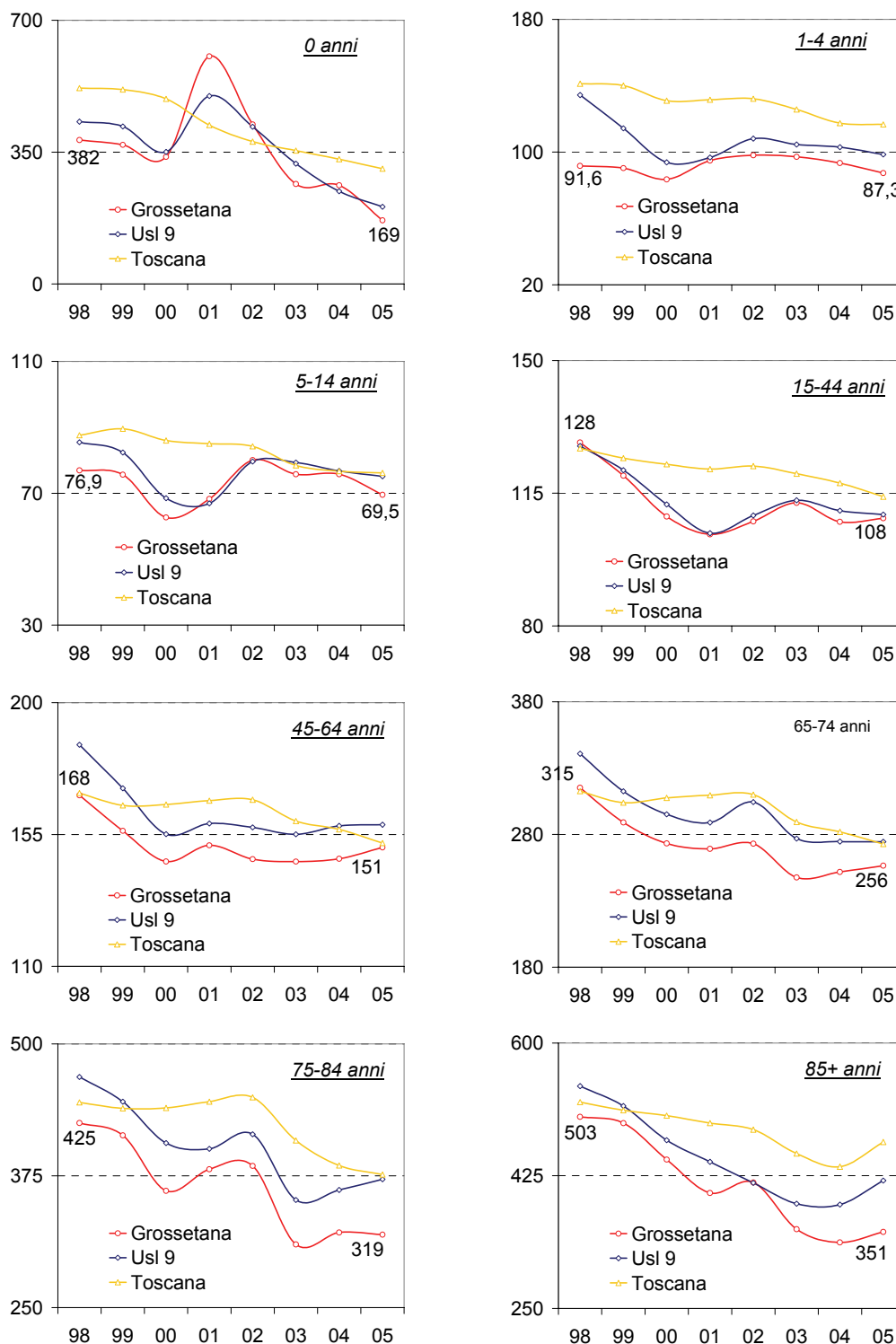
Come primo impatto, il dato sembrerebbe indicare una sorta di attenuazione della domanda di ricovero e, per conseguenza, inviterebbe ad ipotizzare un miglioramento delle condizioni di salute. Al fine di evitare interpretazioni distorte, occorre però introdurre almeno due elementi di riflessione: da una parte l'effetto erosivo sui ricoveri delle recenti tendenze delle politiche sanitarie, improntate alla razionalizzazione delle risorse ed al contenimento della spesa; dall'altra, il continuo sviluppo di modalità di cura alternative al ricovero che consentono di prestare la necessaria assistenza senza ricorrere all'ospedalizzazione. Considerazioni che invitano a valutare le informazioni relative al tasso di ospedalizzazione, e alla sua valenza in termini di indicatore delle condizioni di salute, con la dovuta cautela.

Anche i tassi di ospedalizzazione per classe di età evidenziano, nel complesso, un calo generalizzato dei ricoveri in quasi tutte le fasce di popolazione. Se si osservano i dati si può infatti riscontrare dovunque un valore al 2005 minore rispetto a quello del 1998; tale considerazione generale, però, oltre a dover essere sottoposta agli accorgimenti interpretativi citati poco sopra, è il frutto di dinamiche differenti all'interno dei diversi aggregati.

L'ospedalizzazione nel primo anno di vita (che non comprende i neonati sani) ha un andamento oscillatorio fino al 2001, per poi segnare un decremento evidente che ha portato il tasso ad un valore più che dimezzato rispetto al 1998. In tale contesto la zona si posiziona al di sopra del valore medio toscano nel biennio 2001-2002 per poi discostarsene negli anni successivi.

La fascia 1-4 anni ha dei valori costantemente al di sotto di quelli della Toscana e della Usl ed è in calo dal 2002, dopo una fase di incremento.

Figura 39: Andamento del tasso di ospedalizzazione per classe di età. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana (Anni 1998-2005)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Tasso di ospedalizzazione = ricoveri nella classe di età per 1000 residenti nella classe di età

Anche l'ospedalizzazione nella fascia 5-14 anni evidenzia una diminuzione dal 2002, fase nella quale però si verifica anche un avvicinamento alla media regionale, valore dal quale si era mantenuta distante nel periodo precedente.

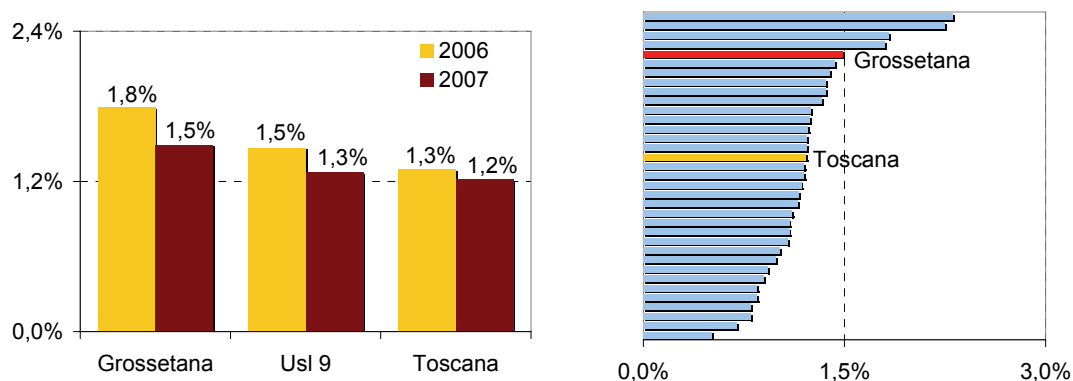
L'aggregato 15-44 anni vede diminuire fortemente la propria ospedalizzazione dal 1998 al 2001, un successivo aumento fino al 2003 per poi stabilizzarsi negli anni successivi; in linea con la media regionale nel 1998, il valore se ne discosta progressivamente nel periodo successivo.

Per la classe 45-64 anni si verifica dal 2002 un andamento in controtendenza (incremento) rispetto a quello medio toscano (che invece diminuisce), tale da riallineare il dato zonale con quello regionale.

Il tasso di ospedalizzazione delle classi anziane, oltre a mostrare una nota correlazione diretta con l'età (tassi più alti con l'avanzare anagrafico), è quello che denota il più drastico abbassamento dei ricoveri e il più ampio distacco dai valori medi toscani.

La quota di ricoveri superiori a 30 giorni si attesta nella zona Grossetana all'1,49% al 2007, un dato superiore sia a quello della Usl di appartenenza che a quello regionale. Il valore, così come nelle altre realtà, è in diminuzione rispetto al 2006 e si è assottigliata la differenza con gli altri due aggregati; nonostante ciò, la zona resta comunque ai vertici regionali per questo indicatore.

Figura 40: Percentuale di ricoveri superiori a 30 giorni sul totale ricoveri. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



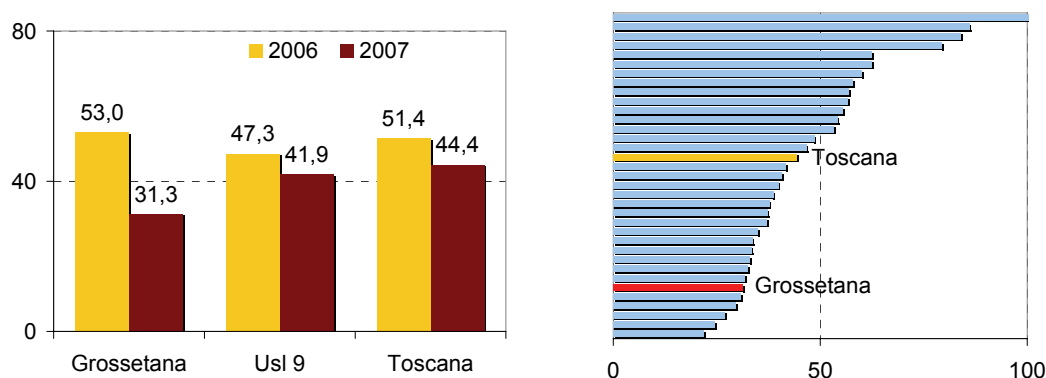
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Alcuni indicatori di morbidità e patologie psichiatriche

Di seguito si riportano alcuni dati riguardanti i ricoveri per diabete e per patologie psichiatriche, tratti dal “Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano” messo a punto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna e dalla Regione Toscana.¹⁴

Il numero di ricoveri di maggiorenni per diabete è calato dai 43 casi del 2006 ai 28 del 2007, con un tasso di ricovero che è diminuito da 53 a 31,3 ricoveri per 100 mila residenti. La contrazione della zona rispetto al 2006 è evidente: da un dato pressoché allineato alla media regionale si è passati ad uno dei più bassi della Toscana.

Figura 41: Tasso di ricovero per diabete nella popolazione maggiorenne. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

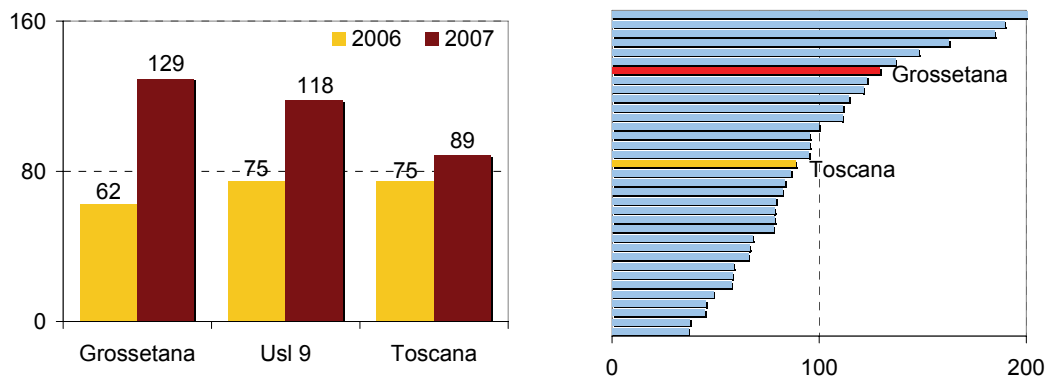
Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

I ricoveri per patologie psichiatriche nei minori sono sicuramente per la zona Grossetana un elemento che necessita di specifici approfondimenti. L’analisi del biennio 2006-2007 rivela infatti un notevole aumento sia nel numero assoluto (da 9 a 19 ricoveri nella zona, da 22 a 35 nella Usl) che nell’incidenza sulla popolazione come tasso di ricovero, il cui valore è passato da 62 a 129 ricoveri per 100 mila minori residenti. Questo incremento ha portato la zona tra quelle con il tasso più elevato al 2007.¹⁵

¹⁴ Per una completa visione del Sistema di valutazione e del Sistema di indicatori e sottoindicatori si vedano le seguenti fonti: <http://valutazione.sanitatoscana.sssup.it/>; Regione Toscana e Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant’Anna, *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana – Report 2007*, Edizioni ETS, Pisa, 2008 (reperibile anche al sito: http://www.meslab.sssup.it/_sito/index.php?page=report-2007).

¹⁵ Il dato relativo al raddoppio dei ricoveri psichiatrici dei minori nel 2007 rispetto al 2006, è stato sottoposto all’attenzione dell’UFSMIA che, dopo aver effettuato una serie di approfondite verifiche, ritiene che il dato reale dei ricoveri collochi Grosseto al di sotto della media regionale e che l’indicatore sia improprio (perché costruito con dati impropri), inaffidabile (perché esposto ad interventi e ad etichettature diagnostiche di altri servizi sanitari) e non rappresentativo dell’“efficacia del territorio”, trattandosi, nella grande maggioranza dei casi, di ricoveri programmati per accertamenti.

Figura 42: Tasso di ricovero per patologie psichiatriche nella popolazione minorenni. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)

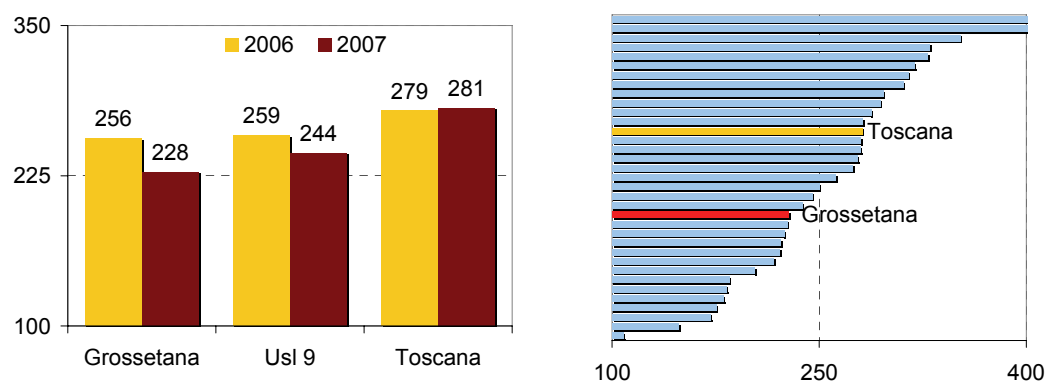


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Tasso di ricovero minorenni = ricoveri 0-17 / popolazione residente 0-17 x 100.000

La situazione per i maggiorenni sembra invece maggiormente stabile con un tasso in diminuzione (da 256 a 228 ricoveri per 100 mila residenti) e in entrambi gli anni di riferimento al di sotto della media regionale, dalla quale si discosta ancor più nel 2007.

Figura 43: Tasso di ricovero per patologie psichiatriche nella popolazione maggiorenne. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

1.4 Governo della domanda e qualità dell'offerta

La spesa sociale¹⁶

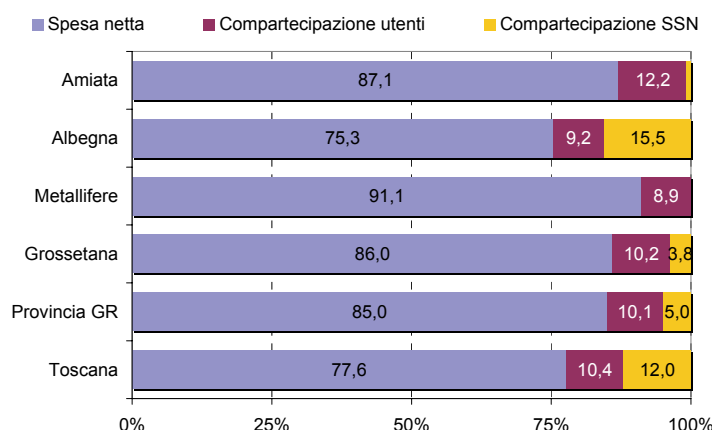
I dati disponibili per un'analisi della spesa sociale sul territorio grossetano fanno riferimento principalmente a due tipologie di fonti:

- le *rilevazioni censuarie sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati* di Regione Toscana e Istat per gli anni 2003 e 2004;
- i *dati consuntivi del certificato al conto di bilancio dei comuni* tratti dal Sistema Informativo sulla Finanza delle Autonomie Locali per il periodo 1992-2005.

I primi consentono di avere un panorama zonale; i secondi permettono di avere una visione comunale della spesa sociale.

Al 2004 la *spesa lorda per interventi e servizi sociali* nella provincia di Grosseto ammonta complessivamente a poco più di 19 milioni di euro, di cui circa il 15% costituito dalle compartecipazioni di utenti (10%) e Servizio Sanitari Nazionale (5%). La zona Grossetana si mostra in linea con provincia e regione per la quota di compartecipazione utenti e al di sotto di esse in relazione alla compartecipazione SSN, evidenziando quindi una spesa netta percentualmente superiore a quella media toscana.

Figura 44: Composizione % della spesa per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anno 2004



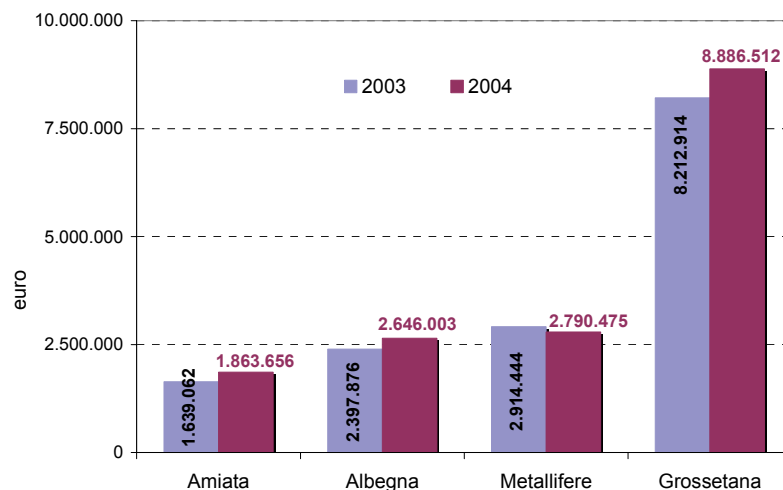
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana

L'entità della *spesa netta* (spesa totale depurata delle compartecipazioni) della zona Grossetana al 2004 è di quasi 8,9 milioni di euro (55% del totale provinciale) ed il

¹⁶ Per una complessiva valutazione della spesa sociale nella provincia di Grosseto per zona socio-sanitaria si veda: OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *La spesa sociale nella provincia di Grosseto attraverso le statistiche. Focus tematico n. 3*, 2008 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>).

raffronto tra le due rilevazioni evidenzia un generale incremento di risorse con una crescita dell'8,2% nella Grossetana (+674.000 euro).

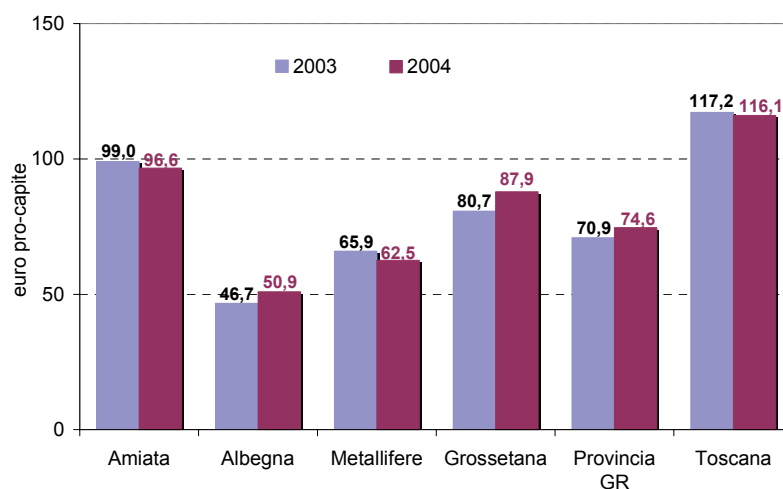
Figura 45: Spesa netta per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anni 2003-2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana

Il valore assoluto è solo una prima dimensione per l'inquadramento del fenomeno che però non consente di comprendere l'incidenza effettiva della spesa sull'utenza. In questo senso, allora, la *spesa media pro-capite* permette di rapportare gli interventi e i servizi sociali alla potenziale presenza dei bisogni sul territorio e rappresenta una misura più adeguata di valutazione della spesa. In tale prospettiva, la zona Grossetana (87,9 euro pro-capite) fa registrare un consistente incremento rispetto al 2003 (80,7 euro pro-capite), ma rimane notevolmente al di sotto della media regionale.

Figura 46: Spesa media pro-capite per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anni 2003-2004

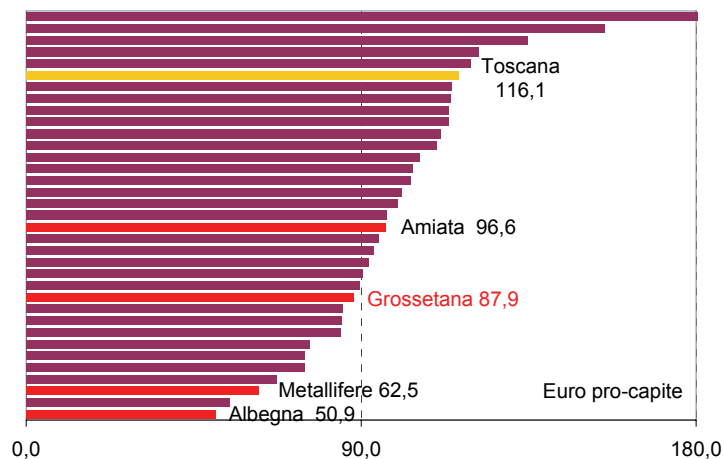


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana

Tale evidenza si percepisce ancor più osservando la graduatoria zonale 2004 della

spesa pro-capite, dalla quale emerge chiaramente la collocazione del territorio provinciale in generale e della zona Grossetana in particolare.

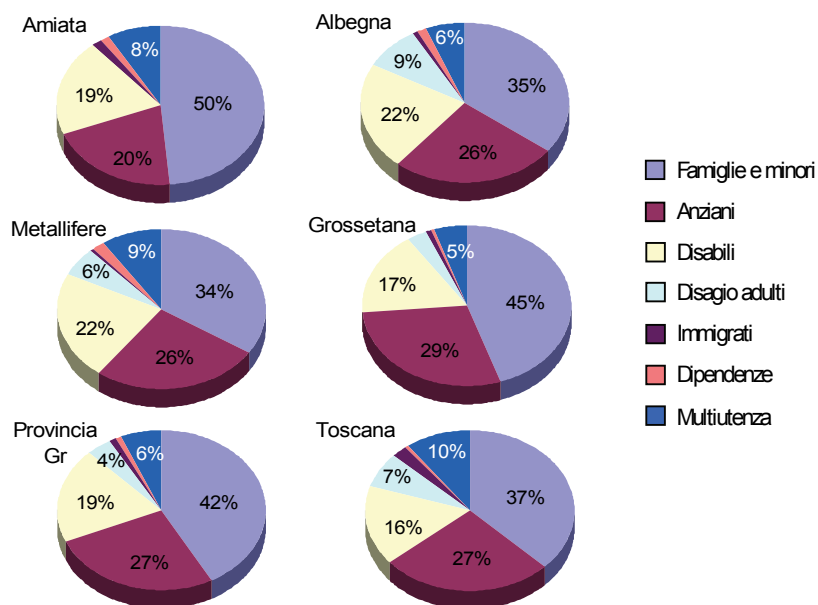
Figura 47: Graduatoria della spesa media pro-capite per interventi e servizi sociali per zona. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana

La *composizione percentuale della spesa per area di utenza* fornisce una misura dell'investimento della zona nei vari settori in base alle risorse disponibili e, indirettamente, rivela le scelte di fondo di allocazione di tali risorse.

Figura 48: Composizione % della spesa per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per area di utenza e zona. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana

In questo senso, nella zona Grossetana si afferma in maniera più marcata rispetto a provincia e regione la centralità della famiglia nelle politiche sociali ed il riconoscimento del suo ruolo di protezione sociale. Anche le aree “anziani” e “disabili” assorbono una percentuale rilevante di risorse, con quote superiori a quelle

medie toscane. Inferiore ad esse invece si rivelano le percentuali di spesa riservate a “disagio adulti”, “immigrati” e “multiutenza”.

Passando ai dati dei *certificati comunali al conto di bilancio*, al 2005 nella provincia di Grosseto vengono erogati circa 19 milioni e 700 mila euro in *spesa corrente per “funzioni nel settore sociale”*, che rappresentano il 9,2% del totale spese correnti ed hanno un’incidenza di quasi 90 euro per residente. L’andamento dal 1992 al 2005 rivela un aumento nei valori assoluti abbastanza evidente in tutte le zone. Il valore provinciale ha visto un incremento di circa 7 milioni e mezzo di euro e quello della zona Grossetana di 3 milioni e 750 mila euro.

Tabella 17: Spesa corrente per “funzioni nel settore sociale” per zona. Anni 1992-2005 (euro reali)

Anno	Amiata	Albegna	Metallifere	Grossetana	Provincia GR
1992	961.753	1.874.718	2.310.891	7.051.648	12.199.011
1993	905.401	1.621.796	2.416.426	7.317.286	12.260.909
1994	899.620	2.151.031	2.576.149	7.666.138	13.292.938
1995	760.342	1.772.994	2.547.273	7.257.916	12.338.525
1996	862.305	2.034.601	2.637.271	8.023.266	13.557.442
1997	899.806	2.094.262	1.928.093	7.436.628	12.358.789
1998	889.065	2.334.490	2.110.473	7.375.783	12.709.810
1999	884.887	2.206.415	3.632.172	7.613.011	14.336.484
2000	1.033.793	2.932.652	3.896.697	8.833.418	16.696.560
2001	1.107.884	3.019.430	4.280.932	9.545.622	17.953.868
2002	1.002.954	3.073.504	4.013.179	10.009.619	18.099.255
2003	969.081	3.360.395	4.181.792	11.637.589	20.148.856
2004	918.751	3.637.554	4.335.953	11.371.304	20.263.561
2005	1.006.486	3.834.304	4.064.715	10.801.974	19.707.479

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana (S.I.F.A.L.)

Nel 2005 la zona Grossetana con 10 milioni e 800 mila euro contribuisce per più della metà della spesa, destinando al settore sociale poco più del 10% della spesa corrente per quasi 105 euro pro-capite.

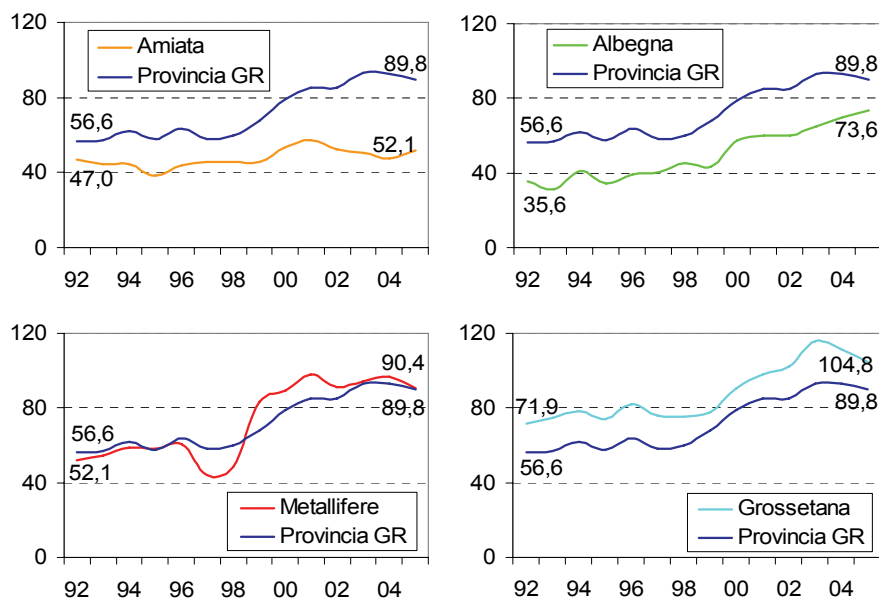
Tabella 18: Spesa corrente totale e per “funzioni nel settore sociale” per comune. Anno 2005

Comuni	spesa corrente (euro)		% sociale su totale	spesa corrente sociale pro-capite
	Totale	funzioni nel settore sociale		
Amiata	15.841.403	1.006.486	6,4	52,1
Albegna	49.206.493	3.834.304	7,8	73,6
Metallifere	43.797.974	4.064.715	9,3	90,4
Campagnatico	2.311.707	91.469	4,0	36,6
Castiglione della P.	14.975.417	849.685	5,7	114,2
Civitella Paganico	5.006.564	499.925	10,0	163,8
Grosseto	72.102.364	8.716.840	12,1	114,2
Roccastrada	6.626.383	445.017	6,7	47,8
Scansano	3.368.565	199.038	5,9	44,6
Grossetana	104.391.000	10.801.974	10,3	104,8
Provincia GR	213.236.870	19.707.479	9,2	89,8

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana (S.I.F.A.L.)

L'analisi dell'*incidenza della spesa sulla popolazione residente* presenta un panorama provinciale e zonale molto simile a quello appena visto, con la zona Grossetana che si attesta ai valori più alti della provincia in maniera stabile, passando dai 72 euro pro-capite del 1992 ai 105 del 2005 con un incremento di oltre 30 euro pro capite.

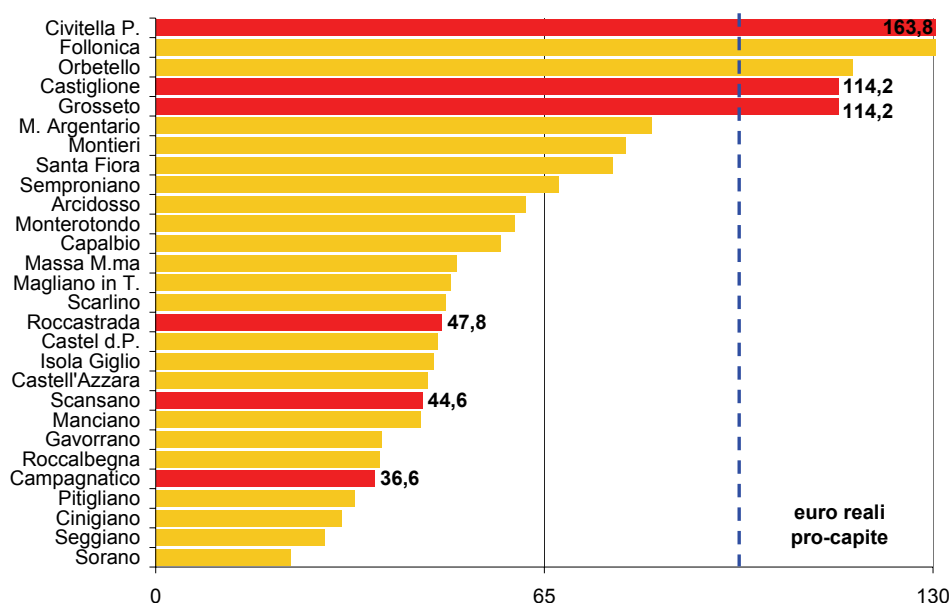
Figura 49: Spesa corrente pro-capite per “funzioni nel settore sociale” per zona. Anni 1992-2005 (euro reali pro-capite)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana (S.I.F.A.L.)

Passando in rassegna i dati comunali al 2005, in una ipotetica *graduatoria provinciale della spesa corrente pro-capite per “funzioni nel settore sociale”* ai vertici vi sarebbero tre dei sei comuni della zona Grossetana, Civitella Paganico (163,8 euro pro-capite), Castiglione della Pescaia e Grosseto (114,2 ciascuno), mentre i restanti tre si posizionano tutti al di sotto dei 50 euro pro-capite, abbondantemente inferiore al riferimento medio provinciale.

Figura 50: Graduatoria comunale della spesa corrente pro-capite per “funzioni nel settore sociale”. Anno 2005



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana (S.I.F.A.L.)

La performance aziendale

Nell'ambito del “Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano”, messo a punto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna e dalla Regione Toscana¹⁷, è stato costruito uno schema di sintesi, chiamato schema del “bersaglio”, per raffigurare adeguatamente i risultati riportati da ogni azienda e da ogni zona in ciascuna delle dimensioni individuate dal Sistema di valutazione e misurate attraverso l'apposito Sistema di indicatori e sottoindicatori.¹⁸

Lo schema del bersaglio prevede cinque diverse fasce di valutazione; l'azienda e la zona capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni ha i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compaiono nelle fasce via via più lontane dal centro.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono:

- fascia verde: performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, punteggio sintetico tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro: performance buona e valutazione sintetica tra il 3 e il 4;

¹⁷ Per una completa visione del Sistema di valutazione e del Sistema di indicatori e sottoindicatori si vedano le seguenti fonti: <http://valutazione-sanita-toscana.sssup.it/>; Regione Toscana e Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant'Anna, *Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana – Report 2007*, Edizioni ETS, Pisa, 2008 (reperibile anche al sito: http://www.meslab.sssup.it/_sito/index.php?page=report-2007).

¹⁸ Le sei dimensioni sono: Valutazione della salute della popolazione, Capacità di perseguimento degli obiettivi regionali, Valutazione sanitaria, Valutazione esterna, Valutazione interna, Valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa

- fascia gialla: la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento; valutazione tra il 2 e il 3;
- fascia arancione situazione preoccupante in cui la performance deve essere migliorata; valutazione tra l'1 e il 2;
- fascia rossa. quando la performance è sotto l'unità 1.

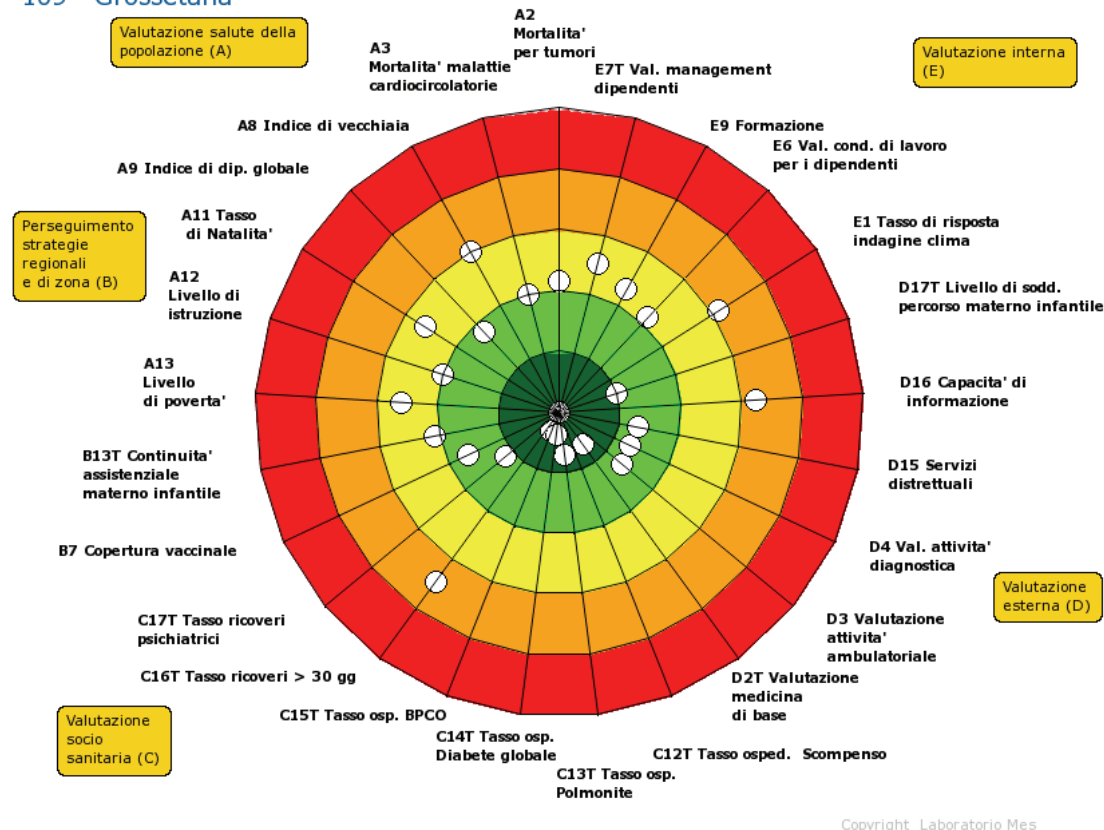
Analizzando il bersaglio della zona Grossetana si nota subito, in positivo, la totale assenza di indicatori posizionati nella zona rossa; tuttavia, l'assenza di particolari situazioni di allarme, non esime la zona da alcune condizioni preoccupanti che si cercherà di evidenziare esponendo lo stato delle cinque dimensioni analizzate:

- Valutazione salute della popolazione:
 - la dimensione presenta un panorama abbastanza sfaccettato;
 - quattro dei sette indicatori monitorati si trovano nella zona gialla (uno dei quali al confine con la zona arancione), per cui si rende necessario intervenire su questi aspetti, ossia, in ordine di urgenza, indice di vecchiaia, livello di povertà, tasso di natalità e mortalità per tumori;
 - in una migliore condizione, ma comunque bisognosi di aggiustamenti, si collocano la mortalità per malattie cardiovascolari ed il livello di istruzione;
 - l'indice di dipendenza globale mostra una performance buona.
- Perseguimento strategie regionali:
 - la continuità assistenziale materno infantile si posiziona nella zona gialla, per cui suscettibile di miglioramento;
 - la copertura vaccinale ha una performance buona.
- Valutazione socio-sanitaria:
 - la dimensione è contrassegnata da una situazione decisamente positiva;
 - l'unico aspetto preoccupante è costituito dalla percentuale di ricoveri superiore a 30 giorni;
 - per il resto - tasso di ricoveri psichiatrici e tassi di ospedalizzazione BPCO, diabete, polmonite e scompenso – gli indicatori evidenziano performance buone e ottime.
- Valutazione esterna:
 - anche questa dimensione presenta un quadro largamente positivo;
 - la maggiore criticità, in fascia arancio, si segnala per il livello di informazione dei cittadini sui servizi offerti dall'azienda;
 - buona la valutazione dell'utenza sul percorso materno infantile, sui servizi distrettuali, sull'attività diagnostica e su quella ambulatoriale;
 - ottima la valutazione della medicina di base (medico di famiglia e pediatra di libera scelta).
- Valutazione interna:
 - questa è forse la dimensione meno positiva;

- il tasso di risposta all'indagine di clima si posiziona nella fascia arancio, per cui su un livello non soddisfacente che desta qualche preoccupazione;
- gli altri tre indicatori – valutazioni condizioni di lavoro per i dipendenti, attività di formazione e valutazione management per i dipendenti, si collocano nella fascia gialla mettendo in luce aspetti da potenziare e migliorare;

Figura 51: Schema bersaglio della Zona Grossetana (2007)

109 - Grossetana



Fonte: Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Il terzo settore

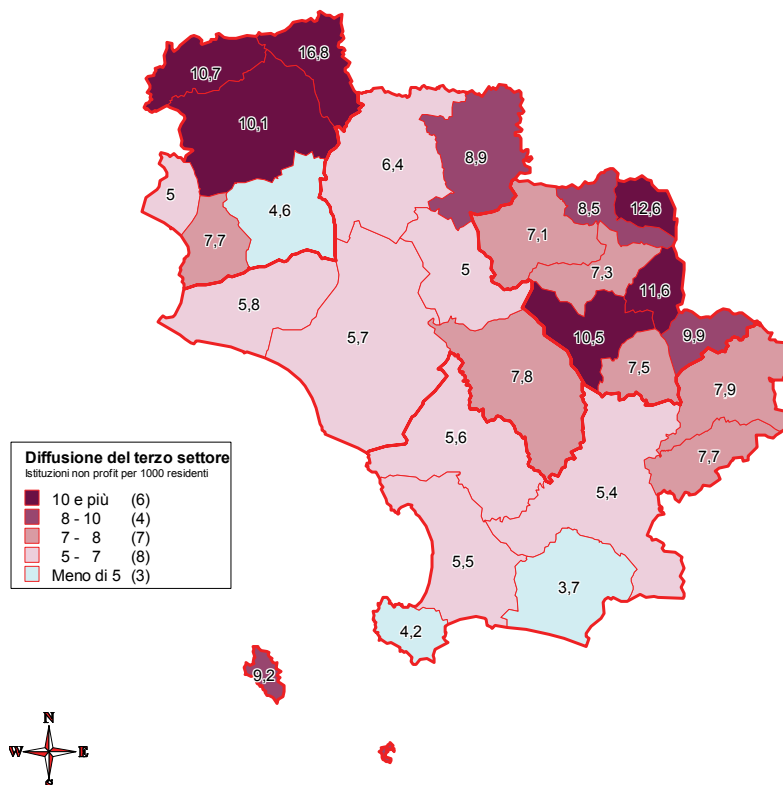
Il terzo settore rappresenta un elemento sempre più importante nei nuovi modelli di welfare che si stanno consolidando nelle società occidentali. Un terzo settore diffuso, radicato e moderno in grado di partecipare attivamente alla formazione e alla gestione delle politiche sociali è un fattore importantissimo nella costruzione di politiche socio-sanitarie efficaci.

Di seguito vengono illustrati alcuni indicatori, tratti dai lavori dell'OPS di Grosseto, in grado di offrire un'immagine dell'importanza e del livello di sviluppo del terzo settore sul territorio grossetano.

In sintesi possiamo dire che:

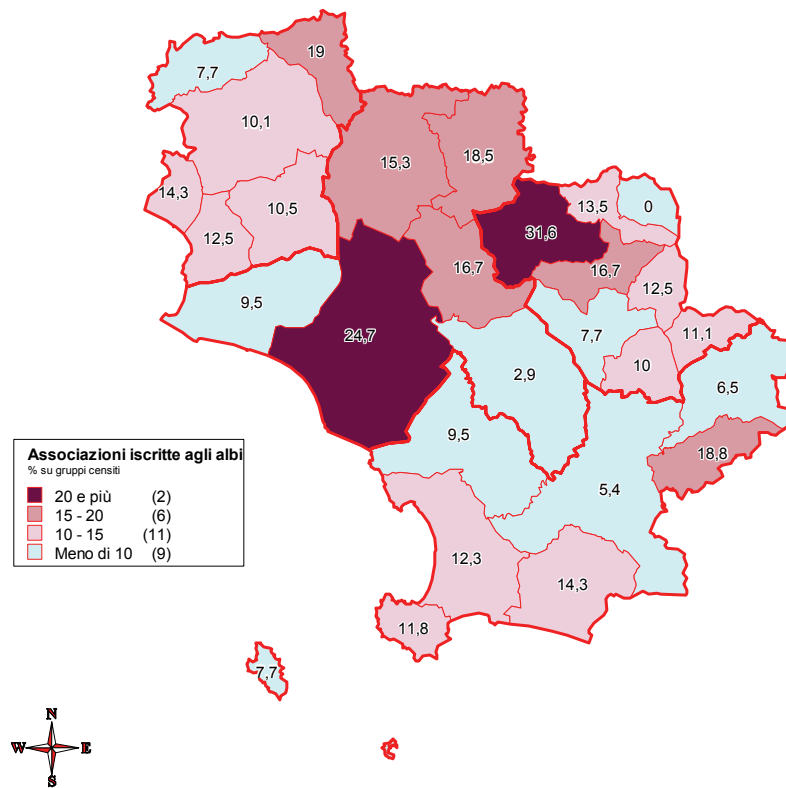
- il terzo settore è diffuso soprattutto nei piccoli centri dove, però, assume ancora forme tradizionali, legate alla socializzazione e alla tutela delle tradizioni locali;
- nei centri urbani si scorgono segni di maggiore strutturazione e quindi di un processo di maturazione in atto verso modelli più moderni di cittadinanza attiva;
- rispetto alla media toscana, Grosseto ha ancora una diffusione del terzo settore minore, ma in più rapido sviluppo;
- per le organizzazioni più strutturate i settori di attività prevalente sono quelli sanitario e sociale.

Figura 52: La diffusione del terzo settore nel 2001. Istituzioni non profit censite nel 2001 per 1000 abitanti



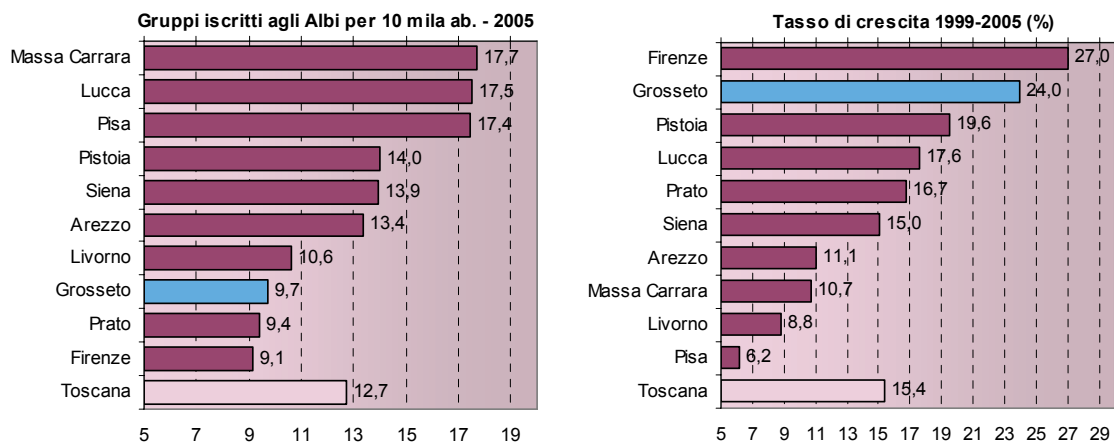
Fonte: Istat, Censimento Non profit 2001

Figura 53: La strutturazione del terzo settore nei comuni. % di organizzazioni iscritte agli albi provinciali sul totale censito nel 2001



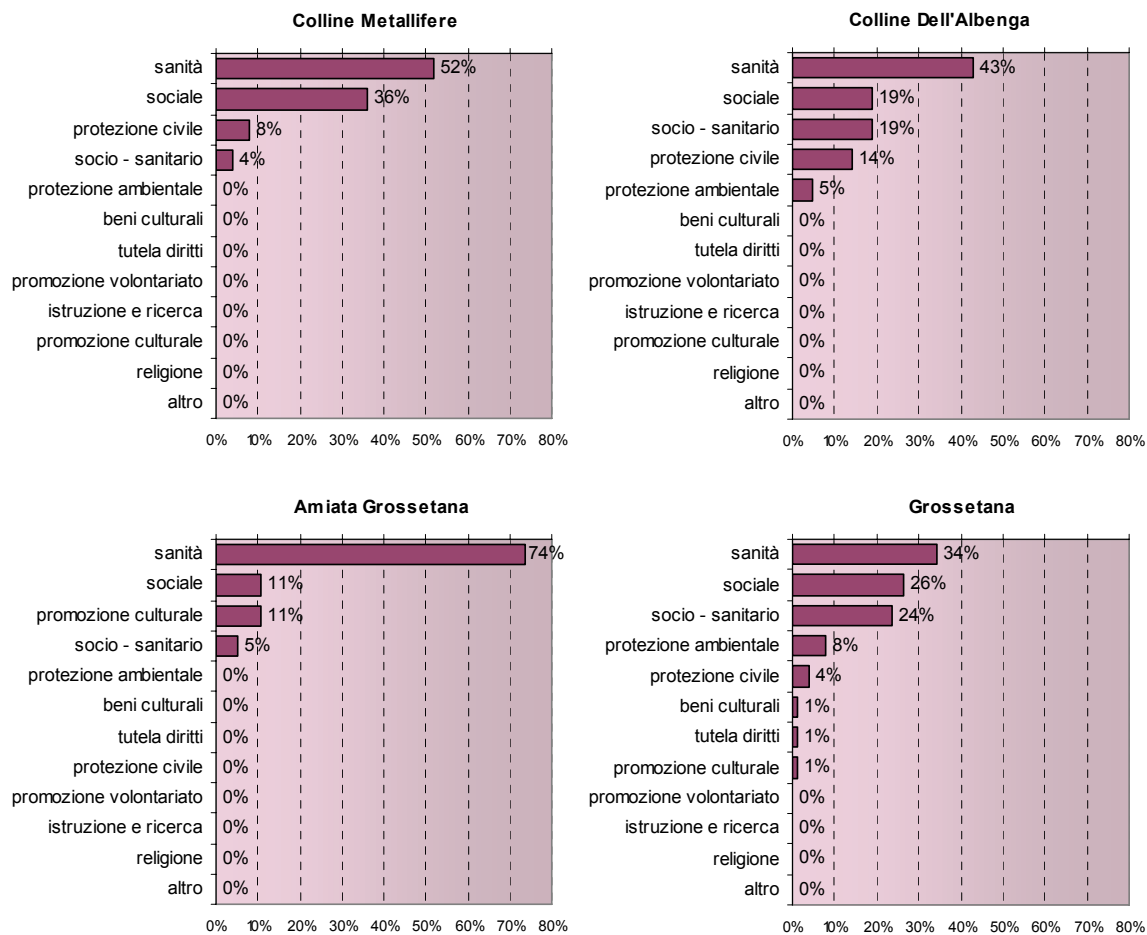
Fonte: Istat e Regione Toscana

Figura 54: La strutturazione del terzo settore per provincia. Percentuale di gruppi iscritti agli albi provinciali per 10 mila abitanti (2005) e tasso di crescita 1999-2005



Fonte: Regione Toscana, Sistema informativo del III Settore

Figura 55: I settori di attività del volontariato grossetano. Distribuzione percentuale delle organizzazioni di volontariato iscritte agli Albi Provinciali per settore di attività al 31-12-2005



Fonte: Regione Toscana, Sistema informativo del III Settore

1.5 Il punto di vista dell'utente

Premessa

I dati che si riportano di seguito sono tratti dal “*Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano*” messo a punto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna e dalla Regione Toscana.

Nello specifico, si tratta di una selezione degli “indicatori di valutazione esterna”, parte del più ampio Sistema di indicatori e sottoindicatori che compone il generale Sistema di valutazione. La “valutazione esterna” è una delle sei dimensioni di sintesi contemplate nel Sistema di indicatori e considera la valutazione data all’attività aziendale dai cittadini come utenti dei servizi sanitari.¹⁹ Gli indicatori di valutazione esterna sono stati costruiti attraverso indagini campionarie sulla popolazione toscana nel corso del 2007.

In questa sede si tratteranno le valutazioni dei seguenti servizi, cercando di comparare il dato zonale con quelli di Usl 9 e Regione Toscana: servizi offerti dai distretti socio-sanitari; servizio offerto dal medico di medicina generale; percorso materno infantile; livello di informazione dei cittadini sui servizi offerti dalle Ausl.

Il taglio che si intende dare all’analisi è quello di enfattizzazione, più che il giudizio sintetico sul servizio, il livello di insoddisfazione verso di esso, considerando la percentuale complessiva di chi si dichiara totalmente o parzialmente insoddisfatto (in sostanza le fasce di color giallo, arancio e rosso nello schema del bersaglio visto poco sopra).

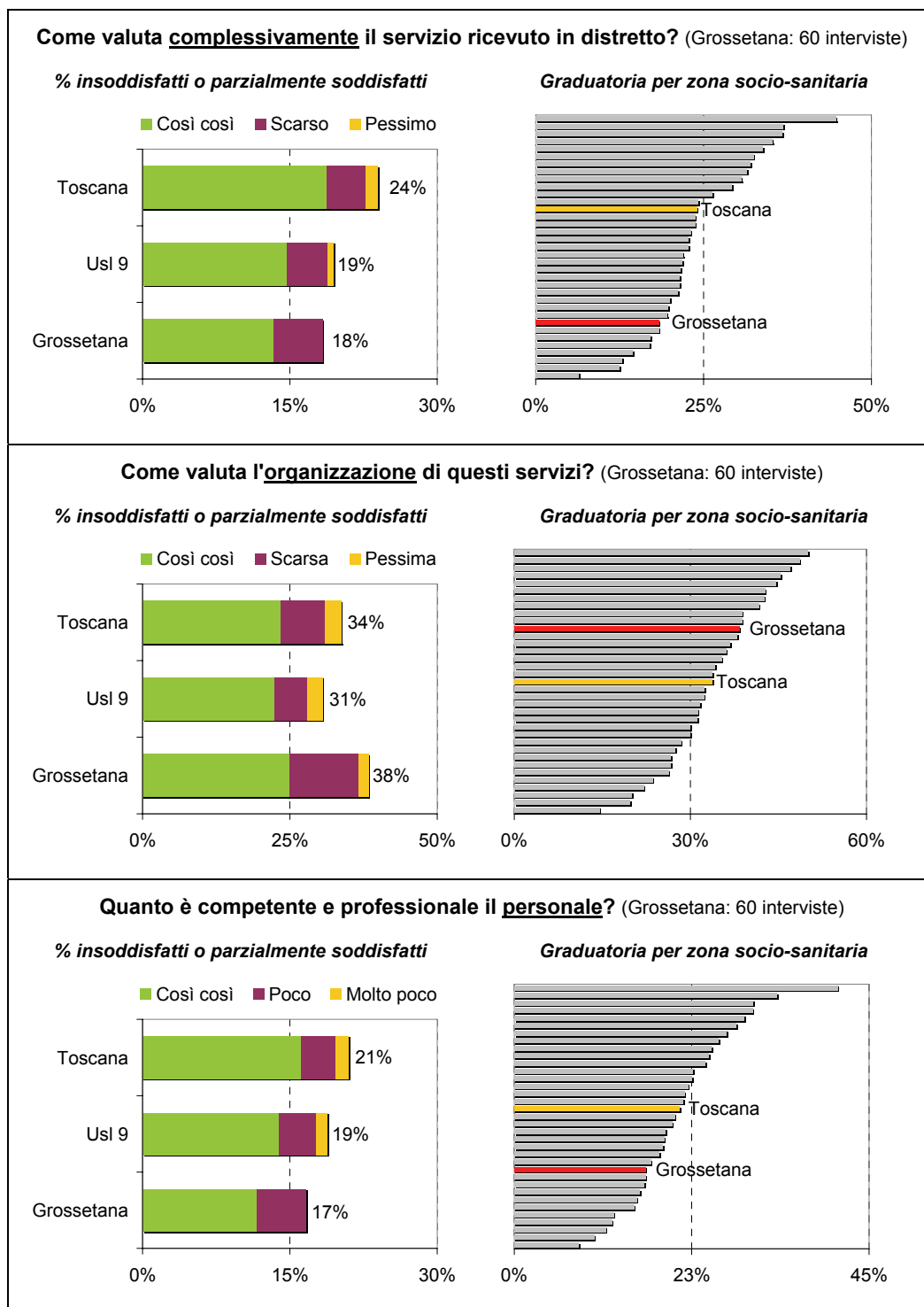
I servizi del distretto

L’indicatore monitora la percezione che i cittadini hanno dei servizi distrettuali a cui hanno accesso e si articola su tre aspetti: il servizio nel suo complesso, l’organizzazione del servizio, la professionalità del personale con cui sono entrati in contatto. La situazione generale sembra per la zona Grossetana abbastanza positiva; il nodo critico è rappresentato principalmente dall’aspetto organizzativo:

- il servizio nel suo insieme e la valutazione del personale registrano livelli di insoddisfazione più bassi di quelli medi di Usl 9 e regione, sono tra i più bassi in Toscana e non contengono valutazioni con giudizio “pessimo”; anche la valutazione media della zona Grossetana sul servizio (3,69 su una scala da 1 a 5) e sul personale (3,65) è più elevato di quello degli aggregati di riferimento;
- l’organizzazione dei servizi distrettuali è valutata in modo insoddisfacente o non totalmente soddisfacente da quasi il 40 % degli intervistati, dato al di sopra della media regionale; la valutazione espressa dalla zona sul tema è di 3,19, al di sotto di Usl 9 e Toscana e tra i più bassi a livello regionale.

¹⁹ Le altre cinque dimensioni: Valutazione della salute della popolazione, Capacità di perseguimento degli obiettivi regionali, Valutazione sanitaria, Valutazione interna, Valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa

**Figura 56: Livello di insoddisfazione per i servizi complessivi del distretto.
Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)**



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

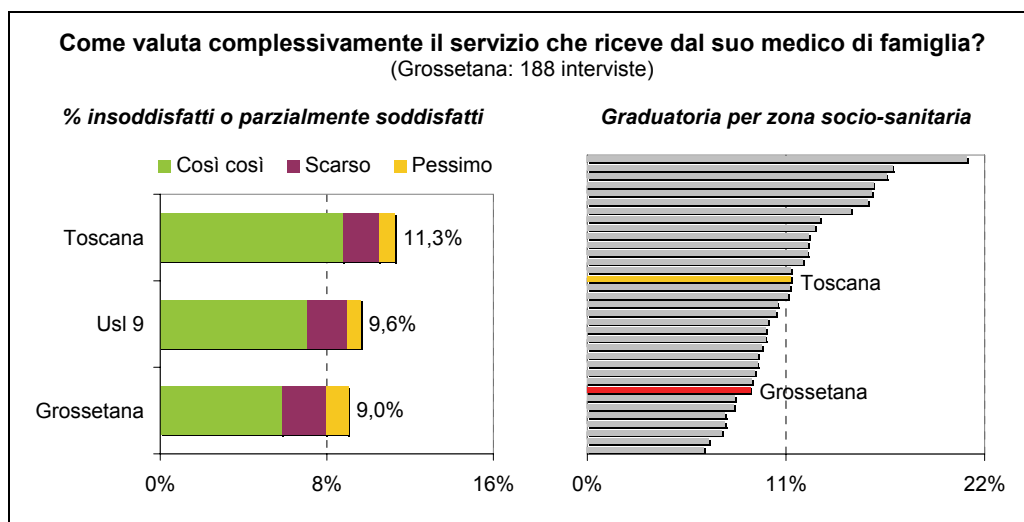
Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

Il medico di medicina generale

Il rapporto con il medico di famiglia è un elemento cruciale per il più generale rapporto tra cittadino e servizio sanitario, non solo quale punto di accesso per il sistema delle cure primarie ma, soprattutto, per la funzione di coordinamento e orientamento che la figura riveste all'interno del sistema di cura in senso lato.

L'indicatore che monitora la percezione che i cittadini hanno del servizio offerto dai medici di famiglia rivela per la zona Grossetana (e a grandi linee in tutta la regione) una situazione decisamente positiva. A parte la valutazione media di 4,2 (su scala da 1 a 5) in linea con Usl 9 e con il dato toscano, si segnala un livello complessivo di insoddisfazione tra i più bassi nella regione.

Figura 57: Livello di insoddisfazione per il servizio del medico di famiglia.
Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

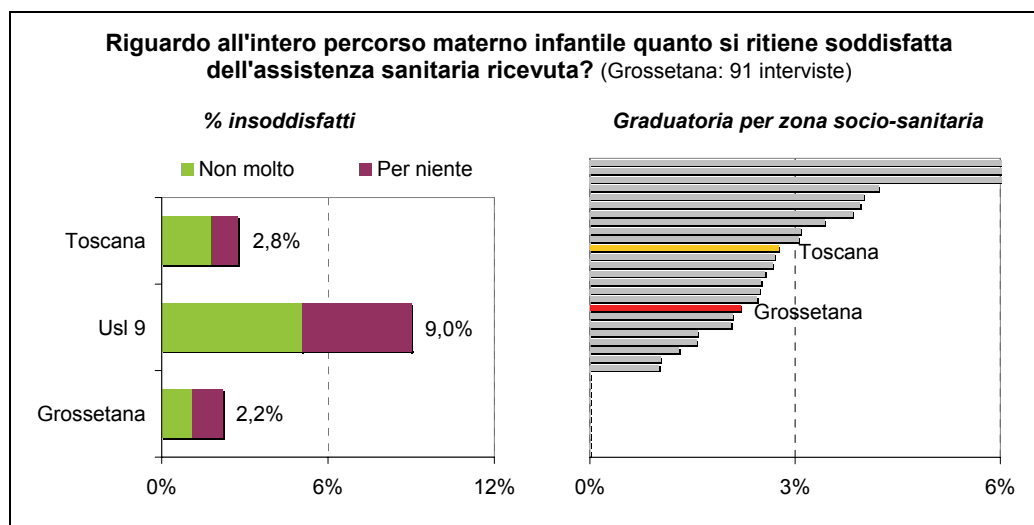
Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

Il percorso materno infantile

L'indicatore esprime il livello di soddisfazione delle utenti del percorso materno infantile, che comprende le varie fasi dal momento della gravidanza, alla nascita, al periodo post-parto. Il tema riveste una notevole importanza per la Regione Toscana, che ormai da diversi anni effettua notevoli investimenti sul percorso nascita per momenti ed iniziative di formazione ed informazione al fine di innalzare la qualità dei servizi.

Nella zona Grossetana il percorso materno infantile gode di un buon riscontro in termini di soddisfazione con una valutazione media di 4 (su 5), in linea con il valore regionale e al di sopra di quello Usl. L'insoddisfazione complessiva supera di poco il 2% e si attesta al di sotto della media toscana. La condizione della zona Grossetana deve essere poi rimarcata alla luce della situazione generale evidenziata dalla Usl 9, sicuramente l'azienda che mostra il maggior grado di insoddisfazione a livello toscano nel percorso materno - infantile.

Figura 58: Livello di insoddisfazione per il percorso materno infantile. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



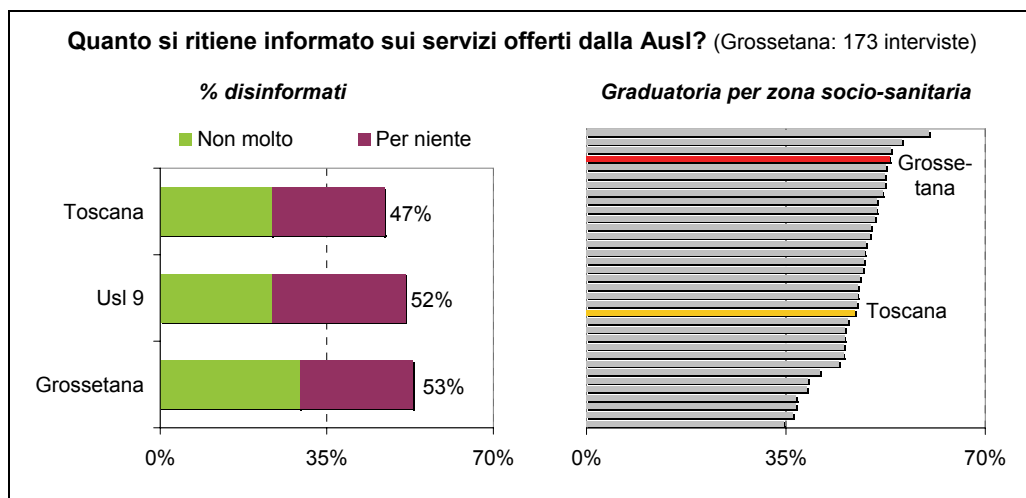
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

Livello di informazione dei cittadini sui servizi offerti dalle Ausl

L'indicatore tende a verificare quanto i cittadini si sentono informati sui servizi messi a loro disposizione dalla azienda sanitaria di residenza. Questo, sia per la zona Grossetana che per il contesto regionale tutto, è senza dubbio l'aspetto più critico riscontrato nella dimensione della "valutazione esterna". Con una valutazione media di 1,78 (Toscana=1,99) ed una percentuale di disinformati superiore al 50%, la zona si colloca ai vertici regionali in quanto a criticità.

Figura 59: Livello di informazione sui servizi offerti dalle Ausl. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Laboratorio MeS – Sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano

Tasso di ricovero maggiorenni = ricoveri >17 / popolazione residente >17 x 100.000

2 Laboratorio anziani

2.1 Profilo di salute

Aspetti demografici

Al 31/12/2006 risiedono nella zona Grossetana 24.217 persone anziane, che rappresentano il 23,2% della popolazione zonale ed il 44% del totale degli ultra-sessantacinquenni residenti sul territorio provinciale. La composizione interna vede la prevalenza della classe 75-84 anni (48,5% degli anziani), seguita dalla classe 65-74 (39,8%) e dai grandi anziani (11,6% con 15 centenari).

Tabella 19: Anziani, grandi anziani, centenari e incidenza sulla popolazione totale per comune di residenza. Anno 2006

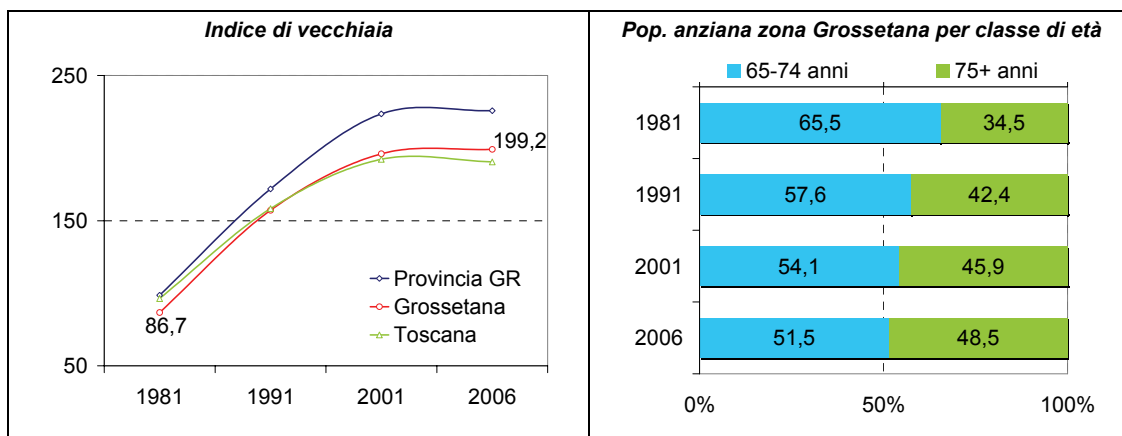
Comune	Totale (valori assoluti)					% su popolazione totale			Centenari (per 10.000)
	Anziani 65+	Anziani 75+	Grandi anziani 85+	Centenari	Pop. Totale	Anziani 65+	Anziani 75+	Grandi anziani 85+	
Amiata Grossetana	6.060	3.356	875	5	19.281	31,4	17,4	4,5	2,6
Colline dell'Albegna	13.029	6.569	1.651	16	52.092	25,0	12,6	3,2	3,1
Colline Metallifere	11.781	5.979	1.521	10	45.202	26,1	13,2	3,4	2,2
Campagnatico	629	330	81	0	2.468	25,5	13,4	3,3	0,0
Castiglione della P.	1.934	853	196	0	7.437	26,0	11,5	2,6	0,0
Civitella Paganico	853	457	131	1	3.050	28,0	15,0	4,3	3,3
Grosseto	17.067	8.203	1.955	13	77.424	22,0	10,6	2,5	1,7
Roccastrada	2.506	1.276	312	1	9.347	26,8	13,7	3,3	1,1
Scansano	1.228	635	143	0	4.441	27,7	14,3	3,2	0,0
Zona Grossetana	24.217	11.754	2.818	15	104.167	23,2	11,3	2,7	1,4
Provincia Grosseto	55.087	27.658	6.865	46	220.742	25,0	12,5	3,1	2,1

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

Nel raffronto con le altre zone socio-sanitarie e con la media provinciale, la Grossetana risulta senza dubbio la zona più “giovane” della provincia. A parte la più bassa incidenza della popolazione anziana, tale aspetto è confermato anche dal più basso indice di vecchiaia (seppur superiore a quello medio toscano) con due anziani per ogni giovane al 2006.

Comunque, i mutamenti nella struttura per età ci informano anche del progressivo invecchiamento della popolazione, per quanto ciò avvenga con ritmi inferiori alle altre zone provinciali. Invecchiamento sotto un duplice punto di vista: dell'intera società e all'interno della stessa classe anziana. Per il primo aspetto, sono eloquenti sia l'andamento dell'indice di vecchiaia (più che raddoppiato dal 1981) che l'incidenza della classe anziana sulla popolazione (dal 14,9% del 1981 al 23,2% del 2006); per il secondo aspetto, è possibile rilevare un notevole incremento del peso degli ultra-settantacinquenni (sono ormai quasi la metà) all'interno della popolazione anziana della zona Grossetana, con gli ultra-ottantenni che si avviano a diventare la classe più numerosa del segmento (ne rappresentano il 27,8% al 2006).

Figura 60: Indice di vecchiaia e popolazione anziana per classe di età. Anni 1981-2006



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

Un elemento importante che emerge dai dati demografici è la questione degli anziani soli. Grosseto, infatti, evidenziava al censimento 2001 più di 14.000 famiglie unipersonali composte da anziani, quasi il 60% delle famiglie unipersonali ed 16,4% delle famiglie totali: in pratica 28 anziani su 100 risultavano vivere in solitudine; una situazione generale che collocava la provincia al secondo posto in Toscana dietro a Massa-Carrara. Tenendo conto del noto aumento della popolazione anziana anche dal 2001 ad oggi, e che Grosseto risulta tra le provincie toscane a più alta incidenza di popolazione anziana, si può ben presumere che il numero di anziani soli abbia subito una crescita dalla rilevazione censuaria.

Per avere una stima della presenza del fenomeno nella zona Grossetana, si può fare riferimento ai dati di una recente ricerca dell'Osservatorio Politiche Sociali sulla popolazione anziana²⁰ (1.470 interviste di cui 311 a residenti della zona Grossetana), dalla quale è emerso che vive una condizione di solitudine abitativa il 26,4% tra gli intervistati residenti nella zona. Applicando tale percentuale alla popolazione anziana residente si possono stimare circa 6 mila anziani soli nella Zona Grossetana (attorno ai 12.000 nell'intera provincia).

Quanto la solitudine abitativa contribuisca alla creazione di situazioni di disagio è una questione assai complessa e non scontata; l'equivalenza solitudine=disagio è infatti ormai messa in discussione da numerose ricerche in materia. Certo, il vivere solo è uno degli elementi che, se accompagnato con altre condizioni critiche (livello di salute, non autosufficienza, condizione economica) può condurre a percorsi di sofferenza, ma può anche rivelarsi indicativo di un buon tenore di vita se condizione scelta (o addirittura desiderata). In questo senso anche dalla citata ricerca sembrano affiorare dei dati che vanno in questa direzione: la grande maggioranza (circa $\frac{3}{4}$ del totale; l'80% nella zona Grossetana) degli intervistati che vivono da soli risulta soddisfatta della propria condizione; il 14% degli intervistati che vive in famiglia nella zona Grossetana desidererebbe vivere da solo. L'argomento non è di poco conto e merita senza dubbio degli approfondimenti, certamente si tratta di uno

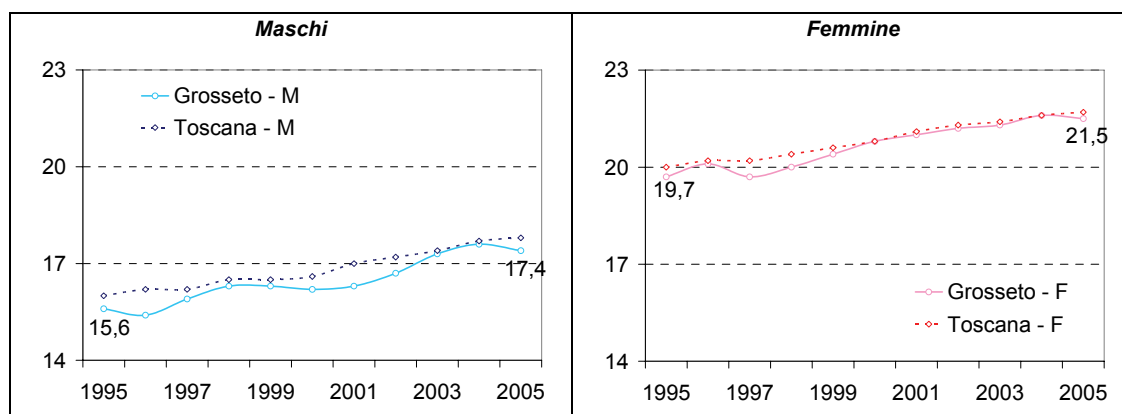
²⁰ OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *Essere anziani a Grosseto. Una indagine sulla qualità della vita degli anziani sul territorio provinciale*, Provincia di Grosseto, Grosseto, 2005 (www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp)

spaccato sociale da tenere sotto osservazione per cercare di prevenire quelle situazioni in cui l'isolamento abitativo può essere il preludio di un isolamento anche sociale (e sanitario).

Speranza di vita

Il trend decennale dell'aspettativa di vita 1995-2005 fa registrare una crescita sia della speranza di vita generale (alla nascita), che di quella della popolazione anziana: situazione che, pur con distinzioni di fondo, coinvolge positivamente maschi e femmine. Infatti, la vita media degli ultra-sessantacinquenni grossetani è aumentata di 1,8 anni per entrambi i sessi, in perfetta linea con la media regionale; come già noto, la componente femminile mostra una maggiore longevità (21,5 anni di vita media dopo i 65) rispetto ai maschi (17,4 anni).

Figura 61: Speranza di vita a 65 anni per sesso. Raffronto USL 9-Toscana (anni 1995-2005)



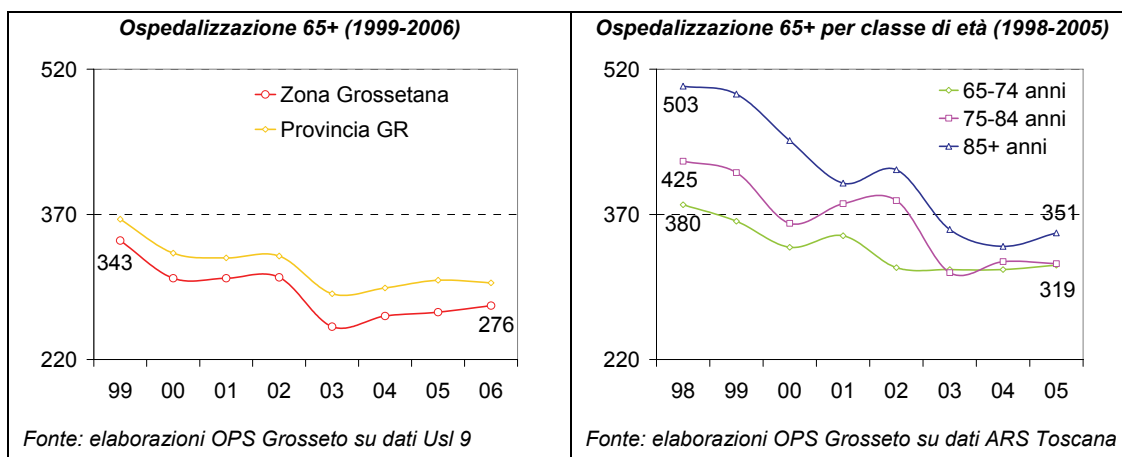
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione degli anziani evidenzia negli ultimi anni un trend di fondo in calo in tutte le zone provinciali compresa la Grossetana, passata da 343 a 276 ricoveri ogni 1000 anziani residenti. Sia i dati raccolti dall'Osservatorio Politiche Sociali per l'intero aggregato (1999-2006) che quelli resi disponibili dall'Agenzia Regionale di Sanità per classe di età (1998-2005), infatti, mettono in luce dinamiche simili con una sensibile diminuzione generale, frutto comunque di andamenti oscillatori. Nel particolare, si nota, però, sia nel tasso complessivo che in quello per classe di età, una certa ripresa a partire dal 2004, seppure si attesti costantemente al di sotto della media provinciale e di quella regionale.

Anche in questo caso - analogamente a quanto rilevato nel paragrafo dedicato all'ospedalizzazione del profilo di salute generale - la tendenza dell'indicatore inviterebbe ad ipotizzare un miglioramento delle condizioni di salute; ed anche in questo caso si ritiene opportuno un invito alla cautela riguardo a tale interpretazione, rinviando alle ragioni già esposte nel profilo di salute generale.

Figura 62: Tasso di ospedalizzazione in età 65+ anni della zona Grossetana per classe di età.



Tasso di ospedalizzazione 65+ anni = ricoveri in età 65+ anni / pop. 65+ anni x 1000

Nel 2006 si sono avuti 6.600 ricoveri di persone anziane residenti nella zona Grossetana, circa il 40% di tutti i ricoveri di anziani della provincia. Tra le grandi classi di ricovero, le più rilevanti nella zona Grossetana si sono rivelate nell'ordine la malattie e disturbi "dell'apparato cardio-circolatorio", "dell'apparato muscolo scheletrico", "del sistema nervoso", "dell'apparato respiratorio", "dell'apparato digerente" e "del rene e delle vie urinarie". La zona Grossetana fa registrare in massima parte tassi di ospedalizzazione al di sotto della media provinciale, risultando comunque più incisiva nelle malattie e disturbi di "pelle, tessuto sotto-cutaneo e mammella", "dell'occhio", di "orecchio, naso, bocca e gola" e "apparato riproduttivo femminile".

Tabella 20: Ricoveri in età 65+ anni per grandi classi di ricovero e zona socio-sanitaria. Anno 2006 (valori assoluti e tasso di ospedalizzazione)

Grandi classi di ricovero (MDC)	Ricoveri 65 anni e oltre									
	v.a.					Tasso ospedalizzazione 65+ anni				
	Amiata	Albegna	Metalifere	Grossetana	Prov. GR	Amiata	Albegna	Metalifere	Grossetana	Prov. GR
malattie e disturbi apparato cardiocircolatorio	299	981	747	1.416	3.443	49,0	75,2	63,1	59,2	62,7
malattie e disturbi apparato respiratorio	236	461	555	627	1.879	38,7	35,4	46,9	26,2	34,2
mal. e dist. sist. muscolo-schel. e tess. connettivo	255	399	431	765	1.850	41,8	30,6	36,4	32,0	33,7
malattie e disturbi apparato digerente	217	498	344	626	1.685	35,5	38,2	29,1	26,2	30,7
malattie e disturbi sistema nervoso	240	341	355	693	1.629	39,3	26,2	30,0	29,0	29,7
malattie e disturbi rene e vie urinarie	140	404	265	547	1.356	22,9	31,0	22,4	22,9	24,7
mal. e dist. mieloprolif. e neoplasie scarsam. diff.	111	239	266	439	1.055	18,2	18,3	22,5	18,3	19,2
malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	114	182	144	256	696	18,7	14,0	12,2	10,7	12,7
mal. e dist. pelle, tess. sotto-cutaneo e mammella	53	107	99	247	506	8,7	8,2	8,4	10,3	9,2
malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	30	93	88	176	387	4,9	7,1	7,4	7,4	7,0
mal. e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	30	78	77	103	288	4,9	6,0	6,5	4,3	5,2
malattie e disturbi dell'occhio	21	61	43	143	268	3,4	4,7	3,6	6,0	4,9
Malattie e disturbi orecchio, naso, bocca e gola	22	46	37	121	226	3,6	3,5	3,1	5,1	4,1
Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	19	33	61	100	213	3,1	2,5	5,2	4,2	3,9
mal. e dist. sangue, org. emopoietici e sist. immun.	29	46	58	79	212	4,7	3,5	4,9	3,3	3,9
malattie infettive e parassitarie	18	48	61	67	194	2,9	3,7	5,2	2,8	3,5
fatt. influenzano st. di salute e ricorso ser. sanitari	20	79	8	48	155	3,3	6,1	0,7	2,0	2,8
Malattie e disturbi mentali	39	16	18	65	138	6,4	1,2	1,5	2,7	2,5
Traumat., avvelenam. ed effetti tossici dei farmaci	7	31	15	28	81	1,1	2,4	1,3	1,2	1,5
Traumatismi multipli rilevanti	4	3	4	2	13	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2
Abuso alcol/droghe/farmaci e disturbi mentali	2	1	4	1	8	0,3	0,1	0,3	0,0	0,1
Ustioni	1	2		1	4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1
n.d.	32	50	20	50	152	5,2	3,8	1,7	2,1	2,8
Totale	1.939	4.199	3.700	6.600	16.438	317,6	322,0	312,7	275,8	299,3

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Usl 9

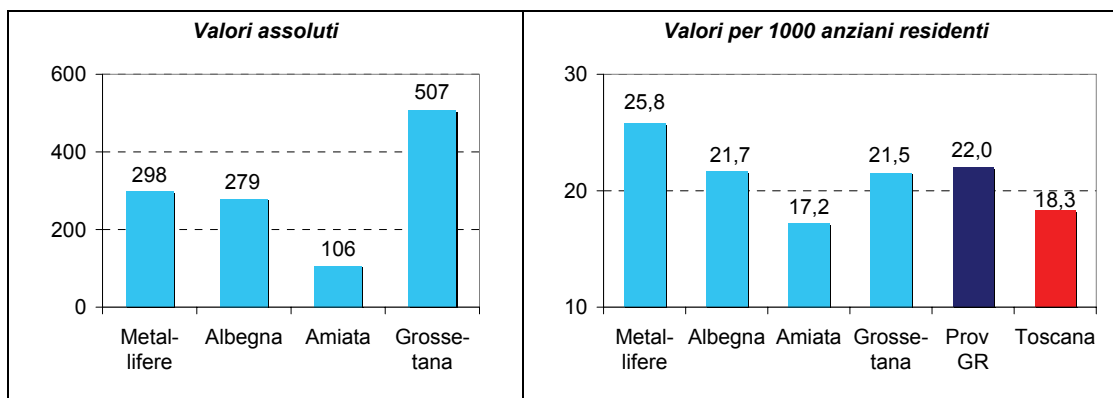
Tasso di ospedalizzazione 65+ anni = ricoveri in età 65+ anni / pop. 65+ anni x 1000

Non autosufficienza

La non autosufficienza - intesa sommariamente come incapacità (o riduzione della capacità) della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana - è senza dubbio la maggiore problematica legata all'età anziana in termini di ricadute socio-sanitarie. La perdita di autonomia associata all'invecchiamento, infatti, accresce la condizione di bisogno e con essa la necessità di interventi assistenziali. Attualmente non esistono rilevazioni che permettono di censire puntualmente il numero di non autosufficienti presenti sul territorio, ma attraverso i dati dei servizi e delle commissioni di valutazione della non autosufficienza è possibile comunque fornire una dimensione del fenomeno ed individuarne le tendenze.

Al 31/12/2005 erano assistiti dai servizi sociali della Zona Grossetana 507 anziani non autosufficienti (1.190 nel territorio Usl 9), vale a dire 21,5 ogni 1000 residenti, valore al di sotto della media provinciale (22‰), ma ben al di sopra della media toscana (18,3‰).

Figura 63: Anziani non autosufficienti assistiti dai servizi sociali per zona socio-sanitaria. Anno 2005 (valori assoluti e per 1000 anziani residenti)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana-Dip. Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Nel 2005 le unità di valutazione della zona Grossetana hanno valutato 475 anziani, il 96,2% dei quali sono stati certificati non autosufficienti (457 soggetti), per un'incidenza di 19 ogni 1000 anziani residenti, ben al di sopra della media provinciale e regionale (entrambe attorno al 12‰).

Se si confrontano questi dati con quelli del 1999 si può osservare un deciso incremento nell'incidenza delle valutazioni che si concludono con certificazione di non autosufficienza, così come dell'incidenza degli anziani non autosufficienti su quelli residenti.

Tabella 21: Anziani non autosufficienti. Soggetti valutati e soggetti certificati per zona socio-sanitaria. Raffronto 1999-2005 (valori assoluti e incidenza su pop. anziana)

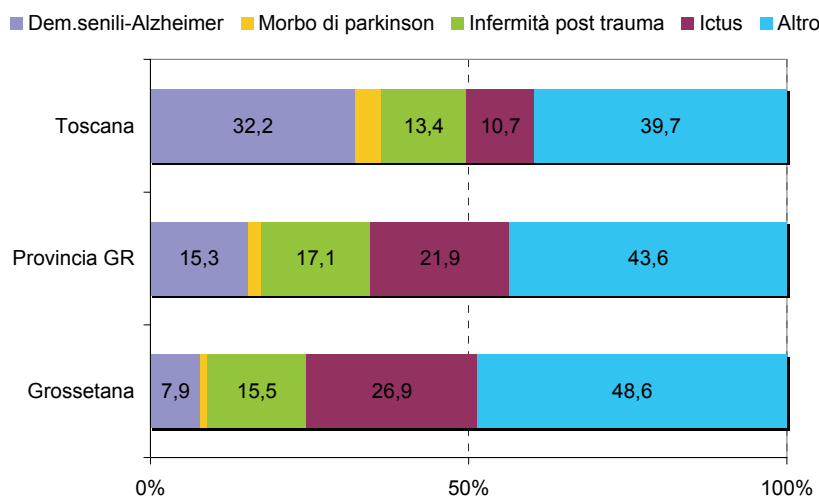
Zone socio sanitarie	1999				2005			
	Soggetti valutati	Soggetti certificati non autosufficienti		Incidenza su 1000 anziani residenti	Soggetti valutati	Soggetti certificati non autosufficienti		Incidenza su 1000 anziani residenti
		v.a.	% su s.val.			v.a.	% su s.val.	
Colline Metallifere	103	91	88,3	8,4	88	77	87,5	6,6
Colline dell'Albegna	77	77	100,0	6,8	104	83	79,8	6,4
Amiata Grossetana	94	26	27,7	4,3	67	42	62,7	6,9
Grossetana	345	204	59,1	9,2	475	457	96,2	19,1
Provincia GR	619	398	64,3	7,9	734	659	89,8	12,1
Toscana	11.310	8.769	77,5	11,5	11.074	9.957	89,9	11,8

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana-Dip. Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

E' interessante notare come si distribuiscono le patologie prevalenti all'origine della non autosufficienza riscontrate dalle commissioni di valutazione. La maggioranza delle classificazioni finisce nella generica categoria "altro", impedendo così una

analisi dettagliata del fenomeno. Si può tuttavia osservare come la patologia prevalente nella zona Grossetana sia riconducibile alla categoria “ictus”, contrariamente a quanto avviene a livello regionale dove predomina la voce “demenze senili-Alzheimer”; subito dietro si collocano le “infermità post-trauma”. Questa situazione così differenziata non sembra tuttavia possa farsi risalire a una diversa prevalenza epidemiologica delle patologie invalidanti. Piuttosto è possibile che dipenda dalle diverse modalità di erogazione dei servizi e dagli orientamenti degli stessi. Una maggiore attenzione a determinate forme di non autosufficienza potrebbero infatti anche orientare anche la domanda. E’ anche possibile che i criteri di classificazione utilizzati dalle commissioni non siano omogenei da zona a zona.

Figura 64: Distribuzione delle patologie prevalenti per gli anziani certificati non autosufficienti per zona socio-sanitaria. Anno 2005 (valori %)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana-Dip. Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

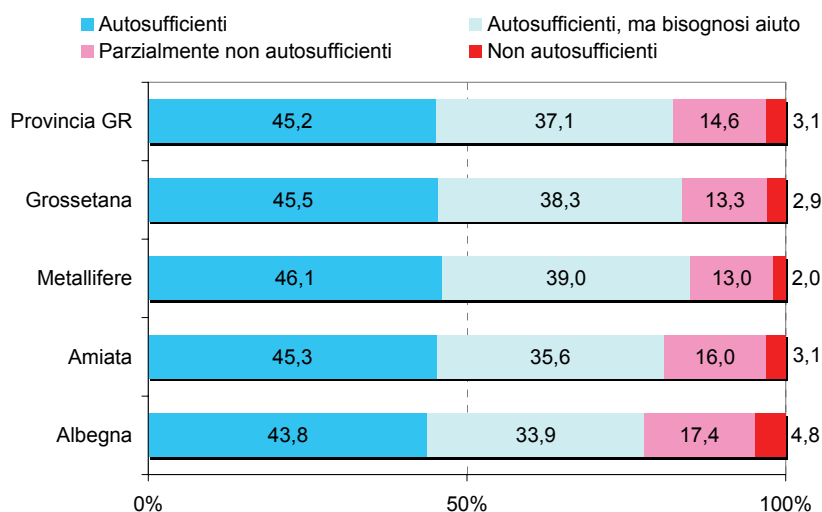
Ricapitolando i dati a disposizione, i termini di grandezza del fenomeno disabilità sarebbero rapportabili per la zona Grossetana ai 500 soggetti circa (507 soggetti in carico ai servizi; 457 certificazioni di non autosufficienza), attorno al 2% degli anziani residenti. Le informazioni amministrative presentano però alcuni limiti e spesso rappresentano dati di flusso e non di stock. Per rispondere alla domanda iniziale, ossia l’entità dei non autosufficienti sul territorio, occorre allora affidarsi a delle stime. In questo senso sono disponibili a livello di zona socio-sanitaria due diverse fonti: l’indagine dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana su demenza e non autosufficienza²¹ e la ricerca sugli anziani svolta dall’Osservatorio Politiche Sociali della Provincia.

La prima, individua per la Zona Grossetana di circa 2.000 soggetti non autosufficienti in una o più attività di base della vita quotidiana (BADL) e di circa 1.500 soggetti non autosufficienti in tre attività strumentali della vita quotidiana (IADL), per un aggregato complessivo attorno ai 3.500 anziani, il 14-15% della popolazione ultra-sessantacinquenne.

²¹ Agenzia Regionale di Sanità Toscana (a cura di), *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza*, Firenze, 2007 (<http://www.arsanita.toscana.it/>)

Lo studio specifico sulla realtà grossetana condotto dall'Osservatorio, arriva a stimare per la zona Grossetana circa 3.700 soggetti non autosufficienti (16% degli anziani residenti), di cui una cifra di 6-700 in condizioni di non autosufficienza totale e circa 3.000 soggetti con un livello di parziale non autosufficienza. Come si può osservare dalle rappresentazioni che riassumono il quadro complessivo delle risposte relative al grado di autonomia, la grande maggioranza degli intervistati mantiene una piena autonomia in tutte le attività. L'area della non autosufficienza vera e propria, dei soggetti cioè per i quali si riscontra una perdita totale o parziale di funzionalità in una o più delle capacità fondamentali per la sopravvivenza quotidiana, è quella rappresentata dai parzialmente non autosufficienti (coloro che pur non essendo totalmente impossibilitati nelle attività di base, necessitano di un aiuto), ossia il 13,3% del totale, e dai non autosufficienti gravi (persone impossibilitate a svolgere attività fondamentali, presumibilmente confinate in casa e bisognose di assistenza continua, quasi sempre anche di tipo sanitario), che rappresentano il 2,9%.

Figura 65: Autonomia e non autosufficienza. Distribuzione degli anziani intervistati per livello di autosufficienza e zona socio-sanitaria (valori %)



Fonte: OPS Grosseto

Questo tipo di stime possono contribuire alla definizione dell'universo con il quale i servizi si devono rapportare in termini di utenza potenziale. Prendendo a base tali grandezze, si può anche avere un'idea del livello di copertura da parte dei servizi: nel 2005 (ultimo dato disponibile di fonte Regione Toscana) nella zona Grossetana erano disponibili 220 posti letto per non autosufficienti in strutture per anziani, 32 posti letto per non autosufficienti in centri diurni e sono stati effettuati 917 interventi di assistenza domiciliare (39 di ADI indiretta, 176 di ADI diretta, 427 di assistenza domiciliare sociale e 275 di assistenza domiciliare sanitaria).

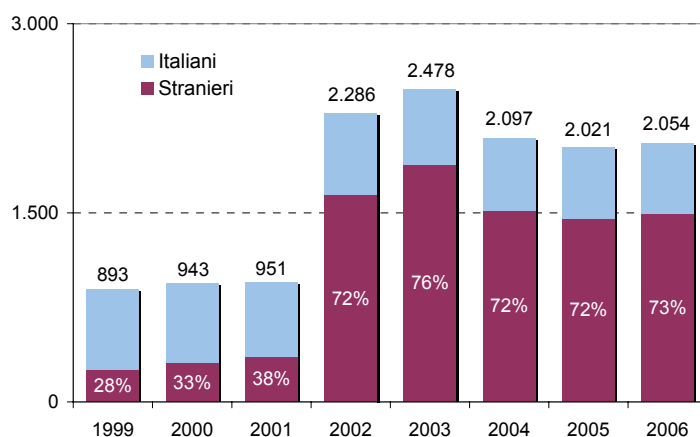
Gli ultimi dati disponibili forniti dai servizi (2007) riferiscono sulle seguenti dotazioni zonali:

- Punto Unico di Accesso per la non autosufficienza presso la struttura di via Don Minzoni; in tale sede è operativa una Unità Valutativa Multidimensionale (costituita da un geriatra, un'assistente sociale ASL e/o COeSO, un infermiere del distretto e da un medico di medicina generale).
- fase avanzata di attivazione per i **Punti Insieme** (sanitario-sociale), che rappresentano il punto di raccolta di tutte le domande inerenti al bisogno, legate alla non autosufficienza.
- ricoveri diurni: è attivo, presso l'RSA di Villa Pizzetti, un centro diurno per non autosufficienti, con disponibilità di 32 posti dei quali 12 riservati a soggetti affetti dal morbo di Alzheimer. Presso la RSA "Ferrucci" di Grosseto sono attivi 10 posti per autosufficienti.
- ricoveri residenziali: sono presenti due strutture a gestione diretta dell'ASL, ossia l'RSA di Villa Pizzetti e quella di Scansano. Sono inoltre presenti altre strutture quali la Casa di Riposo "F. Ferrucci" gestita dal COeSO, l'Istituto Geriatrico di Roccastrada, la Casa di Riposo dei Piloni di Torniella e la Casa Albergo di Castiglione della Pescaia.
- globalmente, al 31.12.2007 erano attivi **288** posti residenziali in struttura, inferiori a quelli previsti dal PRAS n. 337 del 1994 (rapporto 1,6/100 per anziani ultra65 residenti, e pertanto si tratterebbe di 384 posti teorici, con una carenza di circa 100).
- posti residenziali per non autosufficienti: 107 con quota sanitaria e graduatorie a gestione ASL (64 al Geriatrico di Roccastrada; 32 al "Ferrucci" di Grosseto; 11 ai Piloni di Torniella); 75 a gestione diretta ASL (36 a Scansano; 33 a Villa Pizzetti di Grosseto; 6 c/o il Modulo Alzheimer di Villa Pizzetti); 31 posti senza quota sanitaria (graduatoria e gestione COeSO) c/o il "Ferrucci" di Grosseto
- posti residenziali in Ospedale di Comunità: sono attivi, presso l'Ospedale "Misericordia" di Grosseto, 13 posti letto di Ospedale di Comunità, gestiti dal Distretto "Area Grossetana", ed in linea con le delibere e gli accordi regionali in materia.
- posti in Hospice: sono attivi presso il Centro Residenziale di Leniterapia (Ospedale della "Misericordia" di Grosseto) 6 posti letto residenziali e 2 posti letto in regime diurno, anche questi gestiti direttamente dal distretto "Area Grossetana", in accordo con le delibere GRT in materia.
- posti in struttura riabilitativa residenziale: 30 posti letto a Manciano (Istituto "Aldi Mai") con valenza provinciale.

Quanto tutto ciò sia adeguato in termini di risposta al bisogno resta un elemento da valutare; a maggior ragione se si considera che molte delle sacche di possibile disagio o bisogno rimangono latenti in ragione del sempre più frequente ricorso a personale badante che spesso integra i servizi.

Per avere solo un'idea dell'ordine di grandezza del fenomeno, si consideri che secondo i dati Inps i collaboratori domestici regolarmente attivi in provincia di Grosseto alla fine del 2006 sono 2.054, di cui 1.496 stranieri (73% del totale). Si tratta ovviamente solo della punta dell'iceberg: se consideriamo infatti che le citate stime (ARS e OPS) offrono un computo provinciale medio di circa 9.000 anziani con vari livelli di non autosufficienza e che i servizi sociali ne seguono poco meno di 1.200, si può avere un'idea dell'ampiezza della domanda sommersa per questo tipo di servizi.

Figura 66: Lavoratori domestici nella provincia di Grosseto per nazionalità. Anni 1999-2006 (valori assoluti e %)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati INPS

Inoltre, una misura di base delle dimensioni del fenomeno può venire dai dati della ricerca sugli anziani, secondo la quale il 2,6% degli intervistati della zona Grossetana (circa 600 individui se proiettato sulla popolazione anziana residente) dichiara di fare ricorso a personale pagato dalla famiglia, verosimilmente bandanti. Dati che, comunque, mettono in rilievo da una parte il ruolo ancora largamente dominante della famiglia nelle funzioni di assistenza e spingono a riflettere sul residuale ricorso ai servizi pubblici (1% a livello zonale, 1,5% provinciale).

Tabella 22: Quando Lei ha problemi da chi riceve aiuto? (Valori % per zona socio-sanitaria*)

Quando Lei ha problemi da chi riceve aiuto?	Albegna	Amiata	Metallifere	Grossetana	Totale
nessuno, non so a chi rivolgermi	5,9	3,6	3,6	3,9	4,2
familiare convivente	53,8	58,7	55,5	61,7	58,0
familiare non convivente	39,4	40,4	38,5	46,7	42,1
amici	5,3	4,1	2,5	5,7	4,6
vicini di casa	7,5	9,1	6,1	8,1	7,6
volontariato/associazione	1,3	0,5	2,5	1,0	1,4
personale pagato dalla famiglia	4,7	4,1	3,8	2,6	3,6
servizi pubblici	1,6	1,9	2,0	1,0	1,5
altro	2,2	4,6	5,3	1,0	2,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: OPS Grosseto – Simurg Ricerche

* domanda a risposta multipla

Condizioni abitative

Con il passare degli anni, per gli anziani la casa diventa un fattore sempre più importante, sicuramente centrale in termini di influenza sulla qualità della vita. A parte i dati censuari al 2001, che forniscono soltanto informazioni quantitative, si può fare riferimento alle informazioni prodotte in occasione della già citata ricerca dell'OPS provinciale sugli anziani; informazioni di tipo qualitativo, raccolte attraverso alcune domande del questionario tese a rilevare, non tanto le condizioni oggettive sulla casa in sé (metri quadrati, numero di vani, numero di servizi igienici), quanto piuttosto la percezione degli intervistati sul livello di adeguatezza dell'alloggio in riferimento alle proprie esigenze.

Il primo aspetto da valutare in merito alla condizione abitativa è il livello di isolamento; abitare in una zona isolata, con tutto ciò che comporta (minori occasioni di socializzazione, difficoltà di fruizione di servizi), rappresenta un fattore che, se combinato con altre criticità, può dare luogo a percorsi di disagio. I dati ci dicono che l'ubicazione più diffusa per gli anziani residenti nella zona Grossetana è quella del centro o periferia cittadina, che complessivamente coprono quasi il 90% del campione; vive in paese o frazione quasi il 12% degli intervistati (la metà rispetto alla media provinciale) ed in condizioni di vero e proprio isolamento abitativo soltanto l'1%.

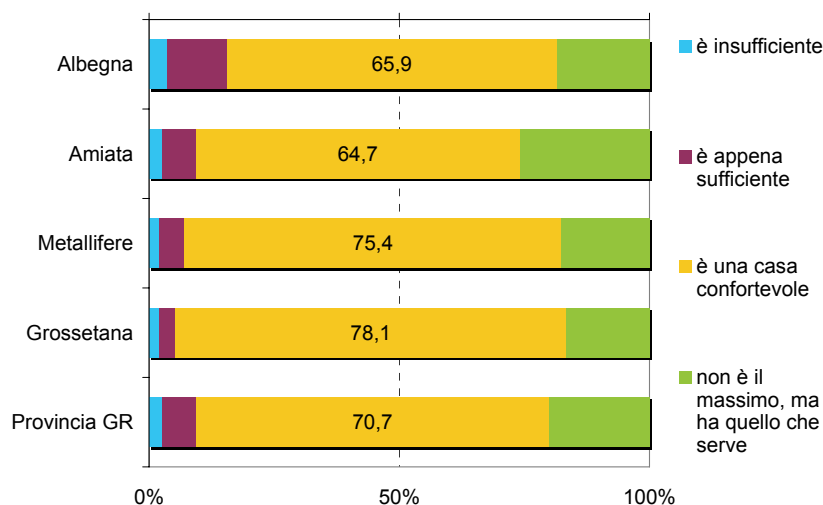
Tabella 23: La sua abitazione si trova? (Valori % per zona socio sanitaria)

Ubicazione dell'abitazione	Albegna	Amiata	Metallifere	Grossetana	Totale
Centro (del comune)	46,5	33,7	38,5	40,5	40,7
Fuori dal centro (periferia)	19,0	24,6	30,2	46,7	32,9
Paese/frazione	28,1	35,7	28,0	11,8	22,8
Casa isolata (o piccolo gruppo di case)	6,3	6,0	3,2	1,0	3,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: OPS Grosseto – Simurg Ricerche

Un altro elemento importante legato all'abitazione è rappresentato dalla percezione che gli intervistati hanno circa il livello di adeguatezza della stessa in relazione alle proprie esigenze. A tale proposito è emerso che nella zona Grossetana si registra la più alta percentuale di intervistati soddisfatti delle proprie condizioni abitative. In questa zona quasi il 95% dichiara che la propria casa “è confortevole” (78,1%) oppure che “pur non essendo il massimo è presente tutto ciò che serve” (16,7%); solamente il 5,2% del campione vive in case ritenute non adeguate alle proprie esigenze (con giudizi insufficienti o appena sufficienti).

Figura 67: Ritene che la sua abitazione sia adeguata alle esigenze sue o della sua famiglia? (Valori % per zona socio-sanitaria)



Fonte: OPS Grosseto – Simurg Ricerche

I dati della ricerca ci informano inoltre che il livello di insoddisfazione sulla propria abitazione ha una correlazione diretta con l'avanzare dell'età anagrafica e con lo stato di salute, nel senso che si riscontra un aumento degli insoddisfatti con l'avanzare dell'età ed il peggioramento dello stato di salute.

Il giudizio sulle carenze dell'abitazione mette in primo piano la mancanza dell'ascensore come il problema più sentito; nella zona Grossetana (54,5%) più che altrove (media provinciale 39%) e nelle zone urbane centrali o periferiche (palazzi più recenti e più alti) più che nelle zone decentrate (palazzi mediamente più vecchi e più bassi). In secondo luogo c'è un'incidenza significativa delle condizioni generali dell'abitazione stessa (lavori da fare, scarsità di spazio, di riscaldamento etc.); minoritari i problemi legati ai servizi igienici.

Tabella 24: Se la sua abitazione è inadeguata, cosa manca secondo lei? (Valori % per zona socio-sanitaria*)

Carenze dell'abitazione	Albegna	Amiata	Metallifere	Grossetana	Totale
è troppo piccola	16,5	15,0	17,6	12,7	15,5
è poco riscaldata	17,4	23,0	9,9	12,7	15,1
manca l'ascensore	24,0	30,0	48,4	54,5	39,0
i servizi igienici sono insufficienti	1,7	8,0	8,8	9,1	6,3
ci sarebbero molti lavori da fare	26,4	22,0	25,3	18,2	23,2
mancano spazi esterni	22,3	7,0	15,4	7,3	14,3
altro	5,0	7,0	7,7	10,9	7,5
Totale	100	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: OPS Grosseto – Simurg Ricerche

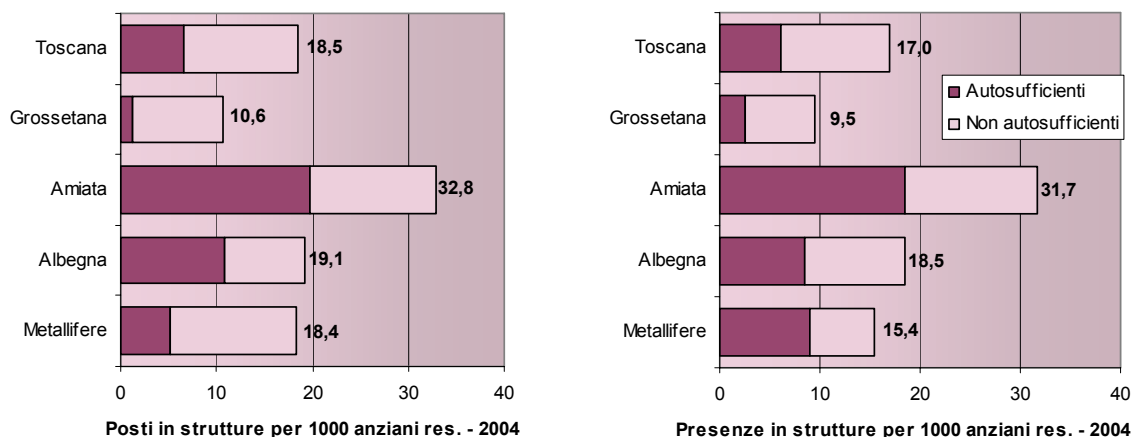
* domanda a risposta multipla

Le strutture per anziani e l'assistenza domiciliare

Le figure seguenti illustrano l'offerta disponibile sul territorio provinciale per quanto concerne uno dei tipici servizi rivolti alla popolazione anziana, le strutture residenziali.

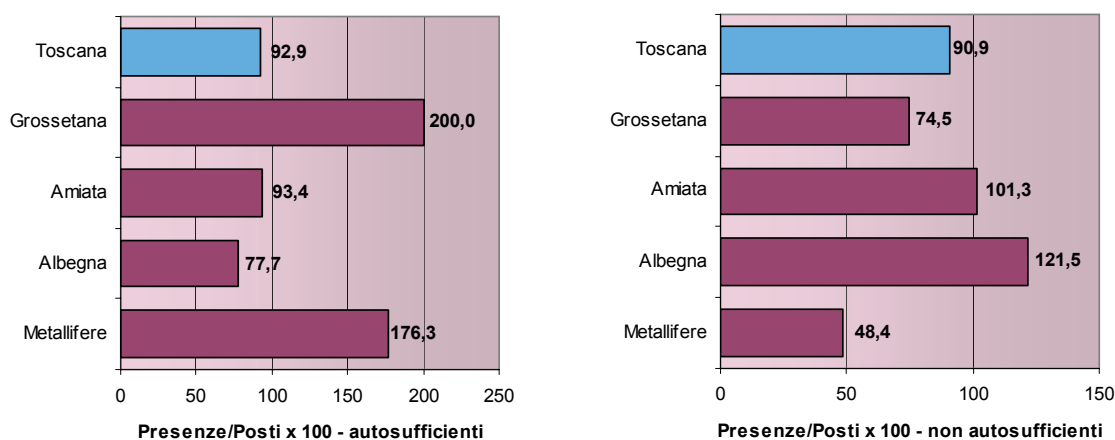
Come si può osservare, nella zona Grossetana si ha una diffusione del servizio molto più bassa delle altre zone della Provincia e della media regionale. La grande maggioranza dei posti disponibili sono rivolti agli anziani non autosufficienti, mentre, come chiaramente evidenziato dalla Figura 69, la domanda più intensa sembra riguardare gli anziani autosufficienti, con un livello di impegno delle strutture doppio rispetto ai posti disponibili.

Figura 68: La diffusione delle strutture per anziani. Posti residenziali disponibili in strutture di ospitalità per anziani e presenze effettive per 1000 anziani residenti per zona socio-sanitaria (2004)



Fonte OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Strutture per anziani in Toscana, 2004

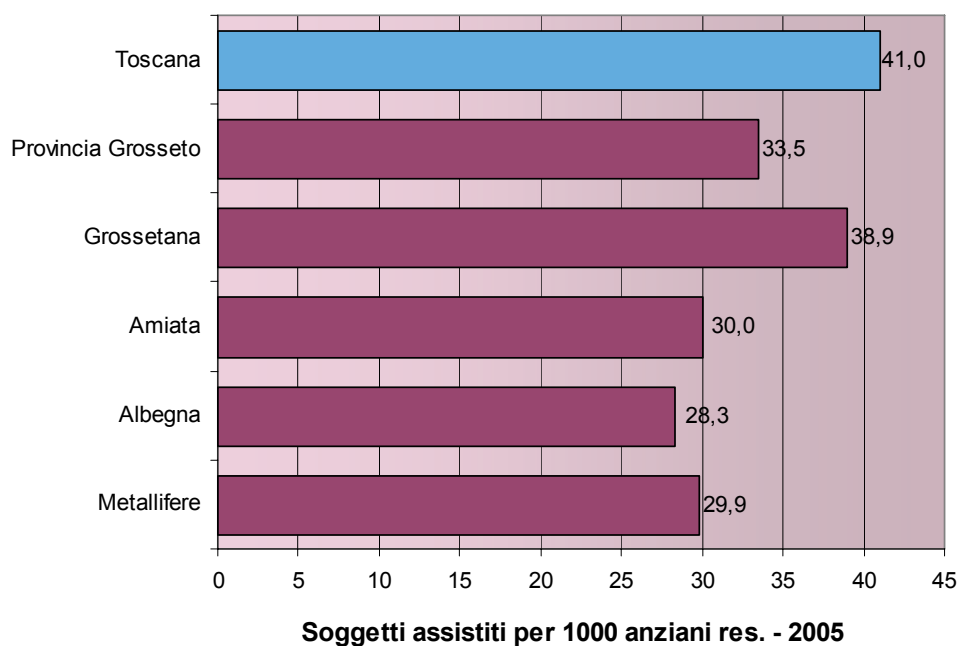
Figura 69: Il livello di impegno delle strutture per anziani



Fonte OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Strutture per anziani in Toscana, 2004

La carenza di strutture per anziani è solo parzialmente compensata da un maggior ricorso all'assistenza domiciliare che nella zona Grossetana è sì più alta della media provinciale (38,9 anziani assistiti per 1000 residenti contro una media di 33,5), ma comunque più bassa della media regionale (41 per 1000).

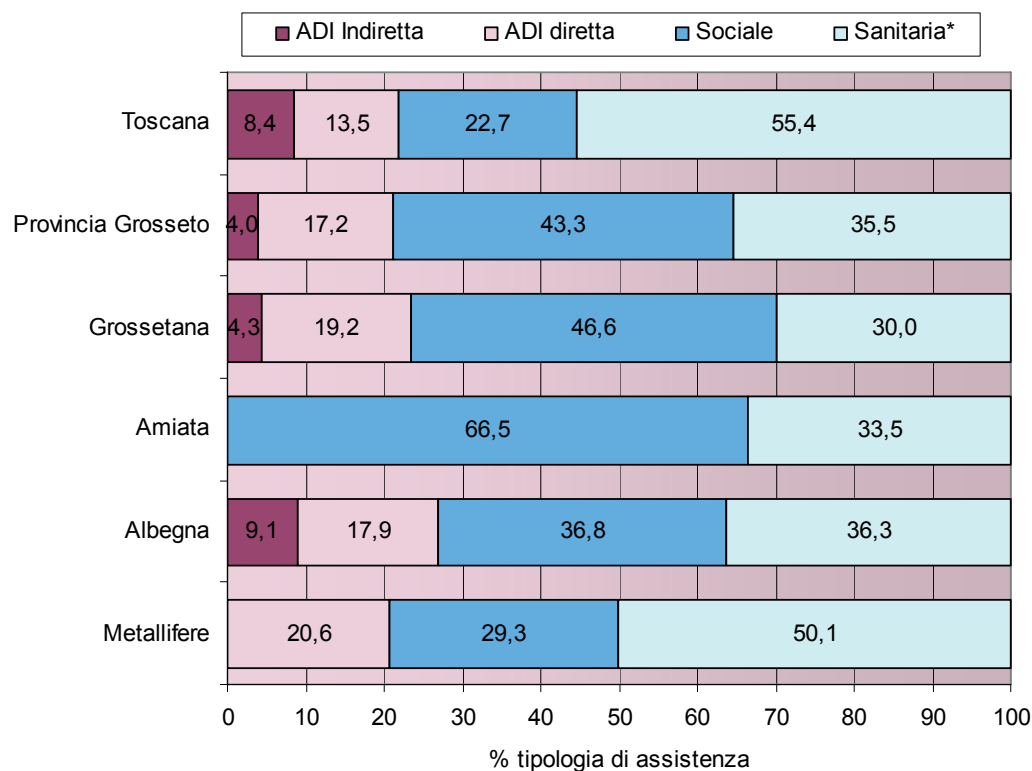
Figura 70: L'assistenza domiciliare nel 2005: diffusione del servizio. Soggetti anziani assistiti con assistenza domiciliare (tutte le tipologie) per 1000 anziani residenti per zona socio-sanitaria al 31/12/2005



Fonte OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Strutture per anziani in Toscana, 2004

La prevalenza dell'assistenza domiciliare di tipo sociale, che riguarda nella zona Grossetana il 43,3% degli assistiti, è coerente con il fatto, illustrato in precedenza, che esiste una forte domanda di assistenza da parte di anziani autosufficienti nelle funzioni fondamentali ma che hanno però bisogno di assistenza per il disbrigo di attività quotidiane di cura.

Figura 71: L'assistenza domiciliare nel 2005: tipologie di assistenza. Soggetti anziani assistiti per tipologia di assistenza domiciliare e per zona socio-sanitaria al 31/12/2005



Fonte OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Strutture per anziani in Toscana, 2004

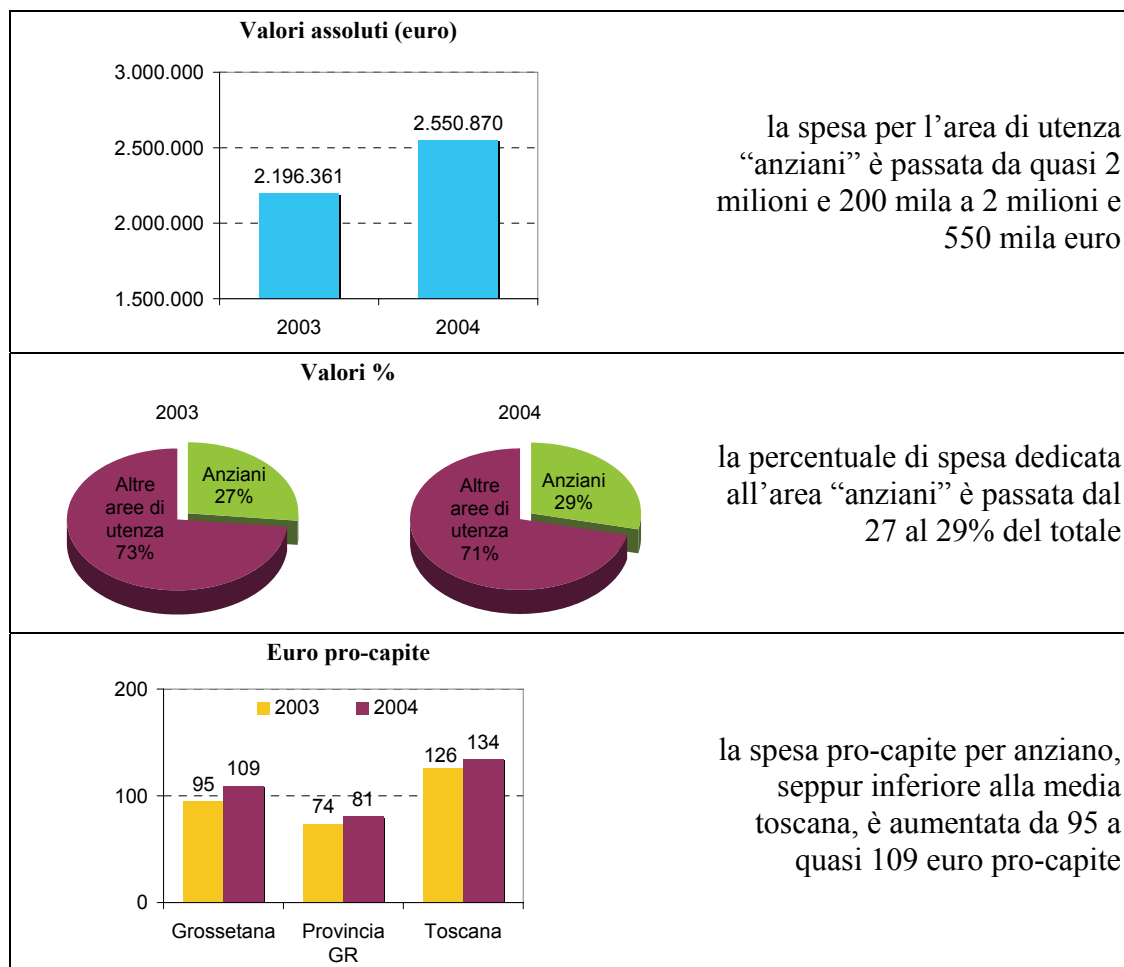
Spesa sociale per l'area anziani

I dati disponibili per un'analisi della spesa sociale sul territorio grossetano fanno riferimento principalmente alle *rilevazioni censuarie sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati* di Regione Toscana e Istat per gli anni 2003 e 2004²²; l'indagine rileva gli impegni di spesa in conto corrente di competenza di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali.²³ Al 2004 l'entità della spesa netta provinciale (spesa totale depurata delle compartecipazioni) è di quasi 16 milioni e 200 mila euro, di cui circa 8,9 milioni di competenza della zona Grossetana (55% del totale).

²² Per una complessiva valutazione della spesa sociale nella provincia di Grosseto per zona socio-sanitaria si veda: OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *La spesa sociale nella provincia di Grosseto attraverso le statistiche. Focus tematico n. 3*, 2008 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>).

²³ Le informazioni raccolte riguardano dunque il numero di utenti presi in carico e la spesa sostenuta dai comuni e dagli enti delegati per l'erogazione dei servizi nell'anno di riferimento. La spesa è suddivisa in sette aree di utenza: Famiglie e minori, Anziani, Disabili, Povertà e disagio adulti, Immigrati e nomadi, Dipendenze, Multiutenza.

**Figura 72: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati.
Spesa sociale totale per l'area "anziani" - alcuni indicatori. Anni
2003-2004**



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

La composizione della spesa per area di utenza fornisce una misura dell'investimento della zona nei vari settori in base alle risorse disponibili e, indirettamente, rivela anche le scelte di fondo dell'allocazione di tali risorse. In questo senso, la zona Grossetana si mostra nella provincia come quella con maggior propensione di spesa verso l'area anziani:

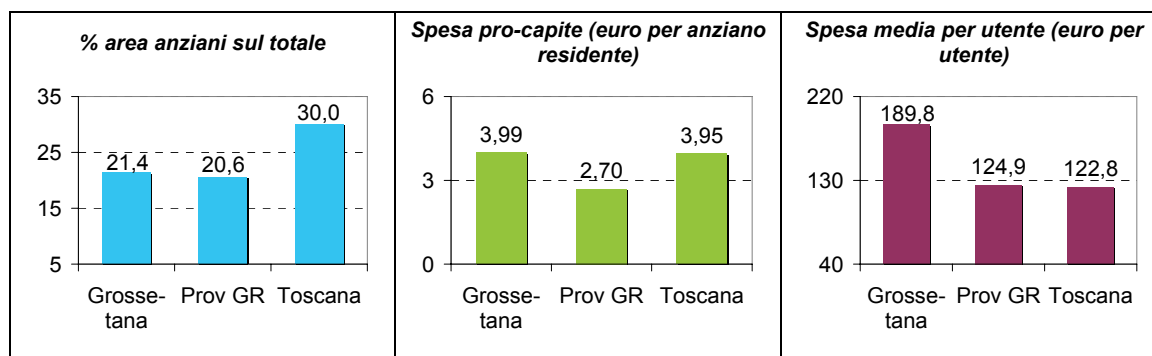
La rilevazione del 2004 offre delle possibilità di approfondimento su tre voci di spesa particolarmente significative: il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali; voci che nella zona Grossetana coprono quasi il totale (94%) della spesa sociale per l'area "anziani".

Nel 2004, per la zona Grossetana, la *spesa per il servizio sociale professionale*²⁴ ammonta a 436 mila euro, di cui circa 93 mila (più di un quinto) dedicati all'area

²⁴ Comprende gli interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché le attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi. In sostanza, il servizio prende in carico gli utenti e li aiuta ad individuare i propri bisogni per l'attivazione di percorsi assistenziali volti a risolvere le loro situazioni di difficoltà.

anziani. La spesa pro-capite per il servizio sociale professionale dedicato agli anziani è di circa 4 euro per anziano residente, al di sopra del valore provinciale ed in linea con quello toscano. Gli utenti nell'anno sono stati 491 con una spesa media per utente di circa 190 euro, ben superiore sia alla media provinciale che regionale.

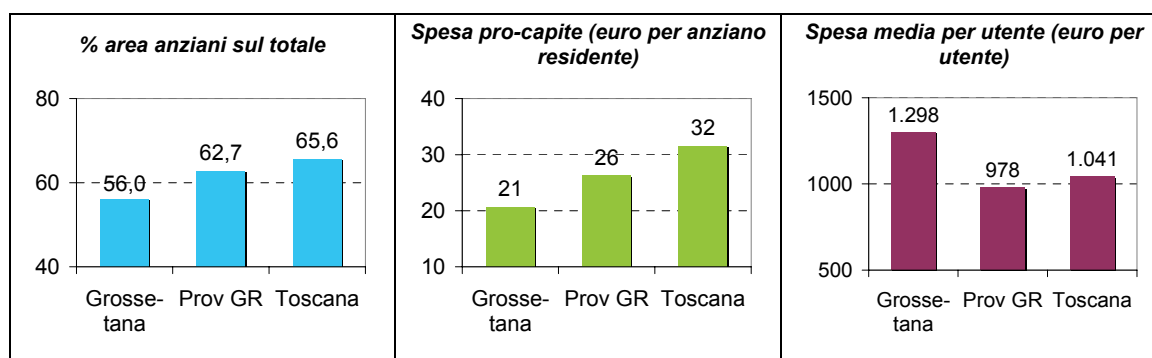
Figura 73: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati.
Spesa per servizio sociale professionale nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

Per l'*assistenza domiciliare*²⁵ la zona Grossetana ha speso circa 850 mila euro; l'area anziani con 480 mila euro ne assorbe oltre la metà. La spesa pro-capite è di circa 21 euro per anziano residente, al di sotto del valore provinciale e di quello toscano. Gli utenti nell'anno sono stati 370 con una spesa media per utente di quasi 1.300 euro, superiore sia alla media provinciale che regionale.

Figura 74: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati.
Spesa per assistenza domiciliare nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

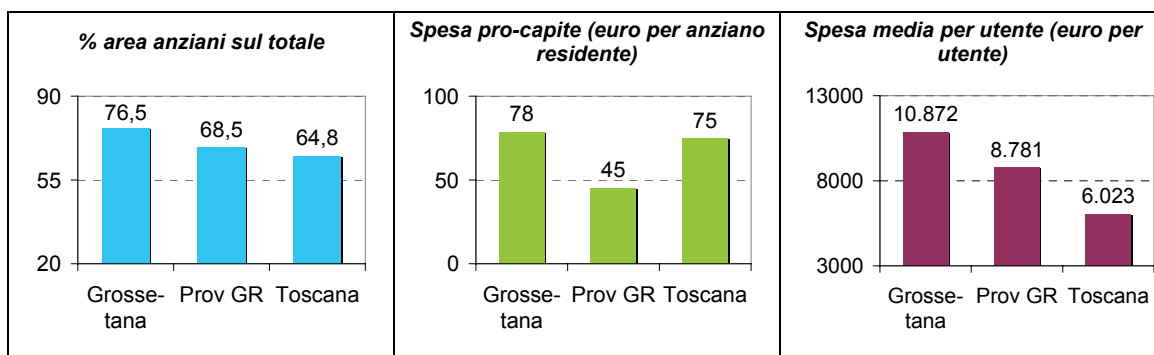
La spesa per le *strutture residenziali*²⁶ è più consistente e ammonta per la zona Grossetana a quasi 2 milioni e 400 mila euro; la quota rivolta agli anziani ne rappresenta quasi l'80% con oltre 1 milione e 800 mila euro: in pratica, estendendo l'analisi, degli oltre 2 milioni e mezzo di euro che la zona spende complessivamente

²⁵ Comprende assistenza domiciliare sociale, assistenza domiciliare integrata (ADI), servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza, distribuzione di pasti e/o la lavanderia a domicilio.

²⁶ Comprende oltre ai costi delle strutture stesse (centri di accoglienza e di pronta accoglienza che forniscono assistenza), anche le rette per le prestazioni residenziali.

per l'area anziani, oltre il 70% è relativo alle strutture residenziali. La spesa pro-capite per l'area anziani delle strutture residenziali è di circa 78 euro per anziano residente, nettamente al di sopra del valore provinciale e leggermente superiore anche a quello toscano. Gli utenti nell'anno sono stati 168 con una spesa media per utente di quasi 11.000 euro, ben superiore alla media provinciale e quasi doppia rispetto a quella regionale.

Figura 75: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Spesa per strutture residenziali nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

I dati esposti, pur sommari, lasciano intravedere alcuni aspetti problematici. Soprattutto i dati dell'assistenza domiciliare, se confrontati con quelli medi regionali, sembrano mettere in rilievo la forte incidenza della spesa per l'utenza effettiva (euro per utente) rispetto alla copertura della spesa sull'utenza potenziale (euro pro-capite), sintomo di uno squilibrio tra l'entità della spesa e l'efficacia della stessa. Questo potrebbe essere indicativo di un certo indebolimento della sfera della continuità assistenziale ospedale-territorio, ossia di tutti quei servizi che entrano in gioco nel passaggio tra il ricovero o la prestazione sanitaria e la presa in carico dei servizi sociali (per prestazioni anche integrate con il sanitario). Inoltre, considerata da un'altra prospettiva, la situazione appena delineata può concorrere ad un aumento dei ricoveri impropri e del ricorso a strutture residenziali (le misure della spesa in questo segmento sembrano eloquenti), nel momento in cui non si trova rispondenza (o adeguata rispondenza) nei servizi necessari.

Una sintesi delle criticità emerse

Secondo quanto emerso durante gli incontri del Laboratorio "Anziani" e dal profilo di salute appena riportato, si possono evidenziare in questa area le seguenti criticità:

- l'allungamento della vita media, con il conseguente fenomeno dell'aumento della popolazione, aggravato da una bassa natalità, rappresenta anche per la nostra provincia, e per la zona Grossetana, un'evidenza con cui fare i conti quando si parla di salute pubblica
- le ricerche sul campo riguardanti gli anziani della nostra provincia (periodo 2002-2005) evidenziano un elevato tasso di condizioni di precarietà-disagio:
 - il 36% degli intervistati denuncia condizioni di disagio medio-alto;

- i non autosufficienti sono il 3,1% ed i parzialmente non autosufficienti sono il 14,5%.
- le stime avanzate dai ricercatori sono pari a 1.657 anziani non autosufficienti e 7.740 parzialmente autosufficienti presenti sul territorio provinciale.
- di tali circa il 38% vivono nell'Area Grossetana.
- Nella valutazione delle patologie prevalenti negli anziani certificati come non autosufficienti troviamo per il 27% la malattia di Alzheimer e le demenze vascolari, per il 15,3% l'infermità post trauma, per il 14,9% l'ictus cerebrale, per il 2,5% il morbo di Parkinson;
- tra le condizioni che interferiscono con la salute, il disagio socioeconomico rappresenta un problema non marginale: infatti l'11,9% degli intervistati dichiara una condizione di forte disagio, il 36,9% di disagio, mentre solo il 5,3% dei soggetti si considera benestante.
- un terzo circa degli anziani residenti nella nostra provincia vive con la pensione minima;
- le indagini eseguite fanno rilevare che il 51,9% degli anziani della nostra provincia vive con il coniuge; il 23,7% vive da solo; il 15,6% vive con almeno un figlio; il 7,3% vive con famiglie di figli o altri parenti; in RSA vive lo 0,5% del totale.
- gli anziani bisognosi di assistenza la ricevono nel 58% dei casi da familiari conviventi e nel 42,1% dei casi da familiari non conviventi. Gli anziani stessi sono in grado di offrire assistenza (verso parenti, amici o conoscenti nel 74% dei casi; fanno volontariato assistenziale nel 2,8% dei casi; in un esiguo numero di casi pari allo 0,1%, gli anziani vedono l'assistenza come fonte di reddito, offrendola a pagamento). I maschi sono più attivi nell'aiuto parentale, le femmine sono più attive in quello verso il vicinato.
- Gli anziani non autosufficienti seguiti dai Servizi Sociali dell'Area Grossetana sono stati nell'anno 2007 n.750 CIRCA. Considerato che le stime dei dati rilevati in ambito provinciale consentono di prevedere che i non autosufficienti parziali e totali raggiungono un numero compreso fra le 8.000 e le 11.000 persone, e che il 38% circa (2100-2900 unità) vive nell'Area Grossetana, possiamo affermare che i bisogni sociali e assistenziali conosciuti dai servizi sono inferiori a quelli reali.

E' chiaro che questi anziani vengono supportati da una rete di welfare informale, costituita in maniera prevalente dalle famiglie con assistenza diretta o indiretta, alla quale non è tuttavia estraneo il volontariato (che segue l'1,4% dei non autosufficienti) né tanto meno la rete di vicinato (7,1%). C'è però anche un 4,2% degli anziani, che pur dichiarandosi bisognosi di assistenza, non ne ricevono alcuna. In riferimento alle domande presentate per effetto della Legge 383/2001, si rilevano in provincia di Grosseto, n. 2.560 richieste da parte di lavoratori extracomunitari, di cui n. 1.619 per colf e badanti. Le indagini sul campo hanno permesso, quindi, di rilevare che il 3,6% degli anziani con bisogni assistenziali riceve aiuto da personale pagato dalla

famiglia (nell'Area Grossetana è ipotizzabile che il fenomeno possa riguardare c/a 1800 persone). E' evidente che nella nostra zona il fenomeno del badantato è ancora poco conosciuto, nettamente sottostimato e gestito prevalentemente al di fuori delle regole di mercato, in maniera privatistica dalle famiglie.

2.2 Linee d'azione – proposte

Un quadro generale

Nella zona Grossetana la famiglia è ancora il luogo privilegiato di cura delle persone anziane; ma, se da una parte la famiglia sembra assolvere il debito di riconoscenza verso le generazioni precedenti, dall'altra soffre di una scarsa offerta di servizi sociali: asili nido per i figli piccoli, scuole materne, scuole elementari a tempo pieno, e soprattutto di una bassa occupazione, che sembrano “costringere” la famiglia a provvedere in proprio alle cure assistenziali. Spesso la pensione e l'assegno di accompagnamento dell'anziano vanno ad integrare il monoreddito familiare e il lavoro di cura assistenziale viene svolto dalla donna che non riesce a reperire una diversa occupazione sul mercato del lavoro già di per sé carente nella zona. Del resto, anche la carenza di posti diurni, dove inserire gli anziani che necessitano di cure sanitarie e sociali durante la giornata, ostacola le donne nella ricerca di un'occupazione. Da qui la necessità di sostenere e supportare le famiglie con iniziative volte a ridurre il carico assistenziale, implementando i servizi domiciliari e semiresidenziali con particolare attenzione alla non autosufficienza, e attraverso la promozione di iniziative di condivisione e di incontro tra le famiglie che ospitano anziani in condizioni di salute particolarmente problematiche.

Sulla base di tutto ciò, le azioni programmatiche da intraprendere riguardano:

- la promozione del mantenimento delle condizioni di benessere degli anziani attraverso il miglioramento dell'informazione alla cittadinanza sull'accesso al sistema integrato dei servizi a loro destinati, con specifiche campagne di comunicazione sociale;
- la promozione della domiciliarità intesa come luogo di vita e di relazione attraverso il sostegno alle famiglie che ospitano anziani nel reperimento di personale assistenziale qualificato e regolarmente assunto, in grado di garantire adeguate prestazioni assistenziali sia in termini di qualificazione professionale che di continuità assistenziale (progetto innovativo “Assistenti familiari”);
- la costruzione di un sistema d'offerta in rete sia dei servizi che delle iniziative, dedicate in modo prioritario al decadimento cognitivo (progetto innovativo Cafè Alzheimer);
- il costante monitoraggio e la costruzione di una banca dati mirata ed una rete di informazione e sostegno on line alle famiglie;
- favorire la costruzione di un welfare di tipo comunitario attraverso la promozione di iniziative di solidarietà.

PROGETTO “CAFE’ ALZHEIMER”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – COMUNE DI GROSSETO – ASL 9
TITOLO PROGETTO	“CAFE’ ALZHEIMER: un luogo dove.... incontrarsi” Spazio dedicato agli anziani con deterioramento cognitivo e alle loro famiglie
OBIETTIVI	1) Approfondire la conoscenza del decadimento cognitivo come patologia di famiglia, nel territorio dell'Area Grossetana 2) Sostenere le famiglie che assistono malati di Alzheimer 3) Favorire l'attivazione dei gruppi di auto aiuto delle famiglie 4) Attivare spazi di incontro (Cafè) nelle strutture residenziali Ferrucci e Pizzetti di Grosseto, con apertura almeno settimanale 5) Promuovere la costruzione dell'associazione delle famiglie con malati di Alzheimer AIMA 6) Potenziare l'assistenza domiciliare attraverso la costruzione di uno specifico percorso socio-sanitario nell'ambito della non autosufficienza 7) Costruire una banca dati mirata ed una rete d'informazione e sostegno on line 8) costruire un sistema d'offerta in rete sia dei servizi che delle iniziative, dedicate al decadimento cognitivo 9) favorire la costruzione di un welfare di tipo comunitario attraverso la promozione di iniziative di solidarietà
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Anziani con morbo di Alzheimer o demenze Alzheimer-related Familiare e caregivers informali che assistono a domicilio persone con decadimento cognitivo
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche – da reperire attraverso il fondo regionale per la non autosufficienza Professionali – da reperire oltre quelle già impiegate nelle strutture residenziali, semiresidenziali e domiciliari
FINANZIATORI	Fondo non autosufficienza
COLLABORAZIONI	AUSER- Coop.Soc. Noi per Voi- Coop.Soc.Uscita di Sicurezza, Coop.Soc.Arcobaleno, Coop.Soc.Porta Aperta, Coord. Comunale Centro Sociali, AIMA toscana
TEMPI	Entro il 30.06.2009 attivazione degli spazi destinati al Cafè Alzheimer Entro il 31.12.2009 attivazione banca dati Entro il 31.12.2009 attivazione 1 gruppo di Auto Aiuto Entro il 30.06.2010 attivazione sez. AIMA a Grosseto
CRITERI DI VALUTAZIONE	Frequenza delle famiglie al Cafè Alzheimer (almeno 5 famiglie) Partecipazione al gruppo di Auto Aiuto (almeno 3 famiglie) Attivazione sezione AIMA a Grosseto Definizione percorso specifico socio sanitario integrato per persone affette da Morbo di Alzheimer, nell'ambito della non autosufficienza Definizione dei relativi accordi istituzionali Costruzione della banca dati Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri, delle richieste di istituzionalizzazione e delle richieste sanitarie improprie
Assistente sociale	Da individuare

PROGETTO “AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COMUNI- COESO- ASL 9- TRIBUNALE ORDINARIO DI GR- AUSER-OASI- PATRONATI
TITOLO PROGETTO	AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
OBIETTIVI	Costruire un elenco di persone volontarie, adeguatamente preparate e disponibili ad essere nominati “Amministratori di sostegno” da parte del Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Grosseto.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Anziani e disabili soli o con una rete informale di supporto inadeguata, in carico ai servizi sociali del territorio
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	da reperire attraverso il fondo regionale per la non autosufficienza
FINANZIATORI	fondo per la non autosufficienza
COLLABORAZIONI	n. 1 consulente formatore Associazioni di volontariato Patronati
TEMPI	Entro aprile 2009 incarico al consulente Entro maggio 2009 attivazione del tavolo di lavoro con tutti i soggetti coinvolti Entro ottobre 2009 I corso di formazione per volontari Entro dicembre 2009 compilazione del I elenco di volontari
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. persone disponibili ad essere formate n.persone attive nell'elenco n. amministratori di sostegno nominati da giudice
	Dott.ssa Marta Battistoni (COeSO) Dott.ssa Carla Camici (COeSO)

PROGETTO “ASSISTENTI FAMILIARI”

ENTE / SEVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO- ASL 9 – AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI GROSSETO
TITOLO PROGETTO	Progetto ASSISTENTI FAMILIARI
OBIETTIVI	1) promuovere la tutela del diritto all'assistenza da parte delle persone anziane e delle persone disabili per la permanenza presso il proprio domicilio 2) Sostenere le famiglie nel reperimento di personale assistenziale qualificato in grado di garantire adeguate prestazioni assistenziali e continuità lavorativa all'interno della stessa famiglia ospitante 3) Favorire l'emersione del lavoro nero delle badanti straniere 4) Promuovere la qualificazione professionale delle badanti che lavorano nel privato sociale 5) favorire l'integrazione sociale delle badanti straniere 6) monitorare il fenomeno del badantato nella zona grossetana 7) ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e il ricorso all'istituzionalizzazione delle persone anziane e disabili 8) Costruire in via sperimentale c/o il Centro per l'Impiego dell'Amm.ne Prov.le l'Albo delle Assistenti familiari qualificate
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO - Anziani e disabili non autosufficienti INDIRETTO: Persone italiane e straniere interessate al lavoro di cura Famiglie che ospitano anziani e disabili
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Da reperire attraverso il fondo regionale per la non autosufficienza Da destinare oltre gli operatori in servizio domiciliare
FINANZIATORI	Fondo per la non autosufficienza
COLLABORAZIONI	Cooperazione sociale , Patronati, Associazioni di volontariato,
TEMPI	Entro l'anno 2009 a condizione che vengano destinate risorse
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. corsi di formazione n. assistenti familiari selezionate n. assistenti familiari impiegate regolarmente sul mercato del lavoro
assistente sociale	Da individuare

PROGETTO “SORVEGLIANZA ATTIVA ANZIANI FRAGILI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Comuni della zona grossetana- COeSO – Asl 9- Auser- Coordinamento Centri sociali di Gr- Protezione Civile- C.R.I.- Confraternita provinciale Misericordia- Sindacati pensionati CIGL,CISL,UIL- Farmacie comunali Gr- Comando Vigili Urbani di Gr- Regione Toscana
TITOLO PROGETTO	“Sorveglianza attiva alla persona anziana fragile” promozione degli interventi di salute nei confronti degli anziani fragili nel periodo estivo 2008
OBIETTIVI	1) Presa in carico della persona anziana a rischio di salute 2) ampliamento dell'offerta dei servizi domiciliari sociali e sanitari in rete con il terzo settore 3) Riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri 4) Implementazione del flusso informativo relativo agli “anziani a rischio” 5) migliorare il lavoro professionale integrato degli operatori
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Anziani ultra 75enni che vivono soli, privi di sostegno familiare e solidale, segnalati ai servizi per problematiche sociali e di salute
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: COeSO e Finanziamento regionale Convenzione con Coordinamento Centri Sociali Convenzione con Misericordia di Gr Convenzione con AUSER Grosseto, Ribolla, Scansano PROFESSIONALI: n. 1 Amministrativo del PUA Assistenti sociali COeSO e ASL M.M.G.
FINANZIATORI	Regione Toscana Comuni-COeSO ASL 9
COLLABORAZIONI	Associazione AUSER di Grosseto, Ribolla e Scansano, Centro Sociale I Saggi di Gr
TEMPI	Dal 15 giugno al 15 settembre 2008
CRITERI DI VALUTAZIONE	Implementazione della banca dati distrettuale relativa agli anziani soli ultra75enni, in carico ai servizi socio-sanitari
OSSERVAZIONI	A decorrere dal 2008, il progetto sarà attivo durante tutto l'anno

2.3 Anagrafe progetti

PROGETTO “CENTRO DIURNO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9
TITOLO PROGETTO	Inserimenti semiresidenziali per anziani non autosufficienti e soggetti affetti da morbo di Alzheimer
OBIETTIVI	Realizzazione del piano terapeutico predisposto dall'U.V.M.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	32 Anziani non autosufficienti e soggetti affetti da patologia Alzheimer o altre forme di demenza
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche ASL 9 e compartecipazione utenti Professional ASL 9 e Cooperativa di Servizi Comunitarie Associazioni di volontariato
FINANZIATORI	ASL 9
COLLABORAZIONI	
TEMPI	permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “INSERIMENTI RESIDENZIALI DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN RSA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9
TITOLO PROGETTO	Inserimenti residenziali di soggetti non autosufficienti in RSA del Distretto 4 convenzionate con la ASL 9 ed in altre fuori Distretto, convenzionate con le ASL di appartenenza
OBIETTIVI	Realizzare il piano terapeutico predisposto dall'U.V.M.
TARGET: DIRETTO	Anziani non autosufficienti residenti nei Comuni del Distretto 4
RISORSE: ECONOMICHE	Quote sanitarie per l'anno 2007 E. 1.776.361,14 per RSA convenzionate con ASL9 E.50.102,46 per RSA convenzionate con altre ASL
FINANZIATORI	Regione Toscana/ ASL 9
COLLABORAZIONI	
TEMPI	permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “INSERIMENTI RESIDENZIALI PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN RSA A GESTIONE DIRETTA DELLA ASL”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL9
TITOLO PROGETTO	Inserimenti residenziali per soggetti non autosufficienti inseriti in RSA a gestione diretta della ASL
OBIETTIVI	Realizzare il progetto terapeutico redatto dall'U.V.M.
TARGET: DIRETTO	75 Anziani non autosufficienti residenti nei Comuni del Distretto 4
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche ASL e compartecipazione utenti Professionali ASL e Cooperative di Servizi Comunitarie Associazioni di volontariato
FINANZIATORI	ASL 9
COLLABORAZIONI	
TEMPI	permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO
TITOLO PROGETTO	Assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti attraverso interventi alla persona, diretti al loro recupero funzionale e sociale, in base a quanto previsto dal PAP predisposto dall'UVM con valutazione multidimensionale
OBIETTIVI	Supportare le persone anziane nel proprio ambiente domestico attraverso attività di pulizia dei locali - riassetto e sistemazione dell'ambiente - igiene alla persona Rimuovere e/o diminuire le difficoltà presenti nella gestione del quotidiano, permettendo alla persona anziana di vivere nel proprio ambiente di vita e mantenere le proprie relazioni affettive Aiutare e/o sollevare la famiglia della persona anziana, dal carico dell'assistenza, migliorandone la qualità di vita.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI Indiretto: famiglie di persone anziane e personale addetto all'assistenza reperito direttamente dai familiari
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche- COeSO Professionali – COeSO e ATI (associazione temporanea d'impresa) Comunitarie- associazioni di volontariato
FINANZIATORI	COeSO Cittadini con compartecipazione al costo del servizio
COLLABORAZIONI	Associazioni di volontariato del territorio: Ass.AUSER – Filo D'Argento Centri sociali anziani circoscrizionali Caritas Diocesana Ass.Unione italiana ciechi Cesvot Misericordia CRI
TEMPI	Annuale permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	Attivazione del servizio nell'arco delle 48 ore dalla richiesta Assenza di liste di attesa Domande inevase sul totale delle domande di attivazione n. rinunce per valutazione negativa del servizio
REFERENTE PROGETTO	Amm.vo Ufficio Sociale P.Giorgi

PROGETTO “ASSEGNI DI CURA ANZIANI E DISABILI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	ASSEGNI DI CURA in favore di familiari che assistono parenti Anziani e Disabili non autosufficienti
OBIETTIVI	Mantenere la domiciliarità dell'anziano e/o del disabile Sostenere economicamente i care-givers che interrompono l'attività lavorativa per occuparsi dell'assistenza dei propri congiunti anziani e disabili secondo quanto previsto dal PAP formulato dalla UVM Integrazione al reddito familiare
TARGeT: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: Anziani e disabili in carico al Servizio Sociale, che necessitano di cure assistenziali da parte dei familiari; Indiretto: redditi familiari
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: COeSO Risorse professionali: COeSO Servizio Sociale professionale e UVM Associazioni di volontariato
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	COeSO/ Famiglia/Terzo settore
TEMPI	Immediatamente dopo la predisposizione del PAP
CRITERI DI VALUTAZIONE	È valutato come un valido servizio domiciliare alternativo alla RSA. Non ha liste di attesa
OSSERVAZIONI	Responsabili del progetto: Assistenti sociali del territorio

PROGETTO “TRASPORTO SOCIALE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ATI (ASS. TEMPORANEA D'IMPRESA TRA LA COOP.VA SOCIALE USCITA DI SICUREZZA E ARCOBALENO)
TITOLO PROGETTO	Trasporto Sociale
OBIETTIVI	Favorire la domiciliarità Agevolare l'integrazione sociale delle persone anziane fragili attraverso l'accompagnamento all'esterno; Sostenere l'anziano sprovvisto di una rete familiare di supporto adeguata a mantenere e/o migliorare la proprie condizioni di salute Supportare le famiglie che svolgono attività lavorativa ed hanno difficoltà all'accompagnamento dei familiari all'esterno
TARGeT: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: anziani in carico ai Servizi Sociali Indiretto: familiari conviventi e non conviventi
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche erogate dal COeSO per conto dei Comuni dell'Area Grossetana; Risorse professionali- Servizio Sociale del COeSO per la valutazione della domanda;
FINANZIATORI	COeSO per conto dei Comuni dell'Area Grossetana come risulta dai contratti di servizio
COLLABORAZIONI	ATI
TEMPI	Immediatamente dopo la valutazione del bisogno da parte dell'assistente sociale competente per territorio
CRITERI DI VALUTAZIONE	È valutato come un valido servizio per il supporto alla domiciliarità
OSSERVAZIONI	Responsabile del progetto: Coll.re amm.vo Pierpaolo Giorgi

PROGETTO “ATTIVITA’ ASSISTENZIALI INTEGRATIVE – AUSER “

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO ASSOC. AUSER “FILO D'ARGENTO”
TITOLO PROGETTO	Attività Assistenziali Integrative
OBIETTIVI	sostenere gli anziani soli o con scarsa rete familiare per semplici prestazioni assistenziali: accompagnamento visite mediche, ritiro farmaci e presidi sanitari, accompagnamento per commissioni, compagnia ... favorire il mantenimento della domiciliarità monitorare gli anziani in condizione di solitudine
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Persone anziane sole o con scarsa rete familiare o parentale di supporto
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche – COeSO Risorse professionali – Assistenti sociali del COeSO che hanno in carico gli anziani Volontari anziani iscritti all'Associazione AUSER
FINANZIATORI	COeSO per conto dei Comuni di Grosseto, Roccastrada e Scansano
COLLABORAZIONI	Associazione AUSER “Filo d'Argento”
TEMPI	La convenzione è valida per l'intero anno solare
CRITERI DI VALUTAZIONE	Gli anziani che usufruiscono del servizio e il COeSO valutano in maniera molto positiva il servizio integrativo svolto dai volontari anch'essi anziani poichè rappresenta una ulteriore risorsa del sistema integrato dei servizi Da gennaio ad oggi l'Associazione AUSER ha fornito risposte integrative a 113 anziani
responsabile del progetto	Assistente sociale del COeSO Silvia Preziosi

PROGETTO “SERVIZIO RESIDENZIALE PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – COMUNE DI CASTIGLIONE DELLA PESCAIA
TITOLO PROGETTO	SERVIZIO RESIDENZIALE per anziani autosufficienti (10 posti)
OBIETTIVI	Ospitalità e assistenza agli anziani autosufficienti in condizione di rischio sanitario e disagio sociale, sprovvisti di una rete familiare di supporto
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto- Anziani autosufficienti non assistibili a domicilio perché sprovvisti di una adeguata rete familiare e/o parentale di supporto
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: COeSO; Risorsa professionali: Servizio Sociale del COeSO Cooperativa Arcobaleno; CAMST; infermieri professionali ASL 9; Comune di Castiglione della Pescaia per manutenzione struttura, Risorse comunitarie: Misericordia di Buriano, Centro Anziani e Proloco di Castiglione della Pescaia;
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Coop.va Sociale Arcobaleno, Coop.va CAMST; AUSL 9, Associazioni di volontariato, altre agenzie convenzionate
TEMPI	I tempi di ammissione sono legati alla disponibilità dei posti letto
CRITERI DI VALUTAZIONE	
OSSERVAZIONI	Ref. della struttura Assistente sociale Mina Mari

PROGETTO “SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	Servizio semiresidenziale diurno per anziani autosufficienti in condizione di disagio, presso la Casa di riposo “F.Ferrucci” (10 posti)
OBIETTIVI	Accogliere e assistere le persone anziane autosufficienti in condizione di disagio sociale o di salute per alcune ore nell'arco della giornata (dalle ore 8,30 alle ore 18,30) in grado di fare rientro presso il proprio domicilio.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: n. 10 anziani autosufficienti
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: COeSO Risorse Professionali: personale dipendente del Comune di Grosseto; ATI; Cooperativa Solidarietà è Crescita, Servizio Sociale del COeSO , Altre agenzie che gestiscono servizi appaltati Comunitarie: Volontari dell'AVO; altre associazioni di volontariato
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Comune di Grosseto, ATI, Coop.va Solidarietà è Crescita, Altre agenzie
TEMPI	L'inserimento avviene su progetto personalizzato e prevede una frequenza personalizzata
CRITERI DI VALUTAZIONE	Servizio di supporto alla domiciliarità, richiesto dagli anziani che presentano temporanei disagi sia di natura sociale che legati alle condizioni di salute
OSSERVAZIONI	I 10 posti diurni sembrano attualmente sufficienti a coprire il bisogno soprattutto se i servizi di supporto alla domiciliarità vengono incrementati

PROGETTO “SERVIZIO RESIDENZIALE PER NON AUTOSUFFICIENTI (senza quota sanitaria)”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO- COMUNE DI GROSSETO
TITOLO PROGETTO	Servizio residenziale “F.Ferrucci” di Grosseto
OBIETTIVI	Accoglienza di anziani con PAP predisposto dalla U.V.M. che necessitano di assistenza continuativa nell’arco delle 24 ore, non erogabile a domicilio perché soli o sprovvisti di rete familiare adeguata
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: anziani in condizione di bisogno assistenziale, valutati dalla U.V.M.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche – COeSO Professionali – personale dipendente ATI (Porta aperta, Uscita di Sicurezza e Arcobaleno) Cooperativa Solidarietà è crescita Servizio Sociale del COeSO Comunitarie: Volontari dell’AVO Altre associazioni di volontariato
FINANZIATORI	COeSO Fondazione MPS per il finanziamento di uno specifico progetto
COLLABORAZIONI	ATI, Coop.va Solidarietà è Crescita, Società Dussman, etc.
TEMPI	L’inserimento in struttura dovrebbe avvenire entro un tempo max di 30 giorni dalla valutazione multidimensionale del bisogno e dalla formulazione del PAP.
CRITERI DI VALUTAZIONE	È un livello essenziale di assistenza per le persone anziane e/o disabili che non possono fare riferimento ad una rete familiare o parentale in grado di prendersi cura del proprio congiunto
OSSERVAZIONI	Lunghe liste di attesa pregresse

PROGETTO “SERVIZIO RESIDENZIALE PER AUTOSUFFICIENTI – FERRUCCI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	Residenzialità per anziani autosufficienti presso la Casa di riposo “F.Ferrucci” di Grosseto (20 posti)
OBIETTIVI	Ospitalità e assistenza agli anziani autosufficienti in condizione di rischio sanitario e disagio sociale sprovvisti di una rete familiare di supporto
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto- anziani autosufficienti non assistibili a domicilio
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche - COeSO Professionali: 1) personale dipendente del Comune di Grosseto assegnato funzionalmente al COeSO 2) Cooperativa Solidarietà è Crescita per la fornitura dei pasti 3) Servizio Sociale del COeSO, 4) Altre agenzie per servizi appaltati Comunitarie : Volontari dell'AVO; Altre associazioni di volontariato
FINANZIATORI	COeSO Fondazione MPS per il finanziamento di alcuni progetti
COLLABORAZIONI	ATI, Coop.va Solidarietà è Crescita, Agenzie per servizi appaltati
TEMPI	I tempi di ammissione sono legati alla disponibilità dei posti letto
CRITERI DI VALUTAZIONE	
OSSERVAZIONI	I posti per autosufficienti potrebbero essere ridotti e ampliati quelli per non auto sufficienti. I posti letto per autosufficienti potrebbero essere usati in via temporanea e comunque favorire il rientro a casa dell'anziano con un adeguato supporto domiciliare, superata la fase del disagio legata alle condizioni di vita e di salute.

3 Laboratorio disabili

3.1 Profilo di salute

Dimensioni e caratteristiche: la stima del numero di disabili

Il primo problema che va evidenziato è che a livello locale non esistono fonti attendibili che ci dicano quanti siano i disabili presenti nell'Area Grossetana. Le fonti amministrative disponibili sono essenzialmente due:

- i dati INPS sulle pensioni di invalidità e sugli assegni di accompagnamento;
- le schede di rilevazione sui disabili certificati ai sensi della legge 104/1992.

Entrambi non riescono a cogliere il fenomeno della disabilità in modo preciso. È possibile, tuttavia, avere almeno l'ordine di grandezza dell'utenza potenziale a cui i servizi dovranno dare una risposta utilizzando l'indagine nazionale Istat sulle condizioni di salute²⁷, come è stato fatto recentemente dall'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto²⁸. In base a queste stime, il numero di disabili che ci si aspetterebbe di contare, tra disabili in famiglia e disabili in residenze socio-assistenziali nei comuni dell'Area Grossetana, è pari a **6.432**, di cui **1.245** con meno di 65 anni e 210 con meno di 18 anni.

Tabella 25: Tassi di disabilità e stima dei disabili residenti nella provincia di Grosseto per classe di età e zona socio-sanitaria. Anno 2005

Fascia d'età	Amiata	Albegna	Metallifere	Grossetana	Totale provincia
0-5	9	29	25	62	125
6-14	17	54	43	111	226
15-44	59	173	146	354	732
45-64	126	365	315	718	1.525
65-74	253	598	533	1.136	2.520
75-79	266	545	487	993	2.291
80 e più	941	1.728	1.611	3.058	7.338
Disabili in famiglia	1.671	3.492	3.162	6.432	14.757
<i>Disabili in residenze s.a.</i>					510
Totale disabili stimati					15.267
<i>Di cui minori di 65</i>	211	622	530	1.245	2.608
<i>Di cui minori di 18</i>	32	101	83	210	427

Fonte: OPS Grosseto, 2007, p. 15

In base alle fonti amministrative ufficiali disponibili si può constatare che:

- il numero di disabili stimato (vale a dire “atteso”) per la fascia di età 6-14, cioè quella corrispondente alla scuola dell'obbligo, è di 111 bambini; quello risultante

²⁷ Istat, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari* (anno 2005), Statistiche in breve, Roma, 2007 (vedi: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/).

²⁸ OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *Disabilità a Grosseto: dati disponibili e spunti di analisi. Un approfondimento tematico sulla disabilità nel territorio provinciale*, 2007 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>)

dalle statistiche del Ministero dell'Istruzione nell'anno scolastico 2005-2006 è di 57 alunni nelle scuole elementari e di 50 nelle scuole medie, per un totale di 107 bambini, una cifra molto vicina a quella attesa;

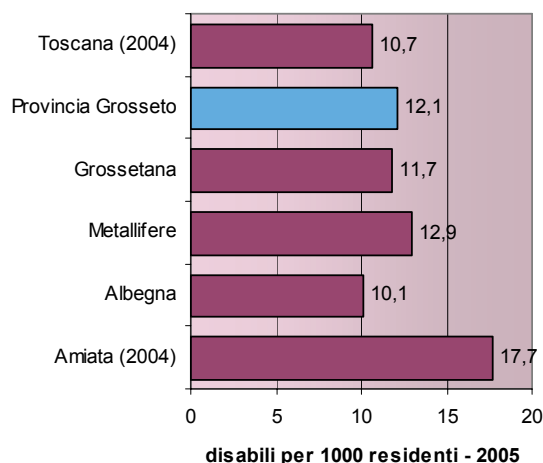
- il numero di disabili tra 0 e 64 anni conosciuti dai servizi, quali risultanti dalle schede delle Commissioni di valutazione previste dalla l. 104/1992, è al 2005 di 930 soggetti, una cifra inferiore a quella attesa (1.245);
- le pensioni di invalidità civile (o meglio i trattamenti pensionistici per invalidità civile) intestate a residenti nei comuni dell'Area Grossetana nel 2005 erano 4.432, ovvero il 69% del totale dei disabili stimato.

In conclusione, possiamo dire che viene confermato anche a Grosseto il consistente, e già noto, limite delle statistiche disponibili sulla disabilità; statistiche che, oltre a non fornire indicazioni sui bisogni della popolazione disabile, risultano poco rappresentative circa la dimensione reale del fenomeno. Tuttavia, nell'ipotesi che i fattori di distorsione delle diverse fonti amministrative disponibili agiscano nello stesso modo nei differenti territori, è possibile utilizzare tali dati per valutare alcune caratteristiche del fenomeno.

I dati delle Commissioni di Valutazione della legge 104/1992

I dati forniti dalla rilevazione dell'attività delle Commissioni di Valutazione dell'handicap previste dalla legge 104/1992 ci offrono alcuni elementi interessanti. Innanzitutto, i dati consentono una comparazione sulla diffusione del fenomeno per quanto conosciuto dai servizi nelle diverse aree del territorio regionale. Come si può notare dalla Figura 76, i disabili tra 0 e 64 anni conosciuti dai servizi rappresentano il 12,1 per 1000 dei residenti nella stessa fascia di età a livello provinciale, una cifra superiore alla media regionale. Nell'Area Grossetana la quota è leggermente più bassa della media provinciale, ma comunque superiore a quella regionale.

Figura 76: Percentuale di disabili tra 0 e 64 anni conosciuti dai servizi su 1000 residenti tra 0 e 64 anni per zona socio-sanitaria al 31/12/2005

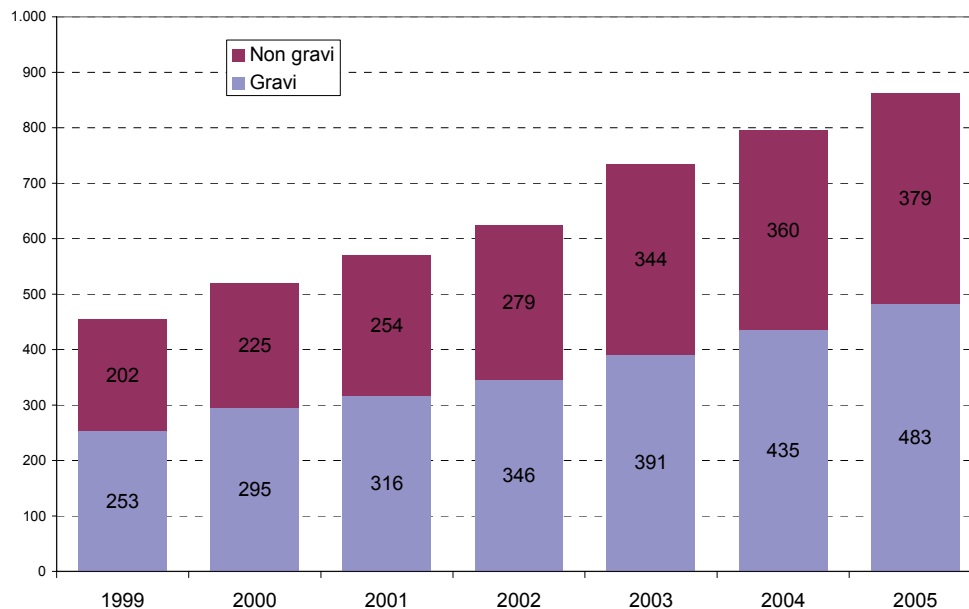


Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007, su dati Inps Grosseto.

In secondo luogo i dati segnalano un trend di crescita continua dal 1999 al 2005,

peraltro analogo a quanto si registra in tutta la regione e nelle altre zone della provincia.

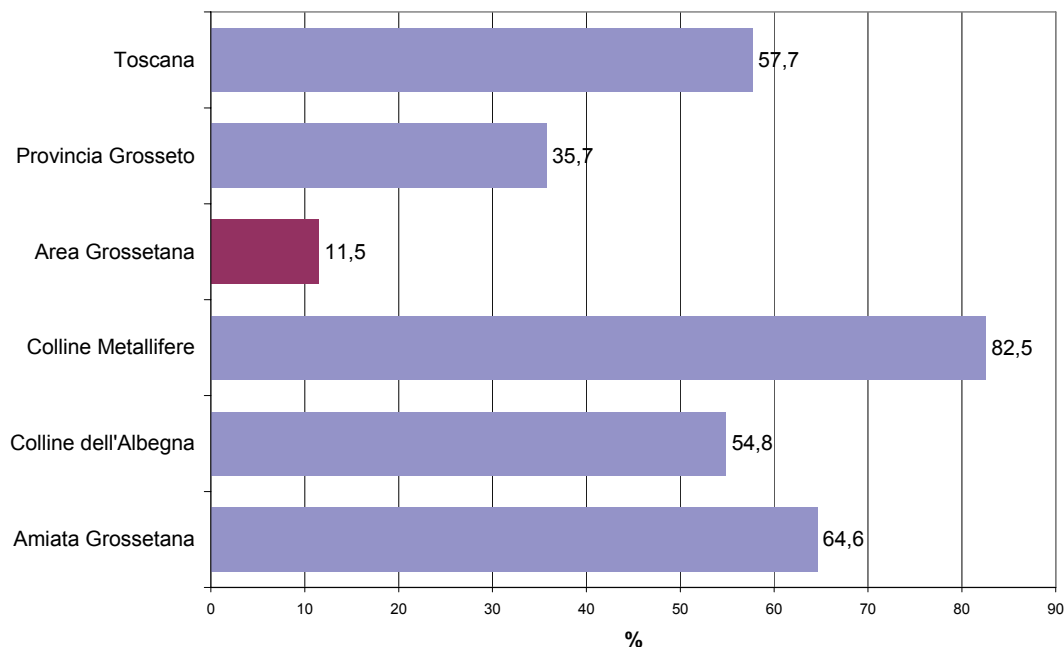
Figura 77: Evoluzione del numero di disabili valutati dalle Commissioni di Valutazione dell'handicap previste dalla legge 104/1992 secondo il livello di gravità



Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

La capacità dei servizi di intercettare una quota sempre più ampia del fenomeno attraverso le valutazioni delle Commissioni previste dalla legge 104/1992 (evidenziato nei paragrafi precedenti), nell'Area Grossetana non sembra tradursi in una piena applicazione degli interventi previsti dalla legge stessa. La Figura 78 evidenzia, infatti, che in quest'area il numero di PARG (Progetto Abilitativo Riabilitativo Globale), in relazione ai disabili accertati, è il più basso di tutta la provincia (ma anche di tutta la Toscana).

Figura 78: Percentuale di PARG attivati rispetto al numero di disabili accertati nel 2005



Fonte: Elaborazioni su dati OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007

Nel 2005 sono stati attivati 99 PARG, corrispondenti appena al 11,5% dei disabili accertati. Nella zona delle Colline Metallifere nello stesso anno ne erano stati attivati 264, pari all'82,5% dei disabili accertati. La media regionale di PARG sui disabili accertati è del 58%.

Altri dati²⁹ attestano che nell'area gli interventi a favore dei disabili sono comunque numerosi e articolati, ma è indubbio che qualcosa nel meccanismo di funzionamento dei servizi vada rivisto e migliorato, come peraltro evidenziato durante gli incontri del Laboratorio Disabili (vedi par. "Una sintesi delle criticità emerse", p. 124). DA VERIFICARE

²⁹ Secondo i dati forniti dai Servizi Sociali al 31/12/2007 nella zona sociosanitaria 4, sono in carico ai servizi 234 persone; di queste 225 sono state valutate in condizioni di gravità. Inoltre, su 234, 27 sono nuovi casi. La spesa complessiva risulta essere pari a 1.281.295,55 €, per una spesa pro capite annua di 5.475,63 € sostenuta dal COeSO. Per quanto riguarda i posti disponibili per la disabilità, la zona 4 nel 2007 dispone di 28 posti in RSA per adulti diversamente abili. (Cfr. Verbale Laboratorio disabilità n. 1, Gruppo di lavoro per la costruzione del PIS del 3/7/2008).

Le pensioni di invalidità

La crescita del numero di disabili valutati dalle Commissioni ex legge 104/1992 è probabilmente dovuto, oltre che ai limiti del tipo di fonte, anche al fatto che i servizi in questi anni hanno accresciuto la loro capacità di intercettare il fenomeno sul territorio. La crescita dell'utenza disabile "riconosciuta" dalla Pubblica Amministrazione è confermata anche dai dati sulle pensioni di invalidità (Tabella 26) passate nell'Area Grossetana da 3.399 nel 2000 a 4.432 nel 2005.

Tabella 26: Pensioni di invalidità dal 2000 al 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per zona socio-sanitaria e per fasce di età

Zone socio-sanitarie	Pensioni invalidità 0-17 anni											
	valori assoluti						per 100 residenti 0-17 anni					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amiata Grossetana	21	21	21	20	21	28	1,1	1,0	1,0	0,9	1,0	1,3
Colline dell'Albegna	54	60	60	57	53	64	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9
Colline Metallifere	47	52	55	48	47	59	0,9	1,0	1,0	0,9	0,8	1,0
Grossetana	124	131	133	132	130	153	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	1,1
Provincia GR	246	264	269	257	251	304	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0

Zone socio-sanitarie	Pensioni invalidità 18-29 anni											
	valori assoluti						per 100 residenti 18-29 anni					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amiata Grossetana	15	19	17	16	16	16	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8
Colline dell'Albegna	69	74	67	65	61	66	0,9	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1
Colline Metallifere	51	49	47	50	47	49	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Grossetana	116	122	109	111	109	132	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,1
Provincia GR	251	264	240	242	233	263	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0

Zone socio-sanitarie	Pensioni invalidità 30-64 anni											
	valori assoluti						per 100 residenti 30-64 anni					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amiata Grossetana	208	232	225	227	219	237	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5	2,7
Colline dell'Albegna	545	576	556	570	562	651	2,1	2,3	2,2	2,2	2,1	2,5
Colline Metallifere	434	471	503	535	515	615	2,0	2,2	2,3	2,4	2,3	2,7
Grossetana	988	1.028	1.067	1.089	1.052	1.218	1,9	2,1	2,2	2,1	2,0	2,3
Provincia GR	2.175	2.307	2.351	2.421	2.348	2.721	2,0	2,2	2,2	2,3	2,1	2,5

Zone socio-sanitarie	Pensioni invalidità 65 anni e oltre											
	valori assoluti						Per 100 residenti 65 e oltre					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amiata Grossetana	581	778	816	841	819	853	11,0	12,7	13,2	13,6	13,3	13,9
Colline dell'Albegna	1.189	1.330	1.460	1.552	1.576	1.738	9,7	11,1	11,8	12,3	12,2	13,4
Colline Metallifere	737	944	1.119	1.269	1.229	1.374	6,7	8,6	9,9	11,0	10,6	11,7
Grossetana	2.171	2.304	2.569	2.761	2.715	2.929	9,6	11	12	11,9	11,6	12,2
Provincia GR	4.678	5.356	5.964	6.423	6.339	6.894	9,2	10,5	11,4	12,0	11,7	12,6

Zone socio-sanitarie	Totale pensioni invalidità											
	valori assoluti						per 100 residenti					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amiata Grossetana	825	1.050	1.079	1.104	1.075	1.134	4,3	5,5	5,6	5,7	5,6	5,9
Colline dell'Albegna	1.857	2.040	2.143	2.244	2.252	2.519	3,7	4,0	4,2	4,3	4,3	4,8
Colline Metallifere	1.269	1.516	1.724	1.902	1.838	2.097	2,9	3,5	3,9	4,3	4,1	4,7
Grossetana	3.399	3.585	3.878	4.093	4.006	4.432	3,5	4	4	4,1	3,9	4,3
Provincia GR	7.350	8.191	8.824	9.343	9.171	10.182	3,5	3,9	4,2	4,3	4,2	4,6

Fonte: OPS Grosseto, Dossier statistico 2007 (elaborazioni OPS su dati INPS di Grosseto)

La crescita riguarda tutte le fasce di età ed è ovviamente più consistente nella fascia più anziana, a causa della crescita del peso degli anziani oltre i 75 anni. In mancanza di altre informazioni è difficile dire se questa crescita delle pensioni di invalidità corrisponda effettivamente a una crescita del fenomeno. La crescita può essere infatti dovuta a cambiamenti nella normativa e nella sua applicazione o a una maggior propensione delle persone a chiedere il beneficio della pensione.

Tabella 27: Pensioni di invalidità nel 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per fascia di età e per comune nell'Area Grossetana

Comuni	valori assoluti				per 100 residenti			
	0-17	18-29	30-64	65+	0-17	18-29	30-64	65+
Campagnatico	8	1	30	86	2,5	0,4	2,3	13,5
Castiglione della Pescaia	14	13	78	152	1,5	1,7	2,0	8,0
Civitella Paganico	5	2	30	115	1,2	0,6	2,1	13,8
Grosseto	112	107	908	2.081	1,0	1,2	2,3	12,4
Roccamare	10	6	114	320	0,8	0,6	2,5	12,8
Scansano	4	3	58	175	0,8	0,6	2,6	14,3
Zona Grossetana	153	132	1.218	2.929	1,1	1,1	2,3	12,2
Provincia di Grosseto	304	263	2.721	6.894	1,0	1,0	2,5	12,6

Fonte: OPS Grosseto, Dossier statistico 2007 (elaborazioni OPS su dati INPS di Grosseto)

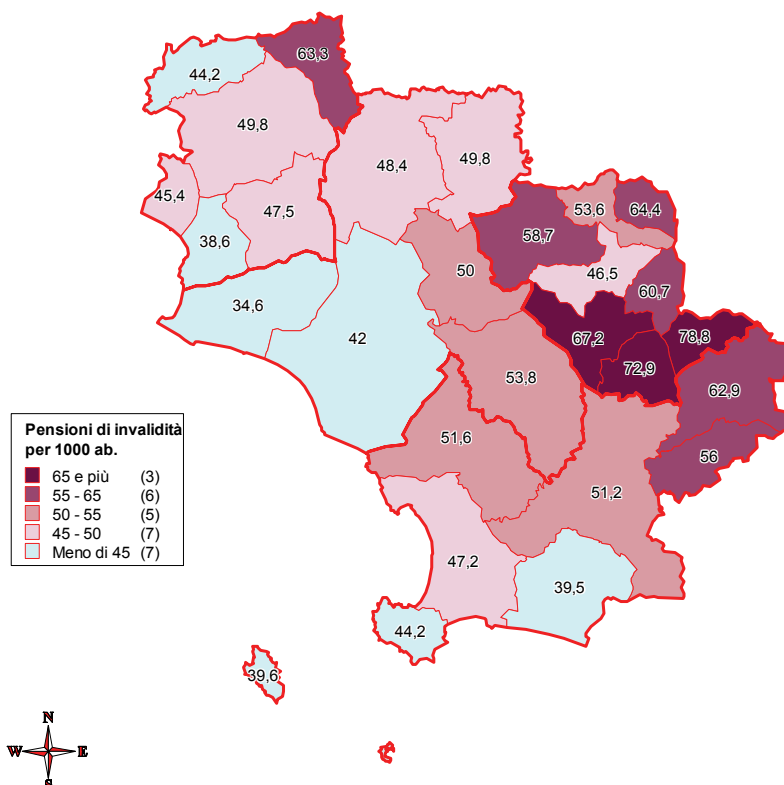
Tabella 28: Pensioni di invalidità nel 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per fascia di età e per tipologia di disabilità nell'Area Grossetana

Comuni	valori %				valori assoluti			
	ciechi	sordom uti	ciechi	sordom uti	ciechi	sordom uti	ciechi	sordom uti
Campagnatico	1	1	1	1	0,8	0,8	98,4	100,0
Castiglione della Pescaia	9	7	9	7	3,5	2,7	93,8	100,0
Civitella Paganico	9	2	9	2	5,9	1,3	92,8	100,0
Grosseto	132	71	132	71	4,1	2,2	93,7	100,0
Roccamare	21	5	21	5	4,7	1,1	94,2	100,0
Scansano	9	1	9	1	3,8	0,4	95,8	100,0
Zona Grossetana	181	87	181	87	4,1	2,0	94,0	100,0
Provincia di Grosseto	418	141	418	141	4,1	1,4	94,5	100,0

Fonte: OPS Grosseto, Dossier statistico 2007 (elaborazioni OPS su dati INPS di Grosseto)

Per quanto riguarda la diffusione sul territorio, la Figura 79 ci consente di osservare come il fenomeno dell'invalidità si manifesti con intensità molto diverse a seconda del comune di residenza. Nell'Area Grossetana l'incidenza delle pensioni di invalidità per 1000 abitanti è più bassa della media provinciale, anche per la più giovane struttura per età che la caratterizza rispetto alle altre zone.

Figura 79: La diffusione dell'invalidità sul territorio. Pensioni di invalidità (ciechi, sordomuti, invalidi civili) per 1000 residenti al 31/12/2005



Fonte: OPS Grosseto, Dossier 2007, su dati Inps Grosseto

Studenti con disabilità a Grosseto: alcune caratteristiche

Nella provincia di Grosseto nell'anno scolastico 2005/06 si registrano 405 alunni portatori di handicap; la quasi totalità è iscritta alla scuola statale e solo il 2,5% del totale si rivolge a strutture non statali.

In merito alla diffusione delle varie forme di handicap alcuni soggetti sono portatori contemporaneamente di tipologie diverse di handicap (si riscontrano infatti 417 tipologie di disabilità a fronte di 405 disabili). Tra di esse, l'handicap psico-fisico è senza dubbio il più diffuso, seguito, anche se con un gap assai ampio tra loro, dall'handicap uditivo prima e da quello visivo dopo.

Tabella 29: Alunni disabili nella provincia di Grosseto per tipologia di handicap e ordine di scuola. A.s. 2005/06 (valori assoluti)

Ordine di scuola	Tipologia di Handicap			Totale handicap	Totale disabili
	visivo	uditivo	psico-fisico		
Infanzia	1	3	47	51	39
Primaria	4	5	124	133	133
Secondaria I grado	3	3	112	118	118
Secondaria II grado	2	6	107	115	115
Totale	10	17	390	417	405

Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero dell'Università e della Ricerca

Per quanto attiene poi alla distribuzione degli alunni disabili nelle scuole in relazione alla tipologia di handicap da cui sono affetti, è possibile rilevare quanto segue: per l'intera provincia di Grosseto, la presenza più consistente di alunni disabili si registra all'interno delle scuole elementari, dove questi sono presenti in una percentuale pari al 32,8% del totale alunni disabili iscritti, mentre le materne ne ospitano di questi solo il 9,6%. Gli alunni affetti da handicap visivi sono più numerosi alle elementari, mentre gli handicap uditivi sono più numerosi alle superiori

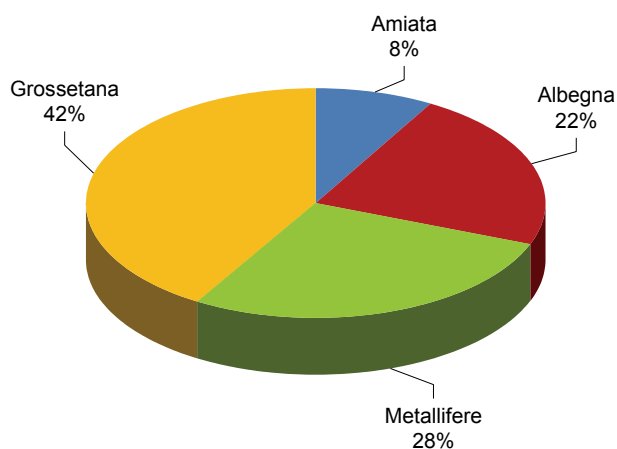
Tabella 30: Alunni disabili nella provincia di Grosseto per tipologia di handicap e ordine di scuola. A.s. 2005/06 (valori %)

Ordine di scuola	Tipologia di Handicap			Totale disabili
	visivo	uditivo	psico-fisico	
Infanzia	10,0	17,6	12,1	9,6
Primaria	40,0	29,4	31,8	32,8
Secondaria I grado	30,0	17,6	28,7	29,1
Secondaria II grado	20,0	35,3	27,4	28,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero dell'Università e della Ricerca

La presenza di alunni disabili iscritti nelle scuole che insistono sulle quattro zone socio-sanitarie della provincia di Grosseto, si distribuisce così come si evince dal grafico nella figura 80: il 42% degli alunni disabili frequenta le scuole della zona Grossetana, sicuramente quella dove si concentra il maggior numero di scuole presenti nell'intero territorio provinciale; seguono le Colline Metallifere, presso le cui scuole è presente il 28% degli alunni disabili della provincia, e l'Albegna, le cui scuole ospitano il 22% degli alunni disabili; nelle scuole dell'Amiata, infine, è presente il restante 8%.

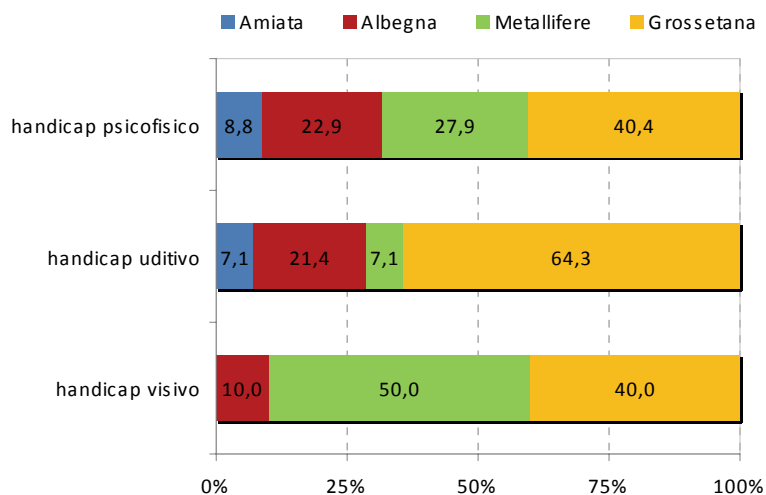
Figura 80: Distribuzione degli alunni disabili per zona socio-sanitaria. A.s. 2005/06 (valori %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero dell'Università e della Ricerca

Se si osserva poi la distribuzione delle varie tipologie di handicap individuate tra gli alunni disabili della provincia di Grosseto, sia l'handicap uditivo che quello psico-fisico risultano presenti, in prevalenza, nella zona grossetana, per quanto il primo più del secondo: 64,3% a fronte di 40,4%. L'handicap visivo poi è maggiormente rilevato nella zona delle Colline Metallifere (50%), ed è invece completamente assente nella zona dell'Amiata.

Figura 81: Distribuzione degli alunni disabili per zona socio-sanitaria e tipologia di handicap. A.s. 2005/06



Fonte: nostre elaborazioni su dati Ministero dell'Università e della Ricerca

L'organizzazione dei servizi sul territorio

Per il territorio dell'ASL 9 di Grosseto, GOIF (Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale) e GOM (Gruppo Operativo Multidisciplinare) sono gli organismi attraverso cui l'Azienda Ospedaliera garantisce gli interventi alle persone affette da disabilità, attraverso strumenti di integrazione di prestazioni sanitarie, socio- sanitarie e socio-assistenziali.

In particolare, il GOIF, costituito per ogni zona-distretto, dispone di competenze professionali afferenti gli ambiti di Neuropsichiatria infantile, Medicina e Pediatria di Base, Psicologia e Psichiatria, Riabilitazione Neurologica e Funzionale, e Assistenza Sociale. I compiti del GOIF sono essenzialmente azioni di:

- programmazione e coordinamento degli interventi assistenziali socio-sanitari sull'handicap;
- creazione di reti di collaborazione con Comuni, Province, Scuole ed altri enti;
- cura dei rapporti con le Commissioni per l'accertamento dell'handicap;
- promozione di rapporti con le associazioni di volontariato e con le associazioni di categoria dei portatori di handicap;
- verifica del rispetto delle procedure, oltre che dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni che da tali procedure derivano.

Sono operativi, inoltre, gli interventi connessi alla Salute Mentale, attivi in ogni distretto-zona presso le Unità Funzionali di Riferimento, e facenti capo all'Area della Salute Mentale (afferente al Dipartimento della Prevenzione e della Tutela del Disagio), ovvero la risposta territoriale ai bisogni di salute mentale dei cittadini che garantisce unitarietà dei percorsi assistenziali e di prevenzione. All'Area della Salute Mentale afferiscono poi le Unità Funzionali Salute Mentale Adulti (UFSMA) e Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA), le quali promuovono un approccio integrato di più professionalità, come psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, infermieri professionali e terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, e amministrativi per assicurare interventi globali e percorsi assistenziali a più livelli. L'Area della Salute Mentale provvede quindi alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione degli adulti con disturbi psichici e dei minori con disturbi neuropsichici, avendo cura della loro integrazione sociale e del sostegno alle loro rispettive famiglie. In particolare, le UFSMIA assolvono al debito istituzionale delle procedure (certificazioni, diagnosi funzionali, piani educativi individualizzati etc.) e degli incontri (almeno due incontri AUSL-famiglia-scuola-enti locali nel corso dell'anno scolastico) previsti ai sensi della Legge 104/93 per l'integrazione scolastica, garantendo la presa in carico dei minori con handicap (158 casi nel 2007) e dei loro bisogni assistenziali, compresi quelli abilitativi/riabilitativi (fisioterapia e logopedia)

Gli interventi promossi agiscono a vario livello e prevedono prestazioni di vario tipo, quali prime consulenze, valutazioni e test neuropsicologici, psicoterapia, inserimenti in Centri Diurni e strutture residenziali per programmi terapeutico-riabilitativi, etc. La rete di servizi per la Salute mentale in Toscana si costruisce poi attraverso i Centri

di Salute Mentale, le Strutture semiresidenziali, i Centri Diurni e le strutture residenziali.

I Centri di Salute Mentale, accolgono e prendono in carico i pazienti, assicurando loro assistenza e interventi, e definendo e attuando i programmi terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi, in collaborazione con le diverse professionalità che, per ogni singolo caso, si richiedono.

Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.), ubicato presso il presidio ospedaliero di zona, assicura il trattamento in condizioni di degenza ospedaliera e svolge le funzioni di ricovero in trattamento sanitario volontario (TSV) e obbligatorio (TSO).

Le Strutture semiresidenziali, sulla base di programmi individuali di breve, medio o lungo periodo, garantiscono assistenza a coloro che necessitano di interventi di cura e/o riabilitazione nell'arco delle ore diurne, laddove invece il Centro Diurno svolge funzioni terapeutico-riabilitative sulla base di programmi individuali orientati a promuovere l'acquisizione di maggiori livelli di autonomia e di competenza sociali.

Le strutture residenziali, infine, sono strutture extra ospedaliere che realizzano programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, di esclusiva competenza psichiatrica, per pazienti che necessitano di residenzialità per tempi definiti secondo il piano terapeutico-riabilitativo individuale, ovvero per il trattamento di situazioni di acuzie per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero.

La spesa sociale per i disabili

Il dato ufficiale più recente disponibile su quanto si spende in servizi sociali per i disabili è quello della rilevazione dell'Istat e della Regione Toscana sulla spesa sociale dei Comuni, relativo al 2004; un dato un po' vecchio, ma che ci consente di evidenziare alcune criticità ed avere utili indicazioni.³⁰

Tabella 31: Spesa per interventi e servizi sociali per area di utenza e zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro)

Zona socio-sanitaria	Area di utenza							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povertà e Disagio adulti	Immigrati e Nomadi	Dipendenze	Multi-utenza	
Amiata	906.973	381.507	362.318	0	29.855	26.571	156.432	1.863.656
Albegna	932.587	682.840	575.797	233.215	24.049	33.092	164.423	2.646.003
Metallifere	955.501	725.630	613.000	159.567	21.050	50.819	264.908	2.790.475
Grossetana	3.979.895	2.550.870	1.519.825	267.700	81.957	37.271	448.994	8.886.512
Provincia GR	6.774.956	4.340.847	3.070.940	660.482	156.911	147.753	1.034.757	16.186.646

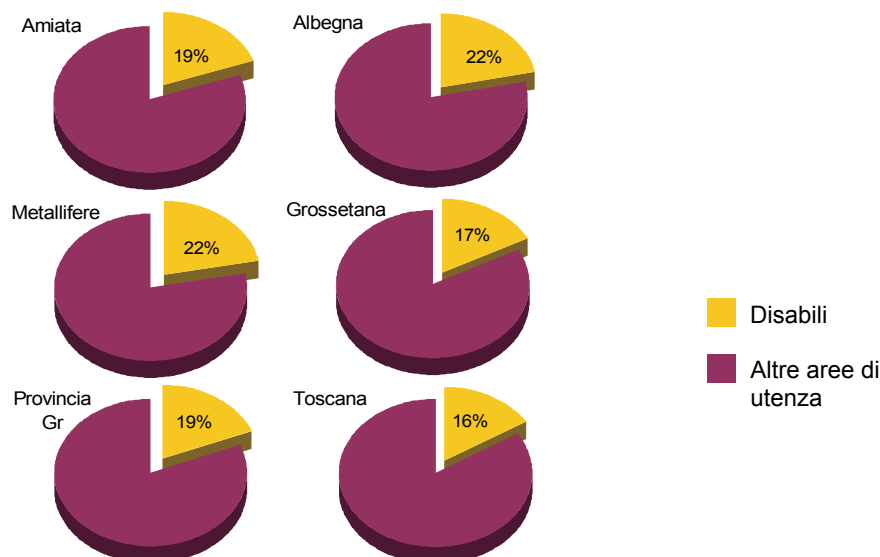
Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

Come già accennato in precedenza (cfr. Profilo Salute Generale) tutte le zone della provincia di Grosseto spendono meno della media regionale (75 euro pro-capite contro 116); nell'Area Grossetana si spende un po' più della media provinciale (88 euro p.c.) ma comunque sempre molto al di sotto della media regionale. Nell'Area

³⁰ Per una complessiva valutazione della spesa sociale nella provincia di Grosseto per zona socio-sanitaria si veda: OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *La spesa sociale nella provincia di Grosseto attraverso le statistiche. Focus tematico n. 3*, 2008 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>)

Grossetana degli 8,9 milioni di euro spesi complessivamente nel 2004 per il sociale, le risorse destinate ai disabili erano 1,5 milioni di euro, il 17% del totale.

Figura 82: Spesa per interventi e servizi sociali per l'area "disabili" e per le altre aree di utenza, per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori %)



Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

Tabella 32: Spesa per interventi e servizi sociali per area di utenza e zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro pro-capite ^{*31})

Zona socio-sanitaria	Area di utenza							Totale
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povertà e Disagio adulti	Immigrati e Nomadi	Dipendenze	Multi-utenza	
Amiata	144,8	61,8	2.373,1	0,0	29,6	1,5	8,1	96,6
Albegna	55,2	53,6	1.266,8	7,2	15,3	0,7	3,2	50,9
Metallifere	66,0	63,0	1.596,3	5,8	11,2	1,3	5,9	62,5
Grossetana	120,8	109,3	1.678,9	4,2	21,1	0,4	4,4	87,9
Provincia GR	96,0	80,7	1.619,3	4,7	18,8	0,8	4,8	74,6
Toscana	126,0	134,4	2.079,2	13,3	54,6	0,8	11,6	116,1

Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

Rapportato al numero stimato di disabili residenti, la spesa pro-capite è di circa 1.679 euro, la seconda più elevata a livello provinciale, ma molto più bassa della media regionale.

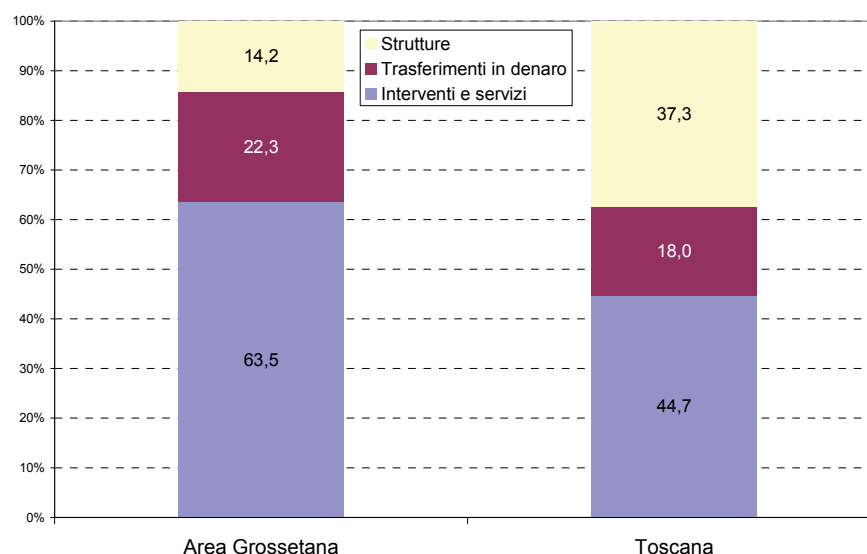
In che attività e servizi vengono spesi questi soldi? L'Area Grossetana si caratterizza, rispetto alle altre zone della Toscana, per una spesa concentrata più sui servizi e gli interventi³² e i trasferimenti in denaro e meno sulle strutture residenziali e semi-residenziali³³.

³¹ Rapporto tra spesa e popolazione di riferimento di ogni area di utenza.

³² La categoria comprende: attività di servizio sociale professionale, servizi per l'integrazione sociale, interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili, assistenza domiciliare e servizi di supporto.

³³ La categoria comprende: Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale (Centri Diurni, centri di aggregazione, etc.) e strutture comunitarie e residenziali.

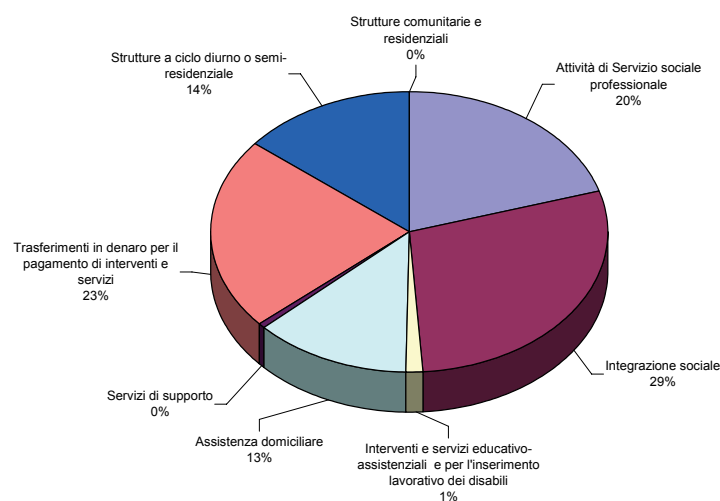
Figura 83: Distribuzione della spesa sociale per i disabili per macro-area di attività. Confronto tra Area Grossetana e Toscana



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Istat-Regione Toscana, Rilevazione della

Nell'Area Grossetana la spesa per disabili è concentrata soprattutto nel servizio sociale professionale (20% contro il 3% medio regionale), negli interventi di integrazione sociale³⁴ (29% contro 6% medio regionale); è leggermente più elevata nell'assistenza domiciliare (13% contro 10%) e nei trasferimenti in denaro (23% contro 18%).

Figura 84: Ripartizione della spesa sociale per i disabili per macro-area di intervento nell'Area Grossetana

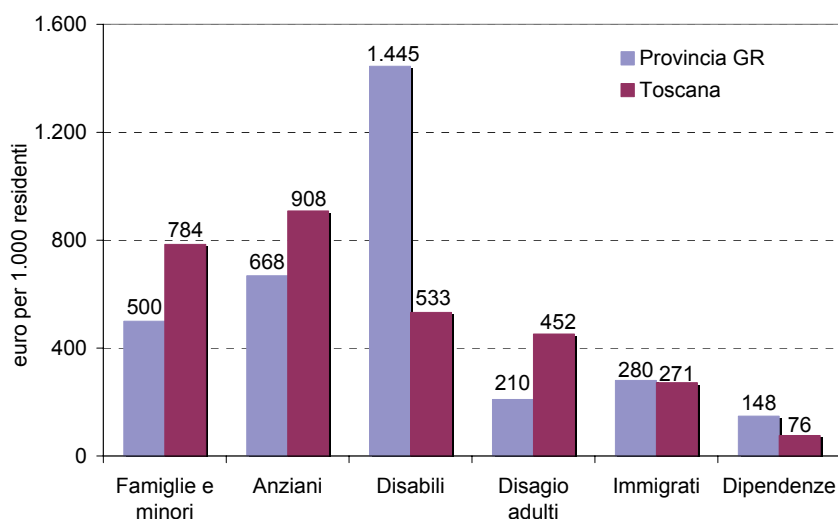


Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

³⁴ Interventi per l'integrazione di soggetti a rischio, attività ricreative, etc.

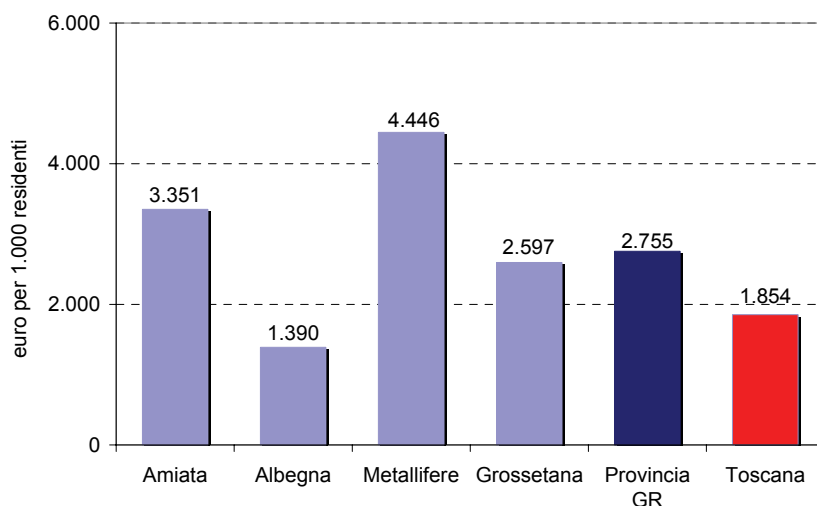
La spesa per le strutture è invece particolarmente bassa rispetto alla media regionale (14,2% contro 37,3%)³⁵, a conferma di un fatto evidenziato più volte anche nel corso degli incontri di preparazione del PIS: la carenza delle strutture residenziali e semi-residenziali dedicate ai disabili nell'Area Grossetana.

Figura 85: Spesa per “servizio sociale professionale” per area di utenza - raffronto tra provincia di Grosseto e Toscana. Anno 2004 (euro per 1000 residenti)



Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

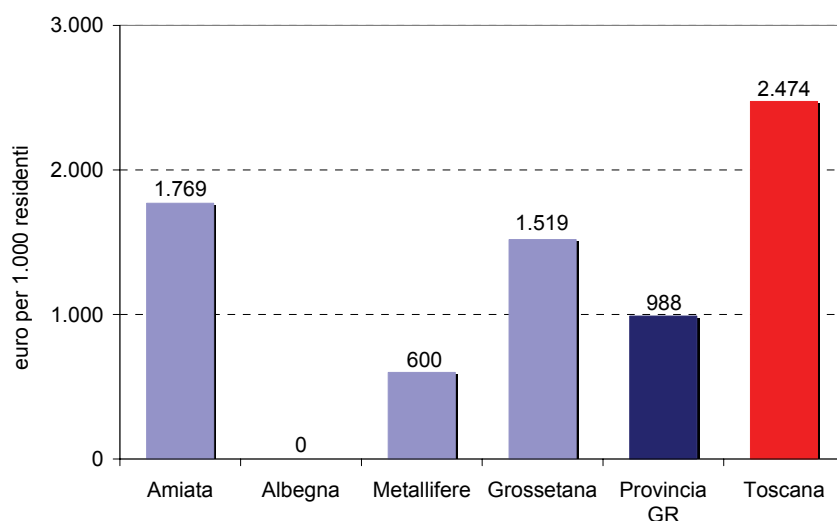
Figura 86: Spesa per “assistenza domiciliare” nell’area “disabili” per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro per 1000 residenti)



Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale.

³⁵ Il confronto è relativo ai dati 2003 della rilevazione Istat sulla spesa sociale.

Figura 87: Spesa per “strutture residenziali” nell’area “disabili” per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro per 1000 residenti)



Fonte: Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

Il collocamento mirato in provincia di Grosseto³⁶

I dati analizzati di seguito fanno riferimento alle informazioni della banca dati IDOL dei Centri per l'Impiego delle province toscane e riguardano, quindi, l'intero territorio provinciale, non solo l'Area Grossetana. Si può, tuttavia, ragionevolmente supporre che il fenomeno si presenti con analoghe modalità in tutte le aree della provincia.

Alla fine del 2005 risultavano *iscritti al collocamento mirato* della Provincia di Grosseto 2.080 disabili. Nel triennio 2003-2005 si è registrato un continuo aumento dovuto soprattutto alla crescita della capacità dei servizi di coinvolgere i soggetti disabili, ma anche alla crescita della disoccupazione. Anche il dato locale al 2006 sembrerebbe confermare tale tendenza con il numero di iscritti che aumenta fino alle oltre 2.600 unità.³⁷

I disabili disponibili al lavoro corrispondono all'11,7% del totale degli iscritti al collocamento (disabili e non). La provincia di Grosseto, da questo punto di vista, presenta una incidenza dei disoccupati disabili sui disoccupati totali più elevata della media regionale ma tutto sommato in linea con gran parte delle altre province; si può supporre, dunque, che ci sia una difficoltà del mercato del lavoro provinciale ad offrire occasioni per i disabili, riflesso di una situazione che sembra coinvolgere l'intera Toscana.

³⁶ I dati sono tratti dal recente e già citato lavoro dell'Osservatorio Politiche Sociali: OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *Disabilità a Grosseto: dati disponibili e spunti di analisi. Un approfondimento tematico sulla disabilità nel territorio provinciale*, 2007 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>)

³⁷ Dati forniti dal Centro per l'Impiego di Grosseto.

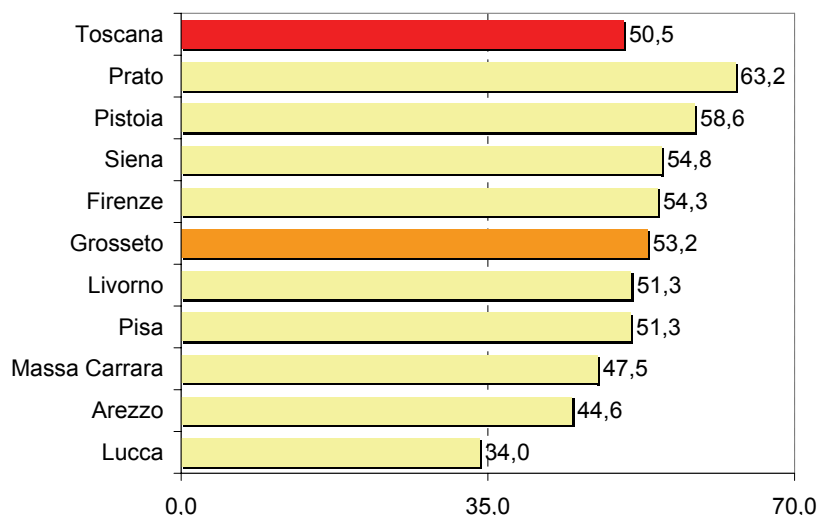
Tabella 33: Stock disabili iscritti alle liste per il collocamento mirato ex l. 68/99 per provincia e incidenza sugli iscritti totali. Anni 2003-2005 (dati al 31/12)

Provincia	Stock di iscritti			% rispetto agli iscritti totali		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Arezzo	1.774	1.997	2.173	10,8	9,5	9,2
Firenze	5.989	6.693	6.693	14,6	13,4	13,4
Grosseto	1.713	1.953	2.080	11,5	11,7	11,7
Livorno	3.187	2.943	2.844	19,1	12,9	11,2
Lucca	2.414	2.392	2.502	18,5	9,1	8,4
Massa Carrara	1.901	1.852	2.052	9,4	9,0	10,3
Pisa	2.553	2.782	3.087	11,4	12,6	12,1
Pistoia	2.202	2.685	3.140	9,5	12,5	12,4
Prato	1.340	1.137	1.835	11,3	7,0	10,0
Siena	1.407	1.563	1.722	12,8	11,6	11,4
Totale	24.480	25.997	28.128	12,8	11,3	11,2

Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione Toscana - Settore lavoro e formazione continua

Questa ipotesi appare confermata anche attraverso la costruzione di una sorta di *tasso di disoccupazione per i disabili*, ottenuto dal rapporto tra i disabili iscritti al collocamento mirato e i disabili titolari di pensioni di invalidità civile tra 15 e 64 anni.³⁸ La figura 88 mostra l'indice di disoccupazione così calcolato per le province toscane per il 2005.

Figura 88: Indice di disoccupazione dei disabili per provincia nel 2005



Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione Toscana (Settore lavoro e formazione continua) e Istat

Come è evidente la maggioranza dei disabili si trova in stato di disoccupazione; a Grosseto (53,2%) il livello di disoccupazione dei disabili è al di sopra del dato toscano (50,5%).

³⁸ Ricavabili dalle statistiche Istat sull'assistenza e la previdenza sociale: Istat, *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale - I trattamenti pensionistici. Anno 2005*, Collana Annuari, n. 9, 2007 (reperibile al sito http://www.istat.it/dati/catalogo/20070719_00/). Si tratta di una misura di disoccupazione sicuramente sottostimata perché una parte di titolari di pensioni di invalidità non ha un livello di autonomia tale da poter svolgere attività lavorative e quindi non si iscrive al collocamento disabili.

Un ulteriore dato rafforza l'idea di un mercato del lavoro (regionale prima che provinciale) resistente all'inserimento di persone disabili: il *flusso annuale di avviamenti al lavoro*. A Grosseto c'è un dato in crescita che si attesta al 2005 a poco più di 100 comunicazioni di avviamento, ovvero, anche volendo ipotizzare un lavoratore per ogni avviamento, circa il 5% dei disabili in attesa di occupazione. Una quota molto bassa che testimonia la scarsa dinamicità di questo segmento del mercato del lavoro³⁹.

Tabella 34: Flusso di comunicazioni di avviamento al lavoro dal collocamento mirato per provincia e incidenza % sullo stock di iscritti. Anni 2003-2005

Provincia	Avviamenti al lavoro			% rispetto agli iscritti		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Arezzo	188	151	205	10,6	7,6	9,4
Firenze	291	347	334	4,9	5,2	5,0
Grosseto	62	83	102	3,6	4,2	4,9
Livorno	205	188	134	6,4	6,4	4,7
Lucca	215	197	160	8,9	8,2	6,4
Massa Carrara	51	44	53	2,7	2,4	2,6
Pisa	98	98	115	3,8	3,5	3,7
Pistoia	153	173	188	6,9	6,4	6,0
Prato	121	112	113	9,0	9,9	6,2
Siena	96	120	130	6,8	7,7	7,5
Totale	1.480	1.513	1.534	6,0	5,8	5,5

Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione Toscana - Settore lavoro e formazione continua

Uno degli strumenti principali per l'inserimento lavorativo dei disabili si realizza attraverso la stipula di *convenzioni da parte dei Centri per l'impiego con i datori di lavoro*. Sia per l'intera Regione che per la provincia di Grosseto, l'incidenza di tali convenzioni, nonostante numericamente esse siano cresciute, non si è particolarmente modificata; le attività dei centri provinciali per l'impiego riferiscono, al 2005, di 24 convenzioni stipulate.

È evidente che esistono ancora ampi margini di miglioramento per garantire l'accesso al mercato del lavoro che, come molti studi hanno dimostrato, è importante non solo perché offre la possibilità di un'autonomia economica, ma anche perché ha positive ricadute sullo stato di salute fisico e psicologico del disabile. L'inserimento lavorativo è un'occasione di integrazione sociale e di crescita della qualità della vita del disabile e richiede che oltre alla presenza di un servizio ad hoc quale quello da tempo attivo presso i Centri per l'Impiego, anche una forte collaborazione e integrazione con gli altri servizi sociali, sanitari e scolastici che seguono il percorso di vita del disabile. Serve anche un'azione di informazione e di sensibilizzazione sulle aziende che, attualmente, sembrano meno disponibili ad accogliere disabili rispetto ad altre zone della Toscana (ad esempio a Lucca, Siena ed Arezzo il mercato del lavoro appare decisamente più dinamico).

³⁹ Per fare un raffronto e chiarire l'entità del fenomeno, si tenga conto che il rapporto avviamenti/iscritti relativo al totale della forza lavoro (non disabile) è normalmente superiore al 100%: per Grosseto nel 2005 era di 197 avviamenti ogni 100 iscritti).

Una sintesi delle criticità emerse

Secondo quanto emerso durante gli incontri del Laboratorio disabili, si possono evidenziare le seguenti criticità nell'area disabili:

- carenza di risorse operative che consentano l'attuazione della programmazione di competenza del GOIF;
- in relazione alla possibilità da parte del GOIF di porre in essere azioni volte alla "creazione di reti di collaborazione con Comuni, Province, Scuole ed altri enti", si rileva che i Servizi Sociali sono ad oggi scarsamente coinvolti negli incontri e nei tavoli di lavoro dei soggetti menzionati;
- mancanza di procedure concordate per il corretto rilevamento dei dati epidemiologici relativi alla disabilità;
- i servizi e i percorsi sono molto frammentati, in particolare si rileva una asincronia tra i percorsi dedicati all'età evolutiva ed il loro proseguimento in età adulta, con la frequente attivazione di percorsi relazionali invece che istituzionali;
- carente presa in carico dei disabili adulti, con notevole difficoltà di dare corretto sviluppo ad alcune fasi necessarie per la presa in carico del paziente:
 - mancanza di personale sanitario da dedicare alla programmazione (GOIF) e all'erogazione di prestazioni specialistiche per i disabili (adulti);
 - difficoltà nell'attivazione di percorsi finalizzati alla definizione della diagnosi funzionale, per i pazienti di età superiore a 18 anni;
 - difficoltà nella individuazione di operatori per la definizione dei Progetti Attuativi Riabilitativi Globali (PARG);
- carenza di sviluppo dei meccanismi di informazione al cittadino e all'utente. A questo riguardo, si rileva che sul Territorio esiste una potenziale capacità progettuale di risposta ai bisogni (come risulta dall'anagrafe progetti allegata), progettualità che al momento risulta parziale, non adeguatamente coordinata e soprattutto non completamente conosciuta;
- carenza di strutture residenziali e semiresidenziali per i disabili;
- carenza di strutture per la gestione dei ricoveri di sollievo e totale assenza di RSD;
- forti difficoltà di inserimento lavorativo.

Queste carenze, che trovano riscontro nei dati presentati nei paragrafi precedenti (vedi in particolare p. 108 e seguenti e p. 121 e seguenti DA VERIFICARE), sono confermate anche da alcuni dati desunti dalla ricerca (attualmente in via di conclusione) promossa dall'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto sulla qualità della vita dei disabili. Le maggiori difficoltà segnalate dalle famiglie riguardano il periodo immediatamente successivo alla manifestazione della disabilità, mentre il giudizio sui servizi migliora notevolmente durante il periodo scolastico, per poi peggiorare nuovamente nella fase di vita adulta. Inoltre viene segnalata la carenza di informazioni sui servizi e sui percorsi e la difficoltà di

accesso. In generale si riscontra su tutto il territorio provinciale una prevalenza di giudizi positivi nei confronti di quasi tutti gli Enti e organismi (pubblici e privati) che, a vario titolo, entrano in contatto con le famiglie di disabili, ma anche una quota elevata di giudizi negativi. Nei giudizi espressi su alcuni aspetti costitutivi della qualità del servizio⁴⁰ vengono valutati positivamente i medici di medicina generale, i pediatri, e le associazioni dei disabili (tranne che nell'Amiata); alcune criticità vengono invece rilevate per, i patronati, i sindacati e le Associazioni di volontariato.

3.2 Linee d'azione – proposte

Quadro generale

Di seguito si propongono ipotesi di intervento finalizzate ad affrontare le criticità evidenziate nell'ambito della disabilità:

- dotazione di risorse umane sufficienti alla traduzione operativa della programmazione di competenza del GOIF, oltre ad attivazione di segreteria dedicata;
- individuazione di tavoli di lavoro composti da tutti i soggetti coinvolti nella gestione della disabilità con l'obiettivo di individuare e condividere percorsi operativi per la corretta presa in carico delle problematiche relative al disabile. Si rende necessario consentire la rapida attuazione delle procedure individuate nei tavoli di lavoro;
- Dotazione di software aperto, che consenta il rilevamento, la trasmissione e l'elaborazione dei dati al GOIF;
- Individuazione di procedure per il passaggio di competenza dall'età evolutiva al disabile maggiorenne;
- Individuazione di personale sanitario con sufficiente capienza di orario, dedicato alla disabilità neurologica in età adulta;
- Sviluppo di procedure e servizi di informazione al cittadino e all'utente ed estensione del PUA e/o del PI anche all'area della disabilità;
- Prevedere la realizzazione di una indagine sul Territorio esaustiva dell'offerta di Servizi sia pubblici che privati, che vada ad integrare l'anagrafe progetti e che sia resa pubblica ed accessibile agli operatori e all'intera Comunità.
- Individuazione di strutture residenziali e semiresidenziali per i disabili con dotazione coerente ai rilevamenti epidemiologici dell'area;
- Individuazione di un congruo numero di posti in strutture per la gestione dei ricoveri di sollievo e riabilitativi per disabili (RSD).

⁴⁰ Nel questionario si chiedeva alle famiglie dei disabili di esprimere un giudizio con un voto da 1 a 4 (1=Pessimo; 2=Insufficiente; 3=Sufficiente; 4=Buono) su vari aspetti del servizio offerto da una serie di Enti e organismi pubblici e privati presenti sul territorio: a) Accoglienza, informazioni; b) Disponibilità, gentilezza operatori; c) Tempi di attesa; d) Adeguatezza risposta; e) Accessibilità, barriere. Inoltre, per ogni Enti/organismo valutato si chiedeva anche di esprimere un voto in base all'importanza attribuita nel determinare la qualità della vita dei disabili (1=Per niente importante; 2=Poco importante; 3=Abbastanza importante; 4=Molto importante).

PROGETTO “CENTRO DIURNO PER MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.USL n.9 Grosseto (UFSMIA Area Grossetana)
TITOLO PROGETTO	CENTRO DIURNO EDUCATIVO E RIABILITATIVO PER MINORI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
OBIETTIVI	Costituzione di un Centro Diurno Educativo e Riabilitativo, ad orario pomeridiano (14.00-18.00), per bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico; gestione del centro da parte di un gruppo multiprofessionale ad alta integrazione interna (composto da educatori professionali, neuropsichiatra infantile, psicologo clinico, operatore socio-sanitario, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva), specificatamente formato, supervisionato dagli specialisti delle UFSMIA e in stretto collegamento con gli Enti Locali e con le organizzazioni del Terzo Settore; progetti abilitativi-riabilitativi individuali che partono dalla diagnosi e dallo studio approfondito dei casi e giungono all'applicazione di più metodi e tecniche, a seconda dei punti di partenza e degli obiettivi raggiunti e da raggiungere, con il coinvolgimento dei familiari; centralità degli interventi ispirati al metodo DIR e all'approccio Floor-Time (Greenspan e Wieder 2005); possibilità di interventi riabilitativi individuali anche sulle competenze comunicative, utilizzando i principi e le pratiche della Comunicazione Aumentativa
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Max 8 soggetti di età tra 6 e 17 anni di età con diagnosi di disturbo dello spettro autistico (autismo infantile, S. di Rett, S. di Asperger, autismo atipico, Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo etc.)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: € 86.500 (comprensivi di costi personale, attività di pulizia giornaliera, arredi e materiale per attività valutativa e educativo/ riabilitativa, formazione operatori) PROFESSIONALI: da quantificare per supervisione STRUTTURALI: utilizzo di edificio (ex Podere Fiammetta, Loc. La Trappola, Grosseto), già oggetto di ristrutturazione e bonifica nel 2004
FINANZIATORI	Regione Toscana
COLLABORAZIONI	UFSMIA Zona 1, Zona 2, Zona 3 Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap
TEMPI	2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Percentuale di utilizzo dei posti disponibili > 60%; soddisfazione genitori > 80%; riduzione ricoveri per le patologie di riferimento
OSSERVAZIONI	Proposta progetto inoltrata alla Regione per il 2009

PROGETTO “OTTIMIZZAZIONE PERCORSO AUSILI”

ENTE / SEVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL
TITOLO PROGETTO	Ottimizzazione percorso ausili
OBIETTIVI	Costituzione di ausilioteca per ausili ad elevata tecnologia
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Disabili da malattie neurologiche rare (SLA) o acquisite (Trauma cranico)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	Acquisto di ausili di prova Personale sanitario dedicato (medico Terapista della Riabilitazione)
FINANZIATORI	Da reperire
COLLABORAZIONI	Associazione Gravi cerebrolesioni acquisite di Grosseto
TEMPI	Marzo 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero di accessi all'ausilioteca
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “ADEGUAMENTO SISTEMA INFORMATIVO DISABILITÀ”

ENTE / SEVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL
TITOLO PROGETTO	Adeguamento sistema informativo disabilità
OBIETTIVI	Corretto rilevamento e trasmissione al GOIF dei dati inerenti l'accertamento dell'handicap (Commissione L.104)
TARGET: DIRETTO	Soggetti disabili 0 – 64 anni
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	Acquisto software aperto Personale dedicato all'implementazione ed all'analisi dei dati
FINANZIATORI	Da reperire
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Marzo 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Rilevamento di almeno il 90% di nuovi disabili:
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “REALIZZAZIONE PUNTO INSIEME PER LA DISABILITÀ”

ENTE / SEVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL COeSO
TITOLO PROGETTO	Realizzazione Punto Insieme per la disabilità
OBIETTIVI	Unificare l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari per i bisogni relativi alla disabilità
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Soggetti disabili 0 – 64 anni Familiari e cittadinanza
RISORSE: PROFESSIONALI	Amministrativo Assistente sociale
FINANZIATORI	ASL - COeSO
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Dicembre 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero di accessi
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “STABILIZZAZIONE DEL GRUPPO DI VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE GOM”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL9 /COeSO
TITOLO PROGETTO	Stabilizzazione del gruppo di valutazione multiprofessionale GOM
OBIETTIVI	Realizzazione di un sistema di valutazione e di presa in carico multiprofessionale per l'accesso al sistema dei Servizi territoriali, in favore delle persone disabili. Miglioramento delle modalità di lavoro interdisciplinari
TARGET:	Diretto Soggetti inabili accertati ai sensi della L.104 (0 –64 Indiretto: Famiglie Operatori dei Servizi Sociali e sanitari assegnati
RISORSE: PROFESSIONALI	Operatori sociali e sanitari COeSO e ASL Da reperire 1 medico dedicato per l'handicap adulto
FINANZIATORI	ASL9 / COeSO
COLLABORAZIONI	Specialisti sanitari al bisogno
TEMPI	Permanente (marzo 2009)
CRITERI DI VALUTAZIONE	////
OSSERVAZIONI	//////

PROGETTO “CASA FAMIGLIA FONDAZIONE IL SOLE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Fondazione Il Sole Onlus (Grosseto)
TITOLO PROGETTO	Gestione di una casa famiglia (dopo e durante noi) per l'accoglienza di persone con disabilità medio grave; attività tese all'inserimento sociale e lavorativo di persone disabili.
OBIETTIVI	Dare risposte residenziali di qualità, intendendo con questo anche l'organizzazione di una rete di attività e servizi che consentano un effettivo inserimento sociale
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Persone disabili, con riconoscimento di handicap grave ai sensi della Legge 1004/1992. Loro familiari e rete delle relazioni
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Finanziamenti pubblici e donazioni private personale retribuito (assistenti di base, assistenti sociali, educatori, psicologi etc.) Volontari e rete delle relazioni
FINANZIATORI	Fondazioni bancarie Enti pubblici benefattori rette in compartecipazione pagate dagli ospiti
COLLABORAZIONI	Coop Uscita di Sicurezza, COeSO, Comue di Grosseto, Usl 9
TEMPI	Edificio già pronto. Entro giugno 2009 ingresso ospiti
CRITERI DI VALUTAZIONE	Absolutamente sì: è stato riscontrato un bisogno da parte delle famiglie. Sono state date moltissime disponibilità
OSSERVAZIONI	C'è un problema di crescita e professionalizzazione del volontariato. Oltre una certa soglia non si può più procedere solo con buona volontà e inventiva, ma occorre darsi un'organizzazione professionale individuando la modalità di copertura dei costi

3.3 Anagrafe progetti

Progetto “GESTIONE INTEGRATA RIABILITAZIONE EQUESTRE PER BAMBINI PORTATORI DI HANDICAP”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.USL n.9 Grosseto (UFSMIA Area Grossetana-UORF) Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap
TITOLO PROGETTO	GESTIONE INTEGRATA UFSMIA AREA GROSSETANA/AGGBPH/UORF DEI PROGETTI DI RIABILITAZIONE EQUESTRE PER BAMBINI PORTATORI DI HANDICAP
OBIETTIVI	Miglioramento della qualità complessiva dell'attività di Riabilitazione Equestre svolta dall'AGGBPH presso il Centro Ippico CIAM (Azienda Agricola Il Mustiaio)
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Bambini/ragazzi con handicap, in carico all'UFSMIA Area Grossetana, avviati alla RE con Progetto Riabilitativo Individuale (15 utenti) Adulti con handicap in attività di RE (10 utenti)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: Finanziamento regionale € 10.000 (costo annuo di due educatori specializzati utilizzati per la conduzione dei cavalli e l'assistenza degli utenti) PROFESSIONALI: Responsabile UFSMIA Area Grossetana per 3 ore mensili Fisioterapista specializzata ANIRE della UORF Grosseto per 4 ore settimanali
FINANZIATORI	Regione Toscana
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Da 15-1-2008 a 15-1-2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. PRI coerenti con lo specifico percorso riabilitativo = n. minori in RE n. casi già in carico all'UFSMIA sottoposti a visita NPI per verifica congruenza con specifico percorso riabilitativo =>10
OSSERVAZIONI	Progetto attivato nel 2007 e rinnovato (in precedenza convenzione con AUSL) Richiesta rinnovo per 2009 già inoltrata

PROGETTO “RIABILITAZIONE IN ACQUA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.USL n.9 Grosseto (UFSMIA Area Grossetana) Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap
TITOLO PROGETTO	RIABILITAZIONE IN ACQUA – Progetto 2008
OBIETTIVI	Possibilità di estendere gli interventi di idrochinesiterapia, di grande valenza riabilitativa sia in campo strettamente fisioterapico che in quello relazionale-sociale, agli utenti disabili, minori e giovani adulti Circa 15 utenti, per un numero minimo di 10 interventi a ciclo, per due cicli stagionali (inverno-primavera, autunno-inverno)
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Minori (11 nel 2007) e giovani adulti (4 nel 2007) con esiti di patologie a carico del Sistema Nervoso Centrale (ad es. paralisi cerebrali infantili, esiti di trauma cranico), miopatie, lesioni spinali, in carico all'UFSMIA Area Grossetana Altre persone disabili con patologie che possono trarre giovamento dalla riabilitazione in acqua
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: Finanziamento € 10.000 (costo annuo di tre fisioterapisti specializzate) PROFESSIONALI: Responsabile UFSMIA Area Grossetana per verifica Progetti Riabilitativi Individuali e valutazione risultati
FINANZIATORI	A.USL n.9 Grosseto
COLLABORAZIONI	Amministrazione Comunale di Grosseto (tramite il “Consorzio Sport Insieme”, rende disponibili idonei spazi nella piscina di Via Veterani dello Sport, Grosseto)
TEMPI	
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. PRI coerenti con lo specifico percorso riabilitativo = n. minori in trattamento n. casi, già in carico all'UFSMIA, sottoposti a visita NPI per verifica congruenza con specifico percorso riabilitativo = n. minori in trattamento
OSSERVAZIONI	Progetto rinnovato di anno in anno a decorrere dal 2000 (richiesta di rinnovo per 2009 già inoltrata)

PROGETTO “INTERVENTI PER BAMBINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.USL n.9 Grosseto (UFSMIA Area Grossetana)
TITOLO PROGETTO	INTERVENTI PRECOCI INTEGRATI, SECONDO IL MODELLO DIR, PER BAMBINI CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO
OBIETTIVI	Applicazione ad un gruppo di bambini del Metodo DIR (Developmental=basato sullo sviluppo; Individual difference=basato sulle differenze individuali di ciascun bambino; Relationship-based=basato sulle relazioni), modello di valutazione e di intervento che negli ultimi anni ha dato dimostrazione di essere efficace con gravi disturbi dello sviluppo quali i disturbi dello spettro autistico, comunque all'interno di strategie di intervento integrate, in base alle quali gli operatori dell'UFSMIA collaborano attivamente con i genitori e con le figure educative che ruotano intorno agli utenti per individuare i loro profili funzionali e le metodologie di trattamento più adeguate
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Bambini con diagnosi di autismo infantile o correlata (S. di Rett, S. di Asperger, autismo atipico etc.)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: Finanziamento regionale € 13.400 (€. 10.400 = costo annuo di una Terapista della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva per gli interventi riabilitativi previsti dal Metodo DIR; €. 2.000 = costo materiale; €. 1.000 = costo formazione specifica operatori) PROFESSIONALI: Psicologa Clinica dell'UFSMIA per 4 ore settimanali Psicologa specializzanda, in tirocinio autorizzato, per 4 ore settimanali
FINANZIATORI	Regione Toscana
COLLABORAZIONI	Istituto Fondazione Stella Maris (Università di Pisa) per attività di formazione specifica (UO Psichiatria dell'Età Evolutiva)
TEMPI	Da 1-10-2008 a 1-10-2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. utenti che escono dal percorso / n. utenti che entrano <30% n. utenti con punteggi (alle scale specifiche) alle valutazioni di uscita superiori ai punteggi alle valutazioni di entrata / n. tot. utenti > 60% n. genitori soddisfatti / n. tot. genitori > 80%
OSSERVAZIONI	Richiesta di rinnovo per il 2009 già inoltrata

PROGETTO “HANDICAP”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9/ COeSO
TITOLO PROGETTO	Interventi socio-sanitari domiciliari integrati in favore di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità
OBIETTIVI	Mantenimento nel proprio domicilio di soggetti a rischio di istituzionalizzazione
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Portatori di handicap in situazione di gravità, da 0–64 anni, residenti nei Comuni dell Zona/Distretto 4. Famiglie e Istituzioni scolastiche
RISORSE: ECONOMICHE	A carico COeSO Euro 30.127,00 A carico ASL9 Euro 50.025,00
FINANZIATORI	ASL 9/COeSO
COLLABORAZIONI	Cooperativa sociale “Uscita di Sicurezza”
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	Le prestazioni sono erogate sulla base di un piano assistenziale individuale (PARG), definito dal G.O.M. e la valutazione viene fatta a partire dagli obiettivi individuati nel PARG
OSSERVAZIONI	////

PROGETTO “AMA RETE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione OASI-ONLUS
TITOLO PROGETTO	“AMA rete”
OBIETTIVI	Corso “on line” per la creazione delle figure di Facilitatore per Gruppi di AutoMutuoAiuto
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Volontari dell’ associazione e tutti gli interessati Utenti dei gruppi dell’ Auto Mutuo Aiuto
RISORSE: ECONOMICHE	8.000€
FINANZIATORI	Bando del CESVOT
COLLABORAZIONI	D.S.M.; ACAT; Associaz. Perle; Polisportiva Orbetello
TEMPI	Inizio a Ottobre 2008- conclusione a Marzo 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Test di ingresso e Valutazione dei partecipanti a fine corso
OSSERVAZIONI	Il numero dei componenti di un gruppo di AMA deve essere limitato a 6-8 persone, per cui quando il gruppo cresce deve essere scisso. Per poter gestire un nuovo gruppo occorre un nuovo Facilitatore formato all’ uopo...

PROGETTO “CASA DELL’AMA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione OASI-ONLUS
TITOLO PROGETTO	Casa dell' Auto Mutuo Aiuto
OBIETTIVI	Creare un punto di ritrovo ESTERNO al DSM che servisse da luogo di riunione dei gruppi dell' AMA
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Fequentatori dei Gruppi dell' AMA Tutti i sofferenti delle patologie psichiche “minori”: depressione; ansia; panico; elaborazione del lutto; fobie; ecc
RISORSE: ECONOMICHE	2.400€
FINANZIATORI	CO e SO + autofinanziamento
COLLABORAZIONI	D.S.M.; Medici di Famiglia
TEMPI	Permanente (è iniziato a Giugno 2006)
CRITERI DI VALUTAZIONE	Non sono stati codificati sistemi particolari. Ci basiamo sul giudizio di utilità espresso da gli Utenti,dai familiari e dagli operatori del DSM che hanno in cura i partecipanti ai vari gruppi. La manifestazione del loro apprezzamento per i progressi conseguiti dai frequentatori dei gruppi ci ha fin ora incoraggiato a sviluppare sempre nuovi gruppi di AMA, anche su nuovi temi di disagio psichico.
OSSERVAZIONI	Abbiamo in programma delle manifestazioni pubbliche per divulgare l' esistenza di questo metodo che, diversamente dalla cura farmacologica, rimette l' essere umano al centro della scena rispetto al proprio riscatto dalla malattia

PROGETTO “INSERIMENTI IN RESIDENZE SANITARIE DISABILI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL9 di Grosseto
TITOLO PROGETTO	Inserimenti In Residenze sanitarie Disabili (RSD)
OBIETTIVI	Realizzazione di programmi riabilitativi residenziali
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Adulti inabili in situazione di gravità (18-64 anni)
RISORSE: ECONOMICHE	ASL9 Euro 161.112,00 Compartecipazione delle famiglie
FINANZIATORI	ASL 9 di Grosseto/Famiglie
COLLABORAZIONI	RSD presenti sul Territorio della Regione Toscana
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	Valutazione dal parte del G.O.M.
OSSERVAZIONI	////

PROGETTO “MODULO HANDICAP”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL9 /COeSO
TITOLO PROGETTO	“Modulo Handicap”
OBIETTIVI	Realizzazione, all'interno di una RSA, di un modulo destinato a soggetti adulti inabili
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Soggetti adulti inabili in situazione di gravità Famiglie
RISORSE: ECONOMICHE	ASL 9 Euro 178.315,00 COeSO Euro
FINANZIATORI	ASL9 / COeSO
COLLABORAZIONI	RSA “Confraternita Misericordia S.S. Annunziata” di Roccastrada
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	Valutazione del G.O.M. circa l'efficacia del progetto di inserimento in collaborazione con l'èquipe di riferimento della Struttura
OSSERVAZIONI	Il numero di posti è insufficiente rispetto alle necessità effettive.

PROGETTO “NIENTE SCONTI SUGLI SCONTRI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione gravi cerebrolesioni acquisite di Grosseto
TITOLO PROGETTO	“Niente sconti sugli scontri”
OBIETTIVI	Induzione di comportamenti finalizzati alla prevenzione del trauma cranico
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Studenti del 3° anno delle scuole medie inferiori
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Amministrazione provinciale E.5.000,00 Autofinanziamento
FINANZIATORI	Amministrazione provinciale Grosseto
COLLABORAZIONI	ASL 9 Comune di Grosseto (Polizia Municipale)
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	Crescente adesione degli Istituti scolastici
OSSERVAZIONI	///

PROGETTO “CENTRO SEMIRESIDENZIALE “IL GIRASOLE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – ASL 9 – COOPERATIVA SOCIALE ARCOBALENO
TITOLO PROGETTO	Centro diurno per persone disabili IL GIRASOLE
OBIETTIVI	1) Favorire il mantenimento delle abilità residue 2) Promuovere l'integrazione sociale 3) Favorire la permanenza presso il proprio domicilio della persona diversamente abile 4) Evitare l'istituzionalizzazione 5) Garantire il sostegno alle famiglie con uno o più familiari disabili
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: persone disabili in età superiore ai 16 anni, che hanno assolto l'obbligo scolastico, le cui gravi disabilità accertate, rendono impraticabili i percorsi scolastici, formativi e lavorativi Indiretto: Famiglie con disabili
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	Economiche: COeSO Famiglie : Compartecipazioni al costo del servizio 1) ASL 9 n. 1 Educatore professionale a 36 ore sett.li n. 1 OSS a 36 ore sett.li 2) COeSO n. 1 Educatore professionale a 24 ore sett.li Servizio sociale territoriale
FINANZIATORI	COeSO – convenzione con cooperativa sociale
COLLABORAZIONI	Cooperativa Sociale Arcobaleno
TEMPI	Permanente – aperto per 5 giorni a settimana dalle ore 8,00 alle ore 17,00, per n. 47 settimane annue
CRITERI DI VALUTAZIONE indicatori	1) Liste di attesa e domande inevase (nessuna) 2) Presenza di disabili in condizione di gravità (80%) 3) Copertura dei posti disponibili (80%) 4) Incontri con le famiglie per la programmazione e la verifica delle attività (almeno 2) 5) n. gruppi di auto aiuto famiglie (almeno 1)
RESPONSABILE PROGETTO	Dott.ssa Carla Camici (Coord. Servizi sociali COeSO)

PROGETTO “AIUTO ALLA PERSONA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – ASL 9
TITOLO PROGETTO	AIUTO ALLA PERSONA IN FAVORE DELLE PERSONE DISABILI (L. 104/92)
OBIETTIVI	1) Favorire l'integrazione sociale 2) Supportare la persona disabile nelle attività di cura personale 3) Monitorare le persone disabili 4) Predisporre progetti personalizzati di intervento condivisi con la famiglia in base ai PARG
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: persone disabili accertate in condizione di gravità (03) dalla commissione della L.104/92 Indiretto: loro familiari
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche COESO Risorse professionali: a) ASL per l'accertamento handicap, la valutazione del bisogno, la predisposizione del PARG b) COESO – Servizio Sociale professionale per l'accoglienza del bisogno, la valutazione multidimensionale, la predisposizione del PARG e del progetto assistenziale. c) Famiglia per il reperimento di personale privato di proprio gradimento
FINANZIATORI	COESO
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Il progetto viene realizzato al massimo entro 30 giorni dall'accoglimento della domanda. I tempi di erogazione sono legati esclusivamente ai tempi di predisposizione del PARG
CRITERI DI VALUTAZIONE	Raggiungimento degli obiettivi previsti in ogni progetto individualizzato
OSSERVAZIONI	Responsabili dei progetti sono gli assistente sociali del territorio che si occupano delle persone disabili

PROGETTO “INSERIMENTI SOCIO-RIABILITATIVI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	INSERIMENTI SOCIO RIABILITATIVI PER PERSONE SVANTAGGIATE E A RISCHIO DI EMARGINAZIONE SOCIALE
OBIETTIVI	1)Favorire il mantenimento e/o il recupero delle abilità personali e sociali attraverso lo svolgimento di semplici attività lavorative 2)Promuovere la socializzazione e l' integrazione sociale volte al superamento dell' emarginazione
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: persone disabili e/o a rischio di emarginazione Indiretto: Famiglie La comunità sociale tutta, che trae vantaggio dalla promozione dell'integrazione delle persone svantaggiate
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche erogate dal COeSO (è previsto un incentivo di € 155,00 mensili in base alle presenze effettuate) Professionali: Servizio Sociale del COeSO; GOM per le persone disabili
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Comuni, ASL, Amm.ne Prov.le, Associazioni. Coop.ve sociali, Commercianti....
TEMPI	Attivazione immediata e successiva alla formulazione del progetto di inserimento e al reperimento di un posto idoneo di lavoro. I progetti sono temporalizzati
CRITERI DI VALUTAZIONE	Raggiungimento degli obbiettivi previsti da ogni singolo progetto
OSSERVAZIONI	Sono stati attivati nel corso del 2008: n. 32 inserimenti socio/lavorativi in favore di adulti con disabilità n. 34 inserimenti socio/lavorativi in favore di adulti con disagio sociale ogni assistente sociale è responsabile del progetto individualizzato predisposto.

PROGETTO “PER UN TEMPO PIU’ LIBERO INSIEME”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	“Per un tempo più libero insieme”
OBIETTIVI	1) promuovere e agevolare la socializzazione e il tempo libero delle persone disabili, minori e adulti 2) Favorire l'integrazione nel contesto sociale 3) Sostenere le famiglie anche attraverso iniziative di incontro e di svago 4) promuovere i gruppi di auto aiuto delle famiglie per favorire la condivisione delle esperienze 4) promuovere la cultura dell'integrazione della disabilità
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: persone con disabilità e loro familiari Indiretto: ogni cittadino interessato a trascorrere il proprio tempo libero in compagnia delle persone disabili
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	Economiche - COeSO Professionali : n. 1 Educatore prof.le COeSO per 12h settim.li
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Cittadini volontari Circoscrizione Pace (Comune di Gr.) che mette a disposizione i locali per lo svolgimento delle attività
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE indicatori	1) incremento delle persone iscritte alle attività, sia fruitori che volontari (almeno il 5% in più rispetto all'anno precedente) 2) incremento delle attività di almeno il 10% rispetto a quelle svolte l'anno precedente 3) incremento dei gruppi di auto aiuto delle famiglie da 1 a 2
RESPONSABILE PROGETTO	Dott.ssa Monica Ciacci – Educatore professionale del COeSO

**PROGETTO “UTENTI DIMESSI DALLA COMUNITA’ TERAPEUTICA
“LA CHIMERA””**

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione OASI-ONLUS
TITOLO PROGETTO	Utenti dimessi dalla comunità terapeutica “La Chimera”
OBIETTIVI	Recupero delle personali capacità di autogestione e della vita domestica “da single” Costituzione e mantenimento di un gruppo di riferimento per le attività del “tempo libero”
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Ex Utenti dimessi dalla Chimera con percorso riabilitativo avviato Sensibilizzazione della Società ai problemi di reiserimento delle persone con Handicap psichico
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	12.000€ Operatore specializzato della Cooperativa “Uscita di Sicurezza” Volontari che a rotazione affiancano il suddetto operatore
FINANZIATORI	CO e SO + autofinanziamento
COLLABORAZIONI	D.S.M.;
TEMPI	Permanente (è iniziato a Giugno 2006)
CRITERI DI VALUTAZIONE	Non sono stati codificati sistemi particolari. Ci basiamo sul giudizio di utilità espresso da gli Utenti,dai familiari e dagli operatori del DSM che hanno in cura i partecipanti a questo particolare gruppo. La manifestazione del loro apprezzamento per i progressi conseguiti dai ragazzi ci ha fin ora incoraggiato a sviluppare sempre nuove attività, abbiamo un laboratorio di cucina, un laboratorio informatico, un comitato per la gestione del tempo libero e contiamo di sviluppare altre idee sempre su proposta e con il coinvolgimento attivo dell’ utenza.
OSSERVAZIONI	In futuro vorremo di chiedere, a supporto di queste attività, l’ assegnazione di giovani del Servizio Civile.

PROGETTO “SOGGIORNI MARINI ESTIVI PER GIOVANI DISABILI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO Associazione Grossetana Genitori bambini Portatori di Handicap
TITOLO PROGETTO	“SOGGIORNI MARINI ESTIVI PER GIOVANI DISABILI”
OBIETTIVI	Offrire un periodo continuativo di vacanza a al mare a giovani disabili in condizione di gravità in un contesto favorente l'integrazione sociale. Valorizzare il loro senso di autonomia e autostima. Sollevare per parte della giornata le famiglie di appartenenza dal carico assistenziale. Sensibilizzare i giovani operatori coinvolti in questa iniziativa verso i bisogni espressi da chi vive in situazione di disabilità ed educarli verso i valori di cui sono portatori.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	30-35 bambini, ragazzi e giovani adulti affetti da ritardo neuro-motorio e/o mentale.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche: €. 9.000,00 COeSO, €. 5.000,00 Associazione Grossetana Genitori Bambini Portatori di Handicap. Professionali: giovani operatori motivati e specificamente formati diretti da una figura di riferimento esperta nella conduzione di questo tipo di esperienza.
FINANZIATORI	Fondazioni bancarie, donazioni da enti o privati, quote di compartecipazione pagate dalle famiglie.
COLLABORAZIONI	COeSO Rama Savoia Cavalleria
TEMPI	Dal 14 Giugno al 2 Agosto 2009. I partecipanti saranno suddivisi in 3 turni.
CRITERI DI VALUTAZIONE	soddisfazione dei genitori >80% percentuale di utilizzo dei posti disponibili >80% soddisfazione degli operatori >80%
OSSERVAZIONI	Negli ultimi 3 anni la richiesta di partecipazione ai soggiorni marini estivi per giovani disabili è praticamente raddoppiata.

4 Laboratorio Stili di vita

4.1 Profilo di salute

Premessa

Il tracciato del profilo di salute relativo agli stili di vita segue principalmente il filo conduttore dei cosiddetti “comportamenti a rischio”, in un’ottica di messa in luce della condotta della popolazione della Zona Grossetana (o di segmenti di essa) in ordine a tali aspetti.

Dopo una iniziale ricognizione delle cause di morte a più elevata riconducibilità con gli stili di vita ed i comportamenti a rischio, si analizzano allora: il consumo di alcool, i comportamenti aggressivi, i disturbi alimentari e le abitudini in termini di pratica sportiva. In questi ambiti si possono infatti rintracciare le conseguenze di assunzione da parte della popolazione di determinati stili di vita.

Per rendere conto di tutto ciò, si utilizzano principalmente dati riferiti alla Zona Grossetana in comparazione con le medie regionale e provinciale; laddove ciò non è possibile, si fa riferimento comunque al dato provinciale o della ASL 9, ritenendolo significativo in relazione alla zona socio-sanitaria di riferimento; infine, per gli ambiti in cui non sono disponibili dati standardizzati e/o di raffronto, si utilizzano le informazioni derivanti da ricerche sul campo effettuate nel territorio della Zona Grossetana.

Cause di morte e comportamenti a rischio

La diffusione di comportamenti a rischio tra la popolazione può essere valutata attraverso l’analisi di alcune cause di morte. Come abbiamo osservato nel par. 1.3, la Zona Grossetana sperimenta dei tassi di mortalità significativamente superiori a quelli medi regionali in alcune aree a forte correlazione con alcuni comportamenti a rischio per la salute:

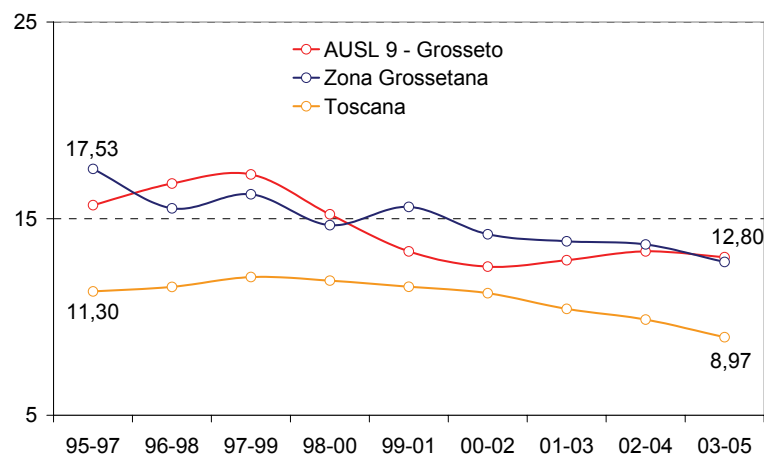
- Il tumore al polmone (fumo di tabacco);
- gli incidenti stradali (uso di alcool);
- i suicidi (uso di alcool);
- l’AIDS (uso di sostanze e sessualità);
- la cirrosi epatica (uso di alcool).

Per quanto riguarda la mortalità per tumore al polmone abbiamo già osservato nel par. 1.3 come Grosseto presenti valori superiori alla media regionale soprattutto per la mortalità femminile.

La mortalità per cause accidentali è alta nella provincia di Grosseto e si colloca nettamente al di sopra del valore della Toscana. Per quanto riguarda la *mortalità per*

incidenti stradali la figura successiva evidenzia nel decennio 1995-2005 valori sempre superiori a quelli regionali.

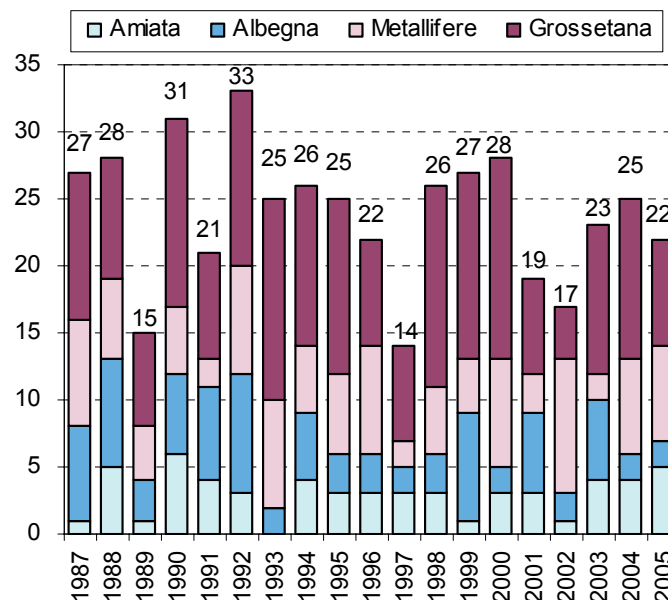
Figura 89: Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per incidenti stradali. Raffronto Zona Grossetana-USL 9-Toscana. Anni 1995-2005 (valori medi triennali)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

La diffusione del suicidio è indubbiamente un importante indicatore di malessere e disagio. In provincia di Grosseto si registra una situazione particolarmente critica, con tassi di mortalità standardizzati nettamente e costantemente superiori alla media regionale sia per i maschi che per le femmine. Negli ultimi anni si è registrata una attenuazione dopo il picco registrato nel 2000. L'alta mortalità per suicidio è maggiormente a carico del sesso maschile (rappresenta più della metà degli eccessi registrati nelle morti per traumatismi). Anche se il fenomeno ha sempre caratterizzato la zona delle Colline Metallifere e la zona dell'Albegna, si assiste negli ultimi anni ad un cambiamento nella geografia del suicidio, con una crescita del fenomeno anche nella Zona Grossetana, nella città di Grosseto ed in età relativamente più giovanili.

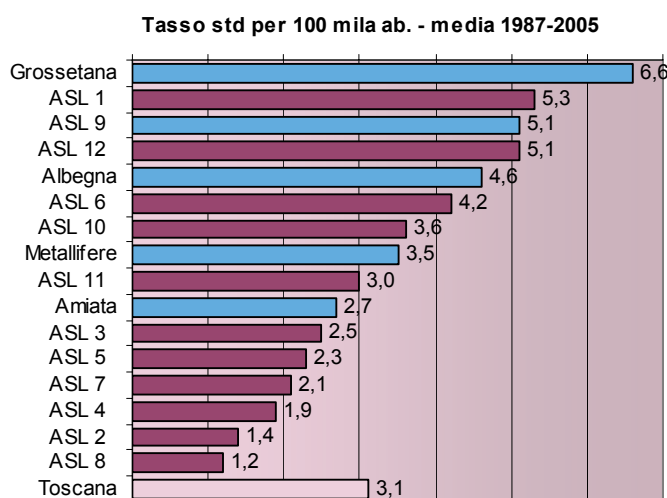
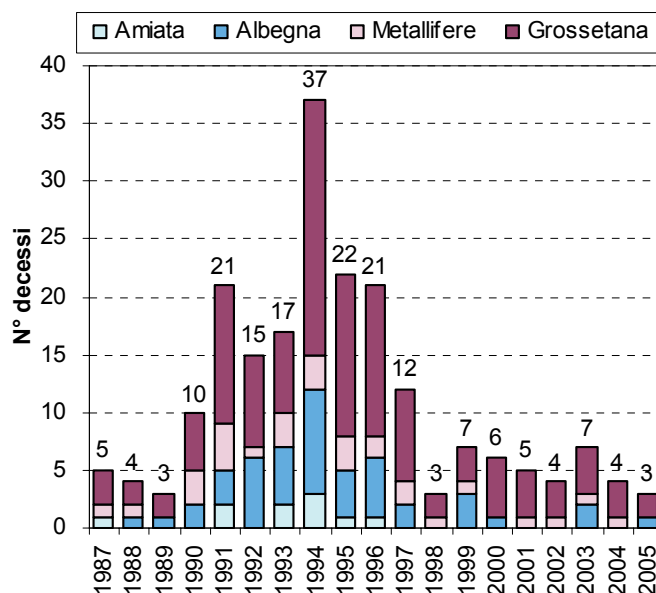
Figura 90: Andamento del numero di decessi a causa di suicidio in provincia di Grosseto dal 1987 al 2005 per zona socio-sanitaria e confronto con le altre ASL sul tasso standardizzato medio del periodo



Fonte: OPS Grosseto, Dossier statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Registro Regionale di Mortalità

La mortalità per AIDS segnala la diffusione di comportamenti a rischio connessi con la sessualità e l'uso di stupefacenti. Come mostrano le figure successive il fenomeno risulta particolarmente diffuso nell'Area Grossetana. Il tasso standardizzato di mortalità 1987-2005 è infatti più del doppio di quello medio regionale. I progressi della medicina e della prevenzione in questo campo hanno fortemente ridotto la mortalità per questa causa, ma continuano comunque a registrarsi ogni anno nuovi casi.

Figura 91: Andamento del numero di decessi a causa di AIDS in provincia di Grosseto dal 1987 al 2005 per zona socio-sanitaria e confronto con le altre ASL sul tasso standardizzato medio del periodo



Fonte: OPS Grosseto, Dossier Statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Registro Regionale di Mortalità

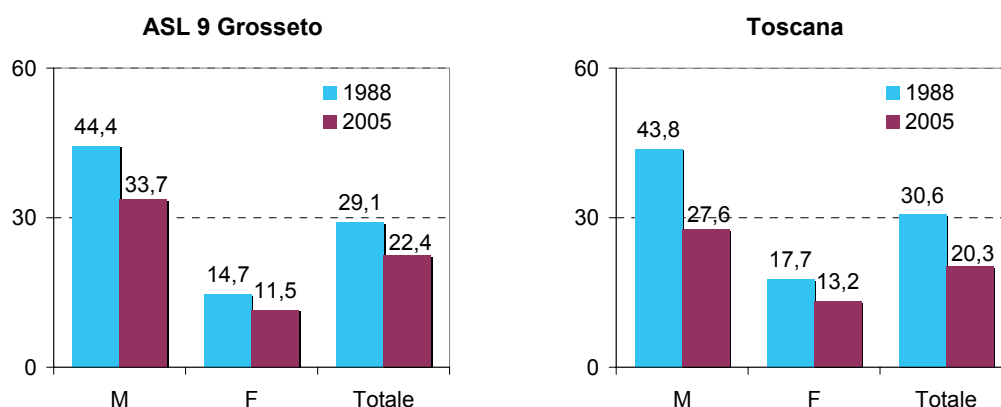
Per quanto riguarda la cirrosi epatica, l'eccesso di decessi rispetto alla media regionale riguarda soprattutto i maschi. Si tratta di una causa di morte spesso connessa all'uso di alcolici, così come anche le due cause esaminate in precedenza, i suicidi e gli incidenti stradali e il cui trend nel tempo appare stabile.

Consumo di alcol

In mancanza di informazioni sul consumo di alcol relative in maniera specifica alla Zona Grossetana (a parte quelle relative al disagio conclamato di matrice Sert), si può fare ricorso a due differenti tipologie di dati per rendere conto del fenomeno a livello zonale: i dati dello studio sui consumi e le conseguenze sull'uso di alcol dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana⁴¹ (che fornisce dati a livello di USL) e i dati di una recente ricerca sul consumo di alcol dei giovani grossetani promossa dall'Associazione dei Club degli Alcolisti in trattamento di Grosseto⁴².

Lo studio dell'ARS Toscana analizza la *mortalità alcol-correlata* negli anni 1998-2005 ed evidenzia per il territorio grossetano 1.088 decessi attribuibili al consumo di alcol, di cui 785 maschi (72%) e 303 femmine. Il raffronto 1998-2005 del tasso di mortalità alcol-correlata mette in evidenza una decisa diminuzione sia per i maschi che per le femmine, ma il dato maschile e quello totale restano comunque al di sopra della media regionale.

Figura 92: Tasso standardizzato di mortalità alcol-correlata. Raffronto USL 9-Toscana (anni 1998 e 2005)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana

L'indagine sul *consumo di alcool* effettuata nel 2005 nell'ambito del Progetto "Happy Hour", condotta attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione di circa 1.000 giovani grossetani in età 15-24 (di cui circa 400 residenti nella Zona Grossetana), ha permesso di individuare alcuni elementi prioritari in ordine alle abitudini di questo aggregato di popolazione:

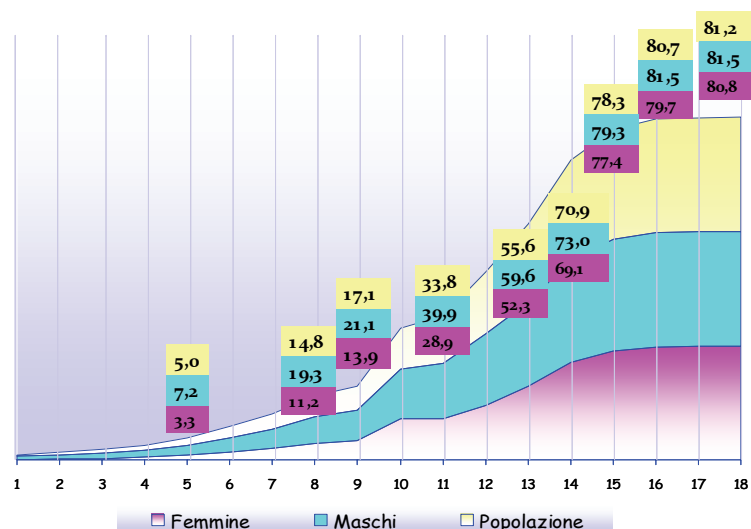
- i primi approcci al consumo di alcool avvengono mediamente attorno ai 10 anni;
- il contesto in cui avviene il primo approccio al consumo di alcool è quello familiare;
- il consumo di alcool avviene principalmente durante i pasti;

⁴¹ ARS Toscana, *I consumi e le conseguenze dell'uso e abuso di alcol in cifre*, Firenze, 2006 (www.arsanita.toscana.it)

⁴² G. Corlito, G.B. Modonutti, F. Corlito, S. Giannini ed altri, *Happy Hours, Dai giovani ai giovani per una vita libera dall'alcol*. CD Rom, Grosseto, 2006.

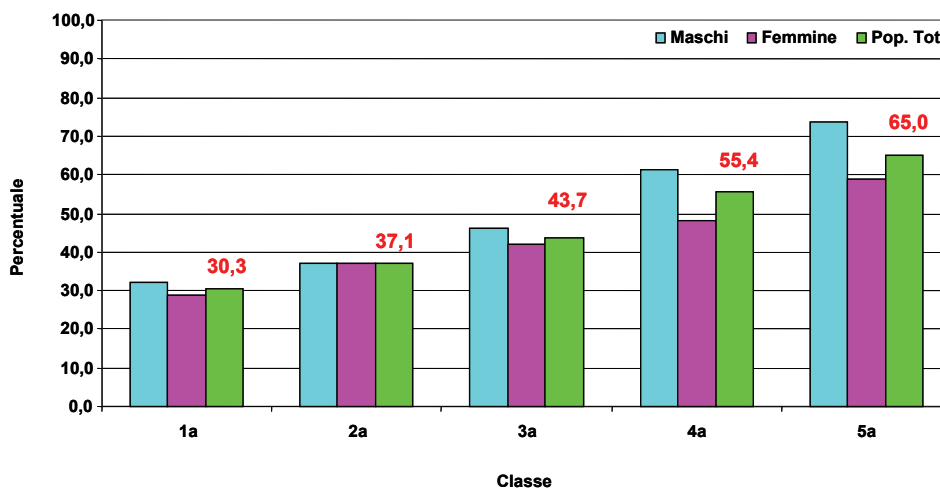
- l'80% dei giovani oltre i 18 anni fa uso di alcool
- il 40% del campione maschile e oltre il 30% di quello femminile si è ubriacato almeno una volta nel mese precedente;
- il consumo di alcool ha una correlazione inversa con la variabile "autostima": i soggetti che fanno uso di alcool hanno un livello di autostima mediamente più basso rispetto a chi non fa uso di alcool⁴³.

Figura 93: Età della prima alcolizzazione nei soggetti in età 15-24 coinvolti nel progetto "Happy Hour" per sesso. Anno 2005 (valori %)



Fonte: G. Corlito, G.B. Modonutti, F. Corlito, S. Giannini ed altri Happy Hours, Dai giovani ai giovani per una vita libera dall'alcol. CD Rom, Grosseto, 2006.

Figura 94: Studenti della scuola media superiore coinvolti nel progetto "Happy Hour" che negli ultimi 12 mesi hanno sperimentato intossicazione acuta da alcool per sesso e classe frequentata. Anno 2005 (valori %)



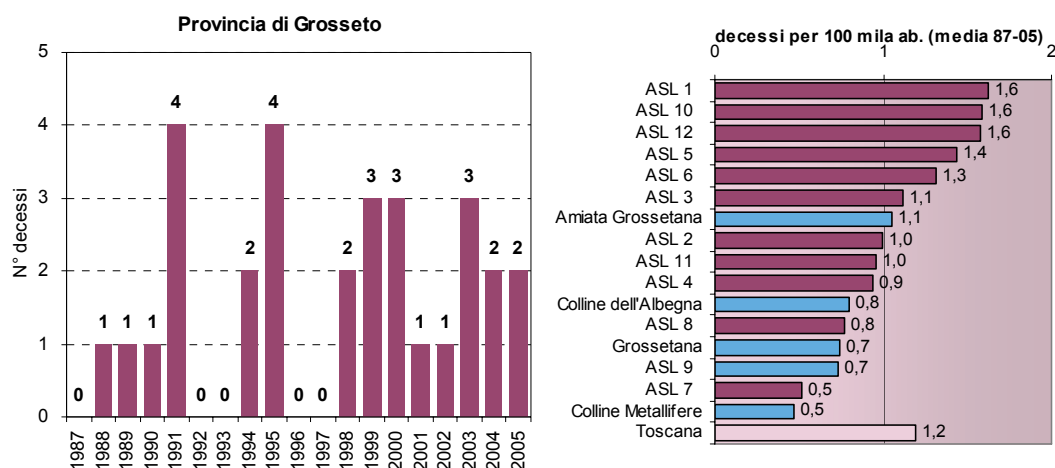
Fonte: G. Corlito, G.B. Modonutti, F. Corlito, S. Giannini ed altri Happy Hours, Dai giovani ai giovani per una vita libera dall'alcol. CD Rom, Grosseto, 2006.

⁴³ F. Corlito, *Il bere giovanile: motivazioni psicologiche ed effetti sull'autostima*, Tesi di Laurea Università degli Studi di Firenze 2007-2008.

Consumo di droga

La droga non uccide più come in passato. I decessi per overdose sono infatti molto diminuiti rispetto a qualche decennio fa. L'Area Grossetana è una tra le zone della regione dove i decessi per overdose sono più bassi (0,7 per 100 mila abitanti negli ultimi 20 anni). Ciò ovviamente non significa che la diffusione e il consumo di stupefacenti siano diminuiti; anzi, probabilmente si sono diversificati diventando meno visibili.

Figura 95: I decessi per droga. Decessi per overdose di persone residenti in provincia di Grosseto registrati nel periodo 1987-2005 e confronto con le altre province toscane sul tasso medio dell'intero periodo per 100 mila abitanti



Fonte: OPS Grosseto, Dossier statistico 2007 su dati: Regione Toscana, Registro Regionale di Mortalità

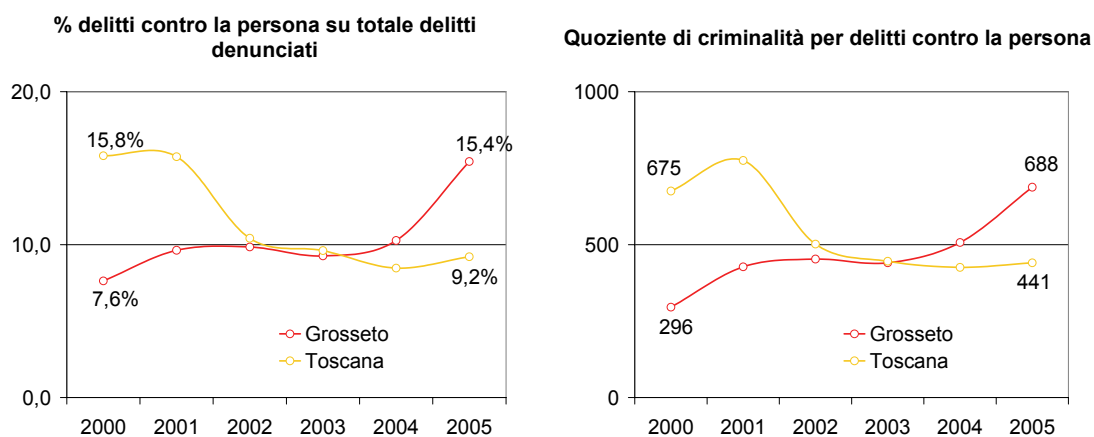
L'OPS della Provincia di Grosseto da anni raccoglie i dati relativi alle segnalazioni per possesso di stupefacenti effettuate alla Prefettura di Grosseto, che consentono di avere una idea della diffusione del fenomeno sul territorio provinciale, sia rispetto alle segnalazioni per luogo di residenza, sia a quelle per luogo di segnalazione.

Comportamenti aggressivi

Come emblema dei comportamenti aggressivi, fenomeno legato indissolubilmente agli stili di vita ed in crescita non solo sul territorio grossetano, si citano di seguito i dati relativi alla criminalità per delitti contro la persona e quelli raccolti dal Centro Antiviolenza di Grosseto riguardanti la violenza di genere.

Per quanto riguarda i delitti contro la persona (che comprendono omicidi volontari, lesioni dolose, violenze private, minacce, violenze sessuali ed altri delitti contro la persona), si nota una chiara tendenza all'aumento nell'incidenza di questo tipo di delitti sia sul totale dei delitti denunciati sul territorio che nell'incidenza sulla popolazione residente. Prendendo in analisi il periodo 2000-2005, infatti, si può notare che la percentuale dei delitti contro la persona è pressoché raddoppiata e che il relativo quoziente di criminalità mostra un andamento crescente; entrambi gli indicatori, inoltre si rivelano in controtendenza rispetto al dato medio regionale che evidenzia invece un trend decrescente.

**Figura 98: Criminalità per delitti contro la persona – alcuni indicatori.
Raffronto Grosseto-Toscana (anni 2000-2005)**



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

Quoziente di criminalità per delitti contro la persona = delitti contro la persona denunciati per i quali l'A.G. ha iniziato l'azione penale per 100.000 residenti

In relazione ai maltrattamenti di donne, gli accessi al Centro Antiviolenza di Grosseto ci informano di un totale di 137 donne in carico al 31/12/2007, di cui 47 nuovi casi nel 2007 (più di un terzo del totale). Si tratta in massima parte di donne italiane, in prevalenza nella fascia di età 30-50 anni, casalinghe e con basso titolo di studio; nella totalità dei casi il maltrattante è il marito o convivente.

Tabella 35: Donne in carico presso il Centro Antiviolenza di Grosseto al 31/12/2007. Caratteristiche socio-demografiche (valori assoluti e %)

Tipologia di caso	v.a.	%
nuovi casi 2007	47	34,3
già in carico	90	65,7
Totale	137	100,0

Cittadinanza	v.a.	%
Italiana	115	83,9
straniera	22	16,1
Totale	137	100,0

Residenza	v.a.	%
Comune Grosseto	89	65,0
Altri comuni	48	35,0
Totale	137	100,0

Titolo studio	v.a.	%
media inferiore	94	68,6
media sup.	18	13,1
laurea	2	1,5
altro	23	16,8
Totale	137	100,0

Professione	v.a.	%
casalinga	82	59,9
operaia/impiegata	18	13,1
disoccupata	37	27,0
Totale	137	100,0

Classe di età	v.a.	%
minorenne	0	0,0
18-30 anni	16	11,7
30-50 anni	89	65,0
oltre 50 anni	32	23,4
Totale	137	100,0

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Centro Antiviolenza di Grosseto - Associazione Olympia De Gouges

Già da questi elementi iniziali, si possono trarre alcuni spunti di riflessione per trattergiare la presenza del fenomeno sul territorio:

- più di un terzo delle utenti in carico è rappresentato da nuovi casi, sintomo di accadimenti ancora diffusi;
- la distribuzione territoriale (65% delle utenti in carico risiedono nel comune di Grosseto), forse anche influenzata dalla collocazione spaziale del Centro Antiviolenza, sembra evidenziare una certa intensità del fenomeno nella Zona Grossetana;
- l'analisi della professione delle donne maltrattate fa riferimento nella quasi totalità dei casi a casalinghe o disoccupate, dunque in linea di massima a situazioni caratterizzate presumibilmente da un rapporto di dipendenza (economica, ma non solo) dal marito o convivente;
- si rileva con una certa chiarezza la correlazione di questo tipo di comportamenti in ambiti contraddistinti da bassi livelli culturali e dalla presenza di donne adulte;

È evidente che quanto visto fa riferimento soltanto a quelle situazioni in qualche modo conclamate di maltrattamento. Al di là di quanto dicono i dati disponibili, però, occorre tenere ben presente che il fenomeno della violenza di genere è ancora fortemente connotato da sacche sommerse; per cui il monitoraggio degli accessi al Centro Antiviolenza è senza dubbio un buon indicatore di partenza ma non può essere esaustivo della dimensione complessiva del fenomeno. Per una sempre maggiore conoscenza e comprensione, occorrerà dunque agire in una duplice direzione: dal lato della parte emersa del fenomeno, affiancare ed integrare altre preziose fonti (i dati ASL del Pronto soccorso, gli interventi e le denunce pervenute a forze di Polizia e Carabinieri, le condanne per violenza); dal lato della parte sommersa del fenomeno, promuovere interventi culturali per contrastare i

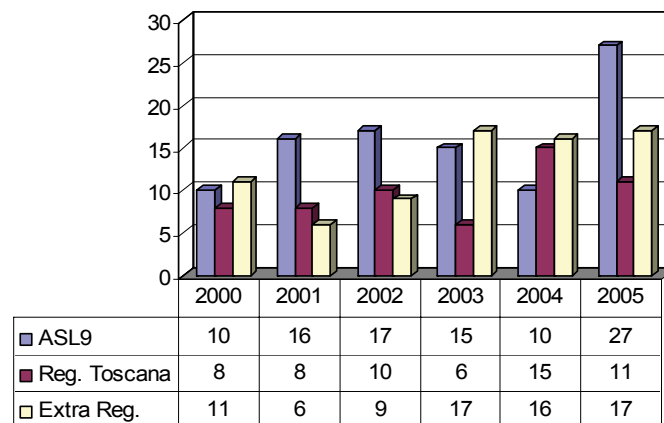
comportamenti violenti, ma anche veicolare informazione sui punti di accesso e sostegno per chi subisce maltrattamenti.

Abitudini alimentari

In relazione alle abitudini alimentari, si forniscono di seguito le informazioni relative alle attività del Centro Dipartimentale per la diagnosi e la cura dei Disturbi della Condotta Alimentare di Grosseto e i dati dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana in relazione all'obesità.

I dati raccolti dal Centro informano su un forte aumento dei ricoveri per patologie e disturbi correlati a questo aspetto; tale aumento riguarda non solo i ricoveri interni, ma anche quelli fuori Asl 9.

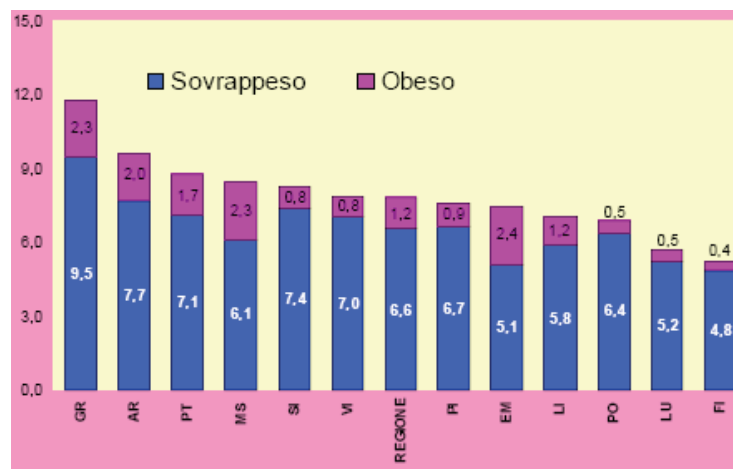
Figura 99: Ricoveri per Disturbi della condotta alimentare nella Zona Grossetana. Anni 2000-2005 (valori assoluti)



Fonte: Centro Dipartimentale per la diagnosi e la cura dei disturbi della condotta alimentare, Asl 9 Grosseto.

Lo studio dell'ARS sull'*epidemiologia dell'obesità* in Toscana (4.974 questionari a 14-18enni, di cui 420 residenti a Grosseto) rivela un dato abbastanza chiaro per la provincia di Grosseto (e conseguentemente per la Zona Grossetana): il 12% degli intervistati è sovrappeso, il 2,3% è obeso; situazione che collocherebbe il territorio grossetano ai vertici regionali. Se si pensa che si parla di giovani, e che l'obesità è considerata in molti studi recenti come lo stile di vita che maggiormente incide sulla presenza di fattori di rischio in un individuo, si può facilmente capire la criticità del fenomeno e la necessità di un intervento in tale direzione.

Figura 100: Proporzione di 14-18enni sovrappeso e obesi in Toscana per provincia. Anno 2005 (valori %)



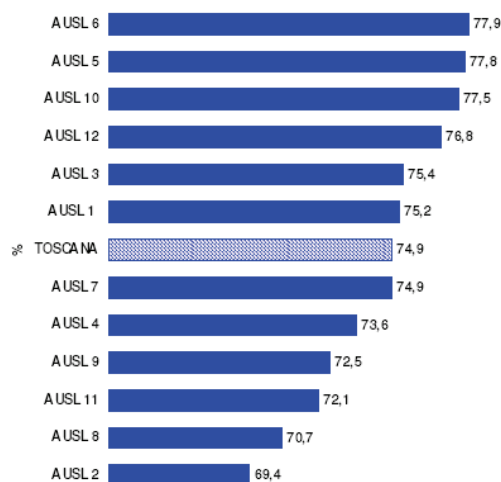
Fonte: Agenzia Regionale Sanità Toscana, Epidemiologia dell'obesità - La realtà toscana

Pratica sportiva

Anche per i dati sulla pratica sportiva, non avendo a disposizione dati strutturati sulle abitudini della popolazione della Zona Grossetana, si utilizzano i dati di due recenti ricerche: la sezione sulla "attività fisica" dello studio EDIT (Epidemiologia dei Determinanti degli Incidenti stradali in Toscana) dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (2005) e i dati di un'indagine sulla pratica sportiva dei giovani grossetani svolta nell'ambito del Piano Provinciale dello Sport (2004).

Le informazioni che ci fornisce l'indagine campionaria dell'ARS raffigurano i residenti giovani della USL 9 come meno attivi rispetto alla media regionale e agli ultimi posti in Toscana rispetto ai pari età: fa sport in maniera continuativa circa il 72,5% dei giovani tra 14 e 19 anni contro il 74,9% del valore regionale.

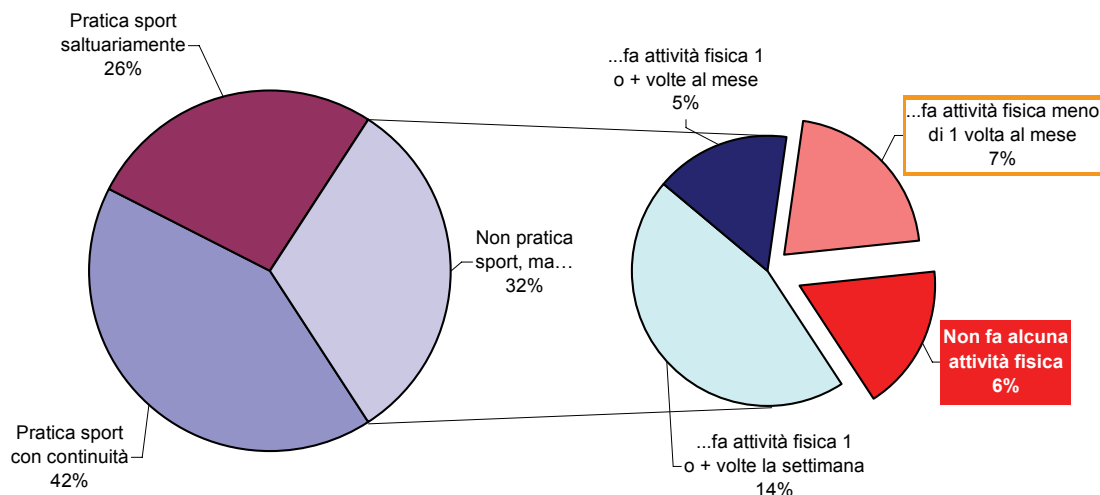
Figura 101: Persone tra i 14 e 19 anni che praticano attività sportiva in modo continuativo. Anno 2005 (valori %)



Fonte: Agenzia Regionale Sanità Toscana, Studio EDIT – Gli altri stili di vita

L'indagine della Provincia di Grosseto sulla pratica sportiva dei giovani grossetani è stata realizzata attraverso la somministrazione di questionari nelle scuole ad un campione di 1.490 giovani tra 11 e 18 anni, di cui 450 residenti nella Zona Grossetana. La ricerca ha messo in luce che il 42% degli intervistati della Zona Grossetana pratica sport con continuità, il 26% pratica sport saltuariamente ed il 32% non pratica sport. Di quest'ultima parte però i sedentari sono soltanto una parte minoritaria (corrispondente al 6% del totale), ma, tenendo conto di quanti fanno attività fisica meno di una volta al mese, il complesso degli inattivi di fatto sale complessivamente al 13%. Il dato di per sé non contiene elementi di allarme, ma se si considera che si parla di età giovanile, sembra opportuno mettere in evidenza una condizione non ottimale per quanto riguarda la pratica sportiva. Inoltre, si rileva che nell'indagine la Zona Grossetana è risultata quella con la più alta percentuale di inattivi rispetto alle altre zone della provincia e quella con il più basso tasso di pratica sportiva (un terzo degli intervistati non pratica sport) dopo l'Amiata.

Figura 102: Distribuzione degli intervistati della Zona Grossetana secondo il livello di pratica motoria e sportiva. Anno 2004 (valori %)



Fonte: *Simurg Ricerche (a cura di), Pratica sportiva e stili di vita dei giovani grossetani, Provincia di Grosseto, Grosseto, 2005*

Al di là della maggiore o minore quantità di pratica sportiva riscontrata nelle diverse indagini – spesso dipendente da differenti metodologie di rilevazione, differenti fasce di età indagate e differenti definizioni di “pratica sportiva” – quello che preme sottolineare è che in un caso la provincia di Grosseto e nell'altro la Zona Grossetana sembrano connotate da livelli di pratica sportiva giovanile non particolarmente elevata o, comunque, certamente migliorabili.

Anche in questo caso, se si considera che si sta parlando di popolazione giovanile (quindi, a rigori, della fascia più dedita alla pratica sportiva) e che la correlazione tra pratica sportiva e livello di salute è ormai un elemento acquisito, si capisce come la promozione di comportamenti improntati all'attività motoria lungo tutta la vita rappresenti un elemento fondante per la crescita del livello di salute di un territorio.

Una sintesi delle criticità emerse

Secondo quanto emerso durante gli incontri del Laboratorio “Stili di vita” e dal profilo di salute appena riportato si possono evidenziare in questa area le seguenti criticità:

- la mortalità generale della Zona Grossetana, pur in diminuzione, si mostra costantemente al di sopra della media regionale;
- la Zona Grossetana sperimenta dei tassi di mortalità significativamente superiori a quelli medi regionali in alcune aree a forte correlazione con i comportamenti a rischio:
 - mortalità precoce per incidenti stradali;
 - la mortalità per tumore;
 - la mortalità per tumore al polmone della donna;
 - tumore alla vescica per l'uomo;
- il consumo di alcol sembra in aumento, soprattutto tra i giovani, con evidenti ripercussioni sulle conseguenze a lungo termine di tale pratica:
 - la mortalità alcol-correlata, pur in diminuzione, è al di sopra della media regionale, in special modo per la componente maschile;
 - una recente indagine sul territorio provinciale evidenzia preoccupanti risvolti legati alle pratiche nel consumo di alcool, tra cui un abbassamento dell'età del primo approccio (che avviene solitamente in famiglia) ed il generalizzato consumo tra i giovani;
- si assiste ad un incremento dei comportamenti aggressivi testimoniato sia dalla crescita della componente dei delitti contro la persona che dagli episodi di violenza sulle donne;
- si segnalano alcuni elementi critici legati alle pratiche alimentari:
 - un aumento dei ricoveri registrato dal Centro Disturbi della Condotta Alimentare;
 - una significativa incidenza dell'obesità nella popolazione giovanile grossetana stimata in un recente studio dell'Agenzia Regionale di Sanità.
- le indagini e le stime a disposizione sulla pratica sportiva, raffigurano una popolazione giovanile mediamente meno attiva rispetto al dato regionale.
- il consumo di tabacco è in forte aumento, soprattutto tra i giovani ed emerge con chiarezza una nuova dimensione del fenomeno con preoccupanti livelli di crescita: il binomio donna/fumo.
- da più parti viene rilevata una mancanza di coordinamento e di integrazione tra le varie azioni, iniziative e progetti che i diversi soggetti del territorio (enti locali, associazionismo, servizi socio-sanitari, etc.) pongono in essere in relazione agli stili di vita o a tematiche strettamente correlate. Questa mancanza di conoscenza reciproca porta ad una frammentazione che rischia di ripercuotersi negativamente anche sull'incidenza di tali azioni.

4.2 Linee d'azione – proposte

Un quadro generale

Il laboratorio sugli stili di vita è quello più apparentemente scollegato dalla funzionalità attuale della rete dei servizi, ma quello che ha maggior ruolo prospettico in rapporto alla possibilità di correggere alcuni determinanti di salute (fattori di rischio) e quindi in prospettiva di ridurre le cause di morte eccedenti dal punto di vista epidemiologico nell'Area Grossetana. Per tali ragioni (minore influenza sull'efficienza dei servizi a breve termine; maggiore efficacia sulla salute della popolazione in futuro) la questione di produrre un cambiamento degli stili di vita è quella più connessa alla prevenzione ed alla promozione della salute e, quindi, più legata alla programmazione di lungo respiro. Per conseguenza la programmazione in questo ambito parte dall'anno in corso, ma inevitabilmente si connette a quella degli anni successivi secondo il metodo utilizzato nella stesura del presente Piano Integrato di Salute. L'idea ormai acquisita nella letteratura scientifica (soprattutto quella dell'OMS) è che la diffusione nelle comunità di stili di vita salutari è in grado di migliorare la salute globale, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'uso di alcol e delle droghe, agli stili alimentari ed alla attività fisica. Abbiamo anche considerato come fattore di salute aggiuntivo lo sviluppo di una cultura comunitaria della convivenza civile, fondata sui principi della pace e della tolleranza e sul rifiuto della violenza.

Va detto in premessa che vi è una discrepanza tra i problemi epidemiologici evidenziati dallo specifico profilo di salute e le risposte progettuali censite dal laboratorio sugli stili di vita durante il proprio lavoro.

Dal punto finanziario inevitabilmente per le ragioni su esposte i progetti contenuti in questo PIS sono quelli maggiormente carenti di "copertura". Ciò non vuol dire che non si debba produrre in questo ambito il massimo sforzo, tenuto anche conto dell'attiva di partecipazione ai lavori dello stesso laboratorio dei cittadini, dei portatori di interesse e delle loro associazioni.

La linea di azione principale, in ragione della maggiore evidenza del rapporto tra patologia e stile di vita, dovrà essere inevitabilmente quella del contrasto all'uso del fumo di tabacco, anche se i progetti disponibili cadono principalmente sulle risorse umane della rete dei servizi e del volontariato. Il lavoro principale della programmazione dovrà essere quello di mettere in rete e massimizzare le risorse disponibili impegnate nei seguenti progetti:

- “CORSI PER SMETTERE DI FUMARE E PROMOZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE”
- “LA RETE CONTRO IL FUMO”
- “LIBERI DAL FUMO”

Il primo ricade sulle risorse del volontariato e il secondo sulle risorse dei servizi, il terzo che dal punto di vista preventivo è il più ambizioso presenta le maggiori difficoltà di copertura e su di esso andranno concentrati tutti gli sforzi possibili.

La seconda linea di azione sarà quella del contrasto all'uso dell'alcol, che, oltre ad avere un'azione sinergica sul determinismo del tumore del polmone, può incidere sul determinismo delle altre patologie oncologiche, che inducono una sovrabbondanza della mortalità nella Area Grossetana, e sicuramente contribuisce all'elevato tasso di morti per incidente stradale della stessa Area. Anche in questo caso il lavoro principale sarà mettere in rete le varie progettualità. Attualmente sono stati censiti i seguenti progetti:

- “SCUOLE ALCOLOGICHE TERRITORIALI di I, II e III MODULO”
- “ESSERE & BENESSERE”

Complessivamente le progettualità presenti si riducono alle iniziative dell'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento, che sono complessivamente finanziate dal CESVOT, ma appaiono “deboli” rispetto all'entità del problema. Occorrerà che i servizi competenti in materia compiano uno sforzo per massimizzare le risorse presenti, nel caso trovando le opportune sinergie con i progetti inerenti al contrasto all'uso delle droghe, che, pur essendo meno incidenti rispetto all'eccessiva mortalità dell'Area Grossetana, possono essere implicate nel determinismo dell'alto tasso di mortalità per incidente stradale e nella modesta sovrabbondanza di morte per overdose. In questo ambito abbiamo i seguenti progetti:

- “UTILIZZO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DI COMUNITA' NEL SETTORE DELLE SOSTANZE D'ABUSO”
- “RISCHI SUL LAVORO E USO DI SOSTANZE”
- “PROGETTO CENTRO TERAPEUTICO VALLEROTANA”

Tutti questi progetti hanno il vantaggio di essere finanziati con risorse pubbliche o private, in particolare il primo è un progetto in cui il Ministero della Salute riconosce la ASL 9 (UO Educazione alla Salute) come capofila. Anche qui il lavoro principale sarà metterli in rete per massimizzare le risorse.

I progetti riguardanti specificamente la salute mentale sono entrambi finanziati e possono fornire sinergie utili negli ambiti precedenti per quanto riguarda il contrasto dell'uso dell'alcol e delle droghe e il rafforzamento della rete sociale primaria nelle zone più periferiche dell'Area Grossetana:

- “PREVENZIONE ESORDI PSICOTICI”
- “COMUNITARIAMENTE”

Negli altri ambiti esiste una progettazione del tutto modesta rispetto alle necessità, in questo senso il progetto inerente all' “ANAGRAFE PROGETTI STILI DI VITA” acquista una valenza strategica, come elemento di accumulo delle risorse e di “incubatore” di nuove progettualità.

Infine si propone di puntare sul progetto dell'Associazione Olympia de Gouges, che può contare su risorse proprie, come progetto di ricerca nella programmazione, allo scopo di sviluppare in futuro una linea strategica più incisiva sul tema della convivenza civile e del contrasto alla violenza nell'ambito della comunità:

- “PREVENZIONE E SENSIBILIZZAZIONE SUL TEMA DELLA

VIOLENZA INTRAFAMILIARE: COSA SIGNIFICA LA SICUREZZA NELLE RELAZIONI AFFETTIVE”

Dobbiamo segnalare la carenza di progettualità nell’ambito della prevenzione dell’obesità e dei disturbi alimentari, nonostante la presenza di interventi in ambito scolastico ed informativo attuati dalla UO Educazione alla Salute, dal Dipartimento delle Malattie Metaboliche e dal Centro per la diagnosi e il trattamento dei DCA della ASL 9 e dalle singole “autonomie scolastiche”. Tenuto conto che questo ambito è particolarmente importante nella prevenzione di numerose patologie dell’adulto di interesse sociale, sindrome metabolica, ipertensione, diabete etc., in futuro questo settore deve essere oggetto di particolare attenzione.

Una proposta è costruire un gruppo di lavoro permanente sul tema della prevenzione e della promozione degli stili di vita salutari, che coinvolga tutte le agenzie partecipanti al laboratorio “stili di vita” e comprenda gli operatori che nell’ambito della zona distretto si occupano dell’intervento preventivo, così come ha deciso recentemente l’Ufficio di Direzione del Distretto.

In conclusione indichiamo le azioni principali individuate e concordate nell’ambito del lavoro stesso.

1. Si propone come priorità il progetto di contrasto all’uso del tabacco denominato “liberi dal fumo” in rete con tutti gli altri progetti connessi, rispetto ai quali occorre massimizzare le risorse umane e economiche disponibili, oltre a reperirne di nuove.
2. Si propone di sviluppare come azione di ricerca nella programmazione il progetto di contrasto alla violenza nell’ambito della comunità, ed in particolare all’interno della famiglia, presentato dall’Associazione Olimpia de Gouces, che ha risorse proprie, ma che va sostenuto come azione innovativa da immettere nella rete sociale.
3. Si propone di sviluppare come elemento di accumulo delle risorse e di “incubatore” di nuove progettualità l’anagrafe progetti stili di vita, con particolare riguardo alla promozione dei settori “carenti” (alcol, alimentazione, attività fisica).
4. Infine si propone di costruire un gruppo di lavoro permanente sul tema della prevenzione e della promozione degli stili di vita salutari, che coinvolga tutte le agenzie partecipanti al laboratorio.

PROGETTO INNOVATIVO “ISTITUZIONE ANAGRAFE PROGETTI STILI DI VITA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9 di Grosseto; COeSO; Provincia di Grosseto; Regione Toscana; Ministero della Salute
TITOLO PROGETTO	Istituzione di un'anagrafe dei progetti di prevenzione sugli stili di vita
OBIETTIVI	L'obiettivo generale: è avere un quadro costantemente aggiornato di tutti i progetti di natura preventiva in corso riguardanti gli stili di vita della popolazione generale e con riferimento geografico all'Area Grossetana in primo luogo e più in generale all'ambito provinciale
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Target diretto: tutte le agenzie del territorio, tutti gli operatori sociali e sanitari, le associazioni dei portatori di interesse e del volontariato, il privato sociale, che hanno interesse ad un cambiamento degli stili di vita in senso salutare e a formulare progetti all'interno di una strategia unitaria e sinergica allo scopo di evitare l'attuale frammentazione delle proposte: Target indiretto: la popolazione generale con stili di vita a rischio (alcol, fumo, alimentazione, sedentarietà, violenza intra ed extrafamiliare)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: sono da determinare È necessario: un server con un data base adeguato organizzato per parole chiave, che rendano i progetti facilmente individuabili e classificabili una connessione in rete perché sia facilmente accessibile l'anagrafe dei progetti un operatore addetto alla tenuta dell'anagrafe stessa iniziativa mediatica (a stampa, a mezzo web etc.) per diffondere l'iniziativa
FINANZIATORI	ASL 9; COESO; Provincia di Grosseto; Regione Toscana; Ministero della Salute Il Distretto dell'Area Grossetana può mettere a disposizione l'operatore che tiene attiva l'anagrafe Il COESO può mettere a disposizione l'informatico che costruisce il data base Occorre reperire i fondi per l'acquisto del server e le relative connessioni e per la diffusione mediatica dell'iniziativa
COLLABORAZIONI	Istituti scolastici; rete degli insegnanti dell' UO Educazione sanitaria; gruppi organizzati della rete sociale; associazioni dei portatori di interesse e del volontariato coinvolte
TEMPI	Dall'approvazione del PIS e per tutta la sua vigenza
CRITERI DI VALUTAZIONE	Criteri di valutazione: copertura dei progetti presenti sul territorio; indicatore: n. dei progetti censiti dall'anagrafe / n. dei progetti presenti nella comunità
OSSERVAZIONI	La principale criticità è mettere in rete le risorse disponibili e raccogliere in un unico piano strategico tutte le proposte, in particolare unificare in una sola offerta gli interventi in ambito scolastico

PROGETTO INNOVATIVO “LIBERI DAL FUMO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	U.F. Dipendenze, U.F.S.M.A., Dipartimento della Prevenzione, Educazione alla Salute, Centro Antifumo Asl 9; I Comuni del Distretto: Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Campagnatico, Paganico, Scansano; ALIDAF .
TITOLO PROGETTO	“Liberi dal fumo”
OBIETTIVI	-Accrescere la consapevolezza sui rischi del fumo rendendola permanente ed estesa a tutta la popolazione, promuovendo stili di vita sani. -Operare per rendere stabilmente liberi dal fumo tutti gli ambienti di lavoro. -Favorire i percorsi per smettere di fumare offrendo accessi facilitati ed enfatizzando realisticamente i grandi vantaggi che si conseguono a tutte le età, anche le più avanzate. -Fare attività con le famiglie e nelle scuole iniziando dall'infanzia e privilegiando l'implementazione delle “life skills” e la formazione di “peer educators”. -Promuovere percorsi condivisi per rendere liberi dal fumo anche ambienti all'aperto quali stadi, spettacoli ed altri luoghi ad alta intensità di persone, specialmente quando vi è possibile presenza di minori. -Aumentare la sensibilità sull'esposizione al fumo passivo, a cui sono imputabili circa il 10% di tutti i decessi da fumo di tabacco. -Sensibilizzare i conducenti sui rischi del fumare durante la guida, sia per evitare incidenti da distrazione sia per l'abitacolo ristretto, saturo di fumo. -Sviluppare vari modelli di gruppi di auto-aiuto per fumatori ed ex-fumatori. -Realizzare periodici convegni informativi alla cittadinanza e promuovere la creazione di un “Parco degli stili di vita” nel territorio comunale (progetto “Casa di Zazzà” sul litorale). -Creazione di un data-base comune sul fumo di tabacco. -Verifica del progetto attraverso riunioni periodiche di integrazione tra tutti.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Tutta la popolazione del distretto.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	- Da determinare - Operatori di: U.F. Dipendenze, U.F.S.M.A., Dipartimento della Prevenzione, Educazione alla Salute, Centro Antifumo Asl 9, ALIDAF. - rete delle risorse informali (gruppi, volontari, AMA)
FINANZIATORI	ASL 9 con le proprie risorse umane
COLLABORAZIONI	Ostetricia, Pediatria e U.F.S.M.I.A.AsI9, Sindacati; associazioni di categoria, Ufficio scolastico provinciale; provincia di Grosseto, Ufficio provinciale del lavoro, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori e altre associazioni di volontariato, cooperative sociali
TEMPI	Dicembre 2008 - Dicembre 2011
CRITERI DI VALUTAZIONE	Sono stati individuati i seguenti indicatori di risultato: - N° di ambienti di lavoro “smoke-free”; - N° di stadi e ambienti aperti affollati “smoke-free”; - N° soggetti sottoposti a misurazione del livello di monossido di carbonio/n° dei questionari compilati; - Livelli di dipendenza sui soggetti sottoposti al test di Fagerstorm; - N° utenti che accettano di sottoporsi al trattamento antitabagico/N° soggetti contattati; - N° di scuole coinvolte e di “peer educator” formati; - N° di eventi informativi effettuati nei confronti della popolazione e verifica del processo di creazione del Parco degli stili di vita; - Verifica dell'andamento nel tempo dei dati epidemiologici sensibili (patologie da fumo di tabacco);
OSSERVAZIONI	

PROGETTO INNOVATIVO DI RICERCA “PREVENZIONE E SENSIBILIZZAZIONE SUL TEMA DELLA VIOLENZA INTRAFAMILIARE: COSA SIGNIFICA LA SICUREZZA NELLE RELAZIONI AFFETTIVE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione Olympia De Gouges Centro Antiviolenza
TITOLO PROGETTO	“Prevenzione e sensibilizzazione sul tema violenza intrafamiliare-cosa significa la sicurezza nelle relazioni affettive”
OBIETTIVI	Informare e prevenire, attraverso i dati attualmente in possesso e le risorse attivate, la popolazione giovanile.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: studenti delle ultime classi delle medie superiori Indiretto: le famiglie degli studenti delle scuole coinvolte
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Finanziamenti interni, figure professionali interne ed esterne al Centro
FINANZIATORI	Associazione Olympia De Gouges con la collaborazione dell'Associazione Artemisia di Firenze
COLLABORAZIONI	Operatrici e Psicologhe del Centro di Grosseto e Di quello di Firenze (Artemisia)
TEMPI	Presentazione: settembre 2008, per l'anno scolastico 2008/2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Si. Informare per prevenire un malessere che nasce all'interno della famiglia e colpisce la famiglia stessa ed ha una ricaduta sociale notevole, è la forma migliore per favorire una “salute sociale” e una più ampia cultura della popolazione.
OSSERVAZIONI	

4.3 Anagrafe progetti

PROGETTO "COMUNITARIAMENTE"

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Azienda USL 9 Grosseto. Con la partecipazione ed il contributo dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana
TITOLO PROGETTO	La Salute Mentale nella comunità grossetana (PROGETTO COMUNITARIAMENTE)
OBIETTIVI	1- Rafforzare la collaborazione con i MMG, già attivata con il Progetto di Consulenza per i Disturbi emotivi comuni, nella prospettiva di sviluppare azioni e programmi di Salute Mentale di Comunità. Realizzare una forma di coinvolgimento attivo della presa in carico territoriale dei disturbi psichiatrici maggiori da parte dei MMG e di altre figure con riconosciuta leadership nella comunità. ampliare la partnership comunitaria per sviluppare i servizi di salute mentale favorendo la partecipazione degli utenti, dei familiari, dei MMG, dei leader naturali delle comunità in questione, delle associazioni e del privato sociale senza fini di lucro. Promuovere iniziative con l'obiettivo di favorire stili di vita per la promozione della Salute, riducendo contemporaneamente i fattori di rischio relativi alle condotte suicidarie ed all'uso di sostanze e alcol. superare l'egemonia della dimensione sanitaria e sviluppare i servizi di comunità. Migliorare i rapporti fra le varie agenzie che operano sul territorio favorendo l'utilizzo di un linguaggio comune Promuovere una politica di salute alternativa a quella centrata sugli ospedali Promuovere nuove modalità di presa in carico. Strutturazione di una radio online e collaborazioni con radio locali per avviare azioni di lotta allo stigma e programmi di riabilitazione a partecipazione comunitaria. Incentivare la cooperazione con la rete dei gruppi di auto-aiuto ed i club degli alcolisti in trattamento, già punti di riferimento per la promozione della Salute nella comunità locale. Strutturazione, con la collaborazione di uno statistico, di un programma di monitoraggio e di ricerca sul funzionamento del progetto e sull'azione del nostro Servizio nello sviluppo delle reti sociali.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Ai comuni della Zona 4 ASL 9 Grosseto
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Azienda USL 9 Grosseto (con personale USL). Agenzia Regionale di Sanità Toscana (risorse economiche per primi 4 mesi)
FINANZIATORI	Vedi sopra
COLLABORAZIONI	COeSO (Consorzio per la gestione delle politiche sociali-Azienda Speciale Consortile tra i comuni della Zona sociosanitaria Grossetana) Comuni della zona 4, ASL 9 Grosseto. Provincia di Grosseto Regione Toscana Comunità Montana Amiata MMG Associazione Oasi (gruppi di auto-mutuo-aiuto)

	Auser filo d'argento Nuova ACAT (associazione club degli alcolisti in trattamento) Grosseto CESVOT Polisportive Arci Ser.T. zona 4 ASL 9 Grosseto
TEMPI	Il progetto è finanziato da settembre 2008 a dicembre 2008. È stato ideato con durata biennale (se si trovano nuove risorse)
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero di persone che hanno concorso alla decisione di avviare l'iniziativa di rete: cercare il massimo di diffusività nella decisione di attivare un'iniziativa di rete. Numero di persone che concorrono a sostenere il lavoro di organizzazione dell'iniziativa: soprattutto badare alle forme di assistenza e guida alle iniziative dei diversi soggetti nella rete. Quanto è strutturata la programmazione delle attività, o avviare una forma di strutturazione delle operazioni in rete attraverso il mutuo aiuto, riunioni di quartiere, coordinamento dei volontari, dotandosi di forme condivise di democrazia interna attivando una rete decisionale e valutativa, quanto più queste iniziative sono allargate e diffuse tanto più l'iniziativa è reticolata. Quanto risultano coinvolti altri servizi sociali e altri operatori professionali del territorio Quanto sono coinvolti gli amministratori locali. Quali risorse normali vengono utilizzate per il lavoro di rete: es. i luoghi di riunione dovrebbero essere i luoghi normali della socialità ordinaria della comunità: la parrocchia, la palestra, sala di conferenze, scuola, biblioteca di quartiere. Quanto sono coinvolti gli utenti nelle attività promosse. Quanto sono coinvolti i parenti e gli amici Reticolare l'iniziativa direttamente con gli utenti o con i loro familiari Valutare quali e quanti volontari vengono coinvolti e come essi vengono reticolati fra loro Prevedere il coinvolgimento della comunità locale nel problema condiviso.
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “CORSI PER SMETTERE DI FUMARE E PROMOZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.LI.DA.F. ONLUS (associazione liberi dal fumo)
TITOLO PROGETTO	Corsi per smettere di fumare e promozione alla salute nelle scuole
OBIETTIVI	Promuovere sani stili di vita – Aiutare i fumatori che desiderano smettere di fumare
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	TARGET DIRETTO : Persone fumatrici – Adolescenti TARGET INDIRETTO: Comunità di appartenenza (Famiglie –Ambiente di lavoro – Ambiente scolastico, Etc.)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	RISORSE ECONOMICHE : Pressoché nulle RISORSE PROFESSIONALI UTILIZZATE : Psicologi –Indegnanti – Medici- Operatori vari RISORSE COMUNITARIE : Soprattutto ex fumatori/fumatrici
FINANZIATORI	I progetti finora attuati si sono basati soprattutto su attività di volontariato
COLLABORAZIONI	Stretta collaborazione con la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) presso la quale l'A.LI.DA.F. ha la sede e con cui condivide metodologie e programmi. Altre collaborazioni avute: Asl 9 – Società della Salute di Massa Marittima – Provincia – Provveditorato agli Studi – Varie Scuole elementari e medie della provincia di Grosseto.
TEMPI	I corsi per smettere di fumare sono aperti tutto l'anno, ogni volta che si arriva a formare un gruppo dalle 10 alle 15 persone circa.
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero di persone che riescono a smettere di fumare.
OSSERVAZIONI	Il grosso limite dei progetti attuati fin qui è quello di essere basati su una disponibilità personale non retribuita o, al massimo, su un parziale rimborso spese.

PROGETTO “LA RETE CONTRO IL FUMO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	U.F. Dipendenze patologiche
TITOLO PROGETTO	“La rete contro il fumo”
OBIETTIVI	miglioramento dell'informazione al personale sull'opportunità di un intervento per i fumatori; sollecitazione e sostegno degli operatori che fumano a smettere di fumare, offrendo loro accessi facilitati ai metodi di disassuefazione: partecipazione gratuita in orario di lavoro alle prestazioni del CAF (Centro Anti Fumo). Accrescere la comunicazione sui rischi del fumo attraverso la divulgazione delle linee guida e la distribuzione di opuscoli informativi.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Utenti del distretto. Medici degli ambulatori del distretto. Personale infermieristico e sanitario. Personale tecnico-amministrativo.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Operatori del Caf di Grosseto (personale convenzionato, nell'ambito delle ore di lavoro previste dalla convenzione con l'ASL 9), operatori designati dal Sert Distretto Area Grossetana (1 sociologo, 1 psicologo). Non vi sono costi economici aggiuntivi.
FINANZIATORI	ASL 9 con le proprie risorse umane
COLLABORAZIONI	Ambulatori ASL 9, U.F. Consultoriale, U.F. Salute Mentale.
TEMPI	Settembre 2008 - Settembre 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Sono stati individuati i seguenti indicatori di risultato: N. di questionari compilati/n. utenti contattati; N. soggetti sottoposti a misurazione del livello di monossido di carbonio/n. dei questionari compilati; Livelli di dipendenza sui soggetti sottoposti al test di Fagerstrong; N. utenti che accettano di sottoporsi al trattamento antitabagico/N. soggetti contattati.
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “PREVENZIONE ESORDI PSICOTICI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9 di Grosseto; COESO; Associazione OASI onlus; Regione Toscana; CCM del Ministero della Salute
TITOLO PROGETTO	Un progetto di prevenzione mirata: individuazione, trattamento precoce e monitoraggio degli esordi psicotici
OBIETTIVI	individuazione dei casi ad alto rischio con attivazione degli interventi conseguenti, privilegiando l'approccio psicoterapico e psicoeducazionale nella presa in carico dei casi individuazione e monitoraggio assiduo di tutti gli esordi psicotici chiaramente diagnosticati con determinazione della coorte da seguire con criteri standardizzati di valutazione a distanza degli esiti
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Target diretto: popolazione giovanile (15-30 aa) a rischio di evoluzione psicotica; le famiglie dei giovani coinvolti; target indiretto: la comunità di appartenenza (a cominciare dalla scuola). È in corso una campagna stampa vero i PLS, i MMG, la scuola e la comunità in generale
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: € 108.000 dal fondo regionale per i progetti sperimentali della salute mentale; € 15.000 dal Ministero della Salute per la partecipazione al progetto nazionale del Programma 2000 (Milano, 5 centri in tutt'Italia) Risorse professionali: € 60.000 di ore lavoro degli operatori del DSM (psichiatri, NPI, psicologi, infermieri, educatori) e un assistente sociale part time del COESO; operatori dedicati: 2 educatori (uno assunto); 2 psicologi part time (da assumere); una segretaria da assumere Risorse comunitarie: i gruppi di auto-mutuo-aiuto dell'Ass. OASI con compito di supporto e di visibilità
FINANZIATORI	ASL 9; COESO; Regione Toscana; Ministero della Salute; OASI
COLLABORAZIONI	Istituti scolastici superiori; rete degli insegnanti dell' UO Educazione sanitaria; gruppi organizzati della rete sociale; collaborazione per la modifica degli stili di vita alcol e drogacorrelati che concomitano all'insorgenza delle psicosi (in particolare la cannabis); il programma comnrendente gruppi vocazionali
TEMPI	12 mesi dal 1 aprile 2008 (eventualmente prorogabili)
CRITERI DI VALUTAZIONE	Criteri di valutazione: monitoraggio trimestrale dell'andamento dei casi reclutati e valutazione degli esiti con una batteria di test (neuropsicologici, psicosociali; di carico familiare; dei qualità della vita) codificati sulla piattaforma informatica del progetto nazionale C'è un movimento internazionale che punta a raccogliere evidenze sull'opportunità degli interventi precoci (recentemente sono uscite le linee guida italiane del Ministero della Sanità)
OSSERVAZIONI	La principale criticità è mettere in rete le risorse disponibili e rendere stabile l'intervento precoce sulla psicosi. Va dimostrata la correlazione tra insorgenza delle psicosi e gli stili di vita giovanili

PROGETTO “UTILIZZO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DI COMUNITA’ NEL SETTORE DELLE SOSTANZE D’ABUSO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Ministero della Salute– CCM - Regione Toscana AUSL N.9 DI GROSSETO – U.O.C. EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
TITOLO PROGETTO	<i>“UTILIZZO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DI COMUNITÀ NEL SETTORE DELLE SOSTANZE D’ABUSO”</i>
OBIETTIVI	Secondo il modello dei “programmi di comunità” definire una strategia fondata sull’integrazione tra enti, istituzioni, agenzie, ..che promuova Salute nella comunità centrando l’attenzione sia sul miglioramento di potenzialità personali – competenze socio-emotive e relazionali sia su azioni di conferma-rinforzo dell’ambiente di vita – Attraverso le metodologie life skills education e peer education ci si propone di diffondere un approccio educativo centrato sul protagonismo dei giovani e teso a rafforzarne le capacità in termini di autostima, autoefficacia e resilienza. Azioni in AMBITO SCOLARE ed EXTRA SCOLARE
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Bambini, ragazzi, adolescenti, (in particolare fascia età da 11 a 17 anni) genitori, insegnanti, educatori, allenatori sportivi, stakeholders,...
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Finanziamento Ministero della Salute –CCM 2007 Operatori AUSL, Scuola, Enti Locali, Ass.ni Volontariato, Ass.ni Sportive e Ricreative
FINANZIATORI	Ministero della Salute –CCM 2007
COLLABORAZIONI	Ministero della Salute –CCM / Regione Toscana/ SdS Pisa SdS Fi /Altre AAUUSLL a livello nazionale/ Scuola / Enti Locali / Ass.ni Volontariato/ Ass.ni Sportive e Ricreative /.....
TEMPI	Anni 2008-2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Stesura di protocolli di collaborazione Documentazione delle esperienze Programmazione di percorsi formativi (campus residenziali) Attivazione di dinamiche di partecipazione attiva Definizione di strumenti di lavoro condivisi Messa a punto di sistemi di valutazione degli interventi
OSSERVAZIONI	- Sostenere la costituzione di una rete di scuole che all'interno dei propri percorsi educativi praticano la “life skills education” e la “peer education” - Facilitare un approccio educativo omogeneo in insegnanti di grado di scuola diverso permettendo uniformità di linguaggio e continuità nel curriculum formativo degli studenti - Attivare focus per la rilevazione di bisogni emergenti nelle diverse realtà e messa a punto di azioni funzionali alla loro risoluzione - Sperimentare nelle classi di laboratori centrati su bisogni emersi localmente

PROGETTO “RISCHI SUL LAVORO E USO DI SOSTANZE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	U.F. DIPENDENZE PATOLOGICHE
TITOLO PROGETTO	Progetto formativo “RISCHI SUL LAVORO E USO DI SOSTANZE”
OBIETTIVI	-Acquisire conoscenze generali sul fenomeno delle dipendenze nel mondo del lavoro. Stimolare all'approfondimento dei temi trattati in vista di azioni preventive nei contesti lavorativi da parte del servizio. Motivare gli operatori nell'ambito delle specifiche professionalità operanti nel Sert a produrre idee e proposte per impostare azioni preventive nei luoghi di lavoro.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Operatori dei SERT dei quattro distretti socio-sanitari (medici, infermieri, educatori professionali, psicologi, sociologo amministrativo)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: dal piano di formazione aziendale anno 2008. professionali: operatori ASL esperti nel campo e due operatori esperti a livello nazionale ed europeo.
FINANZIATORI	ASL 9
COLLABORAZIONI	Collabora il Dipartimento della Prevenzione
TEMPI	E' fissata la data dell'evento formativo il 21 Novembre 2008
CRITERI DI VALUTAZIONE	Misurazione dell'apprendimento di conoscenze attraverso questionario, misurazione del gradimento da parte dei partecipanti.
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “SCUOLE ALCOLOGICHE TERRITORIALI di I, II e III MODULO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	NUOVA ACAT GROSSETO
TITOLO PROGETTO	SCUOLE ALCOLOGICHE TERRITORIALI di I, II e III MODULO
OBIETTIVI	SAT I MODULO= formazione di base sui PAC (problemi alcol correlati) per le famiglie del CAT(Club Alcolisti in Trattamento) nuove SAT II MODULO= formazione e aggiornamento sui PAC per le famiglie del CAT che hanno già frequentato SAT I MODULO SAT III MODULO= formazione e sensibilizzazione sui PAC per le famiglie della comunità locale
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Vedi sopra
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse umane dei membri dei CAT Risorse economiche (poche) dell' ARCAT Toscana (associazione dei Club regionale)
FINANZIATORI	NUOVA ACAT Grosseto, ARCAT Toscana
COLLABORAZIONI	Centro Alcológico Territoriale Funzionale Grosseto
TEMPI	SAT I MODULO= primi 6 mesi 2008 (già realizzata) SAT I MODULO= secondi 6 mesi 2008 (da settembre 2008 per 10 incontri-frequenza settimanale) SAT II MODULO= giugno 2008 (già realizzata) SAT II MODULO= novembre 2008 SAT III MODULO= marzo 2008 (già realizzata) SAT III MODULO= maggio 2008 (già realizzata)
CRITERI DI VALUTAZIONE	Criteri indiretti: aumento dei Club sul territorio, maggiore attivazione dei membri di Club, cambiamento culturale della comunità locale
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “CENTRO TERAPEUTICO VALLEROTANA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Associazione genitori e volontari contro le tossicodipendenze
TITOLO PROGETTO	Gestione Centro Terapeutico Riabilitativo Vallerotana Azioni di prevenzione: 1) progetto Professione genitore, 2) progetto Valori in corso 3) Insegnanti
OBIETTIVI	Professione Genitore: il progetto si articola in incontri con genitori, in sede scolastica o di circoscrizione o sede dell'Associazione, di norma sono previsti 8 incontri; se svolto in sede scolastica l'ultimo incontro può essere allargato agli insegnanti; riflessione e confronto sull'essere genitori Valori in corso: rivolto ai ragazzi delle scuole medie inferiori ed elementari, si svolge con il gruppo classe per un numero di 8-10 incontri più due incontri con gli insegnanti e due con i genitori; svolgere un percorso valoriale e fornire uno strumento per gli insegnanti; Insegnanti: cinque incontri di due ore sulla comunicazione; gestire la relazione con i colleghi, con i ragazzi, con i genitori.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Ragazzi, genitori, insegnanti
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Professionisti impegnati Psicologi
FINANZIATORI	I singoli progetti sono finanziati da Enti Locali e dalle Scuole.
COLLABORAZIONI	
TEMPI	La realizzazione dei progetti è attuata sulla base di un calendario che viene concordato con i destinatari del progetto
CRITERI DI VALUTAZIONE	Non è stato adottato un criterio scientifico di valutazione delle singole proposte se non la richiesta di ripeterle
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “ESSERE & BENESSERE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Ass.ne onlus A.R.C.A.T. Toscana
TITOLO PROGETTO	Essere&Benessere
OBIETTIVI	Essere&Benessere è un progetto pilota di promozione della salute da realizzare nella scuola materna intesa come micro comunità da coinvolgere in tutte le sue componenti: dirigenti scolastici, insegnanti, genitori e bambini (i beneficiari del progetto) impegnati contemporaneamente in attività innovative e stimolanti di tipo educativo-promozionale (<i>life skills training</i>) che si rinforzano vicendevolmente innescando meccanismi autopoietici di crescita individuale e collettiva.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	diretti> dirigenti/coordinatori scolastici (6-8) insegnanti (12) genitori (100-110) bambini (100-110) indiretti> l'intera Scuola Materna la comunità di riferimento
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	le Scuole Materne che hanno aderito al progetto volontari dell'A.C.A.T. e di altre Ass.ni di volontariato che si occupano del disagio esperti in coaching e comunicazione, esperti di prima infanzia, esperti in valutazione Centro Alcológico Territoriale Funzionale dell'A.C.A.T. ASL locali/SerT locali
FINANZIATORI	CeSVoT Centro Alcológico Regionale della Toscana A.R.C.A.T. Toscana e A.C.A.T. locali CO.eSO. di Grosseto Comuni e Provincie Misericordie/altre Ass.ni di volontariato
COLLABORAZIONI	le Scuole Materne A.C.A.T. locali Comuni e Provincie Misericordie/altre Ass.ni di volontariato
TEMPI	anno scolastico 2008/09
CRITERI DI VALUTAZIONE	valutazione quantitativa > per valutare gli effetti delle attività formative su alcune specifiche abilità e variabili psicologiche di dirigenti scolastici, insegnanti e genitori, saranno utilizzati alcuni specifici test e scale di valutazione. Questi strumenti verranno somministrati in tre distinti momenti: a) prima di iniziare le attività di formazione (pre test); b) al termine del percorso formativo (post test); c) a distanza di 6 mesi e a distanza di 12 mesi dalla fine del progetto (follow up). valutazione qualitativa > al termine del progetto, ai dirigenti scolastici verranno somministrate interviste individuali semi-strutturate, agli insegnanti e ai genitori invece interviste di gruppo, allo scopo di valutare il loro livello di soddisfazione rispetto alla partecipazione al progetto; l'efficacia e l'utilità delle diverse attività in cui sono stati coinvolti; i punti di forza e di debolezza dell'intero percorso formativo; e infine raccogliere proposte e suggerimenti per iniziative progettuali future.
OSSERVAZIONI	

5 Laboratorio Minori

5.1 Profilo di salute

Aspetti demografici

Il numero di minorenni nel corso degli ultimi trent'anni è andato costantemente diminuendo, in conseguenza del calo della natalità e dell'invecchiamento della popolazione. Solo negli ultimi anni il calo si è stabilizzato e si notano dei timidi segnali di ripresa dovuti in massima parte alla forte crescita dei minori stranieri residenti (raddoppiati negli ultimi anni), sia di un leggero incremento della natalità. Nella zona Grossetana risiedono al 31/12/2006 quasi 14.700 giovani in età 0-17, che rappresentano circa la metà dei minorenni presenti sul territorio provinciale.

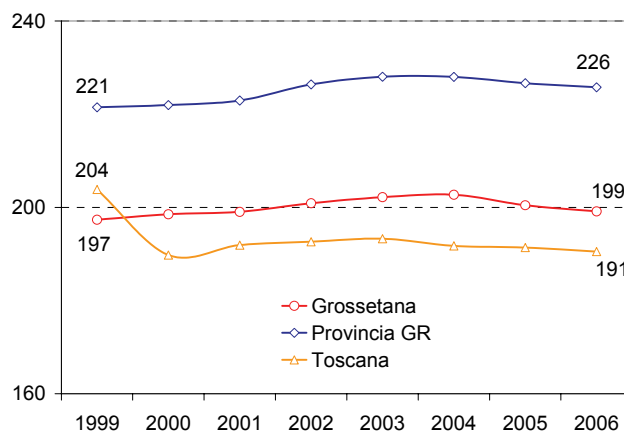
Tabella 36: Popolazione 0-17 anni residente nella provincia di Grosseto per comune e zona socio sanitaria. Anni 1998-2006 (valori assoluti e % 2006)

Comune	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	
								v.a.	% su pop.
Amiata Grossetana	2.253	2.239	2.214	2.189	2.182	2.210	2.220	2.234	11,6
Colline dell'Albegna	7.321	7.164	7.110	6.869	6.903	6.938	6.951	6.994	13,4
Colline Metallifere	5.359	5.354	5.388	5.444	5.520	5.598	5.731	5.773	12,8
Campagnatico	289	284	287	295	302	311	321	309	12,5
Castiglion della P.	902	874	903	903	894	927	929	888	11,9
Civitella Paganico	433	416	403	407	408	418	420	412	13,5
Grosseto	10.073	10.104	10.031	9.894	10.302	10.576	10.952	11.269	14,6
Roccastrada	1.163	1.163	1.195	1.235	1.257	1.252	1.278	1.295	13,9
Scansano	524	508	510	511	513	509	514	524	11,8
Grossetana	13.384	13.349	13.329	13.245	13.676	13.993	14.414	14.697	14,1
Provincia GR	28.317	28.106	28.041	27.747	28.281	28.739	29.316	29.698	13,5

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

La struttura della popolazione della zona Grossetana ne fa la zona socio-sanitaria “più giovane” della provincia: l'incidenza dei minori sul totale della popolazione è di circa il 14% contro una media provinciale del 13,5 e l'indice di vecchiaia, pur al di sopra della media regionale, è il più basso del territorio grossetano con circa due anziani per ogni giovane.

Figura 103: Andamento dell'indice di vecchiaia. Raffronto Zona Grossetana-Provincia di Grosseto-Toscana. Anni 1999-2006.



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat

Indice di vecchiaia = $\text{pop. 65 e oltre} / \text{pop. 0-14} \times 100$

Le trasformazioni della famiglia

L'aumento delle famiglie mononucleari e la conseguente, significativa, diminuzione delle famiglie composte da tre o più componenti, sono dati che richiamano importanti cambiamenti di natura socio-economica che, per quanto esterni alla famiglia, condizionano fortemente la sua struttura e la vita dei minori che la famiglia stessa ospita. Un cambiamento significativo nell'evoluzione strutturale della famiglia è l'innalzamento dell'età media della popolazione, con conseguente incremento nel numero di famiglie mononucleari composte da vedovi/e e anziani soli.

Questi mutamenti, emblematici più di altri che pure investono la famiglia, fanno risaltare alcune possibili situazioni di disagio riguardo alla condizione dei minori; una famiglia più fragile, o comunque meno stabile, rappresenta senza dubbio un fattore di crisi per i componenti più deboli che da e su di essa fondano la propria identità ed il proprio tessuto relazionale. Se si considera poi che ad esse si sommano altre occasioni problematiche, quali ad esempio difficoltà economiche (in crescita) o difficoltà d'integrazione (nel caso di uno o entrambi i genitori stranieri), il campanello d'allarme si fa ancora più acuto e spinge senza dubbio verso la ricerca di politiche idonee a rafforzare la rete familiare ed il suo basilare ruolo di supporto.

A modificare profondamente la famiglia è intervenuto anche l'ingresso, sempre più massiccio, delle donne nel mercato del lavoro, con la conseguente riorganizzazione dei tempi per il lavoro e quelli per la famiglia, e la costante ricerca di nuovi spazi di vita per sé.

E' altamente probabile che tali cambiamenti comportino sui minori un impatto più o meno forte; la forza che tale impatto possiede, tuttavia, non è, a nostro parere, univocamente interpretabile, piuttosto, probabilmente, è da ritenersi assolutamente relativa alla storia, all'ambiente e alla vita familiare di ciascun minore: laddove infatti una presenza genitoriale sporadica (e cosa debba intendersi per "sporadica" è già, di per sé, oggetto di discussione) può condurre i minori a vivere condizioni di

disagio perché poco ascoltati, e/o ad assumere comportamenti pericolosi per il proprio futuro, al tempo stesso, una presenza genitoriale dello stesso tipo può sviluppare negli stessi maggiore autonomia e senso di organizzazione del proprio tempo e dei propri spazi; viceversa, una presenza genitoriale forte (e, anche in questo caso, cosa debba intendersi per “forte” è, ancora una volta, oggetto di discussione) per quanto possa far presupporre una costante vicinanza alla vita e alle esperienze dei ragazzi, non necessariamente è sintomo di attenzione, e qualora lo fosse poi, se non dosata, può diventare invadenza e tradursi in una rischiosa, futura, dipendenza dei minori dagli adulti: “Sui bambini che riescono a nascere, gli investimenti affettivi e le aspettative dei genitori crescono in maniera pressante e squilibrata. Sono sottoposti a regimi di vita che li rendono insieme più preziosi e più coccolati, ma anche oggetto di sentimenti più fortemente ambivalenti, da cui nascono spesso le violenze intrafamiliari contro di loro”⁴⁴.

Le modifiche della famiglia e dei ruoli familiari sono espressione di importanti cambiamenti di natura socio-economica che investono e condizionano fortemente non solo la vita degli adulti e dei minori che essa ospita, ma anche la vita e il ruolo dei componenti immediatamente più vicini alla famiglia stessa, e alludiamo, in questo caso, ai nonni. L’ingresso delle donne nel mercato del lavoro, con la conseguente riorganizzazione dei tempi e degli spazi di tutti i componenti la famiglia, ha contribuito a modificare profondamente il ruolo dei nonni e la relazione che essi hanno con i figli e con i nipoti; la loro presenza sempre più spesso si configura come risorsa e supporto alle attività dei genitori allorquando questi cercano aiuto all’interno delle proprie reti di relazione, e il supporto fornito dai nonni che si prendono cura dei nipoti non è solo affettivo e relazionale, ma spesso ha anche un carattere economico, che si manifesta sia risparmiando ai genitori spese extra per servizi all’infanzia e baby sitters, sia contribuendo al mantenimento dei minori stessi. Per contestualizzare territorialmente queste riflessioni, e valutarne l’incidenza nella provincia di Grosseto, possiamo fare riferimento ai dati reperiti attraverso una ricerca sulla qualità della vita degli anziani residenti in questa zona, realizzata attraverso interviste dirette nell’estate del 2004⁴⁵ su un campione costituito da 1470 anziani. Tra le domande del questionario è stato chiesto agli anziani intervistati anche di indicare la frequenza con cui si interessano ai propri nipoti. Al di là del fatto che il 42,3% degli intervistati dichiara di non avere nipoti piccoli, tra quanti affermano di averne, cioè quasi il 60% del campione, il 57% (33% circa di tutto il campione) se ne occupa regolarmente (“tutti i giorni” o “spesso”), il 23% (13,3%) dichiara di interessarsene “qualche volta” ed il 20% (11,6% del campione) dichiara una frequenza assolutamente bassa (“raramente” o “mai”).

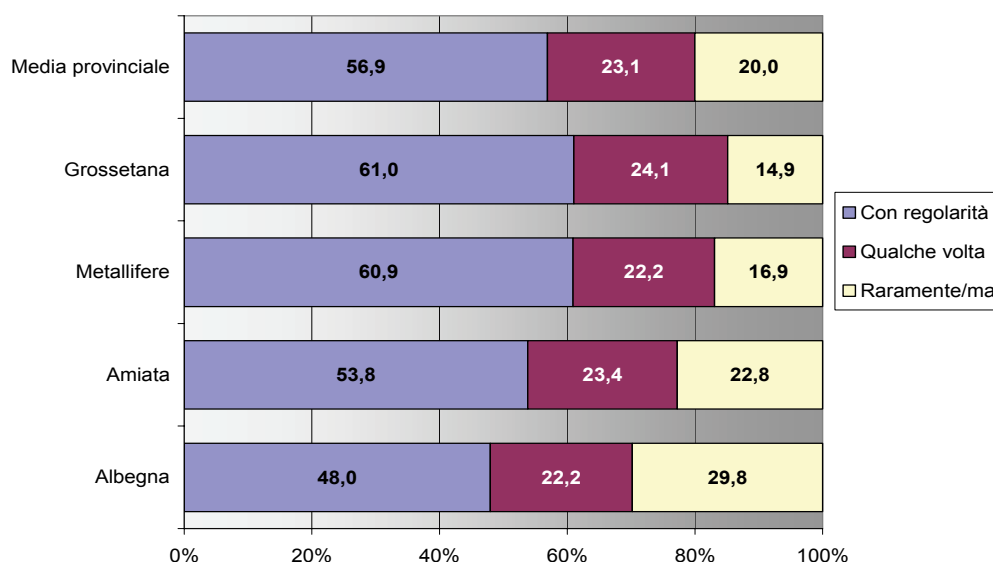
Se consideriamo le differenze tra zone socio-sanitarie, la cura verso i nipoti sembra più intensa per la Grossetana e le Metallifere; in queste zone infatti, rispettivamente il 61% e il 60,9% di chi ha nipoti, dichiara di occuparsene tutti i giorni o spesso, contro il 48 ed il 53,8% delle zone dell’Albegna e dell’Amiata. Questo fatto potrebbe essere collegato con il maggior tasso di attività femminile che caratterizza l’Area Grossetana e le Metallifere che determina quindi un maggior bisogno della

⁴⁴ Istituto degli Innocenti (a cura di), *L’eccezionale quotidiano. Rapporto sulla condizione dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia*, Istituto degli Innocenti, Firenze, 2006, p. 57.

⁴⁵ OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *Essere anziani a Grosseto. Una indagine sulla qualità della vita degli anziani sul territorio provinciale*, Provincia di Grosseto, Grosseto, 2006 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>).

collaborazione dei nonni nella gestione dei nipoti. Si tratta di differenze che, per quanto piccole, denotano però anche la presenza di modelli familiari e culturali non omogenei sul territorio provinciale.

Figura 104: (Se ha nipoti) Con che frequenza si interessa alla cura dei suoi nipoti? (valori percentuali per zona socio-sanitaria)



Fonte: OPS Grosseto, *Minori e giovani in provincia di Grosseto*

Non sembra improbabile ritenere che le difficoltà economiche sperimentate da alcune famiglie possano contribuire, insieme ad altri fattori, a generare condizioni di disagio nei minori che, all'interno di queste famiglie, vivono; altrettanto poco improbabile, a nostro giudizio, è che, così come le difficoltà economiche di una famiglia possono essere, tra loro, di grado assolutamente diverso, anche il tipo di disagio minorile che da esse può discendere, possa rivelarsi profondamente diverso: pur parlando comunque di espressioni di disagio tra i ragazzi, misurarsi quotidianamente con la difficoltà di mantenere e istruire i propri figli, è cosa ben diversa dal volere per loro condizioni di massimo benessere e, di conseguenza, ritenere, a tal fine, inadeguate le proprie possibilità economiche; il disagio che in questo secondo caso potrebbe derivarne, consisterebbe in un discutibile uso del denaro e di quanto esso consente, ma, anche questo, è assolutamente *altro* dallo sperimentare la mancanza, parziale o totale, di beni di prima necessità, e, per questo motivo, sentirsi disagiati ed anche etichettati. Nei paragrafi precedenti sono stati illustrati, a questo proposito, alcuni dati sulla diffusione e sull'intensità della povertà sul territorio provinciale. Qui evidenziamo alcuni indicatori che riguardano più specificamente le famiglie con figli minori. Il primo riguarda il numero di nuclei familiari con minori assistiti economicamente. Sia a livello provinciale che a livello di zona socio-sanitaria, dal 2002 al 2004 si registra un considerevole aumento di casi; questi passano infatti da 203, nel 2002, a 938 nel 2004. Nel dettaglio socio-sanitario, il maggior numero di nuclei familiari con figli minori assistiti economicamente si rileva nella zona Grossetana, zona all'interno della quale la preminenza è netta in tutti e tre gli anni considerati. L'incidenza rispetto a 1000 famiglie residenti è più

elevata della media provinciale (4,15 per 1000).

Tabella 37 Nuclei familiari con figli minori assistiti economicamente per zona socio-sanitaria. Anni 2002-2004

Zone socio-sanitarie	2002	2003	2004	Periodo 2002-2004	
				v.a.	Per 1000 famiglie
Colline Metallifere	39	54	57	150	2,64
Colline dell'Albegna	43	35	47	125	2,02
Amiata Grossetana	29	40	90	159	6,88
Zona Grossetana	92	142	270	504	4,15
Provincia di Grosseto	203	271	464	938	3,9

Fonte: OPS Grosseto, Minori e giovani in provincia di Grosseto

Un ulteriore indicatore delle condizioni di difficoltà economica della famiglia è quello offerto dall'incidenza delle esenzioni dal pagamento della mensa scolastica⁴⁶; anche in questo caso la zona delle Colline Metallifere si distingue dalle altre per un numero decisamente più elevato di alunni che beneficiano di un'esenzione riservata a famiglie con redditi particolarmente bassi. A livello provinciale poi si sottolinea l'aumento percentuale delle esenzioni dal pagamento della mensa, pari quasi a +3%, dal 2000 al 2004.

Tabella 38 Alunni esenti dal pagamento della mensa per 100 residenti di 5-14 anni per zona socio- sanitaria. Aa. ss. 1999/2000-2003/2004)

Zone socio-sanitarie	2000	2001	2002	2003	2004
Amiata Grossetana	4,1	5,1	5,5	6,0	7,7
Colline dell'Albegna	3,8	3,4	2,8*	2,3*	2,5*
Colline Metallifere	8,3	9,1	11,1*	11,3*	9,3*
Zona Grossetana	2,7	5,0	6,4	5,2	8,2*
Provincia Grosseto	4,2	5,4	6,4	5,7	7,0

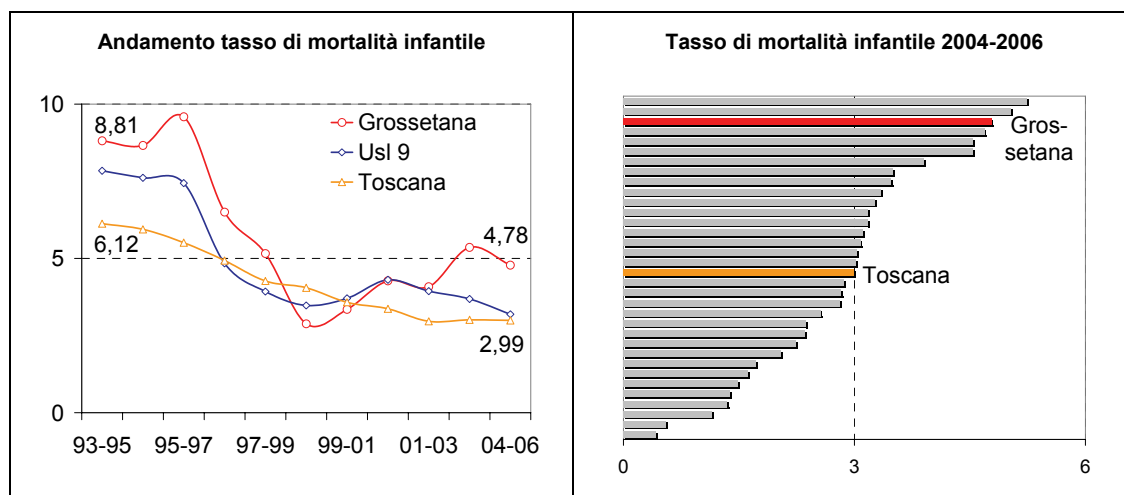
Fonte: OPS Grosseto, Minori e giovani in provincia di Grosseto

La salute alla nascita

I dati sulla mortalità infantile, per Grosseto come per tutta la Toscana, segnalano dal 1993 al 2006 un evidente ridimensionamento del fenomeno. Tuttavia, nel periodo osservato, i valori della zona Grossetana mostrano una situazione in controtendenza a partire dal triennio 1998/00 con un trend di fondo in crescita che colloca la zona costantemente al di sopra della media regionale e la porta nel triennio 2004/06 ai vertici regionali, dietro soltanto a Versilia e Senese. Deve essere comunque rilevato che, in valore assoluto, non si arriva a 12 casi nel triennio 2004/06, una considerevole contrazione rispetto ai valori iniziali del 1993 (il tasso è quasi dimezzato).

⁴⁶ Bisogna tener conto del fatto che questo indicatore può essere influenzato non solo dalla diffusione di situazioni di povertà, ma anche dai criteri che ciascun Comune stabilisce per l'esenzione dal pagamento, che possono differire sulla base degli orientamenti politici e delle disponibilità finanziarie dell'Ente Locale.

Figura 105: Andamento del tasso di mortalità infantile 1993-2006 (valori medi triennali) e graduatoria triennio 2004-2006 per zona socio-sanitaria.

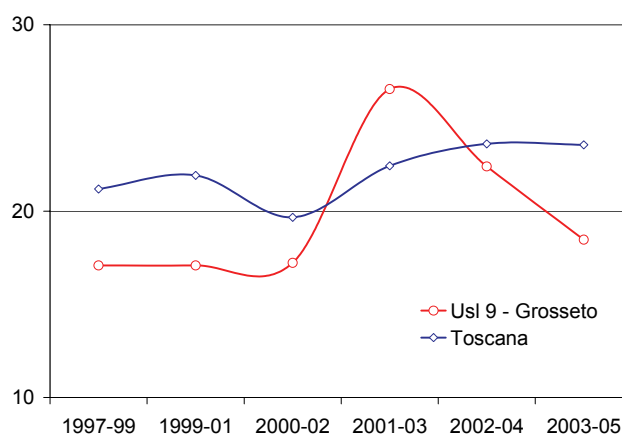


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana, Morti per causa

Tasso di mortalità infantile = decessi nel primo anno di vita / nati vivi x 1.000

Il tasso di malformazioni congenite nel territorio della Usl 9 nel periodo 1997-2005 è contraddistinto da un andamento oscillatorio che comunque, tranne una parentesi dal 2000 al 2003 in cui si è avuto un picco superiore a quello medio regionale, vede Grosseto ben al di sotto dei valori toscani ed in controtendenza con la curva regionale dal 2001/03 in poi (periodo in cui il dato toscano fa rilevare una crescita).

Figura 106: Numero di soggetti affetti da almeno una malformazione congenita per 1.000 nati vivi. Raffronto Usl 9-Toscana. Anni 1997-2005 (valori medi triennali)

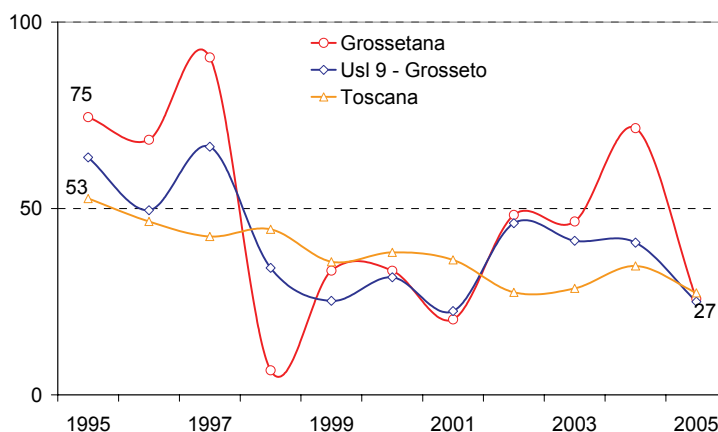


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Agenzia Regionale Sanità Toscana (ParsIS-Indicatori dello stato di salute)

Mortalità e ospedalizzazione

Il tasso di mortalità in età 0-19 anni della zona Grossetana, all'interno di una dinamica altalenante, caratterizzata da una diminuzione del fenomeno, mostra tre differenti fasi evolutive, con una decisa diminuzione dal 1995 al 1998, una evidente ripresa dal 1999 al 2004 ed un brusco calo nel 2005.

Figura 107: Andamento del tasso specifico di mortalità in età 0-19 anni. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana. Anni 1995-2005

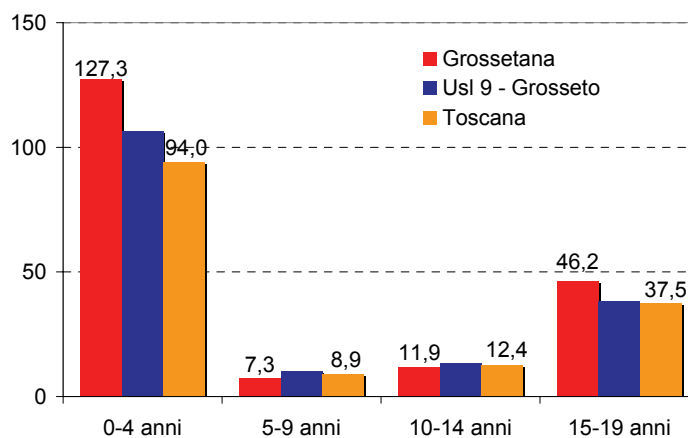


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Registro di Mortalità Regionale (RMR)

Tasso specifico di mortalità 15-19 anni = morti in età 15-19 anni / pop. 15-19 anni x 100.000

All'interno quindi di un andamento sottoposto a molteplici sbalzi, nell'analisi interna per sotto-classi di età sono rintracciabili alcune costanti: la classe 0-4 è quella più soggetta a mortalità, seguita da quella 15-19 anni; quest'ultima classe, come d'altra parte noto nella numerosa letteratura scientifica in materia, sperimenta anche a Grosseto un più elevato tasso specifico di mortalità rispetto alle classi più giovani in ragione di una maggiore incidenza degli incidenti stradali.

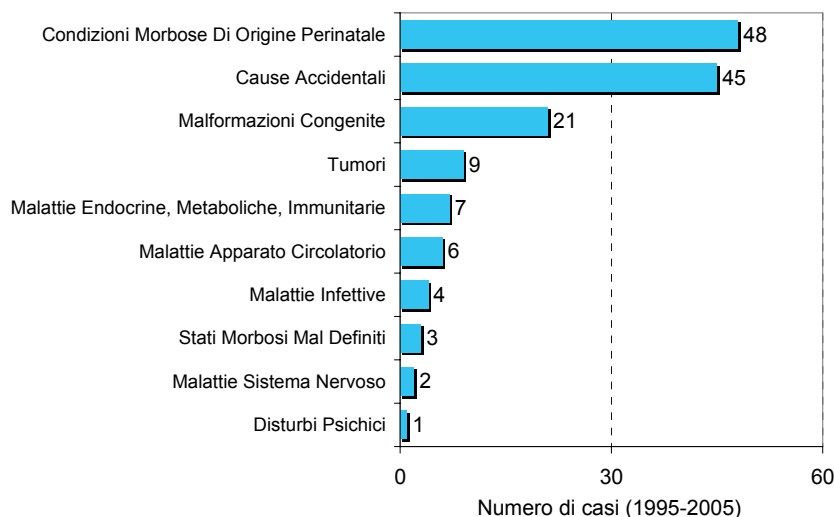
Figura 108: Tasso specifico di mortalità per classi di età. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana. Media 1995-2005



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Registro di Mortalità Regionale (RMR)

Tale considerazione sembra trovare adeguato riscontro nell'analisi delle cause di morte in età 0-19 nella provincia di Grosseto: le cause accidentali (all'interno delle quali l'incidente stradale ricopre un ruolo predominante) costituiscono nel decennio 1995-2005, insieme alle condizioni morbose di origine perinatale (prematurità, difficoltà respiratorie, sofferenza perinatale e altro), le cause più ricorrenti di mortalità infantile e giovanile.

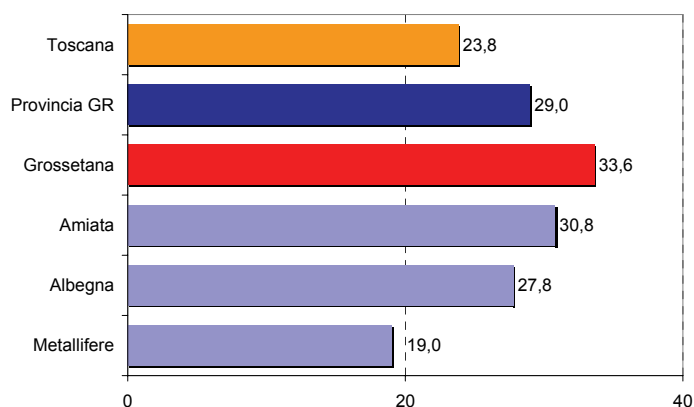
Figura 109: Numero decessi in età 0-19 anni nella provincia di Grosseto per causa. Anni 1995-2005 (valori assoluti)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Registro di Mortalità Regionale (RMR)

Per comprendere meglio, oltre al valore assoluto, quanto questa causa di morte incida sulla mortalità giovanile nella zona Grossetana, si consideri che il tasso specifico di mortalità in età 15-19 anni nel periodo 1987-2005 è stato il più alto della provincia di Grosseto, considerevolmente superiore a quello regionale e tra i più elevati della Toscana a livello zonale.

Figura 110: Tasso specifico di mortalità per incidenti stradali in età 15-19 anni per zona socio-sanitaria. Media 1987-2005

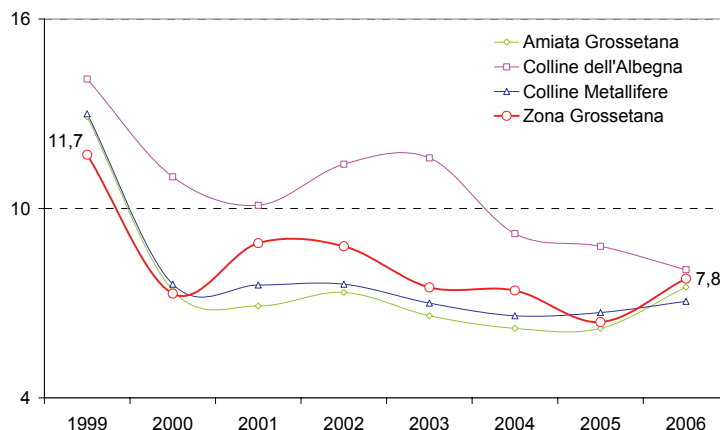


Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Registro di Mortalità Regionale (RMR)

Tasso specifico di mortalità per incidenti stradali 15-19 anni = $\frac{\text{morti in età 15-19 anni per incidenti stradali}}{\text{pop. 15-19 anni}} \times 100.000$

La lettura del tasso di ospedalizzazione giovanile (0-19 anni) 1999-2006 rivela un trend discendente in tutte le zone provinciali compresa la Grossetana. Quest'ultima però fa registrare una crescita nell'ultimo anno di osservazione dopo un calo ininterrotto di quattro anni (2001-2005); da segnalare comunque che si è passati dagli 11,7 ricoveri per 100 residenti del 1999 ai 7,8 del 2006 e che l'intensità del fenomeno appare comunque al di sotto della media regionale.

Figura 111: Tasso di ospedalizzazione in età 0-19 anni per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Usl 9

Tasso di ospedalizzazione 0-19 anni = ricoveri in età 0-19 anni / pop. 0-19 x 100

Anche in questo caso - analogamente a quanto rilevato nel paragrafo dedicato all'ospedalizzazione dei profilo di salute generale e anziani - la tendenza dell'indicatore inviterebbe ad ipotizzare un miglioramento delle condizioni di salute; ed anche in questo caso si ritiene opportuno un invito alla cautela riguardo a tale interpretazione, rinviando alle ragioni già esposte nel profilo di salute generale.

I ricoveri 2006 di residenti nella Zona Grossetana in età 0-19 sono stati 1.238 (il 50% del totale); tra le grandi classi di ricovero, le più rilevanti nei ricoveri giovanili della zona Grossetana sono nell'ordine la malattie e disturbi "di orecchio, naso e gola", "endocrini, metabolici e nutrizionali", "dell'apparato digerente", "dell'apparato muscolo scheletrico" e "dell'apparato respiratorio".

Tabella 39: Ricoveri in età 0-19 anni per grandi classi di ricovero e zona socio-sanitaria. Anno 2006 (valori assoluti e tasso di ospedalizzazione)

Grandi classi di ricovero (MDC)	Ricoveri 0-19 anni									
	v.a.					Tasso ospedalizzazione 0-19 anni				
	Amiata	Albe-gna	Metal-lifere	Gros-setana	Prov. GR	Amiata	Albe-gna	Metal-lifere	Gros-setana	Prov. GR
malattie e disturbi orecchio, naso e gola	34	107	58	205	404	1,4	1,4	0,9	1,3	1,2
malattie e disturbi dell'apparato digerente	21	71	58	129	279	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
mal. e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	21	51	35	150	257	0,8	0,7	0,5	0,9	0,8
malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	11	84	29	106	230	0,4	1,1	0,5	0,7	0,7
mal. e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico	16	38	38	121	213	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7
malattie e disturbi sistema nervoso	19	43	29	83	174	0,8	0,6	0,5	0,5	0,5
malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	4	36	35	71	146	0,2	0,5	0,5	0,4	0,4
mal. e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	5	15	33	56	109	0,2	0,2	0,5	0,4	0,3
mal. e dist. pelle, tess. sottocutaneo e mammella	9	22	11	50	92	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3
malattie e disturbi mentali	8	26	17	32	83	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
gravidenza, parto e puerperio	8	18	18	37	81	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
malattie e disturbi del periodo neonatale	9	22	24	19	74	0,4	0,3	0,4	0,1	0,2
malattie infettive e parassitarie	1	26	4	22	53	0,0	0,3	0,1	0,1	0,2
malattie e disturbi dell'occhio	5	6	20	17	48	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1
mal. e dist. sangue, org. emopoietici e sist. immun.	2	11	9	21	43	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
malattie e disturbi dell'apparato circolatorio	2	11	5	22	40	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie	0	6	1	30	37	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1
traumat., avvelenam. ed effetti tossici dei farmaci	2	11	4	16	33	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	5	2	10	12	29	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1
fattori influenzanti stato salute e ricorso serv. sanit.	1	11	7	9	28	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	4	5	2	9	20	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1
ustioni	0	1	0	11	12	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
infezioni da H.I.V.	0	1	4	2	7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
traumatismi multipli	0	2	0	3	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
abuso alcol/droghe/farmaci e disturbi mentali	0	0	0	1	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
n.d.	2	1	3	4	10	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	189	627	454	1.238	2.508	7,5	8,1	7,1	7,8	7,7

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Usl 9

Tasso di ospedalizzazione 0-19 anni = ricoveri in età 0-19 anni / pop. 0-19 x 100

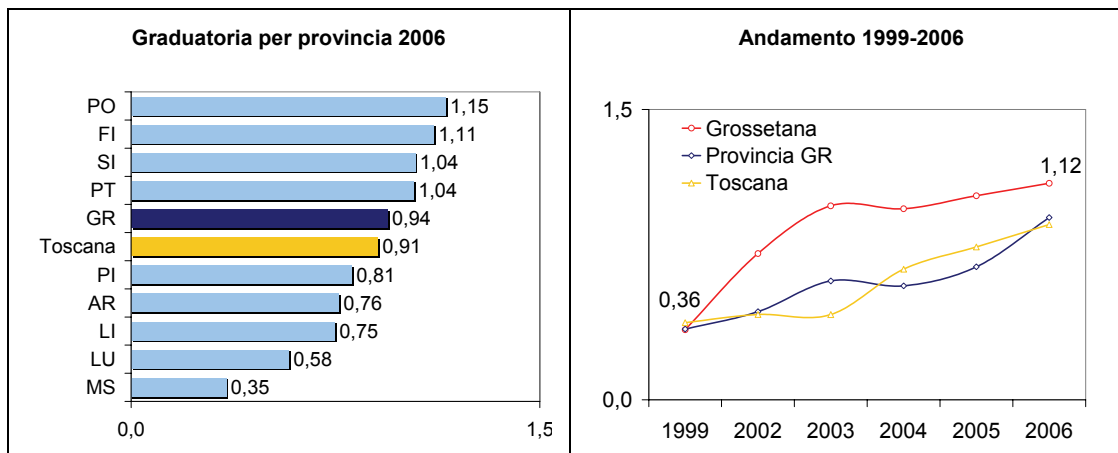
I servizi per l'infanzia

All'interno del sistema dei servizi volti a favorire il benessere delle famiglie, il nido d'infanzia occupa una posizione significativa poiché influisce notevolmente sul vissuto delle famiglie e svolge un ruolo chiave tra il diritto alla miglior formazione dei bambini e il diritto al lavoro e alla realizzazione sociale dei genitori, in modo particolare delle madri.

Al 2006 la zona Grossetana conta 28 strutture tra asili nido e servizi integrativi per l'infanzia, circa il 60% della dotazione provinciale (47 strutture) per un'incidenza di 1,12 strutture ogni 100 residenti in età 0-2 anni, dato che ne evidenzia la buona

dotazione in relazione sia alla provincia (già ben collocata nel panorama toscano), che alla media regionale. A confermare ciò si può anche notare la continua crescita nei servizi: al 1999 le strutture erano 8 (su 16 provinciali) e l'indice di dotazione era di circa 0,36 strutture ogni 100 potenziali utenti. L'incremento è perciò evidente con una triplicazione dell'incidenza ad un numero più che triplicato di strutture.

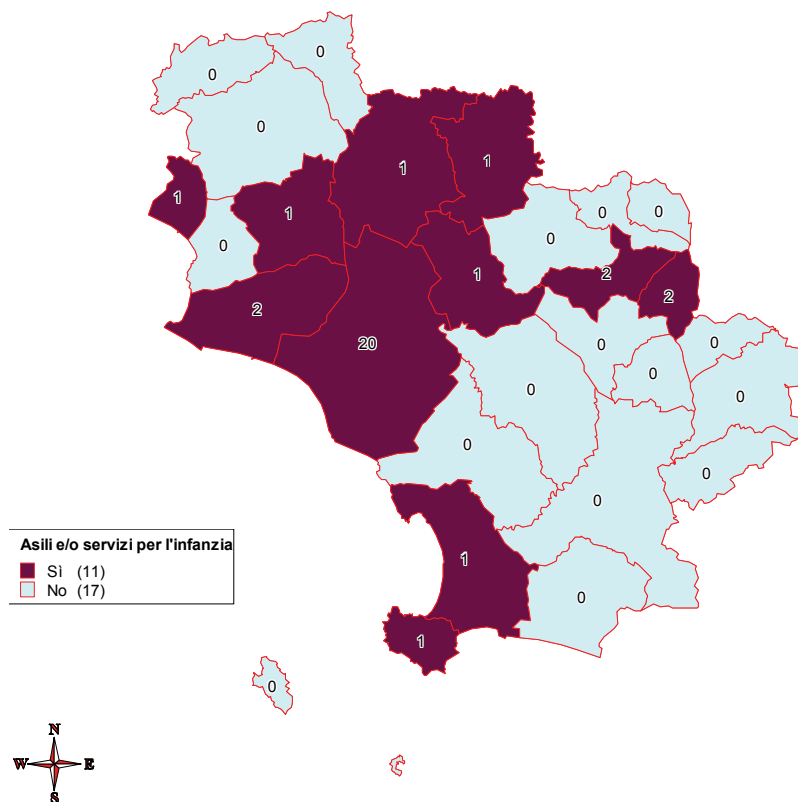
Figura 112: Asili nido e servizi integrativi per l'infanzia. Strutture per 100 residenti in età 0-2 anni (graduatoria provinciale 2006 e andamento 1999-2006)



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana e Istituto degli Innocenti

Il sistema dei servizi per la prima infanzia nel territorio, dunque, è andato rapidamente mutando e ha visto sempre più la presenza di una molteplicità di soggetti, pubblici e privati che, insieme, hanno realizzato l'aumento dell'offerta di nido d'infanzia accrescendo il proprio potenziale nel dare una maggiore risposta all'utenza. A fronte di una maggiore consapevolezza dell'importanza dei servizi educativi come luogo educativo e socializzante, l'offerta sul territorio, tuttavia, non appare sufficiente. Se, infatti, nei comuni della zona c'è una migliore adeguatezza tra bisogno ed offerta, non così nel capoluogo dove di anno in anno le liste di attesa per l'accesso ai servizi si fanno sempre più nutrite.

Figura 113: Asili nido e servizi integrativi per l'infanzia per comune. Anno 2005 (valori assoluti)



Fonte: Regione Toscana

Disagio e dispersione scolastica

Il disagio scolastico è senza dubbio uno dei temi più urgenti quando si parla di minori, spesso il primo passo in un percorso di sofferenza che si protrae oltre l'età scolare. L'Osservatorio per le Politiche Sociali della Provincia di Grosseto ha recentemente pubblicato un rapporto sui minori che contiene molti dati su questo tema⁴⁷.

Innanzitutto, mette in luce un dato poco noto e preoccupante: il livello elevato di evasione scolastica nella scuola dell'obbligo. Secondo i dati ufficiali del Censimento 2001, la scuola dell'obbligo, a Grosseto come in Toscana, non coinvolge il 100% dei bambini interessati, poiché circa il 3% dei bambini in età da scuola elementare e il 5% in età da scuola media inferiore non frequenta, né è iscritto, a un regolare corso di studi. Quasi 500 bambini tra 6 e 14 anni censiti in provincia di Grosseto nel 2001 non risultavano iscritti a scuola. Per quanto il fenomeno sia limitato in termini percentuali, è comunque rilevante e degno di approfondimenti per sapere, in primo luogo, se è reale⁴⁸ e, in caso affermativo, chi siano questi bambini e i motivi che

⁴⁷ OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *Minori e giovani a Grosseto. Un approfondimento tematico sulla situazione sociale dei minori sul territorio provinciale*, Provincia di Grosseto, Grosseto, 2007, pp. 61-79 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>)

⁴⁸ Se non reale è quanto meno "ufficiale" perché i dati del Censimento hanno valore legale quanto meno ai fini anagrafici.

inducono le famiglie a non mandarli a scuola. Il tasso di scolarizzazione dopo i 14 anni cala drasticamente: quasi il 9% dei quindicenni grossetani non risultata inserito nel sistema scolastico e la quota di non scolarizzati cresce ulteriormente arrivando fino al 17,4% tra i diciottenni.

Il disagio non si esprime solamente attraverso l'abbandono o la non frequenza della scuola. Anzi, l'abbandono è solo l'esito finale di un percorso di crescita del disagio e della sofferenza che può durare anche anni e che, anzi, si costruisce nel tempo attraverso i tanti piccoli fallimenti e frustrazioni che l'esperienza scolastica comporta. Alcune di queste difficoltà e incidenti di percorso possono essere percepiti attraverso le statistiche sulle ripetenze e i ritardi scolastici. Si tratta di fenomeni che, soprattutto nella scuola secondaria di secondo grado e per certi indirizzi di studio, assumono proporzioni molto ampie, coinvolgendo un numero molto elevato di giovani.

Il fenomeno delle bocciature e delle ripetenze è quasi assente nella scuola primaria grossetana. Il tasso di ripetenza è ormai da qualche anno su livelli fisiologici del 0,3%, corrispondenti a poco più di 20 casi su una popolazione scolastica di circa 7.600 bambini, per quanto riguarda la scuola statale.

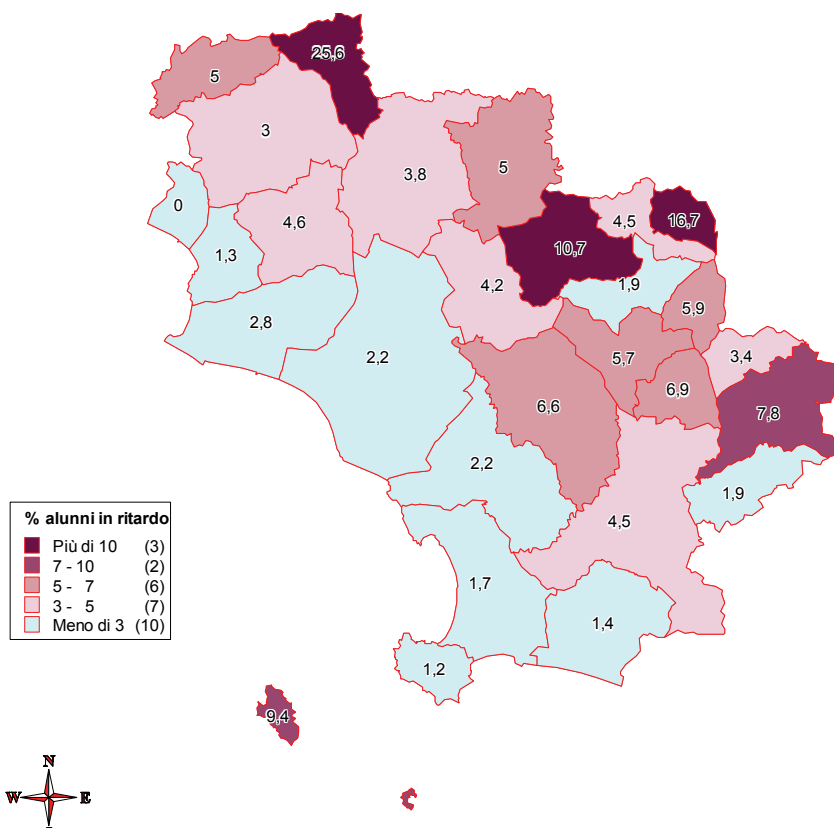
Tabella 40: La dispersione nelle scuole elementari: ritardo e ripetenza rispetto al normale corso scolastico per comune. A.S. 2004-2005

Comune	Alunni totali	Alunni ripetenti	Alunni in ritardo	Tasso di ripetenza	Indice di ritardo scolastico
Campagnatico	96	1	4	1,0	4,2
Castiglione della Pescaia	253	0	7	0,0	2,8
Civitella Paganico	119	2	6	1,7	5,0
Grosseto	2.937	4	64	0,1	2,2
Roccastrada	366	2	14	0,5	3,8
Scansano	91	0	6	0,0	6,6
Zona Grossetana	3.862	9	101	0,2	2,6
Amiata Grossetana	588	5	33	0,9	5,6
Colline dell'Albegna	1.867	3	44	0,2	2,4
Colline Metallifere	1.481	6	34	0,4	2,3
Provincia di Grosseto	7.798	23	212	0,3	2,7

Fonte: OPS Grosseto, Minori e giovani in provincia di Grosseto
 Tasso di ripetenza = (alunni ripetenti / alunni totali) * 100; Indice di ritardo scolastico = (alunni in ritardo / alunni totali) * 100 (Nota: gli alunni in ritardo sono quelli nati in anni precedenti rispetto all'anno corrispondente ad un corso di studi regolari)

Negli ultimi anni, nella scuola primaria si è assistito a una crescita dell'incidenza degli alunni in ritardo sul regolare corso di studi, ma il fenomeno è principalmente dovuto alla presenza di alunni stranieri che arrivano nel nostro paese senza una alfabetizzazione primaria sulla lingua italiana e, quindi, si iscrivono a classi più basse di quelle corrispondenti alla loro età per poter recuperare questo gap iniziale.

Figura 114: Percentuale di alunni in ritardo sul normale corso di studi sul totale iscritti nelle scuole elementari per comune. Anno scolastico 2004/05



Fonte: MIUR

L'assenza dei fallimenti scolastici nella scuola primaria non deve nascondere il fatto che è proprio in questa fase che si gettano le basi del futuro successo o insuccesso scolastico. E' infatti nella scuola secondaria di primo grado (la scuola media inferiore) che cominciano a manifestarsi con evidenza i primi sintomi del disagio nel rapporto tra i ragazzi e la scuola. Si ha una forte crescita delle bocciature e comincia a sedimentarsi una quota crescente di alunni in ritardo sul normale corso scolastico. Comincia, in altri termini, ad operare il meccanismo di separazione tra alunni con diverse capacità e rendimenti che porterà inesorabilmente all'espulsione dal sistema scolastico. L'assenza di bocciature nella scuola primaria non fa che nascondere le differenze di apprendimento tra gli alunni che emergono improvvisamente nel primo anno di scuola secondaria di primo grado. È noto come il disagio sperimentato prima del passaggio alla scuola superiore possa condizionare le scelte future e le possibilità di formazione superiore e di inserimento lavorativo.

Così come nella scuola elementare, anche per le scuole medie non si registrano

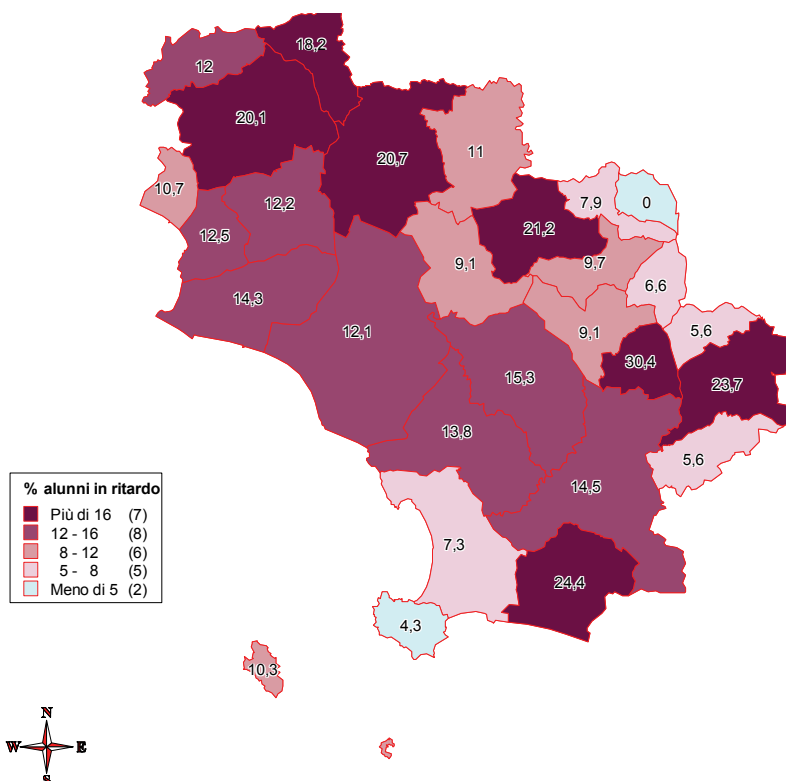
numeri eclatanti riguardo alla dispersione scolastica. Nella zona Grossetana il tasso di ripetenza medio dei tre anni si porta al 5,3%, con una forte tendenza a crescere a partire dal primo anno fino al terzo. Anche l'indice di ritardo scolastico medio raggiunge il 13% degli alunni iscritti ed è più alto al progredire degli anni di corso. Il disagio scolastico ha una naturale (e, almeno in parte, scontata) tendenza a crescere lungo il percorso scolastico. Agisce indubbiamente un meccanismo di selezione che si fa più stringente nei vari anni di corso, ma anche il fisiologico ingresso da parte degli alunni nella pubertà e nell'adolescenza, che portano con sé altri interessi e una maggiore propensione a evadere dalle regole e dall'ordine stabilito dalla famiglia e dalla scuola.

Tabella 41: La dispersione scolastica nelle scuole medie inferiori: ripetenza e ritardo rispetto al normale corso scolastico per zona. A.S. 2004-2005

Comune	Alunni totali	Alunni ripetenti	Alunni in ritardo	Tasso di ripetenza	Indice di ritardo scolastico
Amiata Grossetana	423	21	46	5,0	10,9
Colline dell'Albegna	1.285	45	126	3,5	9,8
Colline Metallifere	1.031	86	134	8,3	13,0
Zona Grossetana	2.509	134	325	5,3	13,0
Provincia di Grosseto	5.248	286	631	5,4	12,0

Fonte: OPS Grosseto, Minori e giovani in provincia di Grosseto

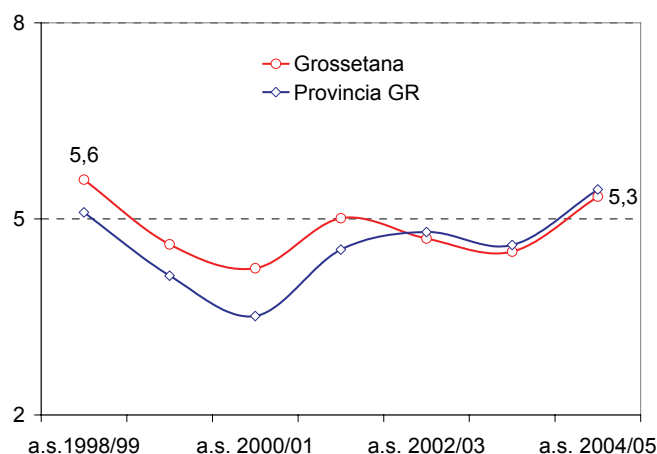
Figura 115: Percentuale di alunni in ritardo sul normale corso di studi sul totale iscritti nelle scuole medie inferiori per comune. Anno scolastico 2004/05



Fonte: MIUR

Osservando l'andamento del tasso di ripetenza negli ultimi 5-6 anni si osserva che esso, pur oscillando, rimane pressoché costante intorno al 5%. Resta da valutare se questo livello corrisponde a valori fisiologici oppure in quali maniere sia possibile intervenire.

Figura 116: Andamento degli alunni respinti nelle scuole medie per 100 iscritti. Aa.ss. 1998/99-2004/05



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati CSA Grosseto (aa.ss. 1998-2004) e MIUR (a.s. 2004/05)

La vera “esplosione” del disagio che si manifesta attraverso i fallimenti scolastici documentati da abbandoni, bocciature, ritardi e debiti formativi si ha però nella scuola superiore. I fenomeni di dispersione scolastica sono, come noto, più evidenti e numericamente rilevanti in questo ordine di scuole e, a rigore, è proprio in questo contesto che gli indicatori di insuccesso cominciano a divenire statisticamente significativi, ovvero a evidenziare effettivamente la presenza di un fenomeno strutturale e non solo congiunturale.

Rispetto alle altre province toscane, Grosseto denota indicatori di dispersione scolastica migliori, in linea con la media nazionale. Nell'anno scolastico 2004-2005 si attesta sul 6,4% di ripetenti, mentre la media regionale è del 7,2% e quella italiana del 6,5%. Negli ultimi anni questo indicatore ha un andamento oscillante, ma sostanzialmente stabilizzato tra il 6% e l'8%. Il fenomeno degli insuccessi scolastici è principalmente localizzato negli istituti tecnici e nei professionali, mentre nei Licei è circa la metà della media.

La Tabella 42 evidenzia la situazione sul territorio provinciale grossetano per zona socio-sanitaria. Il tasso di ripetenza (ovvero il numero di ripetenti per 100 iscritti) nella scuola secondaria passa al 6%, ma è soprattutto l'indice di ritardo scolastico che registra l'aumento più consistente rispetto ai cicli primario e secondario inferiore. Altri indicatori denotano ancor più efficacemente che è proprio la scuola secondaria superiore la sede dove il disagio scolastico viene percepito dalle statistiche e si manifesta con eventi, che, per molti giovani, rappresentano piccoli traumi che possono segnare anche per lungo tempo. Non solo le bocciature, ma anche gli insuccessi scolastici di vario genere vengono formalizzati attraverso la promozione con debito formativo.

Tabella 42: La dispersione scolastica nelle scuole medie superiori: ripetenza e ritardo rispetto al normale corso scolastico per zona. A.S. 2004-2005

Zona socio-sanitaria	Tasso di ripetenza	Indice di ritardo scolastico	Tasso di bocciatura	Tasso di debito formativo	Tasso di insuccesso scolastico	Indice di dispersione
Amiata Grossetana	4,0	24,2	9,0	27,8	36,8	2,4
Colline dell'Albegna	5,7	21,4	13,8	33,9	47,7	0,3
Colline Metallifere	7,1	24,2	12,4	37,1	49,4	1,6
Zona Grossetana	6,0	16,9	11,5	34,6	46,1	0,1
Provincia di Grosseto	6,0	19,0	11,8	34,3	46,1	0,5

Fonte: Nostre elaborazioni su dati MIUR, Sistema Informativo dell'Istruzione, a.s. 2004-2005 (dati reperibili al sito <http://www.mpi.istruzione.it> - accesso riservato con password)

Tasso di ripetenza = (alunni ripetenti / alunni totali) * 100

Indice di ritardo scolastico = (alunni in ritardo / alunni totali) * 100

Tasso di bocciatura = (alunni bocciati / alunni scrutinati) * 100

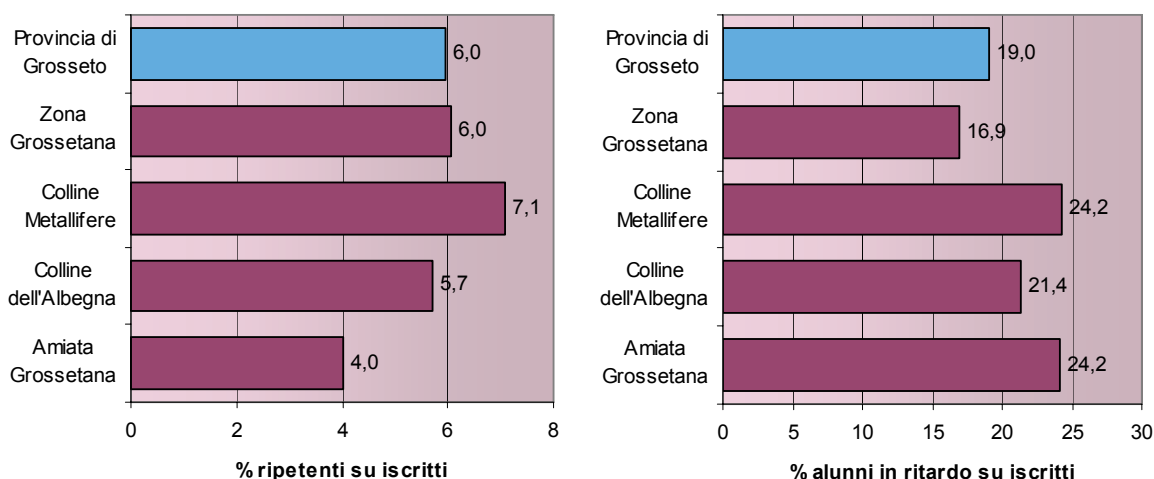
Tasso di debito formativo = (alunni promossi con debito formativo / alunni scrutinati) * 100

Tasso di insuccesso scolastico = (alunni bocciati + alunni promossi con debito formativo / alunni scrutinati) * 100

Indice di dispersione = (alunni ritirati per cause non formalizzate / alunni scrutinati) * 100

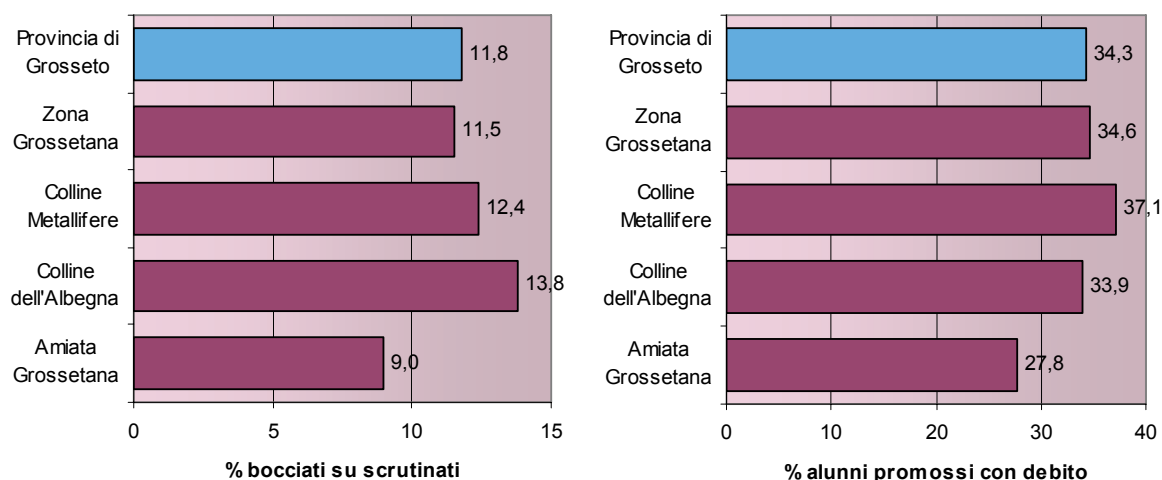
Nota: gli alunni in ritardo sono quelli nati in anni precedenti rispetto all'anno corrispondente ad un corso di studi regolari

Anche se nella zona Grossetana gli indicatori sembrano leggermente migliori rispetto alla media provinciale, le cifre messe in evidenza dalla Tabella 42 sono eloquenti e preoccupanti. Se è vero che quasi tutti i giovani oggi frequentano la scuola superiore, il fatto che più di un terzo venga promosso con debito formativo (il che significa che la sua preparazione su una o più materie, anche fondamentali è carente) e che un altro 12%, venga bocciato fa sorgere molti dubbi sulla reale efficacia della scolarizzazione superiore di massa.

Figura 117: La dispersione scolastica nelle scuole superiori: ripetenze e ritardi per zona socio-sanitaria. Anno scolastico 2004/05 (valori %)

Fonte: MIUR

Figura 118: La dispersione scolastica nelle scuole superiori: bocciature e debiti formativi per zona socio-sanitaria. Anno scolastico 2004/05 (valori %)



Fonte: MIUR

Quasi la metà dei giovani grossetani, in altri termini, sperimenta insuccessi scolastici ed ha molte probabilità di raggiungere un livello di preparazione inadeguato. In più, sperimenta quei grandi e piccoli traumi che ogni insuccesso scolastico porta con sé, acquisisce e interiorizza esperienze negative che possono innescare processi di disagio che possono trovare sbocchi nella devianza o nell'autolesionismo. Con ciò non si vuole mettere in dubbio la necessità di elevare il livello culturale e le competenze dei giovani, ma solo attirare l'attenzione sul fatto che, se un provvedimento necessario e sacrosanto, quale l'introduzione dell'obbligo scolastico-formativo fino alla maggiore età, viene applicato ponendo attenzione ai suoi meri aspetti quantitativi (tasso di scolarizzazione al 100%) rischia di produrre effetti paradossalmente negativi sul capitale umano. Occorrerebbe, come più parti da molti anni sostengono, un ripensamento generale della scuola italiana che ne ristabilisca e ne consolidi il ruolo di principale agenzia formativa e di socializzazione dei giovani, evitando che diventi una "fabbrica del disagio" minorile.

Tra i servizi che, a vario titolo, hanno il mandato di intercettare e risolvere il disagio scolastico, l'UFSMIA Area Grossetana (790 utenti nel 2007) ha attualmente in carico circa 100 casi con disturbo specifico dell'apprendimento (dislessia, disortografia, discalculia), una patologia emergente, molto frequente (3% di prevalenza attesa per la popolazione 6-13 anni di età) e causa di notevole sofferenza per i minori affetti perché ancora troppo spesso misconosciuta o affrontata in modo inadeguato.

Interruzioni volontarie di gravidanza

Le interruzioni volontarie di gravidanza, in riferimento ai minori, sottendono possibili situazioni di disagio sociale e si rivelano anche come sensore di un più ampio scenario di debolezza legato al mondo giovanile in termini di disagio relazionale e soprattutto culturale.

Occorre dire fin da subito che il fenomeno tra le minorenni ha una scarsa diffusione e che il livello di disagio sotteso a questo indicatore, quindi, non appare grave visto che si sono registrati poco più di 200 casi in sette anni a livello provinciale, 19 nell'ultimo anno di rilevazione (2006). Per la zona Grossetana si parla di 90 casi complessivi, di cui 9 nel 2006. L'incidenza delle IVG di minorenni sulla popolazione di riferimento (15-18 anni) presenta un valore che negli anni è stato spesso al di sotto dell'1% e che ha un valore medio 1999-2006 di circa 0,8% annuo sia per la zona Grossetana che per l'intera provincia.

Tabella 43: Andamento delle interruzioni volontarie di gravidanza di minorenni e totali per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006 (valori assoluti e %)

Zona socio-sanitaria	IVG 15-18 (v.a.)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amiata Grossetana	0	0	0	0	3	0	2	2
Colline dell'Albegna	9	12	7	8	12	10	5	2
Colline Metallifere	3	6	1	5	5	7	7	6
Zona Grossetana	5	12	15	20	9	6	14	9
Provincia GR	17	30	23	33	29	23	28	19

Zona socio-sanitaria	per 100 residenti 15-18							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amiata Grossetana	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,8	0,8
Colline dell'Albegna	1,0	1,4	0,9	1,0	1,5	1,2	0,6	0,2
Colline Metallifere	0,4	0,9	0,2	0,8	0,8	1,1	1,0	0,9
Zona Grossetana	0,3	0,8	1,1	1,5	0,6	0,4	0,9	0,6
Provincia GR	0,5	0,9	0,7	1,1	0,9	0,7	0,8	0,6

Zona socio-sanitaria	IVG totale (v.a.)							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amiata Grossetana	18	40	43	26	33	36	34	43
Colline dell'Albegna	130	129	106	92	119	103	95	119
Colline Metallifere	76	109	85	93	104	92	75	86
Zona Grossetana	215	255	218	215	212	213	238	225
Provincia GR	439	533	452	426	468	444	442	473

Zona socio-sanitaria	IVG 15-18 per 100 IVG							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amiata Grossetana	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	5,9	4,7
Colline dell'Albegna	6,9	9,3	6,6	8,7	10,1	9,7	5,3	1,7
Colline Metallifere	3,9	5,5	1,2	5,4	4,8	7,6	9,3	7,0
Zona Grossetana	2,3	4,7	6,9	9,3	4,2	2,8	5,9	4,0
Provincia GR	3,9	5,6	5,1	7,7	6,2	5,2	6,3	4,0

Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Usl 9

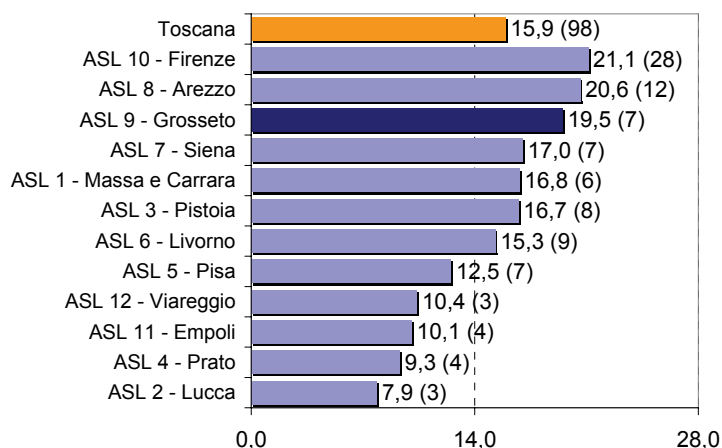
Il dato che invece deve far tenere alto il livello di vigilanza dei servizi, a livello di zona Grossetana come provinciale, è quello che riguarda l'incidenza delle IVG delle minori sul totale delle IVG, che ha avuto una crescita percentuale dal 1999 (2,3%) al 2002 (9,3%) per poi ridiscendere nei due anni successivi e subire un nuovo picco nel 2005. È vero che i casi registrati sono talmente bassi in valore assoluto che anche l'incremento o la diminuzione di poche unità può dar luogo a movimenti rilevanti in termini percentuali; in ogni caso, data la delicatezza e la complessità del problema, è opportuno continuare a tenere la situazione sotto un attento monitoraggio.

Alcuni comportamenti devianti

Per quanto riguarda questo complesso e sfaccettato argomento si riportano di seguito, in modo sintetico, due statistiche relative al tasso di suicidio nella popolazione giovanile e alla criminalità minorile; due aspetti fortemente correlati ai percorsi di disagio giovanile. Data l'impossibilità di scendere a livello zonale, si presentano dati a livello provinciale, che si ritiene rappresentino in maniera significativa anche la situazione dei fenomeni nella zona Grossetana.

In relazione ai suicidi, è opportuno premettere che si ha a che fare con ben pochi casi. Dal Registro Regionale di Mortalità sappiamo che dal 1987 al 2005 si sono registrati in provincia di Grosseto 7 suicidi nella fascia 0-19 anni, tutti concentrati tra i 15 e i 19 anni (1 solo tra 10 e 14). Meno di un suicidio all'anno, quindi, con un tasso pluriennale che però si pone leggermente al di sopra della media regionale (19,5 casi per 100 mila minori residenti contro 15,9). Le statistiche, quanto meno a livello provinciale non ci dicono niente invece sui tentativi di suicidio, che normalmente si pongono rispetto ai suicidi "riusciti" in rapporto di 3 a 1.

Figura 119: Tasso pluriennale di suicidio (1987-2005) giovanile in Toscana per provincia.



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati CSPO, Registro Mortalità Regionale

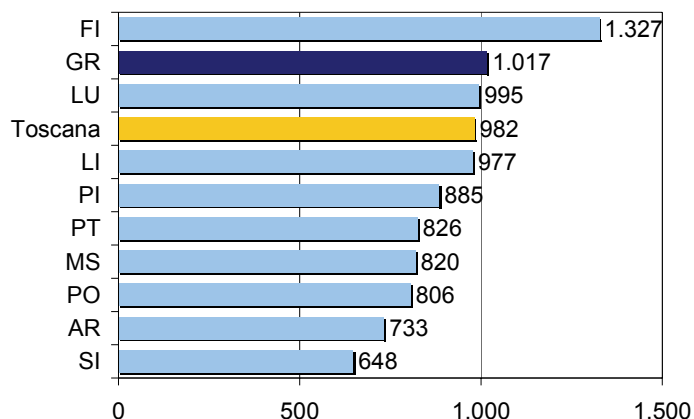
Tasso di suicidio 0-19 anni = tasso medio per 100 mila giovani in età 0-19 (tra parentesi il valore assoluto)

La criminalità minorile in Italia è notevolmente inferiore a quella degli altri Paesi europei e Grosseto, da questo punto di vista, è in linea con la tendenza nazionale. Tuttavia nel 2005, ultimo anno disponibile secondo le statistiche ufficiali Istat, il quoziente di criminalità minorile è pari a 1.017 denunciati ogni 100 mila residenti tra 12 e 17 anni e pone Grosseto al secondo posto tra le province toscane, dopo Firenze, e al di sopra del quoziente medio regionale (982 per 100 mila).

Questa situazione è il risultato di un andamento che ha visto negli ultimi anni la criminalità minorile grossetana portarsi in linea con la media regionale. Grosseto è sempre stata una provincia tra le più tranquille in Toscana, con quozienti di criminalità sempre inferiori alla media regionale, sia per quanto riguarda la criminalità generale, sia per quella minorile. Sebbene nell'ultimo decennio si osservi una sostanziale stabilità del quoziente di criminalità minorile, a partire dal 2000 si

registra, pur tra forti sbalzi da un anno all'altro (dovuti alla contenuta dimensione numerica) un'evoluzione che la porta a colmare e superare la distanza dalla media regionale, a differenza della criminalità generale che, invece, continua a rimanerne al di sotto.

Figura 120: Quoziente di criminalità minorile per provincia. Anno 2005



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Istat, Statistiche giudiziarie penali

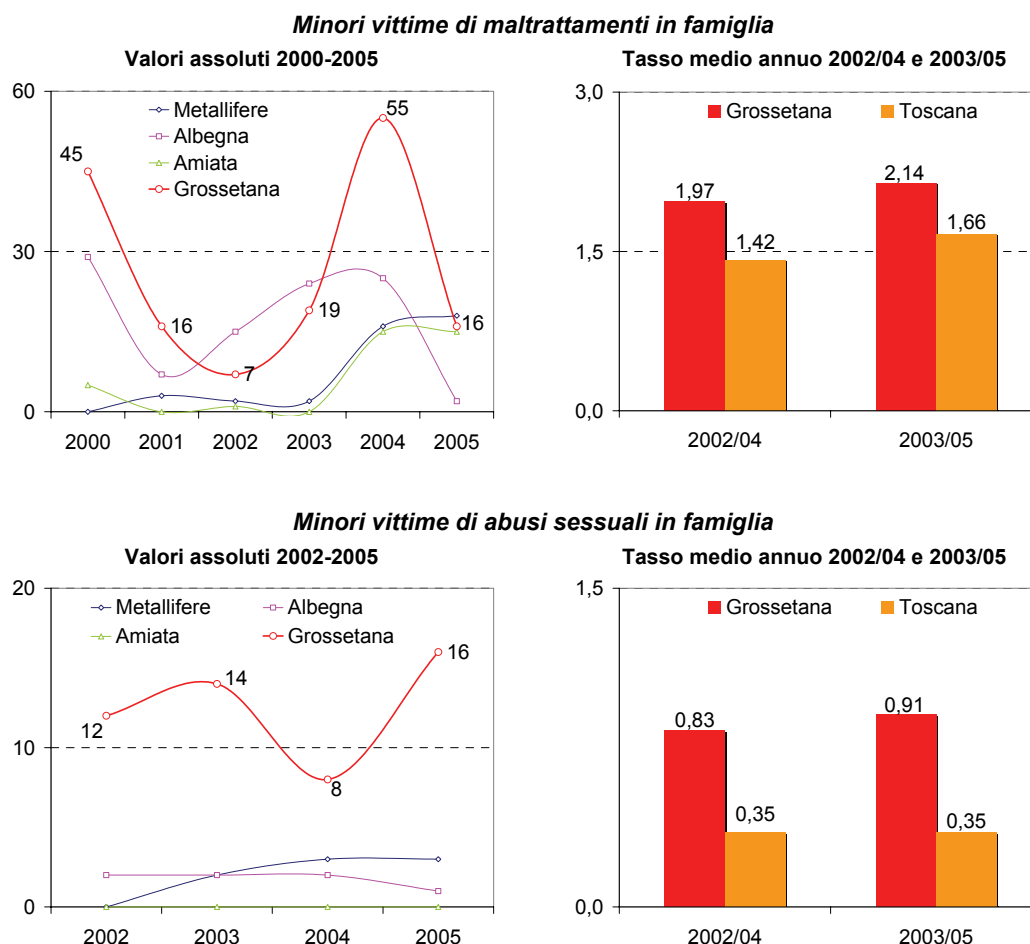
Quoziente di criminalità minorile = minorenni denunciati alla procura / popolazione 12-17 anni x 100.000

I dati su esposti sembrerebbero comunque confermare solo in parte la diffusa percezione di una forte crescita della criminalità minorile. L'attenzione dell'opinione pubblica negli ultimi anni sul tema della devianza e del disagio minorile si è indubbiamente acuita, anche in conseguenza della spinta emotiva generata da episodi particolari. Più che per una semplice crescita del numero di delitti (smentita dai dati), allora, ciò che desta più allarme sociale sembra dovuto al fatto che i delitti commessi dai minorenni si manifestano oggi con una violenza maggiore che nel passato. A confermare questa eventualità, in effetti, a Grosseto negli ultimi anni si assiste, tra le principali tipologie di delitti commessi da minori, ad una crescita dei delitti contro la persona, con un preoccupante aumento dei reati per lesione (percosse, lesioni colpose e dolose, rissa) e per violenze private (minacce, etc.). Informazioni che inducono ad ipotizzare un'accresciuta tendenza all'aggressività nelle giovani generazioni grossetane.

La violenza sui minori

Come indicatori della presenza del complesso fenomeno riguardante la violenza sui minori, si analizzano di seguito i dati degli interventi socio-assistenziali per minori su due distinte tipologie di violenza all'interno del nucleo familiare di origine: i maltrattamenti e gli abusi sessuali in famiglia. Come si potrà evincere dalla lettura delle informazioni statistiche presentate, un dato ricorre nelle due forme di interventi sui minori considerate: la zona Grossetana risulta essere quella dove più elevati sono i casi di violenza su minori. Fino a che punto ciò che emerge corrisponda ad una fedele fotografia della situazione attuale, è considerazione da tenere sempre ben presente, ma che non può, per questo, inibire forme di intervento comunque necessarie.

Figura 121: Minori vittime di maltrattamenti in famiglia (anni 2000-2005) e di abusi sessuali in famiglia (anni 2002-2005) segnalati all'Autorità giudiziaria per zona socio-sanitaria. Valori assoluti e tasso medio annuo



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana e Istituto degli Innocenti

Tasso medio annuo = media triennale dei minori vittime per 1000 minori residenti

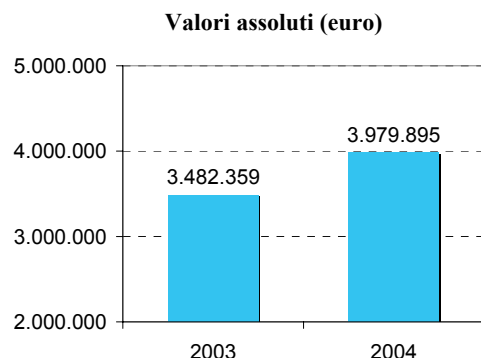
Il trend seguito dal numero di minori vittime di maltrattamenti in famiglia, dal 2000 al 2005, evidenzia per la zona Grossetana degli sbalzi consistenti: dopo una diminuzione dal 2000 al 2002, il dato ha ricominciato a salire nel 2003 e 2004 per poi calare nuovamente nel 2005. A fronte di un andamento in valore assoluto che su base annua non sembra rivelare dinamiche ben definite, l'indicatore di incidenza sulla popolazione di riferimento (tasso medio annuo sui trienni 2002/2004 e 2003/05) al confronto con il valore regionale, invece, mostra chiaramente che la zona, oltre a presentare un dato in crescita, ha un livello di presenza del fenomeno superiore a quello mediamente riscontrato in Toscana. Per il 2007 i dati del COeSO informano di 12 casi di maltrattamento.

Anche i dati sui minori vittime di abusi sessuali in famiglia identificano la zona Grossetana come quella in cui questi fenomeni sembrerebbero più diffusi, sia a livello di valore assoluto che in termini relativi nel confronto con la media regionale.

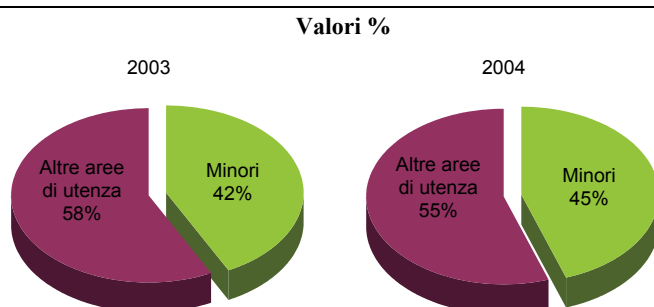
Spesa sociale nell'area "famiglie e minori"

Analizzando i dati della spesa sociale⁴⁹, già menzionati nei precedenti profili di salute, si può notare che gli interventi ed i servizi sociali nell'area di utenza "famiglie e minori" hanno avuto un incremento sia in valore assoluto che in termini di quota di spesa dedicata che di incidenza sull'utenza di riferimento.

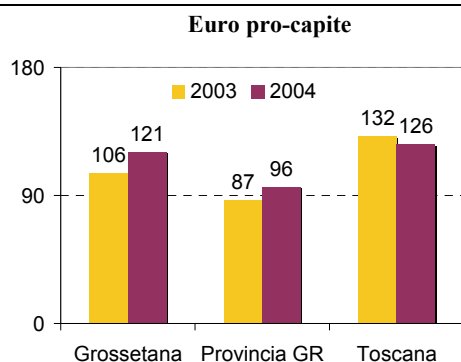
Figura 122: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati della zona Grossetana. Spesa sociale totale per l'area "famiglie e minori" - alcuni indicatori. Anni 2003-2004



la spesa per l'area di utenza "famiglie e minori" è passata da circa 3 milioni e mezzo a quasi 4 milioni di euro



la percentuale di spesa dedicata all'area "famiglie e minori" è passata dal 42 al 45% del totale



la spesa pro-capite per ogni famiglia con minore, seppur inferiore alla media toscana, è aumentata da 106 a 121 euro pro-capite

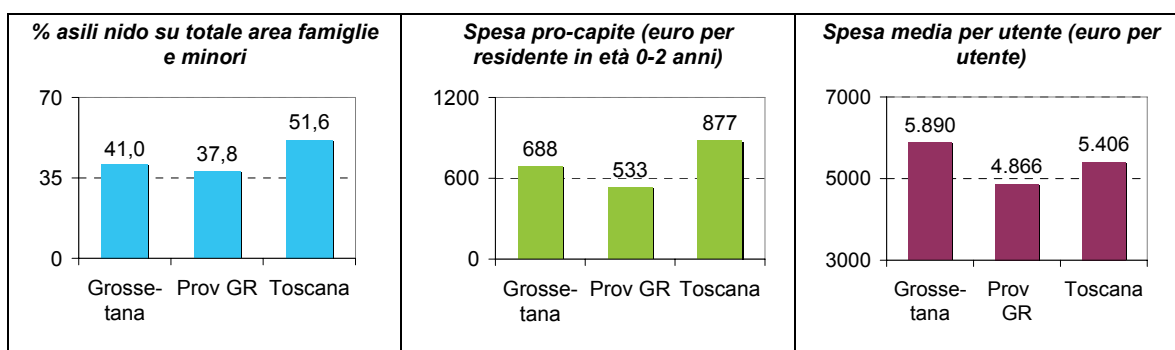
Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

⁴⁹ Per una complessiva valutazione della spesa sociale nella provincia di Grosseto per zona socio-sanitaria si veda: OPS Grosseto e Simurg Ricerche (a cura di), *La spesa sociale nella provincia di Grosseto attraverso le statistiche. Focus tematico n. 3*, 2008 (<http://www.provincia.grosseto.it/pages/mm5712.jsp>)

Come già detto, la rilevazione del 2004 offre delle possibilità di approfondimento su alcune voci di spesa: il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali e gli asili nido.

Data l'area di utenza, sembra utile orientare l'attenzione verso la voce "asili nido" in ragione sia della crucialità di tali servizi che della consistenza della spesa. In tale ambito, infatti, vengono impiegati oltre 1 milione e 600 mila euro, la metà di quanto la zona spende per l'area famiglie e minori, per una spesa pro-capite di quasi 690 euro per ogni bambino in età 0-2 anni e quasi 5.900 euro per utente. Nonostante gli sforzi della zona in questa direzione, il confronto con la media toscana lascia presupporre l'esistenza di margini di ulteriore intervento e miglioramento.

Figura 123: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati della zona Grossetana. Spesa per asili nido - alcuni indicatori. Anno 2004



Fonte: elaborazioni OPS Grosseto su dati Regione Toscana - Settore Sistema statistico regionale

Una sintesi delle criticità emerse

Secondo quanto emerso durante gli incontri del Laboratorio "Minori" e dal profilo di salute appena riportato, si possono evidenziare in questa area le seguenti criticità:

- Alcune trasformazioni della famiglia sembrano indebolire il tradizionale ruolo di protezione sociale, tipico delle reti familiari, e aprono nuovi scenari di potenziale disagio:
 - il processo di *nuclearizzazione* (crescita del numero di famiglie e contemporanea riduzione del numero medio dei componenti) assottiglia sempre più le dimensioni familiari;
 - aumenta l'instabilità familiare dovuta a separazioni e divorzi, che ha come conseguenza un incremento del numero delle famiglie monoparentali e delle famiglie ricostituite;
 - particolarmente problematico il riscontrato aumento di donne sole con figli che, non essendo in grado di sostenere economicamente il nucleo familiare (in relazione al loro frequente stato di disoccupazione o sotto occupazione), chiedono sostegni in forma di contributi economici, interventi per la cura dei figli, supporto alle situazioni di conflittualità familiare;

- problematiche di instabilità familiare che coinvolgono nuclei a composizione mista e che tendono ad acuirsi dopo la nascita di un figlio, in particolare nelle famiglie formate da donne straniere e uomini italiani;
- i dati del profilo di salute e i servizi rilevano un aumento dei delitti contro la famiglia e dei minori vittime di maltrattamenti, che comportano la necessità di creare reti di supporto e sostegno del minore sia se mantenuto nell'ambito familiare sia se allontanato;
- il sistema dei servizi per l'infanzia ha visto negli ultimi anni un notevole incremento dell'offerta; situazione che però necessita di un ulteriore potenziamento, in vista dell'obiettivo dettato dalla strategia di Lisbona di copertura del 33% di bambini da 0 a 3 anni accolti nelle strutture per la prima infanzia, da raggiungere entro il 2010. In questo senso, inoltre, le soluzioni vanno ricercate con misure orientate sia all'offerta di nuovi servizi (più flessibili e rispondenti ai bisogni familiari), sia all'emersione della domanda inespressa, attraverso momenti e luoghi di formazione ed informazione.
- in merito alla dispersione scolastica:
 - per quanto riguarda la scuola elementare si può osservare come il fenomeno dell'insuccesso scolastico si attesti ormai su livelli fisiologici quasi impercettibili;
 - dal punto di vista numerico, anche la dispersione e l'insuccesso nella scuola media inferiore destano scarsa preoccupazione. Dal punto di vista dell'impatto, invece, questo resta un aspetto da tenere sotto viva attenzione, in quanto il disagio scolastico sperimentato agisce piuttosto al di fuori dei tre anni, costruendo gradualmente quei processi di esclusione che porteranno gli studenti a non proseguire gli studi, ad avere ritardi di preparazione che impediranno loro di portare a termine il percorso di studi superiore o ad uscire con livelli di preparazione di base insufficienti per un soddisfacente livello lavorativo e sociale;
 - i fenomeni di dispersione scolastica, intesa come fenomeni di uscita e/o di mancato ingresso nel sistema scolastico sono allora più evidenti e numericamente rilevanti nelle scuole medie superiori;
 - la qualità del servizio scolastico può essere influenzata negativamente dalla presenza di alcuni fattori che, in mancanza di strutture e servizi specifici e di un corpo docente preparato e adeguato, possono divenire elementi di disagio. Si pensi alla presenza di immigrati e di portatori di handicap: tali fattori possono influenzare i fenomeni di disagio e di dispersione sia in modo diretto, perché proprio questi alunni, per la loro condizione, sono quelli che hanno i rischi più elevati di dispersione, sia in modo indiretto, perché i bisogni di questi alunni sottopongono e sollecitano delle risposte e degli interventi da parte dei docenti e delle istituzioni scolastiche, la mancanza dei quali può generare situazioni di stress e di disagio che si ripercuotono anche

sugli altri studenti.

- la zona risulta carente di luoghi di aggregazione e socializzazione per pre-adolescenti ed adolescenti. Unici momenti di aggregazione sono rappresentati dai luoghi di svolgimento delle attività sportive e da quelli di aggregazione di carattere religioso.
- In sintesi, I dati della zona confermano una discreta capacità di attuazione dei principi individuati nella legge 32/2002 di integrazione e complementarità fra i settori che caratterizzano le politiche sociali per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie (servizi educativi per la prima infanzia, istruzione scolastica, formazione e orientamento); tuttavia esistono ancora delle criticità in parte legate alle trasformazioni sociali, in parte alla difficoltà di mettere in campo tutte le risorse necessarie in un sistema integrato che si avvalga dell'esperienza e delle competenze sia del settore pubblico che di quello privato secondo il principio della sussidiarietà orizzontale.

5.2 Linee d'azione – proposte

Un quadro generale

Da quanto sopra delineato (e scaturito oltre che dai dati, dal lavoro effettuato nell'ambito del laboratorio) emerge che, tranne in alcuni specifici settori, esiste nel territorio una potenziale capacità progettuale e di risposta, come risulta dall'anagrafe dei progetti. Tale progettualità, però, è, al momento, parziale, non adeguatamente coordinata e soprattutto non completamente conosciuta.

Per rispondere a questa criticità, dal laboratorio è emersa la necessità di compiere una indagine sul territorio esaustiva dell'offerta pubblica e privata dei servizi e degli interventi che vada ad integrare l'anagrafe dei progetti, da compiersi entro l'anno 2009 e da rendere pubblica e accessibile agli operatori e all'intera comunità.

Inoltre, come emerso anche negli altri laboratori, sarà necessaria una valutazione dei servizi e delle prestazioni pubbliche attualmente erogate e la loro assunzione in termini di livelli essenziali di prestazioni (LEP) territoriali.

Come linee di azione prioritarie occorre inoltre:

- intervenire sul ruolo genitoriale con progetti di educazione alla genitorialità che costituiscono una occasione di prevenzione e, in quanto tale, devono essere organizzati nei contesti dove è possibile interagire con le famiglie. In tal senso, tra le varie azioni da intraprendere, appare opportuno riflettere sul periodo della posta adozione promuovendo la costituzione di gruppi di auto mutuo aiuto fra le coppie che hanno adottato un bambino o una bambina così da favorire la condivisione e il confronto fra gli adottanti, sostenere il minore nell'inserimento nella nuova famiglia, favorire la riduzione dei rischi connessi all'adozione difficile;
- intervenire sui minori appartenenti a famiglie multiproblematiche con

sviluppo del lavoro di rete e la valutazione degli esiti degli interventi . Con tale linea di azione si intende intervenire su famiglie che presentano un disagio conclamato derivante dalla presenza di almeno un componente nell'ambito del nucleo familiare in carico ai servizi sanitari (SERT o DSM);

- ampliare l'offerta formativa ed educativa soprattutto implementando la rete dei servizi integrati pubblico privato che, pur mantenendo gli standard di qualità previsti dalla normativa regionale, diano risposte più flessibili in termini di tipologia del servizio e di orario, coerenti con i bisogni del nucleo familiare e che rispondano all'esigenza di conciliare i tempi del lavoro con i tempi della famiglia. In tal senso, tra le varie azioni da intraprendere si propone di realizzare, nei comuni che ne sono privi, alcuni punti bibliotecari, telematici ed informativi che possano in parte colmare il divario culturale e tecnologico in funzione anche educativa e di socializzazione;
- intervenire sulla dispersione scolastica con la ricostituzione dei rapporti scuola-famiglia su basi collaborative e non conflittuali. Infatti, la prevenzione si fa per mezzo dell'educazione familiare e scolastica e la scuola può essere una sede assai valida per mettere in condizione i genitori di riflettere sul loro ruolo e sul rapporto con i figli, attraverso momenti di formazione, confronto e comunicazione con gli insegnanti, differenziati rispetto a quelli già istituzionalizzati (colloqui periodici, consigli di istituto ecc). In tal senso, sarebbe auspicabile formalizzare accordi tra scuole e comuni per lo sviluppo di tali interventi. La dispersione scolastica, molto spesso espressione di un disagio che nasce in ambito scolastico, può essere affrontata anche con interventi preventivi che migliorino il microclima delle classi e favoriscano gli scambi di auto mutuo aiuto fra genitori ed insegnanti.
- intervenire sull'integrazione degli alunni stranieri attraverso un sistema strutturato e permanente di accoglienza ed informazione, utilizzando le figure professionali dei mediatori linguistici e culturali con la creazione di sportelli diffusi sul territorio della zona dedicati all'accoglienza ed all'orientamento sui servizi scolastici, alla facilitazione linguistica nelle prime settimane dell'anno scolastico e in tutte le occasioni di incontro fra genitori ed insegnanti e alla traduzione di documenti amministrativi, comunicazioni,istanze etc., nonché all'inserimento e all'integrazione nella classe.
- Intervenire per promuovere azioni di aggregazione per pre-adolescenti ed adolescenti che offrano momenti e luoghi di aggregazione e confronto, stimolino la creatività e la cittadinanza attiva, nel rispetto delle regole di convivenza civile.

Individuate le precedenti linee di azione, il laboratorio ha sviluppato i seguenti progetti:

PROGETTO “ PREVENZIONE DEL DISAGIO IN AMBITO SCOLASTICO ”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO; DSM ASL 9, COMUNE DI ROCCASTRADA, COMUNE DI CIVITELLA PAGANICO, ISTITUTO COMPRENSIVO DI ROCCASTRADA, ISITUTO COMPRENSIVO DI CIVITELLA PAGANICO.
TITOLO PROGETTO	Prevenzione del disagio in ambito scolastico
OBIETTIVI	• intervenire preventivamente per il miglioramento del microclima delle classi; • sviluppare solidarietà tra le componenti della comunità scolastica; • prevenire la cronicizzazione di situazioni complesse; • sviluppare competenze nelle componenti scolastiche attraverso percorsi formativi; • sviluppare gruppi di auto-mutuo aiuto di genitori e di insegnanti; • attivazione in ambito scolastico di uno sportello di ascolto per i genitori; • promuovere la segnalazione di casi di disagio persistente ai servizi socio sanitari del territorio
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO:- famiglie degli alunni - docenti degli Istituti Comprensivi INDIRETTO: minori in età scolastica (scuole medie – elementari e materne).
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	ECONOMICHE: COeSO PROFESSIONALI: COeSO n. 2 assistenti sociali a tempo n. 2 psicologi convenzionati n. 1 coord. del progetto n. 1 referente scientifico n. 1 formatore convenzionato
FINANZIATORI	COeSO, Comune di Roccastrada e Comune di Civitella Paganico.
COLLABORAZIONI	Università degli Studi di Roma
TEMPI	Anno Scolastico
CRITERI DI VALUTAZIONE	• Rilevazione del numero di partecipanti ai gruppi di auto mutuo aiuto tra gli insegnanti e tra i genitori; • attivazione di circle –time nelle classi; • somministrazione ai genitori e agli insegnanti di questionari anonimi di valutazione • numero di accessi allo sportello;
RESPONSABILE PROGETTO	Assistente sociale COeSO Elena Tenerini Assistente sociale COeSO Claudia D'Angelo
OSSERVAZIONI	Per il prossimo anno scolastico i genitori attualmente partecipanti ai gruppi di auto-mutuo aiuto, saranno promotori del progetto stesso, e lo presenteranno ai nuovi genitori attraverso le dirette testimonianze.

PROGETTO “MEDIARE A SCUOLA PER ACCOGLIERE E FAR CRESCERE”

La situazione	Il fenomeno migratorio, divenuto strutturale anche nei comuni della zona, richiede interventi per integrare e facilitare l'inserimento di cittadini stranieri, in particolare bambini nelle scuole, nella rete dei servizi, affinché possano usufruire pienamente delle strutture presenti sul territorio. Necessitano, a tal fine, una serie di interventi e percorsi progettuali tra i diversi soggetti che agiscono nell'ambito dell'immigrazione per rendere effettiva l'attuazione di azioni volte non solo all'educazione e alla reale accoglienza degli stranieri e delle loro famiglie ma anche ad una semplificazione delle pratiche amministrative che sia in grado di fornire risposte uniformi e veloci. A fronte di una richiesta sempre più pressante da parte delle istituzioni scolastiche, gli interventi delle istituzioni sono stati fin ad oggi parziali e frammentari; anche la ricerca degli esperti in mediazione interculturale è stata dettata da criteri non omogenei.
OBIETTIVO GENERALE	Integrare e facilitare l'inserimento dei bambini stranieri nelle scuole Sistematizzare il complesso delle attività di mediazione nei 5 comuni della zona
OBIETTIVI SPECIFICI	Valutazione completa e trasparente dell'offerta di servizi di mediazione interculturale presente nel territorio, da parte di operatori qualificati nel settore Attivazione di un servizio di mediazione culturale e linguistica, di interpretariato, di facilitazione linguistica presso le scuole o gli uffici scolastici dei comuni interessati, a favore degli studenti stranieri e delle loro famiglie
Azioni	Bando COESO per la valutazione degli esperti in grado di collaborare al progetto 2. Concertazione con i Comuni e con le Istituzioni scolastiche sulle necessità di mediazione culturale 3. Contratto di servizio tra COESO ed Enti 4. Avvio del progetto secondo le necessità quantificate dai soggetti interessati
Risorse	Economiche: 50.000 euro Professionali: esperti nella mediazione linguistica e culturale, n. 2 personale amministrativo del COESO, (collaboratore amministrativo e responsabile politiche sociali allargate), n. 5 personale degli EE.LL. (responsabili settore educativo)
Soggetti coinvolti	COESO, COMUNE DI GROSSETO, ROCCASTRADA, SCANSANO, CASTIGLIONE DELLA PESCAIA, CIVITELLA PAGANICO, CAMPAGNATICO ISTITUTI SCOLASTICI PRESENTI NEI COMUNI
Criteri di valutazione	Numero degli utenti in carico; questionario di valutazione da realizzarsi in collaborazione con gli istituti scolastici
Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori	

PROGETTO “INFOBIBLIO 2.0”

LA SITUAZIONE	Nei Comuni di Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico si assiste alla mancanza di strutture documentarie, telematiche ed informative che possano fungere da riferimento per sviluppare sempre più adeguate politiche socio-educative e culturali. L'assenza di strutture primarie come quelle segnalate rende ancora più evidente il gap educativo, culturale e tecnologico che i cittadini, ed in particolare i bambini e i ragazzi, di quei comuni devono affrontare; nell'odierna Società dell'Informazione, l'impossibilità di avere una piccola ma fornita ed aggiornata biblioteca, un punto informagiovani, un punto internet ad accesso pubblico limita le possibilità necessarie per il pieno sviluppo della propria personalità e le capacità di leggere la complessità della realtà che ci circonda
OBBIETTIVO GENERALE	Migliorare le condizioni di vita come soddisfazione di bisogni educativi e culturali primari Favorire la socializzazione e limitare il disagio scolastico
OBBIETTIVI SPECIFICI	Costruzione di punti bibliotecari, telematici ed informativi Sviluppo dei punti prestito di materiale documentario (in particolare rivolto ai bambini e ragazzi), internet point, informagiovani Attivazione di circoli di studio
AZIONI	Concertazione tra COESO e i Comuni sulla fattibilità strutturale ed operativa Contratto di servizio tra COESO ed Enti locali 3. Acquisizione delle risorse umane (operatori) 4. Acquisizione delle attrezzature tecniche e documentarie (arredi, PC, libri, dvd, periodici, linee telematiche ad alta velocità, ...) 5. Inizio del servizio 6. Relazioni istituzionali con la rete bibliotecaria provinciale e la rete regionale degli informagiovani
Soggetti coinvolti	COESO Comune di Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico Istituzioni scolastiche dei 3 Comuni Rete bibliotecaria provinciale, costituita da 20 biblioteche pubbliche e private, con capofila la biblioteca Chelliana di Grosseto Amministrazione Provinciale di Grosseto, Settore Cultura e Centro per l'Impiego Regione Toscana, Settore Educazione e Cultura Rete regionale degli Informagiovani
Risorse	Economiche: 150.000 euro Professionali: n. 2 operatori dei servizi, n. 2 personale amministrativo del COESO (collaboratore amministrativo e responsabile politiche sociali allargate), n. 3 personale degli EE.LL. (responsabili settore educativo e culturale) Infrastrutturali: locali messi a disposizione dai Comuni
Criteri di valutazione	La valutazione dei servizi si baserà, per quanto riguarda la parte bibliotecaria, sugli indicatori statistici standard internazionali, codificati dal sistema di monitoraggio regionale toscano SimonLib; per gli altri servizi saranno disponibili dati statistici sull'utenza (accessi ai servizi), in termini di quantità e di qualità (ad esempio ogni utente Informagiovani dovrà compilare una scheda di utilizzo, basata sul sistema di monitoraggio regionale toscano SIRIA)
Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori	

PROGETTO “INDAGINI SOCIO FAMILIARI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO - ASL GR9
TITOLO PROGETTO	Indagini socio familiari disposte dall'Autorità Giudiziaria
OBIETTIVI	Fornire informazioni sul funzionamento familiare dal punto di vista sociale e relazionale; Evidenziare le difficoltà che hanno portato alla segnalazione del minore; Formulare proposte rispondenti all'interesse del minore e della sua famiglia
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: i minori segnalati all'autorità giudiziaria Indiretto: l'intero nucleo familiare
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse professionali: n. 1 assistente sociale del COeSO a 18 ore sett.; n. 2 psicologi ASL 9 a tempo
FINANZIATORI	COeSO e ASL 9
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Progetto permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	rispondere entro i tempi richiesti dall'autorità giudiziaria; rispondenza tra le proposte inviate e le decisioni giudiziarie finali.
referente Progetto	A.Sociale COeSO dott. Marco Costanzo
OSSERVAZIONI	In considerazione del numero crescente di indagini predisposte dall'A.Giudiziaria, sarebbe auspicabile un incremento delle ore assegnate alle attività per tutte le figure professionali. Come avviene per il servizio sociale professionale sarebbe auspicabile l'assegnazione di un solo psicologo alle attività di indagine; favorirebbe la diminuzione dei tempi di attesa per l'assegnazione dei casi e soprattutto la costruzione di modalità operative maggiormente condivise.

PROGETTO “ASSISTENZA DOMICILIARE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	CONSORZIO PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI – COESO
TITOLO PROGETTO	Assistenza domiciliare minori
OBIETTIVI	L'assistenza domiciliare minori si configura come un servizio il cui scopo principale è di consentire la permanenza del minore nel suo ambiente di origine e mira ad un cambiamento e ad un miglioramento delle condizioni di vita dell'intero nucleo familiare con tre principali 1) attuare interventi rivolti direttamente al minore, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo personale ed i rapporti con i membri del nucleo familiare e del contesto socio - ambientale; 2) sostenere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni educative e di cura; 3) favorire la partecipazione ad attività ludico - culturali - formative e terapeutiche, se e quando richieste dal progetto personalizzato.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO Minori le cui famiglie siano impossibilitate o trovino difficoltà nell'assicurare loro un'armonica stimolazione educativa ed una adeguata socializzazione e cura. INDIRETTO Famiglie che versano in situazione di temporanea difficoltà e manifestino elementi di possibile rischio o pregiudizio per il minore.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	<u>RISORSE ECONOMICHE – COeSO</u> <u>RISORSE PROFESSIONALI – COeSO E ATI</u>
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	
TEMPI	ANNUALE
CRITERI DI VALUTAZIONE	Diminuzione ricorso a misure di allontanamento temporaneo del minore dalla famiglia di origine Miglioramento della frequenza scolastica
RESPONSABILE/ REFERENTE	Coll.re Amm.vo Sociale P.Giorgi e Servizio Sociale territoriale

PROGETTO “MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO
TITOLO PROGETTO	Minori stranieri non accompagnati (cioè soli senza alcun familiare di riferimento)
OBIETTIVI	Collocare il minore privo di tutela in un luogo sicuro Segnalare i minori non accompagnati all'Autorità Giudiziaria competente e al Comitato minori stranieri c/o il /o il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali per favorire l'emersione del fenomeno Monitorare nella zona grossetana l'andamento del fenomeno
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: minori stranieri privi di tutela rintracciati sul territorio dell'Area Grossetana Indiretto
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche : spesa per le rette di ospitalità presso comunità educative in base al numero dei minori rintracciati Professionali: n. 1 assistente sociale del COeSO a tempo
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Questura di Grosseto, Ufficio minori Polizia ferroviaria Forze dell'ordine Cittadini Strutture di accoglienza minori(Istituto S.Elisabetta,Rifugio S.Anna di Massa Marittima, Comunità di Nomadelfia.
TEMPI	Permanente.
CRITERI DI VALUTAZIONE	minori segnalati all'Autorità giudiziaria minori presi in carico dai servizi rispetto al totale dei rintracciati dalle forze dell'ordine nella zona grossetana progetti educativi personalizzati predisposti dal servizio sociale
referente Progetto	Assistente sociale dott. Marco Costanzo
OSSERVAZIONI	Nel 2007 ci sono stati tre minori segnalati ai servizi da parte delle forze dell'Ordine. A livello nazionale l'andamento del fenomeno evidenzia l'incremento del numero dei minori stranieri non accompagnati che arrivano in Italia; 6629 nel 2004, 7870 nel 2006 e il 60% non ha il permesso di soggiorno. Anche i richiedenti asilo sono in forte aumento. Sarebbe auspicabile predisporre uno studio finalizzato per approfondire la conoscenza del fenomeno sul territorio della zona grossetana dove ipotizziamo che il fenomeno sia ancora molto sommerso.

5.3 Anagrafe progetti

PROGETTO “DISTURBI NEUROPSICHICI DELLA PRIMA E SECONDA INFANZIA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	A.USL n.9 Grosseto (UFSMIA Area Grossetana)
TITOLO PROGETTO	PREVENZIONE, INDIVIDUAZIONE PRECOCE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI NEUROPSICHICI DELLA PRIMA E SECONDA INFANZIA
OBIETTIVI	Realizzare un programma di intervento precoce di tipo clinico, con due polarità: una più preventiva, finalizzata all'individuazione delle situazioni individuali e familiari che più possono compromettere lo sviluppo di una positiva/sicura relazione madre-bambino, l'altra più curativa, con la presa in carico di alcune di tali situazioni e l'avvio delle altre ai più opportuni percorsi di sostegno e/o trattamento
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Puerpere a rischio, genitori di bambini con patologia fetale, neonati a rischio, neonati con patologia neuropsicomotoria, famiglie con frequenti e non motivati accessi al pronto soccorso pediatrico. Attivazione e sviluppo della rete multiprofessionale intorno ai casi a rischio, attivazione di gruppi di auto-aiuto specifici dei genitori coinvolti, sensibilizzazione e formazione degli operatori interessati
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	ECONOMICHE: Finanziamento regionale € 67.700 (€ 53.500 = costo annuo di un team dedicato, composto da Neuropsichiatra Infantile, Psicologo Clinico, Educatore Professionale, in compresenza per 16 ore settimanali, presso la Stanza n.25 del DH Pediatrico, presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto, e da Terapista della Neuropsicomotricità per 6 ore settimanali) € 10.000 = costo arredi, materiale testologico, materiale per psicomotricità etc. € 3.500 = costo formazione) PROFESSIONALI: Psicologo Clinico dell'UF Consultoriale per 2 ore sett. Educatore Professionale dell'UF Consultoriale per 8 ore sett. Resp. UFSMIA Area Grossetana per 2 ore sett.
FINANZIATORI	Regione Toscana
COLLABORAZIONI	UF Consultoriale Area Grossetana, UO Educazione alla Salute, UFSMIA Zona 2, UO Pediatria dell'AUSL n.9 Grosseto
TEMPI	Da 1-10-2008 a 1-10-2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. casi a rischio presi in carico / n. casi a rischio segnalati > 50% primo anno n. casi che escono dal percorso / n. casi che hanno iniziato il percorso < 50% primo anno n.genitori soddisfatti / n. genitori in carico > 80%
OSSERVAZIONI	Richiesta rinnovo per 2009 già inoltrata

PROGETTO “ATTIVAZIONE PUNTO MAMMA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	U.F. CONSULTORIALE DISTRETTO AREA GROSSETANA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
TITOLO PROGETTO	ATTIVAZIONE PUNTO MAMMA
OBIETTIVI	Promuovere la consapevolezza dei neo genitori al fine di mettere in atto scelte volte al benessere psico-fisico dei propri figli; informare su tematiche di prevenzione primaria e promuovere comportamenti salutari; attivazione di interventi multi professionali in caso di necessità.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Neo genitori e loro figli nel corso del primo anno di vita
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Operatori UF Consultoriale Zona 4 costo zero: (pediatra, educatore prof.le, assistente sociale, ostetriche, psicologo). Materiale vario (video proiettore, materiale cartaceo, supporto informatico, ecc) euro 5000
FINANZIATORI	Asl 9
COLLABORAZIONI	Con altri servizi ASL o Servizi Sociali Territoriali, se necessario
TEMPI	Un anno a partire dal mese di Maggio 08
CRITERI DI VALUTAZIONE	N. di accessi di neo mamme/neo genitori sul n. di nuovi nati N. di collaborazioni attivate in caso di eventuali problematiche rilevate
OSSERVAZIONI	Sostenere i neo genitori nello svolgimento del loro compito costituisce il fattore principale di qualsiasi prevenzione; se si riesce a promuovere le risorse delle famiglie, questo avrà come conseguenza positiva la facilitazione della crescita dei bambini.

PROGETTO “IL MESTIERE DEL GENITORE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COMUNE di GROSSETO/ISIDE-(Istituzione del Comune di Grosseto dei servizi per l'infanzia e del centro di documentazione educativa)
TITOLO PROGETTO	IDEM (Interactive democracy)- Il mestiere del genitore.
OBIETTIVI	Obiettivo generale:Sviluppare forme e processi di cittadinanza attiva attraverso azioni mirate a costruire una politica per la famiglia; attivare nuovi e più qualificati interventi che producano rapporti più diretti tra amministrazione pubblica, territorio e famiglie; Obiettivi specifici:Intercettare i bisogni espressi dalle famiglie attraverso somministrazione di questionari ed incontri; Dare informazione sulle opportunità offerte dal territorio attraverso la creazione di un sito internet in cui i cittadini possano ricevere informazioni;realizzazione di un forum attraverso il quale è possibile confrontare esperienze personali, conoscere metodologie attive nella relazione con i figli rivolgere domande ad esperti,ottenere sostegno alla propria funzione di genitori attraverso lo scambio e l'aiuto reciproco.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Target diretto: i genitori. Target indiretto: i bambini, comunità educativa,insegnanti,enti ed associazioni del territorio.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse Economiche:CNIPA; Regione Toscana;Comune di Grosseto per complessivi € 55.000 Personale amministrativo dell'Istituzione ISIDE, insegnanti e d educatori comunali; esperti informatici del Comune di Grosseto.
FINANZIATORI	Vedi sopra.
COLLABORAZIONI	Fondazione Movimento Bambino; ditta EIDOS srl. Grosseto.
TEMPI	Avviato nel 2005, prosegue nel 2008 e si prevede una implementazione del progetto nel 2009.
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero di accessi al sito internet ed al forum;valutazione dell'accessibilità del sito;valutazione della qualità e velocità delle risposte da parte degli esperti; valutazione delle tematiche maggiormente affrontate; valutazione del coinvolgimento della comunità locale nel processo di formazione ed informazione.
OSSERVAZIONI	///

PROGETTO “PERCORSO NASCITA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	asl 9 - Dipartimento materno infantile – (u.f. consultoriale zona 4/ u.o. ostetricia) in coll.L. Con circoscrizione di Barbanella per la sede
TITOLO PROGETTO	PERCORSO NASCITA
OBIETTIVI	Migliorare il sostegno emotivo alla gravidanza, al puerperio, alla genitorialità; attivare tutte le condizioni che favoriscono lo svolgimento fisiologico del percorso nascita; consolidare l'integrazione ospedale territorio; promuovere e sostenere l'allattamento al seno.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Donne in gravidanza e futuri padri
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Operatori U.F. Consultoriale Distretto 4 e operatori U.O. Ostetricia Per i corsi, che vengono tenuti sia in orario di servizio che fuori, è prevista una spesa di 13.000,00 euro. Spese per la pulizia, luce e riscaldamento della sala della Circoscrizione
FINANZIATORI	ASL 9
COLLABORAZIONI	Circoscrizione di Barbatella per la sede
TEMPI	Anno 2008
CRITERI DI VALUTAZIONE	N. di futuri genitori partecipanti ai corsi di accompagnamento al parto sul n. di libretti di gravidanza consegnati; N. incontri aggiornamento del personale
OSSERVAZIONI	E' compito delle strutture preposte (Dipartimento Materno Infantile) rafforzare le donne nella loro competenza materna per affrontare un percorso nascita vicino alla loro natura e alle loro esigenze personali. La consegna del libretto per il monitoraggio della gravidanza fisiologica, il corso di preparazione alla nascita svolto in maniera integrata dal personale del DMI sono momenti fondamentali per gettare le basi di un costruttivo rapporto di fiducia con la donna ed il partner. Altrettanto importante è il sostegno alla donna e alla coppia al momento del ritorno a casa al fine di prevenire eventuali situazioni di rischio psico-sociale.

PROGETTO “INCONTRO ALLA NASCITA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Consutorio La famiglia-via Telamonio, 70 -grosseto
TITOLO PROGETTO	INCONTRO ALLA NASCITA : il progetto è rivolto ad un gruppo di 5 , 6 coppie in attesa del primo figlio,a partire dal terzo mese di gravidanza,con incontri quindicinali secondo la metodica del gruppo di Auto Aiuto; è prevista la presenza, in qualità di facilitatore di uno o due operatori del Consutorio (Consulenti familiari qualificati da un corso triennale). Lungo il percorso di accompagnamento alla nascita, una serie di conferenze con dibattito, tenute da figure professionali di specifica attinenza alle problematiche della gestazione (ginecologo, ostetrica, pediatra, psicologo...) aperte alla cittadinanza,permetterà di chiarire dubbi,arricchire la conoscenza, dissipare false paure, e dare stimolo ed argomenti per gli incontri del gruppo.
OBIETTIVI	Accompagnare le coppie in attesa del primo figlio a vivere la gravidanza e la nascita come un'esperienza che coinvolge la coppia come unità specifica e crea legame profondo e progettualità condivisa, attraverso l'implemento della comunicazione fra partner, informazione, consapevolezza, capacità di supporto reciproco, accettazione incondizionata del nascituro. <u>I risultati attesi in itinere</u> , a partire dalla costituzione del gruppo, sono: partecipazione attiva agli incontri, coinvolgimento e confronto tra le coppie, narrazione del proprio vissuto come strumento di condivisione e riconoscimento dell'esperienza comune, solidarietà all'interno della coppia e fra le coppie, interazione personalizzata tra i componenti, motivazione a partecipare alle conferenze ,intervento nei dibattiti, autonomia nella gestione del gruppo da parte dei partecipanti, propositività, richieste specifiche di informazione. <u>I risultati attesi a medio termine sono:</u> richiesta di continuare gli incontri anche dopo il parto,coinvolgimento, confronto e solidarietà fra i componenti del gruppo anche al di fuori dei tempi di riunione, iniziative personalizzate di condivisione. <u>I risultati attesi a lungo termine sono :</u> mantenimento del dialogo e della comunicazione efficace fra partner,condivisione del vissuto quotidiano, accettazione incondizionata del figlio, capacità di riconoscimento delle proprie e altrui emozioni, accoglienza ed espressione dei sentimenti.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Destinatari diretti :LE FAMIGLIE Destinatari indiretti: I NEONATI- LA COMUNITA'
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	<u>PROFESSIONALI</u> : personale volontario:gli operatori del consutorio,ovvero Consulenti Familiari qualificati . Personale non volontario:le figure professionali contattate per le conferenze. <u>COMUNITARIE</u> :collaborazione e supporto di Enti , Associazioni , Professionisti contattati per partenariato, adesione ,invio dei destinatari (comunicazione dell'iniziativa a possibili fruitori);Pubblica Amministrazione per lo svolgimento delle conferenze. <u>ECONOMICHE</u> : proprie del Consutorio ed eventuale finanziamento esterno. Il costo indicativo del progetto è di circa 5.000,00 euro così ripartiti: Progettazione- 1.000,00 euro Docenze- 15 ore- 1.290 “ Pubblicità e promozione- 450,00 “ Segreteria - 300,00 “ Affitto locali- 1.000,00 “ Cancelleria- 200,00 “ Produzione materiale didattico- 300,00 “ Noleggio videoproiettore/lavagna luminosa-200,00 “ Altro- 250,00 “
FINANZIATORI	Da perfezionare la ricerca di finanziamento(CESVOT-BANCHE- ALTRO..)
COLLABORAZIONI	Da completare la raccolta di adesioni e partenariato(ENTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E SANITA'- ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO, ALTRO)
TEMPI	Inizio auspicato autunno / inverno 2008, compatibilmente con la formazione del Gruppo e la richiesta di finanziamento.
CRITERI DI VALUTAZIONE	Fra gli obiettivi del Consutorio l'assistenza al nucleo familiare e la prevenzione del

	disagio hanno un posto privilegiato; la ricaduta positiva delle iniziative che ci permettono di avvicinare la famiglia, rispondere ai suoi bisogni e difficoltà e offrirle opportunità di crescita, è valutabile solo a distanza di tempo. Consideriamo comunque buona premessa la costituzione di un gruppo di Auto Aiuto motivato a riunirsi per condividere il vissuto della gestazione, la partecipazione assidua agli incontri e una presenza alle conferenze di persone interessate agli argomenti trattati ,anche non appartenenti al Gruppo. Inoltre è di per sé positiva l'opportunità di contattare e collaborare con Professionisti ed Enti che forse ancora non conoscono le attività del Consultorio La Famiglia.
RESPONSABILE / REFERENTE PROGETTO	Responsabile : Consultorio LA FAMIGLIA- presidente ANNA SANTI c/o consultorio 0564 491222 Referente :M.ANTONIA SARTORI 333 3273997

PROGETTO “CANTIERE TEATRALE IN CORSO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Comune di Grosseto
TITOLO PROGETTO	Cantiere teatrale in corso
OBIETTIVI	Obiettivo generale: valorizzare le energie giovanili e la sensibilità ed espressività artistica; rendere i giovani soggetti attivi della produzione artistica della città; fare propri i valori positivi del teatro scolastico già utilizzato come sperimentazione didattica e in funzione pedagogica per favorire la socializzazione e lo spirito di gruppo (v. progetto Rassegna teatrale provinciale) obiettivo specifico: attivare un laboratorio sperimentale di teatro giovanile con finalità di studio e di produzione artistica; costituire una compagnia teatrale stabile giovanile;orientare verso nuove professioni legate allo spettacolo ed alla produzione artistica;
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Target diretto:n. 40 ragazzi dai 17 ai 25 anni. Target indiretto:studenti, autonomie scolastiche, docenti, i cittadini
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche per l'anno 2008:Contributi Comune di Grosseto e RAMA spa per € 10.000; risorse professionali:formatori teatrali;esperti del teatro Verdi di Pisa e del teatro la Limonaia; risorse comunitarie:realtà del mondo imprenditoriale grossetano.
FINANZIATORI	Vedi sopra
COLLABORAZIONI	Rassegna del Teatro scuola della Scuola Superiore “Rosmini”di Grosseto. Teatro Verdi di Pisa Teatro della Limonaia di Sesto Fiorentino (FI) Società di trasporti RAMA di Grosseto
TEMPI	Anno 2008 -2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	Numero dei partecipanti ai laboratori. Numero degli spettatori. Numero delle produzioni originali. Capacità di coinvolgimento del territorio e di sollecitazione del pubblico. Capacità di mantenere ed ampliare rapporti di collaborazione e di rete e sinergie di prassi teatrale con altri luoghi di produzione teatrale.
OSSERVAZIONI	

PROGETTO “RASSEGNA PROVINCIALE DEL TEATRO A SCUOLA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	Comune di Grosseto- Istituto Istruzione Superiore Statale. “Rosmini”
TITOLO PROGETTO	Rassegna provinciale del teatro scuola
OBIETTIVI	prevenzione dispersione scolastica 2.sperimentazione azioni di attenuazione del disagio giovanile 3.potenziamento della comunicazione docente studente 4.incentivazione di momenti di coinvolgimento di studenti disabili 5.creazione di momenti di accoglienza per studenti immigrati. Obiettivi specifici: potenziamento della consapevolezza del sé; formazione della coscienza civile e multiculturale, sensibilizzazione dei docenti riguardo a nuove metodologie di approccio con gli studenti; stimolo alla diffusione della cultura della comunicazione e dell'accoglienza; creazione di laboratori teatrali; rappresentazioni teatrali.
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Target diretto:studenti dei quattro ordini di scuola e insegnanti. Target indiretto:genitori e società di accoglienza degli studenti.
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Risorse economiche: contributi regione Toscana, Comune di Grosseto, Provincia di Grosseto, Colline del Fiora, Comunità Montana Amiata Grossetana, Colline dell'Albegna per un totale di € 52.477.00; Strumenti ed attrezzature:Aule scolastiche, impianti audio/video, postazioni informatiche , strumenti multimediali. Teatri delle sedi in cui si realizza la rassegna. Risorse professionali: docenti, esperti teatrali, personale amministrativo.
FINANZIATORI	Vedi sopra
COLLABORAZIONI	Comuni e autonomie scolastiche dell'Area Grossetana e di altri comuni della provincia. Teatro della Limonaia di Sesto Fiorentino (FI)
TEMPI	Progetto realizzato negli anni scolastici precedenti a partire dal 1998, sarà implementato e realizzato anche nell'anno scolastico 2008/2009.
CRITERI DI VALUTAZIONE	Attraverso questionari rivolti a studenti e docenti, si attua il monitoraggio delle varie attività e la divulgazione dei risultati, valutati secondo i seguenti criteri:numero degli studenti coinvolti e numero di scuole coinvolte; numero di insegnanti che partecipano al progetto e numero dei beneficiari indiretti;numero dei comuni che aderiscono al progetto;numero dei corsi di aggiornamento e dei laboratori attivati;numero delle rappresentazioni teatrali; livello di pubblicizzazione e comunicazione del progetto.
OSSERVAZIONI	

**PROGETTO “FORMAZIONE DI GRUPPI DI AUTO/MUTUO AIUTO
PER DONNE CON DISAGIO PSICHICO NEL PUERPERIO”**

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	ASL 9 – Dipartimento Materno Infantile (UF Consultoriale Zona 4/UO Ostetricia) e Dipartimento Salute Mentale in collaborazione con Circoscrizione Barbanella – Comune Grosseto – per utilizzo stanza
TITOLO PROGETTO	Formazione di gruppi di auto/mutuo aiuto per donne con disagio psichico nel puerperio
OBIETTIVI	Costituire gruppi di gruppi di auto-mutuo aiuto rivolti a donne con disagio psichico nel puerperio
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Neo madri
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Operatori UF Consultoriale Zona 4 e della UO di Ostetricia Operatori Dipartimento Salute Mentale Per il personale: N. 100 ore annue che verranno recuperate o remunerate. Utilizzo della sala della Circoscrizione: spese per le pulizie, luce e riscaldamento.
FINANZIATORI	Azienda ASL 9
COLLABORAZIONI	Circoscrizione di Barbanella
TEMPI	Un anno a partire da Gennaio 2009
CRITERI DI VALUTAZIONE	N. incontri di aggiornamento del personale N. donne che rispondono al test EPDS (Scala di Edimburgo) N. donne che accettano di partecipare ai gruppi di auto mutuo aiuto
OSSERVAZIONI	Il progetto vuole offrire un sostegno alle neo mamme che presentano un disagio psichico al fine di prevenire una depressione post parto. Attraverso la somministrazione del test EPDS sarà possibile rilevare, ed in alcuni casi far emergere, il bisogno sommerso, individuare quelle neo mamme con disagio psichico più grave o con situazioni più complesse che verranno inviate ai servizi competenti

PROGETTO “PIANI COMUNALI DI ZONA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COMUNE DI ROCCASTRADA, SCANSANO, CASTIGLIONE DELLA PESCAIA, CIVITELLA PAGANICO, CAMPAGNATICO
TITOLO PROGETTO	PIANI COMUNALI DI ZONA, L.R.T. 32/02
OBIETTIVI	Diversificazione dell'offerta educativa favorendo l'integrazione e la socializzazione dei bambini (tramite i Centri Gioco Educativi, Nidi d'Infanzia e i CIAF – centri per l'infanzia, adolescenza e famiglia -) e dei ragazzi, anche in contesti multiculturali e di disagio sociale Promozione della cultura per l'infanzia Sostegno alle famiglie Offerta di strumenti conoscitivi per la lettura della società contemporanea (laboratori, corsi, recupero scolastico)
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: Bambini e ragazzi dei territori (circa 1.200) Indiretto: le comunità (circa 25.000)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	ECONOMICHE: € 400.000 PROFESSIONALI: OPERATORI DEI SERVIZI – PERSONALE AMMINISTRATIVO DEI COMUNI, DEL COESO E DEGLI ISTITUTI SCOLASTICI
FINANZIATORI	COMUNI INDICATI – COESO – REGIONE TOSCANA
COLLABORAZIONI	COESO – ISTITUTI COMPRENSIVI SCOLASTICI DI SCANSANO e CIVITELLA PAGANICO – COOPERATIVE SOCIALI “ARCOBALENO”, “USCITA DI SICUREZZA”, “SAN TOMMASO D'AQUINO”
TEMPI	settembre 2007/dicembre 2008
CRITERI DI VALUTAZIONE	Valutazione relativa ai dati di presenza nelle strutture
OSSERVAZIONI	REFERENTE: DR. MASSIMILIANO MARCUCCI COESO

PROGETTO “SCHEDA PIA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COMUNE DI ROCCASTRADA, SCANSANO, CASTIGLIONE DELLA PESCAIA, CIVITELLA PAGANICO, CAMPAGNATICO
TITOLO PROGETTO	PROGETTI INTEGRATI D'AREA – L.R.T. 32/02
OBIETTIVI	Potenziamento elementi del curriculum scolastico mediante attività laboratoriali e simili Creazione opportunità integrative per gli alunni diversamente abili Superamento disagio scolastico e sociale, in generale Miglioramento della qualità dei rapporti interpersonali Prevenzione della dispersione scolastica Creazione consapevolezza del significato di convivenza democratica, delle norme che la regolano, di istituzione pubblica
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: studenti della scuola secondaria di 1 grado (scuole elementari e medie), circa 1.000 Indiretto: le comunità (circa 25.000)
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	ECONOMICHE: € 60.000 PROFESSIONALI: OPERATORI DEI SERVIZI – INSEGNANTI DELLE SCUOLE - PERSONALE AMMINISTRATIVO DEI COMUNI, DEL COESO E DEGLI ISTITUTI SCOLASTICI
FINANZIATORI	COMUNI INDICATI – ISTITUTI SCOLASTICI - COESO – REGIONE TOSCANA
COLLABORAZIONI	COESO – ISTITUTI COMPRENSIVI SCOLASTICI DI ROCCASTRADA, SCANSANO, CASTIGLIONE DELLA PESCAIA e CIVITELLA PAGANICO
TEMPI	Settembre 2007/giugno 2008
CRITERI DI VALUTAZIONE	Valutazione informale degli insegnanti, dei dirigenti scolastici e degli operatori
OSSERVAZIONI	REFERENTE: DR. MASSIMILIANO MARCUCCI COESO

PROGETTO “PREVENZIONE DEL DISAGIO IN AMBITO SCOLASTICO ”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO; DSM ASL 9, COMUNE DI ROCCASTRADA, COMUNE DI CIVITELLA PAGANICO, ISTITUTO COMPRENSIVO DI ROCCASTRADA, ISITUTO COMPRENSIVO DI CIVITELLA PAGANICO.
TITOLO PROGETTO	Prevenzione del disagio in ambito scolastico
OBIETTIVI	intervenire preventivamente per il miglioramento del microclima delle classi; sviluppare solidarietà tra le componenti della comunità scolastica; prevenire la cronicizzazione di situazioni complesse; sviluppare competenze nelle componenti scolastiche attraverso percorsi formativi; sviluppare gruppi di auto-mutuo aiuto di genitori e di insegnanti; attivazione in ambito scolastico di uno sportello di ascolto per i genitori; promuovere la segnalazione di casi di disagio persistente ai servizi socio sanitari del territorio
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO:- famiglie degli alunni - docenti degli Istituti Comprensivi INDIRETTO: minori in età scolastica (scuole medie – elementari e materne).
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	ECONOMICHE: € 12.000,00 PROFESSIONALI: COeSO n. 2 assistenti sociali a tempo n. 2 psicologi convenzionati n. 1 coord. del progetto n. 1 referente scientifico n. 1 formatore convenzionato
FINANZIATORI	COeSO, Comune di Roccastrada e Comune di Civitella Paganico.
COLLABORAZIONI	Università degli Studi di Roma
TEMPI	Anno Scolastico
CRITERI DI VALUTAZIONE	Rilevazione del numero di partecipanti ai gruppi di auto mutuo aiuto tra gli insegnanti e tra i genitori; attivazione di circle –time nelle classi; somministrazione ai genitori e agli insegnanti di questionari anonimi di valutazione numero di accessi allo sportello;
	Assistente sociale COeSO Elena Tenerini Assistente sociale COeSO Claudia D'Angelo
OSSERVAZIONI	Per il prossimo anno scolastico i genitori attualmente partecipanti ai gruppi di auto-mutuo aiuto, saranno promotori del progetto stesso, e lo presenteranno ai nuovi genitori attraverso le dirette testimonianze.

PROGETTO “LA PREPARAZIONE ALLE COPPIE ASPIRANTI ALL’ADOZIONE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO – ASL 9
TITOLO PROGETTO	“LA PREPARAZIONE ALLE COPPIE ASPIRANTI ALL’ADOZIONE” Progetto regionale di Area vasta
OBIETTIVI	1) Promuovere una maggiore consapevolezza nelle coppie aspiranti all'adozione 2) Tutelare i diritti del minore 3) favorire la riduzione dei rischi collegati ad una difficile integrazione del bambino nella famiglia adottiva
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO: - Coppie aspiranti all'adozione INDIRETTO: - bambini in stato di abbandono dichiarati adattabili
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche – COeSO – ASL 9 Professionali: n. 1 assistente sociale del COeSO a tempo n. 1 Psicologo ASL 9 a tempo
FINANZIATORI	COeSO e ASL 9
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Permanente.
CRITERI DI VALUTAZIONE	La valutazione viene effettuata al termine di ogni corso, sottoponendo ai partecipanti un questionario di gradimento, che viene elaborato tramite il comune di Siena, comune Capofila, e dalla Regione Toscana. 1) n. coppie partecipanti al corso di formazione 2) n. domande di adozione presentate al Tribunale per i Minorenni dalle coppie formate 3) numero minori “restituiti” dalle coppie formate
Responsabile del progetto	Assistente Sociale COeSO Emanuela Palazzi

PROGETTO “CRESCERE IN COMPAGNIA”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – SCD CHIRON SCHOOL – LICEO SOCIO-PSICO-PEDAGOGICO DI GROSSETO
TITOLO PROGETTO	“CRESCERE IN COMPAGNIA”
OBIETTIVI	favorire il sostegno scolastico di minori in carico ai servizi sociali promuovere esperienze di socializzazione favorire l'incontro tra ragazzi di età diverse promuovere la cultura della solidarietà e della responsabilità (Tutoraggio)
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: minori in età compresa tra i 6 e i 14 anni in carico ai servizi sociali Studenti delle quarte e quinte annualità delle scuole superiori Indiretto: genitori dei minori genitori dei giovani studenti insegnanti dei minori insegnanti dei giovani studenti
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche – COeSO Professionali: COeSO (n. 1 assistente sociale a tempo e n. 1 educatore professionale a tempo) SCD Chiron School – Allievi e Coordinatore Liceo Psico-pedagogico – Allievi e Coordinatore
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	
TEMPI	Anno scolastico di riferimento
CRITERI DI VALUTAZIONE	Giornate di frequenza dei minori Giornate di presenza dei Tutor Miglioramento scolastico dei minori Esiti dei questionari di gradimento alle famiglie
	Assistente sociale Monica Matino Educatore professionale Barbara Bugelli

PROGETTO “AFFIDAMENTO FAMILIARE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO- ASL 9
TITOLO PROGETTO	CENTRO AFFIDI
OBIETTIVI	Protezione e tutela del minore in situazione di abbandono (inteso non solo come volontà intenzionale del genitore di abbandonare il figlio, ma anche la persistenza di comportamenti lesivi per la crescita psicofisica del minore) Sensibilizzazione della comunità locale alla cultura dell'affido Promozione di una comunità locale solidale
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO Minori che si trovano temporaneamente privi di ambiente familiare idoneo alla loro crescita INDIRETTO Famiglie che si trovano in temporanea difficoltà ad occuparsi dei propri figli Persone/famiglie disponibili ad ospitare bambini in difficoltà Comunità educative per l'accoglienza e l'ospitalità di minori
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	_Economiche – COeSO € 458. 876,00 Professionali: N.1 Assistente Sociale COeSO per 12 ore sett.li N.1 Psicologo Asl 9 per 12h sett.li N.1 Educatore prof.le COeSO per 18h sett.li
FINANZIATORI	Comuni dell'Area Grossetana – COeSO- ASL 9
COLLABORAZIONI	Ass.ne famiglie affidatarie “Fermata d'Autobus” – Grosseto Ass.ne “Prendi il volo” – Grosseto
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	- Tempo di risposta alle persone e/o famiglie interessate al colloquio di approfondimento/conoscenza per la disponibilità all'affidamento <= 15gg - n. rientri in famiglia di minori in affidamento familiare consensuale - Coinvolgimento nei gruppi di Auto Aiuto delle famiglie affidatarie > 30% - numero persone o famiglie disponibili all'affido reperite con le attività di sensibilizzazione
RESPONSABILE/ REFERENTE	Ass. Sociale COeSO Federica Scali

PROGETTO “MINORI AFFIDATI A COMUNITA' EDUCATIVE RESIDENZIALI”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO
TITOLO PROGETTO	MINORI IN COMUNITA' EDUCATIVA RESIDENZIALE
OBIETTIVI	1) tutelare il minore 2) agevolare i minori la cui famiglia non è temporaneamente in grado di assicurare le proprie cure o per i quali non sia possibile per un periodo anche prolungato, la permanenza nel nucleo familiare originario. 3) favorire un percorso di crescita evolutiva del minore al di fuori del proprio nucleo familiare temporaneamente o stabilmente privo di proprie energie
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO Minori che si trovano temporaneamente privi di ambiente familiare idoneo INDIRETTO Famiglie di origine che si trovano temporaneamente in difficoltà
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	<u>RISORSE ECONOMICHE - COeSO</u> <u>RISORSE PROFESSIONALI :</u> <u>Operatori delle comunità educative</u> Operatori del Centro Affidi del COeSO
FINANZIATORI	COeSO
COLLABORAZIONI	Comunità educative
TEMPI	Come da decreto del tribunale per i minorenni ed in base al progetto educativo personalizzato
CRITERI DI VALUTAZIONE	
RESPONSABILE/ REFERENTE	Referenti: Educatore professionale Francesca Bellugi e Assistente sociale Federica Scali

PROGETTO “SERVIZIO EDUCATIVO DOMICILIARE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO	
TITOLO PROGETTO	Servizio Educativo Domiciliare	
OBIETTIVI	Supporto alle famiglie nelle competenze genitoriali Progetti educativi personalizzati rivolti ai minori con decreto dell'A.G. Promozione di un processo di cambiamento reale della famiglia del minore Promozione del lavoro di rete intorno al nucleo familiare e al minore	
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Bambini e bambine, adolescenti a rischio di emarginazione ed il loro contesto di vita (famiglia, scuola, associazioni del tempo libero..) Famiglie con difficoltà di tipo comunicativo	
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Professionali – COESO n. 4 educatori professionali	
FINANZIATORI	COESO e Comuni	
COLLABORAZIONI	Servizi sanitari ASL Associazioni di volontariato	
TEMPI	Servizio permanente che si realizza con progetti educativi individualizzati	
CRITERI DI VALUTAZIONE		
OSSERVAZIONI	Responsabile del progetto: Educatore professionale Monica Ciacci	

PROGETTO “FAMIGLIE A RISCHIO”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COESO – ASL 9
TITOLO PROGETTO	FAMIGLIE A RISCHIO
OBIETTIVI	- ridurre il rischio di allontanamento dei minori dal proprio nucleo familiare - promuovere la tutela dei minori - sostenere la famiglia di origine del minore nell'esercizio della funzione genitoriale - favorire progetti integrati di presa in carico da parte dei servizi socio sanitari di tutto il nucleo familiare
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	Diretto: Famiglie con almeno 1 genitore in carico ai servizi sanitari territoriali, SER.T e/o DSM Minori a rischio
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI	Economiche – da destinare – E' indispensabile per la realizzazione del progetto, reperire n. 1 psicologo da destinare alle attività di “sostegno alla funzione genitoriale” delle famiglie a rischio Professionali – Assistenti sociali del COeSO
FINANZIATORI	COeSO ASL 9
COLLABORAZIONI	Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni, Procura della repubblica, Questura Ufficio minori)
TEMPI	Permanente
CRITERI DI VALUTAZIONE	n. famiglie in carico n. progetti di sostegno alla genitorialità n. minori allontanati dalla propria famiglia (al di sotto del 30%)
OSSERVAZIONI	L'attuale assegnazione di personale (psicologi) da parte della ASL 9 alle specifiche attività consultoriali integrate inerenti i minori, non sono sufficienti a garantire la presa in carico continuativa dei nuclei familiari a rischio, né a garantire il sostegno alle competenze genitoriali. Da individuare il responsabile del progetto

PROGETTO “POST ADOZIONE”

ENTE / SERVIZIO/ ASSOCIAZIONE	COeSO – Azienda ASL9
TITOLO PROGETTO	“Post Adozione” Promozione dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto fra le coppie che hanno adottato un bambino o una bambina
OBIETTIVI	1) Favorire la condivisione e il confronto tra gli adottanti 2) Sostenere il minore nell’inserimento nella nuova famiglia; 3) Favorire la riduzione dei rischi connessi all’adozione difficile
TARGET: DIRETTO INDIRETTO	DIRETTO 1) I neogenitori adottivi 2) i bambini adottati INDIRETTO Gli operatori che si occupano dell’adozione
RISORSE: ECONOMICHE PROFESSIONALI COMUNITARIE	Economiche – COeSO Professionali: n. 1 Assistente Sociale COeSO a tempo n. 1 Educatore professionale COeSO a tempo n. 1 Psicologo ASL a tempo
FINANZIATORI	COeSO – ASL 9
COLLABORAZIONI	Associazione AMA di Grosseto
TEMPI	Permanente.
CRITERI DI VALUTAZIONE	1) Attivazione di almeno 1 gruppo AMA nel 2009 con un minimo di 3 famiglie partecipanti
	Assistente sociale COeSO Emanuela Palazzi

6 Progetti trasversali

6.1 Applicazione della norma regionale per la non autosufficienza

La situazione

La Regione Toscana ha in corso di costituzione una specifica legge per il governo della non autosufficienza e un progetto operativo (al momento relativa ai soli anziani, ma estendibile alla disabilità) particolarmente condiviso e che, nel loro insieme, rappresenteranno, per il *target* considerato, la principale base giuridico organizzativa su cui operare nei prossimi anni.

La Regione ha inteso definire un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione e valutazione degli interventi. A tale scopo va costituendosi un fondo regionale specifico da usare per assicurare risposte assistenziali certe ed omogenee in ambito regionale; un Fondo alimentato da:

- risorse derivanti da quote del Fondo sanitario;
- risorse già destinate dagli Enti Locali nell'area della non autosufficienza;
- risorse regionali aggiuntive.

E' ovvio che per la gestione di questo fondo (è necessario ribadire che è integrato e alimentato da risorse sociali e sanitarie) occorre costruire un sistema integrato, sociale e sanitario, di governo del *Budget*, della organizzazione e della promozione del servizio. Certamente, in questa direzione, avrà un ruolo strategico la Società della Salute, sia come strumento di realizzazione del sistema integrato dei servizi a livello territoriale, sia come ambito di responsabilità che, a livello di zona/distretto, dovrà garantire l'articolazione del sistema organizzativo previsto per la non autosufficienza.

In allegato al PIS riportiamo l'accordo siglato in Articolazione zonale il 1 ottobre 2008 che avvia e definisce i primi passi per la SdS della zona socio sanitaria grossetana, resta da definire l'accordo per la fase di passaggio che è oggetto della presente scheda.

Si deve osservare che il contenuto della scheda riporta il testo della proposta di accordo interistituzionale (Regione, Comuni, ASL n.9) contenente i compiti e gli obblighi che ogni parte si assume.

Si deve inoltre ricordare che pur non partecipando alla sperimentazione delle SdS, la zona ha un notevole patrimonio esperienziale di integrazione, specificatamente nella

gestione della non autosufficienza avendo, invece, partecipato alla sperimentazione dei servizi domiciliari per anziani non auto sulla base della Deliberazione 402 del 2004.

Si deve infine ricordare come l'Articolazione zonale abbia deliberato che, nel lasso di tempo occorrente per la costituzione della SdS grossetana, sia individuato come soggetto destinatario delle risorse regionali aggiuntive, di cui alla Del. GRT n. 754 del 29 settembre 2008 all.2 e più in generale come soggetto referente del progetto di assistenza continua alla persona non autosufficiente, in continuità all'assetto organizzativo esistente, il COeSO in quanto Ente strumentale dei Comuni associati.

Obiettivo generale

Definire un sistema (e organizzare la produzione di servizi relativi) di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione e valutazione degli interventi.

Obiettivi specifici

Una adeguata rete di PUNTI INSIEME, dislocati sul territorio dei comuni della Zona Grossetana, facilmente raggiungibili e chiaramente individuabili, per l'informazione, l'accoglienza e l'accompagnamento.

Il PUA (Punto Unico Accesso) di Zona, da intendersi come livello direzionale e di coordinamento del sistema territoriale dei servizi sociosanitari integrati per la non autosufficienza, nonché come unico punto di accesso al sistema e di raccolta di tutte le domande che provengono dal cittadino, dalla famiglia e/o dalla rete informale, collocato presso la sede della Zona Distretto grossetana, in via Don Minzoni, 5 a Grosseto

La U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) per la valutazione e la definizione del progetto assistenziale personalizzato.

La redazione, per ogni cittadino non autosufficiente interessato, di un Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP), con la definizione delle prestazioni sociosanitarie necessarie per il mantenimento o il miglioramento delle sue condizioni di salute.

Azioni

Primo anno(2008):

PRESIDIO	Provvedimento di costituzione	Nucleo stabile	Figure professionali coinvolte	Livello di condivisione istituzionale
PUA	20 nov. 07	Direttore di D. Coordinatore Sanitario di D. Responsabile UVM Responsabile U.F.A.I Asl 9 Direttore COeSO Coord. Serv. Sociali COeSO	Amministrativo (1/2 tempo) Informatico a necessità (condiviso con l'UVM)	Accordo ASL Articolazione zonale
UVM	20 nov. 07	Un medico di distretto; Un geriatra Due assistenti sociali ASL; Un assistente sociale COeSO una infermiera		Accordo ASL Articolazione zonale
UVM	(da implementare con il presente accordo)	2 medici di distretto 1 geriatra 3 infermieri 3 Assistenti sociali 1 collaboratore amministrativo	Un'ulteriore amministrativo (1/2 tempo) Informatico a necessità (condiviso con PUA)	Accordo ASL Articolazione zonale
PUNTI INSIEME		Vedi schema successivo		

Garantire dal 22 ottobre 08 la rete dei Punti Insieme sul territorio di ogni comune della zona grossetana con i seguenti orari e con le seguenti figure professionali coinvolte:

Localizzazione	Giorni di apertura	Orari di apertura	Figure professionali
Grosseto via Don Minzoni, 5 sede distrettuale	Dal lunedì al sabato	dalle ore 8,30 alle ore 13,30	Assistenti sociali Istruttore Amministrativo
Campagnatico Strada S. Antonio sede distrettuale	Lunedì e venerdì	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Infermiera professionale Assistente sociale
Castiglione d. P. via Veneto, 138 sede distrettuale	Martedì e venerdì	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Infermiera professionale Assistente sociale
Civitella Paganico Punto Civitella via 1°Maggio 1 sede distrettuale	Martedì	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Assistente sociale

Civitella Paganico Punto Paganico Pzza d. Vittoria, sede distrettuale	Venerdi	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Infermiera professionale
Roccastrada via San Martino, 38 sede distrettuale	Martedì e Mercoledì	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Infermiera professionale Assistente sociale
Scansano via Diaz, 9 sede distrettuale	Venerdi	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Infermiera professionale
Scansano via XX Settembre, Palazzo comunale	Martedì	dalle ore 9,00 alle ore 12,00	Assistente sociale

Secondo anno (2009) e parte del primo anno:

- disporre un'unica graduatoria per i ricoveri in RSA e per l'inserimento nei Centri Diurni accelerando quanto disposto dall'accordo Asl/Articolazione del 16 giugno 2008.
- Quantificare, e mettere a sistema, le risorse di parte sanitaria (derivanti dal bilancio delle Aziende USL), quelle di parte sociale (derivanti dal bilancio dei Comuni) e quelle aggiuntive regionali al fine di assicurare la copertura delle azioni previste nel progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente. NB: relativamente alla necessità di quantificare l'apporto di ulteriori quote di parte sanitaria, fatto salvo l'ovvio mantenimento dei servizi complessivamente assicurati dall'Azienda USL nell'ambito del Distretto, si ritiene necessario rinviare ad una fase successiva, in seguito calendarizzata, la loro determinazione; quanto sopra in ragione del fatto che da un lato sussistono, allo stato, difficoltà ad estrapolare dalle più ampie categorie di attività (accessi domiciliari, spesa farmaceutica etc.), gli importi assorbiti da soggetti assistiti non autosufficienti, del resto non risultano ancora definite finalità, modalità e criteri uniformi, da parte regionale, di estrapolazione di queste risorse da quelle destinate al finanziamento delle aziende.
- Quantificare e specificare, i livelli di prestazioni assistenziali, extra LEA sanitari, per persone non autosufficienti, consolidati nella zona distretto Area Grossetana, come di seguito riportato:
 - quote sanitarie in RSA per ricovero permanente n. 182;
 - quote sanitarie in RSA per ricovero di sollievo e temporanea n. 4;
 - quote sanitarie nei Centri diurni n. 32;
 - compartecipazione comunale per quote sociali n. 91;
 - interventi domiciliari integrati n. 428.
- Individuare, in continuità con i patti ad oggi esistenti, e in relazione alla decisione della Articolazione zonale di Venerdì 10 ottobre u.s., in attesa della costituzione della S.d.S, quale soggetto gestore il COeSO in quanto ente strumentale dei Comuni associati incaricandolo di mantenere, in continuità

con la fase presente, la contabilità separata delle risorse dedicate.

- Costruire in maniera condivisa gli indici di copertura del fabbisogno territoriale di residenzialità e di domiciliarità, fissando nel contempo anche le modalità ed i tempi di avvicinamento rispetto a tali indici.
- Costruire il sistema informatico integrato socio-sanitario, implementando il sistema già esistente (concordato nella fase di sperimentazione tra azienda USL e COeSO), secondo le linee di sviluppo individuate nel costituendo PIS zonale (la cui approvazione è prevista per Novembre '08), da adeguare sistematicamente secondo le linee di indirizzo regionale.
- Garantire il soddisfacimento del debito informativo nei confronti della Regione Toscana, già previsto, secondo gli attuali sistemi di raccolta e monitoraggio dei dati relativi alla non autosufficienza
- Assicurare per i diversi impegni e relativi risultati attesi, il rispetto dei tempi così come indicato nella tabella sottostante: QUALE TABELLA????

Terzo anno:

- A seguito di una verifica generalizzata sul primo anno di resa dei nuovi servizi procedere alla organizzazione dell'intero sistema

Soggetti coinvolti

Istituzionali

- Regione Toscana (assessorati della salute e del sociale)
- Azienda USL n.9
- Comuni della zona socio sanitaria grossetana
- COeSO

Del terzo settore

- Associazioni e organizzazioni di tutela e di rappresentanza degli anziani
- Cooperazione sociale coinvolta nei servizi agli anziani

Risorse necessarie

Risorse umane

- Per il PUA, nella misura necessaria:
 - Direttore di distretto
 - Coordinatore Sanitario
 - Responsabile UVM
 - Responsabile U.F.A.I Asl 9
 - Direttore COeSO
 - Coord. Serv. Sociali COeSO
- Di supporto alle attività del PUA: Per il PUA, nella misura necessaria:
 - 1 Collaboratore amministrativo del COeSO
 - 1 Istruttore informatico del COeSO

- Per l' U.V.M., gruppo stabile di lavoro, la cui attività è articolata sul territorio di tutta la zona grossetana:
 - 2 medici
 - 1 geriatra
 - 3 infermieri
 - 3 Assistenti sociali
 - 1 collaboratore amministrativo
 - a questo gruppo stabile si aggiungeranno di volta in volta, secondo necessità, assistenti sociali e infermieri del territorio, con decisione del responsabile della U.V.M.. Nella fase attuale il Direttore di Distretto provvederà a individuare gli operatori e a nominare il responsabile entro il 10.11.08.
- Per i punti insieme:
 - il personale descritto nella tabella sopra riportata nella misura definita.

Risorse finanziarie:

- Per il 2008 Euro 10.000 per personale e consulenze
- Per il 2009 Euro e a regime:
 - Risorse regionali aggiuntive, da dedicare ai servizi domiciliari e alla semiresidenzialità, compresi gli assegni di cura per l'uso di assistenti domiciliari (badanti)
 - Risorse regionali storiche per le quote sanitarie per ricoveri in RSA
 - Risorse regionali aggiuntive per le quote sanitarie per ricoveri in RSA
 - Risorse Comunali storiche per la non autosufficienza
 - Risorse Sanitarie locali storiche (Azienda USL n.9)

Criteri di valutazione

Per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel presente programma si possono utilizzare i seguenti indicatori:

- Indice di abbattimento della lista di attesa nei primi sei mesi del 2009 e alla sua conclusione
- Tempi medi di risposta alle richieste di intervento degli utenti
- Indice di utilizzo del budget a disposizione
- Numero dei reclami
- PAP sottoscritto rispetto a quelli ipotizzati

Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori

Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori

6.2 Sistema di governance (Società della salute)

La situazione

La legge di riforma della ex 40/2005 è stata approvata.

Con questo atto il legislatore toscano ha istituito le Società della Salute.

Nel contempo molti altri procedimenti legislativi (primo tra tutti quello che porterà alla approvazione della legge sulla non autosufficienza) e organizzativi si sono conclusi o sono in via di definizione o in fase esecutiva (progetto non auto; compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini; accreditamento dei servizi e delle strutture; norme sull'immigrazione; regolamento sulle strutture residenziali; etc).

Il combinato disposto da questo complesso processo legislativo e organizzativo va determinando una completa riorganizzazione del sistema pubblico di governo del benessere dei cittadini e di gestione dei servizi e degli interventi sociali socio sanitari e sanitari.

Si profila dunque, accanto alla riorganizzazione dei compiti tra le agenzie pubbliche locali, la grande consapevole svolta per cui il sistema pubblico regionale non si limiterà più a programmare prestazioni (governando così, più o meno efficientemente, la sola offerta), ma cercherà di governare tutti i determinanti che concorrono a definire lo stato di salute dei cittadini di un territorio, garantendo unitarietà strategica al complesso degli interventi pubblici, cercando (e misurando) l'impatto e l'efficacia di questi interventi, determinando l'appropriatezza delle prestazioni nell'ambito di orizzonti più vasti del proprio agire.

I comuni della zona socio sanitaria grossetana hanno già una positiva esperienza di gestione associata dei propri servizi attraverso uno strumento giuridicamente identico a quello individuato dal legislatore regionale per la costituzione della Società della salute, il *Consorzio per la gestione delle politiche sociali* -COeSO-. Il COeSO ha garantito ai comuni importanti risultati positivi sia in termini di efficienza gestionale che di efficacia delle proprie politiche; I comuni della zona socio sanitaria grossetana consapevoli della portata politica e amministrativa insita nel nuovo quadro in cui si trovano ad operare, vogliono non solo cogliere a pieno la proposta regionale, ma vogliono farlo con il massimo della determinazione e della rapidità.

Anche l'Azienda sanitaria locale, che è chiamata dalla Regione Toscana a partecipare a questo processo riorganizzativo, intende affrontarlo con il massimo impegno secondo i dettami della nuova norma regionale.

Anche se la Zona non ha sperimentato la SdS, con l'avvio delle cure domiciliari per anziani non autosufficienti prima e la fase di start up poi, si è costituito un patrimonio interessante di integrazione concreta tra servizi sanitari e sociali. La costituzione della società della salute della zona socio sanitaria grossetana è il modo migliore per dare continuità a questo processo di integrazione e anche solidità e efficacia alla organizzazione territoriale del progetto regionale sulla non autosufficienza che nel frattempo è proceduto su basi pattizie (accordo approvato

nelle Articolazione zonale del 20 novembre del 2007 -avvio della fase di *start up* della legge- e integrazione del medesimo accordo sul problema dello smaltimento delle liste di attesa approvato nella articolazione del 16 giugno 2008);

Obiettivo generale

La costituzione della società della salute nella zona socio sanitaria grossetana, pur intrecciandosi con la intensa attività di programmazione e con la concreta realizzazione del progetto per la non autosufficienza, diviene l'obiettivo primario da perseguire proprio perché sarà solo nel nuovo quadro istituzionale che potranno pienamente esplicarsi le potenzialità insite nella integrazione oggi esistente; potrà pienamente svilupparsi e definirsi il progetto sulla non autosufficienza, sarà possibile dispiegare la capacità pubblica di lavorare per il benEssere governando il complesso dei determinanti della salute, è necessario pertanto definire da subito un percorso che possa portare i Consigli comunali, una volta approvate le norme regionali, a discutere convenzione e statuto della costituenda SdS (così come previsto dal combinato disposto degli artt. 31 e 113 del TUEL);

Obiettivi specifici

Una adeguata rete di PUNTI INSIEME, dislocati sul territorio dei comuni della Zona grossetana, in facilmente raggiungibili e chiaramente individuabili, per l'informazione, l'accoglienza e l'accompagnamento.

Il PUA (Punto Unico Accesso) di Zona, da intendersi come livello direzionale e di coordinamento del sistema territoriale dei servizi sociosanitari integrati per la non autosufficienza, nonché come unico punto di accesso al sistema e di raccolta di tutte le domande che provengono dal cittadino, dalla famiglia e/o dalla rete informale, collocato presso la sede della Zona Distretto grossetana, in via Don Minzoni, 5 a Grosseto

La U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) per la valutazione e la definizione del progetto assistenziale personalizzato.

La redazione per ogni cittadino non autosufficiente interessato di un Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP), con la definizione delle prestazioni sociosanitarie necessarie per il mantenimento o il miglioramento delle sue condizioni di salute.

Azioni

Primo anno(2008) e prima parte del Secondo anno (2009):

- Avviare il percorso di costruzione della Società della Salute nella zona socio sanitaria grossetana, impegnando ogni proprio componente a realizzare presso il proprio ente i procedimenti e gli atti necessari previsti dalla legge;
- Impegnare ogni soggetto coinvolto nell'indicare questa priorità ai propri organi tecnico amministrativi, incaricandoli di definire i termini convenzionali propedeutici e lo statuto, in modo che gli stessi atti possano

essere approvati dagli organi interessati entro il prossimo mese di Novembre

- Di individuare come soggetti referenti per l'articolazione zonale di questa attività il Direttore del COeSO e il Direttore del Distretto socio sanitario
- Di dare continuità all'assetto organizzativo esistente, con cui si è avviata la organizzazione della non autosufficienza
- Di incaricare il gruppo che ha già lavorato alla costruzione del Patto territoriale, integrato dal Direttore sociale della ASL di costruire:
 - un piano di ampliamento della risposta residenziale che porti a regime il progetto non autosufficienza entro il 2009;
 - un piano, efficace e innovativo degli interventi domiciliari e territoriali, ampliando l'attuale offerta di servizi in ragione delle indicazioni regionali
 - un quadro di tenuta economica del nuovo sistema, prefigurando la sua andata a regime definendo un budget zonale (risorse comunali; risorse sanitarie; nuove risorse regionali);
- di inserire tale progetto nel costituendo PIS portandolo così alla attenzione e alla condivisione con le forze del territorio attraverso la sottoscrizione del PIS medesimo e dei Patti che ne fanno da corollario;

Secondo anno:

- Dotare la SdS di tutti gli strumenti regolamentari necessari al suo funzionamento
- Dotare la SdS di tutti gli strumenti tecnico informatici necessari al suo funzionamento

Terzo anno:

- Verifiche sul suo funzionamento secondo parametri regionali che saranno definiti

Soggetti coinvolti

Istituzionali

- Regione Toscana (assessorati competenti)
- Azienda USL n.9
- Comuni della zona socio sanitaria grossetana
- COeSO

Del terzo settore:

- Associazioni e organizzazioni di tutela e di rappresentanza degli utenti
- Associazioni di volontariato
- Cooperazione sociale coinvolta nei servizi agli anziani

Risorse necessarie

Risorse umane:

Gli apparati tecnico amministrativi del COeSO e della Azienda USL n.9 a questo dedicati

Risorse finanziarie:

Non sono previste spese se non per eventuali iniziative collaterali quali convegni etc ad oggi non prevedibili

Criteri di valutazione

Per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel presente programma si possono utilizzare i seguenti indicatori:

- realizzazione degli obiettivi previsti nei tempi previsti

Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori

Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori

6.3 Sistema Informativo per la programmazione socio-sanitaria

La situazione

Non esiste un sistema informativo socio sanitario; esistono due “mondi”, sociale e sanitario, con sistemi separati e, in alcuni casi, non comunicanti neppure al loro interno.

Il Sistema Informativo dei servizi socio-sanitari dell’Area Grossetana pertanto, ad oggi, non è pienamente adeguato alle esigenze della programmazione.

Le criticità sono molte e riguardano diversi aspetti:

- I due “mondi”, sociale e sanitario, hanno sistemi informatici separati e corrispondenti ad esigenze e funzionalità diverse.
- i dati amministrativi generati dai diversi servizi vengono prevalentemente utilizzati per scopi amministrativi e gestionali, raramente a scopi di ricerca sugli utenti finalizzata alla programmazione;
- la gestione informatizzata delle prestazioni, degli utenti e delle procedure non è ancora generalizzata a tutti i servizi;
- i sistemi informativi esistenti non sono interconnessi e non sempre sono flessibili e adattabili ad esigenze diverse da quelle standard, raramente consentono estrapolazioni ed analisi dei dati in essi contenuti.

L’assenza di un Sistema Informativo adeguato, socio sanitario, rende di fatto impossibile l’utilizzo dei dati amministrativi e dei dati sulle attività , per una migliore comprensione dei bisogni dei cittadini e per una conseguente programmazione dei servizi.

Obiettivo generale

Migliorare la programmazione e la gestione socio-sanitaria attraverso il monitoraggio dei bisogni dei cittadini che accedono ai diversi servizi e indagare attraverso i dati amministrativi i fattori che incidono sulla salute e sui processi di esclusione sociale.

Obiettivi specifici

Obiettivo specifico del PIS è definire e avviare un percorso che entro 3 anni porti alla realizzazione di un Sistema Informativo dei Servizi Socio-Sanitari Integrato internamente (tra i diversi servizi sociali e socio-sanitari) ed esternamente (con gli altri servizi sul territorio pertinenti).

Affinché si possa disporre di un flusso di dati omogeneo, affidabile e costante, occorre costruire il servizio informatico socio sanitario; base del servizio informatico della futura S.d.S. Tale obiettivo può essere articolato in obiettivi di:

a) Salute:

- Migliorare l'adeguatezza e l'appropriatezza degli interventi: la conoscenza in tempo reale degli interventi riguardanti una persona può consentire una visione più completa della sua storia di vita e del suo vissuto sociale e sanitario e rendere possibile una diagnosi e interventi più appropriati e tempestivi.

b) Sistema:

- Integrare i sistemi informativi e la gestione dei servizi: attraverso l'integrazione dei sistemi informativi (che vuol dire essenzialmente la definizione di linguaggi comuni, ma anche di definizione, alimentazione e accesso a *data base* unici) viene consolidata e promossa anche l'integrazione dei diversi servizi, che d'altra parte ne costituisce anche la premessa

c) Partecipazione:

- Condivisione di conoscenze ed esperienze da parte dei servizi

Azioni

Primo anno(2008):

- Studio di fattibilità: definizione condivisa dei bisogni e definizione della architettura di massima da perseguire

Secondo anno (2009):

- Definizione sistema informatico per la non autosufficienza (Gennaio)
- Realizzazione sistema informatico per la non autosufficienza (Marzo)
- Definizione del sistema informatico per la SdS (Marzo)
- Realizzazione del sistema informatico per la non autosufficienza - parte finanziabile con le risorse già disponibili- (Maggio)
- Presentazione alla Fondazione MPS progetto definitivo sistema informatico per la SdS e per il superamento delle "barriere" informatiche con il distretto - sistema globale per il territorio- (Aprile/Maggio)
- Definizione del progetto esecutivo sul sistema informatico globale - SdS + dialogo con distretto – (Ottobre)
- Valutazione risorse disponibili (Dicembre)

Terzo anno:

- Realizzazione sistema globale
- Sperimentazioni strutturazione definitiva del sistema informativo in tutte le sue articolazioni (Aprile)

Soggetti coinvolti

Enti appartenenti al Sistema Integrato Socio-Sanitario

- Servizi sociali (Assistenti sociali)
- Servizi socio-sanitari (Salute mentale, Commissioni valutazione I.104, UVM, etc.)

- Servizi sanitari (Anagrafe Sanitaria, Pronto Soccorso, Distretti, etc.)

Enti non appartenenti al Sistema Integrato Socio-Sanitario

- Comuni (Connessione con le banche dati dell'Anagrafe, dello Stato Civile, del Servizio Invalidi Civili, etc.)
- Provincia (Connessione con banche dati: IDOL dei Centri per l'Impiego (occupati e disoccupati); dell'Osservatorio Scolastico Provinciale (studenti), della Formazione (studenti), etc.)

Risorse necessarie

Risorse umane

- Un esperto di sistemi informativi e banche dati
- Un esperto per la gestione delle reti (materiali e virtuali)
- Uno o più informatici per l'adeguamento/interconnessione dei sistemi informativi esistenti
- Uno statistico per la programmazione dei contenuti (campi/variabili) rilevanti ai fini dell'analisi dei bisogni

Risorse finanziarie:

- Per il 2008 Euro 10.000 per personale e consulenze
- Per il 2009 Euro 30.000 di Hardware (oltre le risorse umane)
- Per il 2010 Euro 200.000 per la messa a regime (oltre le risorse umane)

Criteri di valutazione

Per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati nel presente programma si possono utilizzare i seguenti indicatori:

- Realizzazione dello studio di fattibilità nei tempi previsti
- N. di Enti coinvolti
- N. di Sistemi Informativi adeguati alle necessità conoscitive del PIS
- N. di Sistemi Informativi interconnessi direttamente e in tempo reale
- Crescita della quantità e della qualità delle informazioni utilizzabili per la programmazione:
 - N. di nuovi dati/indicatori disponibili
 - N. di dati/indicatori di migliore qualità (copertura, attendibilità, etc.)

Integrazioni/osservazioni dei partecipanti ai laboratori

Sottoscrizione dei partecipanti ai laboratori

6.4 Funzione di programmazione SDS

La Legge Regionale 10 novembre 2008, n. 60 con la quale il Consiglio Regionale Toscana ha riformato la vecchia “40” e quindi l’organizzazione sanitaria, istituendo nel contempo la Società della salute come nuovo soggetto strumentale territoriale, necessita ancora di una attenta lettura, ma è già evidente come il legislatore abbia inteso assegnare a questo soggetto territoriale compiti fondamentali non più semplicemente legati alla programmazione di servizi (compiti fin oggi svolti da documenti paralleli: il Piano di Zona e l’articolazione zonale del PAL), ma tesi al governo del complesso dei determinanti della salute, dotando per ciò la comunità di strumenti, funzioni e soggetti nuovi.

L’art. Art. 71 bis della nuova legge così elenca le finalità per cui le SdS sono costituite:

- a. consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati;
- b. assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- c. rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- d. promuovere l’innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto.
- e. sviluppare l’attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina generale e delle cure primarie.

Al successivo comma 3, l’articolo prosegue individuando le funzioni del nuovo soggetto:

- a. indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;
- b. programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a), inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;
- c. ma anche, se i soggetti coinvolti lo scelgono,
- d. organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui

all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

- e. organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
- f. controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

Ancor più pregnante, se possibile, è poi l'Art 71 ter *Governo della domanda*,

1. Il governo della domanda è tema costitutivo dell'impianto analitico, degli obiettivi e delle azioni del piano sanitario e sociale integrato regionale nelle zone-distretto ove è costituita la società della salute.
2. La società della salute esercita il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio, attraverso:
 - a. lo sviluppo, nell'ambito della medicina generale, di modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multi professionale e sull'approccio proattivo;
 - b. la stipula di accordi con i medici di medicina generale finalizzati ad incentivare obiettivi di qualità e continuità delle cure;
 - c. l'analisi dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento relativamente alle tipologie e ai volumi delle prestazioni specialistiche, diagnostiche ed ospedaliere in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali;
 - d. il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali.”.

Del resto la legge (art. 71 bis, comma 8), prescrive al nuovo soggetto di esercitare le proprie funzioni assicurando:

- a. il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;

e a questo scopo dedica un intero articolo il 71 undecies *Le forme di partecipazione*, per poi proseguire nelle prescrizioni:

- b. la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;
- c. il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;
- d. l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.”.

Appare dunque del tutto evidente che il legislatore abbia inteso porre in capo alla SdS compiti di direzione strategica, elaborazione programmatica, valutazione e controllo, da esercitare in forma collettiva con il terzo settore e più in generale con la

comunità (informata e competente “Art. 71 undecies) e appare altrettanto evidente che il PIS diverrà per la SdS contemporaneamente luogo (momento) di integrazione e strumento di governo. Luogo e momento di integrazione tra i soggetti pubblici e la comunità per le modalità – molto partecipate - con cui deve essere elaborato; principale strumento di governo di se stessa perché sembra proprio assumere le sembianze (Art. 71 sexies *Assemblea dei soci*) del Piano programma di cui all’art. 114, comma 8 punto a. del TUEL e dell’art. 38 del DPR 4 OTTOBRE 1986, n. 902 (non dimentichiamo che la SdS -Comma 2 dell’Art. 71bis - è istituita in forma di consorzio ai sensi delle vigenti leggi per gli Enti locali e quindi, se soggetto gestore di servizi pubblici locali, funziona con le norme che regolano le aziende speciali).

Il nostro PIS è stato elaborato in piena fase di transizione per cui, pur potendo assumere rapidamente le sembianze e le funzioni di strumento strategico della SdS contiene oggi al suo interno l’obiettivo condiviso di costituire la SdS.

Questa caratteristica accentua il valore dell’impegno preso con tutti e fin dall’inizio per una costante rielaborazione del PIS grossetano, non solo per superare le lacune (di elaborazione e di partecipazione) che questo si porta dietro per i motivi detti nella introduzione, ma proprio per farlo evolvere nello strumento previsto dalla nuova normativa sulle SdS.

6.5 Sistema di monitoraggio e di valutazione

PREMESSA

Come abbiamo detto nella introduzione, i progetti presentati non sono ancora nella fase esecutiva per il 2009 e il 2010; non siamo quindi in grado di definire gli strumenti di monitoraggio e di valutazione sull’andamento del PIS oltre la loro definizione.

L’obiettivo per l’inizio del 2009 è quello di concludere la fase di condivisione, definire le risorse disponibili, scegliere, in modo condiviso, le azioni da realizzare nel 2009 e individuare quelle del 2010; definire le modalità ed i tempi del monitoraggio e del controllo con gli strumenti individuati.

Monitoraggio temporale (Gantt)

Il diagramma di Gantt non ha solo il compito di verificare l’andamento delle singole azioni e, quindi, il rispetto o meno dei tempi; è un potente strumento di programmazione delle priorità e della consequenzialità delle azioni allo scopo di razionalizzarle e migliorare l’efficienza complessiva del progetto.

Non è uno strumento nuovo per la zona, lo abbiamo già utilizzato e fa parte del Patto territoriale tra Azienda USL, Regione e Enti Locali per l’applicazione del PAL.

Lo strumento verrà definito per febbraio 2009.

Sistema di valutazione stakeholders e cittadini

Alla costruzione del PIS hanno partecipato, molte persone: professionisti del settore, operatori, rappresentanti di associazioni di volontariato, operatori della cooperazione sociale etc..

L'accordo trovato è chiaro: il PIS è uno strumento in continua evoluzione, ma anche punto di riferimento, stabile e inderogabile; la valutazione sul suo andamento da parte di questi soggetti è indispensabile. Oltre il lavoro nei laboratori, che rimarrà costante, ogni sei mesi saranno convocati momenti di riflessione collettiva e di valutazione da parte degli stakeholders sul processo di costruzione del PIS.

Set indicatori di valutazione

Su questo fronte la discussione è appena iniziata; dobbiamo ancora individuare almeno un set minimo di indicatori e gli strumenti per la raccolta dei dati necessari.

Laboratori – Partecipazione

Nei laboratori si è costruito in questi mesi un rapporto di lavoro e di condivisione interessante; certamente utile a costruire il PIS, ma ancora più utile sarà per verificare l'andamento delle cose e l'impatto delle azioni intraprese e l'efficacia di queste.

7 Budget virtuale di zona

7.1 Il Budget virtuale di zona

La riflessione sul Budget zonale non è stata banale o superficiale anche se oggi non siamo in condizioni di presentare un vero e proprio strumento operativo.

Le difficoltà a costruire questo strumento sono state e sono ancora molte che così si possono sintetizzare:

1. difficoltà a confrontare (e quindi stabilire risorse comuni per azioni comuni) i bilanci ASL e COeSO, nonostante che si tratti di due bilanci economici;
 - a. Quello distrettuale non è un bilancio, ma sua volta un budget parte di un bilancio più ampio, organizzato per fattori produttivi e non per centri di costo specifici, con difficoltà da superare per la definizione del costo delle singole prestazioni.
 - b. Il bilancio del COeSO, molto più piccolo (10 milioni di euro contro i 60 del distretto), per sua natura ha una contabilità analitica estremamente dettagliata, tutta basata sui centri di costo diretti e tesa a definire il valore (contenuto economico e contenuto professionale) dei servizi e delle prestazioni rese.
2. In conseguenza di questo si sono presentate difficoltà a definire le risorse storicamente utilizzate per singoli target (esempio anziani non autosufficienti) e ancor più a identificare risorse per singoli progetti.

L'impegno presente nel PIS (e in atti collaterali quali il patto interistituzionale sulla non autosufficienza) e quello a superare questi problemi entro il 2008, in modo da definire prossimi bilanci dei singoli enti strumentali (ed in prospettiva su quello della SdS) con le necessarie azioni sinergiche per rendere operativi i progetti.

Siamo consapevoli delle difficoltà economiche del momento; l'azienda sanitaria opera costantemente al superamento di sofferenze finanziarie, mentre il COeSO (e più in generale i comuni) sono stati duramente colpiti dalla forbice governativa con tagli di centinaia di migliaia di euro. E' evidente che dobbiamo spingere al massimo sul fronte del superamento delle separazioni e cercare così di liberare dal nostro interno quante più energie possibili.

Rispetto al PIS l'obiettivo è quello di definire per il 2009 una scheda di budget per ogni progetto con la definizione del budget disponibile.

Ad ogni buon conto presentiamo una scheda di budget zonale sostanzialmente descrittiva ma comunque utile ed orientativa

Budget ipotesi su base 2007 (e accordo non auto in fase di start up)			
Voci di Costo	DISTRETTO	COeSO	TOT
Medici	2.495.000		2.495.000
I.P/Caposala	3.784.000		3.784.000
Altri ruolo tecnico	1.540.000		1.540.000
Altri ruolo sanitario	1.668.000		1.668.000
Inf. Generico	240.000		240.000
Altri dir. Sanitario	995.000		995.000
Dirigenti ruolo amministrativo	95.000	81.000	176.000
apicali e P.O		251.000	251.000
Altri ruolo amministrativo	1.095.000	211.600	1.306.600
Operatori sociali e socio educativi		281.000	281.000
servizio sociale professionale		547.000	547.000
operatori RSA		214.000	214.000
Tecnici informatici		28.000	28.000
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE	11.912.000	1.613.600	13.525.600
			-
Medici Generici	7.435.000		7.435.000
Pediatri	162.500		162.500
Guardia Medica	1.028.000		1.028.000
Medici 118			-
Guardia Turistica	108.000		108.000
Specialisti ambulatoriali	1.588.000		1.588.000
sviluppatori informatici		24.000	24.000
TOTALE PERSONALE CONVENZIONATO	10.321.500	24.000	10.345.500
			-
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	5.496.000		5.496.000
Materiale per uso radiologico			-
Materiale per uso diagnostico	504.000		504.000
Filtri e disposable per emodialisi	13.500		13.500
Sieri e vaccini	186.500		186.500
Presidi medicosanitari ed altro mat.san.	796.000		796.000
BENI DI CONSUMO SANITARIO	6.996.000		6.996.000
			-
Per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci		57.000	57.000
Acquisto di servizi (cooperative e altri fornitori)		6.100.000	6.100.000
Altri costi (per consumi vari)		800.000	800.000
Oneri di gestione		31.000	31.000
Oneri sociali e TFR		218.000	218.000
TOTALE ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SOCIALI		7.206.000	7.206.000
			-
Farmaceutica convenzionata	20.181.000		20.181.000
Assistenza specialistica e diagnostica	473.000		473.000
Assistenza riabilitativa	851.500		851.500
Assistenza protesica	913.000		913.000
Trasporti sanitari			-
Rette RSA	2.043.000		2.043.000
Assistenza DSM (comprese rette ex OP)	551.000		551.000
Rette comunità terapeutiche	825.000		825.000
TOTALE ALTRI SERV.SANITARI DA PRIVATO	25.837.500		25.837.500
			-
Ammortamenti		340.000	340.000
TOTALE AMMORTAMENTI		340.000	340.000
			-
TOTALE	55.067.000	9.183.600	64.250.600

PATTO TERRITORIALE

8 ALLEGATO: PATTO TERRITORIALE PER L'APPLICAZIONE DEL PIRS

8.1 PREMESSA

Il presente patto per i motivi che sono già stati esplicitati si presenta come allegato del PIS zonale. E' dunque in questo documento che si definiscono i dettagli dei progetti individuati a seguito di una descrizione del profilo e dell'immagine di salute della zona. Il patto che di seguito definiamo ha quindi il compito di stabilire una cornice condivisa, principi acquisiti, impegni reciproci oltre quanti definiti per ogni singolo progetto.

In primo luogo è opportuno ribadire, per massima consapevolezza di ognuno, che con la costruzione del PIS e del presente patto territoriale, si dà vita al primo, significativo anche se insufficiente, documento di programmazione che non si limita a definire l'offerta di servizi, ma ragiona per obiettivi di salute; consapevoli che i determinanti di questa salute si trovano per buona misura oltre le prestazioni sanitarie e socio sanitarie coinvolgendo il complesso agire di tutti i soggetti della comunità.

La salute, intesa come "benessere" della comunità, richiede dunque politiche di *welfare* più complesse di quanto possa produrre la somma di servizi organizzati per settori separati e soprattutto richiede politiche capaci di coinvolgere tutti i soggetti (pubblici e privati, del privato sociale e del volontariato) con lo scopo di dar vita a solide reti di protezione sociale. Si tratta di una ricerca strategica di "alleanze" fra il settore sociosanitario e gli altri settori pubblici, fra le Istituzioni, le parti sociali e il terzo settore, riconoscendo nel "miglioramento" della salute un investimento per l'intera società. Tutto ciò è di particolare importanza di fronte al vuoto legislativo che ha mancato di definire i livelli essenziali di assistenza sociale (come era stato previsto dal legislatore in occasione della promulgazione della Legge 328 del 2000).

Il presente documento agisce però nell'ambito di un complesso e articolato agire della Regione Toscana che viene definendo:

- una prima configurazione dei livelli base di cittadinanza sociale, necessari anche essi a garantire l'appropriatezza, l'uniformità e l'omogeneità e l'equità dei sistemi locali;
- una ridefinizione dei poteri sul territorio alla ricerca di una maggiore corresponsabilità degli Enti locali e una più forte partecipazione dei cittadini;
- una forte (e qualificata) immissione di nuove risorse economiche per affrontare il problema della non autosufficienza

In questo quadro i sottoscrittori del presente patto riconoscono come principio ispiratore del loro agire il principio di sussidiarietà, sia verticale che orizzontale, declinato sia in termini di responsabilità (*le amministrazioni pubbliche gerarchicamente superiori intervengono quando quelle inferiori non possono agire; ovvero l'istituzione pubblica sostiene l'iniziativa della società civile*) sia in termini di non invadenza (*lo Stato non fa ciò che possono fare i Comuni, ovvero l'istituzione pubblica non fa ciò che può fare la libera iniziativa della società civile*). La sussidiarietà, per risultare efficace, deve coniugarsi però con il principio di solidarietà che deve essere il filo conduttore dei rapporti tra le istituzioni pubbliche e la società civile anche come assunzione di pubbliche responsabilità da parte di tutti.

8.2 IL DISPOSITIVO DEL PATTO

Piano Integrato di salute

I sottoscrittori del presente patto intendono in primo luogo partecipare alla costruzione del nuovo sistema di programmazione (che prefigura un nuovo sistema di *governance* con la costruzione della SdS) approvando il contenuto generale e gli obiettivi specifici del PIS 2008/2011, impegnandosi, ognuno nella misura definita per ogni singolo progetto, a concretizzarne i risultati.

Livelli base di cittadinanza sociale

Il Patto Territoriale individua, come cornice di sussistenza del PIS, le linee di intervento per la realizzazione dei Livelli di Base di Cittadinanza Sociale individuati dal PISR:

1. Segretariato Sociale per l'informazione,
2. Servizio Sociale Professionale per la presa in carico e l'assunzione della responsabilità dei percorsi assistenziali delle persone assistite,
3. Punto Unico di Accesso con funzioni di valutazione e definizione dei percorsi assistenziali personalizzati (a cominciare dalla non autosufficienza per gli anziani)
4. Pronto Intervento Sociale.

I sottoscrittori del presente patto intendono quindi contribuire, ognuno nella misura definita nelle schede che seguono, alla concreta realizzazione e al mantenimento di detti livelli di base di cittadinanza, inserendo il resto dei progetti previsti dal PIS come ulteriori specificazioni e allargamento di detti livelli.

8.3 SCHEDE

Segretariato Sociale per l'informazione

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

Segretariato sociale, con compiti di informazione e primo orientamento.

Il segretariato sociale è un servizio gratuito, rivolto a tutte le persone, che dà informazioni e un primo orientamento sui servizi sociali e assistenziali pubblici e privati, disponibili sul territorio. L'obiettivo del servizio è il far sì che tutti i cittadini possano essere a conoscenza delle risorse e degli aiuti di carattere socio assistenziale che sono disponibili nel loro territorio, sulla base di quanto stabilito dalla Legge Regionale n. 41/05.

Il segretariato sociale rappresenta la risposta al diritto dei cittadini di un determinato territorio e della comunità nel suo complesso a ricevere informazioni esatte, dettagliate esaustive e pertinenti. Fornisce notizie e informazioni sull'esistenza, sul tipo e sui metodi per accedere alle varie risorse sociali, svolge un'attività di orientamento e indirizzo del cittadino all'ente o all'organismo competente per particolari problemi, svolge anche una prima funzione di osservatorio sociale, mettendo in evidenza le necessità ricorrenti dei cittadini e dando un quadro accurato e aggiornato dei servizi presenti.

Il servizio persegue queste finalità:

- a) costituire per la comunità locale una sede di riferimento presso la quale è possibile ottenere informazioni personalizzate in relazione a specifiche esigenze e, se necessario, aiuto alla persona nel rivolgersi ai servizi;*
- b) contribuire a rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'attività dell'amministrazione costituendo una sede attiva di diffusione delle informazioni che riguardano l'intera collettività o fasce estese della popolazione;*
- c) collaborare con i servizi e con le forze sociali del territorio nella rilevazione dei bisogni emergenti e nella verifica della funzionalità e rispondenza delle risorse alle necessità dell'utenza.*

Il segretariato sociale è inteso come un sistema a responsabilità pubblica. Per l'attività di informazione sulla rete dei servizi e di sostegno alle procedure di accesso, possono essere impiegati organismi senza fine di lucro purché estranei alla gestione dei servizi.

Al fine di costruire la rete del Segretariato Sociale, il COeSO si impegna a :

- Mantenere un presidio informativo per ogni comune della zona socio sanitaria così articolato:

A Grosseto il Punto di Accesso al Sociale ubicato in via Verdi, 5 dal Lunedì al Sabato dalle ore 9,00 alle ore 13,00

A Campagnatico presso la sede del distretto socio sanitario il Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

A Castiglione della Pescaia presso la sede del distretto socio sanitario il Martedì e il Venerdì dalle ore 9,00 alle 13,00

A Civitella Marittima preso due sedi: a Civitella presso la sede del distretto socio sanitario il Martedì e il Mercoledì dalle ore 9,00 alle 13,00; a Paganico presso la sede del Comune, il Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

A Roccastrada presso la sede del distretto socio sanitario il Martedì e il Mercoledì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

A Scansano presso la sede del Comune, il Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00

- A definire il pacchetto informativo sui servizi erogati nonché sulle modalità di accesso (Carta dei Servizi) entro il 30 giugno 2009
- A implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle attività del Segretariato Sociale

L'Azienda ASL 9 si impegna a :

- mantenere un presidio informativo presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto, nei giorni lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 10,00 alle ore 12,00;
- mantenere un presidio informativo presso la sede del distretto socio sanitario di Grosseto, nel giorno di martedì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 in favore delle persone disabili fino all'ampliamento del progetto sulla non autosufficienza alla disabilità

Il COeSO e l'Azienda ASL 9 si impegnano congiuntamente a:

- partecipare alla costruzione della rete del Segretariato Sociale ampliata ai soggetti del terzo settore che aderiranno al progetto;
- prevedere percorsi formativi, anche in collaborazione con il Cesvot, a favore dei soggetti che svolgono attività di segretariato sociale per l'informazione, al fine di ottenere omogeneità e appropriatezza nelle risposte;
- utilizzare il medesimo sistema informativo per il monitoraggio delle attività del Segretariato Sociale;
- attivare un tavolo di coordinamento dei rappresentanti dei soggetti in rete per l'aggiornamento delle informazioni.

Gli Enti del Terzo Settore, che intendono partecipare alla rete del Segretariato Sociale per l'informazione, offrono la loro candidatura in forma scritta all'Azienda COeSO o all'Azienda ASL entro il primo trimestre del 2008 nella quale si impegnano a :

- dichiarare i tempi e le risorse che intendono dedicare alla attività di segretariato;
- dichiarare l'adesione ai percorsi formativi che saranno previsti per gli operatori addetti al segretariato;

- indicare eventuali modalità per l'organizzazione del servizio o eventuali proposte innovative per il miglioramento di quello che stanno già effettuando;
- dichiarare la disponibilità al monitoraggio utilizzando il medesimo sistema informativo di tutti i soggetti in rete;
- dichiarare la disponibilità a partecipare al tavolo di coordinamento dei rappresentanti dei soggetti in rete;

Servizio sociale professionale

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

Servizio sociale professionale, come presidio di base per assicurare quanto previsto in termini di servizi e di prestazioni dalla L.R. 41/2005.

Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dall'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore e migliorando il tessuto sociale e relazionale della comunità locale, anche attraverso il lavoro di gruppo.

L'art. 7 della Legge Regionale n. 41 del 2005 definisce le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi sociali sulla base della valutazione professionale del bisogno e del conseguente percorso assistenziale personalizzato.

L'assistente sociale, in qualità di responsabile del caso, assicura anche la gestione e il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi.

In particolare, l'attività di servizio sociale professionale si concretizza attraverso la predisposizione, insieme all'utente, di un progetto personalizzato articolato in azioni ed interventi di valutazione, accompagnamento, consulenza e sostegno per affrontare eventi e condizioni critiche, causa di disagio ed emarginazione sociale, per valorizzare ed innalzare le potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali. Inoltre comprende le attività di tutela dei diritti degli utenti - in particolare delle fasce più deboli - nonché di raccolta ed elaborazione dati ai fini della documentazione.

Nel percorso graduale di realizzazione dei livelli base di cittadinanza sociale occorre, in una prima fase, aggiornare il monitoraggio sulla presenza degli assistenti sociali sul territorio, in modo da comprendere quale può essere lo standard medio di presenza adeguato al numero e alle caratteristiche sociali degli ambiti territoriali.

Il COeSO si impegna a:

- Assicurare sul territorio della zona distretto, la presenza di un numero di Assistenti Sociali utili allo svolgimento dei compiti previsti dalla L.R. 41/2005, assicurando omogeneità e appropriatezza degli interventi professionali;

- partecipare al monitoraggio previsto dalla Regione Toscana per misurare i livelli di cittadinanza;
- assicurare percorsi di formazione e aggiornamento professionale agli Assistenti Sociali impegnati sul territorio;
- sviluppare ulteriormente il sistema informativo utilizzato dal Servizio Sociale professionale integrandolo e modificandolo anche in base alle indicazioni e ai monitoraggi regionali;
- promuovere e gestire la collaborazione con le reti formali e informali della comunità locale;
- assicurare percorsi formativi, anche in collaborazione con il Cesvot, in favore dei soggetti del terzo settore che collaborano con il Servizio Sociale Professionale al fine di migliorare l'appropriatezza delle risposte e aumentare le competenze della comunità locale;
- promuovere iniziative di auto-muto aiuto tra le famiglie

L'Azienda USL si impegna a:

- garantire il Servizio Sociale Professionale in ambito ospedaliero, per favorire anche il raccordo con i servizi territoriali, in particolare per la Non Autosufficienza e per le persone senza dimora;
- garantire il Servizio Sociale Professionale relativamente alle competenze inerenti i servizi residenziali in favore di persone disabili, fino all'ampliamento della non autosufficienza;
- garantire la componente del servizio sociale professionale nelle commissioni di vigilanza e controllo delle strutture residenziali;
- garantire la componente del servizio sociale professionale nella commissione di accertamento handicap L. 104/92;
- garantire il servizio sociale professionale nella funzione di coordinamento dei GOM Adulti e Minori.

Il COeSO e l'Azienda ASL si impegnano congiuntamente a:

- costruire una unica Area di Servizio Sociale Professionale Unificato per la Non Autosufficienza a partire dagli anziani ed ampliata successivamente alla disabilità che nell'ambito della UVM partecipa alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla predisposizione dei PAP e alla presa in carico dei bisogni complessi;
- assicurare percorsi di formazione e di aggiornamento professionale agli Assistenti Sociali assegnati all'Area della Non Autosufficienza;

Punto Unico di Accesso

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

- Punto unico di accesso, a partire dal modello previsto dalla deliberazione G.R. 402/2004, con l'estensione alle diverse aree di bisogno e tipologie di risposta.

Il PUA nasce con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti più fragili e incanalare in modo corretto le loro richieste verso la risposta più appropriata. L'obiettivo generale è quello di aiutare coloro che si devono orientare nel sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali per ottenere risposte adeguate ai problemi di cui sono portatori.

Nelle sperimentazioni già avviate sul territorio è stata prevista la seguente articolazione del PUA:

- presidi centralizzati a livello di zona-distretto dove si attiva la "presa in carico";*
- sportelli territoriali decentrati a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato.*

In questi presidi sperimentali sono previste le presenze dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale e del medico che costituiscono il gruppo minimale di progetto.

Con l'individuazione dei livelli base di cittadinanza sociale il punto unico di accesso andrà ad ampliare le sue funzioni e diverrà la porta di accesso unitario ai servizi ed alle prestazioni integrate per tutti i cittadini, in modo da favorire la semplificazione della presentazione delle domande di intervento e la unificazione delle procedure di organizzazione dell'offerta assistenziale.

Poiché elemento essenziale per l'organizzazione del punto unico di accesso è il suo ottimale posizionamento all'interno dell'ambito territoriale, si ritiene che l'articolazione prevista dalla sperimentazione in essere rappresenti una soluzione opportuna e comunque da sottoporre a specifiche verifiche.

Nel punto unico sarà garantita ai cittadini la presenza di operatori specializzati che non svolgeranno solo funzioni di accoglienza, ma che saranno in grado di svolgere una prima analisi dei bisogni condivisa con la persona attraverso dei colloqui individuali e si occuperanno del successivo orientamento e accompagnamento verso la risorsa più appropriata.

L'analisi del bisogno del cittadino si baserà su una valutazione che potrà implicare l'attivazione di competenze sociali oppure sanitarie oppure di carattere multiprofessionale.

Tramite il PUA si creano dunque percorsi di assistenza razionali e semplificati dal punto di vista burocratico che, oltre a garantire la trasparenza delle procedure di accesso migliorano anche l'efficienza e la tempestività dell'intervento.

Il COeSO e l'Azienda ASL si impegnano congiuntamente a :

- Portare a regime la rete dei Punti Insieme e del Punto Unico d'Accesso, per la Non autosufficienza a partire dagli anziani e successivamente ai disabili,

garantendo omogeneità sul territorio della zona. migliorando l' integrazione fra i servizi sociali e sanitari territoriali, nonché la costruzione di percorsi in grado di garantire la continuità assistenziale Ospedale - territorio

- assicurare percorsi formativi e di aggiornamento, in favore degli operatori dei Punti Insieme e del PUA anche in collaborazione con la regione toscana,
- sviluppare ulteriormente il sistema informativo, anche attraverso l' integrazione con altri sistemi che possano essere di sostegno ai Punti Insieme e al PUA
- promuovere e gestire la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore a sostegno dell'attività dei Punti Insieme e del PUA;
- prevedere percorsi formativi, anche in collaborazione con il Cesvot, in favore dei soggetti che intendono collaborare al sostegno e facilitazione dell'attività dei Punti insieme e del PUA.

Pronto intervento sociale

Definizione dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007 2010

- Pronto intervento sociale per i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati.

Il servizio del Pronto Intervento Sociale si propone di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone che si vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, richiesti fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale.

L'attivazione del pronto intervento sociale deve essere organizzata da parte dei Servizi Sociali, anche coinvolgendo i soggetti adeguati del terzo settore.

Le situazioni, per essere individuate come urgenti e per poter quindi attivare le risorse dedicate, dovranno rispondere a dei criteri che dovranno essere poi definiti e concordati con i soggetti interessati.

In particolare si intende fronteggiare:

- situazioni di emergenza per protezione e tutela a favore di minori;*
- situazioni di emergenza di adulti in situazioni di abbandono, deprivazione totale, violenza psico/fisica tale da costituire grave pregiudizio;*
- altra situazione di estrema gravità e pericolo per la persona.*

Nella prima fase di applicazione dei livelli base di cittadinanza sociale è necessario verificare le esperienze di pronto intervento esistenti sul territorio e identificare attraverso una prima ricognizione ciò che è emergenza, sia in senso proprio, sia in riferimento alla casistica che può insistere sui diversi territori.

Nel corso del triennio occorre poi configurare un dimensionamento del servizio in relazione alle caratteristiche territoriali e ai risultati del monitoraggio per il quale la Regione predisporrà i relativi strumenti.

Al fine di contribuire alla piena realizzazione del Servizio di Pronto Intervento Sociale, il COeSO si impegna a:

- rafforzare il Servizio di Pronto Intervento Sociale, già attivo, per i minori che possono trovarsi in via urgente, sprovvisti di adeguato ambiente familiare, compresi i minori stranieri senza accompagnamento, prevedendo l'ampliamento delle convenzioni con le comunità per l'accoglienza;
- rafforzare la rete delle famiglie affidatarie disposte anche all'accoglienza in via urgente di minori in condizione di pregiudizio;
- coinvolgere in maniera sempre più attiva i soggetti adeguati del terzo settore che già collaborano con il Servizio Sociale Professionale;
- rafforzare la collaborazione con la rete dei Centri Antiviolenza per le donne maltrattate che si trovano in condizione di grave pericolo;
- rafforzare la collaborazione con le associazioni di volontariato che offrono servizi di bassa soglia e di ospitalità a persone senza dimora;
- stipulare specifici accordi con le forze dell'ordine, compresa la polizia ferroviaria per la definizione di modalità operative condivise;
- prevedere in collaborazione con l'Azienda USL, nell'ambito delle RSA Ferrucci e Pizzetti la possibilità di ospitare in via temporanea persone anziane o disabili che per gravi motivi, vengono allontanati con provvedimento d'urgenza, dal proprio ambito familiare;
- prevedere percorsi formativi, anche in collaborazione con il Cesvot, a favore dei soggetti che svolgono attività di Pronto intervento sociale, al fine di ottenere omogeneità e appropriatezza nelle risposte;
- definire un sistema informativo a sostegno del Pronto Intervento Sociale;
- attivare un tavolo di coordinamento tra tutti i soggetti che attivamente si impegnano nel servizio di pronto intervento.

Gli Enti del Terzo Settore, che intendono partecipare ai Servizi di pronto intervento sociale offrono la loro candidatura in forma scritta al COeSO, nella quale si impegnano a:

- dichiarare i tempi e le risorse che intendono dedicare alla specifica attività;
- dichiarare l'adesione ai percorsi formativi che saranno previsti per gli operatori addetti al Pronto intervento sociale;
- indicare eventuali modalità per l'organizzazione del servizio o eventuali proposte innovative per il miglioramento di quello che già viene effettuato;
- dichiarare la disponibilità al monitoraggio utilizzando il medesimo sistema informativo di tutti i soggetti in rete;
- dichiarare la disponibilità a partecipare al tavolo di coordinamento dei rappresentanti dei soggetti in rete.

9 ALLEGATO: EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

9.1 Definizioni

Educazione alla salute

L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite in modo consapevole e si avvale di alcune forme di comunicazione per conoscere meglio la salute, per migliorare le conoscenze per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità. L'educazione alla salute non si limita a comunicare le informazioni, ma favorisce anche la motivazione, le capacità e la fiducia (auto-efficacia), ossia quelle condizioni necessarie per agire nell'ottica di migliorare la salute. (glossario OMS)

Promozione della Salute

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla.

La promozione della salute rappresenta un processo socio-politico globale : esso investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali e economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività. (glossario OMS)

L'intersezione tra promozione e educazione alla salute è evidente : la promozione della salute richiede la costruzione di una cultura della salute e l'*empowerment* della popolazione (finalizzato tra l'altro alla capacità di riconoscere i determinanti della salute per averne un miglior controllo) ed il ruolo della educazione è di rinforzare l'azione personale/sociale sviluppando competenze individuali utili a una efficace, consapevole e responsabile gestione del proprio ben-essere .

A livello di comunità, la costruzione di competenze può comprendere: l'aumento della consapevolezza relativa ai rischi di salute, le strategie per favorire identità e coesione nella comunità, gli interventi educativi per aumentare "l'alfabetizzazione alla salute" , la facilitazione dell'accesso a risorse esterne e lo sviluppo di strutture per i processi decisionali nella comunità.

Per rendere efficaci le azioni occorre lavorare sia su le capacità dei membri della comunità di agire per individuare i propri bisogni sia al rafforzamento del supporto sociale e politico.

9.2 EDUCAZIONE ALLE LIFE SKILLS e EDUCAZIONE TRA PARI

L'esperienza della Azienda U.S.L. n.9 di Grosseto

Negli anni '90 l'Azienda, tramite la struttura di Educazione alla Salute, ha partecipato al progetto E.N.H.P.S. (Rete Europea delle Scuole per la Promozione della Salute) : questo ha segnato l'inizio di un cambiamento metodologico degli interventi educativi nel campo della salute e del ben-essere.

Elemento chiave del nuovo approccio è stata l'attenzione alla *relazione* e alla *comunicazione* tra adulti e adolescenti ed anche tra adolescenti e adolescenti quali fattori di accrescimento del benessere individuale e collettivo. Da quel momento si è andata gradualmente sviluppando un'attività formativa di tipo didattico - esperienziale su : comunicazione, ascolto, gestione del conflitto,... rivolta, in particolare a insegnanti , genitori e studenti di scuole di ogni ordine e grado. Su la base dei risultati raggiunti si è poi tentato di ripetere “a cascata” le esperienze con l'approccio classico della peer-education : formare individui non solo come “destinatari finali”, ma come *formatori* di coetanei per trasmettere quanto appreso.

In pratica, dai partecipanti ai corsi, si estraevano alcuni allievi più motivati che, assistiti dai formatori, potevano dare continuità al processo veicolando i messaggi educativi.

L'esperienza sul campo ed il supporto delle indicazioni sia regionali sia internazionali (OMS) hanno rafforzato l'impostazione del lavoro della UOC Educazione e Promozione della Salute che negli ultimi anni si è caratterizzata per :

- privilegiare un contesto “formativo” anziché “informativo”;
- passare da un setting unidirezionale ad un setting bidirezionale, tendenzialmente paritario e interattivo (sia tra adulto-adulto sia tra giovane-giovane);
- ampliare sempre di più, con modalità diversificate , la pratica della *life skills education* e della *peer education* sia in ambito scolastico sia extra
- far emergere risorse personali in ambito relazionale e socio-emotivo (autostima, assertività, apprendimento autonomo) quali fattori protettivi per stili di vita sani

“Educazione tra pari”

L'educazione tra pari è una metodologia che utilizza e potenzia l'apprendimento tra pari in gruppo. La sua efficacia, specie con i giovani, si basa prevalentemente su l'utilizzo di due risorse centrali nel processo di socializzazione : *il gruppo* e *l'influenza dei leaders*. Si tratta di un nuovo approccio che , con il supporto di adulti competenti, punta a mobilitare ed utilizzare il potenziale dei giovani stessi in quanto i “maggiori esperti” della gioventù (conoscono meglio di chiunque altro le loro necessità ed i loro desideri) ed i “più credibili” per i coetanei in quanto i messaggi

sono pensati, costruiti e veicolati tra pari. In considerazione anche del fatto che i giovani, nei momenti di difficoltà, si rivolgono più frequentemente ai pari, è più che naturale convogliare le energie di alcuni ragazzi motivati a sostenere i coetanei.

Nello specifico le attività sono orientate a sostenere un insieme strutturato di percorsi educativi alla cui messa a punto cooperano, a seconda delle tematiche affrontate, soggetti istituzionali e non, così come attori significativi dello sviluppo economico e sociale della comunità di riferimento .

L'intervento è quindi orientato, soprattutto, alla formazione di insegnanti e studenti *leader* per il potenziamento/sviluppo di competenze emozionali e relazionali necessarie per gestire efficacemente i rapporti interpersonali e favorire l'acquisizione di stili di vita sani.

Le azioni si articolano secondo un funzionale adattamento agli obiettivi individuati nello specifico contesto di intervento ed alternano momenti teorici con iniziative più partecipate e all'insegna di un reale coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

“Educazione alle life Skills”

Nel percorso si è poi ritenuto fondamentale coniugare la pratica della educazione tra pari con l'**educazione alle life Skills**, in quanto tali competenze della mente e della personalità, di tipo cognitivo, emotivo e relazionale di base risultano significative per facilitare, in ciascuna persona, la capacità di affrontare in modo efficace le esigenze e le difficoltà della vita quotidiana.

La moderna psicologia della salute, infatti, mette in evidenza come queste *abilità potenziali* debbano essere riconosciute e sollecitate, fin dalla prima infanzia, lungo un progressivo itinerario di crescita, per facilitare i bambini/ragazzi nella costruzione di un'identità. Un orientamento significativo nei percorsi di adattamento individuale e collettivo in linea più aperta ad un moderno concetto di salute. Si tratta di “abilità di vita” e “per la vita”, dunque, da stimolare e sviluppare in ogni persona per consentirle di affrontare in maniera costruttiva le decisioni/sfide che si presentano nei vari momenti della sua vita con effetti positivi per la salute intesa nella sua accezione più ampia.

Indice delle figure

Figura 1:	La presenza di anziani. Percentuale di anziani con più di 65 anni sulla popolazione totale (2005)	12
Figura 2:	Evoluzione degli stranieri residenti nella provincia di Grosseto (1992-2007) ...	13
Figura 3:	Le principali nazionalità presenti alla fine del 2007. Stranieri residenti nell'Area Grossetana per cittadinanza e per sesso al 31/12/2007	15
Figura 4:	La presenza straniera nei comuni nel 2005. Stranieri residenti per 100 abitanti al 31-12-2005.....	16
Figura 5:	Principali problemi ambientali riscontrati da testimoni privilegiati nell'Area Grossetana (% di persone che segnalano il problema).....	19
Figura 6:	Numero di famiglie e numero medio di componenti per famiglia della zona Grossetana. Anni 1995-2007	20
Figura 7:	La numerosità delle famiglie. Numero medio di componenti per famiglia (2005).....	21
Figura 8:	Nuclei monoparentali della zona Grossetana. Alcuni indicatori (raffronto 1991-2001).....	21
Figura 9:	Le famiglie monoparentali. Percentuale di famiglie composte da figli con solo padre o sola madre sul totale (2001).....	22
Figura 10:	Percentuale di nuclei familiari ricostituiti sul totale nuclei familiari della zona Grossetana. Anno 2001.....	23
Figura 11:	Indice di instabilità familiare. Andamento 1992-2004 e graduatoria regionale 2004.	23
Figura 12:	La percentuale di divorziati per comune. Percentuale di persone residenti divorziati sul totale (2005).....	24
Figura 13:	Il patrimonio abitativo non disponibile per i residenti. Percentuale di abitazioni non occupate sul totale (2001).....	25
Figura 14:	La diffusione della proprietà abitativa. Percentuale di abitazioni di proprietà sul totale delle abitazioni occupate da residenti (2001)	26
Figura 15:	L'anzianità del patrimonio abitativo. Età media in anni delle abitazioni occupate da residenti (2001)	27
Figura 16:	Le abitazioni senza riscaldamento e senz'acqua potabile. Percentuale di abitazioni occupate da residenti senza riscaldamento e senz'acqua potabile (2001).....	28
Figura 17:	Lo stato di conservazione delle abitazioni. Percentuale di abitazioni in stato di conservazione pessimo o mediocre (2001)	28
Figura 18:	L'instabilità abitativa: gli sfratti. Provvedimenti esecutivi di sfratto per 1000 famiglie: andamento dal 1983 al 2005 e confronto per provincia nel 2005	29
Figura 19:	Andamento del tasso di attività e del tasso di disoccupazione totale e femminile dal 1996 al 2007	31
Figura 20:	Reddito medio imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF nella provincia di Grosseto per zona. Anno 2004 (valori in euro per contribuente)	33
Figura 21:	Distribuzione dei contribuenti grossetani per zona e per fascia di reddito imponibile. Anno 2004	33
Figura 22:	Reddito medio imponibile ai fini dell'addizionale IRPEF nella provincia di Grosseto per comune. Anno 2004	34
Figura 23:	Indicatori sulla povertà nelle zone della in provincia di Grosseto nel 2004	36
Figura 24:	Diffusione della povertà nella provincia di Grosseto per comune. Anno 2004..	37
Figura 25:	Disuguaglianza nella distribuzione dei redditi nei comuni della provincia di Grosseto.....	38

Figura 26:	Il livello d'istruzione: analfabeti e alfabeti senza titolo di studio. Percentuale di analfabeti e di persone alfabetizzate ma senza titolo di studio tra la popolazione di 6 anni e più (2001).....	40
Figura 27:	Il livello d'istruzione: i laureati. Percentuale di laureati tra la popolazione di 6 anni e più (2001)	41
Figura 28:	La diffusione della criminalità. Andamento dei delitti denunciati per 100 mila residenti (quoziente di criminalità) dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004.....	42
Figura 29:	I delitti di autore ignoto. Andamento della percentuale di delitti denunciati di autore ignoto dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004.....	43
Figura 30:	La partecipazione delle donne alla criminalità. Andamento della percentuale di donne denunciate sul totale dei denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane (tasso medio del periodo).....	43
Figura 31:	La partecipazione degli stranieri alla criminalità. Andamento della percentuale di stranieri denunciati sul totale dei denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004.....	44
Figura 32:	La criminalità minorile. Andamento dei minori denunciati per 100 mila minori tra 12 e 17 anni residenti (quoziente di criminalità minorile) e confronto con le altre province toscane nel 2004	44
Figura 33:	La partecipazione degli stranieri alla criminalità minorile. Andamento della percentuale di minori stranieri denunciati sul totale dei minori denunciati dal 1995 al 2004 e confronto con le altre province toscane nel 2004.....	45
Figura 34:	Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per incidenti stradali. Raffronto Zona Grossetana -USL 9-Toscana. Anni 1995-2005 (valori medi triennali)	46
Figura 35:	Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per tumori per sesso. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)	49
Figura 36:	Tasso standardizzato di mortalità femminile (x 100.000 pop. europea) per tumore al polmone. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)	50
Figura 37:	Tasso standardizzato di mortalità maschile (x 100.000 pop. europea) per tumore alla vescica. Raffronto Zona Grossetana-Toscana 1995-2005 (valori medi triennali)	50
Figura 38:	Andamento del tasso di ospedalizzazione. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana (Anni 1998-2005).....	51
Figura 39:	Andamento del tasso di ospedalizzazione per classe di età. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana (Anni 1998-2005)	52
Figura 40:	Percentuale di ricoveri superiori a 30 giorni sul totale ricoveri. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)	53
Figura 41:	Tasso di ricovero per diabete nella popolazione maggiorenne. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)	54
Figura 42:	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche nella popolazione minorenni. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007).....	55
Figura 43:	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche nella popolazione maggiorenne. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana (2006-2007) e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007).....	55
Figura 44:	Composizione % della spesa per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anno 2004.....	56

Figura 45:	Spesa netta per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anni 2003-2004.....	57
Figura 46:	Spesa media pro-capite per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per zona. Anni 2003-2004	57
Figura 47:	Graduatoria della spesa media pro-capite per interventi e servizi sociali per zona. Anno 2004	58
Figura 48:	Composizione % della spesa per interventi e servizi sociali nella provincia di Grosseto per area di utenza e zona. Anno 2004.....	58
Figura 49:	Spesa corrente pro-capite per "funzioni nel settore sociale" per zona. Anni 1992-2005 (euro reali pro-capite)	60
Figura 50:	Graduatoria comunale della spesa corrente pro-capite per "funzioni nel settore sociale". Anno 2005	61
Figura 51:	Schema bersaglio della Zona Grossetana (2007)	63
Figura 52:	La diffusione del terzo settore nel 2001. Istituzioni non profit censite nel 2001 per 1000 abitanti.....	64
Figura 53:	La strutturazione del terzo settore nei comuni. % di organizzazioni iscritte agli albi provinciali sul totale censito nel 2001	65
Figura 54:	La strutturazione del terzo settore per provincia. Percentuale di gruppi iscritti agli albi provinciali per 10 mila abitanti (2005) e tasso di crescita 1999-2005	65
Figura 55:	I settori di attività del volontariato grossetano. Distribuzione percentuale delle organizzazioni di volontariato iscritte agli Albi Provinciali per settore di attività al 31-12-2005	66
Figura 56:	Livello di insoddisfazione per i servizi complessivi del distretto. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007).....	68
Figura 57:	Livello di insoddisfazione per il servizio del medico di famiglia. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007).....	69
Figura 58:	Livello di insoddisfazione per il percorso materno infantile. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007).....	70
Figura 59:	Livello di informazione sui servizi offerti dalle Ausl. Raffronto Grossetana-Usl 9-Toscana e graduatoria per zona socio-sanitaria (2007)	71
Figura 60:	Indice di vecchiaia e popolazione anziana per classe di età. Anni 1981-2006..	73
Figura 61:	Speranza di vita a 65 anni per sesso. Raffronto USL 9-Toscana (anni 1995-2005)	74
Figura 62:	Tasso di ospedalizzazione in età 65+ anni della zona Grossetana per classe di età.	75
Figura 63:	Anziani non autosufficienti assistiti dai servizi sociali per zona socio-sanitaria. Anno 2005 (valori assoluti e per 1000 anziani residenti).....	77
Figura 64:	Distribuzione delle patologie prevalenti per gli anziani certificati non autosufficienti per zona socio-sanitaria. Anno 2005 (valori %)	78
Figura 65:	Autonomia e non autosufficienza. Distribuzione degli anziani intervistati per livello di autosufficienza e zona socio-sanitaria (valori %).....	79
Figura 66:	Lavoratori domestici nella provincia di Grosseto per nazionalità. Anni 1999-2006 (valori assoluti e %)	81
Figura 67:	Ritiene che la sua abitazione sia adeguata alle esigenze sue o della sua famiglia? (Valori % per zona socio-sanitaria).....	83
Figura 68:	La diffusione delle strutture per anziani. Posti residenziali disponibili in strutture di ospitalità per anziani e presenze effettive per 1000 anziani residenti per zona socio-sanitaria (2004)	84
Figura 69:	Il livello di impegno delle strutture per anziani	84
Figura 70:	L'assistenza domiciliare nel 2005: diffusione del servizio. Soggetti anziani assistiti con assistenza domiciliare (tutte le tipologie) per 1000 anziani residenti per zona socio-sanitaria al 31/12/2005.....	85

Figura 71:	L'assistenza domiciliare nel 2005: tipologie di assistenza. Soggetti anziani assistiti per tipologia di assistenza domiciliare e per zona socio-sanitaria al 31/12/2005	86
Figura 72:	Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Spesa sociale totale per l'area "anziani" - alcuni indicatori. Anni 2003-2004	87
Figura 73:	Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Spesa per servizio sociale professionale nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004.....	88
Figura 74:	Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Spesa per assistenza domiciliare nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004 ...	88
Figura 75:	Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati. Spesa per strutture residenziali nell'area "anziani" - alcuni indicatori. Anno 2004.....	89
Figura 76:	Percentuale di disabili tra 0 e 64 anni conosciuti dai servizi su 1000 residenti tra 0 e 64 anni per zona socio-sanitaria al 31/12/2005	108
Figura 77:	Evoluzione del numero di disabili valutati dalle Commissioni di Valutazione dell'handicap previste dalla legge 104/1992 secondo il livello di gravità.....	109
Figura 78:	Percentuale di PARG attivati rispetto al numero di disabili accertati nel 2005	110
Figura 79:	La diffusione dell'invalidità sul territorio. Pensioni di invalidità (ciechi, sordomuti, invalidi civili) per 1000 residenti al 31/12/2005.....	113
Figura 80:	Distribuzione degli alunni disabili per zona socio-sanitaria. A.s. 2005/06 (valori %).....	115
Figura 81:	Distribuzione degli alunni disabili per zona socio-sanitaria e tipologia di handicap. A.s. 2005/06.....	115
Figura 82:	Spesa per interventi e servizi sociali per l'area "disabili" e per le altre aree di utenza, per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori %).....	118
Figura 83:	Distribuzione della spesa sociale per i disabili per macro-area di attività. Confronto tra Area Grossetana e Toscana	119
Figura 84:	Ripartizione della spesa sociale per i disabili per macro-area di intervento nell'Area Grossetana.....	119
Figura 85:	Spesa per "servizio sociale professionale" per area di utenza - raffronto tra provincia di Grosseto e Toscana. Anno 2004 (euro per 1000 residenti)	120
Figura 86:	Spesa per "assistenza domiciliare" nell'area "disabili" per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro per 1000 residenti).....	120
Figura 87:	Spesa per "strutture residenziali" nell'area "disabili" per zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro per 1000 residenti).....	121
Figura 88:	Indice di disoccupazione dei disabili per provincia nel 2005.....	122
Figura 89:	Tasso standardizzato di mortalità (x 100.000 pop. europea) per incidenti stradali. Raffronto Zona Grossetana-USL 9-Toscana. Anni 1995-2005 (valori medi triennali)	143
Figura 90:	Andamento del numero di decessi a causa di suicidio in provincia di Grosseto dal 1987 al 2005 per zona socio-sanitaria e confronto con le altre ASL sul tasso standardizzato medio del periodo	144
Figura 91:	Andamento del numero di decessi a causa di AIDS in provincia di Grosseto dal 1987 al 2005 per zona socio-sanitaria e confronto con le altre ASL sul tasso standardizzato medio del periodo.....	145
Figura 92:	Tasso standardizzato di mortalità alcol-correlata. Raffronto USL 9-Toscana (anni 1998 e 2005)	146
Figura 93:	Età della prima alcolizzazione nei soggetti in età 15-24 coinvolti nel progetto "Happy Hour" per sesso. Anno 2005 (valori %)	147
Figura 94:	Studenti della scuola media superiore coinvolti nel progetto "Happy Hour" che negli ultimi 12 mesi hanno sperimentato intossicazione acuta da alcool per sesso e classe frequentata. Anno 2005 (valori %)	147

Figura 95:	I decessi per droga. Decessi per overdose di persone residenti in provincia di Grosseto registrati nel periodo 1987-2005 e confronto con le altre province toscane sul tasso medio dell'intero periodo per 100 mila abitanti ...	148
Figura 96:	La droga: diffusione del fenomeno tra i residenti). Segnalazioni per possesso di stupefacenti di persone residenti in provincia di Grosseto per 1000 residenti con meno di 25 anni (valore medi 2004-2005).....	149
Figura 97:	La droga: diffusione del fenomeno sul territorio. Segnalazioni per possesso di stupefacenti di persone fermate in provincia di Grosseto (ovunque residenti) per 1000 residenti con meno di 25 anni (valore medi 2004-2005)	149
Figura 98:	Criminalità per delitti contro la persona – alcuni indicatori. Raffronto Grosseto-Toscana (anni 2000-2005).....	150
Figura 99:	Ricoveri per Disturbi della condotta alimentare nella Zona Grossetana. Anni 2000-2005 (valori assoluti).....	152
Figura 100:	Proporzione di 14-18enni sovrappeso e obesi in Toscana per provincia. Anno 2005 (valori %)	153
Figura 101:	Persone tra i 14 e 19 anni che praticano attività sportiva in modo continuativo. Anno 2005 (valori %).....	153
Figura 102:	Distribuzione degli intervistati della Zona Grossetana secondo il livello di pratica motoria e sportiva. Anno 2004 (valori %)	154
Figura 103:	Andamento dell'indice di vecchiaia. Raffronto Zona Grossetana-Provincia di Grosseto-Toscana. Anni 1999-2006.....	173
Figura 104:	(Se ha nipoti) Con che frequenza si interessa alla cura dei suoi nipoti? (valori percentuali per zona socio-sanitaria)	175
Figura 105:	Andamento del tasso di mortalità infantile 1993-2006 (valori medi triennali) e graduatoria triennio 2004-2006 per zona socio-sanitaria.....	177
Figura 106:	Numero di soggetti affetti da almeno una malformazione congenita per 1.000 nati vivi. Raffronto Usl 9-Toscana. Anni 1997-2005 (valori medi triennali).....	177
Figura 107:	Andamento del tasso specifico di mortalità in età 0-19 anni. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana. Anni 1995-2005	178
Figura 108:	Tasso specifico di mortalità per classi di età. Raffronto Zona Grossetana-Usl 9-Toscana. Media 1995-2005	178
Figura 109:	Numero decessi in età 0-19 anni nella provincia di Grosseto per causa. Anni 1995-2005 (valori assoluti)	179
Figura 110:	Tasso specifico di mortalità per incidenti stradali in età 15-19 anni per zona socio-sanitaria. Media 1987-2005.....	179
Figura 111:	Tasso di ospedalizzazione in età 0-19 anni per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006	180
Figura 112:	Asili nido e servizi integrativi per l'infanzia. Strutture per 100 residenti in età 0-2 anni (graduatoria provinciale 2006 e andamento 1999-2006).....	182
Figura 113:	Asili nido e servizi integrativi per l'infanzia per comune. Anno 2005 (valori assoluti)	183
Figura 114:	Percentuale di alunni in ritardo sul normale corso di studi sul totale iscritti nelle scuole elementari per comune. Anno scolastico 2004/05	185
Figura 115:	Percentuale di alunni in ritardo sul normale corso di studi sul totale iscritti nelle scuole medie inferiori per comune. Anno scolastico 2004/05.....	186
Figura 116:	Andamento degli alunni respinti nelle scuole medie per 100 iscritti. Aa.ss. 1998/99-2004/05	187
Figura 117:	La dispersione scolastica nelle scuole superiori: ripetenze e ritardi per zona socio-sanitaria. Anno scolastico 2004/05 (valori %)	188
Figura 118:	La dispersione scolastica nelle scuole superiori: bocciature e debiti formativi per zona socio-sanitaria. Anno scolastico 2004/05 (valori %).....	189
Figura 119:	Tasso pluriennale di suicidio (1987-2005) giovanile in Toscana per provincia.....	191

Figura 120: Quoziente di criminalità minorile per provincia. Anno 2005.....	192
Figura 121: Minori vittime di maltrattamenti in famiglia (anni 2000-2005) e di abusi sessuali in famiglia (anni 2002-2005) segnalati all'Autorità giudiziaria per zona socio-sanitaria. Valori assoluti e tasso medio annuo.....	193
Figura 122: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati della zona Grossetana. Spesa sociale totale per l'area "famiglie e minori" - alcuni indicatori. Anni 2003-2004	194
Figura 123: Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati della zona Grossetana. Spesa per asili nido - alcuni indicatori. Anno 2004	195

Indice delle tabelle

Tabella 1:	La popolazione dei comuni dell'Area Grossetana.....	10
Tabella 2:	Tasso generico di natalità nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007.....	11
Tabella 3:	Tasso generico di mortalità nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007.....	11
Tabella 4:	Tasso di crescita migratoria nei comuni dell'Area Grossetana 1999-2007.....	11
Tabella 5:	Indicatori sull'invecchiamento e sulla struttura per età.....	12
Tabella 6:	Stranieri residenti nei comuni dell'Area Grossetana 1998-2007.....	14
Tabella 7:	Inquinamento dell'aria nel 2007 e trend 2003-2007.....	17
Tabella 8:	Produzione di rifiuti e raccolta differenziata nel 2007 e trend 2000-2007.....	18
Tabella 9:	Andamento dell'indice di instabilità matrimoniale per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006.....	24
Tabella 10:	Integrazione ai canoni di locazione L. 431/98 - Domande, fabbisogno e risorse comunali per comune. Anno 2006 (valori assoluti, % e ‰).....	30
Tabella 11:	Evoluzione del Prodotto interno lordo (Pil) per abitante nelle province toschane, al Centro e in Italia, a prezzi correnti (Anni 2004-2007).....	32
Tabella 12:	Contribuenti e stima della quota di incapienti per comune e zona nel 2005.....	35
Tabella 13:	Persone accolte nei centri di ascolto Caritas della Toscana per Diocesi. Anni 2005-2006 (valori assoluti).....	38
Tabella 14:	Accessi nei centri di accoglienza Caritas della Diocesi di Grosseto per residenza e nazionalità. Anni 2003-2005 (valori assoluti e %).....	39
Tabella 15:	Tasso standardizzato di mortalità per causa. Confronto tra la zona Grossetana e la Toscana (tasso medio periodo 1997-2006) - Maschi.....	47
Tabella 16:	Tasso standardizzato di mortalità per causa. Confronto tra la zona Grossetana e la Toscana (tasso medio periodo 1997-2006) – Femmine.....	48
Tabella 17:	Spesa corrente per "funzioni nel settore sociale" per zona. Anni 1992-2005 (euro reali).....	59
Tabella 18:	Spesa corrente totale e per "funzioni nel settore sociale" per comune. Anno 2005.....	59
Tabella 19:	Anziani, grandi anziani, centenari e incidenza sulla popolazione totale per comune di residenza. Anno 2006.....	72
Tabella 20:	Ricoveri in età 65+ anni per grandi classi di ricovero e zona socio-sanitaria. Anno 2006 (valori assoluti e tasso di ospedalizzazione).....	76
Tabella 21:	Anziani non autosufficienti. Soggetti valutati e soggetti certificati per zona socio-sanitaria. Raffronto 1999-2005 (valori assoluti e incidenza su pop. anziana).....	77
Tabella 22:	Quando Lei ha problemi da chi riceve aiuto? (Valori % per zona socio- sanitaria*).....	81
Tabella 23:	La sua abitazione si trova? (Valori % per zona socio sanitaria).....	82
Tabella 24:	Se la sua abitazione è inadeguata, cosa manca secondo lei? (Valori % per zona socio-sanitaria*).....	83
Tabella 25:	Tassi di disabilità e stima dei disabili residenti nella provincia di Grosseto per classe di età e zona socio-sanitaria. Anno 2005.....	107
Tabella 26:	Pensioni di invalidità dal 2000 al 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per zona socio-sanitaria e per fasce di età.....	111
Tabella 27:	Pensioni di invalidità nel 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per fascia di età e per comune nell'Area Grossetana.....	112
Tabella 28:	Pensioni di invalidità nel 2005. Numero e incidenza per 100 residenti per fascia di età e per tipologia di disabilità nell'Area Grossetana.....	112
Tabella 29:	Alunni disabili nella provincia di Grosseto per tipologia di handicap e ordine di scuola. A.s. 2005/06 (valori assoluti).....	114

Tabella 30: Alunni disabili nella provincia di Grosseto per tipologia di handicap e ordine di scuola. A.s. 2005/06 (valori %)	114
Tabella 31: Spesa per interventi e servizi sociali per area di utenza e zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro)	117
Tabella 32: Spesa per interventi e servizi sociali per area di utenza e zona socio-sanitaria. Anno 2004 (valori in euro pro-capite*)	118
Tabella 33: Stock disabili iscritti alle liste per il collocamento mirato ex l. 68/99 per provincia e incidenza sugli iscritti totali. Anni 2003-2005 (dati al 31/12)	122
Tabella 34: Flusso di comunicazioni di avviamento al lavoro dal collocamento mirato per provincia e incidenza % sullo stock di iscritti. Anni 2003-2005	123
Tabella 35: Donne in carico presso il Centro Antiviolenza di Grosseto al 31/12/2007. Caratteristiche socio-demografiche (valori assoluti e %)	151
Tabella 36: Popolazione 0-17 anni residente nella provincia di Grosseto per comune e zona socio sanitaria. Anni 1998-2006 (valori assoluti e % 2006)	172
Tabella 37: Nuclei familiari con figli minori assistiti economicamente per zona socio-sanitaria. Anni 2002-2004	176
Tabella 38: Alunni esenti dal pagamento della mensa per 100 residenti di 5-14 anni per zona socio- sanitaria. Aa. ss. 1999/2000-2003/2004	176
Tabella 39: Ricoveri in età 0-19 anni per grandi classi di ricovero e zona socio-sanitaria. Anno 2006 (valori assoluti e tasso di ospedalizzazione)	181
Tabella 40: La dispersione nelle scuole elementari: ritardo e ripetenza rispetto al normale corso scolastico per comune. A.S. 2004-2005	184
Tabella 41: La dispersione scolastica nelle scuole medie inferiori: ripetenza e ritardo rispetto al normale corso scolastico per zona. A.S. 2004-2005	186
Tabella 42: La dispersione scolastica nelle scuole medie superiori: ripetenza e ritardo rispetto al normale corso scolastico per zona. A.S. 2004-2005	188
Tabella 43: Andamento delle interruzioni volontarie di gravidanza di minorenni e totali per zona socio-sanitaria. Anni 1999-2006 (valori assoluti e %)	190