

Profilo di salute e dei servizi socio sanitari

Relazione Sullo stato di salute di Firenze

Bozza elaborata dall'Osservatorio Sociosanitario della SdS



Anno 2012
Edizione
2014



Il lavoro è stato curato da
Osservatorio della SdS di Firenze

Barbara Giachi
Silvia Mammini
Fabiola Ganucci

Con la collaborazione di
UO Epidemiologia AUSL 10 di Firenze
Daniela Balzi
Alessandro Barchielli

Si ringraziano gli uffici del Comune di Firenze e dell'AUSL 10 di
Firenze per la raccolta, l'elaborazione e la messa a disposizione dei
dati

Indice

Introduzione	6
In evidenza	8
Parte I^a-Profilo di Salute di Firenze	12
La carta di Firenze	12
<i>L'aspetto demografico di Firenze</i>	1
Sintesi	1
L'andamento nel tempo della popolazione fiorentina.....	4
I cittadini stranieri.....	7
La famiglia ed i matrimoni	12
Le caratteristiche demografiche dei quartieri.....	14
Le previsioni	16
<i>Stato di salute</i>	18
Sintesi	18
Alcuni macro indicatori.....	21
Speranza di vita alla nascita	21
Mortalità generale.....	22
Le principali cause di morte.....	23
Le variazioni temporali della mortalità.....	25
Mortalità prematura	25
Mortalità infantile	27
Persone che ricorrono all'uso dell'ospedale	28
Le principali malattie	31
<i>Altri fattori che incidono sullo stato di salute</i>	33
Sintesi	33
Criminalità e sicurezza	35
Ambiente	37
Gli effetti dell'inquinamento dell'aria sulla salute	40
Variabili socioeconomiche	44
Fattori di rischio individuali e Stili di vita.....	51
Criminalità e sicurezza	55
La qualità della vita	57
Parte II^a - Profilo dei Servizi sociali e sanitari territoriali	60
Sintesi	60
<i>Quadro generale dei servizi</i>	64
Premessa	64
Le politiche sanitarie e sociali: riordino del sistema sanitario toscano	64
Assistenza territoriale della Zona - Distretto.....	65
I percorsi assistenziali.....	66
la sanità d'iniziativa	66
Dimissioni complesse "Un Solo Paziente"	67
Il sociale a Firenze: livelli base di cittadinanza sociale e servizi	68
Il segretariato sociale	68
Servizio sociale professionale	70
Gli utenti dei servizi sociali	72
Risposte al domicilio: ADI, ADP, AID, SAD e altri servizi	77
Assistenza Infermieristica Domiciliare.....	77
Assistenza Domiciliare Programmata	78
Assistenza Domiciliare Integrata	79

Riabilitazione ex art.26 domiciliare	79
Servizio di Assistenza Domiciliare e Pronto sociale domiciliare	80
Sostegno socio-educativo territoriale	81
Servizi a supporto della domiciliarità	81
Servizi indiretti per la domiciliarità	82
Contributi a integrazione del reddito	83
I centri Diurni e altri servizi “intermedi”	85
Centri diurni.....	86
Altri servizi livello intermedio	88
I servizi residenziali: dalle RSA alle strutture di accoglienza.....	89
Volontariato e terzo settore	92
Le reti di solidarietà del comune di Firenze	94
<i>Anziani a Firenze</i>	98
Sintesi	98
Riferimenti demografici	102
Gli anziani delle 4 SdS a confronto.....	104
Stima anziani non autosufficienti – studio Bi.S.S.	106
Anziani in carico ai servizi sociali	107
Assistenza continua alla persona non autosufficiente	108
L’accesso al percorso della Non Autosufficienza.....	109
Le valutazioni dell’UVM e i PAP	110
Risposte al domicilio	112
Servizi per anziani fragili.....	116
Servizi semiresidenziali e altri servizi intermedi.....	117
Servizi residenziali	119
Centro d’ascolto per famiglie di malati di Alzheimer.....	123
“Progetto Home Care Premium 2011”	123
<i>Persone con disabilità</i>	125
Sintesi	125
Stima della disabilità in Italia.....	128
L’anagrafe della disabilità dell’AUSL 10	128
Servizi di supporto all’apprendimento per ragazzi diversamente abili.....	130
Disabili adulti in carico ai servizi.....	131
Risposte al domicilio	132
Servizi di livello intermedio.....	135
Servizi di livello residenziale	138
Altri interventi per l’integrazione sociale	141
<i>Le donne</i>	143
Sintesi	143
Quadro generale degli andamenti demografici	148
Stato di salute	149
Ospedalizzazione per gravidanza, parto e puerperio.....	150
Le interruzioni volontarie di gravidanza.....	151
Il lavoro e le donne.....	153
Le politiche e gli interventi in favore della donna	155
Attività di prevenzione rivolta alla donna.....	155
Il percorso nascita e le attività consultori ali	155
I servizi educativi per la prima infanzia	158
Le donne nei servizi sociali.....	158
Sostegno al lavoro di cura in famiglia	159
<i>Famiglia e minori</i>	160
Sintesi	160
Dati demografici.....	164

Stato di salute	166
Fattori di rischio e stili di vita	167
Assistenza sanitaria territoriale: vaccinazioni e centri consulenza giovani.....	169
Centri Consulenza Giovani.....	170
I minori in carico ai servizi socio-assistenziali territoriali	171
Risposte al domicilio	173
Servizi di livello intermedio.....	175
Servizi di livello residenziale.....	176
Pronto intervento sociale: Centro Valery e la rete delle Pronte Accoglienze	177
Misure a tutela del diritto del minore ad avere una famiglia	180
L'affidamento e il Centro Affidi	180
Adozioni e Centro adozioni.....	183
Interventi a sostegno del minore, della famiglia e della genitorialità .	185
Interventi a sostegno del minore, della famiglia e genitorialità	185
Centro di terapia familiare	185
Attività di sostegno alle famiglie	185
<i>Salute mentale</i>	187
Sintesi	187
Salute mentale adulti.....	190
Ospedalizzazione per malattie psichiche.....	192
Salute mentale infanzia-adolescenza	193
Altre attività promosse nel territorio	195
<i>Dipendenze</i>	196
Sintesi	196
Le tossico-dipendenze	200
L'etilismo	202
Servizi di prevenzione e contrasto alle dipendenze	204
<i>Povertà e marginalità</i>	207
Sintesi	207
Povertà e impoverimento	211
Le problematiche e i servizi sociali	213
I contributi economici per l'inclusione sociale.....	214
Attività del servizio casa	216
Accoglienza e inclusione: le risposte residenziali e semiresidenziali..	217
Le risposte residenziali.....	217
Il progetto accoglienza invernale "emergenza freddo"	220
Strutture residenziali per richiedenti asilo politico e rifugiati	221
L'accoglienza diurna	223
Mense e docce	223
Altri progetti per l'inclusione sociale.....	224
Le politiche di integrazione per gli immigrati	224
Lo Sportello Unico Comunale Immigrazione	225
Continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al sistema sanitario nazionale	226
Altri servizi forniti agli immigrati	226
Gli interventi di sostegno e integrazione fuori e dentro gli istituti carcerari fiorentini	227
Il Garante dei Diritti dei Detenuti.....	229
Interventi di contrasto alla prostituzione, alla violenza e agli abusi ..	230

Parte III^a - Monitoraggio delle risorse sociali e la Performance della zona	
- distretto	232
Sintesi	232
Le risorse nazionali per sociale e non autosufficienza	235
<i>Spesa sociale del Comune di Firenze</i>	238
La spesa sociale rilevata da ISTAT	238
La spesa sociale a confronto	238
La spesa sociale di Firenze	239
<i>Il sistema di valutazione della performance</i>	244
Glossario	247

Introduzione

Il Profilo di salute e la Relazione sullo stato di salute sono documenti importanti per la conoscenza della nostra realtà e per una corretta programmazione degli interventi. Il Profilo di Salute costituisce la base informativa per orientare la progettazione del Piano Integrato di Salute (PIS), il momento iniziale del percorso che porta all'attuazione del sistema di governance locale attraverso la partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali. Se il PIS è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona-distretto, e si attua attraverso Piani Attuativi annuali, la Relazione sullo stato di salute è lo strumento di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata, ovvero valuta l'attività dei servizi e delle attività sanitarie territoriali e sociali e viene approvata annualmente dall'assemblea dei soci della SdS. Con il previsto superamento delle SdS l'ambito zonale permane, così come gli strumenti di programmazione continuano ad essere il Piano Integrato per la Salute e il Programma Attuativo annuale per la declinazione annuale degli obiettivi a valenza pluriennale e dovrà quindi essere individuata una nuova governance per la programmazione e gestione dei servizi sociosanitari.

Questa relazione descrive le caratteristiche principali e gli effetti delle diverse componenti della società fiorentina, mettendo in luce i punti di forza e di debolezza dello stato di salute della città. Attraverso dati statistici relativi ai servizi offerti sul territorio, siano questi sociali o sanitari, vuole essere di supporto per la definizione degli obiettivi da perseguire con il prossimo Piano Integrato di Salute (PIS). E' stato quindi scelto di non creare un indice che suddividesse nettamente i dati sanitari da quelli sociali, ma di disegnare un quadro d'insieme per dare conto dei vari settori di intervento in base alle informazioni rilevate dalle banche dati disponibili.

La I^a parte, dedicata al profilo di Salute, è la prosecuzione del lavoro già svolto nel primo profilo e degli aggiornamenti successivamente effettuati, redatto in forma congiunta dagli uffici del Comune di Firenze e della AUSL 10 di Firenze. Sono presentati, sinteticamente, oltre all'analisi di macro indicatori di salute e di problematiche sociali e sanitarie di alcuni gruppi di popolazione, dati demografici, sociali, economico-lavorativi ed ambientali disponibili che forniscono informazioni di contesto relative ai fattori extra sanitari in grado di influenzare la salute della popolazione.

La II^a parte, dedicata al profilo dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali oltre che definire un quadro generale dei servizi offerti, sviluppa un'analisi per gruppi di popolazione, per i quali ha maggiore importanza l'integrazione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale, quali anziani, minori, donne, adulti affetti da

disabilità o con problemi di povertà e marginalità, soggetti con problemi mentali o che fanno uso di sostanze stupefacenti. I dati presentati sono quelli desumibili dalle banche dati disponibili e sono riferiti, per quanto possibile, all'anno 2012; per alcuni indicatori, però, i dati più aggiornati sono stati quelli relativi ad anni precedenti; per una lettura più completa dei dati si è cercato di costruire degli andamenti temporali o spaziali. I risultati delle analisi e le valutazioni sono relative alla popolazione del Comune di Firenze; laddove non è stato possibile disaggregare i dati disponibili fino a tale livello si è ricorso a dati aggregati per ASL o per Provincia e confrontati con i livelli regionali o nazionali. In assenza di informazioni specifiche relative al territorio di Firenze si sono utilizzati dati relativi a flussi istituzionalizzati regionali e/o nazionali afferenti ad istituzioni come il Ministero della Salute e l'ISTAT.

La III^a parte è dedicata al monitoraggio delle risorse impiegate dal Comune e dalla SdS di Firenze per la spesa sociale nel suo complesso e al sistema di valutazione della performance della zona – distretto. I risultati economici finanziari non sono l'unico strumento per misurare la performance del sistema sociale o sanitario perché solo in parte rilevano la dimensione strategica della gestione e solo nel medio - lungo periodo, ma possono contribuire, partendo dai risultati conseguiti, a focalizzare le azioni di gestione future, necessarie per il mantenimento e per il miglioramento della performance.

In evidenza

La crisi e la diminuzione dei fondi nazionali

La crisi finanziaria ed economica, innescata nel 2007 dalle difficoltà del settore finanziario negli Stati Uniti si è trasformata nel più grave episodio recessivo della storia recente, ha posto un problema di equità di accesso alle risorse per tutte le generazioni presenti e future, ed ha portato un incremento della disoccupazione, aumento e diffusione delle condizioni di povertà e dei rischi di impoverimento. Cresce la disuguaglianza dei redditi correlata ad una minore disponibilità economica delle famiglie e cresce il fabbisogno soprattutto di risorse per la parte che dovrà essere destinata alle cure e all'assistenza delle persone non autosufficienti.

I finanziamenti statali per i servizi sociali e sociosanitari sono nel corso degli anni progressivamente diminuiti: le leggi di stabilità dal 2009 hanno costantemente ridotto anno dopo anno ed in alcuni casi azzerato tali finanziamenti. Nel 2013 i fondi a disposizione delle regioni e attraverso queste dei Comuni, sono il 40% di quelli a disposizione del 2007: in 7 anni sono diminuite di quasi 4 miliardi e 300 milioni di euro. Al decremento dei fondi nazionali si deve aggiungere il naturale aumento dei costi dei servizi e gli altri tagli ai bilanci degli Enti locali come la riduzione dei trasferimenti dallo Stato ed i vincoli del Patto di stabilità.

I numeri del sociale assistenziale

Nel 2012 sono state 4.158 le persone con problematiche sociali che si sono rivolte al *Segretariato Sociale*. I 116 *assistenti sociali* (di cui 24 dell'AUSL e 92 del Comune) presenti sul territorio, 1 ogni 3.262 residenti, hanno seguito 12.324 persone. Coloro che hanno avuto una prestazione sociale come l'erogazione di un contributo economico, che hanno frequentato centri diurni o sono stati ricoverati in strutture residenziali, sono stati 7.681. L'impegno di Firenze nel Sociale è ancor più messo in evidenza dai dati di spesa: €93 milioni pari a €248 di spesa sociale per ogni abitante.

Ospedali più qualificati e più integrati con l'assistenza territoriale

La compressione della dotazione delle risorse finanziarie del servizio sanitario implica ulteriori problemi all'organizzazione e al funzionamento della componente territoriale del SSN svolta in collaborazione con i Comuni, su cui insiste particolarmente la nuova domanda di assistenza da parte delle categorie più esposte alla crisi economica. L'elevata richiesta di cure ospedaliere, nonché di prestazioni sanitarie ambulatoriali e specialistiche, rendono sempre più necessario qualificare gli ospedali per intensità di cura. La riorganizzazione clinica degli ospedali non è possibile se in concomitanza non si attua la riforma dei Servizi territoriali. Solo così

è possibile uno spostamento della domanda di assistenza sanitaria dagli ospedali al territorio, con una notevole diminuzione dei costi ed un aumento di qualità delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere decongestionate.

Questo rende sempre più necessario integrare l'assistenza sociale e quella sanitaria per un efficiente utilizzo delle risorse e adottare modelli innovativi per l'assistenza territoriale anche in continuità con l'assistenza ospedaliera.

Con la delibera di giunta della Regione Toscana n°1235 del 2012 si è avviato un processo di riordino dei servizi del sistema sanitario profondo e strutturale mettendo in evidenza l'importanza dei servizi territoriali.

L'integrazione sociosanitaria diventa lo strumento in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali. Tale integrazione garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità.

I determinati della salute

Molte malattie sono causate da fattori ambientali, sociali, economici che impongono l'adozione di politiche intersettoriali nel campo del lavoro, dell'ambiente, della scuola. È cresciuta la consapevolezza del peso dei determinanti sociali e ambientali della salute, spesso inestricabilmente intrecciati a quelli individuali e comportamentali per ridurre i rischi legati alla scorretta alimentazione, alla vita sedentaria, al gioco patologico, all'inquinamento ambientale.

La mortalità per malattie cardiovascolari è diminuita notevolmente e azioni di prevenzione possono ancora indurre riduzioni di incidenza molto favorevoli. La relazione tra l'insorgenza di alcune malattie cardiovascolari e cerebrovascolari e determinate condizioni e stili di vita (diabete, abitudine al fumo, sovrappeso/obesità, ecc) rende importante e necessario lo sviluppo e il rafforzamento dell'approccio preventivo.

Si deve sempre più incidere sia sui giovani che sugli adulti, per evitare l'acquisizione di comportamenti a rischio e per stimolare l'adesione a stili di vita salutari, in modo da evitare decessi prematuri e ritardare il più possibile il manifestarsi di malattie e di disabilità.

I cambiamenti della popolazione fiorentina

Negli ultimi anni si è avuta una crescita della popolazione, in particolare di quella anziana e straniera, ma anche una riduzione del numero dei componenti il nucleo familiare, una diversificazione del ruolo delle donne in famiglia con l'affermazione di nuovi modelli familiari.

Firenze ha un tasso di invecchiamento della popolazione tra i più alti in Italia e una dimensione media della famiglia estremamente ridotta per la scarsa presenza di figli. Il fenomeno della pluralizzazione delle

forme familiari è tipico della società moderna e la famiglia numerosa di un tempo ha lasciato il posto a famiglie piccole (con 2 componenti in media), con un aumento delle famiglie formate da una sola persona (47%) e di quelle monogenitoriali con figli (14,4%).

Bisogni in crescita per i non autosufficienti

Un bambino appena nato ha una *speranza di vita* di 80 anni e una bambina di 85 anni: si vive più a lungo e quindi la popolazione anziana aumenta sempre più. Più di 15mila anziani di 80 e più anni sono soli nella fase della vita più sottoposta a malattie croniche e fortemente invalidanti.

Gli anziani rappresentano l'80% degli utenti dell'assistenza domiciliare e del pronto domiciliare, la spesa del Comune dedicata alla compartecipazione al pagamento delle rette per strutture residenziali per non autosufficienti o anziani autosufficienti è di 9milioni di euro. Le risorse sociali sono sempre più impegnate per rispondere ai bisogni dei non autosufficienti: non a caso dei 3.824 anziani che hanno usufruito di prestazioni sociali, 2.288 – il 60% – sono stati valutati non autosufficienti gravi. E' prevedibile che siano in particolare gli anziani soli e non autosufficienti a gravare sui servizi socio-sanitari.

I percorsi assistenziali dei non autosufficienti devono poter avvalersi di strutture assistenziali differenziate per gravità della persona: da strutture di cure intermedie, RSA e strutture a bassa intensità.

Attenzione verso gli adulti diversamente abili

Occorre comunque non sottovalutare l'impegno economico per far fronte ai servizi socio-sanitari per gli adulti disabili (18-64 anni). Sono 1.655 gli utenti disabili adulti, ovvero non anziani, assistiti a Firenze su un'area di domanda potenziale stimabile in circa 4.000 mila disabili adulti, che hanno beneficiato di contributi economici di aiuto personale e per una vita indipendente o per inserimenti lavorativi, assistenza domiciliare, centri diurni e residenze assistite e protette.

Una città multietnica

Firenze esercita una grande capacità attrattiva e questo è testimoniato dall'alta percentuale di residenti stranieri (il 15,3% del totale degli abitanti) e dal flusso continuo giornaliero di persone che si recano a Firenze per motivi di lavoro, studio, turistici, culturali e ricreativi.

Elevati flussi migratori presentano vantaggi in termini di aumento di capitale umano disponibile e al contempo comportano nuovi bisogni: si pensi al sistema scolastico, all'impatto sul sistema sanitario e in ambito sociale. Anche i comportamenti riproduttivi sono influenzati dalla nazionalità delle donne, come dimostra il tasso di fecondità calcolato per le donne italiane minore rispetto a quello delle donne

straniere e la frequenza delle IVG più alta nelle donne straniere rispetto alle donne italiane.

Il riflesso dell'attrazione metropolitana fiorentina è forte sui servizi sociali connessi al manifestarsi, in varie forme, della marginalità di strada, di emergenze alloggiative e di più generali necessità di accoglienza. Molti di coloro che sono accolti dal sistema dell'accoglienza e dell'inclusione sociale - circa 2.157 persone - sono immigrati, senza fissa dimora, ex detenuti, persone non residenti a Firenze.

Ricordiamo anche il fenomeno dei Minori Stranieri Non Accompagnati, in diminuzione rispetto agli anni precedenti dopo le misure adottate con il "pacchetto sicurezza" L.94/2009, ma che vedono comunque 127 ragazzi inseriti in strutture di pronta accoglienza, strutture capaci di fronteggiare l'emergenza di un minore che si trova solo senza un adulto che se ne prenda cura.

Fenomeni multifattoriali

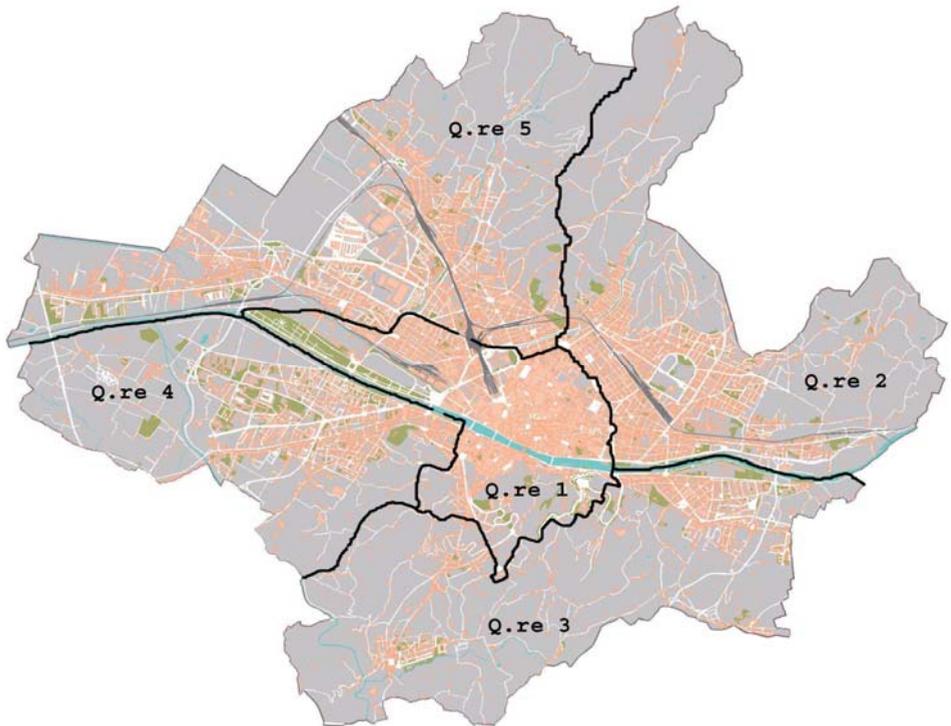
Emergenza alloggiativa, dipendenze, salute mentale sono fenomeni che, per essere affrontati efficacemente, richiedono integrazione di risorse e sforzi afferenti ambiti diversi: sociale, sanitario, culturale e anche economico. La multifattorialità delle cause che sta alla base di questi fenomeni richiede una risposta giocata su più piani capaci di interagire l'uno con l'altro.

Alcuni servizi sanitari come quelli per l'assistenza alle dipendenze e quelli di salute mentale si devono fare carico di una quota di persone non fiorentine. Gli utenti dei servizi di salute mentale per adulti sono stati 6.297, 20 persone ogni 1.000 abitanti. Anche i servizi di salute mentale per infanzia-adolescenza hanno numeri importanti di pazienti assistiti: 3.112 ragazzi in carico, 1.541 i nuovi utenti.

Le persone che si rivolgono ai Servizi territoriali per le dipendenze (SerT) e per l'alcolismo (SAT) possono dare un'idea del fenomeno ma non la reale diffusione di queste problematiche poiché solo una parte di soggetti potenzialmente interessati si rivolge ai servizi sanitari. Complessivamente a Firenze sono stati seguiti 2.965 soggetti con problemi di dipendenza da sostanze o di alcolismo (esclusi i 440 utenti del carcere di Sollicciano): 1.608 dai SerT e 944 dai SAT.

Parte I^a-Profilo di Salute di Firenze

La carta di Firenze



Capoluogo	della Regione Toscana	Strade	950 km
Zona Distretto	dell'Azienda USL 10 di Firenze	Piste ciclabili	85 km
Residenti in anagrafe comunale	378.376	Tramvia	7 km
di cui	176.807 Maschi, 201.569 Femmine	Aree verdi	3,81 kmq
Superficie	102,276 Kmq	Biblioteche	338
Ab.nti per kmq	3.699	Musei	158
5 Quartieri	Q.re 1 Centro storico Q.re 2 Campo di Marte Q.re 3 Gavinana Galluzzo Q.re 4 Isolotto Q.re 5 Rifredi		

L'aspetto demografico di Firenze

Sintesi

Crescita della popolazione residente grazie agli stranieri

Rispetto al censimento del 2001 la popolazione di Firenze è aumentata del +3%, ma rispetto al 1991 è diminuita del -9,3%.

L'aumento (+1,3% rispetto all'anno precedente) è dovuto alla maggior presenza di immigrati da paesi stranieri. Infatti il valore positivo del saldo migratorio (differenza fra iscritti e cancellati dall'anagrafe cittadina) compensa il valore negativo del saldo naturale (differenza fra nascite e morti). Sono 57.891 i residenti con cittadinanza non italiana, il 15,3% della popolazione. I principali gruppi nazionali presenti sono: romeno, peruviano, albanese, filippino e cinese.

Sempre poche le nascite e in calo anche la fecondità di donne straniere

Il calo delle nascite in parte è riconducibile a un effetto "strutturale" vista l'uscita dall'esperienza riproduttiva delle generazioni di donne nate a metà degli anni '60, molto più numerose delle generazioni più giovani. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale anche se ultimamente si nota una diminuzione della fecondità anche delle donne straniere. La diminuzione delle nascite ha contribuito ormai da anni a mantenere negativo il saldo naturale

Leggero aumento di giovani in particolare stranieri

La percentuale di ragazzi di età fino a 14 anni è aumentata dal 10,6% del 2002 all'12,3% del 2012, grazie alle maggiori nascite da madri straniere e per i ricongiungimenti familiari: il 19,8% dei ragazzi di questa classe di età ha cittadinanza straniera.

Elevata presenza di anziani, soli e over 80

Nel 2012 la percentuale di anziani sul totale dei residenti è pari al 25,5%, indicatore di una città strutturalmente anziana con un indice di vecchiaia pari al 219%, di gran lunga superiore a quello della Regione Toscana e dell'Italia.

A Firenze ogni 100 residenti ci sono quasi 9 anziani con 80 anni o più, valore ben superiore sia a quello della Toscana (7 su 100) che dell'Italia, dove i grandi anziani sono il 6%. Più di un anziano su tre a Firenze vive da solo.

Come è cambiata la famiglia

Il cambiamento della famiglia è dovuto a molti elementi: dalla diminuzione del numero di matrimoni, in parte sostituita da altre forme di convivenza familiare, alla tendenza alla posticipazione delle nozze, dalla scarsa natalità al ritardo nel passaggio alla vita adulta,

con il conseguente rinvio nel tempo delle decisioni di formazione della famiglia.

Nel corso degli anni Novanta ha iniziato a prendere consistenza il fenomeno delle famiglie unipersonali, che tra gli stranieri rappresenta la tipologia più diffusa.

Il numero delle famiglie è cresciuto nel tempo, al contrario del numero medio dei componenti: rispetto al 2008 il numero delle famiglie a Firenze è aumentato grazie all'incremento delle famiglie straniere (+45,2%).

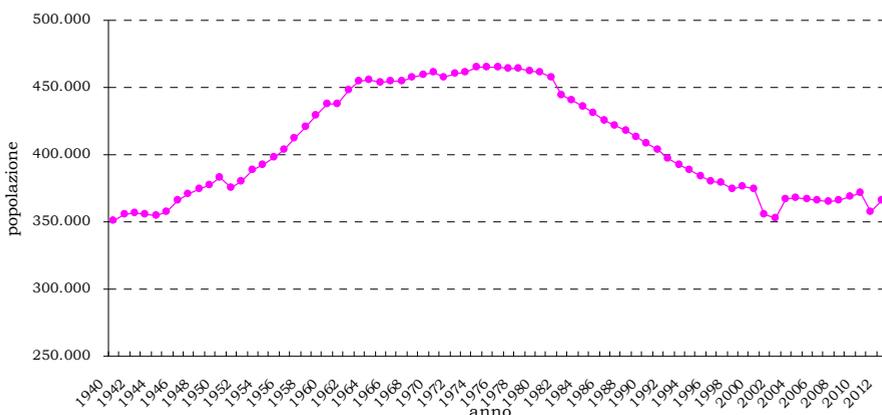
I numeri di Firenze

Residenti	378.376
<i>di cui</i>	
<i>Maschi</i>	176.807
<i>Femmine</i>	201.569
Cittadini stranieri residenti	57.891
Età media dei fiorentini	46
% anziani sul totale residenti	25,5%
Indice di vecchiaia	219
Indice di dipendenza	41
Anziani con 80 anni e più	32.981
<i>di cui donne</i>	21.785
Grandi anziani (85 anni e più)	17.085
<i>di cui donne</i>	12.032
Anziani soli	31.679
<i>di cui con 80 anni e +</i>	15.158
Numero famiglie	189.089
% famiglie straniere	15,1%
Composizione media famiglia	1,9
% famiglie unipersonali	47,0%
% famiglie monogenitoriali	14,4%

L'andamento nel tempo della popolazione fiorentina

Nel periodo che va dal 1940 al 2012 la popolazione fiorentina, ha attraversato una fase di crescita consistente iniziata negli anni '50, ha oltrepassato le 450.000 unità durante gli anni '60 e '70 e, a partire dagli anni '80 è entrata in una fase discendente tanto che al censimento del 2001 la popolazione ha raggiunto la quota più bassa (355.315 persone).

Graf.1 Popolazione legale nel Comune di Firenze - anni 1940 - 2012



Fonte: elaborazione osservatorio SdS Firenze su dati forniti dal Servizio di Statistica - Comune di Firenze. Per l'anno 2012 dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze -

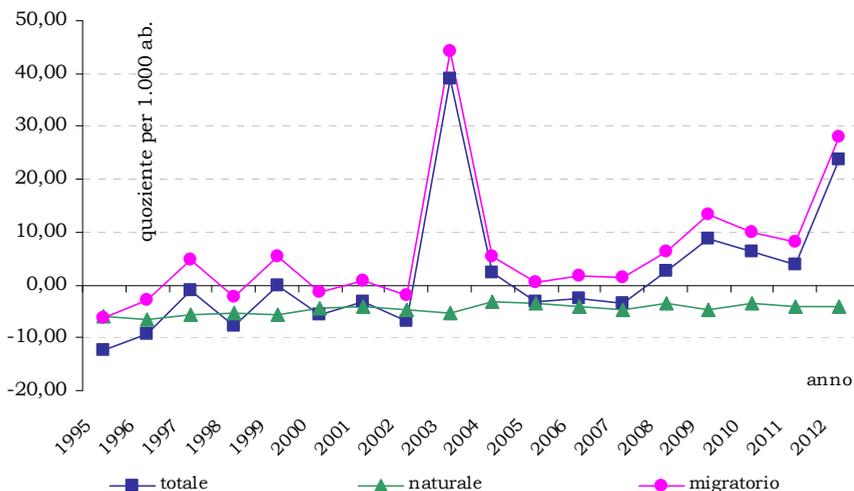
Il repentino calo tra il 2000 e il 2001 e l'aumento tra il 2002 e il 2003, così come la diminuzione del 2011 e l'aumento del 2012, sono dovuti alle cancellazioni anagrafiche a seguito dei censimenti della popolazione 2001 e 2011 e alle conseguenti re iscrizioni effettuate negli anni successivi.

La popolazione residente nel comune di Firenze, al 31 dicembre 2012 dell'anagrafe comunale risulta essere 378.376, mentre il dato della popolazione legale risulta essere 366.039, una differenza di 12.337 unità. Il numero della popolazione legale ha importanti effetti sulla vita pubblica poiché condiziona, ad esempio, il numero dei consiglieri comunali e provinciali, la legge elettorale da applicare ai comuni, la formazione dei collegi elettorali, la ripartizione dei trasferimenti dallo stato agli enti locali.

L'anagrafe della popolazione - a livello sia locale che nazionale - tende sempre a dare risultati numerici superiori al conteggio censuario, perché nel primo caso spesso non sono aggiornate le posizioni relative ai movimenti demografici, specie le cancellazioni, mentre il secondo sottostima il numero di quei residenti - spesso stranieri - che sfuggono al censimento a causa della loro mobilità sul

territorio. La differenza emersa dalle risultanze censuarie è oggetto di ulteriori operazioni di revisione delle anagrafi.

Graf.2 Quoziente di incremento totale, naturale e migratorio per 1.000 abitanti - Firenze - Anni 1995-2012



Fonte: elaborazioni osservatorio SdS Firenze su dati ARS Toscana – Indicatori PIS

Rispetto al censimento del 2001 la popolazione di Firenze è aumentata del +3%, ma rispetto al 1991 è diminuita del -9,3%.

Firenze è l'ottavo comune più popoloso di Italia.

Sul fronte delle nascite, il tasso di natalità di Firenze - aggiornato al 2011 - è pari a 8,3, inferiore al valore medio di zona e regionale, entrambi pari a 8,6.

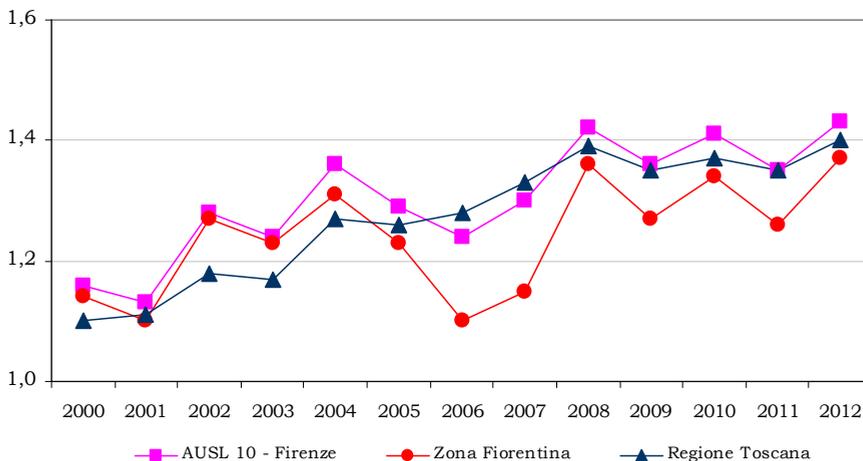
Già il saldo totale del 2008 era positivo grazie all'aumento del saldo migratorio - differenza fra iscritti e cancellati dall'anagrafe cittadina - che riesce a compensare il valore negativo del saldo naturale - differenza fra nascite e morti.

Se consideriamo il saldo totale dal 1995 ad oggi questo ha assunto valore positivo solo a partire dal 2003 (+14.319), per poi interrompersi tra il 2005 e il 2007 e ritornare positivo dal 2008 a oggi.

Senza le madri straniere la dinamica naturale sarebbe ancor più negativa: infatti le nascite da genitori stranieri sono circa il 23,4%, mentre la quota di stranieri sul totale della popolazione è pari al 15,3%.

Il numero medio di figli per donna - o tasso di fecondità totale - per il 2012 è circa 1,43 figli per donna, e sebbene sia superiore rispetto ai valori di minimo registrati dal 2005 al 2007, è pur sempre lontano dal 2,1 figli per donna, valore considerato ottimale per una popolazione poiché è il numero di sostituzione delle coppie.

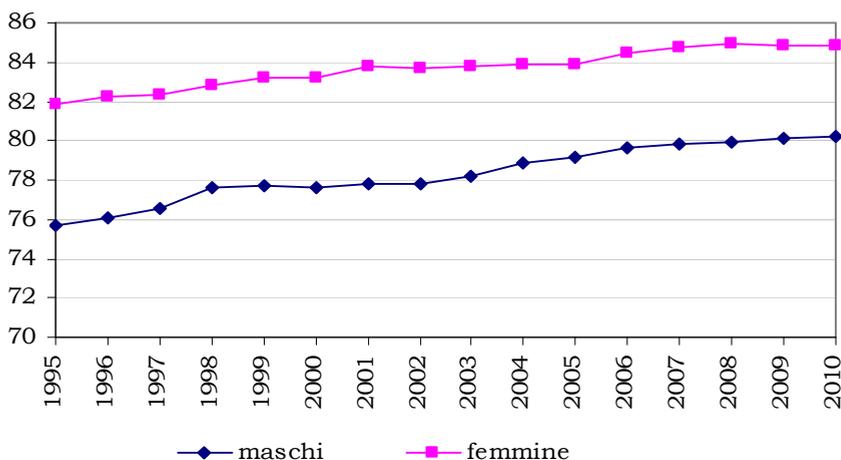
Graf.3 Numero medio di figli per donna o tasso di fecondità totale - Firenze, AUSL 10 di Firenze, Regione Toscana - anni 2000-2012



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati ARS
<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Il calo delle nascite in parte riconducibile a un effetto “strutturale” con l’uscita dall’esperienza riproduttiva delle baby-boomers, ovvero le generazioni di donne nate a metà degli anni ’60, molto più numerose delle generazioni più giovani, che via via raggiungono le età feconde, convenzionalmente fissate dai demografi tra 13 e 50 anni.

Graf.4 Speranza di vita alla nascita - Zona Fiorentina - anni 1995 - 2010



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati ARS
<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale anche se ultimamente si nota una diminuzione anche

della fecondità delle donne straniere. Un altro dato che risente della nazionalità è l'età media al parto, che nel 2011 è stata di 28 anni per le donne di cittadinanza straniera contro i 33 delle donne italiane (dato relativo alla provincia di Firenze).

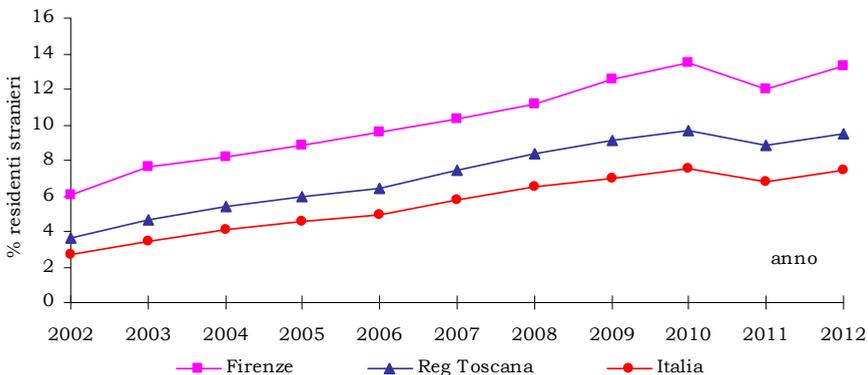
Nonostante la crescita delle nascite e quelle del numero assoluto di decessi il saldo della dinamica naturale si è mantenuto negativo. Un saldo naturale negativo deriva in parte anche dal processo di invecchiamento della popolazione, per cui aumentano gli individui nelle fasce di età più avanzate e quindi diminuiscono in termini assoluti i decessi. Un maschio ha una speranza di vita di 80 anni e una femmina di quasi 85 anni, mentre i maschi nati nel 1995 avevano una speranza di vita pari a 76 e le femmine 82.

E' invece molto positiva la dinamica migratoria: la differenza tra immigrati ed emigrati è 7.578, pari al 20 per mille abitanti.

I cittadini stranieri

Gli stranieri residenti a Firenze al 31 dicembre 2012 crescono dell'8,5% rispetto all'anno precedente, e raggiungono la cifra di 57.891 (15,3% dei residenti totali).

Graf.5 Percentuale di residenti stranieri nel Comune di Firenze, in Regione Toscana e Italia - Anni 2002 - 2012



Fonte: elaborazioni osservatorio SdS Firenze su dati ARS Toscana - Indicatori PIS

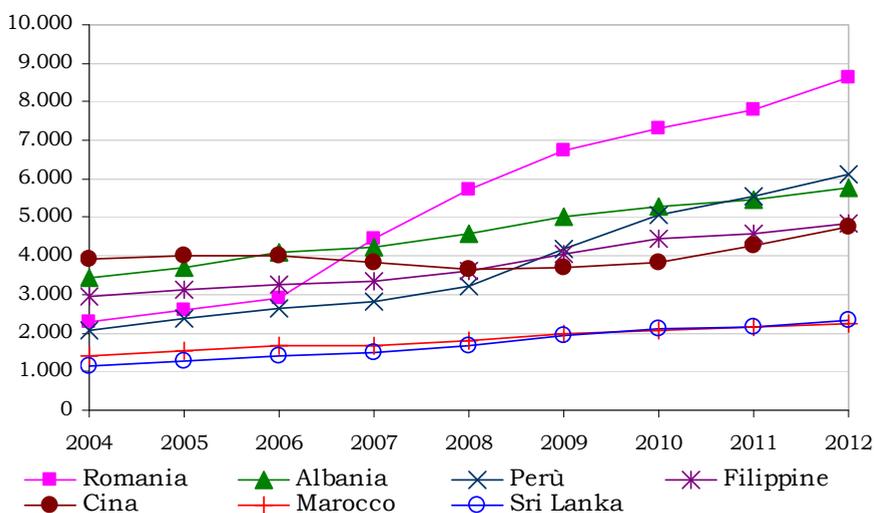
Se confrontiamo l'andamento della percentuale degli stranieri residenti a Firenze con la percentuale degli stranieri residenti in Toscana e in Italia, osserviamo che nel 2003 Firenze era pari a 7,6%, valore molto simile al 7,5% della Toscana nel 2007 e al 7,5% dell'Italia nel 2010.

Si può notare anche che Firenze negli ultimi 8 anni è quella che ha avuto il maggior aumento di stranieri su abitanti (dal 6% al 13,3%), sia rispetto alla Toscana (dal 3,6% al 9,5%) che all'Italia (dal 2,7% al 7,4%).

Per quanto riguarda la distribuzione della popolazione non italiana tra cittadini UE ed extra-UE nel 2012 la quota di cittadini europei è pari al 23,5%, anche se la maggior parte degli stranieri è con cittadinanza non europea (76,5%). L'aumento della quota di cittadini UE è conseguenza dell'allargamento dell'Unione Europea a Bulgaria e Romania avvenuta nel 2007, momento in cui tale quota è passata dall'8,1% del 2006 al 21,2% del totale dei cittadini stranieri, riducendo contemporaneamente la parte di cittadini Non UE.

I principali gruppi nazionali maggiormente presenti a Firenze al 31/12/2012 sono: romeno, peruviano, albanese, filippino e cinese.

Graf.6 Numero di residenti stranieri delle sei nazionalità più numerose - Anni 2004-2012



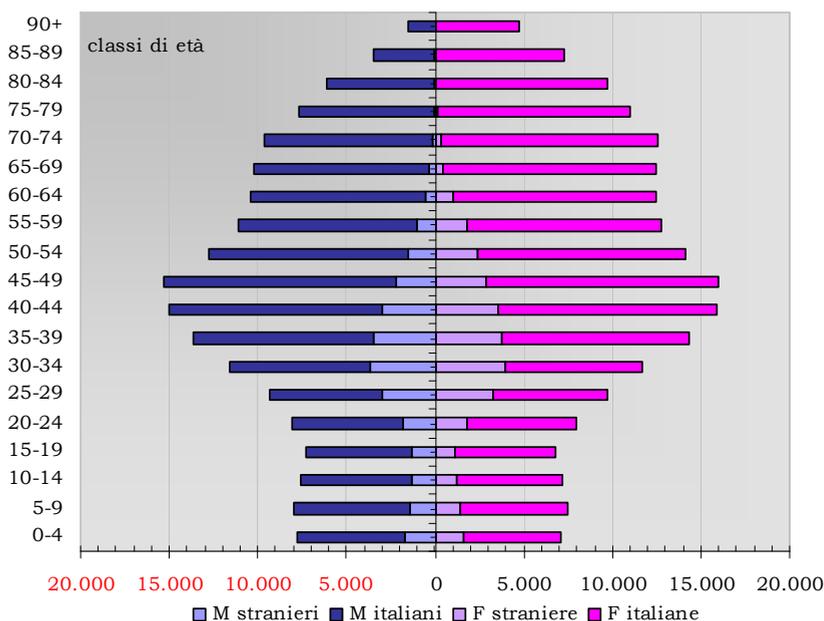
Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati forniti dal Servizio di Statistica - Comune di Firenze - anagrafe al 31/12, per l'anno 2012 dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze -

Sono mutati nel tempo i paesi di provenienza dei gruppi più numerosi: se nel 2004 la maggior parte di stranieri residenti era cinese, a partire dal 2007 tale primato spetta ai romeni. Le altre tre nazionalità che nel 2011 aumentano la loro presenza in città sono peruviani, albanesi e filippini.

Se confrontiamo la piramide delle età della popolazione residente straniera con quella dei residenti italiani si evidenziano importanti differenze strutturali. La popolazione residente straniera si concentra, quasi indistintamente tra i due sessi, nelle fasce di età lavorativa (la classe più numerosa per entrambi i sessi è quella tra i 30 ed i 34 anni) ed è quasi assente nelle fasce di età anziane, facendo assumere alla piramide una forma a foglia, snella e bassa

La piramide per età della popolazione residente di nazionalità italiana evidenzia una forma ad albero dovuta all'invecchiamento della popolazione e al calo dei tassi di natalità. La conseguenza è una riduzione delle classi più giovani – alla base della piramide – e l'incremento delle classi della popolazione anziana, al vertice della piramide.

Graf.7 Popolazione residente italiana e straniera per sesso e per classe di età – Anno 2012



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati forniti dal Servizio di Statistica – Comune di Firenze – anagrafe al 31/12 - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie – Ufficio di Statistica – Comune di Firenze -

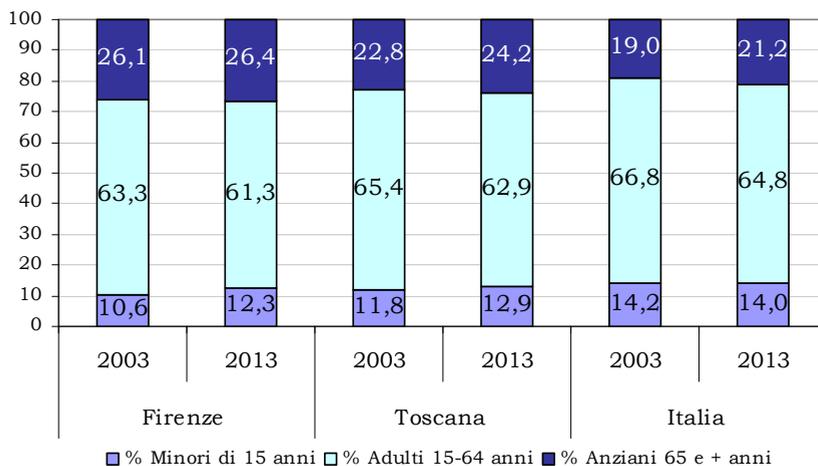
Si può notare come le femmine siano in numero maggiore rispetto ai maschi già a partire dai 25 anni, anche se in modo più consistente a partire dai 45 anni e soprattutto nelle ultime classi di età.

La maggioranza degli stranieri residenti a Firenze è di sesso femminile (53,8%): il numero di donne ogni 100 maschi residenti è di circa 117 unità.

I giovani fino a 14 anni sono il 12,3% della popolazione – erano il 10,6% nel 2003 - mentre la popolazione in età attiva – 15-64 anni – è pari al 61,3% - era il 63,3% nel 2003. L'aumento dei ragazzi fino ai 14 anni è dovuto, per lo più, alle nascite da madri straniere e ai ricongiungimenti familiari.

L'età media della popolazione fiorentina è di 46,8 anni, superiore a quella toscana – 45,4 anni - e a quella italiana – 43,5 – nonostante la presenza dei residenti stranieri la cui età media è di 33 anni.

Graf.8 Composizione per età della popolazione - Firenze, Toscana, Italia – valori percentuali - 01/01/2003 -01/01/2013



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati Istat - <http://demo.istat.it/> - anagrafe residenti al 01/01

Tra i residenti fiorentini si constata ormai da anni un progressivo invecchiamento della popolazione - 26,4% di anziani -, trend esteso ormai a tutta la Regione Toscana dove la popolazione anziana ha raggiunto il 24,2% contro un 21,2% registrato a livello nazionale.

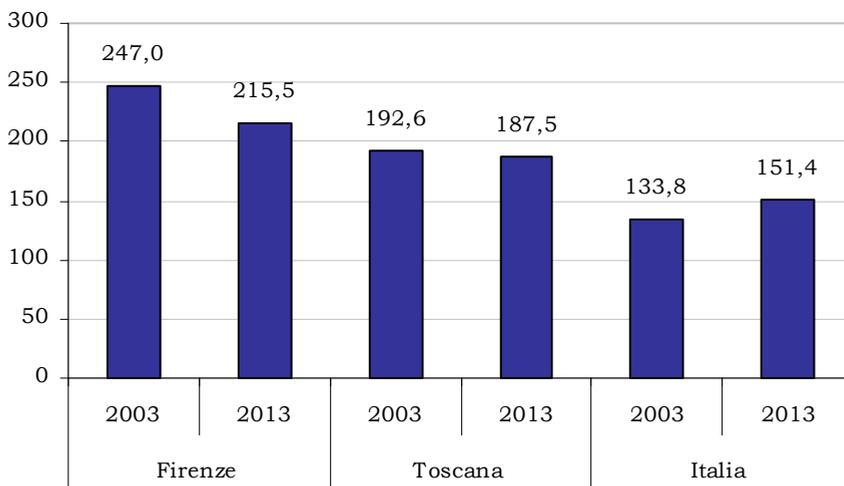
Gli indicatori demografici legati alla popolazione anziana fiorentina confermano, anche per il 2013, valori superiori a quelli regionali e nazionali: l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra persone anziane (di 65 anni e più) e i giovani fino a 14 anni è pari al 215,5% contro il 187,5% della Regione Toscana e il 151,4% a livello nazionale. L'indice di vecchiaia fiorentino, pur rimanendo alto è comunque diminuito rispetto a quello del 2003 grazie all'aumento registrato per i ragazzi con età fino a 14 anni.

Critico è l'indice di dipendenza, ovvero il rapporto tra le persone inattive – i ragazzi di età 0-14 anni e gli anziani di 65 anni o più – e coloro che le dovrebbero sostenere economicamente – le persone di età compresa fra 15 e 64 anni – che nel 2013 ha raggiunto per Firenze il 63,1% contro il 58,9% per la Toscana e il 54,3% per l'Italia.

Aumenta la proporzione di coloro che hanno 80 anni o più e che quindi hanno più probabilità di aver bisogno di aiuto sia da un punto

di vista sanitario che sociale: tale aumento viene riscontrato a livello nazionale, regionale e comunale.

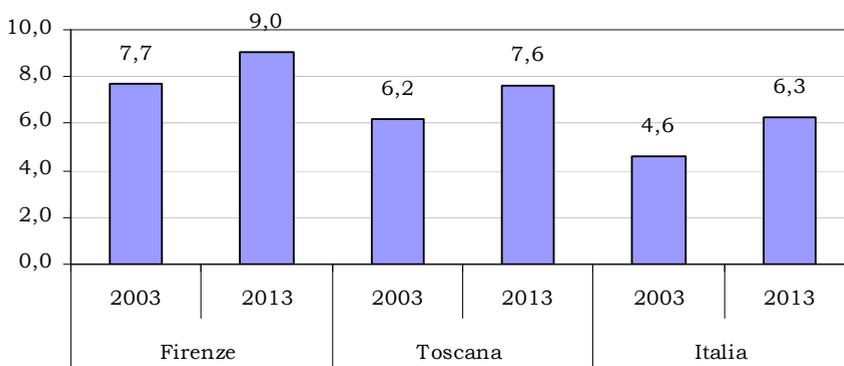
Graf.9 Indice di vecchiaia - Firenze, Toscana, Italia - Anni 2003 - 2013



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati Istat - <http://demo.istat.it/> - anagrafe residenti al 01/01

A Firenze ogni 100 residenti ci sono quasi 9 anziani con 80 anni o più, valore ben superiore sia a quello della Toscana (7 su 100) che dell'Italia, dove i grandi anziani sono il 6%.

Graf.10 Percentuale di popolazione con 80 e più anni - Firenze, Toscana, Italia, Anni 2003 - 2013

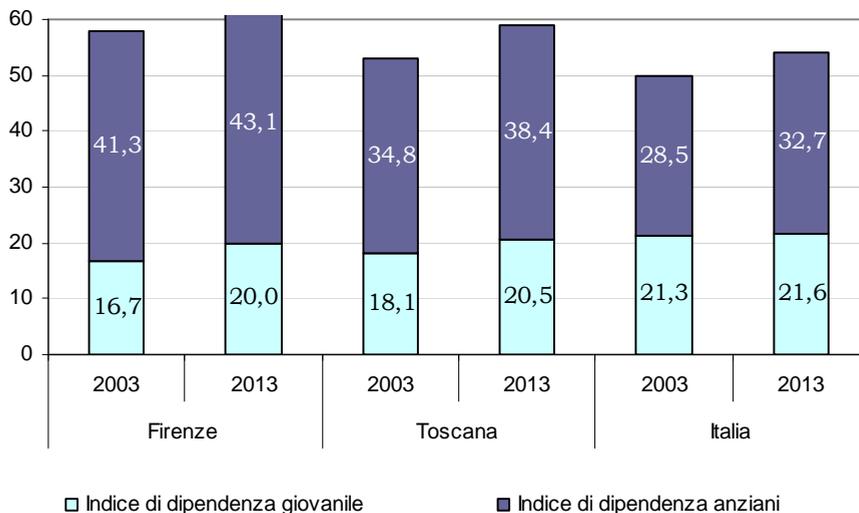


Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati Istat - <http://demo.istat.it/> - anagrafe residenti al 01/01

L'indice di dipendenza – scomposto in indice di dipendenza giovanile e senile – mette in luce come a Firenze il peso delle persone anziane

stia diventando sempre più rilevante, con 43 anziani ogni 100 individui in età attiva.

Graf.11 Indice di dipendenza giovanile e indice di dipendenza anziani - Firenze, Toscana, Italia, Anni 2003 - 2013



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati Istat - <http://demo.istat.it/> - anagrafe residenti al 01/01

Il rapporto tra maschi e femmine, ovvero l'indice di mascolinità, nel Comune di Firenze è inferiore a quello della Toscana e dell'Italia: di conseguenza il numero di donne ogni 100 maschi - e questo si verifica in modo particolare nelle classi di età oltre i 65 anni - è superiore a Firenze (115,1%) rispetto alla Toscana (108,4%) ed all'Italia (106,6%) a causa appunto della maggior presenza di anziani.

La famiglia ed i matrimoni

Il numero delle famiglie è cresciuto nel tempo, al contrario del numero medio dei componenti: nel 1991 i nuclei familiari erano 162.422 con in media 2,4 componenti, mentre nel 2012 le famiglie sono 189.089 con un numero medio di componenti pari a 2.

Il fenomeno della pluralizzazione delle forme familiari è tipico delle società moderne e la famiglia oggi è caratterizzata da svariate strutture. Le tipologie più comuni sono quella unipersonale, cioè formata da un'unica persona (47%), le coppie con figli (14,3%), le coppie senza figli (19,2%) e le famiglie monogenitoriali con figli (14,4%).

Nel corso degli anni Novanta ha iniziato a prendere consistenza il fenomeno delle famiglie unipersonali, che tra gli stranieri

rappresenta la tipologia più diffusa, soprattutto tra le famiglie comunitarie.

Tav.1 Famiglie per tipologia e per provenienza - Firenze - Anno 2012

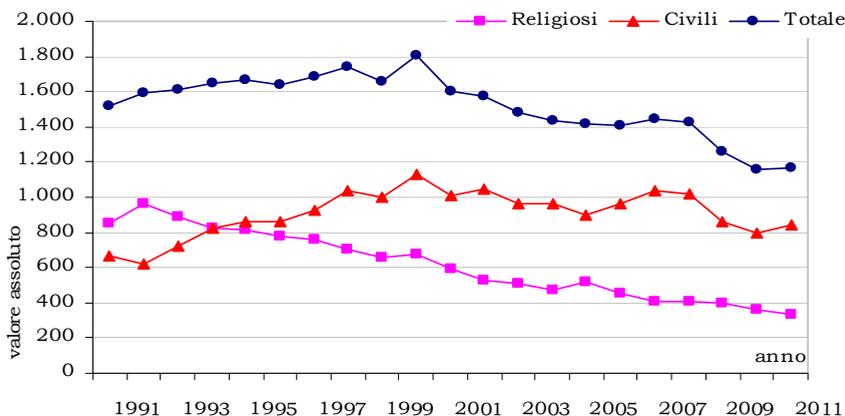
tipologia	Cittadinanza			Totale
	comunitaria	extracomunitaria	italiana	
<i>Valori assoluti</i>				
Unipersonale	5.412	11.984	71.484	88.880
Monogenitoriale	864	2.474	23.882	27.220
Coppia con figli	243	523	26.349	27.115
Coppia senza figli	792	3.186	32.341	36.319
Altro	618	2.405	6.532	9.555
Totale	7.929	20.572	160.588	189.089
<i>Valori percentuali</i>				
Unipersonale	68,3	58,3	44,5	47,0
Monogenitoriale	10,9	12,0	14,9	14,4
Coppia con figli	3,1	2,5	16,4	14,3
Coppia senza figli	10,0	15,5	20,1	19,2
Altro	7,8	11,7	4,1	5,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12 - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze -

Le coppie con figli invece rappresentano una percentuale maggiore per le famiglie extracomunitarie rispetto a quelle comunitarie .

Gli elementi che hanno portato al cambiamento della famiglia sono molteplici: la diminuzione del numero di matrimoni, la tendenza alla posticipazione delle nozze, la scarsa natalità e il ritardo nel passaggio alla vita adulta, con il conseguente rinvio nel tempo delle decisioni di formazione della famiglia.

Graf.12 Matrimoni celebrati a Firenze (residenti e non residenti) per tipologia - anni 1991 - 2011



Fonte: elaborazione osservatorio sds di Firenze su dati <http://statistica.comune.fi.it/popolazione/> popolazione

Dal 1994 si registra tra i matrimoni celebrati a Firenze, da residenti e non residenti, un'inversione di tendenza con il sorpasso nel numero di matrimoni civili rispetto a quelli religiosi. Se si considera il numero totale dei matrimoni si può rilevare una diminuzione del 23% dal 1991 al 2011.

Le caratteristiche demografiche dei quartieri

Il Comune di Firenze è diviso in cinque quartieri: 1-Centro Storico, 2-Campo di Marte, 3-Gavinana-Galluzzo, 4-Isolotto-Legnaia, 5-Rifredi. Rifredi, con 108.639 residenti (28,7% del totale), è il quartiere più popoloso. Seguono il quartiere 2-Campo di Marte (24,0%) ed i quartieri 4-Isolotto Legnaia e 1-Centro Storico il 18,2% della popolazione residente; infine il quartiere 3-Gavinana conta l'11,0% della popolazione residente.

Tav.2 Popolazione residente per fasce di età per Quartiere - Anno 2012

Fasce di età	Quartieri					Totale
	Centro Storico	Campo di Marte	Gavinana Galluzzo	Isolotto Legnaia	Rifredi	
Senza data di nascita	63	46	17	44	65	235
Minori (< 18 anni)	8.954	12.818	6.193	10.190	15.506	53.661
Adulti (18 - 64 anni)	45.379	53.210	23.626	40.281	65.506	228.002
Anziani (65 anni e più)	14.510	24.628	11.598	18.180	27.562	96.478
Totale	68.906	90.702	41.434	68.695	108.639	378.376
% Popolazione per quartiere	18,2	24,0	11,0	18,2	28,7	100,0

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12/ - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze -

Le percentuali di [bambini e ragazzi al di sotto dei 18 anni](#) raggiungono i valori più bassi nel quartiere 1 (Centro Storico), mentre fanno registrare i valori più alti nel quartiere 4 (isolotto-legnaia).

La più alta proporzione di [popolazione adulta](#) (cioè di età compresa tra i 18 ed i 64 anni) la riscontriamo nel quartiere Centro Storico dove rappresenta il 66% del totale, mentre il quartiere di Gavinana-Galluzzo registra la percentuali più bassa (57,0%).

Gli [anziani](#) di età superiore ai 65 anni registrano la massima presenza nei quartieri Gavinana-Galluzzo e Campo di Marte, rispettivamente con 28,0% e 27,2% dei residenti, mentre quella minima nel Centro Storico con 21,1%.

Il quartiere 1-Centro Storico ha la quota di [anziani anagraficamente soli](#) (39,0%) più alta fra tutti i quartieri ed è seguito dal quartiere 2-Campo di Marte con 33,5%.

I [grandi anziani](#) (quelli di 80 anni e più) incidono maggiormente tra i residenti di Gavinana – Galluzzo e Campo di Marte rispettivamente col 10,1% e 9,8% della popolazione e in modo minore all'Isolotto-Legnaia e nel Centro Storico con l'8,3% e il 7,0%.

Tav.3 Principali indicatori demografici per Quartiere - Anno 2012

Indicatori	Quartiere					
	Centro Storico	Campo di Marte	Gavinana Galluzzo	Isolotto Legnaia	Rifredi	Firenze
% pop. inferiore a 14 anni	11,1	11,8	12,4	12,5	12,1	12,0
% pop. 15-64 anni	67,7	61,0	59,6	61,0	62,5	62,5
% pop. Minore di 18 anni	13,0	14,1	14,9	14,8	14,3	14,2
% pop. 18-64 anni	65,9	58,7	57,0	58,6	60,3	60,3
% pop. 65 anni e più	21,1	27,2	28,0	26,5	25,4	25,5
% pop. femminile 15-49	45,3	39,2	38,6	39,6	41,3	40,9
Indice di vecchiaia	188,9	229,9	225,5	211,6	210,4	213,3
% pop. 80 anni e più	7,0	9,8	10,1	8,3	8,6	8,7
Indice di dipendenza strutturale	47,6	63,9	67,8	63,9	59,9	59,9
% Stranieri residenti	21,8	12,3	10,8	12,1	17,4	15,3
Anziani soli per 100 anziani	39,6	34,1	30,8	27,9	32,3	32,8
% famiglie unipersonali	58,3	46,5	41,7	40,1	45,4	47,0

Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio SdS Firenze su Anagrafe dei residenti al 31/12 – forniti da Servizio di Statistica – Comune di Firenze - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie -

Continuando il confronto tra i quartieri, [l'indice di vecchiaia](#) risulta più alto in Campo di Marte (229,9 nel 2012 vs. 231,5 del 2011), seguito da Gavinana-Galluzzo (225,5 del 2012 vs. 228,3 del 2011) e più basso nel Centro Storico (188 del 2012 vs. 193,9 del 2011).

Un altro importante indicatore della struttura demografica è la quota di [donne in età feconda](#) (15-49 anni) per il quale la percentuale più alta è in Centro Storico, con il 45,3%, mentre quella più bassa è nel quartiere Gavinana-Galluzzo con il 38,6%.

La [distribuzione degli stranieri](#) all'interno delle circoscrizioni varia notevolmente: percentuali di stranieri superiori a quella comunale (15,3%) si registrano nel Centro Storico (21,8%) e a Rifredi (17,4%), mentre percentuali inferiori, con valori compresi tra il 10,8% e l'12,3% si registrano nei quartieri Gavinana-Galluzzo, Isolotto-Legnaia e Campo di Marte.

Il quartiere1-Centro Storico si trova in una situazione particolare in quanto, risentendo della struttura della popolazione straniera ha aspetti positivi, tipici di una popolazione giovane, come un indice di vecchiaia basso e un'alta percentuale di donne in età feconda, accompagnati però da problemi tipici di una città "vecchia" come un'alta percentuale di anziani soli.

L'alto numero di famiglie unipersonali nel quartiere1 (58,3% contro il 47,0% del dato comunale) è dovuto all'alto numero di anziani soli ma anche alla presenza di stranieri, molti dei quali residenti soli. L'alta

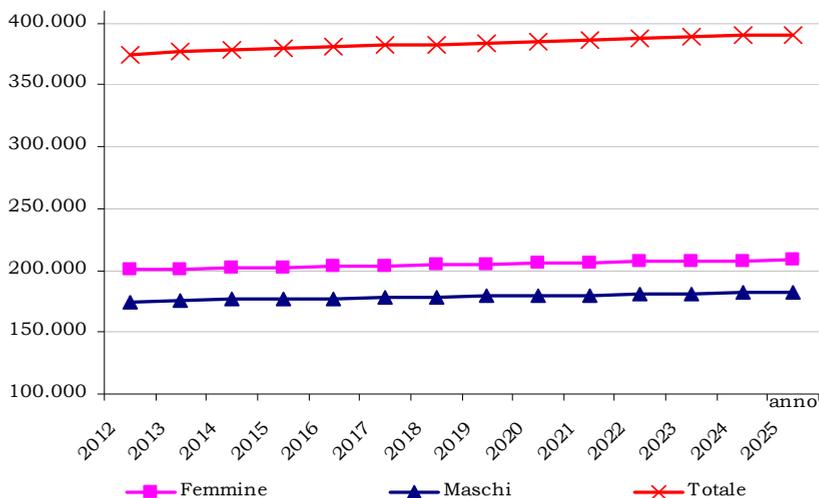
percentuale di popolazione adulta (la maggiore riscontrata all'interno dei quartieri e pari a 65,9%) fa sì che il Centro Storico abbia l'indice di dipendenza strutturale più basso (47,6% contro il 59,9% comunale).

Le previsioni

Per concludere questa parte riguardante le caratteristiche demografiche della popolazione fiorentina rivolgiamo uno sguardo alle previsioni della popolazione del Comune di Firenze per gli anni futuri, con la consapevolezza che le previsioni sono suscettibili di errore e che più è piccolo l'ambito di riferimento e più tale errore rischia di aumentare.

La fase di sviluppo demografico, sia a livello nazionale che comunale, sperimentata negli ultimi anni è caratterizzata da alti livelli di invecchiamento, bassa fecondità, aumento dell'immigrazione e cambiamenti nella struttura familiare. Secondo le previsioni nel 2025 a Firenze risiederanno circa 390.600 persone che, rispetto alla popolazione base di 375.658 abitanti (media degli anni 2011-2012), significano un aumento di popolazione di circa 15.015 unità.

Graf.13 Previsioni popolazione fiorentina per sesso e totale - 2012 - 2025



Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12/ - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze

Tale aumento è dovuto principalmente alla componente migratoria ipotizzata in crescita fino al 2012 e per gli anni successivi in graduale diminuzione. Anche la speranza di vita e la fecondità si ipotizzano in crescita, ma gli effetti sull'ammontare complessivo della popolazione sono molto meno marcati rispetto a quelli delle migrazioni.

Si prevede che il numero dei ragazzi da 0 a 14 anni sia stabile, mentre le persone in età lavorativa (15-64 anni) aumenteranno del 5,4% e dell'1,5% la classe anziana.

Sebbene la percentuale di popolazione con età superiore a 64 anni, dovrebbe lievemente diminuire – dal 25,6% della popolazione base al 25% del 2025 – si dovrebbe registrare un aumento degli ultra ottantenni che passerebbero dall’attuale 8,7 al 9,2%.

Secondo tali previsioni si assisterebbe a un lieve invecchiamento della popolazione, con l’indice di vecchiaia che passerebbe dal valore di 215 attuale, a quello di 218 nel 2025; mentre l’indice di dipendenza strutturale – che rapporta quanti giovani e anziani dipendono dalla popolazione in età lavorativa – andrà migliorando, passando dall’attuale 60,0% al futuro 57,3%. In particolare la quota dei giovani rimarrà stabile mentre aumenterà quella degli adulti e degli anziani.

Tav.4 Previsioni popolazione fiorentina al 2021 e 2025

Classi di età	pop. media 2011 -2012	Previsioni	
		31/12/2021	31/12/2025
<i>Valori assoluti</i>			
0-14	44.770	44.138	44.744
15-64	234.845	245.484	248.381
65 e+	96.044	96.520	97.548
Totale	375.658	386.142	390.673
<i>Valori percentuali</i>			
0-14	11,9	11,4	11,5
15-64	62,5	63,6	63,6
65 e+	25,6	25,0	25,0
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni dell'Osservatorio SdS Firenze su Anagrafe dei residenti al 31/12/ – forniti da Servizio di Statistica – Comune di Firenze

Tav.5 Indicatori demografici al 2021 e 2025 - Firenze.

Indicatori	pop. media 2011-2012	previsioni	
		31/12/2021	31/12/2025
indice di dipendenza strutturale	60,0	57,3	57,3
indice di dipendenza giovanile	19,1	18,0	18,0
indice di dipendenza anziani	40,9	39,3	39,3
indice di vecchiaia	214,5	218,7	218,0
% popolazione con 80 anni e più	8,7	9,3	9,2

Fonte: elaborazioni osservatorio SdS Firenze su previsioni elaborate dall'Ufficio di Statistica – Comune di Firenze

I punti essenziali che sembrano emergere dalle previsioni sono innanzitutto un aumento della popolazione residente dovuto principalmente all’aumento della popolazione immigrata (fascia 15-64 anni), in gran parte straniera; dovrebbe pertanto migliorare lievemente la struttura della popolazione con l’aumento della proporzione dei ragazzi e della popolazione in età lavorativa e la flessione della proporzione degli anziani, pur rimanendo un quarto della popolazione totale.

Stato di salute

Sintesi

A Firenze si vive meglio e più a lungo

Un bambino appena nato ha la speranza di vivere fino a 80 anni, una bambina fino a 85 anni.

Il tasso standardizzato di mortalità che indica il numero di decessi in un anno per mille abitanti, esprime indirettamente il grado di salute e benessere di una popolazione: tale tasso ha continuato la tendenza alla progressiva riduzione anche nell'ultimo decennio essenzialmente a causa della ridotta mortalità cardiovascolare. Se confronta con i dati regionali Firenze ha bassi livelli di mortalità sia per i maschi che per le femmine. In tale quadro positivo sono però da segnalare gli eccessi, rispetto alla media regionale, per le femmine della causa di morte per tumore del polmone e per le malattie respiratorie.

Anche i decessi verificatisi prima dei 65 anni di età rappresentano una quota ridotta rispetto alla mortalità generale (nel triennio 2007-2009 sono circa il 9,8% del totale) e sono in linea alla media regionale nelle femmine e più bassi nei maschi.

Le cause di morte principali: malattie circolatorie e tumori

Le cause di morte più frequenti sono rappresentate dalle malattie circolatorie (36,1%) e dai tumori (28,9%). Tra gli altri raggruppamenti di cause di morte hanno rilevanza le malattie del sistema respiratorio, quelle del sistema nervoso, i traumatismi e le malattie dell'apparato digerente. Nel complesso le prime 6 cause di morte sono responsabili di circa l'87,5% del totale dei decessi.

Elevato ricorso alle cure ospedaliere, anche se in diminuzione

Nell'arco del decennio 2001-2011 il tasso di primo ricovero maschile registra un calo del -23,9%, scendendo da 137,2 a 104,5 ricovero maschile ogni 1.000 residenti maschi; quello femminile si riduce del -20,3%, scendendo da 145,4 a 115,9 ricoveri femminili ogni 1.000 residenti femmine.

Le principali cause di ricovero:

A Firenze si osservano tassi di primo ricovero superiori alla media regionale per il tumore del polmone (femmine), malattie delle ghiandole endocrine, disturbi metabolismo e malattie sistema immunitario (maschi), disturbi psichici (maschi e femmine) e malattie del sistema nervoso (maschi e femmine). Risultano invece inferiori alla media regionale i tassi per malattie cerebrovascolari (maschie e femmine), per malattie dell'apparato osteomuscolare (maschi e femmine) e traumatismi (femmine).

L'eccesso di ricoveri per patologie psichiche per Firenze almeno in parte è influenzato dall'essere l'area urbana più grande della

regione con un maggior peso dei fattori sociali che favoriscono lo sviluppo delle patologie psichiatriche (maggior isolamento sociale, minor supporto della famiglia ecc.).

I numeri sullo stato della salute

Speranza di vita alla nascita in anni

Maschi	80
Femmine	85

Tasso mortalità generale
standardizzato per età

Maschi	11,9‰
Femmine	7,9‰
Totale	9,4‰

Principali cause di morte:

<i>Malattie circolatorie</i>	36,1%
<i>Tumori</i>	28,9%

Tasso di mortalità prematura

9,8%

Tasso di mortalità infantile

3,1

Tasso di primo ricovero
standardizzato per età

FI	109,1‰
AUSL 10	107,4‰
RT	105,7‰

Tasso di ospedalizzazione
standardizzato per età

FI	158,9‰,
AUSL 10	155,3‰,
RT	147,9‰

Alcuni macro indicatori

Speranza di vita alla nascita

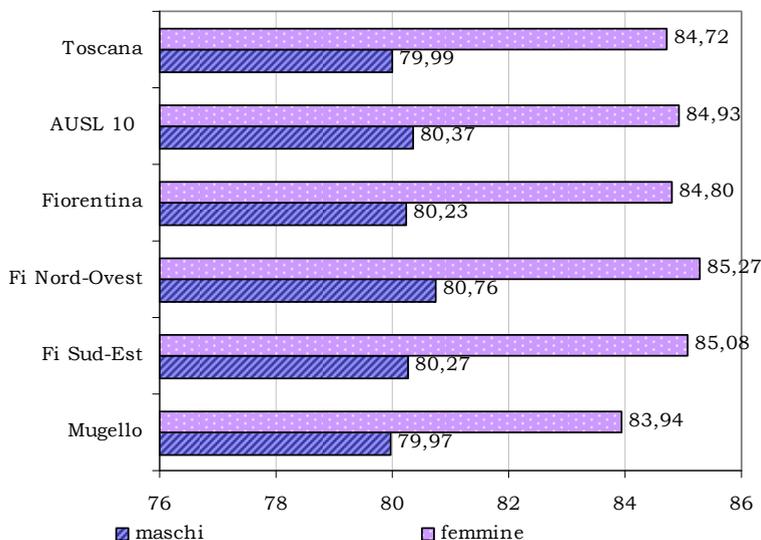
La speranza di vita alla nascita, ovvero il numero di anni che in media si aspetta di vivere una persona alla nascita, è un importante indice sintetico dello stato di salute di una popolazione.

Tale indicatore ha presentato, almeno nelle aree più sviluppate, un progressivo incremento nei decenni passati, riflettendo, oltre al miglioramento della assistenza sanitaria, aspetti più generali legati alle modificazioni dei livelli socio-economici e delle condizioni generali di vita della popolazione.

In particolare, l'Italia è divenuto uno dei paesi del mondo con la più elevata speranza di vita alla nascita: tale valore per il 2010 è di 79 anni per i maschi e 84 per le femmine. A livello regionale si registrano valori superiori alla media nazionale: i maschi hanno una speranza di vita alla nascita pari a 80 anni, le femmine pari a 85 anni.

Nella città di Firenze questa ha raggiunto 80 anni nei maschi ed 85 anni nelle femmine, con un differenziale di 5 anni tra i due sessi. Tali valori sono simili ai valori medi della AUSL10 e della Toscana.

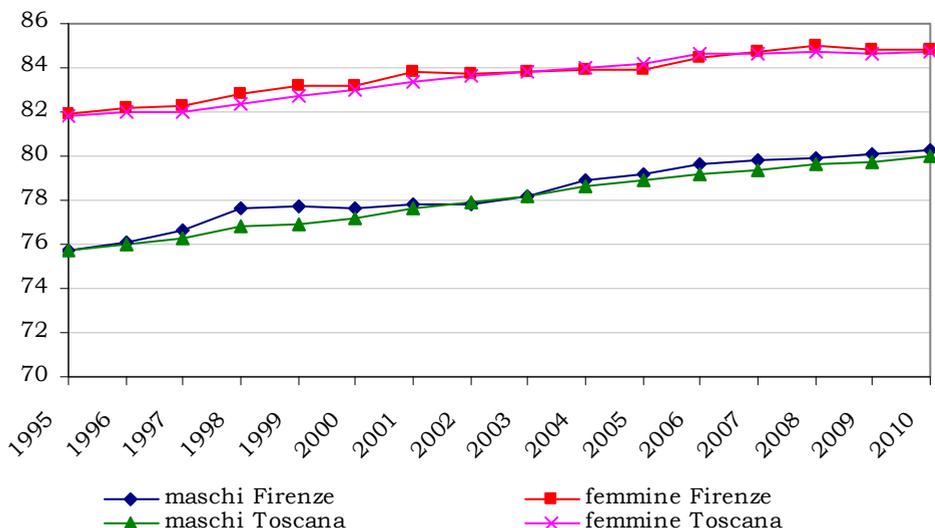
Graf.14 Speranza di vita alla nascita - Zone-Distretto AUSL 10 e Toscana - Anno 2010



Fonte : <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Rispetto al 1995 si può notare un aumento della speranza di vita alla nascita per entrambi i sessi: infatti per i maschi tale indicatore era pari 75,7 anni mentre per le femmine risultava essere di 81,9 anni.

Graf.15 Speranza di vita alla nascita - Zona - Distretto Firenze e Toscana - Anni 1995 - 2010



Fonte : <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

L'andamento della speranza di vita per i fiorentini, siano questi femmine o maschi, è molto simile a quello dei toscani.

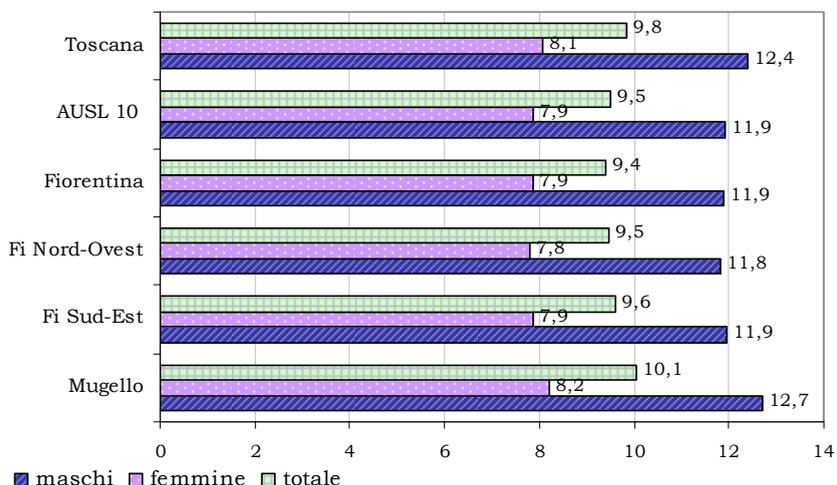
Mortalità generale

A Firenze nel 2011 si sono verificati 4.490 decessi, dato in diminuzione rispetto all'anno precedente con 4.528 decessi, (4.696 nel 2009, 4.518 nel 2008 e 4.560 nel 2007).

Il tasso standardizzato per età viene utilizzato per confrontare i livelli di mortalità tra popolazioni diverse, o della stessa popolazione in periodi diversi, eliminando il possibile effetto per età. I tassi di mortalità generale standardizzati di Firenze (**maschi: 11,9/1.000; femmine: 7,9/1.000; totale 9,4/1.000**) sono tra i valori più bassi a livello regionale. Il range di variazione tra le diverse aree della Toscana del tasso di mortalità per i maschi va dal valore più basso di 11,08 della zona del Casentino al valore più alto di 13,91 della zona della Versilia. Per le donne il range va dal valore più basso di 7,45 della zona dell'Alta val d'Elsa al valore più alto di 8,82 della zona delle Colline Metallifere. Il tasso calcolato senza distinzione di sesso della zona Senese è il più basso (9,18) di tutte le altre zone, quello della Versilia il più alto (10,78).

I tassi di mortalità generale, aggiustati per età, hanno continuato la loro tendenza progressiva alla riduzione anche nell'ultimo decennio.

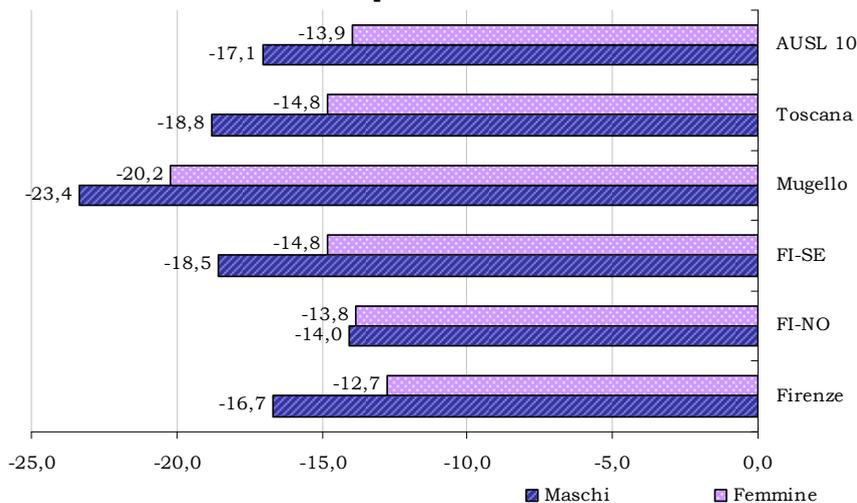
Graf.16 Mortalità generale: Tassi standardizzati per età (x 1.000 ab.) Anni 2008-2010 – Zone-Distretto AUSL 10 e Toscana.



Fonte: Registro di mortalità regionale – ARS – Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 – <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

A Firenze è la mortalità maschile a registrare una maggiore riduzione, così come a livello di Ausl 10 e di Regione.

Graf.17 Mortalità generale: Variazioni percentuali tra gli anni 2008-2010 vs. 1998-2000 dei tassi standardizzati per età – Zone-Distretto AUSL 10 e Toscana



Fonte: Registro di mortalità regionale – ARS – Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 – <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

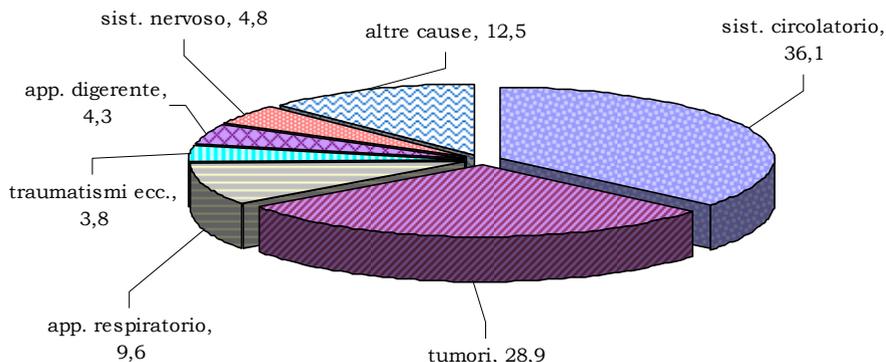
Le principali cause di morte

I dati di mortalità disaggregati per patologia forniscono un quadro della frequenza e della relativa importanza delle principali malattie.

Le cause di morte più frequenti sono rappresentate dalle malattie circolatorie (36,1%) e dai tumori (28,9%).

Tra gli altri raggruppamenti di cause di morte hanno rilevanza le malattie del sistema respiratorio, quelle del sistema nervoso, i traumatismi e le malattie dell'apparato digerente. Nel complesso le prime 6 cause di morte sono responsabili di circa l'87,5% del totale dei decessi.

Graf.18 Distribuzione % della mortalità per grandi gruppi - Firenze - Anno 2009



Fonte: elaborazioni Ausl10 Firenze - Epidemiologia

La zona di Firenze presenta il tasso di mortalità generale totale (maschi e femmine) più basso della AUSL 10 e della media regionale. Anche il tasso di mortalità per malattie circolatorie (totale, maschi e femmine) e quello per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo (totale maschi e femmine) risultano i più bassi nell'AUSL 10 e inferiori ai valori medi regionali.

Il tasso di mortalità per tumori per i maschi e per le femmine, sebbene presenti valori più bassi dei valori medi regionali, ha valori più alti rispetto a quelli aziendali.

Si segnalano però tassi significativamente più elevati per tumore del polmone per le femmine e per i maschi fiorentini e tassi allineati alla media regionale per tumore dello stomaco tra i maschi e le femmine.

La mortalità per malattie respiratorie per le femmine e per i maschi presenta tassi significativamente maggiori di quelli medi regionali per la zona di Firenze. Si segnala infine un eccesso, ai limiti della significatività statistica, della mortalità per suicidio nelle femmine.

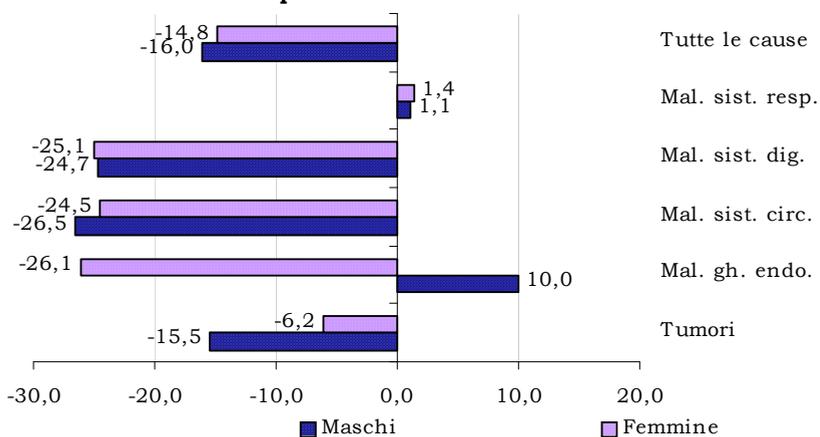
La mortalità per malattie dell'apparato digerente registra tassi non significativamente diversi da quelli registrati per maschi e femmine a livello regionale e aziendale.

Il tasso di mortalità per incidenti stradali totale (maschi e femmine) per la zona di Firenze è più basso rispetto alla media regionale e dell'AUSL 10 e quello per cause violente non si scosta significativamente dai valori medi regionali nella maggior parte delle Zone dell'Ausl 10.

Le variazioni temporali della mortalità

La maggior parte delle cause di morte ha mostrato, dopo aggiustamento per età, importanti riduzioni a partire dalla seconda metà degli anni '90. Le diminuzioni maggiori riguardano le malattie circolatorie e quelle del sistema digerente. I dati in controtendenza riguardano la mortalità per malattie del sistema respiratorio, che presentano un aumento sia negli uomini che nelle donne, e quella per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo, che per gli uomini registrano un aumento mentre per le donne una diminuzione.

Graf.19 Variazione percentuale della mortalità per grandi gruppi di malattie. Zona - distretto Firenze. Variazioni percentuali tra i periodi 2007-2009 vs.1997-1999 dei tassi standardizzati per età



Fonte: Registro di mortalità regionale - ARS - Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Tra le donne, nonostante si registri una diminuzione nel tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, a Firenze permane uno dei tassi standardizzati più alti a livello regionale (58,28) secondo solo al Mugello (69,17).

Mortalità prematura

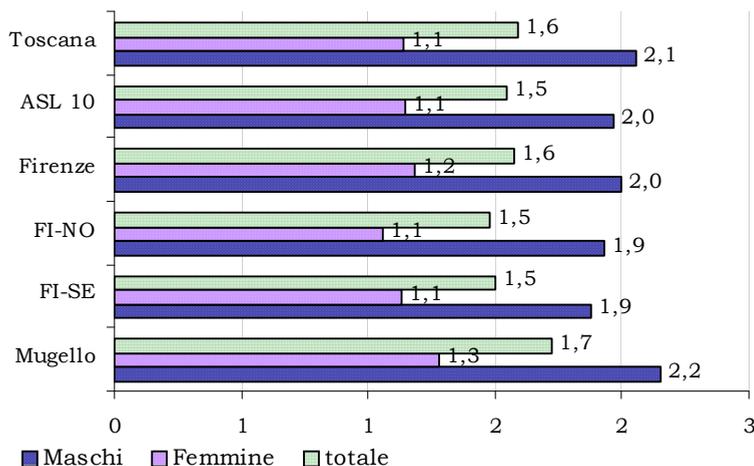
In considerazione dell'attuale durata media della vita, i decessi verificatisi prima dei 65 anni possono essere considerati un indice di mortalità prematura. I decessi in tale fascia di età rappresentano comunque una quota ridotta rispetto alla mortalità generale (nel triennio 2007-2009 a Firenze sono circa il 9,8% del totale).

A Firenze nel triennio 2007-2009 si sono verificati circa 447 decessi all'anno di persone in età inferiore ai 65 anni.

Il fenomeno è nettamente differenziato tra i due sessi, con una maggior rilevanza nei maschi (60,1% del totale delle morti

premature). I valori di mortalità prematura sono simili alla media regionale nelle femmine, e più bassi nei maschi. A livello regionale i valori più alti si riscontrano sia per i maschi (2,5) che per le femmine nell'AUSL di Viareggio (1,23).

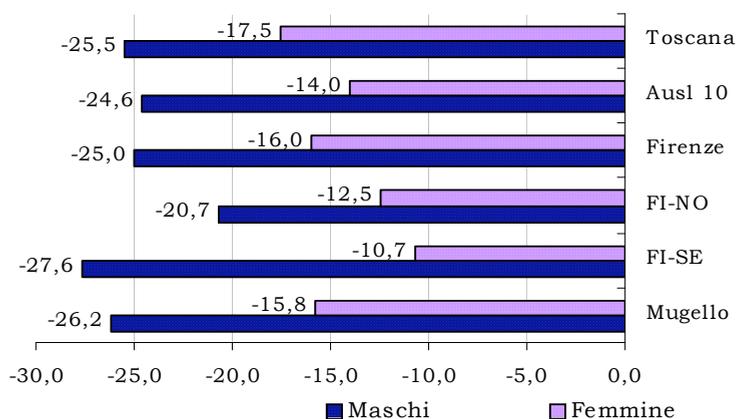
Graf.20 Mortalità prematura: Tassi standardizzati per età (x 1.000 ab.). - Anni 2007-2009 - Zone-Distretto dell'Ausl 10 e Toscana



Fonte: Registro di mortalità regionale - ARS - Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

A Firenze la prima causa di morte prematura nella fascia di età 0-19 anni sono le cause di origine perinatale (30,8%), nella fascia di età 20-34 anni sono invece i traumatismi e gli avvelenamenti (47,5%), mentre sia nella fascia 35-54 anni che nella fascia 55-64 anni sono i tumori (rispettivamente con il 45,7% ed il 60,4%).

Graf.21 Mortalità prematura: Variazioni percentuali tra gli anni 2007-2009 vs. 1997-1999 dei tassi standardizzati per età - Zone-Distretto di Firenze e Toscana



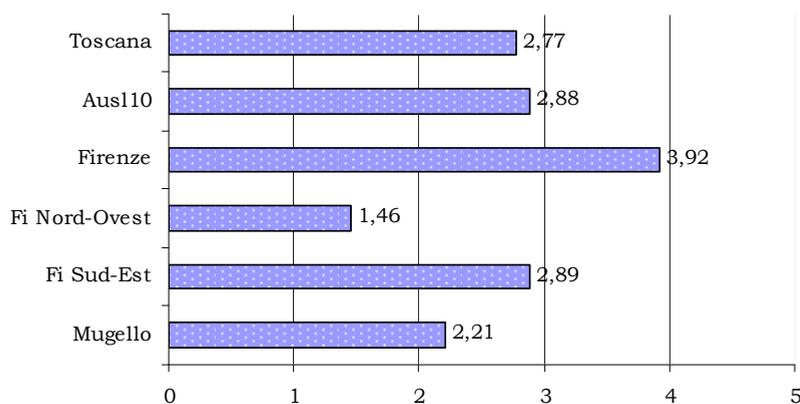
Fonte: Registro di mortalità regionale - ARS - Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Anche i tassi di mortalità prematura, aggiustati per età, hanno mostrato una tendenza progressiva alla riduzione nell'ultimo decennio. In tutte le Zone-Distretto dell'AUSL 10 è la mortalità maschile a far registrare una maggior riduzione rispetto a quella femminile.

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile, rappresentato dal rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita e quello dei nati vivi, è uno dei principali indicatori utilizzati per valutare lo stato di salute di una popolazione: un buon tenore di vita, corretti stili di vita un'efficiente rete dei servizi sanitari danno come risultato un tasso di mortalità contenuto come oramai avviene da decenni nei paesi più sviluppati.

Graf.22 Mortalità infantile: tasso per 1.000 nati vivi. - Anni 2008-2010 - Zone-Distretto dell'Ausl 10 e Toscana



Fonte: Registro di mortalità regionale - ARS - Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Varie cause sono responsabili dei decessi nel primo anno di vita:

- ✓ fattori di natura biologica, quali malattie materne che influenzano lo sviluppo del feto, malformazioni e patologie fetali;
- ✓ fattori legati alla qualità della assistenza sanitaria durante la gravidanza, al momento del parto e dopo la nascita;
- ✓ fattori di carattere socio-economico e culturale.

La maggior parte dei decessi si verifica nei primi giorni di vita. Per questo motivo sono di uso corrente due indicatori, il tasso di mortalità neonatale precoce e, in particolare, il tasso di mortalità neonatale (rappresentati rispettivamente da rapporto tra il numero di

decessi nei primi 7 e nei primi 28 giorni di vita e quello dei nati vivi) che focalizzano l'attenzione su quanto avviene nelle prime settimane dopo la nascita.

Molti dei fattori importanti nel causare i decessi nei primi giorni di vita (patologie materne e fetali, qualità della assistenza durante la gravidanza ed il parto), unitamente a malattie della gravidanza, sono responsabili del fenomeno della natimortalità. Questa viene valutata mediante un altro importante indicatore, il tasso di natimortalità, rappresentato dal rapporto tra il numero dei nati morti e quello dei nati totali (vivi e morti).

Nel triennio 2008-2010, a Firenze, si sono verificati 37 decessi di bambini nel primo anno di vita in aumento rispetto al triennio 2007-2009 (28 decessi). Il tasso di mortalità infantile di Firenze (3,9 per 1.000) è superiore a quello dell'intera Ausl 10 e a quello medio regionale ed è anche in leggera aumento rispetto al 2007-2009 (3,1); inoltre, per l'elevata variabilità casuale del fenomeno, i confronti con altre aree non sono facili da valutare.

Tav.6 Nati-mortalità, mortalità neonatale precoce, mortalità neonatale totale, mortalità infantile in Toscana e zone-distretto della AUSL 10 di Firenze - Triennio 2008-2010

Indicatori	Toscana	AUSL 10	FI	FI N-O	FI S-E	Mugello
nati-mortalità (anni 2009-2011)	2,59	1,85	1,19	1,93	2,63	3,02
Mortalità neonatale precoce (0-7 gg)	1,30	1,46	1,91	0,65	1,78	1,11
mortalità neonatale (0-28 gg)	1,96	2,01	2,54	0,98	2,45	1,66
mortalità infantile (x 1.000 nati vivi)	2,77	2,88	3,92	1,46	2,89	2,21

Fonte: Registro di mortalità regionale - ARS - Popolazione standard di riferimento Toscana anno 2000 - Certificato di assistenza al parto- ARS - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

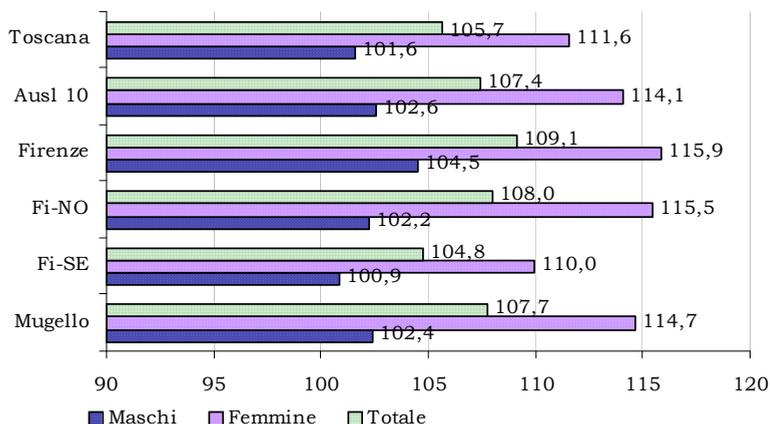
Confrontando gli indicatori riferiti a Firenze possiamo dire che a fronte di un tasso di mortalità infantile più elevato rispetto sia al dato regionale che aziendale, è la mortalità neonatale ad essere più alta sia rispetto al dato regionale che al dato aziendale mentre la nati-mortalità è migliore sia del dato regionale che aziendale.

Persone che ricorrono all'uso dell'ospedale

Il tasso di primo ricovero analizza l'uso dell'ospedale sotto il profilo del numero di persone che ricorrono alle strutture ospedaliere almeno una volta nell'anno per qualsiasi causa; in altri termini se un soggetto in un anno viene ricoverato più volte viene considerato solo il primo ricovero. La misura del ricorso all'ospedale viene pertanto depurata dal fenomeno dei ricoveri ripetuti, ed in una ottica epidemiologica fornisce una indicazione sulla frequenza delle

malattie nella popolazione. L'indicatore, così misurato, presenta valori più bassi rispetto al più tradizionale tasso di ospedalizzazione, basato sul conteggio del totale dei ricoveri sia di tipo ordinario che in day hospital.

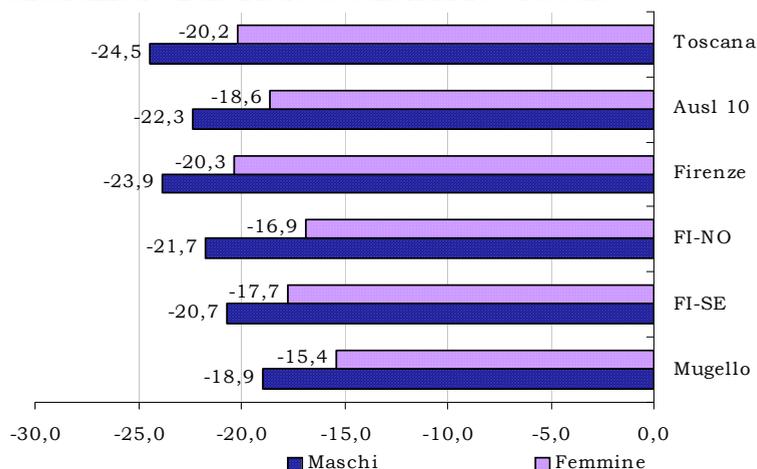
**Graf.23 Tasso di primo ricovero standardizzato per età (x1.000 ab.)
Zone-Distretto della AUSL10 e Toscana - Anno 2011**



Fonte: Archivio SDO -ARS- <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Il tasso di primo ricovero per tutte le cause standardizzato per età di Firenze è superiore al tasso medio aziendale e a quello regionale. Confrontando il tasso di primo ricovero tra il 2011 ed il 2001 si registra una riduzione di questo in tutte le zone distretto della Ausl 10 e a livello regionale, con maggiore evidenza tra i maschi.

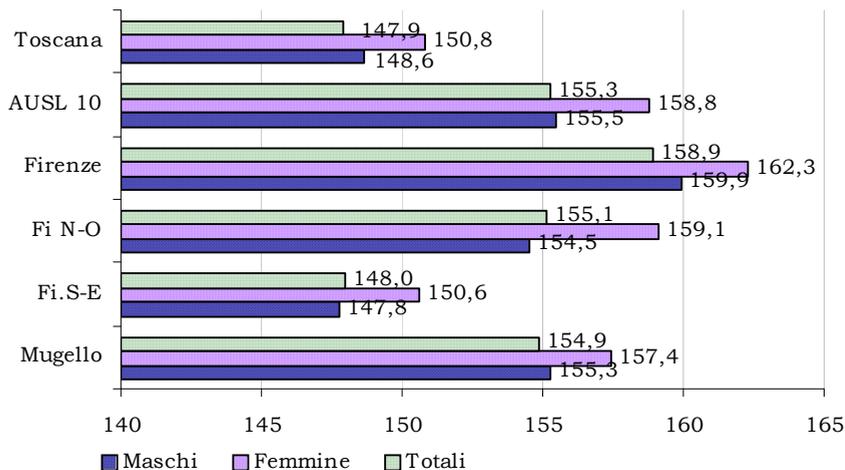
Graf.24 Tasso di primo ricovero: variazione percentuale tra 2011 vs. 2001 dei tassi standardizzati - Zone-Distretto della Ausl 10 e Toscana



Fonte: Archivio SDO -ARS- <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Nell'arco del decennio 2001-2011 il tasso di primo ricovero maschile registra un calo del -23,9%, scendendo da 137,2 a 104,5 ricovero maschile ogni 1.000 residenti maschi; quello femminile si riduce del -20,3%, scendendo da 145,4 a 115,9 ricoveri femminili ogni 1.000 residenti femmine.

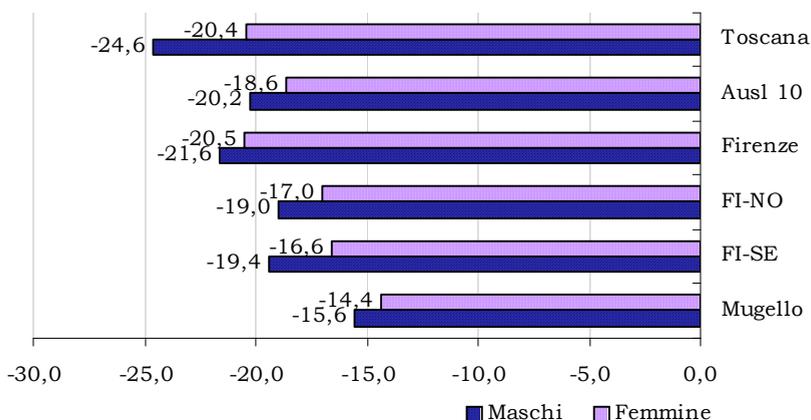
**Graf.25 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età (x 1.000 ab.)
Zone-Distretto della AUSL10 e Toscana - Anno 2011**



Fonte: Archivio SDO -ARS- <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Anche il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età a Firenze, che prende in esame il totale complessivo dei ricoveri per tutte le cause, è superiore al tasso medio aziendale e regionale.

Graf.26 Tasso di ospedalizzazione: variazione percentuale tra 2011 vs. 2001 dei tassi standardizzati - Zone-Distretto della AUSL10 e Toscana



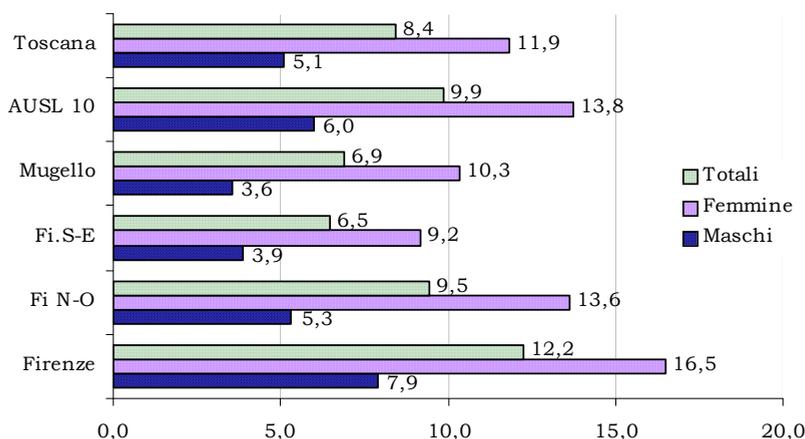
Fonte: Archivio SDO -ARS- <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Come già osservato per il tasso di primo ricovero, anche il tasso di ospedalizzazione evidenzia per i due anni considerati, il 2011 ed il 2001, una tendenza progressiva alla riduzione: tale riduzione è maggiore nei maschi in tutte le zone.

Come già osservato per il tasso di primo ricovero, anche il tasso di ospedalizzazione evidenzia per i due anni considerati, il 2011 ed il 2001, una tendenza progressiva alla riduzione: tale riduzione è maggiore nei maschi in tutte le zone.

A Firenze per i maschi il valore del tasso di ospedalizzazione passa da 2,0 nel 2001 a 1,6 nel 2011, registrando nel decennio una diminuzione del 21,6%.

Graf.27 Ricoveri per tutte le cause: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini non italiani residenti (x 1.000 ab.) - Zone-Distretto della Ausl10 e Toscana - Anno 2011



Fonte:

Archivio SDO -ARS- <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Il tasso di ospedalizzazione tra gli stranieri nell'anno 2011 è pari a 12,2 ricoveri per 1.000 abitanti. Si registrano rilevanti differenze di genere con un tasso di 16,5 per le donne straniere contro il 7,9 degli uomini, differenze principalmente dovute da ricoveri per patologie legate al parto e gravidanza.

Anche nel tasso di ospedalizzazione dei cittadini stranieri Firenze presenta dei valori maggiori sia di quelli delle altre zone dell'Ausl 10 sia di quello regionale.

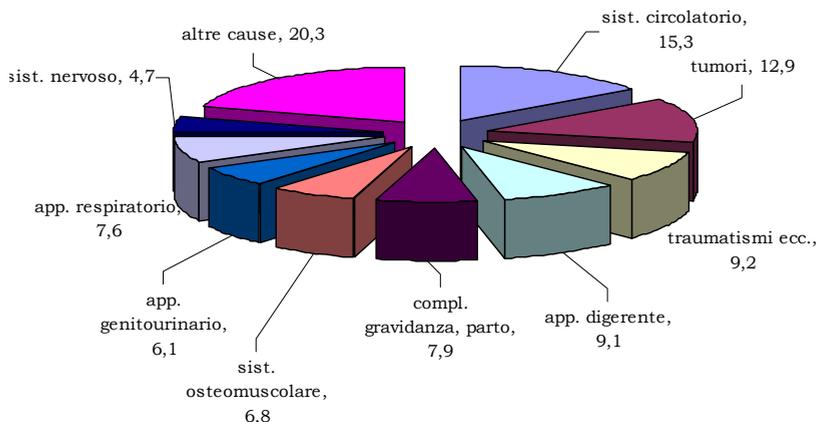
Le principali malattie

L'analisi della distribuzione delle cause di ricovero mostra un quadro molto più articolato della frequenza delle diverse forme morbose.

Infatti, in questo caso, assumono importanza numerose patologie, che per la loro diversa gravità clinica sono raramente causa del decesso di un paziente, ma possono avere importanti implicazioni in termini di compromissione dello stato di salute, cronicità, impegno di

cura e che comunque portano ad una ospedalizzazione. Infatti le sei patologie più rilevanti in termini di mortalità rappresentano circa la metà dei ricoveri, mentre sono responsabili di una quota importante di accessi in ospedale anche altre patologie meno importanti in termini di mortalità, quali le problematiche legate alla gravidanza ed al parto, le malattie del sistema osteomuscolare e quelle dell'apparato genito-urinario.

Graf.28 Distribuzione dei ricoveri per grandi gruppi di malattie – zona distretto Firenze - Anno 2011



Fonte: elaborazioni Ausl 10 Firenze - Epidemiologia

A Firenze si osservano tassi di primo ricovero superiori alla media regionale per il tumore del polmone (femmine), malattie delle ghiandole endocrine, disturbi metabolismo e malattie sistema immunitario (maschi), disturbi psichici (maschi e femmine) e malattie del sistema nervoso (maschi e femmine).

Risultano invece inferiori alla media regionale i tassi per malattie cerebrovascolari (maschie e femmine), per malattie dell'apparato osteomuscolare (maschi e femmine) e traumatismi (femmine).

Gli elevati tassi di ricovero per disturbi psichici, trovano riscontro anche in elevati tassi di ospedalizzazione e di "primo ricovero" in reparti di psichiatria, confermando la peculiarità di tale problematica tra i residenti di Firenze. Tali andamenti sono da porsi in relazione, almeno in parte, con il fatto che l'area fiorentina rappresenta il maggior agglomerato urbano della regione, con una conseguente presenza più accentuata di fenomeni di isolamento sociale e di ridotto supporto familiare, fattori che possono aumentare il disagio psichico delle persone e ridurre le possibilità di risposte alternative all'uso dell'ospedale.

Altri fattori che incidono sullo stato di salute

Sintesi

La salute di una popolazione è influenzata non solo dal sanitario livello della assistenza sanitaria (progressi della medicina, disponibilità di strutture adeguate, etc.), ma anche, e forse in maniera preponderante, da fattori legati al contesto socio-economico, ambientale e culturale in cui le persone vivono.

Ambiente

Inquinamento atmosferico

Dal 1° gennaio 2011 è divenuta operativa la nuova rete regionale delle stazioni di rilevazione per l'inquinamento atmosferico, che ha visto una loro notevole riduzione con una conseguente diminuzione degli agenti inquinanti monitorati.

Per quanto riguarda Firenze, secondo il rapporto ARPAT, i livelli più elevati di PM₁₀ sono stati riscontrati nelle stazioni di traffico di P.te alle Mosse e V.le Gramsci, mentre con riferimento alla media annuale tutte le stazioni della rete hanno rilevato valori nei limiti di legge. Se si considera invece quale fonte il Rapporto annuale sull'ambiente dell'Istat anno 2011, la concentrazione media giornaliera del PM10 ha superato per 59 giorni il valore limite di 50 µg/m³, dato superiore ai limiti normativi (consentito secondo il D.lgs. 155/2010 per non più di 35 volte anno), ma comunque in diminuzione dell'11% rispetto al 2010. Inoltre se si confrontano i dati 2011 con quelli 2010, dei comuni capoluogo di provincia con più di 250.000 abitanti, si nota una generale tendenza all'aumento dei giorni di superamento dei limiti di legge, fatta eccezione tra le grandi città, di Catania, Bari, Firenze e Napoli.

E' plausibile ritenere che abbiano contribuito a tale riduzione sia fattori meteo-climatici, sia la maggiore diffusione di auto meno inquinanti, che le misure di limitazione alla circolazione veicolare nonché le modifiche apportate dall'amministrazione comunale fiorentina alla viabilità urbana.

Rimangono critici i dati relativi a biossido di azoto (NO₂) e ozono (O₃). La media annuale rilevata e relativa al biossido di azoto (NO₂) supera il livello standard di riferimento fissato al 2011 nelle stazioni di Viale Gramsci e di Via P.te alle Mosse come anche in tutte le stazioni di "tipo traffico". Le stazioni "non di traffico" risultano tutte inferiori al limite di riferimento. Tale situazione critica presumibilmente è causata dalla maggiore incidenza dei veicoli diesel.

Infine, sull'ozono (O₃), i dati mostrano che in tutte le stazioni della rete la media degli ultimi tre anni - 2009/2011 - è superiore al "valore obiettivo" fissato in 25 gg annui - come media su 3 anni. Le

situazioni più critiche si osservano nel parco di Boboli, nelle zone collinari prospicienti la città e nelle aree periferiche.

Consumi energetici ridotti

I consumi energetici sono un indice della pressione dell'attività umana sull'ambiente. Nel 2011 il consumo pro-capite di gas metano per uso domestico e per riscaldamento ha registrato una diminuzione del 7,9 % del consumo pro-capite, in linea con la diminuzione registrata a livello nazionale (-7,4%). Per quanto riguarda il consumo pro-capite di energia elettrica per uso domestico a Firenze si registra una diminuzione rispetto al 2010 del 2,6% dato superiore rispetto a quello nazionale. Queste diminuzioni si possono imputare alle temperature invernali più miti rispetto a quelle registrate nel precedente anno ma anche al contestuale rincaro delle tariffe del settore energetico ed all'emergere di difficoltà conseguenti alla crisi economica.

Elevati rifiuti urbani ma molta raccolta differenziata

Firenze è fra le città metropolitane italiane con maggiore intensità di produzione di rifiuti solidi urbani (662 Kg/anno pro-capite), anche se il dato è in diminuzione rispetto al 2010 del 4,09%. Negli ultimi anni si registra una crescita consistente e progressiva della raccolta differenziata di rifiuti che è arrivata al 40,2% del totale dei rifiuti urbani (+4,5% rispetto al 2010), anche se ancora non è stato raggiunto l'obiettivo del 50% previsto per il 2009.

Variabili socioeconomiche

Crescita economica e occupazionale in “frenata”

Il 2011 per l'economia fiorentina è stato l'anno della “ripresa frenata” poiché anche se la crescita iniziale si è parzialmente arenata, la sintesi annuale dei principali indicatori non è stata particolarmente negativa, registrando una crescita del Pil locale del +1,4%. La spesa delle famiglie residenti è cresciuta poco ed è stata in parte sostenuta o con indebitamento o utilizzando parte dei risparmi accumulati negli anni passati, la spesa degli investimenti fissi è diminuita. Tutti questi indicatori non hanno consentito forti recuperi sul fronte occupazionale. È anche probabile che le dinamiche della produttività dei prossimi anni non attenuino questi problemi, facendo dell'occupazione - e in particolare di quella giovanile - il problema principale da affrontare. Il tasso provinciale di occupazione è sceso al 66,5% (vs 67,1% del 2010), quello di disoccupazione raggiunge il 6,0% in crescita di 1,2 punti percentuali rispetto al 2010. La crescita dei disoccupati risente interamente dell'aumento del tasso di disoccupazione maschile (dal 4,0% del 2010 al 6,0% del 2011), lieve invece la diminuzione del tasso di disoccupazione femminile. Con riguardo alle modalità di lavoro la perdita è interamente a carico dei

lavoratori autonomi (-2,8%) che proseguono nella loro discesa numerica, accentuata dalla crisi da ormai cinque anni.

Fattori di rischio individuali e Stili di vita

Migliorano gli stili di vita per alimentazione e attività fisica

Aumentano le persone che seguono corrette abitudini alimentari: è salita al 12% la percentuale di persone che consumano almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura; aumentano le persone in sovrappeso (31%) ma diminuiscono gli obesi (8%). La percentuale delle persone che non svolge alcuna attività fisica è in forte diminuzione, scendendo al 18,2%.

Peggiorano stili di vita per fumo, alcol e farmaci

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI risulta che il 29% degli adulti fuma sigarette; e il 9,3% degli intervistati della Asl può essere classificato come bevitore binge. In lieve diminuzione i consumatori di eroina e cocaina, mentre, rispetto alla precedente rilevazione, aumenta la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver assunto sedativi e/o tranquillanti dal 12,8% del 2007-2008 si arriva al 17,5% del 2010-2011.

Criminalità e sicurezza

Aumentano i delitti denunciati all'autorità giudiziaria

Nella Provincia di Firenze aumentano del 2% i delitti denunciati all'autorità giudiziaria. Confrontando l'indice di delittuosità di Firenze con quello delle altre province italiane, Firenze si colloca al 9° posto, meglio di altre province del nord Italia quali Milano, Bologna, Torino e peggio rispetto a province del centro e del sud Italia come Bari, Napoli, o Catania.

Aumentano gli incidenti stradali, ma diminuiscono quelli mortali

Nel 2011 sono avvenuti 4.632 incidenti stradali, con un aumento del 23% rispetto al 2010: le persone rimaste ferite sono state 3.817, i morti 14, quest'ultimo dato in diminuzione del 39% rispetto al 2010. Le strade a maggiore incidentalità sono essenzialmente le grandi arterie di scorrimento, la fascia di età maggiormente coinvolta quella dai 25 ai 40 anni.

I numeri sugli altri fattori che incidono sullo stato di salute

Ambiente

PM ₁₀ materiale particolato	Firenze, con riferimento alla media annuale presenta valori nei limiti di legge.
NO ₂ - biossido di azoto	Firenze supera il livello standard di riferimento fissato al 2011 (40 mg/m ³)
O ₃ - monossido di ozono	Firenze supera il livello standard di riferimento 25 gg l'anno (come media su 3 anni)
Consumo energia elettrica uso domestico vs 2010	Firenze -2,6%
Consumo pro-capite di gas metano vs 2010	Firenze -7,9%
Produzione di rifiuti solidi urbani	Firenze 662 Kg/anno pro-capite
Percentuale di Raccolta di rifiuti differenziati/RSU totale	Firenze 40,2%

Variabili socioeconomiche

PIL	Provincia Fi +1,4%; RT +0,2%; Italia +0,4%
Tasso di occupazione	Prov.Fi 66,5%; RT 63,6%; Italia 56,9%
Tasso di disoccupazione	Prov Fi 6,0%, RT 6,5% Italia 8,4%
Fattori di rischio individuali e Stili di vita	
% di persone AUSL10 che dichiarano di consumare almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura	12% - in aumento
% delle persone AUSL10 in sovrappeso	31% - in aumento
% di obesi AUSL10	8% - in diminuzione
% delle persone AUSL10 che riferisce di non svolgere alcuna attività fisica	18,2% - in diminuzione
% di fumatori AUSL 10	29,3%
% bevitori binge AUSL10	9,3%

Criminalità e sicurezza

N° delitti denunciati alle autorità giudiziarie	Prov Fi + 2% Italia +5,4%
Var. % incidenti stradali anno 2011/2007	-11%
N° incidenti mortali 2011	14 vs 23 del 2010

Ambiente

Inquinamento atmosferico

La normativa vigente che disciplina la qualità dell'aria ha segnato recentemente significativi cambiamenti, anche per quanto attiene al sistema di misurazione. I passaggi più rilevanti sono costituiti dal D.Lgs. 155/2010 di attuazione della Direttiva 2008/50/CE – che, tra l'altro, abroga il DM 60/02 di recepimento della direttiva 1999/30/CE concernente i valori limite di qualità dell'aria per gli inquinanti biossido di zolfo, biossido di azoto, ossidi di azoto, materiale particolato, piombo, benzene e monossido di carbonio – e, a livello regionale, dalla Deliberazione GRT 1025/2010.

Al fine della valutazione della qualità dell'aria, la DGRT 1025/2010 ha provveduto – sulla base delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 155/2010 – alla zonizzazione del territorio regionale tenendo conto della popolazione residente nelle zone ed alla successiva individuazione delle stazioni di misurazione allo scopo di configurare una rete regionale: questa operazione ha comportato una significativa riduzione delle stazioni per la rete regionale rispetto al numero complessivo iniziale delle stazioni provinciali in esercizio nel territorio della Regione Toscana. Tale nuova configurazione della rete regionale è divenuta operativa dal 1 Gennaio 2011. Nell'area fiorentina non sono state superate le soglie limite per la protezione della salute umana per inquinanti quali il biossido di zolfo (SO₂) e il monossido di carbonio (CO). Per gli inquinanti quali il benzene (C₆H₆) ed il benzo[a]pirene (C₂₀H₁₂) nel 2011 non è stata attivata la rete regionale di monitoraggio.

Gli inquinanti per i quali, invece, nel 2011 si conferma la situazione, già rilevata negli anni passati, di superamento o di non raggiungimento dei valori di riferimento fissati dalla normativa, sono:

- il materiale particolato (PM₁₀),
- il biossido di azoto (NO₂),
- e l'ozono (O₃).

Riguardo all'inquinante PM₁₀ (polveri di dimensione aerodinamica inferiore a 10 micron, c.d. polveri fini o "sottili") la normativa vigente che disciplina la qualità dell'aria prevede una impostazione di fondo basata su valori standard di riferimento in forma di due diversi indicatori: la media annuale e il numero di giorni nell'anno solare in cui viene rilevata una concentrazione media superiore al valore di 50 µg/m³. Per il primo indicatore – la media annuale – è stato fissato il valore di 40 µg/m³ mentre per il secondo indicatore – numero di giorni con concentrazione >50 µg/m³ – è stato fissato il valore di 35 giorni, pari a circa il 10% dei giorni dell'anno.

Il consolidamento del trend di riduzione avviato ormai dal 2003 è caratterizzato da una definita tendenza al calo di tutte le stazioni della Rete Provinciale con riferimento ad entrambi i limiti di legge;

permangono però, all'interno dell'area omogenea¹, situazioni di difformità riguardo alla media annuale e, soprattutto, riguardo alla frequenza di eccedenze giornaliere.

Tav.7 Numero medie giornaliere e media annuale per il PM₁₀. Media annuale per il NO₂ e numero medie giornaliere per l'O₃ per stazioni di rilevamento* - Firenze Anno 2011

Stazione di rilevazione*	PM ₁₀		NO ₂	O ₃
	gg con medie >50mg/m ³	Media Annuale (mg/m ³)	Media Annuale (mg/m ³)	gg con medie su 8 ore >120 mg/m ³ (media 2008-2010)
FI-Boboli (F)	17	26	nd	nd
FI-V.le U. Bassi (F)	19	24	38	nd
FI-V.le Gramsci (T)	55	38	103	nd
FI-V. P.te Mosse (T)	59	38	67	nd
FI-Settignano (S)	nd	nd	13	40
Valore limite	35 gg l'anno	40 mg/m³	40 mg/m³	25 gg l'anno (come media su 3 anni)

* Tipo stazione, Decisione 2001/752/CE: F= fondo; T= traffico; S= suburbana; I= industriale; U= urbana

Fonte: "Annuario dai dati ambientali 2012"- Arpat

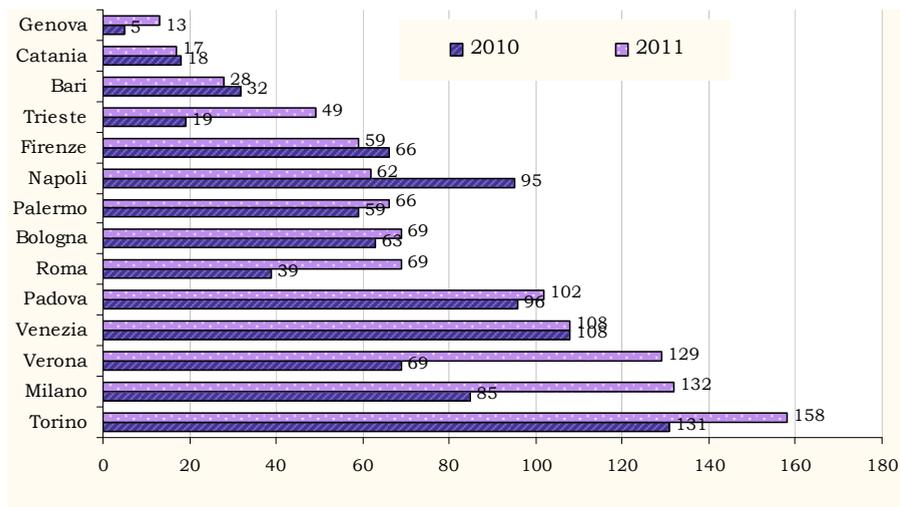
I livelli più elevati di PM₁₀ si riscontrano in prossimità di strade ad alto traffico ed in aree residenziali ai margini dell'area metropolitana per una maggiore stabilità atmosferica nelle ore notturne, con conseguente accumulo di inquinanti. Per quanto riguarda Firenze si è riscontrato il superamento del numero di giorni con concentrazione maggiore di 50 µg/m³ di PM₁₀ nelle stazioni di traffico di P.te alle Mosse e V.le Gramsci, mentre con riferimento alla media annuale tutte le stazioni della rete hanno rilevato valori nei limiti di legge. Si può con ciò ragionevolmente affermare che i trasporti stradali costituiscono la principale sorgente antropica da cui ha origine il PM₁₀.

Se consideriamo un'altra fonte – quale il rapporto annuale sull'ambiente dell'Istat 2011 che fornisce un indicatore sintetico per la città di Firenze – si rileva che il numero di giorni di superamento del PM₁₀ è stato pari a 59 dato superiore alla media pari a 54,4 gg dei 116 comuni capoluogo di provincia che effettuano il monitoraggio e comunque in diminuzione rispetto al 2010 dell'11% (7 giornate in meno). E' plausibile ritenere che abbiano contribuito a tale riduzione sia fattori meteo-climatici, sia la maggiore diffusione di auto meno inquinanti, che le misure di limitazione alla circolazione veicolare nonché le modifiche apportate dall'amministrazione comunale alla viabilità urbana.

¹ Area corrispondente ai territori dei comuni di: Firenze, Scandicci, Campi Bisenzio, Signa, Lastra a Signa, Sesto F.no, Calenzano e Bagno a Ripoli (ex DGRT 1406/2001).

Confrontando i dati dei comuni capoluogo di provincia con più di 250.000 abitanti si nota una generale tendenza all'aumento dei giorni di superamento dei limiti di legge rispetto ai dati del 2010 e dunque un peggioramento generalizzato: fanno eccezione, tra le grandi città, Catania, Bari, Firenze e Napoli che presentano dati in controtendenza.

Graf.29 Numero massimo di giorni di superamento del limite per la protezione della salute umana previsto per il PM10 nei comuni capoluogo di provincia con oltre 250.000 abitanti – Anni 2010-2011



Fonte. ISTAT Indicatori ambientali urbani – 30 luglio 2012

Da segnalare, infine, che nel 2011 Genova e Bari vanno ad aggiungersi a Catania quali unici grandi comuni a non oltrepassare la soglia dei 35 superamenti annui.

Confrontando il valore di 59 gg di superamento del limite per Firenze con quello di altri capoluoghi del nord e centro Italia, valori più alti si riscontrano per città come Torino, Milano, Verona e Venezia.

Per quanto riguarda il biossido di azoto (NO₂) si può mettere in evidenza che la media annuale rilevata supera il livello standard di riferimento fissato al 2011 (valore limite 40 µg/m³) nella stazione di Viale Gramsci (103 µg/m³) e nella stazione di Via P.te alle Mosse (67 µg/m³) ovvero in tutte le stazioni di tipo traffico, siti nei quali si riscontrano valori più che doppi rispetto al riferimento. Le stazioni non di traffico risultano tutte inferiori al limite di riferimento. L'inquinante biossido d'azoto conferma una situazione critica: presumibilmente a causa della maggiore incidenza dei veicoli diesel non si rileva più, ormai da alcuni anni, la tendenza al miglioramento che caratterizzava questo inquinante fino al 2001-2002.

Infine, sull'ozono (O₃), i dati mostrano che in tutte le stazioni della rete la media degli ultimi tre anni – 2009/2011 – è superiore al

"valore obiettivo" fissato in 25 μg annui – come media su 3 anni – in cui si riscontrano medie giornaliere su 8 ore $> 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Le situazioni più critiche si osservano – come atteso data la specificità di questo inquinante secondario – nel parco di Boboli, nelle zone collinari prospicienti la città e nelle aree periferiche. Anche per il 2011 nel periodo estivo per l'inquinante ozono rimane confermata la criticità del quadro complessivo.

Gli effetti dell'inquinamento dell'aria sulla salute

Gli studi epidemiologici sulla relazione tra inquinamento dell'aria e salute cominciano nella seconda metà degli anni Novanta, quando sono stati condotti i grandi studi metanalitici europei (APHEA) e statunitensi (NMMAPS).

A livello nazionale sono stati intrapresi gli studi MISA, SISTI e successivamente il Progetto nazionale EpiAir "Inquinamento atmosferico e salute: sorveglianza epidemiologica e interventi di prevenzione", promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), organismo di coordinamento tra il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.

Il progetto EpiAir, pubblicato nel 2009, ha analizzato per il periodo 2001-2005, su un campione di 10 città (Torino, Milano, Mestre-Venezia, Bologna, Firenze, Pisa, Roma, Taranto, Palermo, Cagliari) gli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico, in gran parte originato dal traffico veicolare, sia sulla mortalità sia sui ricoveri ospedalieri. Il disegno di studio adottato è stato il case-crossover (time stratified). Sono stati studiati 276.205 decessi e 701.902 ricoveri ospedalieri e sono stati presi in considerazione gli inquinanti: polveri fini (PM_{10}), biossido di azoto (NO_2) e ozono (O_3).

Sono stati studiati gli effetti a breve termine (0-5 giorni) dell'inquinamento atmosferico sulla mortalità giornaliera (per tutte le cause non accidentali e per le cause cardiovascolari e respiratorie) e sui ricoveri ospedalieri (per cause cardiorespiratorie).

I risultati sono espressi come incrementi percentuali del rischio di morire o di essere ricoverati, e relativi intervalli di confidenza al 95%, per incrementi di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ della concentrazione di ciascun inquinante

A livello nazionale, l'analisi degli effetti a breve termine sulla mortalità ha messo in luce la presenza di eccessi di rischio legati alle polveri fini (PM_{10}), al biossido di azoto (NO_2) e all'ozono (O_3). Un importante effetto è stato riscontrato nelle analisi dei decessi per cause cardiache e respiratorie.

Le persone sono più soggette agli effetti degli inquinanti o perché l'agente inquinante ha una maggiore tossicità per loro (suscettibilità) o perché sono state sottoposte a livelli di inquinamento maggiori (vulnerabilità). La suscettibilità comprende fattori individuali quali il fattore genetico, l'età e la presenza di patologie, fattori che rendono

più probabile l'effetto nocivo dell'esposizione; lo studio ha confermato che le persone più anziane sono più suscettibili agli effetti del particolato sospeso, mentre è meno evidente il contributo del sesso o delle patologie croniche.

L'analisi dei [ricoveri](#) ha rivelato un effetto immediato del PM₁₀ e dell'NO₂ specie per le malattie cardiache a insorgenza acuta, come l'infarto e lo scompenso cardiaco; sono stati riscontrati effetti evidenti per esposizione a NO₂ e patologie respiratorie, specialmente l'asma in età pediatrica.

Lo studio dimostra un impatto considerevole del PM₁₀ e dell'NO₂ sui ricoveri per malattie cardiache e, in particolare, per la sindrome coronarica e lo scompenso cardiaco. L'impatto è immediato, in genere nella stessa giornata. Si è riscontrato un maggior rischio di ricoveri anche per embolia polmonare in rapporto con la concentrazione di NO₂ con un effetto immediato nella stessa giornata.

La frequenza di ricoveri per malattie respiratorie è influenzata dalla concentrazione dei tre inquinanti, che esercitano i loro effetti con latenze diverse a seconda della patologia. Per le infezioni respiratorie, la latenza tra esposizione e ricovero è generalmente ritardata, mentre per la BPCO i ricoveri crescono subito dopo il picco inquinante. Le stime più elevate del rischio di ricovero sono state riscontrate per l'asma bronchiale, specie tra i bambini, se pur con un effetto ritardato di un giorno.

L'effetto dell'O₃ sulle malattie respiratorie si apprezza per le infezioni delle basse vie aeree e per la BPCO.

Energia

L'indagine "Indicatori ambientali urbani 2011" dell'Istat presenta dati relativi ai 116 comuni capoluoghi di provincia per alcuni determinanti (drivers o cause primarie) di pressione ambientale (emissioni atmosferiche, produzioni di rifiuti, scarichi industriali, ecc.) generata da attività antropica (industria, agricoltura, trasporti, ecc.) e tale da determinare delle alterazioni della situazione ambientale che possono poi provocare effetti negativi sulla salute degli uomini e degli animali, sugli eco-sistemi nonché danni economici, per far fronte ai quali vengono elaborate delle contromisure (leggi; piani di attuazione di nuovi interventi; prescrizioni).

In particolare per quanto riguarda il settore dell'energia, molte ricerche hanno dimostrato che l'introduzione massiccia del [gas metano](#) per uso domestico contribuisce a ridurre il tasso di inquinamento nei centri urbani.

Nel 2011 il consumo pro-capite di gas metano per uso domestico e per riscaldamento ha raggiunto il valore medio nazionale di 391,2 m³ per abitante. Per quanto riguarda Firenze, si è registrato un valore medio pari a 661,0 m³ per abitante superiore alla media nazionale, in

termini assoluti, di circa 269,8 m³ per abitante. Rispetto al 2010, nel capoluogo, si registra una diminuzione del 7,9 % del consumo pro-capite di gas metano legato all'uso domestico, in linea con la diminuzione registrata a livello nazionale (-7,4%). Tale diminuzione è imputabile alle temperature invernali più miti rispetto a quelle registrate nel precedente anno ma anche al contestuale rincaro delle tariffe del settore energetico.

Rimanendo sempre in ambito energetico il consumo di *energia elettrica* per uso domestico è un altro importante indicatore con riferimento alle cause generatrici del degrado ambientale: dall'osservazione di tale parametro ne deriva la conseguente opportunità di usare al meglio tale risorsa per ridurne i consumi.

Il consumo pro-capite di energia elettrica per uso domestico a livello nazionale è leggermente in calo rispetto all'anno precedente (-0,3%) e nel 2011 si è attestato sui 1.199,6 KWh per abitante. Firenze, per il 2011, presenta dei livelli di consumo di energia elettrica di 1.206,5 KWh per abitante – in diminuzione rispetto al 2010 del 2,6% - e superiore rispetto al dato nazionale.

Trasporti

Anche il settore dei trasporti può essere considerato una delle cause primarie delle alterazioni della situazione ambientale.

Considerando una media per tutti i comuni capoluoghi di provincia, nel 2011 si è registrato un tasso di motorizzazione pari a 614 autovetture ogni 1.000 abitanti (+0,5% sul 2010). Firenze con 561,7 autovetture ogni 1.000 abitanti (+1,1% sul 2010) è comunque fra le città del centro Italia con meno autovetture.

A Firenze, nel 2011, ci sono stati 246,4 passeggeri trasportati dai mezzi pubblici per abitante – con un aumento del 2,7% sul 2010 – rispetto ad una media nazionale pari a circa 228. La domanda di trasporto pubblico così misurata è stata in crescita a Firenze negli anni dal 2003 al 2007 (punto di massimo con 248,2 passeggeri per abitante) periodo a cui è seguito un calo nel 2008, che è continuato anche nel 2009, per poi tornare a crescere a partire dal 2010, verosimilmente grazie alla grande affluenza di passeggeri che, fin dalla sua inaugurazione nel Febbraio del 2010, ha fatto registrare la linea 1 della Tramvia. Si ricorda come lo sviluppo del trasporto pubblico urbano rappresenti una delle principali risposte nel tentativo di ridurre gli impatti ambientali e sanitari derivanti dal traffico veicolare privato.

L'incrocio fra il tasso di motorizzazione (autovetture per 1.000 abitanti) e la domanda di trasporto pubblico (passeggeri trasportati dai mezzi di trasporto pubblico per abitante) potrebbe essere utilizzato per trarre una possibile indicazione sull'evoluzione del traffico veicolare privato: a Firenze tale confronto sembrerebbe suggerire una tendenza alla sua riduzione. Infatti, dal 2003 al 2011, a fronte di una riduzione percentuale del tasso di motorizzazione del

4,5%, si è avuto un incremento di domanda del trasporto pubblico del 12,3%.

Infine può essere interessante fornire il dato relativo alla diffusione dei motocicli: a Firenze, nel 2011, il numero di motocicli per 1.000 abitanti è stato pari a 192 – come per il 2010 – contro una media nazionale di 131.

Nel corso degli anni si può osservare in generale un crescente uso di motocicli: fin dal 2000 si assiste, infatti, ad una maggiore diffusione dei veicoli a due ruote destinati al trasporto di persone aumentati dell'88%. I motivi di tale incremento possono essere diversi: la scarsa disponibilità di aree destinate alla sosta; il crescente congestionamento del traffico urbano; l'aumento delle aree per le quali è stata disposta la limitazione o l'interdizione alla circolazione dei veicoli.

Inquinamento acustico

L'inquinamento acustico è un fattore di rischio presente negli ambienti di vita e di lavoro che provoca effetti nocivi all'udito e all'intero organismo: è importante pertanto ridurre l'esposizione limitando le emissioni.

Il traffico veicolare è la sorgente più rilevante agli effetti di disturbo poiché interessa tutta l'area comunale. Secondo l'attuale normativa (L.447/1995 legge quadro sull'inquinamento acustico ed in particolare il DPCM 14/11/1997 sulla determinazione dei valori limite delle sorgenti sonore) il livello di rumore all'esterno delle abitazioni non deve superare un LEq – Livello Equivalente di pressione sonora di 65 dB(A) nelle ore diurne e 55 dB(A) nelle ore notturne. Dalla mappa acustica strategica di Firenze del 2007 – da aggiornarsi ogni 5 anni secondo la normativa europea di riferimento, Direttiva 2002/49/CE ed il D.Lgs. 196/2005 di recepimento – realizzata dal Comune in collaborazione con l'Arpat, emerge che il 43% dei residenti fiorentini è sottoposto durante la notte a livelli di rumore superiori ai limiti mentre nella fascia diurna tale percentuale si attesta al 31%.

Il quartiere in cui si superano maggiormente i valori imposti per legge, calcolati con una media ponderata del rumore sulle ventiquattro ore della giornata, è il Quartiere 1-Centro storico, seguono i quartieri 5-Rifredi e 2-Campo di Marte che fanno registrare all'incirca gli stessi valori, il quartiere 4 di Isolotto-Legnaia ed infine il quartiere 3 di Gavinana-Galluzzo con i valori più bassi.

Rifiuti solidi urbani

Migliorare il sistema di raccolta e trattamento dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti speciali rappresenta un'importante azione per minimizzare i rischi per la salute umana ed i danni ambientali.

Con 662 Kg/anno pro-capite – dato Istat per il 2011 – Firenze è fra le città metropolitane italiane con maggiore intensità di produzione di

rifiuti solidi urbani (RSU), anche se il dato è in diminuzione rispetto al 2010 del 4,09%.

Negli ultimi anni si registra una crescita consistente e progressiva della raccolta di rifiuti differenziati (RD) che è arrivata nel 2011 al 40,2% del totale dei rifiuti urbani (+4,5% rispetto al 2010), anche se ancora non è stato raggiunto l'obiettivo del 50% previsto dalla L.296/2006 che doveva essere raggiunto entro il 31/12/2009.

I dati Istat sulla raccolta differenziata ci permettono di fare un confronto con gli altri capoluoghi di provincia. Occorre però precisare che per quanto riguarda Firenze il dato fornito dall'Istat risulta inferiore rispetto a quello fornito dalla Quadrifoglio S.p.A, per la quale nel 2011 la percentuale di raccolta differenziata è del 45%.

Nonostante questa differenza confrontando la raccolta differenziata nei capoluoghi di provincia con popolazione residente superiore a 250.000 abitanti, si può rilevare che sei comuni hanno per il 2011 una percentuale di raccolta differenziata superiore alla media nazionale (33,4%) e che Firenze occupa il terzo posto, preceduta da Verona e Torino.

Variabili socioeconomiche

L'indice di deprivazione

Il rapporto tra stato di salute e livello socio-economico è ben noto da molti anni nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale; alcune indagini hanno riguardato anche la realtà toscana e fiorentina (es. Studio longitudinale toscano). Molti studi, fino dagli anni '80, hanno evidenziato differenze nei livelli di mortalità e morbosità in relazione a diverse modalità di definizione del livello socio-economico trovando generalmente un maggior rischio di malattia nei gruppi socio-economici più svantaggiati. Molti fattori, spesso tra loro intercorrelati, contribuiscono a spiegare il fenomeno, tra i quali rivestono particolare importanza: livello culturale, esposizioni a fattori nocivi nell'ambiente di vita e di lavoro, stili di vita ed accesso ai servizi sanitari. Il livello socio-economico può essere definito sia a livello individuale che a livello di aggregati di persone mediante la costruzione di indici che rappresentano in maniera sintetica più variabili elementari relative a diversi aspetti della deprivazione materiale e sociale. In Italia sono stati definiti indici di deprivazione aggregati a livello di sezione di censimento, tra cui quello presentato in questa relazione che, fino a che non verranno elaborati i dati del censimento 2011, continua a basarsi sui dati raccolti dal censimento del 2001 (derivato dal lavoro di N. Caranci e G. Costa "Un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazione e composizione". Salute e Società, n° 1/2009). Tale indice attribuisce ad ogni sezione censuaria un livello di deprivazione utilizzando le seguenti variabili: percentuale di popolazione con licenza elementare, popolazione disoccupata e in cerca di prima occupazione, abitazioni occupate in affitto, famiglie

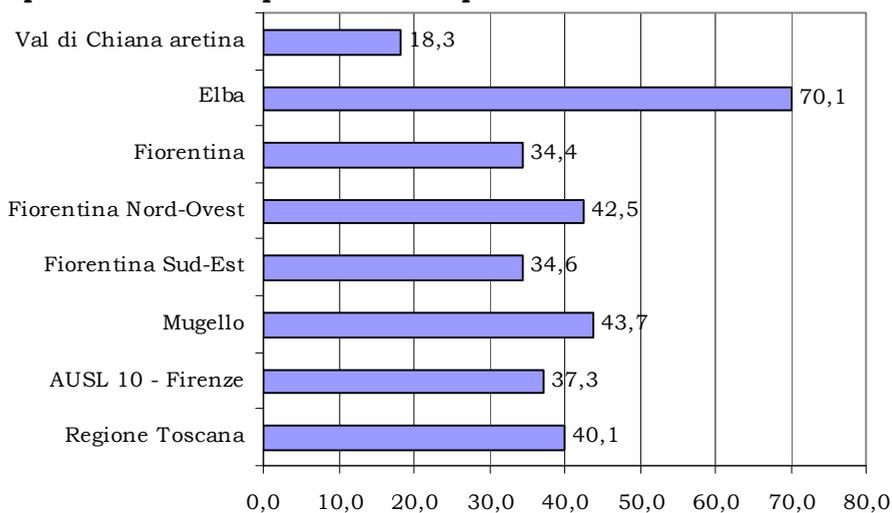
monogenitoriali con figli, densità abitativa (numero occupanti per 100 m²). I dati sono poi sintetizzati a livello di aggregazioni di zone censuarie (es. comuni, zone-distretto, aree sub-comunali ecc.) calcolando la percentuale della popolazione totale dell'area in esame residente in sezioni censuarie deprivate/molto deprivate.

A *livello nazionale* l'indice evidenzia differenze tra il Sud e le Isole rispetto al Centro e al Nord; in particolare, fra le 10 città con popolazione maggiore ai 300.000 abitanti, Firenze e Bologna sono risultate le due città con la percentuale di deprivati o molto deprivati più bassa.

A *livello toscano*, la percentuale più alta di persone residenti in sezioni censuarie deprivate o molto deprivate si registra *nell'AUSL* di Massa e Carrara (59,1%), mentre la più bassa è stata rilevata nell'AUSL di Arezzo (23,6%). L'AUSL di Firenze ha una percentuale pari a 37,2%, inferiore al valore medio della Toscana, pari al 40%, che la pone tra le aree in una situazione migliore.

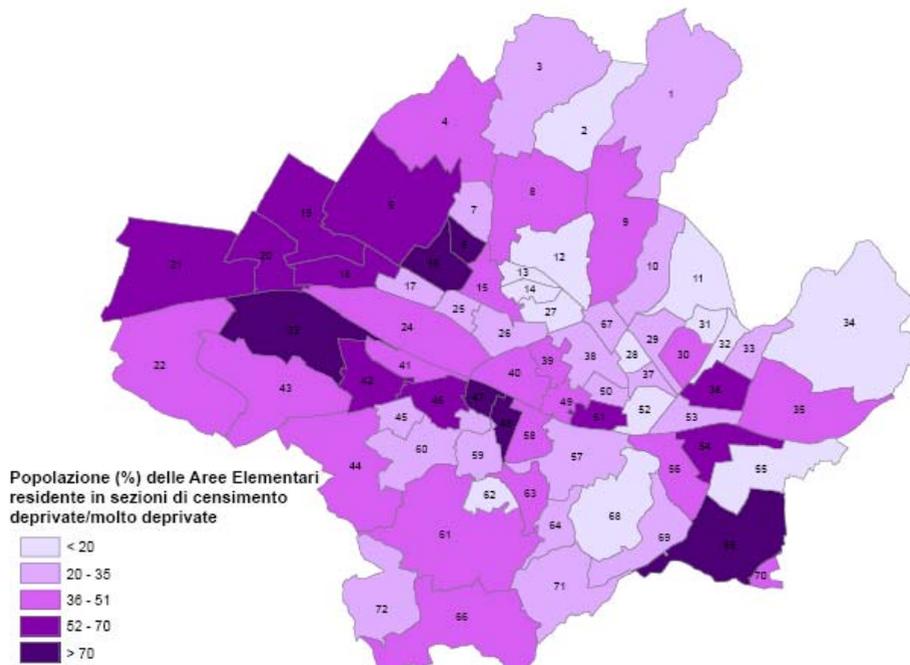
Confrontando lo stesso indice per *Zone-distretto*, la percentuale più alta di popolazione residente in aree deprivate o molto deprivate si ha nell'isola d'Elba, mentre la percentuale minore risulta quella della Val di Chiana Aretina. Firenze ha una percentuale pari a 34,4%, molto simile alla Fiorentina Sud-Est (34,6%), mentre il Mugello e la Fiorentina Nord-Ovest presentano valori un po' più alti, rispettivamente 43,7% e 42,5%, superiori anche al valore medio regionale.

Graf.30 Popolazione dell'area residente in sezioni di censimento deprivate o molto deprivate – Valori percentuali - Anno 2001



Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds>

Graf.31 Indice di deprivazione per aree elementari



Fonte: cartogramma a cura di Direzione Sistemi Informativi – Servizio Sistema informativo territoriale – Comune di Firenze - su elaborazioni Caranci N. , Costa G. su dati censimento Istat 2001.

Legenda Aree Elementari - Firenze		
1 - Trespiano	25 - Puccini-Ponte alle Mosse	49 - Centro
2 - Massoni	26 - S. Jacopino	50 - S. Ambrogio
3 - Serpiolle	27 - Liberta'-Fortezza	51 - S. Croce
4 - Castello	28 - Donatello	52 - Gioberti
5 - Novoli-Lippi	29 - Mille	53 - Bellariva
6 - Firenze Nova	30 - Campo di Marte	54 - Bandino
7 - Rifredi	31 - Calatafimi	55 - Europa
8 - Careggi	32 - Africo	56 - Gavinana
9 - Faentina	33 - Coverciano	57 - Michelangelo
10 - Cure	34 - Settignano	58 - S. Spirito
11 - S. Gervasio	35 - Varlungo-Rovezzano	59 - Bellosguardo
12 - Montughi-Poggetto	36 - S. Salvi	60 - Soffiano
13 - Leopoldo	37 - Oberdan	61 - Due Strade
14 - Viesseux	38 - S. Marco	62 - Senese
15 - Ponte di Mezzo	39 - Mercato Centrale	63 - Poggio Imperiale
16 - Novoli-Fiat	40 - Stazione-Il Prato	64 - Arcetri
17 - Novoli-Baracca est	41 - Isolotto nord	65 - Sorgane-Cinque Vie
18 - Novoli-Baracca-ovest	42 - Isolotto sud	66 - Galluzzo
19 - Peretola	43 - Piombino-Etruria	67 - Liberta'-Savonarola
20 - Petriolo-Quaracchi	44 - Torregalli	68 - Torre del Gallo
21 - Brozzi-Le Piagge	45 - Legnaia	69 - Cascine del Riccio-Cinque Vie
22 - Mantignano-Ugnano-Sollicciano	46 - Monticelli	70 - Ponte a Ema
23 - S. Bartolo a Cintoia	47 - Pignone	71 - Monteripaldi
24 - Cascine	48 - S. Frediano	72 - Bagnese-Fiume Greve

Per valutare le differenze nel livello di deprivazione *all'interno della città di Firenze*, abbiamo calcolato la percentuale di popolazione residente in sezioni censuarie deprivate o molto deprivate per le Aree Elementari (AE) in cui è divisa la città e suddiviso l'indicatore in cinque classi composte da un eguale numero di aree elementari (quintili). Le cinque classi hanno i seguenti limiti: inferiore 20%, 20%-35%, 36%-51%, 52%-70% e maggiore del 70%. I dati sono poi stati riportati sulla cartografia del AE.

Le aree con le più alte percentuali di popolazione residente in sezioni censuarie deprivate/molto deprivate si trovano maggiormente concentrate nella zona ovest della città e nell'Oltrarno, mentre le aree con la più bassa percentuale di popolazione residente nelle sezioni più svantaggiate sono dislocate in modo prevalente nella parte nord-est della città.

Indicatori Economici

Durante il 2011 il contesto economico internazionale ha decisamente sofferto delle criticità emerse nella seconda metà dell'anno che hanno determinato un blocco della ripresa. La causa di tale arresto va ricondotta: ai debiti pubblici di alcuni paesi dell'Area Euro; agli eccessivi rialzi dei prezzi delle materie prime che, per buona parte del 2011, hanno attenuato la dinamica della domanda; alle politiche di bilancio restrittive, come risultato dell'inadeguatezza di quelle precedenti; alle criticità ancora presenti sui mercati del lavoro con effetti depressivi soprattutto sulla domanda di lavoro delle imprese e sulla spesa delle famiglie.

In Italia nel 2011 si è rallentata la crescita economica nazionale con un *prodotto interno lordo (Pil)* che è aumentato del +0,4% nei confronti di un +1,8% dell'anno precedente. Su questo risultato hanno inciso fortemente le tensioni sui mercati, emerse all'inizio del secondo semestre, determinate dai dubbi sull'affidabilità del nostro paese nel riuscire a rispettare gli impegni presi per riequilibrare i conti pubblici.

A livello territoriale il Nord-est è l'area che segna il risultato più positivo in termini di variazione del Pil in volume (+1,1%), seguono Nord-ovest (+0,6%) e Centro (+0,2%). L'unica ripartizione che ha subito una diminuzione del Pil rispetto all'anno precedente è il Mezzogiorno (-0,3) (cfr. Istat, *Conti Economici Regionali. Anni 1995-2011*, 23 novembre 2012).

Questi risultati sono principalmente imputabili al marcato rallentamento della dinamica, o alla contrazione, del valore aggiunto industriale, che aveva trainato la ripresa del 2010. In particolare, Centro e Mezzogiorno hanno fortemente risentito degli effetti della riduzione delle attività industriali (rispettivamente -3,6% e -1,5%).

Il rallentamento dell'attività produttiva si è accompagnato nel 2011 a una dinamica molto debole dei consumi finali delle famiglie, cresciuti a livello nazionale dello 0,2% in volume. La spesa per consumi è

stata lievemente più vivace nelle regioni del Nord-ovest, con un incremento dello 0,6%, mentre ha segnato valori negativi nel Mezzogiorno (-0,1%).

Secondo Istat la *propensione al risparmio*, calcolata come rapporto tra risparmio lordo e reddito disponibile, nel 2011 in Italia si è attestata al 12%, il valore più basso dal 1995, con una diminuzione di 0,7 punti percentuali rispetto al 2010 (cfr. Istat, *Reddito e risparmio delle famiglie e profitti delle società, IV trimestre 2011*, 5 aprile 2012).

Anche per la Toscana il 2011 è un anno caratterizzato dal nuovo rallentamento nella crescita dell'economia regionale che, come quella nazionale, si manifesta soprattutto a partire dalla seconda metà dell'anno con comportamenti assai diversificati al suo interno.

Nel 2011 il *Pil regionale* ha registrato una variazione percentuale del +0,2%, leggermente inferiore a quella nazionale (+0,4%), anche perché le importazioni, seppur aumentate meno delle esportazioni, sono risultate in crescita ad un ritmo leggermente più sostenuto di quello osservato nel resto del paese.

Complessivamente, nel corso del 2011, la produzione è risultata in flessione in tutti i principali macro-settori economici (agricoltura, industria, costruzioni, servizi non market) con valori relativamente contenuti (entro il -1%) per tutti, fatta eccezione per le costruzioni, che cadono di oltre il 7%. L'unica eccezione positiva in questo quadro è rappresentata dai servizi market (cfr. Irpet, *La situazione economica della Toscana, Consuntivo anno 2011*, giugno 2012).

La spesa delle famiglie è l'unica voce interna che ha registrato una dinamica positiva, è infatti cresciuta dello 0,6% sul territorio regionale con 0,1 punti percentuali di contributo alla crescita della domanda totale.

Il 2011 per l'economia fiorentina è stato l'anno della "ripresa frenata" poiché anche se la crescita iniziale si è parzialmente arenata, la sintesi annuale dei principali indicatori non è stata particolarmente negativa, registrando una crescita del Pil locale del +1,4%. Si è rilevata una buona *performance* del manifatturiero, del commercio estero e della spesa turistica estera; mentre il tasso di sviluppo imprenditoriale ha registrato una dinamica più contenuta, ma che rimane analoga a quella dello scorso anno (+1,1%). In forte calo risulta invece il fatturato delle attività commerciali al dettaglio in sede fissa, con una variazione negativa che si accentua rispetto all'anno scorso (da -1,3% a -1,9%), risentendo soprattutto della contrazione dei consumi delle famiglie, che sarà probabile causa per il 2012 dei principali problemi di sviluppo del Pil.

La *spesa delle famiglie* residenti è cresciuta poco ed è stata in parte sostenuta o con indebitamento o utilizzando parte dei risparmi accumulati negli anni passati.

La *spesa degli investimenti fissi* è diminuita, in controtendenza rispetto all'anno precedente.

La domanda estera ha mantenuto un buon tasso di sviluppo, registrando un aumento del +5,6% delle *esportazioni* nette, determinato principalmente dalla caduta delle *importazioni* (-4,6%) a causa dalla criticità della domanda interna che ha risentito della frenata di consumi e investimenti.

L'apporto positivo delle esportazioni nette è risultato comunque piuttosto intenso, riuscendo a controbilanciare in modo più che adeguato il contributo moderatamente negativo della domanda interna, ma è anche l'espressione di una crescente dipendenza dall'estero della nostra economia.

Tav.8 Indicatori macroeconomici per la provincia di Firenze. Variazioni percentuali sull'anno precedente - Anni 2007-2011

Indicatori	anni				
	2007	2008	2009	2010	2011
Valore aggiunto	1,7	-0,8	-4,6	1,4	1,4
Esportazioni	7,0	-6,8	-10,4	1,9	5,6
Importazioni	1,4	-13,1	-9,2	3,5	-4,6
Consumi finali famiglie	1,7	-1,1	-3,2	0,7	0,3
Investimenti fissi lordi	0,7	-3,0	-11,1	3,7	-0,5
Reddito disponibile	0,4	-0,6	-2,6	-0,5	-0,9

Fonte Rapporto della Camera di Commercio di Firenze "L'andamento dell'economia fiorentina nel 2011" - elaborazioni su dati Prometeia

Tutti questi indicatori non hanno consentito forti recuperi sul fronte occupazionale, ed è anche probabile che le dinamiche della produttività dei prossimi anni non attenuino questi problemi, facendo dell'occupazione - e in particolare di quella giovanile - il problema principale da affrontare.

Nel 2011 a livello nazionale il *tasso di occupazione* è stato pari al 56,9%, aumentando di appena un decimo di punto rispetto a quello del 2010.

Se l'occupazione dipendente cresce (+0,8%) è per merito quasi esclusivo del lavoro a termine, si contrappone la moderata flessione dell'occupazione indipendente (-0,6%) (cfr. Istat, *Occupati e disoccupati Anno 2011, Anno 2011*, 2 aprile 2012). Le imprese hanno privilegiato il lavoro a termine e come confermato da altre indagini sui flussi di assunzione condotte a livello nazionale, il contratto a tempo indeterminato viene sempre meno utilizzato dalle imprese per le prime assunzioni. Il calo del lavoro standard a tempo indeterminato è parzialmente spiegato dall'esaurimento delle tempistiche di erogazione della Cassa integrazione Guadagni (CIG), rendendo così inevitabili i licenziamenti.

Tav.9 Tasso di occupazione e di disoccupazione Provincia di Firenze, Regione Toscana e Italia - Anni 2005-2011

anno	Tasso di occupazione (15-64)		
	Firenze	Toscana	Italia
2005	66,5	63,7	57,5
2006	67,7	64,8	58,4
2007	67,6	64,8	58,7
2008	69,0	65,4	58,7
2009	67,8	64,8	57,5
2010	67,1	63,8	56,9
2011	66,5	63,6	56,9
	Tasso di disoccupazione		
	Firenze	Toscana	Italia
2005	4,5	5,3	7,7
2006	4,4	4,8	6,8
2007	3,5	4,3	6,1
2008	4,4	5,0	6,7
2009	5,0	5,8	7,8
2010	4,8	6,1	8,4
2011	6,0	6,5	8,4

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Indagine Forze Lavoro

In Italia, nel 2011, il *tasso di disoccupazione* è stato pari a 8,4%, invariato rispetto al 2010 che era però in aumento rispetto al 7,8% registrato nel 2009. Ciò che preoccupa di più è l'aumento del tasso di disoccupazione tra i giovani e il rischio che il progressivo esaurimento della CIG, come strumento di gestione della crisi, renda maggiormente visibile la criticità della gestione della disoccupazione: il *tasso di disoccupazione dei giovani tra 15 e 24* anni rispetto al 2010 è salito dal 27,8% al 29,1%, mentre per la fascia di età tra i 25 e i 34 anni è pressoché stabile (11,9% nel 2010 e 11,7% nel 2011).

La Regione Toscana ha registrato un tasso di occupazione pari al 63,6% valore decisamente superiore a quello nazionale e stazionario rispetto all'anno precedente (63,8%), anche se in diminuzione di 1,2 punti percentuali rispetto al 2009.

I disoccupati sono 108mila con un aumento del 6,9% rispetto all'anno scorso; il tasso di disoccupazione sale dal 6,1% al 6,5%, risentendo sia dell'aumento della disoccupazione maschile (da 5,0% a 5,4%) che di quella femminile (da 7,5% a 7,8%)

Le stime provinciali sulle forze di lavoro Istat certificano per l'anno 2011 per Firenze una contrazione dell'occupazione rispetto all'anno precedente: nel 2011 il tasso di occupazione è stato pari a 66,5% contro un 67,1% nel 2010. Considerato il rilevante calo degli occupati rilevato negli anni 2007-2009, dal lato offerta di lavoro sembrerebbe quindi che gli effetti negativi sul mercato siano cresciuti.

Per la Provincia di Firenze il tasso di disoccupazione si attesta nel 2011 a 6,01, in crescita di 1,2 punti percentuali rispetto al 2010. La crescita dei disoccupati risente interamente dell'aumento del tasso di disoccupazione maschile (dal 4,0 del 2010% al 6,0% del 2011), mentre per la componente femminile si registra una lievissima diminuzione del tasso di disoccupazione (dal 5,8% al 5,1%). Con riguardo alle modalità di lavoro la perdita è interamente a carico degli autonomi (-2,8%) che proseguono nella loro discesa numerica, accentuata dalla crisi da ormai cinque anni.

Tav.10 Indicatori su le forze lavoro per provincia di Firenze, Regione Toscana, Italia - Anno 2011

indicatori	Maschi			Femmine			Totale		
	FI	R.T.	Italia	FI	R.T.	Italia	FI	R.T.	Italia
Occupati (in migliaia)	237	890	13.619	191	665	9.349	427	1.555	22.967
Disoccupati (in migliaia)	16	51	1.114	12	57	993	28	108	2.108
Tasso occupazione	74,4	72,9	67,5	58,9	54,4	46,5	66,5	63,6	56,9
Tasso disoccupazione	6,0	5,4	7,6	5,1	7,9	9,6	6,01	6,5	8,4
Tasso disoccupazione giovanile 15-24 anni	24,5	21	27,1	30	30,3	32	26,8	24,9	29,1

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT Indagine Forze Lavoro

Dal punto di vista dei macrosettori di attività le perdite di posti di lavoro si sono concentrate nel comparto agricolo (-40,4%) e in quello edilizio (-15,6%); l'industria in senso stretto dopo aver perso il 9,1% nel 2010, aumenta invece il livello dell'occupazione dello 0,8% - con un apporto positivo dei lavoratori dipendenti (+1,6%) - così come il terziario dove l'occupazione torna a crescere in misura più decisa (+2,2%) e soprattutto con il contributo del lavoro autonomo (+13,3%). Le conseguenze della crisi sul mercato del lavoro tendono a pesare in misura crescente proprio sui più giovani, rendendo sempre più difficili le condizioni di accesso: il tasso di disoccupazione giovanile (fascia 15-24 anni) per la provincia di Firenze è aumentato di circa 6 punti percentuali rispetto al 2010 passando dal 20,8% al 26,8%. Si tratta di un livello elevato anche se si colloca su valori inferiori alla media regionale (24,9%) e nazionale (29,1%).

Fattori di rischio individuali e Stili di vita

Lo stato di salute di una popolazione dipende oltre che dai fattori genetici individuali, dal contesto ambientale, socio-economico e culturale, anche dagli stili di vita personali. Vi è la certezza che molte patologie croniche, fra cui le malattie cardiovascolari e alcuni tumori, sono segnati da stili di vita non corretti, quali cattiva alimentazione, abuso di alcol, ricorso a sostanze stupefacenti, fumo di tabacco, scarsa attività fisica.

I dati rilevati dal sistema di sorveglianza Passi 2008-2011 forniscono alcune indicazioni su quali sono le prevalenze nei residenti della AUSL 10 di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari e di abitudini di vita come alimentazione, attività fisica, fumo ed alcol.

Studio P.a.s.s.i. – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: sistema di sorveglianza per il monitoraggio di alcuni aspetti della salute e di fattori correlati della popolazione toscana di età compresa tra i 18 e i 69 anni svolto tramite la somministrazione telefonica di un questionario ad un campione mensile stratificato per sesso ed età che per la Regione è stato di 1.924 individui suddivisi per AUSL.

Una *corretta alimentazione* contribuisce a prevenire alcune malattie o a limitarne i danni: si pensi al ruolo protettivo del consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. Sulla base dei dati dello studio Passi 2008-2011 la percentuale di persone che nella AUSL 10 dichiarano di consumare giornalmente le porzioni raccomandate è in lieve aumento, rispetto al precedente triennio, si passa infatti dall'11% al 12%, quelle che non ne assumono affatto sono in lieve diminuzione, dal 3,2% si passa infatti al 2%, quelle che assumono tre – quattro porzioni sono il 47%.

Rispetto al *peso corporeo* sulla base dei dati del sistema di sorveglianza PASSI relativi al 2008-2011 risulta che nella Ausl 10 la percentuale delle persone in sovrappeso sia in aumento, si passa infatti dal 26% del precedente triennio al 31%, mentre gli obesi siano in diminuzione, passano infatti dal 10% all'8%. L'eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età colpisce di più gli uomini e le persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio o molte difficoltà economiche.

Anche l'*attività fisica* svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute, poiché l'esercizio fisico regolare contribuisce a prevenire patologie croniche come diabete, patologie cardiovascolari ed obesità, riduce o elimina fattori di rischio come pressione alta e ipercolesterolemia, protegge da condizioni disabilitanti quali artrite e osteoporosi. Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI 2008-2011 nella AUSL 10 i completamente sedentari risultano in forte diminuzione rispetto al triennio precedente, si passa infatti dal 27,4% del triennio 2007-2008 al 18,2%.

La sedentarietà cresce con l'età ed è maggiore nelle donne, nelle persone con livello d'istruzione basso e in quelle che riferiscono difficoltà economiche.

Nella Ausl 10 il 38,8% delle persone intervistate riferisce di svolgere un'attività lavorativa pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; il 43% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo).

La salute risente infine dei rilevanti effetti negativi causati dalla dipendenza da alcol e da fumo di tabacco e dall'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Secondo lo studio ARS sul *consumo di tabacco* e le conseguenze sanitarie (marzo 2010), il tabagismo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie, in particolare per quelle che colpiscono l'apparato respiratorio e quello cardio-vascolare, nonché per diversi tipi di tumori.

Secondo i dati 2008-2011 del sistema di sorveglianza PASSI, nella ASL 10 di Firenze il 29% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette (l'indagine definisce fumatore la persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi); il 27% è invece ex fumatore e il 44% non ha mai fumato. La percentuale di fumatori dell'ASL 10 (29,3%) è superiore a quella regionale (28%).

L'abitudine al fumo è analoga negli uomini e nelle donne (rispettivamente 29,9% e 29%), più elevata nei 18-24enni (38,6%) e nei 35-49enni (35,1%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (33,1%) e in quelle che hanno difficoltà economiche (40,6%). Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 12. Tra i fumatori, il 7% è un forte fumatore (più di un pacchetto di sigarette al giorno), l'1,3% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

L'uso eccessivo di *bevande alcoliche* causa non solo danni alla salute dei consumatori ma aumenta anche i rischi sanitari e sociali per l'intera società: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono quelle che bevono fuori pasto, i "forti bevitori" (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e 2 o più per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne).

Nella Asl 10 di Firenze il 65% degli intervistati dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica, che corrisponde ad una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Secondo l'indagine PASSI nel periodo 2010-2011 il 9,3% degli intervistati della Asl può essere classificato come bevitore binge. Questa percentuale è leggermente più alta rispetto a quella del triennio precedente perché nel 2010 i valori che definiscono il consumo binge sono variati da "aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno una volta in una singola occasione 6 o più unità alcoliche" a "5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne".

Tale incremento si ripercuote anche sulla percentuale di bevitori a rischio del periodo 2010-2011 (19%), definiti tali o perché consumatori binge o perché forti bevitori o perché bevitori fuori pasto oppure per una combinazione delle tre modalità.

Secondo i dati 2008-2011 del sistema di sorveglianza Passi relativi alla Asl 10 di Firenze, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 10,4% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Nel 2011 nella Regione Toscana la percentuale di intervistati che hanno guidato sotto effetto dell'alcol è del 10,6%. Il 30,5% degli intervistati riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine e in media circa 2 volte. Di questi il 14,8 riferisce di aver effettuato l'etilotest.

Il consumo di *sostanze stupefacenti e psicotrope* nella popolazione di età compresa tra i 15 ed i 54 anni viene rilevato attraverso lo studio nazionale IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) effettuato ogni due anni su scala nazionale. Dall'ultima rilevazione – 2010/2011 – emerge che il 28,2% degli intervistati ha consumato negli ultimi 5 anni cannabinoidi, percentuale in lieve diminuzione rispetto alla rilevazione 2007-2008 in cui tale percentuale raggiungeva il 32%. In lieve diminuzione anche l'uso di eroina e cocaina, mentre, rispetto alla precedente rilevazione, aumenta la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver assunto sedativi e/o tranquillanti dal 12,8% del 2007-2008 si arriva al 17,5% del 2010-2011.

Dalle elaborazioni ARS su studio EDIT anno 2011 emerge che la percentuale di giovani toscani che dichiara di aver consumato una sostanza stupefacente almeno una volta nella vita è pari a 36,4%, percentuale in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2008 quando era pari a 37,5%. Rispetto al genere di coloro che hanno fatto tale dichiarazione, rimane invariata la percentuale dei maschi (40,5%) mentre è in aumento quella delle femmine che nel 2008 era pari a 35% e nel 2011 sale al 39%.

Per quanto riguarda la propensione degli studenti verso il consumo di sostanze psicotrope, rispetto al 2008 la Ausl 10 scende dal primo posto al terzo con la percentuale del 41,8% dietro alla Ausl 6 – Livorno (45,2%) e alla Ausl 12 Viareggio (42,9%).

Tra le sostanze stupefacenti usate almeno una volta nella vita i dati 2005, quelli 2008 e quelli 2011 confermano la cannabis quella con il più alto consumo (37,6%). Risulta poi significativo il consumo di cocaina (7,3%), di funghi allucinogeni (6,7%), di ketamina (6,3%), di stimolanti – anfetamine, ecstasy, GHB (5,7%); in lieve diminuzione, invece, la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver inalato almeno una volta nella vita popper, dal 9% del 2008 si passa al 5,1% del 2011.

Criminalità e sicurezza

Criminalità

I delitti denunciati all'autorità giudiziaria sono un importante indicatore per lo studio della criminalità, questi rappresentano quella quota dei reati commessi che emerge dalle denunce dei cittadini e dall'operato delle forze dell'ordine (Dipartimento della Pubblica Sicurezza "Delitti commessi e denunciati all'Autorità Giudiziaria dalle Forze di polizia") proprio per questo però, i dati analizzati possono sottostimare il fenomeno dal momento che il numero delle denunce dipende dal fatto che queste vengano presentate o meno.

Da quanto emerge dai dati del Ministero dell'Interno e pubblicati sul Sole 24 ore il consuntivo dei reati nel 2011 in Italia evidenzia un aumento del 5,4% con un totale di delitti che supera quota due milioni 760mila vs i due milioni 621mila denunciati nel 2010. Le aree più colpite dal fenomeno sono quelle metropolitane e quelle in cui è presente un'economia florida Tale incremento può essere spiegato in parte come un effetto della crisi economica.

Nella Provincia di Firenze i delitti denunciati sono stati 56.302 vs i 55.163 del 2010 con un aumento percentuale del 2%.

Rapportando il numero dei delitti denunciati alla popolazione residente si ottiene un indicatore di delittuosità che permette di fare un confronto fra province, in particolare, Firenze con un tasso di 5.641 delitti ogni 100.000 abitanti, si colloca al 9° posto meglio di altre province del nord Italia quali Milano (7.360) Bologna (6.914), Torino (6.763) e peggio rispetto a province del centro e del sud Italia come Bari (4.166), Napoli (4.322), o Catania (4.913), probabilmente perché in queste province il numero delle denunce presentate all'autorità giudiziaria è minore rispetto all'entità dei reati commessi.

Infortuni sul lavoro

Gli infortuni sul luogo di lavoro rappresentano un problema di interesse rilevante per la sicurezza. Per il 2010 il tasso grezzo di infortunio indennizzato per Firenze è pari a 9 individui indennizzati ogni 1.000 abitanti adulti in età lavorativa, lievemente più basso rispetto a quello del 2009 in cui si attestava a 10 individui indennizzati ogni 1.000. Il tasso della zona fiorentina continua ad essere il più basso di tutta la Toscana, mentre il valore più alto si registra ancora nella zona sociosanitaria Val di chiana aretina con 21 infortuni indennizzati ogni 1.000 adulti residenti in età lavorativa. Tali valori non si riflettono a livello di Asl con l'Asl 2 di Lucca che presenta il tasso più alto (18) e l'AUSL 4 di Prato quello più basso (11), seguita dall'Asl 10 di Firenze (12).

Confrontando i dati sugli infortuni del 2006 con quelli del 2009 e del 2010 si rileva una tendenza alla riduzione per tutte le zone sociosanitarie dell'Asl 10 per entrambi i sessi tranne che per la zona fiorentina dove il tasso femminile nel 2006 si attestava a 7, nel 2009

era sceso a 6, nel 2010 torna ad essere pari a 7 e quindi in lieve aumento.

Il tasso grezzo di infortunio indennizzato mortale per l'Asl 10 per il biennio 2008 - 2010 è pari a 2,9, in crescita rispetto al biennio 2007-2009 quando era pari a 1,04: forti sono le differenze legate al sesso dove si registra un tasso di infortunio mortale tra i maschi pari a 5 contro un tasso di 0,8 per le donne. A livello regionale il tasso presenta un valore di 5,5 (10,4 per gli uomini e 0,5 per le donne) con un numero di deceduti di 129.

Incidenti stradali

Dal database costruito dall'Ufficio comunale politiche per la sicurezza stradale della Polizia Municipale, sono ricavati i dati relativi all'andamento degli incidenti avvenuti sulle strade del Comune di Firenze.

Nel 2011 a Firenze sono avvenuti 4.632 incidenti stradali, le persone rimaste ferite sono state 3.817, i morti 14.

Se si considera il periodo 2007-2011 si rileva un calo degli incidenti pari all'11%; nello stesso periodo gli incidenti mortali sono passati da 21 a 14, dato in forte diminuzione anche rispetto al 2010, anno in cui le vittime della strada sono state 23.

Per il verificarsi degli incidenti gli orari della giornata più critici risultano essere dalle 16 alle 19 del pomeriggio con 784 incidenti e dalle nove alle dodici della mattina con 730 incidenti.

Il fenomeno della incidentalità stradale registra differenze interessanti tra i giorni della settimana: i giorni in cui si verifica il maggior numero di incidenti sono il venerdì, il lunedì e il mercoledì, seguiti dagli altri giorni feriali. La domenica è il giorno della settimana in cui si registra il minor numero di incidenti.

La fascia di età maggiormente coinvolta in incidenti è quella dai 25 ai 40 anni.

Per quanto riguarda infine le strade a maggiore incidentalità, queste sono essenzialmente le grandi arterie sulle quali si registrano i maggiori flussi in entrata ed uscita dalla città ed i viali che circondano la città: via Pistoiese 87 incidenti, via Baracca 74 incidenti, via di Novoli 57 incidenti.

Per fare un confronto degli incidenti stradali verificatisi fra le zone e le province della Regione occorre invece far riferimento all'anno 2010. Rispetto al numero di incidenti verificatisi nell'anno la zona fiorentina registra il valore più alto con 2.604 incidenti seguita dalla zona Versilia con 1.321 incidenti. Anche la AUSL10 con 4.772 incidenti avvenuti nel corso dell'anno registra il valore più alto seguita a distanza dall'AUSL5 di Pisa con 1.498 incidenti.

Per quanto riguarda il numero assoluto di feriti la zona Fiorentina è quella in cui si rileva il numero più alto pari a 3.267, seguita a distanza dalla zona Fiorentina Nord-Ovest (1.700). Se prendiamo a riferimento il territorio delle AUSL il valore di feriti più alto si registra nell'AUSL10 Firenze che con 6.291 precede la AUSL 5 di Pisa (2.079).

Rispetto al numero di incidenti mortali il valore più alto si riscontra nella zona Pisana (20) mentre la zona Fiorentina occupa il quarto posto con 16 morti nell'anno; considerando il territorio delle AUSL la 10 registra il valore più alto con 52 morti, seguita dall'AUSL6 Livorno e dall'AUSL 9 Grosseto con 31.

Considerando invece il rapporto di lesività - numero di feriti su numero incidenti stradali - la zona fiorentina si colloca al terz'ultimo posto con un valore di 1.255. Il rapporto di lesività più alto è della Lunigiana (1.700) e il valore più basso è della zona Amiata Senese e Val d'Orcia (1.194). Rispetto al rapporto di mortalità - numero di deceduti su numero di incidenti stradali - la zona fiorentina si colloca al penultimo posto con un valore pari a 6, al primo posto troviamo l'Alta Val di Cecina (64) e all'ultimo posto la Val Tiberina (0). L'AUSL10 rispetto al rapporto di lesività si colloca al terz'ultimo posto (1.318) seguita dalle AUSL: 6-Livorno (1.300), 12-Viareggio (1.279) e 4-Prato (1.268). L'AUSL10 rispetto invece al rapporto di mortalità si colloca al penultimo posto (11) seguita solo dalla AUSL4 di Prato (9).

La qualità della vita

L'annuale ricerca de *Il Sole 24 Ore* sulla qualità della vita nelle 107 province italiane ci fornisce delle indicazioni per confrontare la provincia di Firenze con il resto dell'Italia.

Tav.11 La qualità della vita per alcune province italiane - Posizione e punteggio Anno 2012 - Differenza posizione 2012 vs. 2011

Provincia	Posizione	2012 vs. 2011	Punteggio
Bolzano	1	1	626
Siena	2	6	616
Trento	3	3	604
Rimini	4	7	589
Trieste	5	-1	586
Parma	6	7	586
Belluno	7	-4	584
Ravenna	8	-3	581
Aosta	9	1	581
Bologna	10	-9	577
Reggio Emilia	11	4	576
Piacenza	12	4	575
Modena	13	9	569
Verona	14	10	565
Cuneo	15	5	565
Udine	16	2	564
Milano	17	2	564
Firenze	18	-11	
:	:	:	:
Roma	21	2	557
:	:	:	:
Torino	43	8	529

Fonte: Dossier "La qualità della vita", 2012- Il Sole 24Ore

Tale confronto viene effettuato utilizzando una serie di dati statistici elaborati in 36 classifiche: dal reddito all'occupazione, dalla natalità alla sanità, dai reati alle opportunità per il tempo libero. L'indagine del quotidiano prende in considerazione sei ambiti di valutazione (tenore di vita; affari e lavoro; servizi e ambiente; ordine pubblico; popolazione; tempo libero) ognuno dei quali è indagato attraverso 6 indicatori – non necessariamente gli stessi da un'edizione ad un'altra – per un totale di 36 parametri presi in considerazione.

Tav.12 Alcuni indicatori sulla qualità della vita per alcune province italiane Anno 2012

Provincia	Tenore di vita	Affari e lavoro	Servizi ambiente salute	Popolazione	Ordine pubblico	Tempo libero
Bolzano	26	3	22	33	4	3
Siena	24	28	41	2	17	2
Trento	19	17	14	3	9	20
Rimini	62	19	24	38	93	1
Trieste	2	16	6	30	32	16
Parma	12	7	8	7	87	9
Belluno	3	61	62	19	2	53
Ravenna	36	4	3	22	89	18
Aosta	11	40	28	5	19	10
Bologna	8	12	1	20	97	21
Reggio Emilia	32	2	7	8	36	63
Piacenza	13	25	45	1	43	37
Modena	18	10	19	8	53	30
Verona	6	30	52	18	30	24
Cuneo	41	1	19	25	35	62
Udine	32	18	38	53	16	11
Milano	1	13	4	71	105	26
Firenze	44	22	16	27	75	7
:	:	:	:	:	:	:
Roma	10	19	33	34	103	4
:	:	:	:	:	:	:
Torino	13	41	17	54	102	33

Fonte: Dossier "La qualità della vita", 2012- Il Sole 24Ore

Nel 2012 la Provincia di Firenze si attesta al 18° posto retrocedendo di 11 posizioni rispetto al 2011. Firenze si posiziona dopo Bologna e dopo Milano, precede invece sia Roma che quest'anno si classifica 21^a che Torino 43^a; fra le province toscane, viene preceduta da Siena che si classifica 2^a provincia italiana.

Pur peggiorando la sua posizione Firenze risale di 10 posizioni rispetto al 2011 nel macrosettore "ordine pubblico e sicurezza" classificandosi 75^a e precedendo tutti i grandi capoluoghi. Nel "tempo libero" perde 5 posizioni classificandosi 7^a preceduta solo da Roma.

Rispetto al macrosettore "Servizi e ambiente" perde 10 posizioni classificandosi 16^a, preceduta da Bologna e Milano e fra le province toscane da Lucca, Pisa e Livorno.

Nei macrosettori "Tenore di vita" e "affari e lavoro" la provincia fiorentina scende rispettivamente alla 38^a e alla 22^a posizione,

preceduta in entrambi i casi da Milano, Bologna, Roma e Torino. Anche rispetto alla “popolazione” perde 8 posti classificandosi 27[^], preceduta da Bologna che si colloca alla 20[^] posizione.

A proposito della misurazione del benessere della società non si può non ricordare, in estrema sintesi, come si stia tentando, da più anni a questa parte, di portare avanti lo studio di nuovi indicatori che riescano ad esprimere meglio dell'unico e non esaustivo PIL una realtà complessa, articolata e multidimensionale come il progresso della attuale società.

A tale riguardo si può ricordare, in particolare, lo studio condotto da Joseph Stiglitz (“Rapporto sulla determinazione della prestazione economica e del progresso sociale”) secondo il quale, tra l'altro, ci sono fattori del progresso non esprimibili in termini economici ed a cui non è possibile attribuire un prezzo. La soluzione proposta è allora quella di utilizzare un set di indicatori a più dimensioni, otto in particolare: condizioni di vita materiali; salute; educazione; lavoro e tempo libero; partecipazione alla vita politica; relazioni interpersonali; ambiente ed insicurezza economica e fisica. Dalla ricchezza di un Paese il focus si sposta sull'individuo e la famiglia.

A conclusioni simili sono arrivate anche altre ricerche tra cui il “Global project on measuring the progress of societies” dell'OCSE.

Parte II^a - Profilo dei Servizi sociali e sanitari territoriali

Sintesi

Il profilo dei servizi sociosanitari viene definito in base alle risposte attivate nell'ambito dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale.

Il sistema sanitario comprende l'assistenza ospedaliera, che è il nodo più complesso e costoso che assorbe il 42% del totale delle risorse destinate al sistema sanitario e l'assistenza sanitaria territoriale, che con i suoi numerosi servizi copre il 53% di tali risorse. La riorganizzazione clinica degli ospedali non può attuarsi senza una riforma anche dei servizi territoriali.

La consistente riduzione di risorse in questo momento di crisi deve fronteggiare l'aumento di bisogno sociosanitario della popolazione: l'integrazione sociosanitaria diventa lo strumento per dare risposte unitarie a bisogni complessi non risolvibili con risposte sanitarie e sociali separate.

Le prestazioni sociali dei comuni permettono di rimuovere e superare le situazioni di difficoltà dei propri cittadini: il sistema integrato di interventi e servizi sociali è realizzato con il coordinamento fra i servizi sociali e sanitari e con l'integrazione di tutte quelle politiche finalizzate al benessere della persona, compreso il volontariato, la cooperazione sociale e l'associazionismo.

L'assistenza territoriale della zona distretto

Le 34 zone-distretto toscane rappresentano il livello locale di governo della sanità territoriale, coincidono quindi con il "distretto" inteso come articolazione territoriale nella legislazione nazionale. A tale livello di governo si attua l'integrazione fra attività sociali e sanitarie svolte dalle Aziende USL e i Comuni. L'ausl 10 di Firenze è suddivisa in 4 zone-distretto: Firenze, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Mugello.

La Zona - Distretto Firenze coincide con i confini del Comune di Firenze e con la Società della Salute di Firenze

I percorsi assistenziali

Priorità della Regione Toscana è individuare percorsi assistenziali per i più comuni problemi clinici, ottimizzando la gestione sul territorio e integrando l'ospedale con il territorio.

La sanità d'iniziativa è il modello operativo e organizzativo per contrastare il grande impatto delle malattie croniche.

Un solo paziente è il modello che l'AUSL 10 di Firenze ha elaborato per la gestione della fase di post-acuzie dei pazienti con dimissione complessa.

Il segretariato sociale e il Servizio Sociale Professionale

Sono stati 4.158 coloro che si sono rivolti al servizio di segretariato sociale per avere informazioni sui servizi territoriali, di questi 140 registrati presso gli ospedali. Rispetto al biennio 2010-2012 gli accessi diminuiscono del 19,6% per l'interruzione ed il passaggio ad altro servizio della raccolta delle istanze per la valutazione della non autosufficienza.

Sono state 12.324 le persone prese in carico dal Servizio Integrato di Assistenza Sociale Territoriale: 7.681 gli utenti che hanno fruito di almeno una prestazione esterna, in maggioranza (70,7%) anziani.

Gli assistenti sociali presenti sul territorio sono 116, 24 dipendenti dell'AUSL e 92 dipendenti del Comune di Firenze. Ogni 3.262 fiorentini residenti è presente un assistente sociale.

Prestazioni in regime domiciliare erogate prevalentemente ad anziani e donne

I servizi sociosanitari erogati in regime domiciliare riguardano soprattutto anziani e donne.

Nel 2012 gli utenti che hanno fruito di accessi programmati degli infermieri professionali di Assistenza Domiciliare Infermieristica sono stati 3.912: di questi, il 62,6% sono donne e per il 90,6% sono anziani. I casi trattati in Assistenza domiciliare integrata sono stati 604, di cui 501 anziani. Gli accessi dei Medici di Medicina Generale al domicilio dei pazienti sono stati 1.638 per l'83% in favore di pazienti anziani. Sono stati 986 gli utenti che hanno ricevuto prestazioni in regime domiciliare di riabilitazione ex art.26: di questi il 65% sono donne e per l'82,3% sono anziani. L'80,6% degli utenti che usufruiscono di assistenza domiciliare diretta e l'80,7% degli utenti del pronto sociale domiciliare sono anziani, prevalentemente soli e donne.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare indiretta per anziani non autosufficienti

Nel quinquennio 2008-2012 gli anziani non autosufficienti beneficiari del contributo per assistente familiare e del contributo a sostegno delle cure di familiari aumentano del 24,6%. Nel 2012 sono stati complessivamente 380 i beneficiari dei due contributi. A questi nel dicembre 2012 si sono aggiunti sia 328 anziani non auto che riscuoteranno contributi arretrati dal gennaio 2013 sia 176 anziani non auto in lista di attesa e in possesso dei requisiti per accedere ai contributi previsti dal "Progetto Home Care Premium 2011".

Maggiore sostegno alle famiglie con disagio economico

Nel 2012 rispetto al 2011 si registra un aumento complessivo del 3,7% dei percettori dei contributi ad integrazione del reddito, dovuto ad un incremento dei beneficiari dell'area degli adulti (+11,2%). In particolare il 44,4% dei percettori ha fruito di contributi finalizzati

(ad esempio per il pagamento delle bollette), il 34,8% di contributi di inserimento (per le famiglie con un componente senza lavoro) e il restante 20,8% di quelli di sussistenza.

Aumenta l'offerta di servizi intermedi per disabili

I servizi di livello intermedio fanno riferimento essenzialmente ai Centri diurni e ai gettoni di frequenza erogati per incentivare persone disabili a frequentare centri diurni o a svolgere attività lavorativa e/o formativa. Nei centri diurni di riabilitazione sono stati assistiti 424 persone che hanno usufruito di prestazioni di tipo sia intensivo (187) che estensivo (237), di questi il 53,1% sono maschi e per il 68,4% sono adulti.

Nel periodo 2008-2012 si registra un aumento del 14,3% degli utenti disabili che frequentano centri di socializzazione (+16,6%) e che fruiscono di servizio di trasporto sociale.

Diminuiscono gli utenti accolti nei centri diurni per minori (-33%) e per anziani auto (-9,6%) e non autosufficienti (-17,9%).

Potenziamento del sistema delle accoglienze dedicate ai cittadini in grave disagio sociale e abitativo

Nel quinquennio 2008-2012 il sistema residenziale registra un aumento delle accoglienze dell'8%, determinato soprattutto dall'ampliamento del sistema delle accoglienze dedicate a cittadini in condizione di grave disagio sociale e abitativo (+39,5%) e di quelle per la pronta accoglienza per minori e per madri con figli (+12,8%).

Per quanto riguarda gli anziani nel periodo 2009-2012 si evidenzia una diminuzione sia degli utenti ricoverati presso RA (-17,4%), sia delle persone ricoverate presso strutture RSA (-15,8%), anche se di questi ultimi crescono marcatamente (+94,9%) i ricoveri temporanei o di sollievo, ricoveri preferiti a quelli definitivi.

Volontariato e terzo settore - "il Fiorino solidale"

Sono stati 104 i volontari che nel corso dell'anno hanno aderito alle Reti di Solidarietà del Comune di Firenze aiutando le persone che si sono rivolte direttamente agli sportelli ad orientarsi nella moltitudine dei servizi presenti sul territorio. L'attività dei volontari è stata fondamentale anche per svolgere interventi quali: aiuto per disbrigo pratiche burocratiche; prenotazioni ed accompagnamento agli ambulatori e/o all'ospedale per esami e/o visite mediche; acquisto e consegna spesa e medicinali a domicilio.

Nel corso del 2012 l'Amministrazione comunale ha consegnato il Fiorino solidale a 9 realtà economiche o associative come riconoscimento per l'impegno finanziario da queste sostenuto per attività di assistenza sociale e socio sanitaria a Firenze.

I numeri del quadro generale dei servizi sociali e socio-sanitari

N° accessi Segretariato sociale	4.158
N° utenti in carico ai servizi sociali	12.324
<i>di cui con prestazioni esterne</i>	8.048
<i>di cui</i>	
<i>anziani</i>	50%
<i>adulti</i>	32%
<i>minori</i>	18%
Risposte domiciliari	
N° utenti Assistenza Infermieristica Domiciliare	3.912
<i>di cui % anziani</i>	90,6%
N° medici Assistenza Domiciliare Programmata	219
N° autorizzazioni al servizio ADP	3.121
N° Utenti Riabilitazione ex art.26 domiciliare	986
<i>di cui % anziani</i>	82,3%
N° utenti con almeno una prestazione sociale domiciliare <i>di cui</i>	3.557
<i>Servizio Assistenza Domiciliare SAD</i>	1.457
<i>Pronto sociale domiciliare</i>	415
<i>Telecare</i>	471
<i>Pasti a domicilio</i>	286
<i>Podologico</i>	151
<i>Sostegno socio-educativo territoriale</i>	629
<i>contrib. assistente familiare</i>	339
<i>contrib. sostegno alle cure familiari</i>	41
<i>contrib. di aiuto personale disabili</i>	145
<i>contrib. progetto vita indipendente</i>	64
<i>contrib. integrazione del reddito</i>	2.160
N°utenti con almeno una prestazione di livello intermedio	1.435
<i>di cui</i>	
<i>CD Anziani e adulti auto</i>	141
<i>CD Anziani e adulti NA</i>	174
<i>CD di socializzazione</i>	208
<i>CD Minori a rischio</i>	177
<i>Servizio mensa e trasporto</i>	344
<i>Vacanze disabili</i>	175
<i>Gettoni inserimento socioterapeutico</i>	292
N° utenti con almeno una prestazione residenziale	5.324
<i>di cui</i>	
<i>per anziani e disabili non auto (RSA)</i>	2.373
<i>per anziani e disabili auto (RA)</i>	251
<i>per minori e madri gestanti</i>	297
<i>pronte accoglienze per minori</i>	246
<i>accoglienza alloggiativa</i>	2.157

Quadro generale dei servizi

Premessa

La lettura dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio assistenziale permette di analizzare i bisogni di una comunità, valutare le soluzioni possibili e costruire congiuntamente alleanze intersettoriali per affrontarle. Per questo inizialmente vengono analizzate le prestazioni erogate ai cittadini di Firenze distinguendole, ove possibile, fra servizi di accesso e servizi di livello domiciliare, intermedio e residenziale. Successivamente saranno approfondite le problematiche e le risposte per diversi gruppi di popolazione, quali anziani, minori, donne e adulti affetti da disabilità, soggetti con problemi di povertà e marginalità, persone con problemi mentali o che fanno uso di sostanze stupefacenti, mettendo in luce sia gli aspetti relativi allo stato di salute che all'assistenza sanitaria, sociale sociosanitaria.

Le politiche sanitarie e sociali: riordino del sistema sanitario toscano

I mutamenti demografici e sociali in atto nella nostra società mettono sempre più al centro delle politiche sanitarie e sociali dei paesi occidentali una reale presa in carico del cittadino tale da garantire la continuità delle cure. Devono essere garantiti livelli base di prestazioni, sia sociali che sanitari, per dare omogeneità ed uniformità ai percorsi di accesso e di presa in carico e cura dei cittadini, abbattere le barriere e le forme di discriminazione che impediscono la conoscenza e l'accesso ai servizi territoriali.

Un sistema di assistenza complesso e integrato deve funzionare come una rete: l'ospedale per acuti diventa un nodo importante dove si concentrano le terapie complesse e le alte tecnologie e i servizi sul territorio - tutte le strutture a cui ogni cittadino si rivolge per ottenere assistenza sanitaria fuori dell'ospedale come il medico di medicina generale, la farmaceutica, gli ambulatori, le strutture di diagnosi che non richiedono ricovero, la medicina preventiva, l'infermieristica, le cure palliative e riabilitative - sono potenziati.

L'assistenza ospedaliera assorbe il 42% del totale delle risorse destinate al sistema sanitario la sanità territoriale il 53%, parametro che corrisponde allo standard europeo: più del 50% delle prestazioni sanitarie erogate complessivamente alla popolazione viene fornito al di fuori degli ospedali per acuti.

La riorganizzazione clinica degli ospedali non è possibile se in concomitanza non si attua la riforma dei Servizi territoriali: solo così è possibile uno spostamento della domanda di assistenza sanitaria dagli ospedali al territorio, con una notevole diminuzione dei costi ed un aumento di qualità delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere decongestionate.

La sanità toscana ha raggiunto negli anni buoni risultati ma si trova a far fronte a una riduzione consistente di risorse in un momento di crisi, quando il bisogno socio-sanitario della popolazione tende ad aumentare. Diventa importante dare risposte appropriate e pertinenti e che tutti i cittadini abbiano le stesse possibilità di ricevere buone cure.

Con la delibera di giunta della Regione Toscana n°1235 del 2012 si è avviato un processo di riordino dei servizi del sistema sanitario suddividendo le aree di intervento nelle seguenti:

- il sistema territorio-ospedale- residenzialità
- il sistema emergenza urgenza
- il sistema dei laboratori
- la prevenzione individuale e collettiva
- l'assistenza farmaceutica

Ogni area prevede azioni di riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi aziendali sanitari, mettendo in evidenza l'importanza dei servizi territoriali.

L'integrazione sociosanitaria diventa lo strumento in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali. Tale integrazione garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità.

Le prestazioni sociali dei comuni permettono di rimuovere e superare le situazioni di difficoltà dei propri cittadini: il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza oltre che con il coordinamento fra i servizi sociali e sanitari con l'integrazione delle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, del lavoro, dello sport, con tutti gli interventi finalizzati al benessere della persona, senza dimenticare l'importanza della collaborazione del volontariato, della cooperazione sociale e dell' associazionismo.

Assistenza territoriale della Zona - Distretto

Nell'ambito della riorganizzazione sanitaria territoriale, in Toscana, sono state unificate le zone facendole coincidere con i confini dei distretti: le 34 zone-distretto toscane rappresentano il livello locale di governo della sanità territoriale e coincidono con il "distretto" inteso come articolazione territoriale nella legislazione nazionale. È a tale livello di governo che si attua l'integrazione delle attività sociali e sanitarie svolte dalle aziende sanitarie e dai comuni e la valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità, la definizione dei servizi necessari a soddisfarne i bisogni assistenziali, l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi gestiti direttamente dalla azienda Usl.

La zona-distretto garantisce inoltre l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali ed

assicura il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione. L'azienda USL assicura l'unitarietà del sistema assistenziale territoriale e dei percorsi assistenziali attraverso l'indirizzo e il coordinamento delle diverse zone - distretto. L'Ausl 10 di Firenze è suddivisa in quattro Zone - Distretto: Firenze, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Mugello. La Zona - Distretto Firenze coincide con i confini del Comune di Firenze e con la Società della Salute di Firenze.

I percorsi assistenziali

La sanità d'iniziativa

La sanità di iniziativa è il modello operativo ed organizzativo attraverso cui contrastare il sempre maggiore impatto delle malattie croniche sulla popolazione toscana. La finalità è quella di prevenire l'insorgenza delle patologie croniche nella popolazione generale e di ritardarne l'aggravamento laddove già presenti, privilegiando un approccio proattivo degli interventi. Lo strumento di gestione della cronicità individuato è quello dell'Expanded Chronic Care Model. La struttura centrale che eroga assistenza è il così detto "modulo", i cui requisiti sono:

- una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- una sede unica o principale dove il team svolge l'attività;
- la presenza di un infermiere e di un operatore socio - sanitario in rapporto alla popolazione di riferimento (1:10.000);
- la formazione specifica sui percorsi assistenziali;
- una infrastruttura informatica per la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team.

Tra i medici di medicina generale di ciascun modulo è scelto un coordinatore che ha la funzione di interfacciarsi con l'Azienda sanitaria: assume l'impegno che tutti i MMG adempiano agli impegni assunti, indice e cura le riunioni di audit, gestisce i conflitti interni al modulo.

Nel 2010 l'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato il progetto e nel 2011 ha ulteriormente ampliato la copertura della popolazione assistita. Nel corso del 2011 risultano attivati - in tutta la ASL 10 - 12 moduli, cui hanno partecipato 147 MMG (22 in più rispetto al 2010) con i loro 180.000 assistiti (+ 17,4% rispetto al 2010), affiancati da infermieri e dai Medici di Comunità. Alle due patologie - diabete mellito e scompenso cardiaco - inizialmente interessate dal progetto nel corso del 2011 se ne sono aggiunte altre due quali BPCO e ictus/TIA.

Nel 2012 nell'ASF erano attivi 21 moduli, cui hanno partecipato 226 MMG con i loro 279.833 assistiti ed un numero di infermieri in linea con i parametri previsti; tutti i moduli sono affiancati dai Medici di Comunità. Nel 2012 sono stati fatti incontri periodici con tutti i coordinatori dei moduli per valutare l'andamento del progetto ed inoltre svolti specifici incontri con i coordinatori dei moduli per la

presentazione dei dati elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità relativi alla comparazione del posizionamento dei moduli a livello intraregionale, intraziendale, intrazonale e tra i medici del singolo modulo.

Dimissioni complesse "Un Solo Paziente"

L'Azienda Sanitaria di Firenze ha elaborato un modello per la gestione della fase di post-acuzie dei pazienti con dimissione complessa attivando dal 30 maggio 2011 il progetto, denominato "Un Solo Paziente". Il modello prevede:

- la valutazione multidimensionale effettuata dai professionisti dell'ospedale in cui si trova il paziente che orienta la scelta del setting appropriato dopo la dimissione;
- un centro di coordinamento che riceve le segnalazioni dei pazienti con dimissione complessa e gestisce tutte le tipologie di risorse disponibili, con l'impegno di fornire risposte appropriate, rispettando i tempi previsti dal piano di dimissione e assicurando un utilizzo ottimale delle risorse;
- il coinvolgimento diretto del MMG dalle prime fasi del processo.

Il percorso di dimissione è lo stesso per tutti gli assistiti dell'Azienda indipendentemente dall'ospedale in cui avviene il ricovero e dalla zona di residenza e coinvolge tutti gli ospedali dell'AUSL 10 di Firenze, l'AOU Careggi, le strutture accreditate che effettuano ricoveri per acuti e attività di low care e riabilitazione, e numerose strutture territoriali.

Nel corso del 2012 sono state gestite 13.141 dimissioni complesse, di cui 7.717 per pazienti provenienti da ospedali per acuti e 5.424 per assicurare il proseguimento del percorso o la continuità dell'assistenza al domicilio a pazienti provenienti da strutture di riabilitazione o low care. Nell'80% dei casi è stato possibile rispondere alle segnalazioni degli ospedali entro 48 ore.

Al fine di realizzare un progressivo allineamento delle disponibilità alle reali esigenze dei pazienti, nel mese di dicembre del 2012 è stata pianificata per il 2013 una modifica delle prestazioni erogate dalle strutture convenzionate che prevede la riduzione di 84 posti letto di lungodegenza e l'attivazione di 79 nuovi posti di cure intermedie-bassa intensità, la riduzione di 84 posti letto di riabilitazione ospedaliera cod 56 e l'attivazione di 51 nuovi posti di riabilitazione extra-ospedaliera residenziale(ex art 26) e di 480 pacchetti di riabilitazione ex art 26 ambulatoriale.

Tali modifiche, oltre ad assicurare un percorso di cura appropriato ai pazienti con dimissione complessa, consentono anche di rispondere alla richiesta di un adeguamento dei posti letto della rete ospedaliera di area metropolitana ai criteri di utilizzo ottimale delle risorse indicati dalla DGR 1235/2012.

Il sociale a Firenze: livelli base di cittadinanza sociale e servizi

La Regione Toscana, per dare concretezza ai diritti di cittadinanza sociale, ha individuato nel Piano Integrato Sociale Regionale (PISR 2007-2010), un primo nucleo di livelli base di cittadinanza sociale così composto: Punto Unico di Accesso, Servizio di Pronto Intervento Sociale, Segretariato Sociale, Servizio Sociale Professionale.

Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) e i cinque *Punti Insieme* territoriali costituiscono le porte di accesso dedicate agli anziani non autosufficienti.

I Punti Insieme, dislocati nei 5 quartieri cittadini, assicurano l'informazione, l'accoglienza e la raccolta delle istanze di segnalazione del bisogno che vengono successivamente inoltrate al PUA. Il PUA, a livello centrale, oltre a recepire direttamente le segnalazioni postali, organizza per tutto il territorio fiorentino le sedute di valutazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale).

L'attività del PUA e dei Punti Insieme verrà descritta nel capitolo degli "anziani", in quanto principali interessati al percorso della non autosufficienza.

Il Servizio di *Pronto Intervento Sociale* garantisce una risposta tempestiva e concreta alle persone che si vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili, anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale.

In particolare per fronteggiare situazioni di emergenza per la protezione e la tutela a favore di minori, a Firenze è stato attivato il "Centro Valery" quale centro di accoglienza per minori in stato di abbandono. L'attività del centro, prima denominato Centro Sicuro, viene descritta nel capitolo dedicato ai minori.

Il segretariato sociale

Secondo le direttive regionali il *Segretariato Sociale* è un servizio gratuito, rivolto a tutti i cittadini che fornisce informazioni e li orienta rispetto ai servizi pubblici e privati di ambito sociale, socio-sanitario e assistenziali presenti sul territorio del Comune.

A Firenze il servizio di segretariato sociale è di tipo professionale cioè viene effettuato da assistenti sociali dei Servizi Integrati di Assistenza Sociale territoriale (SIASST) che, oltre ad un primo livello informativo, accolgono la persona, decodificano la domanda espressa, informano rispetto ai diritti e alle prestazioni erogate sul territorio e offrono spiegazioni sulle modalità di accesso alle medesime, formulando una prima valutazione della richiesta di aiuto che può dar luogo all'invio al Servizio Sociale o ad altri servizi o enti idonei a dare congrua risposta al bisogno del cittadino. I punti di segretariato sociale con accesso diretto e telefonico dislocati nei 5 quartieri fiorentini sono 9: a questi si aggiungono i punti di segretariato sociale degli ospedali

fiorentini attivati per garantire al paziente una dimissione ospedaliera coordinata con il servizio sociale territoriale.

Nel 2012 sono stati 4.158 gli accessi al servizio di segretariato sociale, di questi 140 registrati presso gli ospedali.

Tav. 13 Accessi* al segretariato sociale per tipo conclusione - Firenze - Anni 2009-2012

Anni	Richieste valutazione NA	Invio Servizio Sociale Professionale	Informazione o invio altro servizio*	Totale
2012	-	2.780	1.378	4.158
2011	-	2.863	1.329	4.192
2010	758	3.457	1.386	5.601
2009	835	3.140	1.051	5.026

[*] sono compresi gli accessi del segretariato presso gli ospedali

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze- Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

La diminuzione degli accessi totali è dovuta alla riorganizzazione del percorso della non autosufficienza avvenuta nell'ottobre 2010: i Punti Insieme, con personale amministrativo e orari e sedi dedicati, diventano i punti di raccolta delle istanze di valutazione della non autosufficienza che non sono più raccolte dai punti segretariato sociale.

Tav. 14 Accessi* segretariato per tipo conclusione e area intervento - Firenze - Anni 2010-2012

tipo conclusione	minori	adulti	anziani	totale
2012				
Invio Servizio Sociale Professionale	748	1.020	1.012	2.780
Informazione invio altro servizio	163	625	590	1.378
totale	911	1.645	1.602	4.158
2011				
Invii SSP	828	1.014	1.021	2.863
Altro	172	579	578	1.329
totale	1.000	1.593	1.599	4.192
2010				
Richieste valutazione NA			758	758
Invio Servizio Sociale Professionale	970	1.234	1.253	3.457
Informazione invio altro servizio	136	574	676	1.386
totale	1.106	1.808	2.687	5.601

[*] sono compresi gli accessi del segretariato presso gli ospedali

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze- Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Le persone che sono state inviate al servizio sociale professionale sono diminuite dal 2010 al 2012 del 19,6% e l'area che ha avuto

maggiore contrazione è stata quella dei minori (-22,9%), seguita dall'area anziani (-19,2%) e infine l'area adulti (-17,3%).

Tav. 15 Accessi* al segretariato sociale per tipo di conclusione suddivisi per siast - Firenze - Anno 2012

punto di accesso	tipo conclusione		Totale accessi		tasso per 1.000 ab.
	Invio Servizio Sociale Professionale	Informazio ne o invio altro servizio	valore assoluto	%	
siast 1 – centro storico	523	358	881	21,2	12,8
siast 2 - campo di marte	619	293	912	21,9	10,1
siast 3 – gavinana / galluzzo	337	159	496	11,9	12,0
siast 4 – isolotto	549	133	682	16,4	9,9
siast 5 - rifredi	617	430	1.047	25,2	9,6
ospedale	135	5	140	3,4	
totale	2.780	1.378	4.158	100	11,0

[*] sono compresi gli accessi del segretariato presso gli ospedali

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze– Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: anagrafe comunale dei residenti al 31/12 - Servizio di Statistica – Comune di Firenze –Dati provvisori

Il tasso di accesso al segretariato più alto si osserva nei SIAST dei quartieri 1-Centro storico e 3 – Gavinana/Galluzzo, con 12 accessi ogni mille abitanti residenti.

Nel 2012 il [tasso di utenza del servizio di segretariato sociale professionale](#) è stato circa 11 utenti per 1.000 residenti, con una [spesa procapite](#), calcolata sulla popolazione residente, di €0,7 ed una [spesa media](#) per utente del servizio di €62.

Servizio sociale professionale

Gli interventi del [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. L'assistente sociale, dopo aver rilevato il bisogno della persona, elabora un progetto che può attivare prestazioni professionali o prestazioni così dette "esterne". Le [prestazioni professionali](#) sono prestazioni relative alla sola attività dell'assistente sociale (es: colloquio, consulenza, visita domiciliare, etc...), mentre le [prestazioni esterne](#) consistono nell'insieme di servizi e interventi socio-assistenziali attivati dall'assistente sociale in risposta al problema (es. contributi, assistenza domiciliare, etc...).

A Firenze l'attività di Servizio sociale professionale viene assicurata attraverso i **Centri Sociali**, presidi territoriali dei SIAST dove i cittadini vengono accolti da un assistente sociale che, a seguito di un'analisi professionale delle problematiche presentate, può elaborare un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP). Nel

territorio fiorentino sono presenti, 11 Centri sociali, facenti riferimento a 5 SIAST, uno per ogni quartiere della città. Attività di servizio sociale professionale viene svolta anche presso i Centri di Salute Mentale e i SerT. Per quanto riguarda le persone marginali non residenti e richiedenti asilo sono prese in carico a livello centrale dal servizio Inclusione sociale del comune di Firenze.

Tav.16 Numero assistenti sociali di ruolo a dicembre 2012 per ente di appartenenza e area di intervento nel territorio di Firenze

Area	numero aass		
	AUSL	Comune	Totale
Minori	1	30	31
Adulti	1	15	16
Anziani	1	29	30
Sert	13		13
Salute Mentale	8	1	9
Referente Adulti/anziani		5	5
Resp. AOC		4	4
Responsabile SAD		5	5
Responsabile SIAST	0	3	3
Totale	24	92	116

Fonte:PO Programmazione, Procedure e Supporto Tecnico Professionale SIAST- Direzione Servizi Sociali – Comune di Firenze

Al 31 dicembre 2012 gli [assistenti sociali presenti sul territorio](#) – SIAST, SerT e Centri di Salute Mentale – risultano 116 (vs 117 del 2011), 24 dipendenti dell'AUSL (vs 26 del 2011) e 92 dipendenti del Comune di Firenze (vs 91 del 2011).

Occorre poi considerare un ulteriore numero di assistenti sociali che non sono assegnati direttamente sul territorio ma svolgono attività specifiche o di tipo centralizzato quali: gli assistenti sociali della AUSL che si occupano del carcere (2) e delle Commissioni sanitarie per la valutazione dell'handicap (2), dell'UVM (1), del coordinamento delle strutture aziendali (2), della zona (1), gli aass della Direzione Servizi Sociali (8) e dell'Ufficio casa (4) del Comune di Firenze.

Dal Dicembre 2012 con il progetto cittadino POLIS (DD15122) i percorsi di inclusione sociale e di avvio/accompagnamento al lavoro per persone disabili o a rischio di marginalità sociale sono stati affidati ad una Associazione temporanea di imprese che si avvale del lavoro di 6 assistenti sociali per l'attivazione, la realizzazione e il monitoraggio dei percorsi previsti dal progetto.

Rapportando la popolazione al numero totale (116) di assistenti sociali otteniamo quante persone sono "assistiti potenziali" di un assistente sociale: a Firenze [ogni 3.262](#) (3.192 nel 2011) [persone è presente un assistente sociale](#).

Gli utenti dei servizi sociali

Nel 2012 sono state 12.324 le persone in carico al servizio sociale, seguite sia dal Servizio Integrato di Assistenza Sociale Territoriale (SIASST), sia in collaborazione con l'Unità funzionale salute mentale (UFSMA) e con il Servizio per le Tossicodipendenze (SERT) della ASL 10, che dai servizi comunali centralizzati per l'inclusione sociale e per i minori stranieri non accompagnati.

Se si confrontano gli utenti in carico ai servizi sociali del 2012 con quelli del 2009 si ha un incremento del 9,7%, ma confrontati con quelli dell'anno precedente sia ha una diminuzione del 2%.

La percentuale di coloro hanno fruito di prestazioni esterne, ovvero di servizi e interventi socio-assistenziali attivati dall'assistente sociale, passa dal 70% del 2009 al 62% del 2012, in parte a causa dei criteri di accesso più restrittivi introdotti nel 2009 dal nuovo regolamento delle prestazioni economiche.

Distinguendo gli utenti per classi di età, fra minori adulti e anziani, il 44% delle persone in carico sono anziani, il 33% adulti e il 24% minori.

**Tav.17 Numero di utenti in carico ai servizi sociali per area d'intervento. Firenze
Anni 2009-2012**

area intervento	utenti in carico		% usufruttori di prestazioni esterne su utenti in carico
	v.a.	di cui con prestazioni esterne	
2012			
minori	2.901	1.378	47,5%
adulti	4.011	2.479	61,8%
anziani	5.412	3.824	70,7%
totale	12.324	7.681	62,3%
2011			
minori	2.790	1.389	49,8%
adulti	3.954	2.335	59,1%
anziani	5.856	4.324	73,8%
totale	12.600	8.048	63,9%
2010			
Minori	2.752	1.349	49,0%
Adulti	4.080	2.568	62,9%
Anziani	5.981	4.246	71,0%
Totale	12.813	8.163	63,7%
2009			
Minori	2.447	1.458	59,6%
Adulti	3.904	2.727	69,9%
Anziani	4.888	3.737	76,5%
Totale	11.239	7.922	70,5%

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze
– SdS Firenze

Gli anziani in carico sono aumentati del 10,7% rispetto al 2009, aumento per lo più dovuto al nuovo percorso della non autosufficienza; nel triennio 2010-2012 sono in media 5.750 gli anziani in carico ai servizi sociali e 4.000 gli adulti, rimasti stabili nel triennio. In aumento invece i minori in carico ai servizi sociali, sia rispetto al 2009 (+19%) che all'anno precedente (+4%) con una media annua di 2.800 i minori.

Tav. 18 Numero utenti in carico ai servizi sociali per tipologia di servizio area intervento. Firenze - Anno 2012

Tipologia servizio	minori	adulti	anziani	totale
inclusione sociale	22	115	3	140
minori stranieri non accompagnati	52	21		73
salute mentale		636	286	922
siast	2.827	3.239	5.123	11.189
<i>di cui</i>				
<i>siast 1 - centro storico</i>	456	661	640	1.757
<i>siast 2 - campo di Marte</i>	608	564	1.242	2.414
<i>siast 3 - gavinana / galluzzo</i>	265	462	644	1.371
<i>siast 4 - isolotto</i>	469	745	969	2.183
<i>siast 5 - rifredi</i>	1.029	807	1.628	3.464
Totale	2.901	4.011	5.412	12.324

Gli assistenti sociali presenti nei SIAST dei cinque quartieri hanno preso in carico 11.189 utenti, pari al 90,8% del totale, per il 25% minori, il 29% adulti e il 46% anziani. Fra i 3.239 adulti seguiti dai SIAST vi è una percentuale di persone seguite in collaborazione con il SERT. Gli assistenti sociali dell'area salute mentale hanno seguito 922 persone, il 69% adulti, per i quali sono stati erogati contributi e attivati servizi di tipo domiciliare e residenziale. Gli utenti dell'area marginalità non residenti e i rifugiati politici seguiti dagli Assistenti sociali che lavorano presso l'ufficio centrale di inclusione sociale sono stati 140, di cui la maggior parte adulti (82%).

Nel 2013 sarà attivo il progetto P.O.L.I.S., quale progetto per la realizzazione di percorsi di inclusione sociale e di avvio/accompagnamento al lavoro per persone disabili o a rischio di marginalità sociale. Già a dicembre del 2012 sono 247 gli utenti che aderiscono al progetto, che dai SIAST (174) e dal servizio di inclusione sociale (63) sono passati in carico agli AASS del progetto P.O.L.I.S.

Per i minori stranieri non accompagnati è previsto un percorso differenziato in cui la presa in carico è gestita da un ufficio centralizzato dedicato sia alla pronta accoglienza del minore sia alla definizione del progetto personalizzato. Nel 2012 sono stati 73 i minori stranieri non accompagnati per i quali è stato attivato un progetto personalizzato, esclusi i minori stranieri non accompagnati inseriti nelle strutture di pronta accoglienza.

Il 31% degli utenti in carico ai servizi sociali risiede nel quartiere 5-Rifredi, il 21% nel quartiere 2-Campo di Marte, il 20% nel quartiere 4-Isolotto, seguiti dal quartiere 1-centro storico con il 17% e il quartiere 3-Gavinana-Galluzzo con l'11%.

Tav. 19 Numero di utenti in carico ai servizi sociali per quartiere di residenza e area d'intervento — Tassi per 1.000 abitanti residenti – Firenze Anno 2012

Quartiere di residenza	area intervento				Tassi per 1.000 residenti
	minori	adulti	anziani	totale	
Q1 – centro storico	461	768	827	2.056	30
Q2 – campo di Marte	622	706	1.270	2.598	29
Q3 – gavinana / galluzzo	266	471	644	1.381	33
Q4 – isolotto	472	975	1.007	2.454	36
Q5 – rifredi	1.055	1.066	1.663	3.784	35
non residenti	25	25	1	51	
totale	2.901	4.011	5.412	12.324	32

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Diversa risulta la lettura considerando il rapporto tra utenti e popolazione residente (tasso di utenza per 1.000 ab.): è il quartiere 4-Isolotto quello dove si registra il tasso più alto (36 utenti *1.000 ab.), seguito dal quartiere 5-rifredi. Il tasso di utenza più basso fa riferimento al quartiere 2 – Campo di Marte (29 utenti *1.000 ab.). A Firenze ogni 1.000 abitanti 32 sono utenti dei servizi sociali.

Tav.20 Numero di nuovi casi in carico al Servizio sociale professionale. Firenze - Anni 2009/2012

anni	nuovi casi
2012	3.858
2011	3.898
2010	5.046
2009	4.213

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

I “nuovi” soggetti presi in carico nell’anno 2012 sono stati 3.858, in diminuzione dell’ 8,4% rispetto al 2009. Mediamente nel triennio 2010-2012 sono state aperte ogni anno 4.267 cartelle, dato influenzato dall’aumento dei nuovi casi registrati nel 2010 per l’anno del nuovo percorso della non autosufficienza.

Ogni 1.000 residenti 10 sono quelli che per la prima volta vengono prese in carico dai servizi sociali (tasso di incidenza).

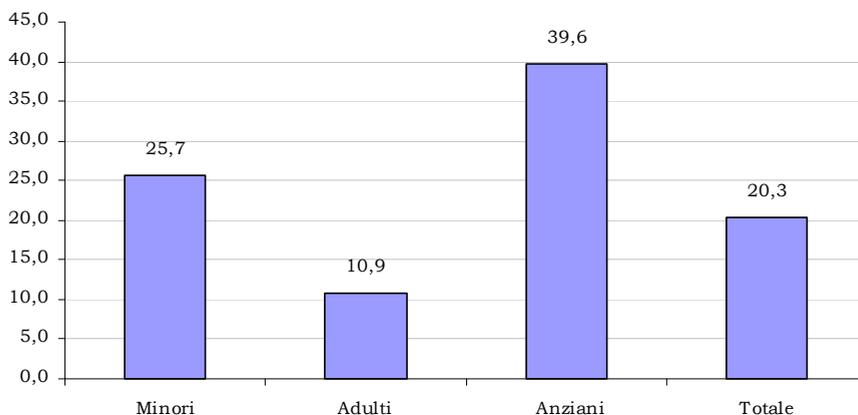
Gli utenti che nel 2012 hanno fruito di prestazioni esterne[^] sono stati 7.681, il 62,3% degli utenti totali. La metà (50%) dei fruitori sono anziani mentre gli adulti e i minori rappresentano rispettivamente il 32% e il 18% del totale.

^Le prestazioni esterne possono essere classificate come servizi diretti - prestazioni erogati direttamente all'utente - o indiretti - trasferimenti in denaro finalizzati a sostituire un servizio- e raggruppati per livello domiciliare, intermedio e residenziale. Il livello domiciliare raggruppa servizi e contributi che permettono alla persona con problematiche sociali o sociosanitarie di rimanere nella propria abitazione; il livello intermedio comprende i servizi erogati in luoghi diversi dall'abitazione e che sono alternativi all'istituzionalizzazione residenziale, quali Centri diurni, trasporto sociale e servizio mensa; il livello residenziale comprende l'inserimento in strutture residenziali che assistono particolari fasce di popolazione.

Il 2010 è stato l'anno in cui sono state erogate più prestazioni esterne rispetto al 2009 e al 2012, quando si è avuto un decremento di utenti e prestazioni esterne pari al 3%.

Se rapportiamo il numero di utenti per fascia di età alle rispettive popolazioni, risulta che la popolazione che maggiormente ricorre ai servizi sociali è quella degli anziani, seguita da quella dei minori e infine dagli adulti: ogni 1.000 anziani residenti 40 hanno avuto almeno prestazione sociale esterna, ogni 1.000 minori residenti 26 e ogni 1.000 adulti residenti 11.

Graf.32 Utenti dei servizi sociali con almeno una prestazione esterna per tipologia di utenza — Tassi per 1.000 abitanti residenti – Firenze - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12 – Ufficio di Statistica – Comune di Firenze

Relativamente alla tipologia delle prestazioni:

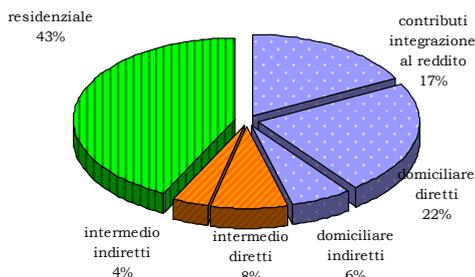
- ✓ il 43% degli utenti è stato inserito in strutture residenziali;
- ✓ il 45% degli utenti ha avuto una prestazione di livello domiciliare così suddiviso: il 17% ha percepito contributi economici a integrazione del reddito, il 22% ha usufruito di servizi domiciliari diretti (assistenza domiciliare, pasti a domicilio, servizio podologico, telecare e servizio di sostegno socio-educativo territoriale) e il 6% servizi domiciliari indiretti come contributi per servizi familiari o vita indipendente;

- ✓ il restante 12% ha fruito di servizi intermedi, di cui l'8% di tipo diretto (quali centri diurni, trasporto sociale, servizio mensa) e il restante 4% di tipo indiretto.

Graf.33 Composizione percentuale delle prestazioni socio assistenziali fruito dal totale degli utenti. Firenze – Anno 2012

Livello residenziale

Livello domiciliare

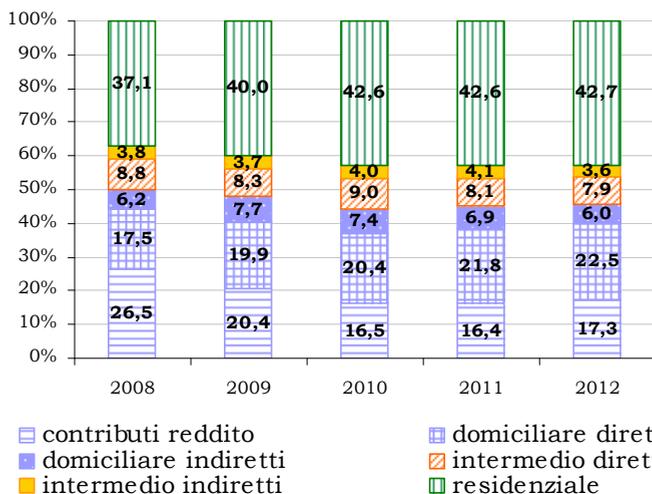


Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: impegnative – Comune di Firenze e Ausl 10 Firenze

La composizione percentuale delle prestazioni fruito dagli utenti nel corso dell'ultimo quinquennio 2008-2012 varia principalmente a causa della diminuzione della percentuale di percettori di contributi per disagio economico e dell'aumento delle percentuali registrate dai servizi di livello residenziale e domiciliari diretti.

Graf.34 Composizione percentuale delle prestazioni socio assistenziali fruito dal totale degli utenti – Firenze - Anni 2008 – 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: impegnative – Comune di Firenze e Ausl 10 Firenze

Nel 2012 la percentuale di prestazioni erogate in forma di contributi a sostegno del reddito familiare diminuisce in misura importante rispetto al 2008, passando dal 26,5% al 17,3%. Di contro, nel 2012 aumenta la quota dei servizi domiciliari diretti (17,5% nel 2008 vs. 22,5% nel 2012) e quella dei servizi di livello residenziale (37,1% vs. 42,7%).

Di minore entità è infine la variazione del valore percentuale dei servizi di livello intermedio diretti (8,8% nel 2008 vs. 7,9% nel 2012) e l'aumento dei pesi dei servizi di livello intermedio indiretti (3,8% nel 2008 vs. 3,6% nel 2011) e di quelli domiciliari indiretti (6,2% nel 2008 vs. 6,0 nel 2012), rappresentati dai contributi per assistenti e cure familiari.

Risposte al domicilio: ADI, ADP, AID, SAD e altri servizi

Le cure domiciliari sono quei servizi che permettono di fare fronte sia ai bisogni sanitari che alle esigenze socio-assistenziali dell'utente nella propria abitazione.

Ambito sanitario

Le prestazioni domiciliari di ambito sanitario sono: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID), la Riabilitazione ex art. 26 L.833/78 domiciliare.

Assistenza Infermieristica Domiciliare

La AID è erogata dal servizio infermieristico territoriale dell'Azienda USL e consiste in accessi programmati degli infermieri professionali.

Tav.21 Numero di utenti in carico al servizio infermieristico domiciliare per distretto e area d'intervento - Firenze - Anno 2012

Distretto	area intervento			Totale
	minori	adulti	anziani	
1 - Centro storico		67	668	735
2 - Campo di Marte	9	77	901	987
3 - Gavinana/ Galluzzo	2	44	523	569
4 - Isolotto	5	53	564	622
5 - Rifredi	11	98	890	999
Totale	27	339	3.546	3.912

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

L'accesso al servizio viene garantito a tutti i cittadini su presentazione della richiesta da parte del medico di medicina generale e viene erogato dagli operatori che lavorano presso i presidi dislocati nel quartiere di residenza o di domicilio del paziente: il 95% dei pazienti in carico al servizio sono infatti residenti nel Comune di

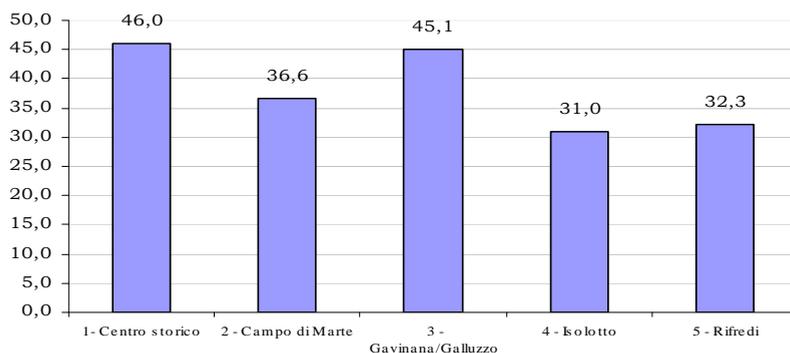
Firenze, il 3% in uno dei Comuni delle altre zone fiorentine comprese nell'Azienda USL10 e il restante 2% in Comuni di altre zone.

Gli utenti in carico dell'Assistenza Infermieristica Domiciliare nel 2012 sono stati 3.912: di questi, il 62,6% sono donne e per il 90,6% sono anziani.

Considerando il distretto di erogazione del servizio, il quartiere 5 – Rifredi è stato quello con maggiore utenza (25,5%), seguito dal quartiere 2 – Campo di Marte (24,2%).

Se invece rapportiamo il numero di utenti anziani per distretto alla popolazione anziana dei rispettivi quartieri, la popolazione anziana con la maggior propensione a richiedere servizi di assistenza infermieristica domiciliare è quella del quartiere 1-Centro Storico (46 utenti anziani ogni mille anziani residenti) seguita da quella del quartiere 3-Gavinana-Galluzzo (45 utenti anziani ogni 1.000 anziani residenti). Il quartiere 4-Isolotto risulta con un tasso più basso, pari a 31 utenti ogni 1.000 anziani residenti.

Graf.35 Utenti anziani in carico al servizio infermieristico domiciliare per distretto — Tassi per 1.000 abitanti anziani residenti – Firenze - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Sono state erogate circa 363.700 prestazioni di assistenza infermieristica domiciliare così suddivisi: colloqui, educazione sanitaria ed istruzione ausili (38%), medicazioni (22%), prelievi domiciliari (16%), test valori glicemici, gestione stomie, gestione cateteri, aiuto eliminazione clisma, gestione nutrizione enterale e parenterale, controllo pressione arteriosa (16%), igiene personale e mobilitazione (5%), somministrazioni terapie (circa il 2%).

Assistenza Domiciliare Programmata

La ADP consiste in visite domiciliari a cadenza periodica del MMG a favore di assistiti che, a causa dell'età avanzata o della presenza di gravi patologie croniche, necessitano di un controllo clinico ma non possono recarsi autonomamente in ambulatorio.

I MMG coinvolti nell' ADP sono stati 219 e 3.121 sono state le autorizzazioni al servizio concesse, corrispondenti - in via generale - al numero di utenti.

Assistenza Domiciliare Integrata

L'ADI è il servizio di assistenza a domicilio per i casi complessi, che viene proposto dal MMG e autorizzato dal Medico di distretto. Il servizio prevede l'attivazione di un piano di assistenza personalizzato e multi professionale - coordinato dal MMG in collaborazione con i servizi sanitari e sociali - che può comprendere, oltre all'assistenza medica, anche quella sociale, infermieristica e l'attività di riabilitazione.

A Firenze nel 2012 i casi trattati in Assistenza domiciliare integrata sono stati 604, di cui 501 anziani. Gli accessi dei Medici di Medicina Generale al domicilio dei pazienti sono stati 1.638 per l'83% in favore di pazienti anziani.

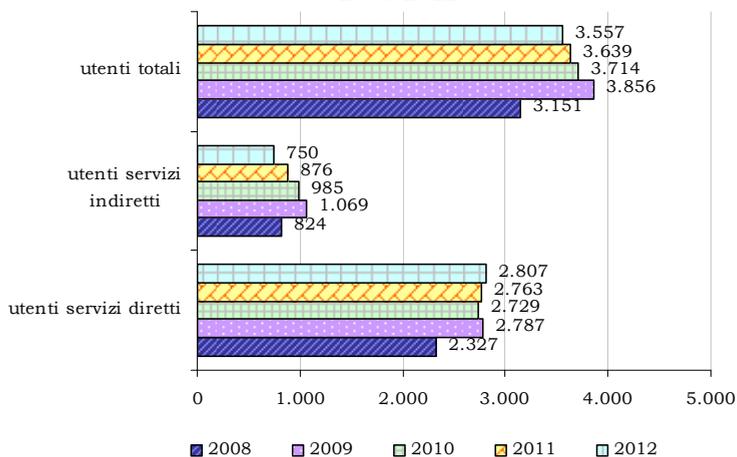
Riabilitazione ex art.26 domiciliare

Nel 2012 sono stati 986 gli utenti che hanno ricevuto prestazioni in regime domiciliare di riabilitazione ex art.26, di questi il 65% sono donne e per l'82,3% sono anziani. Le prestazioni così erogate sono 9.894 per un tasso sulla popolazione residente pari a 26 per 1.000 abitanti.

Ambito sociale

Le prestazioni domiciliari di ambito sociale possono essere **dirette** nelle varie forme di aiuto domestico e alla persona e **indirette** ovvero un contributo economico finalizzato al pagamento di assistenza domiciliare.

Graf.36 Utenti dei servizi diretti e indiretti per la domiciliarità. Firenze - Anni 2008-2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Complessivamente nel 2012 le persone che hanno usufruito di servizi per la domiciliarità – diretti e indiretti - sono stati 3.557, in leggera e costante diminuzione se confrontato con il triennio precedente 2009-2011. Il 2009 è stato l'anno in cui sono stati rafforzati i servizi per la domiciliarità, con un aumento del 22% degli utenti rispetto al 2008. Negli anni seguenti il 2009 sono leggermente diminuiti gli utenti dei servizi indiretti e leggermente aumentati quelli dei servizi diretti.

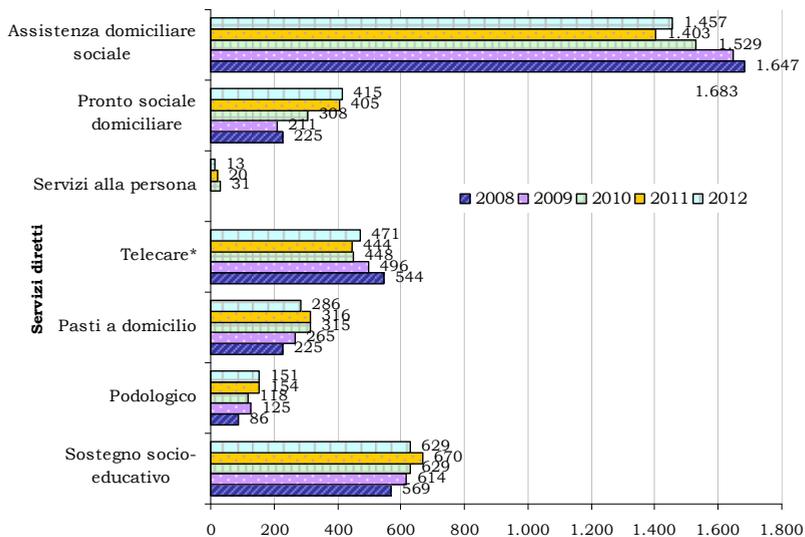
Servizio di Assistenza Domiciliare e Pronto sociale domiciliare

Il SAD è un servizio di carattere socioassistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue per permettere alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Nell'ambito del SAD è operativo un servizio di Pronto sociale domiciliare, che interviene, tramite l'azione diretta degli operatori comunali del SAD, in situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o di prima attivazione di interventi in attesa della definizione del progetto assistenziale.

Gli utenti che hanno ricevuto Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) nell'anno 2012 sono stati 1.457, quelli seguiti dal Pronto Sociale domiciliare 415 per un totale di 1.872 utenti.

Graf. 37 Utenti dei servizi diretti per la domiciliarità per tipologia servizio. Firenze - Anni 2008-2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: archivio Montedomini

Fonte: archivio impegnative S.I.A.S.T.

Nota[*] il totale degli utenti comprende anche le persone che pagano privatamente il servizio, di cui alcune non residenti.

Considerando coloro che hanno ricevuto il servizio di assistenza domiciliare diretta o il pronto sociale domiciliare, le caratteristiche degli utenti sono: prevalenza degli anziani che rappresentano l'80,6% degli utenti di assistenza domiciliare diretta e l'80,7% degli utenti del pronto sociale domiciliare. Considerando le caratteristiche demografiche della popolazione anziana ne segue una forte presenza delle femmine e la prevalenza delle persone sole. Gli anziani non autosufficienti che nel 2012 hanno fruito di Assistenza domiciliare Sociale sono stati 581, di questi 507 non autosufficienti gravi; gli anziani non autosufficienti seguiti dal Pronto sociale domiciliare sono stati 145, di questi 131 non autosufficienti gravi.

Sostegno socio-educativo territoriale

Il servizio è rivolto a minori e giovani in condizioni di disagio sociale o disabili e consiste in interventi di supporto al minore e alle funzioni educative genitoriali, anche attraverso attività di accompagnamento e socializzazione, di cura e di accudimento della persona, di supporto scolastico domiciliare per lo sviluppo positivo dei rapporti relazionali. Nel 2012 sono stati 629 gli utenti del servizio in diminuzione rispetto al 2011 del -6,1%, ma sostanzialmente stabili rispetto al 2010.

Servizi a supporto della domiciliarità

Il Telecare è un servizio che fornisce una copertura assistenziale mediante telefono: il servizio di Teleassistenza e Telesoccorso, collegando il domicilio dell'utente a una o più centrali operative, permette alle persone in condizioni di età avanzata, di limitata autonomia fisica e/o sensoriale o di isolamento relazionale, di rimanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza, garantendo un costante monitoraggio delle loro condizioni e la gestione di eventuali segnalazioni d'emergenza. Nel 2012 il telecare ha fornito copertura assistenziale a 471 utenti, di cui 453 anziani. Rispetto al 2009, il servizio ha registrato un aumento del 5,1%.

Gli utenti che hanno usufruito del contributo del Comune sono stati 186, coloro che hanno pagato privatamente il servizio 285, di cui 63 non residenti a Firenze.

Il servizio Pasti presso il domicilio consiste nella fornitura di pasti a persone le cui precarie condizioni di autonomia e di solitudine ne impediscono la quotidiana preparazione. I pasti vengono preparati presso un centro specializzato e vengono distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto. Il servizio nel corso del triennio nel 2012 ha registrato un calo di utenti del -9,2%, passando da 315 utenti a 286, di cui 238 anziani.

Il Servizio di "cura" del piede o podologico previene l'insorgenza di problematiche al piede che possono anche arrivare ad ostacolare la corretta deambulazione ed è perciò rivolto a persone con limitata capacità di movimento. Nel 2012 sono state assistite 151 persone, in

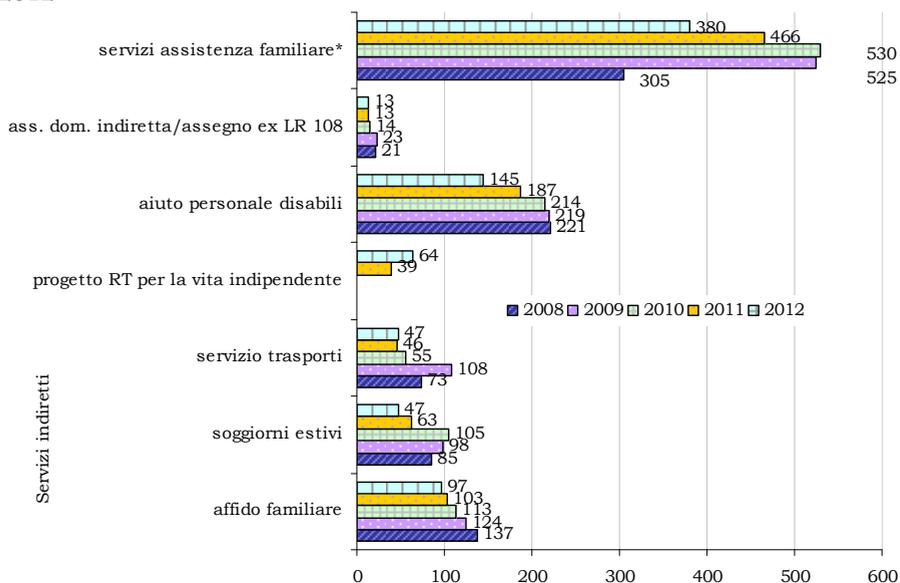
aumento del 28% rispetto al 2010, anno in cui il servizio è stato fruito da 118 utenti.

Il Quartiere 1 Centro storico realizza inoltre, tramite l'ASP Montedomini, servizi alla persona quali: servizi di parrucchiere e di cura del piede. Nel 2012 sono state assistite 13 persone.

Servizi indiretti per la domiciliarità

Complessivamente, gli utenti che hanno fruito di contributi per servizio di assistenza familiare sono stati 393, per la maggior parte (380) percettori del Contributo per assistenti familiari e del Sostegno alle cure familiari, introdotti con il Fondo della non autosufficienza ed erogati per supportare la famiglia al mantenimento al domicilio dell'anziano non autosufficiente. Il Contributo per assistenti familiari è un sussidio finalizzato all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, o all'acquisto di servizi di assistenza a domicilio da organizzazioni ed imprese, nell'ambito di un PAP di tipo domiciliare definito dall' UVM. Il Contributo a sostegno alle cure di familiari è invece finalizzato a sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell'assistenza in favore di propri familiari anziani e per questo viene concesso solo in favore di utenti che siano dotati di una rete familiare adeguata e solo in presenza di familiari che si facciano formalmente garanti della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi posti dal PAP.

Graf. 38 Utenti dei servizi indiretti per la domiciliarità. Firenze - Anni 2010-2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze Fonte: archivio Montedomini

Nota[*] a questi sono da aggiungere 328 persone chiamate dalla lista di attesa che riscuoteranno gli arretrati dal gennaio 2013.

I percettori dei due contributi nel quinquennio 2008-2012 sono aumentati del 24,6% passando da 305 del 2008 a 380 del 2012. Inoltre a dicembre 2012 ai 380 beneficiari se ne sono aggiunti altri 328, chiamati dalla lista di attesa, beneficiari di 272 “contributi per assistenti familiari” e 56 “contributi per cure familiari” che sono stati riscossi come arretrati a partire dal gennaio del 2013. Inoltre, sempre nel mese di dicembre, ad altri 176 anziani in lista di attesa e in possesso dei requisiti per accedere ai contributi previsti dal “Progetto Home Care Premium 2011”, è stata proposta l’attivazione temporanea di un contributo per un anno, senza per questo perdere il posto in graduatoria. Di queste 176 persone 151 hanno avuto un progetto assistenziale che prevede contributi per assistenti familiari e 25 hanno avuto un progetto assistenziale che prevede contributi per cure familiari”.

I [contributi per assistenza domiciliare indiretta](#) e [l’assegno di assistenza ex L.R. 108](#) sono trasferimenti in denaro finalizzati a sostituire un servizio domiciliare, nel 2012 sono stati erogati a 13 persone anziane o disabili.

Tra i contributi per la domiciliarità quello di [Aiuto personale disabili](#), così denominato dal 2012 in sostituzione della denominazione “contributo per la vita indipendente”, e il progetto [regionale Progetti di vita indipendente](#) sono indirizzati all’autonomia del soggetto disabile, tra loro diversi per tipologia di fonte di finanziamento e per le finalità che si prefiggono. Il primo è stato percepito da 145 utenti; il secondo nella fase di sperimentazione è stato fruito da 59 utenti non tutti transitati nella fase a regime del progetto, iniziata nel giugno 2012 con nuovi criteri di accesso, che ha interessato 64 utenti.

Il [Contributo per servizio trasporti](#) è un contributo economico per spese di trasporto a favore di persone disabili che svolgono attività lavorativa, di studio (post scuola dell’obbligo) o che partecipano ad attività di integrazione sociale (fino a 65 anni). Nel 2012 questo contributo ha interessato 47 beneficiari.

I [contributi per i soggiorni estivi](#) sono erogati a minori seguiti dai S.I.A.S.T. per lo svolgimento di attività di socializzazione e di vacanza, nel 2012 sono stati 47, contro i 63 del 2011.

I [contributi per affido familiare](#) sono erogati a famiglie con minori in affidamento: nel 2012 sono stati 97 i percettori del contributo, di cui 2 interessati dal percorso di affidamento di minori stranieri non accompagnati. L’andamento di questo contributo segue quello degli affidamenti che nel triennio sono in lieve diminuzione (-8%).

Contributi a integrazione del reddito

Un’altra importante tipologia di contributi sono quelli [per integrazione del reddito](#), volti al superamento di uno stato di disagio

economico più o meno grave, che rappresentano la maggioranza assoluta dei contributi assegnati (68,1%) nel 2012.

Nel 2012 i contributi ad integrazione del reddito sono stati erogati a 2.160 utenti: gli adulti rappresentano il 61,9%, gli anziani sono il 16,9% e i minori il 21,3%.

Tav.22 Percettori di contributi per superamento disagio economico per tipologia di utenza. Valori assoluti e tassi per 1.000 residenti. Anni 2010-2012 - Firenze

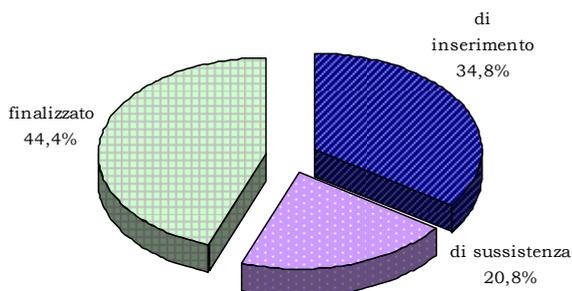
Tipologia di utenza	Anni		
	2010	2011	2012
Valori assoluti			
Minori	467	493	459
Adulti	1.350	1.201	1.336
Anziani*	394	389	365
Totale	2.211	2.083	2.160
Tassi per 1.000 abitanti residenti			
Minori	9,0	9,4	8,6
Adulti	6,0	5,3	5,9
Anziani	4,2	4,1	3,8
Totale	6,0	5,6	5,7

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Rispetto alle corrispondenti popolazioni i percettori più numerosi si trovano tra i minori: 9 minori percettori di contributi ogni 1.000 minori residenti, rispetto a 4 anziani ogni 1.000 anziani residenti e a 6 adulti ogni 1.000 adulti residenti.

Se confrontato con il 2010, il 2012 presenta un calo del numero totale dei percettori pari al 2,3% con una diminuzione che interessa in particolare l'area degli anziani (-7,4%). Rispetto al 2011 invece si registra un aumento complessivo del 3,7% dovuto ad un incremento dei beneficiari dell'area degli adulti (+11,2%).

Graf.39 Composizione percentuale del contributo a integrazione del reddito per tipologia - Firenze - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Questo a causa sia dei criteri di accesso più restrittivi introdotti nel 2009 dal regolamento delle prestazioni economiche, sia all'introduzione dei contributi per "servizi assistenza familiare" che hanno sostituito per molti anziani l'aiuto economico prima offerto dai contributi a integrazione reddito.

Considerando gli utenti in base alle tre tipologie di sussidi previste dal Regolamento Comunale per l'erogazione degli interventi economici di assistenza sociale, si evince che il 44,4% dei percettori ha fruito di contributi finalizzati (ad esempio per il pagamento delle bollette), il 34,8% di contributi di inserimento (per le famiglie con un componente senza lavoro) e il restante 20,8% di quelli di sussistenza (per anziani o disabili in disagio economico). Rispetto al 2011 aumentano i percettori di tutti e tre i tipi di contributi (+3,9%), con maggiore peso dei finalizzati (+6,1%).

I centri Diurni e altri servizi "intermedi"

I servizi di livello intermedio fanno riferimento essenzialmente ai Centri diurni, al trasporto sociale degli utenti che devono recarsi presso i centri diurni, al servizio mensa e al "gettone per inserimenti socio-terapeutici" per percorsi di inclusione sociale e lavorativa. Questi servizi sono forniti in luoghi diversi dall'abitazione e delle strutture residenziali per questi definiti intermedi e sono a supporto per consentire alle persone di poter rimanere al proprio domicilio e rimandare l'istituzionalizzazione residenziale.

Tav.23 Utenti nelle prestazioni di livello intermedio. Valori assoluti - Firenze - Anni 2009- 2012

prestazioni di livello intermedio	2008	2009	2010	2011	2012
servizi diretti					
CD per anziani e adulti non autosufficienti	212	226	198	175	174
CD per anziani e adulti autosufficienti	156	140	151	159	141
CD di socializzazione**	182	178	213	206	208
CD per minori	264	232	248	169	177
trasporto sociale / trasporto taxi	157	160	155	153	162
servizio mensa	265	273	300	220	182
totale utenti servizi diretti	1.169	1.154	1.206	1.030	986
servizi indiretti					
vacanze disabili	190	206	189	196	175
gettone per inserimento socio terapeutico*	315	314	347	353	292
totale utenti servizi indiretti	509	520	536	525	449
totale utenti	1.678	1.674	1.742	1.555	1.435

Fonte: SISA e : SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - Sds Firenze

Fonte: Impegnative - Comune di Firenze e AUSL 10

Nota[*]: nel 2011 è stato approvato il nuovo "Protocollo per percorsi di Inclusione Sociale e lavorativa di persone in situazione di svantaggio sociale e disabilità" che ha introdotto il gettone per Inserimenti Socio-terapeutici in sostituzione del gettone per inserimento lavorativo e il gettone per gettone per incentivazione, cessato nel 30 giugno 2011.

Nota[**]: dal 2010 sono contabilizzati anche gli utenti del centro diurno "Il Giaggiolo".

Nota[^]: il totale degli utenti non corrisponde alla somma delle singole voci perché un utente può avere usufruito di più servizi

Nel 2012 gli utenti di tutti i servizi intermedi sociali e sociosanitari sono stati 986, in diminuzione sia rispetto al 2011 (-7,7%), sia rispetto al 2009 (-14,3%).

Centri diurni

I centri diurni offrono assistenza e programmi di riattivazione, socializzazione e animazione a quei soggetti che per livello di autonomia e/o per la presenza di supporto familiare sono in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio ma che durante le ore diurne necessitano di un qualificato e continuativo punto di riferimento assistenziale, educativo e/o sanitario.

Ambito sanitario,

I centri diurni di riabilitazione prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali e sono presidi della rete di riabilitazione che operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio. Le attività di riabilitazione svolte in tali centri diurni si rivolgono a pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero che richiede, per lo svolgimento delle specifiche attività riabilitative, un'adeguata tutela assistenziale nelle 12 ore.

I centri diurni in regime intensivo svolgono la propria funzione nelle fasi immediatamente sub-acute o di recrudescenza degli esiti invalidanti (fase del recupero intrinseco); i centri diurni in regime estensivo opera a conclusione di un progetto riabilitativo per facilitare l'adattamento della persona disabile al proprio ambiente di vita, ed è caratterizzato da un intervento di riabilitazione individuale o di gruppo, con attenzione anche agli obiettivi di socializzazione e occupazionali.

Gli utenti che nel 2012 hanno usufruito di prestazioni di tipo semiresidenziale, sia intensiva (187) che estensiva (237), sono stati 424. Di questi il 53,1% sono maschi e per il 68,4% sono adulti.

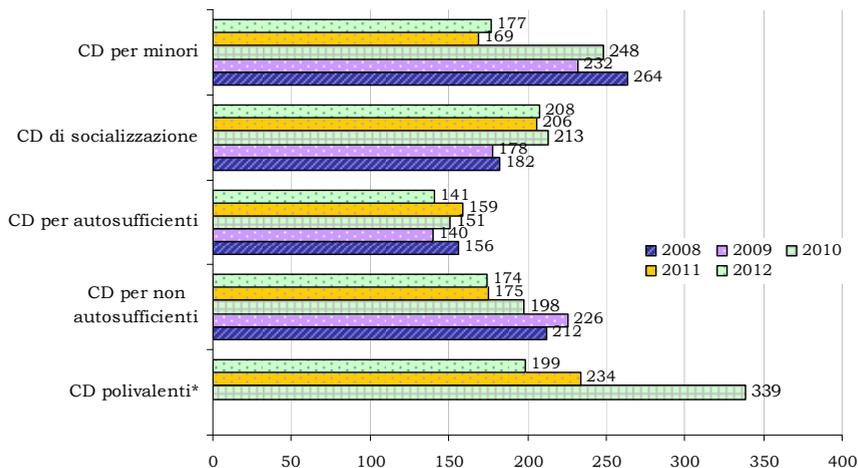
Ambito sociale e sociosanitario

Gli utenti che nel 2012 hanno frequentato i centri diurni sono stati complessivamente 700, stabili rispetto al 2011 (709 utenti), ma in calo sia rispetto agli altri anni.

Il calo complessivo di accoglienza registrato per il quadriennio 2009-2012 (-9,8%) è determinato dall'importante diminuzione registrata dai centri diurni per minori (-23%) e per anziani non autosufficienti (-22,6%). Nei centri diurni per anziani autosufficienti nel 2012 il numero degli ospiti (141) diminuisce rispetto sia al 2011 (159 ospiti) che al 2010 (151 ospiti) e si riallinea al dato del 2009 (140 ospiti).

I centri diurni per minori sono strutture di tipo semiresidenziale che accolgono prevalentemente ragazzi di età inferiore ai 18 anni che, per contingenze familiari e sociali, hanno bisogno di essere sostenuti nel processo di socializzazione, per prevenire o contrastare esperienze emarginanti o devianti.

Graf.40 Utenti dei centri diurni fiorentini – Firenze - Anni 2008 – 2012



Fonte: SISA e : SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: Impegnative – Comune di Firenze

Fonte: Impegnative – AUSL 10

Nota[*]: i dati sono disponibili dal 2010.

Nel 2012 sono stati accolti dai centri diurni fiorentini 177 utenti, 116 maschi e 61 femmine. La partecipazione ai Centri nel 2012 segna una contrazione del -23,7% rispetto al 2009, ma è tornata a crescere se confrontata col 2010 (+4,7%), quando sono stati ospitati 169 minori.

I Centri diurni di socializzazione sono strutture presso le quali durante le ore diurne vengono accolti soggetti portatori di handicap per svolgere attività di tipo socio-educativa, rieducativa e abilitativi/riabilitativa. L'obiettivo è far recuperare loro le capacità fisiche ed intellettuali residue, per migliorarne il livello interrelazionale e d'inserimento sociale. Nel 2012 i centri hanno ospitato complessivamente 208 persone, stabile rispetto agli altri anni: Si ricorda che prima del 2010 non erano conteggiati gli utenti del Cd "Il Giaggiolo".

I centri diurni per gli anziani e adulti autosufficienti e non autosufficienti accolgono persone adulte o anziane in condizioni di fragilità o di non autosufficienza che, pur rimanendo al proprio domicilio, durante le ore diurne hanno bisogno di essere inseriti in un contesto che garantisca loro i necessari interventi assistenziali, educativi e di supporto. Nel 2012 presso i centri diurni per

autosufficienti sono stati ospitati 141 utenti, mentre presso quelli per non autosufficienti 174, per un totale complessivo di 315 ospiti. Rispetto al 2011 sono in diminuzione i frequentanti i centri per autosufficienti, mentre sono stabili coloro che frequentano quelli per non autosufficienti.

Nel quadriennio 2009-2012 diminuiscono gli utenti non autosufficienti (-23%) mentre rimangono stabili quelli autosufficienti (+0,7%), anche se in calo del 11,3% rispetto al 2011.

Diversamente dagli altri centri diurni i [Centri diurni polivalenti](#), quali La Fenice e Arcobaleno, sono centri per l'accoglienza diurna di soggetti provenienti dall'area marginale della città, finalizzata al loro reinserimento sociale. Nel 2012 sono stati 99 gli utenti che hanno frequentato i due centri.

Per detenuti, ex detenuti e persone che fruiscono di misure alternative è invece operativo il centro diurno "Attavante", collocato nelle vicinanze della struttura di Sollicciano. Si tratta di un centro ricreativo e sociale, diurno, per coloro che necessitano di un periodo di sostegno e tutoraggio per il reinserimento sociale, che nel 2012 ha accolto mediamente 100 persone al mese.

Altri servizi livello intermedio

[Trasporto sociale](#) è un servizio di accompagnamento delle persone disabili a centri di socializzazione o a centri diurni di riabilitazione ex art.26, che nel 2012 ha interessato 162 i soggetti.

Le [vacanze](#) per persone disabili sono state organizzate in collaborazione con A.S.P. Firenze Montedomini, prevedendo l'erogazione di contributi economici finalizzati, misurati in relazione alle necessità di accompagnamento e alla disponibilità economica dei beneficiari, invece di organizzare il servizio, come avvenuto fino al 2011. Sono stati 175 i soggetti che hanno usufruito di tali contributi. Gli [Inserimenti Socio-Terapeutici](#) sono previsti dal protocollo per l'inclusione sociale e lavorativa, entrato in vigore nel 2011, quale servizio da utilizzare per integrare nel contesto sociale e lavorativo le persone in situazione di svantaggio sociale e/o disabilità in carico ai Servizi sociali, prevenendo forme di isolamento e emarginazione, nel rispetto della dignità e autonomia individuale. A giugno 2011 è cessato il gettone per incentivazione e il gettone per inserimento lavorativo è stato sostituito con il [gettone inserimento socio terapeutico](#) che, nel 2012, ha interessato 292 persone e di queste 223 con disabilità.

Il [servizio mensa](#) è svolto a favore di persone dell'area marginalità in carico al servizio sociale che possono recarsi presso i 7 punti accreditati e dislocati sui 5 quartieri cittadini per consumare il pasto consegnando la propria tessera sanitaria al personale addetto alla Cassa che tramite POS, provvede alla registrazione elettronica che equivale al pagamento. Nel 2012 sono stati 182 i beneficiari del servizio, in diminuzione del 17% rispetto al 2011.

I servizi residenziali: dalle RSA alle strutture di accoglienza

Il livello residenziale ricomprende tutte le strutture residenziali in cui vengono inseriti temporaneamente o permanentemente particolari fasce di popolazione. L'inserimento nelle strutture residenziali per anziani e disabili è essenzialmente dovuto a condizioni di non autosufficienza mentre per i minori e per gli adulti la causa è prevalentemente sociale.

Ambito sanitario

Le strutture residenziali di riabilitazione ex art. 26 sono strutture sanitarie che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio. Le attività di riabilitazione svolte in tali strutture sono per pazienti che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti ammissibili, per condizione clinica stabilizzata, a trattamento riabilitativo extraospedaliero e che richiede tutela assistenziale nelle 24 ore. Le strutture di riabilitazione in regime intensivo svolgono la propria funzione nelle fasi immediatamente sub-acute; le strutture in regime estensivo operano a conclusione di un progetto riabilitativo per facilitare l'adattamento della persona disabile al proprio ambiente di vita. Gli utenti che nel 2012 hanno usufruito di prestazioni di tipo residenziale, sia intensiva (1.402 per la maggior parte anziani) che estensiva (350 disabili), sono stati 1.752, di questi per il 65,8% sono donne e per il 72% anziani.

Ambito sociosanitario e sociale

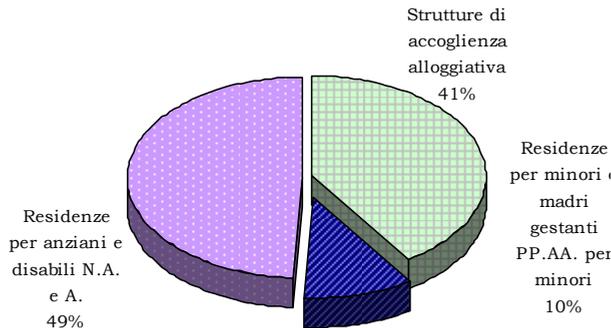
Nel 2012 le strutture residenziali sociali e sociosanitarie hanno complessivamente accolto 5.324 persone: il 49% sono anziani e disabili non autosufficienti e anziani fragili, il 41% sono persone con problematiche di marginalità, il restante 10% è rappresentato da minori o madri/gestanti. Nel quinquennio 2008-2012 il sistema residenziale registra un aumento delle accoglienze dell'8%, determinato soprattutto dall'ampliamento del sistema delle accoglienze dedicate a cittadini in condizione di grave disagio sociale e abitativo (+39,5%) e di quelle per la pronta accoglienza per minori e per madri con figli (+12,8%).

Le strutture residenziali per anziani si distinguono in residenze di natura socio-assistenziale (RA), che accolgono soggetti bisognosi di limitati interventi sociosanitari, e residenze sanitarie assistenziali (RSA) che offrono "alta" assistenza sociosanitaria a soggetti non autosufficienti non assistibili al domicilio.

Nelle RA sono state accolte 251 persone, di cui l'86% anziani, nelle RSA 2.373 persone, di cui 137 adulti. Gli utenti che hanno fruito di una compartecipazione del comune al pagamento della retta sono

stati 1.146, di cui 114 adulti. Dal 2009 al 2012 si evidenzia una diminuzione sia degli utenti ricoverati presso RA (-17,4%), sia delle persone ricoverate presso strutture RSA (-15,8%), anche se di questi ultimi crescono marcatamente (+94,9%) i ricoveri temporanei o di sollievo, ricoveri preferiti a quelli definitivi.

Graf.41 Composizione percentuale degli utenti nelle strutture residenziali per tipologia struttura – Firenze - Anno 2012

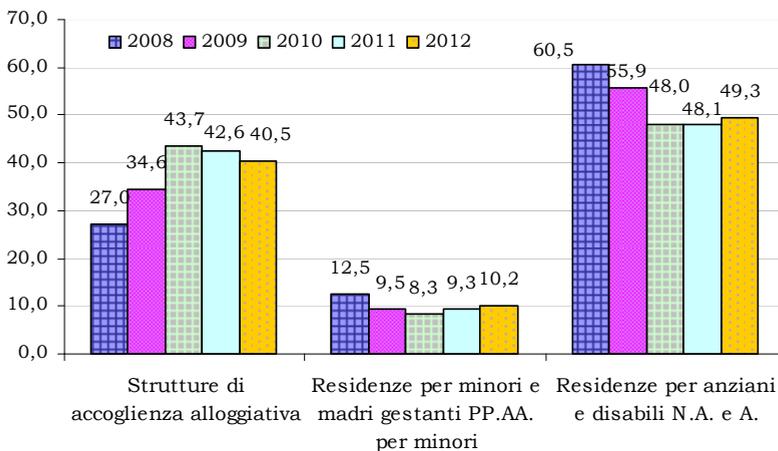


Fonte: impegnative – Comune di Firenze impegnative – AUSL 10 di Firenze

Fonte: GRS Montedomini Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

L'importante diminuzione del dato di utenza che si riscontra nel passaggio 2009-2010 va ricondotta ad una sovrastima per il 2009 del dato degli utenti con sola quota sanitaria, poiché la normalizzazione dei dati dell'archivio unico integrato è avvenuta nel 2010.

Graf.42 Composizione percentuale degli utenti nelle strutture residenziali per tipologia struttura – Firenze – Anni 2008-2012



Fonte: impegnative – Comune di Firenze impegnative – AUSL 10 di Firenze

Fonte: GRS Montedomini Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Le strutture residenziali a tutela dei diritti dei minori accolgono i ragazzi con età inferiore ai 18 anni, madri con figli o gestanti e ragazzi maggiorenni che dietro decreto del giudice possono rimanere in struttura fino a 21 anni. Nel 2012 gli inserimenti sono stati 297, in calo del -21,6% rispetto al 2009, ma increscita rispetto al 2010 del 8,8%. Sempre per i minori sono attive strutture di pronta accoglienza dedicate al ricovero temporaneo immediato del minore in difficoltà, che i servizi sociali territorialmente competenti attivano nell'ambito di un progetto di tutela del minore anche in fase emergenziale. Nel 2012 sono stati 246 i minori accolti in aumento rispetto sia al 2009 che al 2010, aumento in parte dovuto alla riorganizzazione del Centro Sicuro, ora Centro Valery.

Tav.24 Utenti nelle strutture residenziali. Firenze – Anni 2008-2012

Tipo struttura	2008	2009	2010	2011	2012
Residenza per anziani e disabili non autosufficienti (RSA)*	2.680	2.818	2.473	2.347	2.373
<i>di cui temporanei</i>	268	315	445	492	614
Residenze per anziani e disabili autosufficienti (RA)	304	304	263	251	251
Residenze per minori e madri gestanti**(inserimenti)	396	379	328	273	297
Pronte accoglienze per minori (inserimenti)	218	153	145	229	246
Strutture di accoglienza alloggiativa***	1.051	1.933	2.489	2.300	2.157

Fonte: impegnative – Comune di Firenze

Fonte: impegnative – AUSL 10 di Firenze

Note: * anziani e disabili ricoverati in struttura nell'intero arco annuale con retta sanitaria a carico della AUSL e con quota sociale con contribuzione del comune o a carico interamente dell'utente. Per il 2009 il dato è sovrastimato poiché il dato riferito agli utenti con solo quota sanitaria è stato reso disponibile in forma aggregata.

** sono comprese anche le madri e le gestanti.

*** il dato comprende le persone accolte dal polo marginalità, i richiedenti asilo e rifugiati, gli utenti in affittacamere, le strutture per l'area carcere e per lavoratori stranieri.

Se da un lato diminuiscono i ragazzi nelle strutture residenziali e dall'altro aumentano quelli in Pronta accoglienza, complessivamente gli utenti accolti in entrambe le tipologie di strutture (543) sono aumentati rispetto al 2011 e diminuiti rispetto al 2009 (502 nel 2011, 473 nel 2010 e 532 nel 2009).

Le strutture di accoglienza alloggiativa ospitano cittadini in condizione di grave disagio sociale e abitativo. Il sistema accoglienza del Comune di Firenze mette a disposizione 800 posti residenziali per coloro che hanno problemi alloggiativi, comprensivi anche dei posti dedicati al progetto "accoglienza invernale": nel 2012 ha offerto ospitalità a 2.157 persone fragili, in condizione di svantaggio e a rischio marginalità in aumento rispetto al 2009. L'Amministrazione comunale ha promosso il consolidamento e lo sviluppo degli interventi di accoglienza e integrazione rivolti a persone singole e madri con figlio in gravi condizioni di disagio economico, familiare e sociale nell'ambito della collaborazione con l'ASP Firenze Montedomini, in qualità di Polo per l'accoglienza e l'inclusione sociale. I destinatari degli interventi sono persone autosufficienti,

adulti soli, coppie madri-bambino e nuclei familiari. I progetti di accoglienza sono definiti secondo un criterio di omogeneità tra le diverse strutture convenzionate, organizzate in una filiera comune, suddivisa in quattro livelli di accesso: pronto intervento sociale, accoglienze temporanee, accoglienze periodiche, accoglienze straordinarie.

Volontariato e terzo settore

Il complesso e composito mondo del Terzo Settore tocca trasversalmente tutti gli ambiti e le aree della società civile, offrendo un apporto ed una visuale ormai indispensabili alla Pubblica Amministrazione, senza i quali gli interventi e le opportunità offerti sarebbero poveri, privi di coordinamento e dunque meno efficaci.

L'Amministrazione riconosce il ruolo fondamentale del mondo del volontariato, quale coprotagonista nella gestione e nell'offerta dei servizi assieme agli Enti pubblici, soggetto attivo nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi.

In questi anni l'Amministrazione ha cercato di valorizzare il mondo del volontariato, in un rapporto di pari dignità ed opportunità, di promuovere azioni per il sostegno, la promozione e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo Settore, nella convinzione che il forte sviluppo di questo, unitamente alla molteplicità e rilevanza delle organizzazioni che lo compongono, costituisca una risorsa preziosa per tutti i cittadini.

I rapporti tra il Comune e le Associazioni si sono ampliati e rafforzati nel tempo e molti soggetti del Terzo Settore si rivolgono all'Ente per avere informazioni o far conoscere le nuove realtà esistenti sul territorio, in modo da poter allargare od integrare le collaborazioni, creare opportunità di risposte più adeguate ai bisogni dei cittadini, consolidare il senso di appartenenza alla comunità. L'intento è quello di:

- valorizzare le sensibilità, le capacità e l'esperienza di coloro che intendono mettere a disposizione le proprie competenze;
- supportare, valorizzare e promuovere il patrimonio espresso dal mondo del volontariato quale asse portante della società civile;
- collegare le risorse pubbliche e private per rispondere in modo integrato e coordinato ai bisogni della popolazione, soprattutto quella più debole e a rischio, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse;
- promuovere, attivare, formare, sostenere e indirizzare le attività del Terzo Settore per migliorare la qualità della vita nella comunità fiorentina.

Nel corso del 2012, l'Amministrazione comunale per favorire una migliore qualità dei servizi attivati dai soggetti del Terzo Settore e consentire contestualmente un contenimento della spesa pubblica, ha consegnato il riconoscimento del "Fiorino solidale" a realtà economiche e associative che hanno dato la loro disponibilità a

sponsorizzare sotto forma di erogazione economica e/o sotto forma di fornitura di beni o altre utilità, alcuni servizi di assistenza sociale e socio sanitaria. Nel febbraio 2012 il Fiorino solidale è stato consegnato all'azienda *Silo* che ha sponsorizzato i progetti: "Pasti accoglienza invernale" con il quale sono stati forniti pasti agli ospiti delle strutture per l'emergenza freddo e i progetti "Ippoterapia" e "Musicoterapia" che hanno realizzato attività per disabili, complementari al percorso terapeutico. Le aziende *Menarini e Eli Lilly* hanno finanziato il progetto "P.I.T.A" che ha realizzato per bambini con psicopatologie gravi, interventi terapeutico riabilitativi/educativi. L'Associazione *Assopto* (Associazione Ottici e Optometristi di Confcommercio) ha effettuato controlli optometrici e ha realizzato 100 montature per gli anziani ospiti di Montedomini. L'Associazione *Rotary Club Area Medicea* ha finanziato il progetto "Quattro Zampe per amico" che ha previsto la raccolta di fondi per finanziare borse lavoro per l'inserimento lavorativo di tre detenuti presso il Nuovo Canile comunale. L'Associazione *S.i.f.o.* (Società Italiana Farmacisti Ospedalieri) con il progetto "Medicinali per i poveri" ha messo a disposizione del Comune un budget per l'acquisto di farmaci destinati a circa un migliaio di ospiti delle strutture del Comune, dai minori ai richiedenti asilo, la Farmacia Continuità ospedaliera Careggi è di riferimento per il progetto. L'Azienda *Mukky* con il progetto "Mitico" ha fornito le materie prime per il laboratorio di gelateria all'interno dell'istituto minorile Meucci, per il reinserimento nella società dei minori sottoposti a provvedimenti penali. Le Aziende *Mercafir e CFT* (Cooperativa facchinaggio e trasporto) hanno finanziato il progetto "Spesa sociale", attraverso il quale la frutta e verdura invenduta al mercato di Novoli è stata donata dai grossisti a 500 nuclei familiari in difficoltà individuati dai servizi sociali e alle mense per i poveri. Tale progetto ha previsto anche l'inserimento lavorativo di tre persone provenienti dal Ceis.

Nel corso del 2012, come previsto anche dalla L.R. 60/2008, con cui si prevede che all'interno della Società della Salute si dia vita a forme di partecipazione strutturata dei cittadini e delle organizzazioni del terzo settore, la Società della Salute di Firenze ha proseguito la sua collaborazione con il CESVOT per promuovere e favorire la partecipazione delle associazioni di volontariato ai processi di programmazione locale di sua competenza. In particolare nel corso del 2012 l'attenzione si è concentrata sul settore degli anziani in condizione di fragilità, a tal fine sono stati programmati incontri con le associazioni interessate a questo settore facenti parte degli Organismi di Partecipazione della Società della Salute dai quali è emerso un documento che è andato ad integrare il progetto approvato con delibera di Giunta Esecutiva della Società della Salute n. 43/2012 "Azioni di riqualificazione dell'offerta sociosanitaria: richiesta di sperimentazione di tipologie innovative di residenzialità e dell'attivazione di posti di cure intermedie".

Le reti di solidarietà del comune di Firenze

Le Reti di Solidarietà nascono come strumento per limitare e superare l'isolamento, attraverso l'attivazione e la riscoperta dei valori di solidarietà, civiltà e giustizia sociale, valorizzando il patrimonio espresso dal mondo del volontariato.

Le Reti di Solidarietà, attive e ben strutturate in tutti i quartieri fiorentini, hanno ovunque acquisito un importante livello di consolidamento nel territorio, di visibilità tra la popolazione, di capacità di incidenza e di efficace risposta ai bisogni espressi dai cittadini.

Sono un servizio che i quartieri e le forze del volontariato offrono ai cittadini: un modo per mettere in contatto chi ha bisogno di aiuto con chi può aiutare. Servono a fornire le risposte più complete e tempestive possibili, coordinando ed integrando gli interventi del volontariato con i servizi pubblici.

Nate prevalentemente per fornire supporto ai cittadini anziani che versano in condizione di disagio e di solitudine, in più di una realtà vanno incontro anche ad altre fasce di età e di utenza, a chi si trova in stato di bisogno, emarginazione, abbandono, rivolgendo l'intervento verso le problematiche afferenti il disagio in generale.

L'Amministrazione lavora allo scopo di seguire il percorso formativo dei volontari, di consolidare e potenziare costantemente le Reti e di individuare e promuovere linee comuni a livello cittadino di funzionamento ed integrazione, rispettando e valorizzando le peculiari identità di ciascuna.

Nell'anno 2012 hanno aderito alle Reti di Solidarietà del Comune di Firenze circa 104 volontari singoli, la loro collaborazione è stata fondamentale per rispondere alle molte richieste telefoniche, ma anche per fornire informazioni alle tante persone che si sono rivolte direttamente agli sportelli delle Reti dei Quartieri, aiutandole ad orientarsi nella moltitudine dei servizi presenti sul territorio ed offerti dalle varie realtà associative e istituzionali come Caritas, Misericordie, Centri di Ascolto Parrocchiali, Patronati, Agenzia per la casa, Siast, ecc. L'attività dei volontari è stata fondamentale anche per svolgere una serie di interventi per i cittadini in difficoltà quali: aiuto per disbrigo pratiche burocratiche; prenotazioni ed accompagnamento agli ambulatori e/o all'ospedale per esami e/o visite mediche, consegna di pacchi alimentari, accompagnamento a fare la spesa, acquistare e consegnare la spesa a domicilio, ritirare e consegnare medicinali, accompagnare le persone sole presso centri anziani o circoli ed altre realtà associative, favorendone la socializzazione, fare servizio di compagnia domiciliare e/ o telefonica a chi non può uscire di casa, svolgere alcuni interventi di sostegno scolastico, psicologico e legale nonché, soprattutto verso cittadini di età compresa fra i 20 e i 65 anni, di informazioni e sostegno per la ricerca del lavoro e dell'alloggio.

Specifichiamo il dettaglio dell'attività di alcune Reti di Solidarietà per mettere in luce le differenze e le analogie.

La Rete di Solidarietà del Quartiere 1, nata per andare incontro soprattutto alle richieste della popolazione anziana, ha visto negli ultimi anni aumentare le richieste da parte di una tipologia di utenza di età adulta, per i 2/3 italiana, spesso marginale, con problematiche legate soprattutto al disagio lavorativo ed economico, nonché residenziale.

I volontari della Rete si impegnano nel dare sostegno informatico per la ricerca del lavoro e per la compilazione del curriculum. Enorme problema, comune ormai a tutte le Reti, è la difficoltà espressa da molti cittadini, soprattutto famiglie, per il pagamento di affitti, bollette, e per l'acquisto di generi alimentari e per questo i volontari cercano di indicare e attivare le risorse possibili attraverso la collaborazione con i servizi sociali territoriali e le associazioni che si occupano di queste problematiche.

Le persone che durante l'anno si sono rivolte allo sportello della Rete per ricevere informazioni o per ottenere interventi di aiuto sono state oltre 640 per la maggior parte donne, per le quali sono stati attivati circa 2.700 interventi. La maggior parte degli interventi sono stati effettuati direttamente dai singoli volontari che si sono impegnati sia nella ricerca di risposte adeguate alle richieste degli utenti, che accompagnando alcuni di loro da Assistenti Sociali, Patronati, Agenzia per la Casa, ecc.

Alcuni volontari della Rete hanno collaborato al progetto "Mercafir" tramite il quale è stato possibile distribuire pacchi di frutta e verdura invenduta a diverse famiglie in carico ai Servizi Sociali e al progetto "Abitare Solidale" dell'Auser che promuove forme di coabitazione tra donne e uomini che non possono permettersi un'abitazione propria e spesso neanche l'affitto per un posto letto, e chi, proprietario di una casa o affittuario di un alloggio di edilizia residenziale pubblica, sente il bisogno di condividere i propri spazi di vita per avere un piccolo sostegno economico, un aiuto per le mansioni quotidiane e per mantenere alto il proprio livello di socialità.

Nel Quartiere 2 il centralino della Rete di Solidarietà ha ricevuto più di 2.000 telefonate; le richieste sono giunte soprattutto da donne per la maggior parte ultraottantenni e gli interventi richiesti hanno riguardato principalmente la compagnia sia domiciliare che telefonica e l'accompagnamento con auto o mezzo attrezzato a visite mediche o terapie.

Il numero dei servizi svolti nel 2012 sono stati circa 4.000, e la presenza di "Sportelli di consulenza" hanno dato il loro apporto in ambito legale, psicologico, di mediazione familiare e sostegno alle famiglie in difficoltà.

Alla Rete del Q2 aderiscono più di 50 Associazioni di volontariato.

Un dato rilevante è stato l'aumento delle richieste di pacchi alimentari e di aiuti economici per pagare utenze o affitti. La Rete del Quartiere 2 ha inoltre aderito al progetto di compagnia telefonica

“Porgi l’orecchio”, al Progetto “Raccolta viveri COOP” del Quartiere 2; ha collaborato alla realizzazione di 2 corsi di cucina italiana per Badanti in collaborazione con varie associazioni, il Centro anziani Villa Bracci, e la COOP. Infine anche la Rete del Q2 ha aderito , al Progetto “Mercafir” e al Progetto “Abitare solidale”.

La Rete di Solidarietà del Quartiere 3, nata per andare incontro alle richieste della popolazione anziana, ha visto negli ultimi anni aumentare le domande da parte di una tipologia di utenza di età adulta, con problematiche legate soprattutto al disagio lavorativo ed economico.

Le persone che durante l’anno si sono rivolte allo sportello per ricevere informazioni o per ottenere interventi di aiuto sono state 1.848, per la maggior parte donne, per le quali sono stati attivati circa 1.633 interventi.

Gli interventi richiesti hanno riguardato principalmente l’accompagnamento (449 trasporti) con auto o mezzo attrezzato a visite mediche o terapie.

La maggior parte degli interventi sono stati effettuati direttamente dai singoli volontari che si sono impegnati sia nella ricerca di risposte adeguate alle richieste degli utenti, che indirizzando alcuni di loro da Assistenti Sociali, Patronati, Centri per l’impiego, Misericordia, Sezione Soci Coop con la quale la Rete del Q. 3 collabora per la realizzazione del progetto “Spesa a domicilio” ecc.

Altra attività importante è stata il sostegno scolastico a favore di bambini/ragazzi segnalati dai Servizi Sociali o direttamente dalle insegnanti delle scuole del territorio (123 interventi).

Alcuni volontari della Rete hanno collaborato al progetto “Mercafir” tramite il quale è stato possibile distribuire pacchi di frutta e verdura invenduta a diverse famiglie segnalate dai Servizi Sociali.

La rete del Q4 ha ricevuto più di 1.500 richieste e le persone che hanno usufruito degli interventi dei volontari sono state 152 di queste la maggior parte donne; i servizi attivati dai volontari sono stati circa 1.500. Da alcuni anni i servizi a domicilio sono stati sostenuti dai volontari di Auser Filo d’Argento per mancanza di disponibilità numerica di volontari delle altre associazioni aderenti alla Rete. Le principali attività svolte hanno riguardato l’ausilio al disbrigo pratiche burocratiche; le prenotazioni di esami medici, il servizio di accompagnamento a fare la spesa, l’acquisto e la consegna a domicilio della spesa, la compagnia domiciliare e telefonica.

La rete ha inoltre partecipato al Progetto Mercafir, tramite il quale è stato possibile distribuire pacchi a 50 famiglie in carico ai Servizi Sociali.

La Rete di Solidarietà del Quartiere 5 si caratterizza per la sua particolare attenzione alle famiglie disagiate segnalate dai Servizi Sociali, sia italiane che straniere, per le quali, in collaborazione con l’Associazione Adra, effettua consegne di pacchi alimentari, vestiario e prodotti per la casa. Nel territorio del Quartiere 5 risiedono molte persone sole per le quali i volontari della Rete si impegnano

direttamente in compagnia domiciliare, compagnia telefonica, piccole commissioni quali spesa a domicilio, ritiro farmaci, prenotazioni analisi e piccoli accompagnamenti per passeggiate o altro. Per i tanti stranieri residenti nel Quartiere, sia adulti che bambini, la Rete, attraverso le sue associazioni, presta servizio di doposcuola a bambini delle elementari e delle medie inferiori e impartisce lezioni di italiano a chi ha difficoltà con la lingua. Si avvale inoltre, per i propri utenti, della presenza settimanale di uno sportello di consulenza per le donne che hanno subito violenza fisica o psicologica e di un servizio di consulenza psicologica per minori. La Rete partecipa al progetto Mercafir e, ogni settimana, consegna frutta e verdura a più di 200 famiglie.



Anziani a Firenze

Sintesi

La qualità della vita migliora, si vive sempre di più, si mettono al mondo meno figli

Firenze è una città strutturalmente vecchia, con un'elevata presenza di anziani soli, risultato di un processo tipico delle società sviluppate derivante da dinamiche demografiche e sociali. Sta incrementando nella popolazione il contingente di anziani, soprattutto donne, con ripercussioni in termini economici, sociali e sanitari. A dicembre 2012 sono 96.478 gli anziani residenti a Firenze, il 25,5% della popolazione totale contro il 14,2% dei ragazzi di età 0-14. Gli anziani di 85 anni e più sono il 17,7% del totale degli anziani, di questi il 70,4% è donna. Più di un anziano su tre a Firenze vive da solo.

Le valutazioni dell'Unità di Valutazione Multidimensionale per gli anziani non autosufficienti

Nel corso del 2012 le domande di valutazione e rivalutazione per Non Autosufficienza sono state 3.560 in aumento del 3,5% rispetto al 2010. Le richieste di prima valutazione sono state 1.386 che rapportate alla popolazione anziana residente indicano che ogni 1.000 anziani fiorentini 14 hanno fatto richiesta di valutazione dell'UVM per la prima volta.

Le valutazioni dell'UVM sono state 2.830, per un totale di 2.498 persone valutate. I soggetti valutati per la prima volta sono stati 1.886 e di questi 192 sono risultati autosufficienti, 190 con una non autosufficienza lieve e 1.504 sono risultati non autosufficienti gravi.

Le rivalutazioni sono state 944 e corrispondono a 822 persone di cui 210 anziani rivalutati nello stesso anno in cui è avvenuta la prima valutazione.

Aumenta l'impegno dei servizi sociali a favore degli anziani non autosufficienti

Gli anziani in carico ai servizi sociali sono stati 5.412, il 44% del totale delle persone in carico e di questi 3.824 sono stati gli anziani che hanno usufruito di almeno una prestazione socio assistenziale: 2.400 sono stati valutati dall'UVM non autosufficienti, in maggior parte - 2.288 - non autosufficienti gravi.

Gli anziani che in un anno hanno avuto almeno una prestazioni domiciliare sociale sono stati 2.128, in forte prevalenza donne (73%) e anziani over 80. Delle 2.128 persone assistite con prestazioni sociali domiciliari ben 1.000 (il 47%) non state valutate dall'UVM come non autosufficienti e di queste 903 sono risultati gravi. E' stato possibile assistere queste persone a casa o con Assistenza Domiciliare Sociale (507 anziani non auto gravi), Pronto Sociale

domiciliare (131 anziani non auto gravi) o con i contributi per assistenti familiari e per sostegno alle cure familiari (339).

“Progetto Home Care Premium 2011”

Nel corso del 2012 nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2011” l’INPS - Gestione Ex Inpdap ha finanziato per dipendenti e pensionati INPDAP e loro familiari interventi domiciliari di tipo diretto e indiretto e per la vita indipendente e inserimenti in strutture semiresidenziali e residenziali temporanei o di sollievo.

I servizi semiresidenziali per fragili e non autosufficienti

Ci sono persone anziane in condizioni di fragilità o di non autosufficienza che possono rimanere a casa ma che, durante le ore diurne, hanno bisogno di essere inseriti in strutture capaci di assisterli. Per le persone più fragili ci sono i centri diurni per autosufficienti, strutture sociali che nel 2012 hanno ospitato 141 anziani. Per gli anziani non autosufficienti i centri diurni offrono assistenza sociosanitaria: nel 2012 hanno frequentato tali centri 174 non autosufficienti e di questi 96 hanno frequentato centri diurni specifici per disturbi neuro-cognitivi.

Si conferma la prevalenza dei grandi anziani nelle RSA

Sono state 2.373 le persone assistite RSA di cui il 98% in strutture private convenzionate.

Gli anziani non autosufficienti ricoverati in RSA sono stati 2.236, di questi l’80% ha un’età maggiore o uguale a 80 anni. L’impegno del Comune di Firenze è stato riconfermato nel 2012 con la contribuzione della retta sociale in base all’ISEE di 1.032 anziani fiorentini.

Le persone accolte in RA sono state 251, di cui l’86% anziani. La composizione degli anziani in RA continua ad essere più giovane rispetto all’utenza delle RSA: la percentuale di 80enni e oltre in RA è il 57%, in RSA l’80%.

Il Progetto sperimentale Montedomini per attività di triage e di follow up riabilitativo

Questo progetto è nato per migliorare l’appropriatezza del ricovero in RSA individuando uno specifico modello di accoglienza residenziale.

Nel corso del 2012 sono stati accolti 107 anziani. Il modello sperimentato è stato oggetto di richiesta di autorizzazione alla Regione Toscana (delibera di giunta esecutiva n° 44 del 19 dicembre 2012). A integrazione di tale progetto è stata proposta anche la sperimentazione di tipologie innovative di residenzialità e l’attivazione di posti di cure intermedie.

La vaccinazione antinfluenzale negli anziani

I dati di fonte regionale riferiti alla campagna 2011-2012 indicano che hanno ricevuto la vaccinazione anti-influenzale il 68,8% dei

soggetti di età superiore ai 64 anni. Tale valore è di poco superiore al valore medio regionale 67,8%. La campagna 2010-2011 aveva registrato per l'ASL 10 il 74,8% contro il 68,8% della Regione. Nella campagna 2012/13 si è registrato un calo al 58%-59% sia a livello della Asl 10 che della Regione Toscana. I dati continuano ad essere sottostimati – in media del 2,5% - a causa dell'incompleta rendicontazione delle dosi effettuate dai MMG, ma il calo della campagna 2012-2013 rispetto agli anni precedenti è dovuto soprattutto per le vicende di carenza di disponibilità dei vaccini da parte delle Aziende farmaceutiche; questo ha contribuito a non raggiungere gli obiettivi di copertura previsti dalla Regione Toscana al 65%. La zona Firenze con il 61,4% di anziani vaccinati registra il valore più alto fra le altre zone dall'AUSL 10 di Firenze.

I numeri degli anziani

Anziani residenti al 31/12	96.478
% anziani su totale popolazione residente	25,5
Anziani di 75 anni e più	51.677
<i>di cui donne</i>	32.806
Anziani di 85 anni e più	17.085
<i>di cui donne</i>	12.032
Anziani soli	31.679
	Fi 219%
Indice di vecchiaia	RT 186%
	Italia 148,6%
N° Anziani in carico al servizio sociale	5.412
<i>di cui con prestazione esterna</i>	3.824
<i>di cui valutati non autosufficienti gravi</i>	2.288
% anziani in carico / tot utenti in carico	44%
<i>Valutazioni dell'UVM</i>	
Valutazioni effettuate dall'UVM nel 2012	2.830
anziani valutati dall'UVM nel 2012	2.498
anziani valutati per la prima volta dall'UVM nel 2012	1.886
<i>di cui non autosufficienti gravi</i>	1.504
Rivalutazioni effettuate dall'UVM nel 2012	944
<i>Servizi domiciliari</i>	
anziani con almeno una prestazione:	
di tipo sociale domiciliare	2.128
di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)	1.175
di Pronto Sociale domiciliare,	335
contributo per assistenti familiari;	339
contributo per sostegno alle cure familiari:	41
contributo per integrazione del reddito	365
anziani con almeno una prestazione Assistenza infermieristica domiciliare	3.546
anziani con almeno una prestazione Riabilitazione ex art. 26 L.833/78 domiciliare	811
<i>Servizi intermedi</i>	
Anziani che hanno frequentato	
i centri diurni per <i>autosufficienti</i>	141
i centri diurni per <i>non autosufficienti</i>	174
<i>di cui per disturbi neuro-cognitivi</i>	96
<i>Servizi residenziali</i>	
Anziani assistiti in RSA nell'anno	2.236
<i>di cui con compartecipazione del Comune al pagamento della retta</i>	1.032
Anziani presenti in RSA al 31/12/2012	1.609
<i>di cui con compartecipazione del Comune al pagamento della retta</i>	803
Totale anziani assistiti in RA	251

Riferimenti demografici

Firenze è una città con una popolazione che viene definita regressiva, ovvero la percentuale di ragazzi 0-14 anni (14,2%) è inferiore alla percentuale di anziani con 65 o più anni di età (25,5%). Tale risultato è tipico delle società sviluppate: la qualità della vita migliora, si vive sempre di più, si mettono al mondo meno figli.

Il processo di invecchiamento demografico sta incrementando nella popolazione il contingente di anziani, soprattutto donne, in termini assoluti e relativi. Tutto ciò ha ripercussioni in termini economici, sociali e sanitari.

Tav.25 Residenti di età 80 anni e più in valore assoluto e percentuale sul totale dei residenti di età 65anni e più - Anni 2000-2012

Anni	≥ 65 anni	di cui ≥ 80 anni	% di 80enni e + sul tot dei 65enni e +
2000	92.314	24.708	26,8
2001	92.534	25.870	28,0
2002	92.556	27.157	29,3
2003	93.232	27.887	29,9
2004	93.740	28.747	30,7
2005	94.581	29.641	31,3
2006	94.880	30.320	32,0
2007	94.789	30.805	32,5
2008	94.850	31.277	33,0
2009	94.642	31.678	33,5
2010	94.453	32.263	34,2
2011	95.609	32.722	34,2
2012	96.478	32.981	34,2

Al 31.12.2012 gli anziani, con età maggiore di 65 anni e oltre residenti a Firenze sono 96.478: la percentuale di anziani sul totale dei residenti, è passata dal 24% nel 1999, al 25,5% nel 2012 ed è superiore sia al dato regionale - 23,9% - che nazionale -20,8%-.

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra persone anziane e i giovani fino a 14 anni, è pari al 219% contro il 186% della Regione Toscana e il 148% a livello nazionale.

Ancora più critico è l'indice di dipendenza, ovvero il rapporto tra le persone inattive – i ragazzi di età 0-14 anni e gli anziani di 65 anni o più – e coloro che le dovrebbero sostenere economicamente – le persone di età compresa fra 15 e 64 anni – che ha raggiunto per Firenze il 62% contro il 58% per la Toscana e il 53% per l'Italia. L'indice di dipendenza, scomposto in indice di dipendenza giovanile e senile, mette in luce come il peso delle persone anziane stia diventando sempre più rilevante, con 43 anziani ogni 100 individui in età attiva.

Dal 1999 al 2011 gli anziani con 75 anni o più sono passati da 45.074 a 51.677 (+14,6%) e gli anziani soli nella stessa fascia di età da 17.177 a 20.863 (+21,5%).

Tav.26 Anziani residenti per fascia di età - Firenze - 31.12.2012

Età	Femmine	Maschi	Totale	
			v.a.	%
65 - 69	12.434	10.192	22.626	23,5
70 - 74	12.581	9.594	22.175	23,0
75 - 79	11.021	7.675	18.696	19,4
80 - 84	9.753	6.143	15.896	16,5
85 - 89	7.304	3.491	10.795	11,2
>=90	4.728	1.562	6.290	6,5
Totale	57.821	38.657	96.478	100,0
% anziani su pop. res.	28,7	21,9	25,5	

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12 - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze -

Aumenta la proporzione di coloro che hanno 80 anni o più e che quindi hanno più probabilità di aver bisogno di aiuto sia da un punto di vista sanitario che sociale: a Firenze sono 32.981, e se rapportati a tutta la popolazione abbiamo che ogni 100 residenti ci sono quasi 9 anziani con 80 anni o più, valore ben superiore a quello dell'Italia dove il rapporto è pari al 6%.

Gli anziani di 85 anni e più, ovvero i grandi anziani, sono a Firenze 17.085 (il 17,7% del totale degli anziani) di cui 12.032 donne (70%); gli anziani con 100 anni e più sono 172 e di questi 148 sono donne.

Gli anziani soli a Firenze sono 31.679, il che significa che più di un anziano su tre a Firenze vive da solo.

Tav.27 Anziani anagraficamente soli - Valori assoluti e percentuale di anziani soli nella corrispondente fascia di età - Firenze - 31.12.2012

Età	Valori assoluti			Valori percentuali		
	F	M	Totale	F	M	Totale
65-69	3.216	2.002	5.218	25,9	19,6	23,1
70-74	3.770	1.828	5.598	30,0	19,1	25,2
75-79	4.242	1.463	5.705	38,5	19,1	30,5
80-84	4.796	1.332	6.128	49,2	21,7	38,6
85-89	4.402	976	5.378	60,3	28,0	49,8
90 e oltre	3.032	620	3.652	64,1	39,7	58,1
Totale	23.458	8.221	31.679	40,6	21,3	32,8

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12/2012 - dati provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie - Ufficio di Statistica - Comune di Firenze

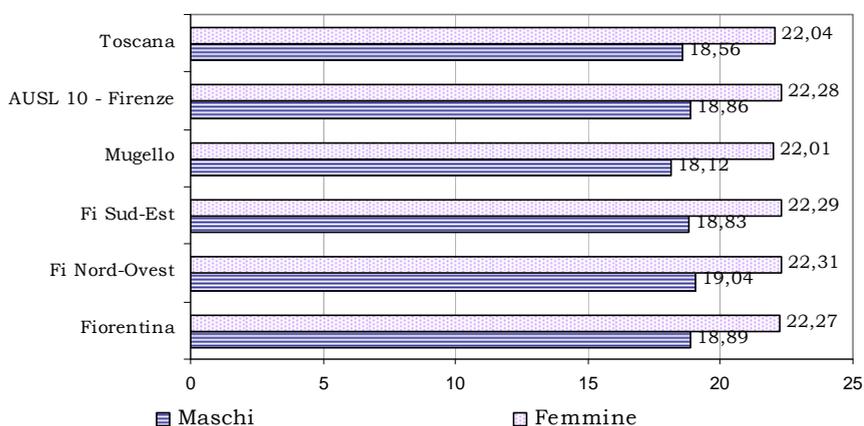
Gli anziani soli con più di 75 anni sono 20.863, quelli con più di 80 anni sono 15.158 e rappresentano il 46% degli anziani ultra 80enni mentre più della metà degli anziani con più di 90 anni sono soli.

Si rilevano differenze significative di genere soprattutto fra le donne ultrasettantacinquenni dove la metà (50,2%) sono sole.

Gli anziani delle 4 SdS a confronto.

Per la zona di Firenze nel 2010 la speranza di vita a 65 anni è di 18,89 anni nei maschi e di 22,27 anni nelle femmine, con un differenziale di 3 anni tra i due sessi: si tratta di valori in linea con quelli dell'Ausl 10 e regionali. La speranza di vita a 65 anni ha visto un incremento rispetto al 1999 quando per gli uomini era pari a 17,2 anni e per le donne a 21,2 anni.

Graf.43 Speranza di vita a 65 anni – Zone sociosanitarie AUSL 10 e Toscana – Anno 2010



Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/> - Elaborazioni ARS su dati ISTAT e Registro di Mortalità Regionale

Anche le SdS Fiorentina Nord Ovest e Fiorentina Sud Est hanno valori analoghi, la SdS Mugello ha valore leggermente inferiore per i maschi.

Tav.28 Popolazione con 65 anni e più e indici di dipendenza, di vecchiaia e di supporto ai grandi anziani, per SdS dell'AUSL 10 Firenze – 31/12/2011

denominazione SdS	Pop. 65 anni e +		Indice dipendenza	Indice vecchiaia	Indice di supporto ai grandi anziani
	v.a.	%			
Firenze	93.841	47,4	62,0	218,7	14,4
Fiorentina Nord-Ovest	49.898	25,2	60,0	167,8	10,1
Fiorentina Sud-Est	40.158	20,3	59,4	175,6	11,2
Mugello	14.204	7,2	56,7	162,9	12,2
AUSL 10	198.101	100,0	60,5	190,1	12,4

Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

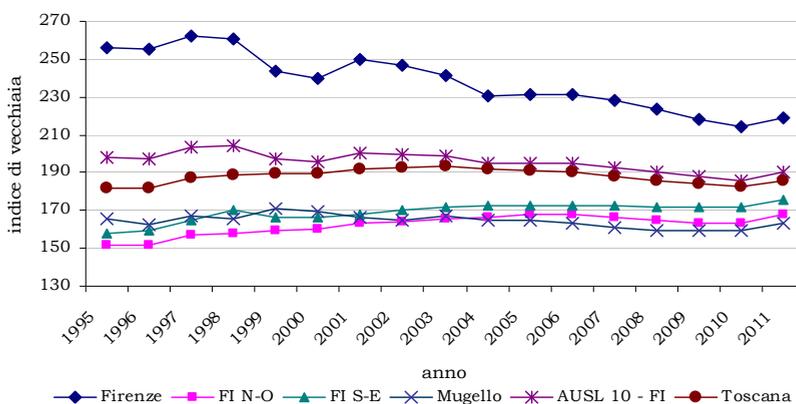
Considerare solo la percentuale di 65enni e più per un confronto fra le SdS dell'AUSL 10 di Firenze, visto l'allungamento della speranza di

vita alla nascita e della speranza di vita a 65 anni, nonché l'innalzamento dell'età pensionabile oltre i 65 anni, è riduttivo: meglio considerare la percentuale di 80enni e oltre visto che le maggiori difficoltà socio-sanitarie si presentano più frequentemente dopo tale età.

Gli anziani della SdS Firenze costituiscono il 47,4% di tutti gli anziani dell'AUSL 10.

L'indice di dipendenza è pari a 62% per la SdS Firenze, due punti percentuali superiore alla SdS Fiorentina Nord-Ovest, tre punti rispetto alla SdS Fiorentina Sud-Est (59,4%) e cinque punti rispetto alla SdS Mugello (56,7).

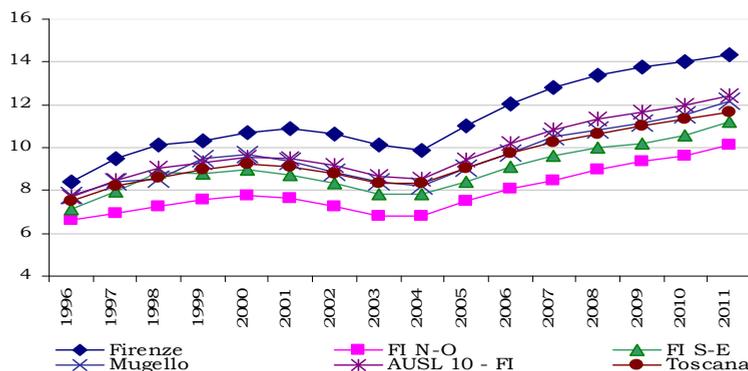
Graf.44 Indice di vecchiaia per SdS della AUSL 10 di Firenze - anni 1995-2011



Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/> - elaborazioni ARS Toscana su dati Istat -

L'indice di vecchiaia mostra come Firenze abbia 219 anziani di 65 anni e più ogni 100 giovani di età 0-14, mentre le altre SdS hanno valori nettamente inferiori: Fiorentina Nord-Ovest 168, Fiorentina Sud-Est 176 e Mugello, più giovane di tutte, 163.

Graf.45 indice di supporto ai grandi anziani per SdS dell'Ausl 10 di Firenze - anni 1995 -2011



Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/> - elaborazioni ARS Toscana su dati Istat

Nel corso degli anni per la SdS di Firenze l'indice di vecchiaia è sempre stato superiore rispetto alle altre SdS e se fino al 2010 è sempre diminuito per l'influenza dei flussi migratori, nel 2011 torna a crescere.

Da segnalare l'aumento, che si è registrato del cosiddetto indice di supporto ai "grandi anziani": questo indice esprime il rapporto tra la popolazione ultra-84enne e la popolazione che potrebbe curarsi della loro assistenza (50-74 anni, fascia d'età nella quale solitamente si concentrano i caregivers). A Firenze nell'arco di due anni siamo passati da 13 a 14 anziani ogni 100 adulti residenti. Il valore più basso è della SdS Fiorentina Nord-ovest (10,1).

Stima anziani non autosufficienti – studio Bi.S.S.

Il termine "non autosufficienza" indica l'incapacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, coinvolgendo molteplici aspetti quali l'autonomia fisica, psichica e cognitiva. In altri termini la "non autosufficienza" si riferisce alle condizioni di grave disabilità che, per cause di natura diversa, fanno sì che una persona non sia in grado di provvedere alla propria cura e necessiti pertanto di aiuti esterni per lo svolgimento delle funzioni essenziali della vita quotidiana (dette BADL - Basic Activities of Daily Living come vestirsi, uso del w.c., spostarsi, controllare la continenza, alimentarsi).

La condizione di "fragilità", misurata con le attività strumentali della vita quotidiana (dette IADL Instrumental Activities of Daily Living) si riferisce alle persone (generalmente rappresentate da anziani) che per fattori sanitari, sociali e ambientali sono ad elevato rischio di diventare non autosufficienti, in particolare assenza di interventi adeguati e tempestivi. L'aumento della durata media della vita e l'incremento della presenza di anziani, ed in particolare di grandi anziani, nella popolazione rendono gli interventi rivolti alle persone "fragili" e l'assistenza ai "non autosufficienti" un problema che assume un carattere di vera e propria "urgenza" per i servizi sanitari e sociali.

Dallo studio Bi.S.S. (Bisogno Socio Sanitario dell'anziano), condotto nel 2009, l'Agenzia Regionale di Sanità toscana (ARS) ha potuto elaborare le prevalenze di fragilità e non autosufficienza della popolazione toscana. Tali le stime, aggiornate ogni anno, sono da considerare esclusivamente come indicazione di un ordine di grandezza e si riferiscono agli ultra65enni residenti non istituzionalizzati in RSA.

Per quanto riguarda la zona distretto Firenze si stima che complessivamente, 8.318 anziani al domicilio sono dipendenti da altri nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e la percentuale di donne è pari al 75%.

Combinando il grado di dipendenza nelle BADL con le caratteristiche cognitive, emotive, comportamentali, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in 5 livelli di isogravit  del bisogno assistenziale: 5.946 anziani sono classificabili in un livello uguale o superiore al terzo ovvero con alto bisogno assistenziale, 2.890 in un livello compreso tra 1 e 2 quindi con minor bisogno assistenziale.

Tav.29 Non autosufficienti nelle BADL per livello di isogravit  del bisogno - stima per zona di residenza- Popolazione ultra65enne non istituzionalizzata - 2012

Zona di residenza	livello isogravit� del bisogno					Totale
	1	2	3	4	5	
	2012					
Firenze	1.443	929	1.961	3.044	941	8.318
Fi Nord-Ovest	696	415	855	1.324	385	3.675
Fi Sud-Est	590	354	754	1.160	346	3.204
Mugello	214	131	284	435	131	1.195
AUSL 10 - Firenze	2.943	1.829	3.854	5.963	1.803	16.392
Regione Toscana	12.923	7.884	16.619	25.757	7.710	70.893

Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Il livello di isogravit  del bisogno assistenziale   definito sulla base del livello di dipendenza nelle BADL, di compromissione cognitiva e di disturbi comportamentali o dell'umore:

Livello 1 anziani in grado di compiere le attivit  di base della vita quotidiana con un aiuto fisico leggero;

Livello 2 anziani che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero, presentano un leggero decadimento cognitivo/comportamentale che li rendono parzialmente collaboranti oppure anziani pienamente collaboranti che necessitano di aiuto fisico pesante;

Livello 3 anziani che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero, presentano un grave decadimento cognitivo/comportamentale che rendono l'assistenza pi  difficile oppure anziani che necessitano di un aiuto pesante per le attivit  di base e sono poco collaboranti per un decadimento cognitivo moderato/grave;

Livello 4 anziani che necessitano di un aiuto fisico pesante poco collaboranti per un decadimento cognitivo moderato/grave, che richiedono interventi correttivi mediamente impegnativi per moderati disturbi del comportamento;

Livello 5 anziani che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attivit  di base, per niente collaboranti per decadimento cognitivo moderato/grave, ma, soprattutto, a causa di gravi disturbi del comportamento richiedenti peraltro sorveglianza continua.

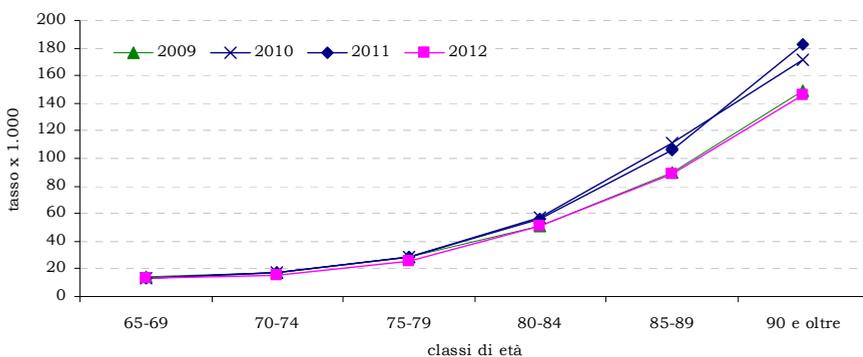
Anziani in carico ai servizi sociali

Nel 2012 gli anziani in carico ai servizi sociali sono stati 5.412, il 44% del totale delle persone in carico ai servizi sociali, e di questi 3.824 hanno usufruito di almeno una prestazione esterna socio assistenziale di tipo domiciliare , intermedio o residenziale, quasi la met  (49,8%) del totale degli utenti con almeno una prestazione esterna.

Nel triennio 2010-2012 la media degli anziani in carico ai servizi sociali è stata di 5.750 anziani l'anno, e la media di anziani che hanno usufruito di almeno una prestazione sociale esterna è stata pari a 4.131.

Rapportando il numero di utenti di prestazioni sociali esterne per fascia di età alle rispettive popolazioni residenti risulta che gli anziani ricorrono maggiormente ai servizi (40 anziani ogni 1.000 anziani residenti vs 26 minori ogni 1.000 minori residenti e 11 adulti ogni 1.000 adulti residenti). Il rapporto tra anziani che hanno ricevuto prestazioni ed i residenti della stessa fascia di età cresce all'aumentare dell'età fino a raggiungere un tasso di 146 anziani ultranovantenni ogni 1.000 anziani ultranovantenni residenti.

Graf.46 Utenti anziani con prestazioni esterne per età -Tassi * 1.000 anziani residenti nella stessa fascia di età - Anni 2009-2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12/- Ufficio di Statistica – Comune di Firenze

Le risposte sociali sono sempre più indirizzate a soddisfare i non autosufficienti: non a caso dei 3.824 anziani che hanno usufruito di prestazioni sociali 2.288 – il 60% – sono stati valutati non autosufficienti gravi.

Assistenza continua alla persona non autosufficiente

Il progetto regionale per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti e la costituzione del Fondo per la non autosufficienza hanno come obiettivo quello di realizzare un sistema unico che integri gli aspetti sanitari e sociali, che avvii il percorso di presa in carico con una valutazione multiprofessionale dei bisogni e attraverso un adeguato piano assistenziale, preferendo risposte per la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Il percorso della non autosufficienza è così articolato:

- Accesso: l'accesso del cittadino al percorso, ovvero la presentazione dell'istanza di segnalazione del bisogno

complesso, avviene attraverso i 5 **Punti Insieme** e tramite segnalazione postale diretta al **PUA (Punto Unico di Accesso)**;

- **Valutazione Multidimensionale del bisogno e produzione di un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)**: l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) è unica per tutta Firenze ed è costituita da un medico di distretto, un infermiere, un assistente sociale, ed eventualmente il geriatra e il neurologo; viene sempre invitato anche il MMG. Le schede di valutazione sono compilate al domicilio dell'utente dall'assistente sociale e dall'infermiere di riferimento, attivati dal PUA. Tali schede compilate sono valutate in sede UVM e da tale valutazione scaturisce il Piano Assistenziale Personalizzato, trasmesso sia all'utente, che al MMG e all'assistente sociale e condiviso dall'utente/familiare;
- **Coordinamento attuativo tra erogatori**: viene esplicitato dalle figure multiprofessionali e amministrative per facilitare le procedure organizzative del percorso;
- **Monitoraggio e rivalutazione**: il servizio sociale monitora la corretta applicazione del PAP e segnala all'UVM eventuali incongruenze. E' prevista una rivalutazione del PAP che può essere programmata dall'UVM (al massimo entro un anno dal PAP) o richiesta direttamente dall'utente o dal familiare nel caso di mutate esigenze.

L'accesso al percorso della Non Autosufficienza

Le segnalazioni del bisogno socio sanitario sono raccolte dai 5 punti insieme e direttamente dal PUA: tali segnalazioni possono essere di prima richiesta di valutazioni di non autosufficienza, in prevalenza raccolte dai punti insieme, oppure di richieste di rivalutazione programmate dall'UVM o presentate direttamente dalla persona o familiare.

Tav.30 Numero richieste di valutazione e rivalutazione non autosufficienza per quartiere di residenza. Tassi %o anziani residenti – Firenze - Anno 2012

quartiere di residenza	Richieste			% prima valutazione su totale richieste
	1° valutazione	rivalutazione	totale	
Q1 – centro storico	204	304	508	40,2
Q2 – campo di marte	336	525	861	39,0
Q3 – gavinana / galluzzo	180	267	447	40,3
Q4 – isolotto	242	395	637	38,0
Q5 – rifredi	424	683	1.107	38,3
totale	1.386	2.174	3.560	38,9
tasso per %o anziani res	14,4	22,5	36,9	

Fonte: SinSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: Anagrafe dei residenti al 31/12/- Ufficio di Statistica – Comune di Firenze

Nel corso del 2012 le richieste di valutazione e rivalutazione per NA, sono state 3.560 in aumento del 3,5% rispetto al 2010, ma in diminuzione del 4% rispetto al 2011, anno in cui sono state molte le richieste di rivalutazioni dei casi con i nuovi criteri di valutazione regionali.

Sono state 1.386 le richieste di prima valutazione e 2.174 quelle di rivalutazioni. Le prime richieste sono il 38,9% del totale e, se rapportate alla popolazione anziana, ogni 1.000 anziani fiorentini 14 hanno fatto richiesta di prima valutazione e 22 di rivalutazione.

Le valutazioni dell'UVM e i PAP

Con il nuovo modello regionale di valutazione multidimensionale introdotto nel 2010 (DDRT n°1354/2010) sono stati definiti i livelli di isogravit  per misurare il bisogno sociosanitario di un anziano. Le persone valutate dall'UVM con un'isogravit  pari a zero sono considerate autosufficienti, con isogravit  1 e 2 non autosufficienti lievi e con isogravit  maggiore o uguale a 3 non autosufficienti gravi.

Tav.31 Numero prime valutazioni e rivalutazioni di non autosufficienza - anni 2007-2012 - Firenze

anno	n° valutazioni e rivalutazioni	di cui con iso>=3	% isogravit� su tot casi
2012	2.830	2.375	83,9
2011	1.710	1.316	77,0
2010	3.229	2.805	86,9
2009	2.645	2.394	90,5
2008	1.870	1.653	88,4
2007	1.684	1.555	92,3

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Fonte: verbali valutazioni Unit  di valutazione dei distretti.

Nel 2012 le valutazioni e rivalutazioni sono state complessivamente 2.830, superiori al dato 2011, quale diretta conseguenza delle richieste di rivalutazione attivate nel 2011.

Tav.32 Numero valutazioni e rivalutazioni dell'UVM per isogravit  - Anno 2012 - Firenze

valutazioni/rivalutazione	auto	isogravit� 1-2	isogravit� 3-5	totale
prima valutazione	192	190	1.504	1.886
rivalutazioni	43	30	871	944
totale	235	220	2.375	2.830
%	8,3	7,8	83,9	100,0

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

In generale dal 2009 si ha un aumento delle rivalutazioni programmate dovuto alle nuove disposizioni organizzative del percorso della non autosufficienza.

Sono state 2.375 le valutazioni con esito di non autosufficienza grave, l'83,9% dei casi valutati.

Tav.33 Nuovi utenti e utenti già in carico per isogravità ultima valutazione - Firenze -Anno 2012

tipo utente	livello isogravità					totale	di cui con iso>=3
	auto	1-2	3	4	5		
nuovi utenti	172	160	485	564	295	1.676	1.344
nuovi utenti rivalutati nell'anno	12	2	52	64	80	210	196
totale	184	162	537	628	375	1.886	1.540
utenti già in carico rivalutati	22	24	147	217	202	612	566
totale	206	186	684	845	577	2.498	2.106
%	8,2	7,4	27,4	33,8	23,1	100,0	

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Per poter evidenziare quanto sia l'incidenza dei nuovi casi di non autosufficienza occorre considerare le nuove valutazioni dell'anno, dato disponibile solo dal 2012: i nuovi soggetti valutati per la prima volta sono stati 1.886 e di questi 192 sono risultati autosufficienti, 190 con una non autosufficienza lieve e 1.504 sono risultati non autosufficienti gravi presi in carico. Nel corso dell'anno, 210 nuovi utenti sono stati rivalutati. A seguito della rivalutazione gli autosufficienti sono diventati 184, i non autosufficienti lievi 162 e i non autosufficienti gravi 1.540

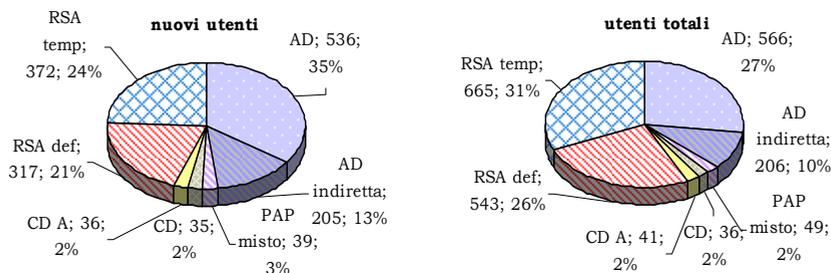
Le rivalutazioni comprensive anche di coloro che erano già in carico da anni precedenti sono state 944 e corrispondono a 822 persone di cui 210 nuovi utenti.

I soggetti valutati con una isogravità lieve o fragili sono reindirizzati verso i percorsi per bisogni semplici di tipo o sociale o sanitario; quelli valutati con isogravità maggiore o uguale a 3 sono presi in carico dall'UVM con un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

I PAP per i nuovi utenti nell'anno vedono come maggior prestazione prescritta l'assistenza domiciliare diretta (35%) seguita da RSA temporanea (24%), RSA definitiva (21%) e assistenza domiciliare indiretta (13%); le persone che sono rivalutate hanno una maggiore probabilità di ricorrere alle RSA, sia ricovero definitivo che temporaneo: per questo la percentuale di PAP con RSA temporaneo diventa la maggiore (31%) e la percentuale di PAP con ricovero in RSA definitivo passa da 21% per i PAP dei nuovi utenti a 26% per tutte le persone valutate nell'anno, scende la percentuale di AD diretta e indiretta. Il numero delle persone che nel 2012 risultano

avere un PAP per RSA definitiva son state 543 e di queste 317 erano nuovi utenti, sono state 665 le persone che hanno avuto un PAP con RSA temporanea, 566 AD e 206 AD indiretta.

Graf.47 Nuovi utenti e utenti totali valutati nell'anno con isogravità >=3 e ultimo PAP - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Risposte al domicilio

Con l'allungamento della vita i bisogni assistenziali diventano più complessi e il controllo della spesa sanitaria spinge verso la ricerca di forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero. Le cure domiciliari sembrano la risposta sempre più appropriata per le persone anziane più o meno autosufficienti: tali risposte devono fare fronte sia ai bisogni sanitari che alle esigenze socio-assistenziali dell'utente.

Ambito sanitario

Le prestazioni domiciliari di ambito sanitario sono:

- **l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)** è l'assistenza periodica del Medico di Medicina Generale (MMG) che effettua visite programmate presso il domicilio dei propri assistiti con malattie croniche e impossibilitati a recarsi all'ambulatorio;
- **l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** nella quale il MMG è affiancato da infermieri, specialisti e terapisti della riabilitazione secondo i bisogni del paziente nell'assistenza al domicilio del paziente;
- **l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)**, erogata dal servizio infermieristico territoriale dell'Azienda USL che consiste in accessi programmati degli infermieri professionali. Nel 2012 sono stati assistiti 3.546 anziani, pari al 90,6 degli utenti totali in carico al servizio;
- **la Riabilitazione ex art. 26 L.833/78 domiciliare**, sono prestazioni riabilitative erogata al domicilio che nel 2012 ha interessato 811 utenti con un'età maggiore di 65 anni, pari al

82% dell'intera utenza del servizio, principalmente di età compresa tra gli 80 e i 90 anni e per il 65% donne.

Ambito sociale

Le prestazioni domiciliari di ambito sociale possono essere **dirette** nelle varie forme di aiuto domestico e alla persona e **indirette** ovvero un contributo economico finalizzato al pagamento di assistenza domiciliare.

Tra le prestazioni domiciliari sociali dirette la più importante è il **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)**, servizio rivolto ad anziani che si trovano in condizione di fragilità o di non autosufficienza, la cui rete familiare di riferimento è assente o necessita di interventi integrativi al fine di poter assicurare i necessari supporti assistenziali: operatori specializzati prestano aiuto alla persona nelle varie forme di sostegno domestico, recandosi direttamente presso il domicilio dei cittadini, per i quali svolgono anche supporto relazionale e commissioni esterne.

La realizzazione degli interventi di assistenza domiciliare avviene in prevalenza utilizzando i servizi offerti da gestori esterni, al momento individuati tramite appalto a Cooperative Sociali.

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare si è consolidato negli anni anche un servizio di **Pronto sociale domiciliare**, che interviene, tramite l'azione diretta degli operatori comunali del SAD, in situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o di prima attivazione di interventi in attesa della definizione del progetto assistenziale.

Tav.34 numero anziani con prestazioni sociali per la domiciliarità. Valori assoluti. Anni 2010-2012 – Firenze

prestazioni sociali domiciliari	anno		
	2010	2011	2012
prestazioni dirette			
Servizio Assistenza Domiciliare	1.213	1.118	1.175
Pronto sociale domiciliare	226	321	335
Telecare*	430	424	453
Pasti a domicilio	263	263	238
Podologico	115	154	151
totale[^]	1.764	1.726	1.811
prestazioni indirette			
Contributo servizi assistenza familiare	530	466	380
Contributo domiciliare indiretta assegno LR 108	14	10	7
totale[^]	544	468	372
totale[^]	2.228	2.139	2.128

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: archivio Montedomini

Nota[*] il totale degli utenti comprende anche anziani che pagano privatamente il servizio che nel 2012 sono stati 273, di cui 53 non residenti.

Nota[^] il totale degli utenti non corrisponde alla somma delle singole voci perché un utente può avere usufruito di più servizi.

Gli anziani che hanno ricevuto Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) nell'anno 2012 sono stati 1.175, quelli seguiti dal Pronto Sociale domiciliare 335 per un totale di 1.510 utenti, in aumento rispetto agli anni precedenti per la crescita degli utenti con pronto sociale domiciliare.

Il numero di persone che usufruisce di Assistenza Domiciliare Sociale cresce all'aumentare dell'età e quindi aumentano gli anziani non autosufficienti che usufruiscono del servizio: gli anziani non autosufficienti con SAD sono stati 581 – il 49% di tutti gli anziani con tale prestazione – e di questi 507 non autosufficienti gravi. Fra gli utenti del Pronto sociale gli anziani non autosufficienti sono stati 145 – il 43% di tutti gli anziani di Pronto sociale domiciliare – e di queste 131 non autosufficienti gravi.

Rapportando gli anziani che usufruiscono di SAD e Pronto sociale domiciliare alla popolazione anziana residente otteniamo che 16 anziani ogni 1.000 anziani residenti hanno usufruito di tali servizi (tasso di utenza). La spesa media per utente è stata di €3.018 e la spesa procapite, ovvero la spesa rapportata al totale della popolazione residente, è di €12, e la spesa rapportata alla sola popolazione anziana risulta essere di €47.

Il servizio di [Telecare](#) nel 2012 ha fornito a 453 anziani una copertura assistenziale mediante telefono: il servizio di Teleassistenza e Telesoccorso, collegando il domicilio dell'utente e una o più centrali operative, ha la finalità, in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari pubblici, privati e di volontariato, di permettere alle persone in condizioni di età avanzata, di limitata autonomia fisica e/o sensoriale o di isolamento relazionale, di rimanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza, garantendo un costante monitoraggio delle loro condizioni e la gestione di eventuali segnalazioni d'emergenza. Gli utenti che hanno usufruito del contributo del Comune sono stati 180, coloro che hanno pagato privatamente il servizio 220 di cui 53 non residenti a Firenze.

Sono stati erogati [Pasti presso il domicilio](#) a 238 anziani le cui precarie condizioni di autonomia e di solitudine ne impedivano la quotidiana preparazione. I pasti vengono preparati presso un centro specializzato e vengono distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto.

Il Servizio di ["cura" del piede](#) o podologico per prevenire l'insorgenza di problematiche che possono anche arrivare ad ostacolare la corretta deambulazione, è rivolto a persone con limitata capacità di movimento: nel 2012 sono state assistite 151 persone.

Tutti i servizi domiciliari diretti e di supporto alla domiciliarità (SAD, Pronto sociale domiciliare, Telecare, Pasti a domicilio e Servizio

podologico), hanno contribuito, nel corso del 2012, al mantenimento a casa di 1.811 anziani.

Gli utenti che hanno fruito di prestazioni indirette alla domiciliarità come “Contributo per assistenti familiari” e del “Sostegno alle cure familiari”, sono stati 380: 339 hanno avuto un “Contributo per assistenti familiari”, finalizzato all’instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare nell’ambito di un PAP di tipo domiciliare definito dall’ UVM, 41 gli anziani che hanno avuto un “Contributo a sostegno alle cure di familiari” per sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell’assistenza in favore di propri familiari anziani. A dicembre 2012, ai 380 beneficiari, si sono aggiunti 328 persone chiamati dalla lista di attesa di cui 272 beneficiari di “contributi per assistenti familiari” e 56 di “contributi per cure familiari”, contributi che sono stati erogati a gennaio del 2013 come arretrati.

Sempre nel mese di dicembre, a 176 anziani in lista di attesa e in possesso dei requisiti per accedere ai contributi previsti dal “Progetto Home Care Premium 2011”, è stata proposta l’attivazione temporanea di tale contributo per un anno, senza per questo perdere il posto in graduatoria. Di queste 176 persone 151 hanno avuto un progetto assistenziale che prevede contributi per assistenti familiari e 25 per contributi per cure familiari”.

Tav.35 Anziani percettori di contributi di servizi di assistenza familiare- Valori assoluti. Anni 2008-2012 – Firenze

anno	n. persone che beneficiano di		totale
	contr. assistenti familiari	sostegno alle cure familiari	
2008	n.d.	n.d.	305
2009	n.d.	n.d.	525
2010	493	38	531
2011	426	40	466
2012*	339	41	380

Fonte: Archivio impegnative Montedomini

[*] Ai 380 beneficiari, nel mese di dicembre, si sono aggiunte altre 328 persone, chiamate dalla lista di attesa, ma non conteggiati nel 2012 perché hanno ricevuto il contributo nel corso del 2013 come arretrato.

Nel 2012 ogni 1.000 anziani residenti 4 anziani hanno ricevuto contributi “per assistenti familiari” o “per il sostegno alle cure familiari” per una spesa annua media per utente pari a €3.610,61.

La spesa procapite, ovvero la spesa annua rapportata a tutta la popolazione, è di circa €4, mentre la spesa pro capite calcolata solo sulla popolazione anziana è pari a €14.

Complessivamente nell’anno 2012 sono stati 2.128 gli anziani che ne hanno beneficiato di almeno una prestazioni domiciliari sociale, dirette o indirette, e sono stati in forte prevalenza anziani over 80enni e donne (73%).

Un'altra importante tipologia di utenza anziana è quella dei percettori di Contributi per integrazione del reddito, che nel 2012 è stata rappresentata da 365 utenti, in leggera flessione rispetto al dato del 2011. La maggiore numerosità di percettori di tale contributo nell'anno 2009 è dovuta sia a criteri di accesso meno restrittivi rispetto a quelli introdotti dal nuovo regolamento delle prestazioni economiche, sia all'introduzione del Contributo per "servizi di assistenza familiare" che ha sostituito per molti anziani l'aiuto economico offerto dai contributi a integrazione reddito.

Tav.36 Anziani percettori di contributi economici per il superamento del disagio economico - valori assoluti e tassi per 1.000 anziani - Firenze - Anni 2009-2012

anni	valori assoluti	tasso per 1.000 ab.
2012	365	3,8
2011	389	4,1
2010	394	4,2
2009	650	6,9

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Servizi per anziani fragili

Ambito sociale

Fra gli interventi rivolti agli anziani e in particolare agli anziani soli l'Aiuto anziani e la Sorveglianza attiva sono servizi che hanno avuto inizio per far fronte ai possibili disagi dovuti all'emergenza caldo e ai periodi estivi e sono stati poi prorogati per tutto l'anno.

L'Aiuto anziani è un servizio di "sorveglianza passiva" in risposta alle situazioni di emergenza sociale rivolto agli anziani che vivono in condizione di solitudine. Garantisce con continuità un pronto riferimento attivabile con facilità e tempestività per tutto l'anno e viene potenziato nel periodo estivo. Nel corso del 2012 il servizio Aiuto anziani ha accolto 796 utenti.

La Sorveglianza attiva, collegata al servizio di Aiuto anziani, è attuata in favore di anziani ultrasessantacinquenni la cui condizione di rischio viene segnalata dai medici di medicina generale o dai servizi territoriali. Consiste nel monitoraggio telefonico e, in caso di bisogno, nell'attivazione di servizi di supporto o di emergenza.

Nell'estate 2012 sono state monitorate telefonicamente 83 persone (vs. 104 nel 2011, 72 nel 2010 e 148 nel 2009).

Nel 2012 i volontari del "Un marchio del Volontariato", progetto di aiuto per anziani fragili attraverso il sostegno telefonico ma anche con interventi di supporto a domicilio come la consegna della spesa, delle medicine, piccoli interventi di manutenzione domestica e anche il trasporto della persona presso servizi sociosanitari, hanno assistito 819 persone di cui 581 donne.

Ambito sanitario

Il movimento aiuta a mantenersi in salute, a prevenire e rallentare le patologie croniche come artrosi, osteoporosi, Parkinson, ictus. Per questo la Regione Toscana propone ai cittadini con 65 anni o più l'AFA, corsi di Attività Fisica Adattata, svolti in gruppo con la guida di istruttori qualificati.

Dal 2006 le strutture dell'SdS di Firenze e della riabilitazione dell'AUSL di Firenze hanno pianificato interventi che hanno coinvolto i medici curanti, gli enti di promozione sportiva, le associazioni sportive, l'Azienda per i Servizi alla Persona di Montedomini per dare attuazione alle indicazioni della delibera di Giunta regionale 1081/2005 attivando nel territorio comunale corsi AFA. Nel corso del 2012 sono stati attivati: 64 corsi AFA di tipo A - per soggetti affetti da sindrome algica da ipomobilità, da osteoporosi, da rachialgia cronicizzante - per un totale di 27 punti di erogazione e di 835 partecipanti, con un incremento rispetto al 2011 di 16 corsi, e la nuova attivazione di 3 corsi AFA di tipo B ovvero per soggetti con un alto livello di disabilità per Ictus e Parkinson per un totale di 2 punti di erogazione e 24 partecipanti. Inoltre, nel corso dell'anno sono stati stipulati 4 accordi tra la Società della Salute e nuovi erogatori per l'attuazione di ulteriori corsi dal 2013.

La festa del 2 giugno 2012 è stata l'occasione per promuovere l'AFA con un'iniziativa all'aperto, al Parco delle Cascine di Firenze, alla quale hanno partecipato molti cittadini che hanno potuto prendere parte attivamente alle dimostrazioni.

Servizi semiresidenziali e altri servizi intermedi

Ambito sociosanitario, sociale e sanitario

Le persone anziane in condizioni di fragilità o di non autosufficienza che, per minore autonomia e/o per minore presenza di supporto familiare, sono in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio, ma che, durante le ore diurne, hanno bisogno di essere inseriti in un contesto che garantisca loro i necessari interventi assistenziali, educativi e di supporto relazionale possono frequentare i centri diurni. Questi sono strutture semiresidenziali che offrono un qualificato riferimento assistenziale, educativo e relazionale e garantiscono un'ampia risposta al bisogno sociosanitario dell'utente, alleggerendo il carico assistenziale che grava sulla rete familiare e ne consentono il mantenimento nel proprio contesto di vita abituale.

Sono previste tre tipologie di Centri Diurni:

- Centri Diurni per anziani non autosufficienti;
- Centri Diurni per persone affette da disturbi neuro – cognitivi;
- Centri Diurni per anziani fragili.

Il numero di giorni di frequenza viene programmato dal SIAST competente, in raccordo con l'UVM in caso di utenti non autosufficienti, con l'assistito e la sua famiglia.

In presenza di motivata necessità, possono fruire di tale servizio anche cittadini adulti di età inferiore a 65 anni in condizione di bisogno equiparabili a quello dei cittadini anziani: solo una piccola percentuale dei frequentanti i centri diurni ha un'età compresa fra i 45 e i 64 anni.

Tav.37 Numero fiorentini nei centri diurni per autosufficienti e non autosufficienti-Anni 2009-2012

Centri diurni	2009	2010	2011	2012
per autosufficienti	140	151	159	141
non autosufficienti	226	198	175	174
<i>di cui per disturbi neuro-cognitivi</i>	<i>84</i>	<i>102</i>	<i>89</i>	<i>96</i>
totale	366	349	334	315

Fonte: impegnative Comune di Firenze

Fonte: impegnative AUSL 10 di Firenze

Nel 2012 i soggetti frequentanti i centri diurni sono stati 315, 141 autosufficienti e 174 non autosufficienti e fra quest'ultimi 96 hanno frequentato Centri Diurni per persone affette da disturbi neuro – cognitivi. Rispetto al 2011 sono in diminuzione i frequentanti i centri per autosufficienti, mentre sono stabili coloro che frequentano quelli per non autosufficienti.

Tav.38 Numero fiorentini nei centri diurni per non autosufficienti per tipo di gestione -Anni 2009-2012

anni	cd non autosufficienti		totale	di cui con contribuzione del comune
	private	gestione diretta asl		
2012	133	41	174	114
2011	145	30	175	116
2010	168	30	198	124
2009	189	37	226	139

Fonte : impegnative Comune di Firenze

Fonte: impegnative AUSL 10 di Firenze

Nei centri diurni per non autosufficienti e per persone affette da disturbi neuro – cognitivi una quota è pagata dall'AUSL e una parte dall'utente e/o dall'amministrazione comunale: dei 174 frequentanti i centri per non autosufficienti e per disturbi neuro-cognitivi 114 soggetti hanno avuto una compartecipazione da parte del Comune per il pagamento delle rette.

Tre centri diurni per persone affette da disturbi neuro – cognitivi hanno accolto 96 persone e di questi 56 hanno avuto una compartecipazione da parte del Comune per il pagamento della retta. I centri diurni privati in convenzione accolgono l'85% dei 174 frequentanti non autosufficienti.

Riguardo alla spesa sostenuta per le rette sanitarie di ricovero in strutture semiresidenziali per anziani, nel 2012 la spesa annua media per utente è stata di €5.706, la spesa procapite di €2 su tutta la popolazione e di €7,9 se consideriamo solo la popolazione anziana.

Tav.39 Anziani autosufficienti nei centri diurni a gestione diretta del comune per quartiere di residenza dell'utente. Firenze – Anni 2010-2012

Quartiere di residenza	anno		
	2010	2011	2012
Q1 - Centro storico	34	36	27
Q2 - Campo di Marte	56	60	55
Q3 - Gavinana/Galluzzo	3	2	2
Q4 - Isolotto	51	55	54
Q5 - Rifredi	3	6	3
totale	147	159	141

Fonte: impegnative – Comune di Firenze

I centri diurni per autosufficienti o fragili sono invece senza quota sanitaria e i 141 utenti che nel 2012 li hanno frequentati sono stati quasi tutti (98%) inseriti nei tre centri diurni per autosufficienti a gestione diretta del Comune di Firenze.

La localizzazione dei tre centri diurni, a gestione diretta, nei quartieri 1 Centro storico, 2 Campo di Marte e 4 Isolotto, facilita l'inserimento dei residenti di tali quartieri.

Per completare il quadro dei servizi semiresidenziali:

- nel 2012 sono stati 120 gli anziani che hanno frequentato i [Centri Diurni di Riabilitazione \(ex art. 26\)](#) extraospedaliera, strutture sanitarie che possono fare riabilitazione in regime intensivo o estensivo;
- sono stati 5.222 i non più giovani che hanno frequentato i [Centri Anziani](#), centri che organizzano eventi ludico ricreativi e di socializzazione, sviluppano iniziative per l'accoglienza diurna, corsi e laboratori, gite sociali;
- nel 2012 i partecipanti alle [Vacanze anziani](#), soggiorni estivi al mare e in montagna, rivolti a persone autosufficienti, di 60 anni di età, che non svolgono più attività lavorativa e residenti a Firenze, sono stati 961 e per 218 il Comune ha contribuito, in base alle fasce ISEE, mediante pagamento diretto di un contributo.

Servizi residenziali

Ambito sanitario, sociosanitario e sociale

La risposta residenziale costituisce una delle risorse di cui il sistema sanitario e socio-sanitario dispone per far fronte al percorso di salute e di assistenza dell'anziano.

Le prestazioni di Riabilitazione ex art. 26 di tipo Residenziale in regime intensivo sono prestazioni sanitarie per il recupero funzionale dei soggetti con bisogni riabilitativi complessi in fase post-acuta erogate presso strutture specifiche di riabilitazione, non esclusive per persone anziane ma dove l'87% dell'utenza è anziana: nel 2012 infatti gli anziani sono stati 1.218 e la classe di età con maggiori presenze è stata quella tra i 75 e gli 84 anni.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti non assistibili al domicilio un livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa di media intensità, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera generica. Possono essere ospitate nelle RSA con ricovero di tipo permanente, le persone di età pari o superiore a 65 anni residenti nel Comune di Firenze per le quali l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ha definito un Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di assoluta inadeguatezza ambientale che rende impossibile un piano assistenziale domiciliare. Il livello di isogravità è definito dall'UVM tramite l'applicazione delle procedure di valutazione approvate con decreto dirigenziale regionale n. 1354/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Nel 2012 le persone ricoverate in RSA sono state 2.373, di cui 40 in strutture gestite direttamente dall'AUSL e 2.333 in strutture private convenzionate. Gli utenti che hanno fruito di una compartecipazione del comune al pagamento della retta sono stati 1.146.

Tav. 40 Fiorentini in RSA per tipo di gestione - Anni 2008-2012- Valori assoluti - Firenze

anni	tipo RSA		totale	di cui con contribuzione del comune
	private	gestione diretta asl		
2012	2.333	40	2.373	1.146
2011	2.271	76	2.347	1.124
2010	2.412	61	2.473	1.234
2009	2.681	137	2.818	1.302
2008	2.528	152	2.680	1.286

Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze

n.b. i dati degli anni 2008 e 2009 potrebbero essere sovrastimati perché provenienti da due distinti archivi utilizzati dalla ASL e dal Comune. Nel 2010 è stato introdotto il nuovo sistema informativo a gestione integrata, che ha riunificato i dati fino ad allora gestiti separatamente, risolvendo i problemi di duplicazioni delle pratiche.

Nelle RSA possono essere ospitate anche persone di età inferiore a 65 anni residenti nel Comune di Firenze per le quali, a seguito del riconoscimento di handicap psico-fisico permanente grave (legge n. 104/92) lo specifico gruppo di valutazione territoriale abbia definito un Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) di tipo residenziale,

legato all'assoluta impossibilità di assistenza a domicilio: sono stati 137 i ricoverati in RSA con meno di 65 anni e di questi 114 hanno fruito di una compartecipazione del Comune al pagamento della retta.

Tav.41 Fiorentini ricoverati in RSA per tipo di gestione e area intervento – Anno 2012 Valori assoluti – Firenze

area	tipo RSA		totale	di cui con contribuzione del comune
	Private	gestione diretta asl		
adulti	135	2	137	114
anziani	2.198	38	2.236	1.032
totale	2.333	40	2.373	1.146

Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze

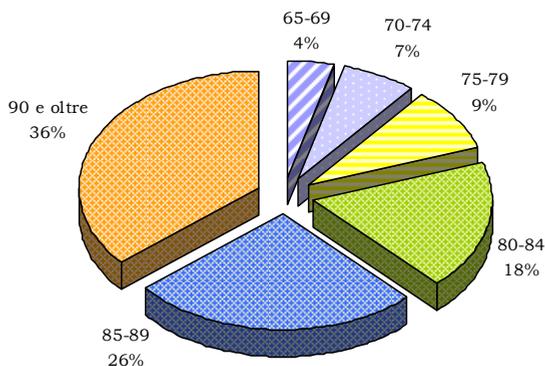
Considerando la distribuzione per età dei 2.236 anziani ricoverati in RSA l'80% ha un'età maggiore o uguale a 80 anni a conferma che proprio dopo tale età si presentano più frequentemente maggiori difficoltà socio-sanitarie.

Il ricovero in RSA può essere “permanente” o “temporaneo”, dove per temporaneo si comprendono i temporanei di sei mesi, i ricoveri di sollievo e i post-acuzie/urgenze e per permanente tutti coloro che sono ricoverati in RSA anche da più anni consecutivi. I ricoveri in RSA nell'anno 2012 sono stati 2.835, di questi 2.684 per anziani.

I ricoveri definitivi per anziani sono stati 1.944, 239 i ricoveri urgenti e 501 i ricoveri temporanei di sei mesi e di sollievo.

I moduli delle RSA ai quali possono accedere gli assistiti sono:

Graf.48 Percentuale di anziani per classi di età ricoverati in RSA - Anno 2012 – Firenze



Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze

1. Modulo “base”
2. Modulo “disabilità prevalentemente di natura motoria”
3. Modulo “disabilità di natura cognitivo comportamentale”

4. Modulo “stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali”.

Nel 2012 per il 90,7% si è trattato di utenti ricoverati nel modulo base per non autosufficienti e per il 9,1% (242 persone) nel modulo specialistico per disabilità cognitivo - comportamentale.

La spesa sostenuta dalla AUSL per le rette sanitarie di ricovero in RSA, nel 2012 è stata di € 31.847.793,60 di cui per ricoveri di anziani €29.684.215,05, spesa che rapportata agli utenti equivale ad una spesa annua media pari a € 13.505,10, rapportata alla popolazione anziana equivale ad una spesa media procapite di circa €308 e rapportata alla popolazione totale €78.

Il “progetto sperimentale Montedomini per attività di triage e di follow up riabilitativo” ha lavorato sull’appropriatezza del ricovero in RSA individuando uno specifico modello di accoglienza residenziale e accogliendo 107 anziani. Il modello così sperimentato nel corso del 2012 è stato oggetto di richiesta di autorizzazione alla Regione Toscana (delibera di giunta esecutiva n° 44 del 19 dicembre 2012) così come anche la sperimentazione di tipologie innovative di residenzialità e dell’attivazione di posti di cure intermedie (Delibera di giunta esecutiva n° 43 del 19 dicembre 2012). Tali richieste sono state avanzate anche alla luce del Decreto Legge 95/2012 (Spending review), con cui la Regione Toscana, per far fronte alla riduzione consistente di risorse in questo momento di crisi in cui però il bisogno sociosanitario della popolazione tende ad aumentare, ha individuato azioni di riorganizzazione del servizio sanitario di cui ha dato conto con le delibere di Giunta regionale n°754/2012 e 1235/2012 “B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo”.

Entrambe le richieste della Società della Salute Firenze troveranno attuazione nel 2013.

Tav.42 Utenti nelle strutture residenziali RA – Anni 2009-2012 - Valori assoluti – Firenze

Anni	tipo RA		totale
	private	gestione diretta comune	
2012	210	41	251
2011	215	36	251
2010	228	35	263
2009	263	41	304

Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze

Fonte: impegnative – Comune di Firenze

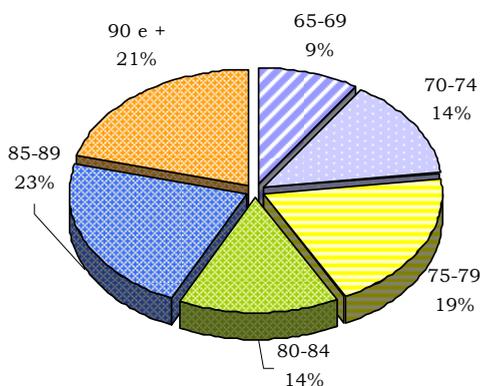
Le Strutture Residenziali [Socio-Assistenziale \(RA\)](#) accolgono soggetti bisognosi di limitati interventi sociosanitari, offrendo comunque prestazioni alberghiere e prestazioni assistenziali di aiuto alla

persona, di animazione, di socializzazione; nel 2012 le persone accolte sono state 251 di cui l'86% anziani.

Le persone inserite nelle strutture RA che il Comune gestisce direttamente sono state 41.

Nell'arco dei 4 anni le persone in RA sono diminuite e la composizione per età delle persone non è molto cambiata: nel 2009 la percentuale di anziani con 80 anni e oltre era pari al 52,6%, nel 2012 al 58%. La composizione degli anziani in RA continua ad essere più giovane rispetto all'utenza delle RSA, dove invece la percentuale di 80enni e oltre è l'80%.

Graf.49 Percentuale di anziani per classi di età ricoverati in RA - Anno 2012 - Firenze



Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze

Centro d'ascolto per famiglie di malati di Alzheimer

Il comune di Firenze sostiene, ormai da anni, il Centro d'ascolto per famiglie di malati di Alzheimer, gestito dall'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer. Il centro costituisce un punto di riferimento per informazioni, orientamento, consulenza e sostegno per tutte le problematiche connesse alla malattia; assicura informazioni specifiche sulla malattia e sulla cura della persona, orientamento e contatto con la rete dei servizi sociosanitari, consulenze (generiche, mediche e legali), supporto per pratiche invalidità e altri servizi di supporto legati alla malattia.

Nel 2012 sono stati 981 i contatti telefonici, 711 i malati interessati, 756 gli incontri di orientamento, 215 quelli di consulenza e 162 quelli di sostegno psicologico.

“Progetto Home Care Premium 2011”

Nel dicembre 2011 l'INPS - Gestione Ex Inpdap nell'ambito della selezione “Home Care Premium 2011” ha approvato e finanziato il

progetto presentato dall'Amministrazione comunale fiorentina "Domiciliarità e non autosufficienza" in favore di soggetti non autosufficienti".

Finanziando tale progetto l'ente previdenziale nel corso del 2012 si è impegnato a rimborsare al comune di Firenze alcune delle prestazioni erogate ai dipendenti e pensionati INPDAP, ai loro coniugi conviventi e ai loro familiari di primo grado (genitori e figli). La tipologia di prestazioni interessate sono state a) interventi domiciliari di tipo sociale, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; b) interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, mediante erogazione di contributi agli utenti o tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali; c) inserimenti in strutture semiresidenziali; d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza. Queste prestazioni sono state erogate sulla base del Regolamento comunale che tiene conto sia del livello di non autosufficienza che della valutazione della condizione economica effettuata con l'ISEE.

Nel corso del 2012 è stata la Società della Salute di Firenze, anziché il Comune, a aderire al progetto "Home Care Premium 2012", che è partito nel 2013. Il progetto, pur prevedendo la stessa tipologia di beneficiari e di prestazioni del precedente, introduce nuovi criteri di accesso alle prestazioni/contributi, riservate ai residenti di Firenze, valutati non autosufficienti secondo le procedure e le schede previste nel progetto Home Care Premium 2012 e/o accertati con handicap grave ai sensi della L.104/92.

Il progetto si articola in "prestazioni socio assistenziali prevalenti" e "prestazioni socio assistenziali integrative": le prime sono contributi mensili erogati dall'Inps alle famiglie dei beneficiari, le seconde sono invece sono contributi erogati dai servizi territoriali, a cui l'Inps riconoscerà per ogni soggetto assistito un contributo annuo variabile.

Persone con disabilità

Sintesi

Le persone accertate ai sensi della L.104/92: 3 su 10 in carico ai servizi sociali

Le persone accertate disabili ai sensi dell'art.4 L.104/92 con età compresa 0-64 anni sono 7.679, pari ad un tasso di disabilità del 27‰ della popolazione di età minore a 65 anni. Gli accertati in gravità di 0-64 anni sono 3.652, ovvero 13 adulti ogni 1.000 residenti hanno un handicap grave; questi costituiscono il 48% dei soggetti accertati L.104. Le persone con disabilità con età compresa fra i 18 e i 65 anni, in carico ai servizi sono state 1.117: i servizi raggiungono quindi circa 14 persone ogni 100 accertate ai sensi della L.104/92.

Il 47% degli utenti in carico ai servizi ha usufruito di prestazioni di livello intermedio, il 30% di prestazioni di livello domiciliare e il restante 23% di prestazioni di livello residenziale.

I servizi di livello domiciliare

Nel 2012 gli adulti che hanno fruito di prestazioni domiciliari dirette o indirette sono stati 496, il 50% femmine e il 71% con età compresa fra 45 e 64 anni.

Tra i servizi domiciliari più importanti il servizio di assistenza domiciliare diretta (SAD) ha assistito 246 adulti disabili, il [Pronto sociale domiciliare](#) 66.

I contributi di aiuto personale sono due: il contributo comunale "[Aiuto personale disabili](#)", erogato a 139 adulti e 6 anziani, e il contributo regionale "[Progetti di vita indipendente](#)" che finanzia progetti tesi a garantire il diritto ad una vita indipendente a persone con disabilità grave e sono valutati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare, con le modalità previste dal Bando Regionale con criteri diversi da quelli previsti per la valutazione della non autosufficienza ed è gestito dalla SdS Firenze. Nel giugno 2012 è iniziata la fase a regime del progetto con l'ammissione di 59 soggetti. Complessivamente, considerando sia la fase sperimentale che quella a regime, gli utenti nel 2012 sono stati 64.

I servizi di livello intermedio

Oltre 1.000 i soggetti che nel 2012 hanno ricevuto una prestazione o un contributo di livello intermedio.

I [Centri diurni di riabilitazione ex art.26](#), strutture sanitarie dedicate alla riabilitazione in regime estensivo, hanno ospitato 237 disabili mentre i [Centri diurni di socializzazione](#), strutture socioassistenziali, 208.

Nel 2012 è a regime il nuovo regolamento dei servizi indiretti per la disabilità, che nel 2011 ha portato alla cessazione del gettone per incentivazione, e alla sostituzione progressiva del gettone per inserimento lavorativo con il gettone per l'"[inserimento socio terapeutico](#)", previsti come servizi per l'integrazione sociale e lavorativa di persone in situazione

di svantaggio sociale e/o disabilità. Sono stati 223 i disabili che hanno beneficiato di tale contributo, ai quali si aggiungono altri 149 che hanno partecipato a progetti di inserimento lavorativo.

Dal 2011 invece di organizzare come negli anni passati il servizio di vacanze disabili è stata prevista l'erogazione di contributi economici finalizzati e misurati in base alle necessità di accompagnamento e alla disponibilità economica dei beneficiari. Sono stati 175 i soggetti che nel 2012 hanno usufruito di tali contributi.

Le strutture residenziali

Le strutture di riabilitazione ex art 26 e le RSA sono le due tipologie di residenze prevalenti per l'assistenza a persone con disabilità. Queste nel 2012 hanno accolto complessivamente 487 disabili. Di questi gli adulti ricoverati in RSA sono stati 137, il 5,8% del totale degli utenti delle RSA. Si stima che ogni 100 persone certificate L.104 gravi di età inferiore a 65 anni ci sono 4 persone accolte in RSA.

I numeri dei disabili

N° persone accertate ai sensi dell'art.4 L.104/92 con età 0-64 anni	7.679
di cui <u>in gravità</u>	3.652
Tasso di disabilità (0-64 anni)	27‰
N° disabili in carico ai servizi sociali socio-sanitari e sanitari	1.655
<i>di cui</i>	
<i>livello intermedio</i>	47%
<i>livello domiciliare</i>	30%
<i>livello residenziale</i>	23%
N° disabili adulti in carico ai servizi sociali	1.117
N° disabili adulti con almeno una prestazione sociale domiciliare	496
<i>di cui</i>	
<i>Servizio di assistenza domiciliare diretta</i>	246
<i>Pronto sociale domiciliare</i>	66
<i>Contributo di "Aiuto personale disabili"</i>	139
<i>Contributo regionale "progetti di vita indipendente"</i>	64
N° disabili adulti con almeno un servizio di livello intermedio	≅ 1.150
<i>di cui</i>	
<i>Disabili in CD di riabilitazione ex art26</i>	237
<i>Disabili accolti in CD di socializzazione</i>	208
<i>Contributo per vacanze</i>	175
<i>Gettone per inserimento socio terapeutico</i>	223
N° utenti con almeno un servizio di tipo residenziale	487
<i>di cui</i>	
<i>Disabili in strutture di riabilitazione ex art.26</i>	350
<i>Disabili in RSA</i>	137

Stima della disabilità in Italia

La definizione di disabilità è cambiata nel tempo: l'OMS la definisce come “la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”.

Non è più solo un attributo della persona, ma un insieme di condizioni potenzialmente restrittive derivanti da un fallimento della società nel soddisfare i bisogni delle persone e nel consentire loro di mettere a frutto le proprie capacità (Commissione Europea, Delivering e Accessibility, 26/9/2002). Da un concetto restrittivo si è passati ad un concetto più ampio includendo anche le limitazioni di attività e di partecipazione sociale.

La mancanza di un insieme organico, completo e storicizzato di dati sulla disabilità rende difficile stimare il numero di persone con disabilità: per rilevare il numero di persone disabili in Italia, l'ISTAT utilizza le stime ottenute dall'indagine campionaria sulla Condizione di Salute e il ricorso ai servizi sanitari[^]. L'indagine permette di stimare le persone disabili di 6 anni e più che vivono in famiglia per tipo di disabilità e arriva a produrre stime a livello regionale. L'Istat ha stimato che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 600 mila, pari al 4,8% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia (2004/2005).

Tav.43 Stima delle persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia - Italia, Toscana, Firenze.

classi di età	Italia	Toscana	Firenze ^{^^}
6-64	529.000	30.000	3.000
65-74	452.000	29.000	3.000
75 e +	1.627.000	120.000	14.000
totale	2.609.000	179.000	20.000

Fonte ISTAT indagine campionaria sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari anno 2004-2005

Nota: ^^ stima dell'Osservatorio SdS Firenze con % disabilità toscane per fasce di età applicate alla popolazione fiorentina 2005

Applicando i tassi per fasce di età stimati per la Regione Toscana alla popolazione del Comune di Firenze al 31/12/2005 si ottiene che il numero di persone con disabilità dai 6 ai 64 anni che vivono in famiglia sono 3.000. La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65 anni o più il numero di persone con disabilità sale a 17.000.

[^]La stima si basa su un criterio molto restrittivo di disabilità, secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Non sono comprese nella stima le persone che hanno manifestato solo un'apprezzabile difficoltà e quelle che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere tali attività essenziali.

L'anagrafe della disabilità dell'AUSL 10

Una preziosa fonte di dati per stimare il numero di disabili è costituita dalla certificazione dell'handicap prevista nell'articolo 4 della L.104/92. Le

motivazioni che spingono le persone a fare domanda per questa certificazione sono legate alla possibilità di accedere alle iniziative previste dalla legge quali provvidenze economiche, possibilità di organizzazione flessibile del tempo di lavoro, delle relazioni familiari e sociali. Presso ogni AUSL sono istituite apposite Commissioni che rilasciano tale certificazioni; l'AUSL 10 di Firenze ha adottato un sistema di registrazione automatica su supporto informatico a partire dal 2005, ed è per questo che per arrivare a definire l'anagrafe sulla disabilità è stato promosso un lavoro di informatizzazione degli archivi cartacei.

Il lavoro realizzato ha contribuito alla costituzione [dell'anagrafe sulla disabilità](#) e ha permesso di analizzare la disabilità nel territorio di competenza dell'AUSL di Firenze: sono 7.679 gli accertati ai sensi dell'art. 4 L. 104/92 di età compresa 0-64 anni, che costituiscono il [tasso di disabilità](#) per la zona Firenze del 27‰ della popolazione di età da zero a 64 anni.

Tav.44 Numero dei soggetti e nuovi casi accertati ai sensi dell'art.4 L. 104/92 per fascia di età - Zona Firenze - anno 2012

classi di età	n° accertati	di cui nuovi
0-3	492	71
04-18	1.318	238
19-39	1.527	136
40-64	4.342	623
Totale	7.679	1.068
di cui in gravità	3.652	413

Fonte: AUSL 10 di Firenze – U.F. Assistenza sociale Zona Firenze

Gli accertati in gravità di 0-64 anni sono 3.652, ovvero ogni 1.000 adulti fiorentini 13 sono con handicap grave; [la percentuale di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità](#) rispetto al totale dei soggetti accertati L.104 è pari al 48%.

In un anno sono stati 1.068 i [nuovi casi](#) accertati L.104, di questi 413 in gravità.

Invalidità civile e Non Autosufficienza

Le certificazioni per invalidità civile, per Handicap Legge 104 e Non Autosufficienza sono diverse fra loro sia per requisiti del richiedente, sia per l'iter di riconoscimento, che per le prestazioni alle quali la persona certificata può accedere.

La certificazione di invalidità civile viene concessa a mutilati e invalidi civili affetti da minorazioni congenite o acquisite che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Questi possono accedere a prestazioni monetarie come pensioni o assegni in base al grado di inabilità certificata. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati e invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Il Comune di Firenze, ha gestito fino al 1 gennaio 2010, in qualità di comune capofila, la funzione concessoria in materia di invalidità civile, per conto dei 33 comuni dell'AUSL 10 di Firenze. Da tale data tali funzioni sono state esercitate dall'INPS.

La Regione Toscana, dal 2007, ha istituito il Fondo per la Non Autosufficienza per sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, siano questi anziani o disabili. L'accesso alle prestazioni erogate tramite tale Fondo avviene con un percorso di presa in carico e valutazione di non autosufficienza integrata. La "certificazione" è effettuata con schede di valutazione approvate dalla Giunta Regionale e sono quindi omogenee per tutti i toscani. Le risposte ai bisogni della persona non autosufficiente sono definiti dall'unità di valutazione multidisciplinare che definisce il piano assistenziale: le risposte possono essere ricoveri in strutture residenziali, centri diurni o prestazioni erogate al domicilio.

Servizi di supporto all'apprendimento per ragazzi diversamente abili

Ambito sociale

L'integrazione sociale delle persone con disabilità inizia con l'integrazione nell'accesso all'istruzione: già dai primi anni '70 l'Italia ha pienamente riconosciuto l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità nella.

Tav.45 Indicatori relativi a servizi di supporto all'apprendimento per ragazzi diversamente abili - Firenze – anni 2010-2012

indicatori	anno		
	2010	2011	2012
Soggetti portatori di handicap con sola individuazione ai fini scolastici ai sensi dell'Art. 2 del DPR 24/02/1994	860	850	922
Soggetti inseriti in strutture educative (asili nido-scuole materne)	124	126	116
Soggetti inseriti in strutture scolastiche			
- Scuola primaria e secondaria I grado*	530	458	323
- Scuola secondaria II grado*	388	369	137
Soggetti inseriti in attività formativa	222	222	331
Soggetti che hanno usufruito dell'assistenza alla persona nell'ambito scolastico	453	516	552
Soggetti che hanno usufruito di ausili e sostegni per gli apprendimenti in ambito scolastico**	363	472	624
Soggetti che hanno usufruito del trasporto scolastico	65	63	63

Fonte: Direzione Istruzione – Comune di Firenze

[*] per il 2010/2011 il dato è stato sovrastimato.

[**] nelle precedenti rilevazioni il dato relativo agli utenti che hanno fruito di supporti per apprendimento in ambito scolastico era stato erroneamente attribuito all'ambito extrascolastico.

I ragazzi in possesso della sola individuazione di disabilità ai fini scolastici (art.2 del DPR 24/02/1994) a Firenze sono stati nel 2012 922, una sottostima del numero effettivo di ragazzi diversamente abili.

I ragazzi diversamente abili inseriti in asili nidi e scuole materne sono stati nel 2012 pari a 116, nella scuola primaria e secondaria di I grado 323 e nella scuola secondaria di II grado 137, per un totale di 576 bambini e ragazzi con meno di 18 anni inseriti in strutture educative e scolastiche.

Alcuni servizi di supporto all'apprendimento sono messi a disposizione dal Comune di Firenze: 552 ragazzi hanno usufruito dell'assistenza alla

persona nell'ambito scolastico, 624 di ausili e sostegni per gli apprendimenti in ambito scolastico e 63 del trasporto scolastico.

Disabili adulti in carico ai servizi

Ambito sociale, sociosanitario e sanitario

Le persone disabili anziane entrano nel percorso della non autosufficienza, le persone disabili con meno di 65 anni accedono alla rete dei servizi socio assistenziali e sociosanitari rivolgendosi al servizio sociale.

Tav.46 Adulti con disabilità che hanno usufruito di prestazioni socio-sanitarie[^] e sociali per classe di età e sesso- Firenze – Anni 2011 – 2012

classe età	sesso		totale	
	femmine	maschi	v.a.	%
2012				
18-24	28	48	76	6,8
25-34	55	81	136	12,2
35-44	96	148	244	21,8
45-54	153	166	319	28,6
55-64	166	176	342	30,6
totale	498	619	1.117	100
Tassi per 1.000 ab. 18-64 anni	4,2	5,6	4,9	
2011				
18-24	30	42	72	6,1
25-34	68	90	158	13,5
35-44	100	158	258	22,0
45-54	151	166	317	27,0
55-64	185	183	368	31,4
totale	534	639	1.173	100,0
Tassi per 1.000 ab. 18-64 anni	4,60	5,87	5,21	

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Nota: [^] non sono compresi gli utenti con prestazioni di riabilitazione ex art. 26

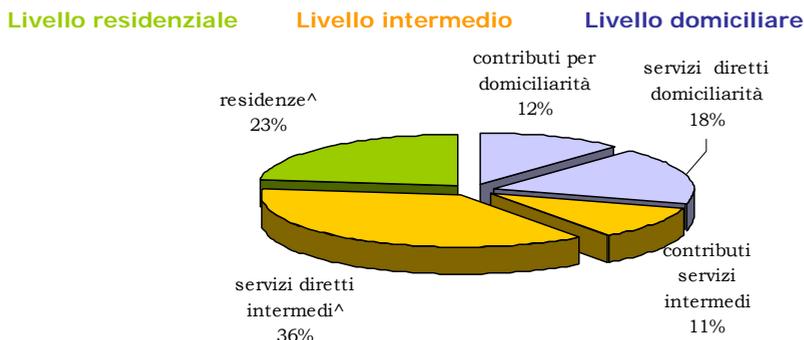
Le persone in carico ai servizi sono valutate dai gruppi multi professionali denominati **Gruppi Handicap** (GH). I GH operanti su Firenze sono tre: uno per i quartieri Centro Storico, Campo di Marte e Gavinana Galluzzo, un secondo per il quartiere Isolotto-Legnaia e il terzo per il quartiere Rifredi. Nel 2012 le persone con disabilità con età compresa fra i 18 e i 65 anni, in carico ai servizi sociali sono state 1.117. Se a queste si aggiungono 538 soggetti che hanno ricevuto prestazioni di riabilitazione ex art.26, in regime estensivo, si arriva a 1.655 disabili assistiti con prestazioni sociali, sociosanitarie e di riabilitazione, raggiungendo quasi cinque persone ogni 10 accertate in gravità ai sensi della L.104/92.

Se rapportiamo gli utenti con disabilità alla popolazione residente possiamo dire che ogni mille abitanti di età compresa fra i 18 e i 65 anni

ci sono quattro persone diversamente abili che sono in carico ai servizi sociali.

L'81% delle persone con disabilità in carico ai servizi sociali ha un'età compresa tra i 35 e i 64 anni; la percentuale di femmine è inferiore a quella dei maschi in tutte le classi di età.

Graf.50 Composizione percentuale delle prestazioni sociali e socio-sanitarie[^] fruite nel 2012 dagli utenti con disabilità di Firenze



Fonte: elaborazioni dell'osservatorio SdS Firenze su archivio prestazioni di riabilitazione ex art.26 L.833/78 – Dipartimento tecnologie e sistemi informativi – ESTAV CENTRO

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Nota: [^] sono comprese anche le prestazioni di riabilitazioni ex art. 26 in regime estensivo

Per il raggiungimento della massima autonomia e integrazione sociale della persona con disabilità è necessario garantire una gestione integrata dei servizi sanitari e sociali in modo da assicurare la presa in carico globale della persona e una continuità del percorso assistenziale in una rete integrata di servizi composta da prestazioni di livello domiciliare, intermedio e residenziale.

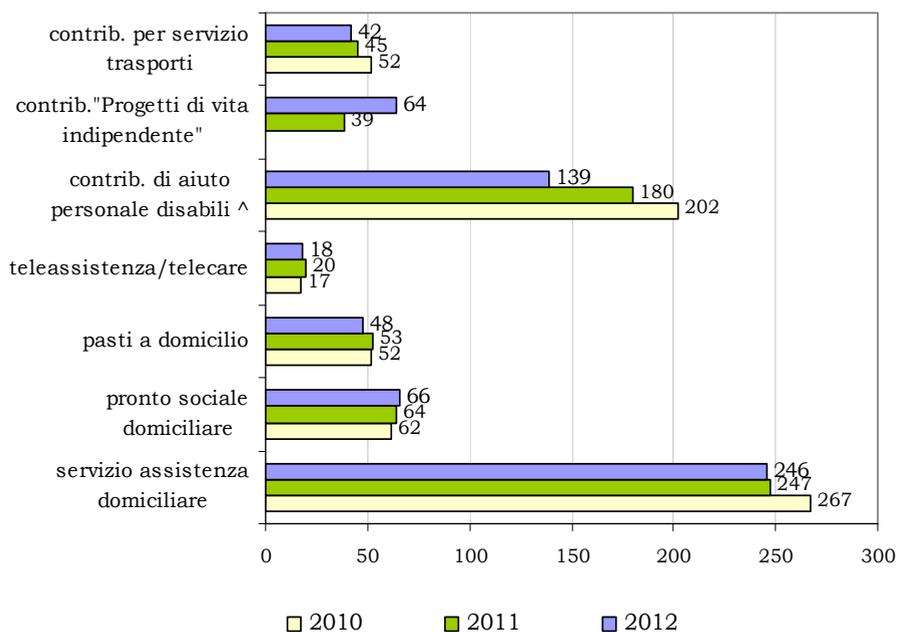
La maggior parte delle prestazioni fruite dalle persone con disabilità sono quelle di livello intermedio (47%) - in misura maggiore i centri diurni di socializzazione e di riabilitazione, le vacanze e il trasporto - seguite da quelle di livello domiciliare (30%) - contributi per la domiciliarità, servizi diretti domiciliari - e di livello residenziale (23%) - RSA e residenze di riabilitazione.

Risposte al domicilio

Ambito sociale

Le prestazioni domiciliari di ambito sociale possono essere **dirette** nelle varie forme di aiuto domestico e alla persona e **indirette** ovvero contributi economici finalizzati al pagamento di assistenza domiciliare.

Graf.51 Disabili con età 18 - 64 anni con servizi diretti e contributi per la domiciliarità – Anni 2010-2012 – Valori assoluti



^ Nel 2012 il "contributo vita indipendente" erogato dal comune ha cambiato denominazione, con effetto retroattivo, in "contributo di aiuto personale disabili"

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Fonte: Archivio teleassistenza Montedomini

Tra le prestazioni domiciliari sociali dirette la più importante è il [Servizio di Assistenza Domiciliare \(SAD\)](#), servizio di carattere socioassistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue per permettere alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Questo servizio viene erogato dal Comune e si espleta all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui la persona disabile vive: operatori specializzati prestano aiuto alla persona nelle varie forme di sostegno domestico, recandosi direttamente presso il domicilio e svolgono anche supporto relazionale. Gli adulti che nel 2012 hanno usufruito di tale servizio sono stati 246; nel triennio il servizio ha avuto un decremento compensato da un aumento del pronto sociale domiciliare.

Il [Pronto sociale domiciliare](#) interviene tramite l'azione diretta degli operatori comunali del SAD, in situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o di prima attivazione di interventi in attesa della definizione del progetto assistenziale: sono state 66 le persone che hanno utilizzato tale servizio.

Sia il Servizio di Assistenza Domiciliare che il Pronto Sociale domiciliare sono erogati anche a minori: nel 2012 sono stati 36 i minori con SAD e 14 con pronto sociale domiciliare.

Sono stati erogati [Pasti presso il domicilio](#) a 48 persone le cui precarie condizioni di autonomia e di solitudine ne impedivano la quotidiana preparazione. I pasti vengono preparati presso un centro specializzato e vengono distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto.

Il servizio di [Telecare](#) nel 2012 ha fornito a 18 adulti una copertura assistenziale mediante telefono, di cui 6 hanno beneficiato del contributo comunale per il pagamento del servizio. Il servizio di Teleassistenza e Telesoccorso opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari pubblici, privati e di volontariato: collegando telefonicamente il domicilio dell'utente a una o più centrali operative permette alle persone con limitata autonomia fisica e/o sensoriale o in isolamento relazionale di rimanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza, garantendo un costante monitoraggio delle loro condizioni e la gestione di eventuali segnalazioni d'emergenza.

Tra i contributi per la domiciliarità quello elargito al maggior numero di utenti è stato quello di ["Aiuto personale disabili"](#), denominazione in vigore dal 2012 e che sostituisce retroattivamente la denominazione "contributo per la vita indipendente", troppo simile e confondente con quella del contributo del progetto regionale ["Progetti di vita indipendente"](#). I due contributi sono diversi non solo perché finanziati l'uno con fondo comunale e l'altro con fondo specifico regionale, ma anche per le finalità che si prefiggono: il contributo di aiuto personale disabili è più generico nell'individuazione del tipo di aiuto finanziato, il contributo "progetti di vita indipendente" finanzia progetti tesi a garantire il diritto ad una vita indipendente a persone con disabilità grave attraverso l'assunzione di un'assistente personale. I "progetti di vita indipendente" vengono valutati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare, con le modalità previste dal Bando Regionale e con criteri diversi da quelli previsti per la valutazione della non autosufficienza.

Il contributo "aiuto personale disabili", è stato erogato a 139 soggetti con età inferiore a sessantacinque anni e anche a 6 anziani, per un totale di 145 soggetti. La valutazione di queste persone è stata effettuata dai sopraccitati GH.

Il progetto regionale "progetti di vita indipendente" è partito nel 2010 con l'espletamento da parte dell'SdS Firenze delle procedure necessarie per la costituzione della graduatoria dei beneficiari e nel 2011 è iniziata l'erogazione di tale contributo a 39 persone. Nel giugno 2012 è iniziata la fase a regime del progetto che ha cambiato i criteri di valutazione: questo ha fatto sì che solo alcuni beneficiari della fase sperimentale non potessero rientrare nei nuovi criteri.

Il nuovo bando della fase a regime del contributo regionale ha visto l'ammissione di 59 soggetti con 8 persone in lista di attesa. Complessivamente, considerando sia la fase sperimentale che quella a regime, gli utenti nel 2012 sono stati 64.

I due contributi di aiuto personale hanno soddisfatto 203 persone ovvero su 100 accertati L.104 gravi di età inferiore a 65 anni 6 hanno beneficiato

di tali contributi (tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale)

La spesa media per assistenza personale e domestica a favore di disabili, (SAD, Pronto sociale domiciliare, Pasti a domicilio, Progetti di vita indipendente e Aiuto personale disabili) e rapportandola agli utenti è stata di €4.022.

Il Contributo per servizio trasporti è un contributo economico per spese di trasporto a favore di persone disabili che svolgono attività lavorativa, di studio (post scuola dell'obbligo) o che partecipano ad attività di integrazione sociale (fino a 65 anni). Questo contributo ha avuto un incremento nel 2009, subito riassorbito nel 2010, per interessare, nel 2012, 42 beneficiari.

Complessivamente gli adulti che hanno fruito di prestazioni domiciliari sociali dirette o indirette nel 2012 sono stati 496, il 50% femmine e il 71% con età compresa fra 45 e 64 anni.

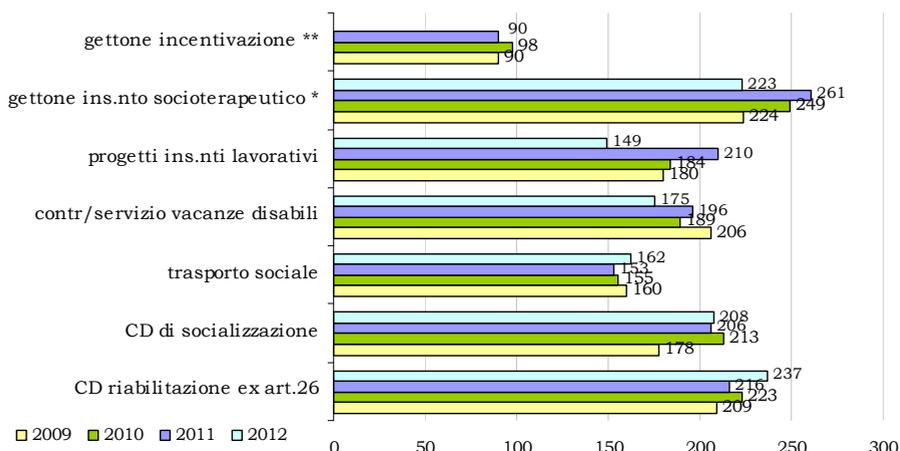
Servizi di livello intermedio

Ambito sanitario, sociosanitario e sociale

Nel progetto individuale della persona disabile valutata dal Gruppo Handicap possono essere previste anche risposte di livello intermedio. Tali risposte possono essere inserimenti in centri diurni di riabilitazione o in centri diurni di socializzazione; il servizio di accompagnamento per la partecipazione a tali centri diurni, denominato anche Trasporto sociale; la partecipazione a vacanze estive; l'erogazione di un "gettone per inserimenti socio-terapeutici" per percorsi di inclusione sociale e lavorativa.

I Centri diurni di riabilitazione ex art26 – in regime estensivo - sono strutture sanitarie che attuano programmi assistenziali a indirizzo riabilitativo continuativi e protratti nel tempo, finalizzati al raggiungimento di più alti livelli di abilità o a impedirne o ritardarne il declino. Nel 2012 coloro che hanno frequentato tali centri sono stati 237, per il 63% uomini e con una età media pari a 41 anni.

Graf.52 Utenti disabili che hanno percepito almeno un servizio di livello intermedio - Anni 2009-2012. Valori assoluti



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Fonte: Impegnative Comune di Firenze

Fonte: nostre elaborazioni su archivio prestazioni di riabilitazione ex art.26 L.833/78 – Dipartimento tecnologie e sistemi informativi – ESTAV CENTRO

*da giugno 2011 il gettone per inserimento lavorativo è stato sostituito con il gettone per inserimento socio terapeutico

** da giugno 2011 non viene più erogato

I Centri diurni di socializzazione hanno lo scopo di svolgere una funzione socio-educativa sul singolo individuo, mirata a recuperare le capacità fisiche ed intellettuali residue per migliorarne il livello interrelazionale e d'inserimento sociale. Nel 2012 i centri hanno ospitato complessivamente 208 persone: 69 nei due centri diurni a gestione diretta del comune (CSE e Giaggiolo) e 139 in centri diurni a gestione privata.

Dal 2010 sono contabilizzati anche i frequentanti il Giaggiolo, centro diurno che nel 2011 è stato trasferito in una nuova unica sede con locali di nuova costruzione.

Il Comune sostiene integralmente il pagamento delle rette di 139 soggetti inseriti in uno degli 11 centri diurni di socializzazione privati.

Rapportando i frequentanti i centri diurni di socializzazione agli accertati L104 in gravità otteniamo il tasso di utenti con disabilità in strutture semiresidenziali: ogni 100 accertati L104 gravi ci sono 6 persone inserite in centri diurni di socializzazione.

La spesa del comune per le persone inserite in centri diurni di socializzazione, siano questi privati o gestiti direttamente, è di €2.930.781,07 per una spesa media annua per utente pari €14.090.

Sono 162 i soggetti che hanno usufruito del Trasporto sociale e sono stati accompagnati a centri di socializzazione o a centri diurni di riabilitazione ex art.26.

Nel corso del 2012 sono stati erogati contributi ad alcune associazioni attive sul territorio, per effettuare servizi di trasporto sociale assistito ad utenti svantaggiati, che si sono rivolti alle Reti di Solidarietà dei quartieri,

perché bisognosi di supporto negli spostamenti della vita quotidiana; i trasporti realizzati sono stati 2.820.

Le vacanze per persone disabili sono importanti sia per gli utenti, per i quali tale esperienza diventa oltre che assistenza, anche un'occasione di socializzazione, sia per le loro famiglie perché diventa un'occasione di sollievo e aiuto concreto nella cura e nell'assistenza della persona con disabilità, in un'ottica di maggiore autodeterminazione delle persone. Dall'estate del 2011 le vacanze sono passate da servizio a contributo economico finalizzato misurato in relazione alle necessità di accompagnamento e alla disponibilità economica dei beneficiari. Le vacanze sono state organizzate in collaborazione con A.S.P. Firenze Montedomini e sono stati 175 i soggetti che hanno usufruito di tali contributi.

Nel 2011, per migliorare i percorsi di accesso al lavoro o di inserimento socio-terapeutico per le persone con disabilità è stato rivisto il regolamento. Questo ha portato, a giugno 2011, alla cessazione dei due contributi gettone per incentivazione e gettone per inserimento lavorativo con un unico gettone inserimento socio terapeutico distinto se per persone con problemi di marginalità o di disabilità. Il nuovo protocollo per l'inclusione sociale e lavorativa prevede infatti gli "Inserimenti Socio-Terapeutici" quale servizio da utilizzare per integrare nel contesto sociale e lavorativo le persone in situazione di svantaggio sociale e/o disabilità in carico ai Servizi stessi, prevenendo forme di isolamento e emarginazione, nel rispetto della dignità e autonomia individuale. In un'ottica di massima flessibilità e di adattabilità, l'Inserimento Socio-Terapeutico prevede percorsi educativi-abilitativi differenziati, da attivarsi direttamente in Aziende Pubbliche o Private, Enti, Associazioni e Cooperative Sociali. Nel 2012 i gettoni erogati per inserimenti socio terapeutici hanno interessato 223 adulti disabili.

Nel 2012 sono state 165 le persone inserite al lavoro ai sensi della L. 68/99. Tale legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Per persone disabili la legge intende gli affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e portatori di handicap intellettuale, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%; le persone invalide del lavoro con grado di invalidità superiore al 33%; persone non vedenti e/o non udenti; invalidi di guerra, invalide civili di guerra e invalidi per servizio; vedove, orfani, profughi ed equiparati ad orfani, nonché i soggetti individuati dalla legge 407 del 1998 (vittime del terrorismo e della criminalità organizzata).

Sempre per l'inserimento lavorativo nel 2012 i quartieri hanno attivato progetti specifici: il quartiere 1-Centro Storico il progetto "Isola", rivolto a giovani e adulti in situazioni di disabilità e/o grave disagio sociale, che ha

raggiunto 102 persone; il quartiere 3-Gavinana/Galluzzo con il progetto “Bussola verde”, suddiviso in modulo A per la preparazione all’inserimento socioterapeutico lavorativo e modulo B con laboratorio di rilegatoria e falegnameria, ha coinvolto 11 persone; il quartiere 4-Isolotto con un progetto per giovani adulti con disabilità psico-intellettive ha interessato 36 persone.

I soggetti che nel 2012 hanno ricevuto una prestazione o un contributo di livello intermedio, esclusi i 216 frequentanti i centri di riabilitazione ex art. 26, sono stati 654.

Servizi di livello residenziale

Ambito sanitario, sociosanitario e sociale

I progetti assistenziali sono formulati per superare l’istituzionalizzazione e limitare il ricorso a inserimenti in strutture per quei pazienti con gravità stabilizzata sul piano della limitazione delle competenze funzionali per i quali non è possibile attuare un inserimento abitativo e lavorativo. Il ricorso alle strutture, temporaneamente o a lungo termine, garantisce l’assistenza per 24 ore con programmi a indirizzo riabilitativo di struttura o individuali, finalizzati al mantenimento delle abilità residue. Ad oggi le due tipologie di residenze prevalenti per l’assistenza a persone con disabilità sono le strutture di riabilitazione ex art 26 e le RSA.

Nel 2012 le [strutture di riabilitazione ex art. 26](#) che svolgono attività in regime estensivo, rivolto in particolare a soggetti disabili, hanno ospitato 350 utenti. Le persone con meno di 65 anni sono l’87,7% del totale e la classe di età con maggiore frequenza è quella compresa fra i 45 e 54 anni. L’aumento registrato fra il 2012 e il 2011 in parte può essere dovuto ad una diversa procedura regionale informatica che ha comportato alcune duplicazioni.

Tav.47 Fiorentini in residenze di riabilitazione ex art 26 in regime estensivo per sesso e classe di età - anno 2012

classe di età	sesso		totale	
	maschi	femmine	v.a.	%
< 18	2		2	0,6
18-24	5	1	6	1,7
25-34	12	8	20	5,7
35-44	27	24	51	14,6
45-54	78	85	163	46,6
55-64	40	25	65	18,6
65-74	14	15	29	8,3
75-84	4	6	10	2,9
85 e +		4	4	1,1
totale	182	168	350	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su archivio prestazioni di riabilitazione ex art.26 L.833/78 – Dipartimento tecnologie e sistemi informativi – ESTAV CENTRO

Le RSA possono ospitare anche persone di età inferiore a 65 anni, riconosciute con handicap psico-fisico permanente grave secondo la L104, per le quali lo specifico gruppo di valutazione territoriale ha definito un PAP di tipo residenziale, legato all'assoluta impossibilità di assistenza a domicilio. Nel 2012 gli adulti ricoverati in RSA sono stati 137, il 5,8% del totale degli utenti delle RSA. Il 65% degli adulti ricoverati ha una età compresa fra i 55 e i 64 anni.

Tav.48 Fiorentini adulti in RSA per sesso e classe di età - anno 2012

classe di età	sesso		totale	
	femmine	maschi	v.a.	%
25-34	1	1	2	1,5
35-44	4	6	10	7,3
45-54	12	24	36	26,3
55-64	42	47	89	65,0
totale	59	78	137	100,0

Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze

Ogni 100 persone certificate L104 gravi di età inferiore a 65 anni ci sono 4 persone accolte in RSA (tasso di utenti con disabilità inseriti in RSA).

Le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 sono totalmente a carico del SSN, mentre le RSA sono strutture che vedono la corresponsione anche delle amministrazioni comunali: nel 2012 le persone che hanno beneficiato della contribuzione del comune per il pagamento della retta sono state 114 per una spesa comunale di € 1.266.086,09 pari ad una spesa annua media per utente di € 11.106.

Complessivamente le persone disabili assistite in strutture residenziali sono state 487, in aumento sin dal 2009 principalmente per l'incremento del numero delle persone ricoverate presso strutture di riabilitazione ex art 26.

Tav.49 Utenti fiorentini nell'anno con disabilità accolti in strutture residenziali di riabilitazione ex art. 26 e per non autosufficienti RSA - Anni 2008-2012

residenze per persone con disabilità	anni			
	2009	2010	2011	2012
RSA	160	174	138	137
residenze riabilitazione ex art 26 regime estensivo	224	208	266	350
totale	384	382	404	487

Fonte: GRS - sistema informativo Gestione Residenze Sociosanitarie – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze

Fonte: nostre elaborazioni su archivio prestazioni di riabilitazione ex art.26 L.833/78 – Dipartimento tecnologie e sistemi informativi – ESTAV CENTRO

A questi due tipi di strutture residenziali si aggiungono [servizi innovativi per l'autonomia](#) sperimentati per cercare soluzioni adeguate a garantire una buona qualità della vita alla persona disabile dopo che i genitori non ci sono più (dopo di noi) o, anche durante la presenza dei familiari, per rendere la vita adulta delle persone disabili più autonoma (durante noi).

In totale sono 28 le persone che hanno usufruito di:

[Casa Armonica](#) struttura per il “Dopo di Noi” convenzionata con il Comune di Firenze dal luglio 2006. Nel 2008 si è provveduto a ridefinire il progetto da struttura ad ospitalità definitiva a struttura ad ospitalità temporanea in cui sperimentare il potenziale di autonomia delle persone ospitate anche ai fini di una loro fuoriuscita verso sistemazioni abitative “meno protette”. Nel 2012 sono state accolte 8 persone;

[La Casina](#) struttura per il “Dopo di Noi” convenzionata con il Comune dal novembre 2006 e in grado di ospitare persone con disabilità con lo scopo di offrire uno spazio in cui poter sia far fronte a esigenze legate alla perdita delle figure parentali di riferimento, sia sperimentare esperienze di vita autonoma. Nel 2012 ha accolto 8 persone.

[Casa Viola](#) struttura gestita dall'Associazione di Volontariato “CUI – I Ragazzi del Sole” dove, per turni di due settimane, gruppi di 4 - 5 persone con disabilità possono sperimentare modalità di vita indipendente dalle proprie famiglie, in modo da incrementare progressivamente le loro acquisizioni di autonomia personale, favorire i processi psicologici di separazione e di autodeterminazione e acquisire competenze nella gestione quotidiana di una casa. Si tratta di una vera “casa scuola” che si allinea con le finalità e gli obiettivi propri del “Durante noi” e del “Dopo di noi”. Nel 2011 sono state accolte 10 persone

Per completare il quadro dei servizi fra le strutture residenziali va considerato anche il [Convitto Vittorio Emanuele II](#), dedicato ai non vedenti e annesso all'IPSIA per ciechi A. Nicolodi di Firenze, istituto per la formazione professionale dei non vedenti e ipovedenti. Il convitto da gennaio a luglio 2012, mese in cui è stato chiuso, ha accolto 13 persone.

La spesa [media annua per prestazioni residenziali](#) diverse da RSA e residenze di riabilitazione ex art 26 nel 2012 è stata pari a €23.202.

Nel 2012 è stata inoltre realizzata nel comune di Firenze, una struttura innovativa dotata di 10 posti letto adatta ad accogliere, temporaneamente, disabili gravi e/o anziani medullosesi nel periodo post dimissione, in attesa di una sistemazione definitiva di carattere domiciliare. Si tratta di un appartamento attrezzato in cui l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia ha prodotto un esempio di [Casa domotica](#), una casa cioè dove viene garantita l'accessibilità ad ogni elemento di arredamento con la totale assenza di barriere architettoniche, nel rispetto di tutte le norme di sicurezza.

Altri interventi per l'integrazione sociale

Laboratori di teatro e di musicoterapia per soggetti disabili presso il Centri diurni

Nel corso dell'anno presso il centro diurno di riabilitazione ex art.26 Albero vivo e di socializzazione il Giaggiolo, si sono svolti laboratori di teatro e di musicoterapia per soggetti disabili. Il progetto aperto agli utenti disabili e agli operatori dei Centri ha perseguito l'obiettivo di creare occasioni di confronto e conoscenza reciproca, utilizzando il linguaggio musicale e l'attività teatrale per aiutare nell'espressione delle proprie emozioni e dei propri desideri.

Sportello ANIEP

L'associazione nazionale per la promozione e la difesa dei diritti civili e sociali degli handicappati fornisce un servizio di sportello informativo sulle tematiche dell'handicap, rivolto a persone con disabilità, alle loro famiglie e agli operatori sociali: nell'anno 2012 si sono avuti circa 5.000 accessi.

Sportello AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Presso l'A.S.P. Firenze Montedomini[^] nel novembre 2010 è stata firmata la convenzione per la riapertura dello sportello di consulenza gratuita sulla tematica dell'amministratore di sostegno, rivolto a familiari e operatori sociali che nel 2012 ha offerto consulenza a 183 persone

[^]L'Azienda Pubblica di servizi alla persona Montedomini - Sant'Ambrogio - Fuligno - Bigallo, più brevemente "A.S.P. FIRENZE MONTEDOMINI" deriva dalla fusione per incorporazione nell'A.S.P. Montedomini delle AA.SS.P. "Sant'Ambrogio", "Educatore della SS. Concezione detto "Il Fuligno" e "Il Bigallo" autorizzata dal Presidente della Regione Toscana con proprio Decreto n. 246 del 29/12/2010, pubblicato sul B.U.R.T. n. 1 del 5/1/2011

Progetto Lavori.Amo

Il progetto, realizzato con la collaborazione dell'Associazione cerebrolesioni acquisite onlus ha coinvolto 22 persone in laboratori per la creazione e realizzazione di oggetti di bigiotteria, cornici, portachiavi, oggettistica per la casa. Inoltre attraverso la tipografia messa a disposizione dall'Associazione sono stati realizzati, al solo rimborso delle spese vive, depliant, brochure, carta intestata, biglietti da visita.

Progetto europeo D-active

Un finanziamento europeo ha consentito di sperimentare presso il CSE, i centri diurni Linar, La Fonte, Le Rose e Cirs, con la collaborazione dell'associazione Il Sipario, strumenti per la promozione della cittadinanza attiva delle persone disabili. Sono stati coinvolti 20 operatori e 21 utenti.

Progetto Over the limits

Presso la palestra della scuola superiore Elsa Morante è stato realizzato un progetto di basket integrato che prevede che, studenti con e senza disabilità, si allenino insieme. Il progetto ha avuto il sostegno dell'Assessorato allo Sport della Regione Toscana e dell'Assessorato allo Sport del Comune di Firenze.

Contributi per trasporto sociale

Nel corso del 2012, alle persone che si sono rivolte alle Reti di Solidarietà perché bisognose di sostegno negli spostamenti della vita quotidiana, in particolare per recarsi al lavoro, il comune ha offerto tramite il supporto di associazioni attive sul territorio 2.820 trasporti

Le donne

Sintesi

Alta presenza delle donne nella popolazione fiorentina

Il 53,3% della popolazione fiorentina è di sesso femminile; a Firenze la popolazione anziana è per il 60% rappresentata da donne; le donne straniere sono il 53,8% dei residenti con cittadinanza straniera.

Il tasso di fecondità **fiorentino**, pari a 1,4 figli per donna in età fertile, è al di sotto del valore soglia (2,1), ma questo, grazie alla presenza delle donne straniere, è aumentato rispetto a 10 anni fa quando era pari a 1,1.

La salute delle donne fiorentine

Le donne fiorentine presentano nel triennio 2007-2009 un basso tasso di **mortalità generale**, pari a 789 decessi per 100.000 donne residenti, significativamente più basso di quello aziendale (794) e regionale (820). Anche il tasso di mortalità per le malattie del **sistema circolatorio** è inferiore a quello registrato a livello regionale (291 decessi tra le donne fiorentine ogni 100.000 vs i 340 decessi delle donne toscane).

Risulta invece più alto il tasso di mortalità per le malattie del **sistema respiratorio** nelle donne fiorentine (58 ogni 100.000 contro 47 ogni 100.000 per la Toscana).

I tassi di mortalità per malattie propriamente femminili, quali **tumore alla mammella**, il **tumore dell'utero** e all'ovaio non presentano variazioni significative sia rispetto al triennio 1997-1999 che al triennio precedente 2006-2008.

Più interruzioni volontarie di gravidanza per le donne straniere, scende il tasso di abortività

Sono state 778 le interruzioni volontarie di gravidanza delle donne residenti a Firenze, di queste il 53% con cittadinanza straniera. Il tasso di abortività per le donne residenti a Firenze è pari a 9,7 per 1.000 donne in età feconda, mentre nel 2000 il tasso era pari a 10,6.

Le donne e il mondo del lavoro

Rispetto agli indicatori della condizione lavorativa delle donne la Toscana si colloca in una posizione di mezzo rispetto al dato nazionale e più simile alle medie europee, in parte spiegato da maggiori livelli di istruzione. Il tasso di occupazione femminile toscano nel 2012 è pari al 55,4% vs il 47,1% del tasso nazionale, entrambi in aumento rispetto all'anno precedente ma ancora lontani dall'obiettivo comunitario posto nel Consiglio di Lisbona di raggiungere nel 2010 il 60% di occupazione femminile.

Cresce però anche il tasso di disoccupazione femminile raggiungendo il 9,5%. I valori degli indicatori occupazionali per la provincia di Firenze sono migliori sia di quelli toscani che nazionali.

Maggiore presenza delle donne nei servizi sociali

Sono 7.088 le donne in carico ai servizi sociali, il 57,5% del totale, e di queste il 63,3% ha ricevuto almeno una prestazione esterna.

L'assistenza domiciliare diretta, il pronto sociale domiciliare e il contributo per servizi di assistenza familiare sono i servizi alla domiciliarità fruiti maggiormente da donne. Il 54% dei percettori del contributo a integrazione del reddito sono donne.

Alta la presenza delle donne nei centri diurni per autosufficienti (82%) e per non autosufficienti (66%).

Rispetto alle prestazioni residenziali, la presenza delle donne è marcata (76%) nelle Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA, e nelle Strutture Residenziali Socio-Assistenziali - RA (54%).

Le politiche e gli interventi in favore della donna

I principali interventi attivati per rispondere meglio ai bisogni delle donne, che tra l'altro rappresentano oltre il 70% dei primary caregivers, sono stati:

Attività di prevenzione tramite screening per tumore della mammella e per tumori della cervice uterina, effettuati rispettivamente dal 59% e dal 51% delle donne invitate, mantenendo percentuali di adesione costanti nel tempo. Dal 2008 la Toscana è impegnata nella campagna contro l'infezione da virus del papilloma umano (HPV) 16 e 18.

I consultori sono orientati alla tutela della salute della donna durante la maternità, sviluppano le capacità di fare scelte responsabili su la procreazione, tutelano la salute e la qualità della vita dei bambini e degli adolescenti. La zona fiorentina ha avviato una riorganizzazione della rete consultoriale. Progetti specifici rivolti a donne immigrate per migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito mutilazioni genitali e per le donne che accedono al percorso delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza.

Maggior integrazione fra ospedale e territorio ha reso possibile alle ostetriche dei consultori seguire madri segnalate dall'ostetrica dell'ospedale per situazioni particolarmente difficili.

I servizi educativi per la prima infanzia sono messi a disposizione dei bambini e delle loro famiglie per il percorso educativo dei bambini 0-3 anni e per favorire alle donne l'accesso e il mantenimento del lavoro. Sono stati 2.660 i bambini accolti nei nidi e 245 nei servizi innovativi della prima infanzia.

Sostegno al lavoro di cura in famiglia che ha potenziato gli aiuti economici quali i contributi per le assistenti familiari e i contributi a sostegno alle cure di familiari per le famiglie che sostengono costi per l'assistenza domiciliare dell'anziano non autosufficiente.

Il **progetto CIP** contro la prostituzione di strada ha promosso azioni integrate volte alla prevenzione, al sostegno ed al reinserimento: nel 2012 l'Unità di Strada ha avuto 824 contatti.

Il **centro anti violenza Artemisia**, che, in stretta connessione con i servizi sociali territoriali, ha attivato interventi di protezione per donne e minori

vittime di violenza, maltrattamento e/o abuso, offrendo consulenza e protezione attraverso l'accoglienza sia in emergenza che nel lungo periodo anche in Case Rifugio ad indirizzo segreto. Sono state 342 le donne prese in carico, di cui 17 inserite nella casa rifugio e 9 in struttura di emergenza.

I numeri delle donne

N° donne residenti	201.569
% donne residenti / tot. residenti	53,3%
di cui	
<i>Minori (0-17 anni)</i>	12,8%
<i>Adulti (18-64 anni)</i>	58,5%
<i>Anziani (65 anni e oltre)</i>	28,7%
N° donne straniere residenti	31.150
% donne straniere residenti / tot. stranieri residenti	53,8%
Tasso di fecondità fiorentino	1,4
Età media al parto italiane	33 anni
Età media al parto stranire	28 anni
Speranza di vita a 65 anni	
maschi	18,9 anni
femmine	22,3 anni
Tassi di mortalità (per 100.000 donne residenti)	
generale	FI:789; AUSL10:794; RT:820
malattie sistema circolatorio	FI:291; AUSL10:300; RT:340
malattie sistema respiratorio	FI:58; AUSL10:58; RT:47
malattie apparato digerente	FI:33; AUSL10:33; RT:33
tutti i tumori	FI:239; AUSL10:231; RT:225
tumore mammella	FI:39,6; AUSL10:36,5; RT:35,3
tumore cervice uterina	FI:12,4; AUSL10:11,2; RT:9,6
N° Interruzioni Volontarie Gravidanza	778
<i>di cui da donne straniere</i>	53,4%
Tasso occupazione femminile	Prov FI: 60,3; RT:55,4; Ita:47,1
Tasso disoccupazione femminile	Prov FI: 7,6; RT:9,5; Italia: 11,9
N° donne in carico servizi sociali	7.088
% donne in carico / totale utenti in carico	57,5%
Servizi domiciliari	
N° donne con almeno una prestazione domiciliare	2.185
Servizi intermedi	
%donne in CD anziani e adulti Auto	82%
%donne CD anziani e adulti NA	66%
Servizi residenziali	
% donne in RSA per non auto	76%
% donne in RA per auto	54%

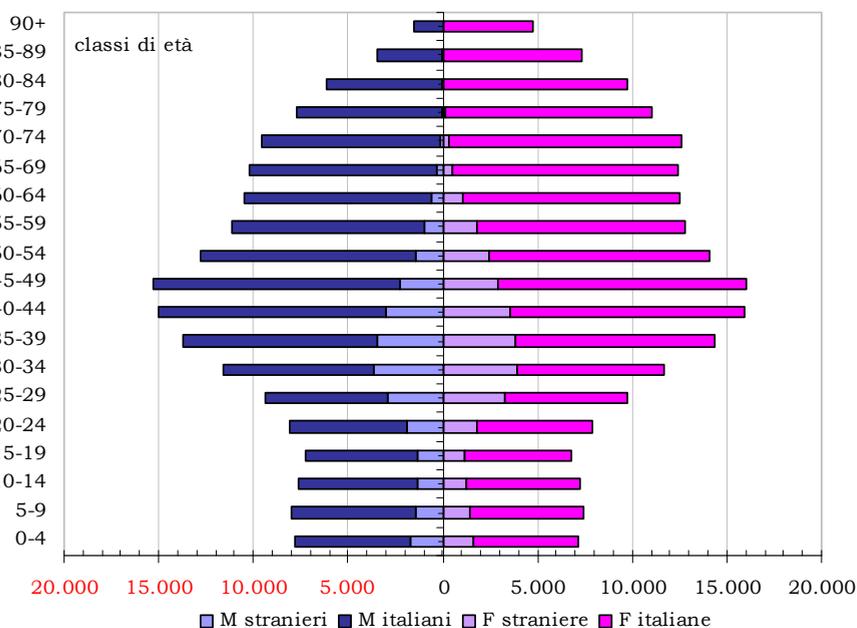
Screening per tumore		
Mammella	% estensione	%adesione
Utero	87%	59%
	86%	51%
N° donne in carico		
Centro anti violenza Artemisia		342
Progetto CIP		
Contatti Unità di strada		824

Quadro generale degli andamenti demografici

Le donne residenti nel comune di Firenze al 31/12/2012 sono 201.569, il 53,3% della popolazione.

Firenze ha avuto un aumento consistente della popolazione straniera: al 31/12/2012 i residenti stranieri sono 57.891, il 15,3% della popolazione residente e le donne straniere sono 31.150 il 53,8% dei residenti con cittadinanza straniera.

Graf.53 Popolazione residente italiana e straniera per sesso e per classe di età – Anno 2012



Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati forniti dal Servizio di Statistica – Comune di Firenze – anagrafe al 31/12 - dati provvisori, suscettibili a variazioni per verifiche censuarie

Dal confronto delle piramidi per età dei residenti complessivi e dei residenti stranieri risultano evidenti le differenze in termini di struttura per sesso ed età. La popolazione straniera si concentra nelle classi di età attive e nelle età infantili: questa situazione porta la piramide dei residenti complessivi ad allargarsi nella parte centrale e nella base.

Il tasso di fecondità fiorentino è al di sotto del valore soglia di 2,1 figli per donna in età fertile: infatti nel 2012 è pari a 1,4 valore comunque in aumento rispetto al dato del 2001 quando il tasso era pari a 1,1.

Anche le altre zone dell'AUSL 10 di Firenze hanno visto aumentare dal 2001 al 2012 il proprio tasso di fertilità. La zona Firenze non si discosta tanto dai valori delle altre zone dell'AUSL 10 ed è uguale al dato regionale:

tale aumento è dovuto all'influenza delle donne straniere residenti che hanno una maggiore propensione a fare figli.

Fra i motivi per cui non si raggiunge il valore soglia di 2,1 figli per donna vi è anche l'aumento dell'età media al parto delle donne: 32 anni con differenze di età tra italiane (33) e straniere (28).

Il 58,5% delle donne si colloca nella fascia di età 18-64 anni, il 28,7% ha un'età superiore ai 64 anni mentre il restante 12,8% ha meno di diciotto anni.

Tra i 211 ultracentenari ben 183 sono di sesso femminile.

Tra gli anziani le donne sono il 60,5% e fra gli anziani soli la percentuale di donne sale al 74%.

Il numero di donne ogni 100 residenti di sesso maschile è di 114 unità, dato che confrontato con quello dell'Italia - 106,4 - e della Toscana - 107,9 - conferma come la presenza delle donne (molte di età superiore a 64 anni) a Firenze sia rilevante.

Se consideriamo tale rapporto distinto per cittadinanza ogni 100 uomini stranieri ci sono 116,5 donne straniere. La presenza di popolazione straniera femminile maggiore rispetto a quella maschile è dovuta sia ad una crescente immigrazione femminile legata ai ricongiungimenti familiari, sia al fatto che Firenze negli ultimi anni è meta di gruppi etnici diversi rispetto a quelli di alcuni anni fa e caratterizzati da modelli migratori diversi. Le cittadinanze maggiormente presenti a Firenze per le donne straniere sono Romania (16,6%), Perù (11,5%), Filippine (8,6%), Albania (8,3%), Cina (7,5 %) e Ucraina (3,7%).

Stato di salute

Lo stato di salute di Firenze presenta un quadro nella maggior parte dei casi ampiamente positivo che può essere così sintetizzato:

- ⇒ i valori della speranza di vita alla nascita per Firenze si collocano tra quelli più elevati a livello regionale, a loro volta superiori di qualche mese ai valori medi nazionali. Per i maschi la [speranza di vita](#) è pari a 80 anni, per le femmine 85 anni;
- ⇒ la [speranza di vita a 65 anni](#) è di 18,9 anni nei maschi e di 22,3 anni nelle femmine, con un differenziale di quasi 4 anni tra i due sessi.

Il [tasso di mortalità generale](#) per il triennio 2007-2009 è pari al 789 per 100.000 donne residenti nella zona socio-sanitaria di Firenze, inferiore rispetto a quello aziendale che è pari a 794 per 100.000 donne residenti e significativamente inferiore a quello regionale, pari a 820 per 100.000. Le donne fiorentine fanno registrare il più basso tasso di mortalità a livello regionale per le malattie del [sistema circolatorio](#) (291 donne fiorentine ogni 100.000 nel triennio 2007-2009 vs le 340 donne toscane), mentre presentano uno dei tassi più alti per quanto riguarda le malattie del [sistema respiratorio](#) (58 donne ogni 100.000 sempre nel triennio

considerato contro 47 donne ogni 100.000 per la Toscana). In linea con quello aziendale e regionale è il tasso di [mortalità per le malattie dell'apparato digerente](#) (33 donne ogni 100.000 donne residenti). Il tasso di mortalità femminile [per tutti i tumori](#) per la zona di Firenze presenta il valore più alto (239 donne ogni 100.000) sia di quello aziendale (231) che di quello regionale (225), ma comunque non significativamente diversi.

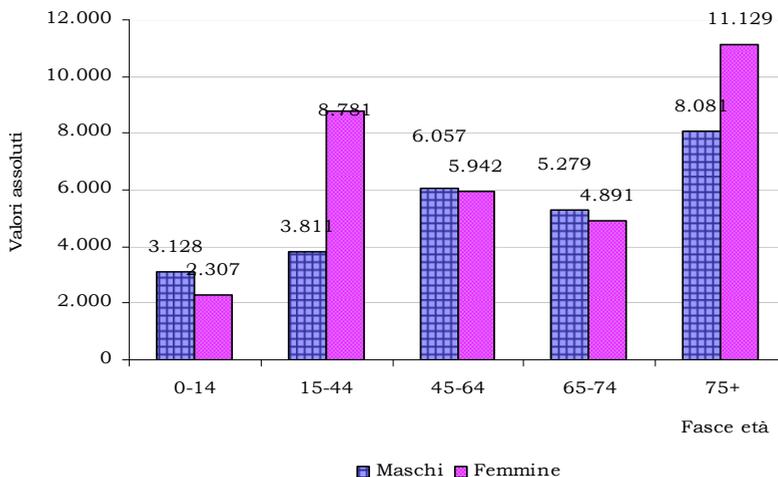
Se si prendono in considerazione malattie propriamente femminili, quali tumore alla mammella, il tumore dell'utero e all'ovaio possiamo osservare dinamiche altalenanti. Nel triennio 2007-2009 il tasso di mortalità fiorentino per [tumore alla mammella](#) è pari a 39,6 donne ogni 100.000; quello per [tumore dell'utero](#) è pari a 12,4, mentre quello per il [tumore all'ovaio](#) è pari a 12,7 donne ogni 100.000. I valori dei tassi non presentano variazioni significative rispetto agli anni precedenti.

Ospedalizzazione per gravidanza, parto e puerperio

Nel 2011 si sono ricoverati in ospedale 42.780 fiorentini (l'11% dei residenti), il 57% dei quali di sesso femminile.

La distribuzione dei ricoveri dei residenti a Firenze suddivisa per età e sesso evidenzia come la fascia di età più anziana (75 anni e più) rende conto del maggior numero di ricoveri, sia in termini assoluti che relativi e che per le donne anche la fascia di età 15-44 anni mostra un elevato numero di ricoveri dovuto alle problematiche della gravidanza.

Graf.54 Ricoveri totali suddivisi per sesso e classi di età, effettuati dai residenti a Firenze nel 2011: numero assoluto

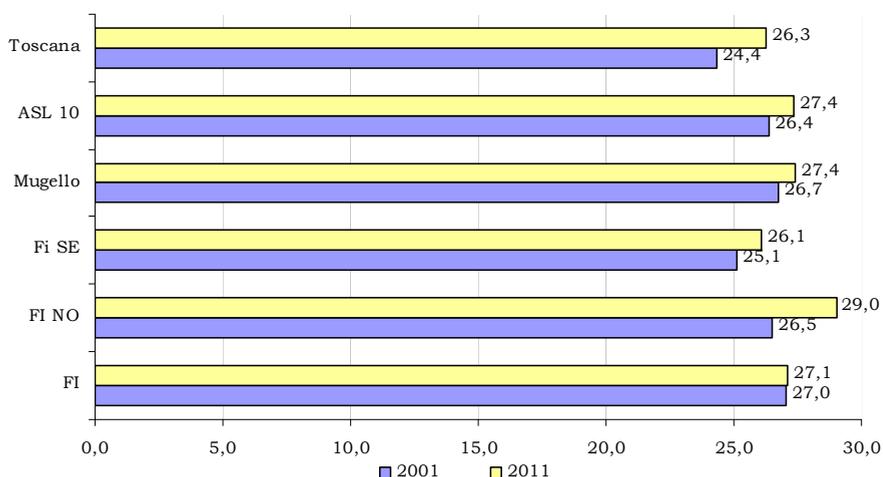


Fonte: Azienda Usl 10 Firenze

Nota: Ricoveri a carico del SSN (ordinari e day hospital; escluso DRG 391 - neonato sano) avvenuti in Toscana (sono esclusi i ricoveri in altre regioni italiane).

Il tasso di [primo ricovero per gravidanza, parto e puerperio](#) della zona di Firenze, considerato nel 2001 e nel 2011, si è mantenuto costante a 27 donne ogni 1.000 donne residenti di età 15-49. Il tasso risulta per il 2011 allineato al valore aziendale e superiore a quello regionale.

Graf.55 Tasso di primo ricovero per gravidanza, parto e puerperio per 1.000 donne con età compresa tra i 15 ed i 49 anni – Zone sociosanitarie Asl 10 e Toscana – Anni 2011 e 2001



Fonte: Archivio SDO – Ars - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>

Le interruzioni volontarie di gravidanza

In Italia qualsiasi donna può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Dal 1978 questo intervento è regolato dalla legge 194, "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", che sancisce le modalità del ricorso all'aborto volontario. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle Regioni.

A livello nazionale il numero di IVG nel 2010 è stato pari a 115.372 con un decremento del 2,7% rispetto al 2009: il tasso di abortività ha assunto un valore di 8,2 per 1.000 donne in età 15-49 anni contro il 17,2 del 1982, anno in cui si è registrato il valore più alto dall'entrata in vigore della legge ed in decremento rispetto al 2009 del 2,5%.

Il numero di IVG a livello regionale per il 2011 è stato pari a 7.479, con un tasso di abortività pari a 9,1 per 1.000 donne in età 15-49 anni, in diminuzione rispetto al 2000 quando era pari a 10,5.

Firenze, nel 2011, ha fatto registrare 778 interruzioni volontarie di gravidanza a donne residenti, di queste il 53% ha interessato donne con cittadinanza straniera. Il tasso di abortività per il 2011 per le donne residenti a Firenze è pari a 9,7 per 1.000 donne in età feconda, mentre nel 2000 il tasso era pari a 10,6.

Considerando l'area geografica di provenienza il 67% delle IVG praticato a donne straniere è stato fatto a donne dell'America del Centro sud (34%) e dell'Europa centro-Est (33%) e rilevante è la percentuale delle donne provenienti dal Perù che da sole rappresentano oltre un quarto del totale (26,7%).

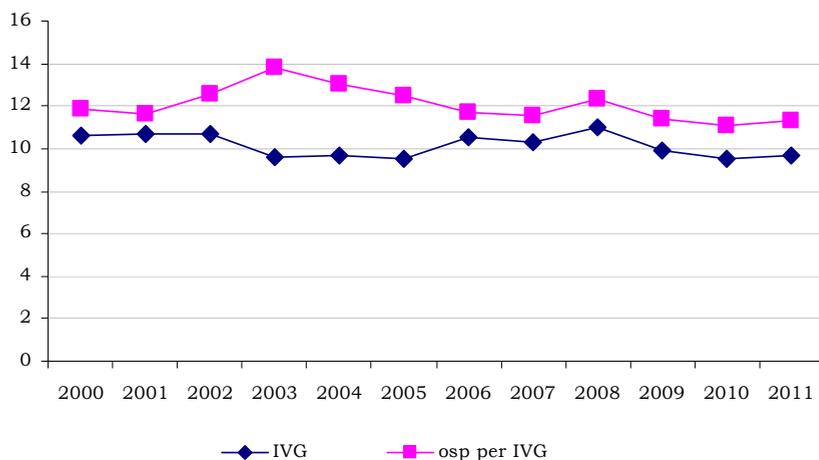
Tav.50 Numero di IVG, tasso e percentuali IVG per cittadinanza – Firenze e Toscana - Anni 2000-2011

Anno	Firenze				Toscana			
	Totale	Tasso	% Ita	% Stra	Totale	Tasso	% Ita	% Stra
2011	778	9,7	46,7	53,3	7.479	9,1	55,8	44,2
2010	760	9,5	46,6	53,4	7.665	9,3	56,4	43,6
2009	784	9,9	46,4	53,6	7.819	9,5	57,5	42,5
2008	868	11	50,5	49,5	8.077	9,9	60,1	39,9
2007	815	10,3	49,1	50,9	8.359	10,3	60,4	39,6
2006	838	10,5	70,3	29,7	8.879	11	62,8	37,2
2005	756	9,5	52,8	47,2	8.755	10,9	63,9	36,1
2004	755	9,7	72,3	27,7	8.711	10,9	67,9	32,1
2003	718	9,6	68,3	31,7	8.024	10,2	70,9	29,1
2002	822	10,7	73	27	8.101	10,3	75,2	24,8
2001	882	10,7	73,4	26,6	8.122	10,1	77,6	22,4
2000	888	10,6	76,1	23,9	8.491	10,5	79,5	20,5

Fonte: Archivio IVG - Ars Osservatorio di Epidemiologia

I comportamenti riproduttivi risultano influenzati dalla nazionalità della donna infatti come per il tasso di fecondità anche il numero di IVG per 1.000 donne in età 15-49 anni mostra delle differenze. Se per le donne residenti a Firenze il tasso di abortività è pari a 9,7 IVG per mille, quello per le donne italiane è circa di 5,9 IVG ogni 1.000 mentre per le donne straniere raggiunge 21,8.

Graf.56 Tasso di IVG e tasso di ospedalizzazione per IVG per 1.000 donne (15-49 anni) – Firenze – Anni 2000-2011



Fonte: Archivio SDO – Ars - <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>
 Fonte: Archivio IVG - Ars Osservatorio di Epidemiologia

Questa tendenza è confermata anche per il triennio 2007-2009 per la percentuale di IVG di donne straniere che è stata del 53,4%, la più alta delle zone comprese nell'AUSL10 e di quella registrata a livello regionale (40,3%).

Considerando il tasso di ospedalizzazione per IVG, definito in base alle dimissioni ospedaliere per interruzione volontaria di gravidanza ogni 1.000 donne residenti in età feconda, Firenze per il 2011 registra un tasso dell'11,3 per 1.000 donne residenti, valore superiore sia al dato aziendale (9,7) che regionale (8,9).

Confrontando l'andamento nel decennio del tasso di IVG con il tasso di ospedalizzazione per IVG è evidente un andamento discordante dei due indicatori negli anni 2002 - 2006, in particolare per l'anno 2003 quando si verifica una diminuzione del tasso di IVG contro un aumento del tasso di ospedalizzazione per IVG. Dal 2006 in poi i due indicatori hanno correttamente lo stesso andamento forse per una maggiore completezza delle due rilevazioni da cui sono calcolati.

Il lavoro e le donne

La fase economica negativa ha inciso pesantemente sul mondo del lavoro: nel 2012 in Italia cresce la disoccupazione e aumentano gli occupati a termine o tempo parziale.

Nel 2009 si è interrotto il trend di crescita dell'occupazione femminile (15-64 anni) che aveva contraddistinto i precedenti anni: nel 2008 il tasso era pari al 47,2%, nel 2010 si è raggiunto il minimo con il 46,1%.

L'aumento dell'occupazione per le donne registrato nel 2012, con un tasso pari al 47,1%, rimane comunque un valore basso se confrontata alla media delle donne occupate dei paesi UE (UE27 58,6%; UE15 59,8%). L'aumento dell'occupazione per le donne, è dovuto soprattutto ad una maggiore permanenza al lavoro, vista la recente riforma pensionistica delle donne ultra49enni; inoltre la ripresa dell'occupazione femminile è in parte dovuta alle straniere impiegate in posizioni a bassa qualifica.

Tav.51 Tassi di occupazione e di disoccupazione - Italia, Toscana, provincia di Firenze - anno 2012

Ripartizione geografica	Tasso occupazione			Tasso disoccupazione		
	Maschi	Femmine	totale	Maschi	Femmine	totale
Italia	66,5	47,1	56,8	9,9	11,9	10,7
Toscana	72,6	55,4	63,9	6,5	9,5	7,8
provincia Firenze	74,4	60,3	67,2	6,6	7,6	7,1

fonte: dati Istat indagine Forze Lavoro - dal DW <http://dati.istat.it/>

L'occupazione femminile si distribuisce su 18 professione, mentre quella maschile su 51 professioni: ciò denota quello che è chiamato fenomeno di segregazione di genere ovvero le donne sono impiegate soltanto in alcuni specifici lavori.

L'incidenza delle donne sovra istruite impiegate in lavori per i quali il titolo di studi richiesto è inferiore continua ad essere maggiore di 3 punti percentuali di quella degli uomini (23,3% F vs 20,6% M).

Nel 2012 a livello nazionale il tasso di disoccupazione femminile (11,9%) e quello maschile (9,9%) raggiungono i valori più alti del periodo 2004-2012, mentre nel 2007 raggiungono entrambi i valori minimi (disoccupazione femminile al 7,9%, disoccupazione maschile al 4,9%).

La Toscana si colloca in una posizione di mezzo rispetto al dato nazionale e gli indicatori della condizione lavorativa sono più simili alle medie europee, in parte spiegato da maggiori livelli di istruzione .

Anche in Toscana l'occupazione femminile è cresciuta fino al 2008 quando il tasso di occupazione femminile era al 56,2%, in linea con la media della UE 15. Nel 2012 il tasso di occupazione femminile in Toscana (55,4%) è aumentato rispetto al 2011 (54,4%) ma è diminuito rispetto al 2008 (56,2%).

Il tasso di disoccupazione femminile in Toscana è tornato ad aumentare: da 7,3% del 2008 ha raggiunto il 9,5% nel 2012.

I valori della provincia di Firenze sono migliori sia di quelli toscani che di quelli nazionali.

Tav.52 Tassi di occupazione e di disoccupazione. Comune di Firenze - Anni 2008/2012

Anni	Tasso occupazione			Tasso disoccupazione		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2012	66,6	59	62,7	11,3	11,5	11,4
2011	70,3	58,7	64,3	7,9	8,9	8,4
2010	71,5	56,1	63,5	5,3	11,7	8,3
2009	74,3	62,1	68,0	6,3	9,8	8

Fonte: Comune di Firenze, Indagine sulle forze lavoro - rilevazione delle forze di lavoro a Firenze

Nella città di Firenze, secondo la Rilevazione delle Forze di Lavoro nel Comune di Firenze e nell'area fiorentina (FIR-0001), nel 2012 il tasso di occupazione femminile 18-64 anni risulta essere pari a 59%, in aumento rispetto al 2010 quando era pari a 56,1% ma in diminuzione rispetto al 62,1% del 2009. Il tasso di occupazione maschile invece continua a decrescere, anche se rimane superiore a quello femminile: dal 2009 al 2012 è diminuito di 7,7 punti percentuali.

Il tasso di disoccupazione, nel comune di Firenze sia quello femminile (11,5%) che quello maschile (11,3%) è aumentato rispetto all'anno precedente.

Le politiche e gli interventi in favore della donna

La parità fra uomini e donne è un diritto fondamentale. Molte donne hanno raggiunto i più alti livelli di istruzione, sono entrate nel mondo del lavoro e hanno assunto ruoli importanti nella vita pubblica; ciò non vuol dire che le disuguaglianze non esistano più, anzi possono pure aggravarsi. Al fine di rispondere meglio ai bisogni delle donne, negli anni, sono stati messi in atto politiche e interventi per migliorare le condizioni di vita cercando di migliorare il sistema di welfare a livello territoriale e di creare e potenziare reti in grado di rispondere ai bisogni delle persone e di offrire servizi alle famiglie con speciale riguardo ai servizi di prossimità.

Attività di prevenzione rivolta alla donna

A Firenze vengono effettuati da tempo gli screening per tumore della mammella e per tumori della cervice uterina. Il primo è rivolto alle donne di età 50-69 anni e prevede la effettuazione della mammografia ogni 2 anni; il secondo è rivolto alle donne di età 25-64 anni e prevede la effettuazione del pap-test ogni 3 anni. Entrambi i programmi prevedono uno specifico invito postale alla popolazione nella fascia di età interessata. Nel 2011 sono state invitate 22.353 donne per lo screening mammografico e coloro che hanno risposto all'invito ed effettuato l'esame di screening sono state 13.193 registrando una diminuzione del 13% rispetto al 2010, anno in cui sono però state invitate circa 23.600 donne.

Sempre per il 2011 le donne invitate per l'esecuzione del pap-test sono state circa 30.500 e coloro che hanno risposto all'invito sono state oltre 15.600.

Dal 2008 la Regione Toscana ha avviato la campagna di vaccinazione contro l'infezione dal virus del papilloma umano (HPV) 16 e 18. Il target di riferimento sono le ragazze dodicenni e la vaccinazione è offerta gratuitamente a tutte le ragazze al dodicesimo e sedicesimo anno di vita. Tutte le ragazze residenti in Toscana sono invitate con lettera inviata dalla Aziende Usl toscane ad effettuare l'immunizzazione nei centri vaccinali aziendali. Per la promozione del programma di vaccinazione anti-HPV 2012-2015 è stato predisposto materiale informativo sia in italiano che in 8 lingue straniere. Questa vaccinazione si affianca allo Pap test al fine di ridurre l'incidenza dei tumori del collo dell'utero.

Il percorso nascita e le attività consultori ali

I cambiamenti demografici avvenuti in Toscana nel corso del triennio 2006-2008 hanno determinato un incremento del numero dei nati da genitori stranieri, tale da spingere la Regione a promuovere il ruolo dei consultori anche in riferimento a tematiche legate all'adolescenza, all'immigrazione, alla maternità e paternità consapevole, oltre ad altri aspetti quali la prevenzione della violenza di genere (cfr. D.G.R.T n.259/2006). Dal 2006 in Toscana sono stati intrapresi numerosi progetti per la riqualificazione dei servizi consultoriali, la promozione della salute all'affettività e alla sessualità consapevole e la promozione della salute per le donne straniere. Nel 2011 sono stati ulteriormente consolidati gli

obiettivi indicati dalla Regione Toscana per la riqualificazione nel settore attività consultoriali: in ogni zona distretto sono stati istituiti un consultorio familiare principale con presenza di una équipe costituita da quattro figure professionali di riferimento (ginecologo, ostetrica, psicologo e assistente sociale) e un consultorio adolescenti. Particolare attenzione è stata posta alla popolazione immigrata, inserendo la figura del mediatore culturale in ogni consultorio principale.

La Regione Toscana offre ad ogni mamma il “Libretto della Gravidanza” ovvero un diario dove viene organizzato un percorso clinico fatto di esami ematici e controlli strumentali (gli esami e gli accertamenti previsti sono totalmente a carico del sistema sanitario regionale) prestabiliti secondo veri e propri protocolli. Durante tutto il percorso della gravidanza la gestante può decidere di essere seguita presso il Consultorio territoriale dal ginecologo e dall’ostetrica oppure privatamente. Nel I° trimestre è possibile effettuare, oltre ai normali controlli di routine, anche screenings di diagnosi prenatale. Nel II° trimestre è possibile per la coppia iniziare corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità che si svolgono presso i Consultori Territoriali.

L’attività dei Consultori presenti sul territorio regionale è principalmente orientata alla tutela della salute della donna in relazione all’esperienza della maternità e alla specificità del vissuto femminile ad ogni età, la tutela della salute e della qualità della vita nell’infanzia e nell’adolescenza e lo sviluppo della capacità di fare scelte responsabili di procreazione e di svolgere il ruolo genitoriale.

Nello specifico dei consultori della zona fiorentina, nel 2012 è stata avviata la riorganizzazione delle sedi consultoriali: sarà realizzato un Centro donna al Palagi con la chiusura della sede consultoriale di SS Annunziata; nei locali della preospedalizzazione IVG troveranno spazio le attività consultoriali e specificatamente i due ambulatori urgenze /IVG allocati a Osteria e a D’Annunzio. Presso il Palagi sarà possibile realizzare tutto il percorso integrato ospedale territorio per l’IVG. Sarà inoltre promossa una integrazione fra le attività consultoriali e la diagnosi prenatale con attivazione di 2 ambulatori settimanali per la gravidanza a rischio gestiti da ginecologi consultoriali. Con la riorganizzazione del presidio D’Annunzio questo diventerà il consultorio principale per la zona. I Centri consulenza giovani troveranno sede nel presidio D’annunzio per tre sedute e a Osteria per una seduta. I Consultori immigrati per etnia araba saranno così riallocati: il pediatrico presso il presidio D’annunzio, il ginecologico presso il Palagi e Canova. Il consultorio di via R. Giuliani sarà trasferito a Morgagni

Il progetto “Conoscere per prevenire” ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell’assistenza erogata alle utenti che hanno subito mutilazioni genitali femminili e alle utenti che accedono al percorso interruzione volontaria di gravidanza ex L. 194/78 Del. GR 1039/08, attraverso lo sviluppo di azioni di promozione verso le donne immigrate. In particolare si intende:

- Promuovere e facilitare l'accesso ai consultori familiari, per immigrati e ai Centri consulenza giovani;
- Migliorare il percorso per l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso l'invito attivo per il controllo post IVG durante il quale promuovere l'empowerment sulla contraccezione;
- Sviluppare l'offerta attiva e la distribuzione gratuita della spirale (IUD), di condom maschili e femminili ai giovani e alle donne immigrate che abbiano già effettuato IVG;
- Promuovere l'informazione nelle comunità di immigrati su contraccezione, allattamento e mutilazioni genitali femminili;
- Creare momenti informativi nelle scuole medie inferiori

Nei consultori della zona fiorentina nel 2012 gli utenti dell'area preIVG sono stati 596 di cui stranieri 334; utenti con certificato IVG 455 di cui stranieri 264; utenti minori con certificati IVG 11 di cui 5 stranieri; utenti area contraccezione 1.430 di cui stranieri 511; sono stati 20 i plessi scolastici coinvolti.

Il Progetto Home visiting è per la prevenzione del disagio del minore, dell'abuso e maltrattamento, attraverso il sostegno alla genitorialità consapevole per giovani donne in situazione psicosociale difficile. L'attività prevede l'home visiting da parte di educatori selezionati: sono stati 46 i casi segnalati e 29 le prese in carico.

Nell'ottica di un maggior raccordo ospedale- territorio in modo particolare con l'azienda Ospedaliera Careggi è in atto la sperimentazione di un servizio di presa in carico da parte dell'ostetrica del consultorio, delle madri che, per situazioni di particolare difficoltà, vengono segnalate dall'ostetrica dell'ospedale (immigrate, donne in situazione di fragilità, ecc...). L'ostetrica del reparto segnala la donna all'ostetrica consultoriale dedicata a questo servizio, che va dalla donna mentre è ancora in reparto e concorda con lei una visita a casa. Questo percorso favorisce l'accesso successivo al consultorio, promuovendo la continuità ospedale territorio. Per le altre donne l'ostetrica consultoriale dedicata a questo servizio, fa l'offerta attiva del servizio consultoriale fornendo informazioni su orari e servizi offerti (servizi dedicati al post partum, gli ambulatori allattamento, gli incontri tra mamme,) dal consultorio più vicino a casa della donna. Il totale delle donne che hanno ricevuto prestazioni nell'ambito del puerperio, e sostegno all'allattamento nella Zona Firenze sono stati 1.774 di cui 660 stranieri; l'offerta attiva è stata effettuata per le puerpere di Careggi, Torregalli e OSMA.

Il progetto su situazioni di abuso e maltrattamento in età evolutiva prevede lo sviluppo del lavoro di rete fra ASL e AOUC e fra le funzioni mediche e psicosociali nell'accoglimento del caso, nella valutazione e nella formulazione del progetto di trattamento. E' stato aperto un ambulatorio specifico presso il Centro consulenza giovani di via dell'Osteria. Il servizio operativo dal novembre 2012 ha visto in due mesi, la presa in carico di 5 casi.

Alla luce delle nuove indicazioni dell'ISS sono stati riqualificati i Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN), con l'intento di incrementare l'accesso ai corsi delle donne, delle coppie – immigrate e delle fasce deboli – anche per promuovere la contraccezione in allattamento e diminuire l'incidenza dell'IVG. I corsi sono coordinati dalle ostetriche sono modulati a seconda dei bisogni espressi dalle donne e prevedono incontri informativi tenuti da specialisti (pediatra, psicologo, ginecologo, assistente sociale, dietista). Gli utenti sono stati 1.129

I servizi educativi per la prima infanzia

Per favorire l'accesso e la permanenza delle donne nel mercato del lavoro nel corso degli anni hanno preso vita gli asili nidi che via via sono sempre più stati concepiti come un servizio e uno spazio per i bambini: per questo la loro struttura, il loro funzionamento, i loro orari, la loro collocazione sociale sono stati scelti e organizzati proprio sui bisogni dei bambini, sui loro ritmi di crescita, sui loro tempi.

I servizi educativi per la prima infanzia sono il primo scalino di un percorso di crescita che non finisce mai. Il comune di Firenze ha perseguito il continuo miglioramento della qualità dell'offerta educativa rivolta ai bambini e alle loro famiglie. L'obiettivo è quello di creare un sistema integrato di servizi più flessibili attraverso un ampliamento dell'offerta grazie all'introduzione di nuove tipologie in grado di confrontarsi con la realtà sociale in continuo mutamento e di rispondere a bisogni ed esigenze sempre più diversificati.

Nel 2012 sono stati 2.660 i bambini accolti negli asili nido e 245 nei servizi innovativi o integrativi della prima infanzia: degli 11.729 bambini di 0-3 anni residenti a Firenze, il 24,5% hanno frequentato un nido o un servizio integrativo, percentuale in crescita che si sta avvicinando al traguardo fissato dal consiglio europeo di Lisbona che indicava un 33% di risposta alla popolazione nella fascia di età 0-3 entro il 2010.

Le donne nei servizi sociali

Nella struttura demografica della popolazione fiorentina la componente femminile occupa un ruolo importante poiché non solo ne rappresenta la maggioranza (53,3%) ma compone anche la parte numericamente più consistente della fascia di popolazione anziana - il 60% degli ultra sessantaquattrenni e il 74 % degli anziani soli-. Considerando che la speranza di vita a 65 anni è di 19 anni nei maschi e di 22 anni nelle femmine, la componente femminile della popolazione ha ripercussioni anche in ambito socio-assistenziale.

Le donne in carico ai servizi sociali nel 2012 sono state 7.088, il 57,5% del totale, e di queste il 63,3% ha ricevuto almeno una prestazione esterna.

Dei 3.858 nuovi casi presi in carico dal servizio sociale professionale, il 56,4% è rappresentato da donne.

Riguardo alla tipologia di servizi fruiti, le donne che hanno ricevuto contributi e servizi alla domiciliarità sono state 2.185, ovvero il 61% degli utenti totali. Tra tutti i servizi alla domiciliarità, quello che ha assorbito la

maggioranza assoluta di donne è stata l'assistenza domiciliare diretta e il pronto sociale domiciliare (1.259), il contributo per servizi di assistenza familiare (315) e il telecare (390).

Le donne che hanno usufruito di un contributo a integrazione del reddito sono state 1.165, il 54% del totale dei percettori di tale contributo.

Al livello intermedio i servizi fruiti maggiormente dalle donne sono i centri diurni per autosufficienti e per non autosufficienti, rispettivamente presenti per l'82% e per il 66% del totale degli utenti.

Rispetto infine alle prestazioni di livello residenziale, la presenza delle donne è marcata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rappresentano oltre i tre quarti (76%) dell'utenza, e nelle Strutture Residenziali Socio-Assistenziale (RA) il 54%, nonché in strutture dedicate all'accoglienza di madri con figli minori o gestanti, dove sono infatti presenti per il 65,6%.

Sostegno al lavoro di cura in famiglia

Il potenziamento degli aiuti economici alle famiglie che sostengono costi per l'assistenza domiciliare dell'anziano, quali i contributi per le assistenti familiari e i contributi a sostegno alle cure di familiari, è stato attuato per favorire il caregiver della persona anziana non autosufficiente. Ricerche regionali in materia di non autosufficienza (IRPET 2008) hanno stimato che le donne costituiscono oltre il 70% dei primary caregivers, dedicando all'assistenza un numero di ore decisamente maggiore degli uomini. Il sistema di welfare presente in Italia delega gran parte dei servizi di assistenza alla famiglia e contribuisce ad alimentare il conflitto femminile fra lavoro familiare e lavoro per il mercato e la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro rimane per lo più un "affare di donne". E' sempre più importante quindi che le donne siano supportate dal welfare state nel ruolo di responsabile principale dell'assistenza ai propri familiari.

Famiglia e minori

Sintesi

Molte famiglie composte da un'unica persona

Il numero delle famiglie è cresciuto nel tempo, al contrario del numero medio dei componenti che passa da una media di 2,4 (1991) ad una media di 2 nel 2012. Il 2012 registra un aumento del numero delle famiglie residenti a Firenze 189.089, per la maggioranza (47%) composte da un'unica persona. Cresce la percentuale di famiglie monogenitoriali con figli pari al 14,4%, di queste il 49,8% è composta da figli minori. Aumentano i minori che rappresentano il 14,2% della popolazione residente nel comune, di questi, il 19,1% sono stranieri.

Stato di salute e vaccinazioni raccomandate

Nel triennio 2008-2010, a Firenze, si sono verificati 37 decessi di bambini nel primo anno di vita con un tasso pari a 3,9 decessi ogni 1.000 nati vivi. Tale valore, in aumento rispetto agli anni precedenti, è più alto sia di quello a livello aziendale (2,9) che regionale (2,7).

Le principali cause di morte nella fascia di età compresa fra 0 e 19 anni si individuano nelle condizioni morbose di origine perinatale, nei traumatismi e negli avvelenamenti.

Per la zona di Firenze le coperture vaccinali a 24 mesi per le vaccinazioni raccomandate nel “piano regionale vaccini” sono inferiori al valore di riferimento per tutti i vaccini e sono anche diminuite nel corso degli ultimi tre anni.

Alta presenza dei minori in carico al servizio sociale

I minori seguiti dai servizi sociali territoriali nel 2012 sono stati 2.901 e di questi 1.378 hanno avuto almeno una prestazione di livello domiciliare o intermedio o residenziale. Rispetto al 2008 cresce l'utenza in carico al servizio sociale professionale, anche se diminuiscono i beneficiari di prestazioni esterne, quali i contributi per il disagio economico, a seguito di criteri di accesso più restrittivi introdotti con il nuovo regolamento.

Il 34% delle prestazioni erogate a minori sono state di tipo domiciliare diretto e per la maggior parte si è trattato di interventi di sostegno socio-educativo domiciliare di supporto sia per il minore che per le funzioni educative genitoriali.

Gli inserimenti in struttura hanno costituito il 15% delle prestazioni erogate, in diminuzione del 31,6% rispetto al 2008 soprattutto a seguito della diminuzione della presenza degli stranieri sul territorio nazionale e fiorentino. Il 12% delle prestazioni ha riguardato inserimenti in strutture di pronta accoglienza. Complessivamente la rete delle Pronte Accoglienze nel 2012 ha effettuato 246 inserimenti, valore massimo del quadriennio

2008-2011, crescita collegabile alla riorganizzazione del centro Valery nel 2011 per l'attuazione del modulo di accoglienza madri con figli.

Misure a tutela del minore per avere una famiglia

Nel 2012 diminuiscono gli affidi e le adozioni presso il tribunale di Firenze. Nel triennio 2010-2012 risultano in calo sia gli affidamenti part-time che quelli full-time (-9,2%).

Nel 2012 le domande censite dal Centro Adozioni di Firenze sono stabili rispetto al 2008 (+1,5%), in controtendenza rispetto alla diminuzione registrata dagli altri centri regionali, delle 135 domande complessivamente pervenute presso il centro di Firenze, 67 sono di coppie residenti nel Comune di Firenze.

Interventi a sostegno del minore, della famiglia e genitorialità

Nel corso del 2012 sono state 36 le famiglie beneficiarie di contributi nell'ambito della sperimentazione regionale "Famiglia numerosa, servizi più leggeri", che prevede agevolazioni tariffarie e/o erogazione di contributi a favore delle famiglie in difficoltà ed in particolare con 4 o più figli.

Il Centro di mediazione familiare della AUSL 10 e gli altri 2 sportelli attivati tramite i progetti "Mediamente" e "Spazio d'ascolto il Bandolo" hanno offerto sostegno socio-psicologico a più di 150 fra singoli, coppie e famiglie che si sono trovate in situazioni di disagio personale e relazionale.

I numeri della famiglia e dei minori

N° famiglie residenti a Firenze	189.089
<i>% famiglie con figli</i>	33,6%
<i>% famiglie monogenitoriali</i>	14,4%
N° minori residenti	53.661
<i>di cui stranieri</i>	10.227
	Fi 3,9‰
tasso di mortalità infantile	AUSL10 2,9‰
	RT 2,8‰
N° minori in carico ai SIAST	2.901
<i>di cui con almeno una prestazione esterna</i>	1.378
% minori con almeno una prestazione domiciliare	64%
<i>di cui</i>	
<i>servizi domiciliari diretti</i>	34%
<i>servizi domiciliari indiretti</i>	7%
<i>contributi per disagio economico</i>	23%
N° minori con almeno una prestazione:	
<i>assistenza domiciliare sociale (SAD)</i>	36
<i>pronto sociale domiciliare</i>	14
<i>sostegno socio-educativo territoriale</i>	629
<i>soggiorni estivi</i>	47
<i>affido familiare</i>	97
% minori con almeno una prestazione intermedia	9%
N° minori accolti in centri diurni	177

<i>di cui stranieri</i>	76
N° minori con incontri protetti	82
% minori con almeno una prestazione residenziale	27%
<i>di cui</i>	
<i>strutture di accoglienza</i>	15%
<i>pronte accoglienze</i>	12%
N° minori accolti in strutture residenziali	297
<i>di cui stranieri</i>	214
N° minori accolti in PPAA	246
<i>di cui stranieri</i>	127
N° minori in Affidato part time al 31/12	26
N° minori in Affidato full time al 31/12	95
N° domande Centro adozioni Firenze	135

Dati demografici

Le famiglie residenti a Firenze al 31/12/2012 sono 189.089 per la maggioranza (47%) composta da un'unica persona.

Tav.53 Indicatori demografici Firenze – Anni 2005-2012

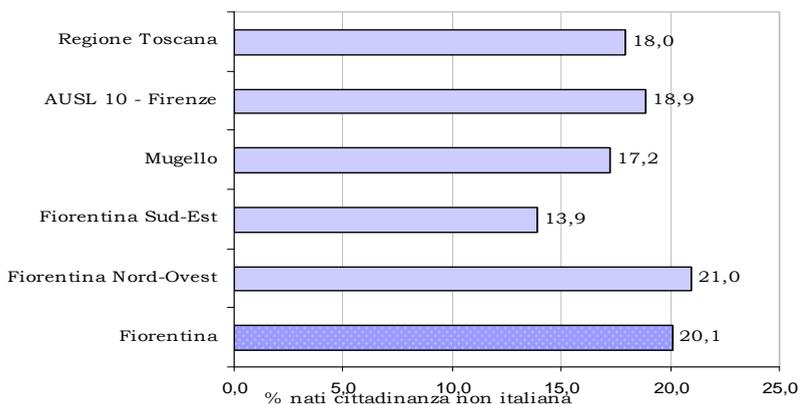
Indicatori	2005	2012*
famiglie residenti	175.930	189.089
% famiglie con figli	36,7	33,6
famiglie monogenitoriali	23.410	27.220
% famiglie monogenitoriali	13,3	14,4
residenti a Firenze < 18 anni	48.733	53.661
residenti a Firenze + 74 anni	49.235	51.677
residenti totali a Firenze	366.901	378.376
stranieri residenti a Firenze < 18 anni	6.178	10.227
% < 18 anni /tot. residenti a Firenze	13,3	14,2
% > 74 anni/tot. residenti a Firenze	13,4	13,7
% minori stranieri / tot minori residenti	12,7	19,1

Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati anagrafe Comune di Firenze al 31/12 forniti dall'Ufficio di Statistica –

Nota [*] Dati 2012 provvisori poiché soggetti alle rettifiche censuarie.

Se il numero di famiglie dal 2005 al 2012 è aumentato, il numero delle famiglie con figli è rimasto stabile, quindi la percentuale di famiglie con figli è leggermente diminuita (36,7% nel 2005 vs. il 33,6 % nel 2012). Le famiglie con minori nel 2012 sono il 50,9% delle famiglie con figli. Cresce la percentuale di famiglie monogenitoriali con figli - 14,4% nel 2012 vs 13,3% nel 2005 – e il 45,8% delle monogenitoriali è composto da figli minori.

Graf.57 % nati con cittadinanza non italiana - zone distretto AUSL10 di Firenze - anno 2010



Fonte: <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/> - elaborazioni ARS su dati demo Istat

I minori residenti nel comune di Firenze al 31/12/2012 sono 53.661, pari al 14,2% della popolazione residente, e superiore alla percentuale della popolazione degli ultra 74enni (+0,5%). Nel 2005 erano inferiori in numero assoluto e in percentuale: 48.733 pari al 13,3% della popolazione totale.

I minori stranieri sono 10.227, il 19,1% dei minori residenti. Il peso dei minori stranieri è cresciuto rispetto al 2005, quando tale percentuale era il 12,7%.

L'effetto dei flussi migratori sui nuovi nati è messo in evidenza dalla percentuale di nati di cittadinanza non italiana: nel 2005 era pari a 17,3%, nel 2010 è stata pari al 20,1%, valore al di sopra del valore medio dell'AUSL10 di Firenze (18,9%) e regionale (18,0%).

Anche nell'ambito del sistema scolastico la presenza dei bambini stranieri è aumentata. Se confrontiamo la percentuale di studenti stranieri nell'anno scolastico 2008/2009 con quello 2011/2012 si registra un aumento del 15,1%, mentre l'aumento del numero complessivo degli iscritti è del 3,3%.

Nell'anno scolastico 2011/2012 sono risultati iscritti presso le scuole statali e paritarie presenti nel comune di Firenze 7.751 studenti di nazionalità non italiana, pari al 13,9% del totale degli alunni.

Tav.54 Alunni italiani e stranieri iscritti a scuole statali e paritarie – Comune di Firenze – Aa. Ss. 2008/2009 e 2011/2012

Scuola Statale o Paritaria	anno scolastico 2008/2009			anno scolastico 2011/2012		
	Alunni iscritti	di cui stranieri	incid. % stra su tot	Alunni iscritti	di cui stranieri	incid. % stra su tot
Infanzia	8.880	1183	13,3	8.884	1.378	15,5
Primaria	14.806	2.154	14,5	15.280	2.265	14,8
Secondaria I Grado	8.886	1.364	15,3	9.457	1.532	16,2
Secondaria II Grado	21.474	2.036	9,5	22.190	2.576	11,6
Totale	54.046	6.737	12,5	55.811	7.751	13,9

Fonte: "Migranti le cifre" – Ufficio Immigrati Direzione Servizi sociali

L'incidenza percentuale più alta di studenti stranieri sul totale degli alunni iscritti nella scuola statale si registra nella scuola Secondaria di primo grado (16,2%), anche se la percentuale di stranieri cresce anche nella scuola dell'Infanzia e in quella secondaria di II grado.

Stato di salute

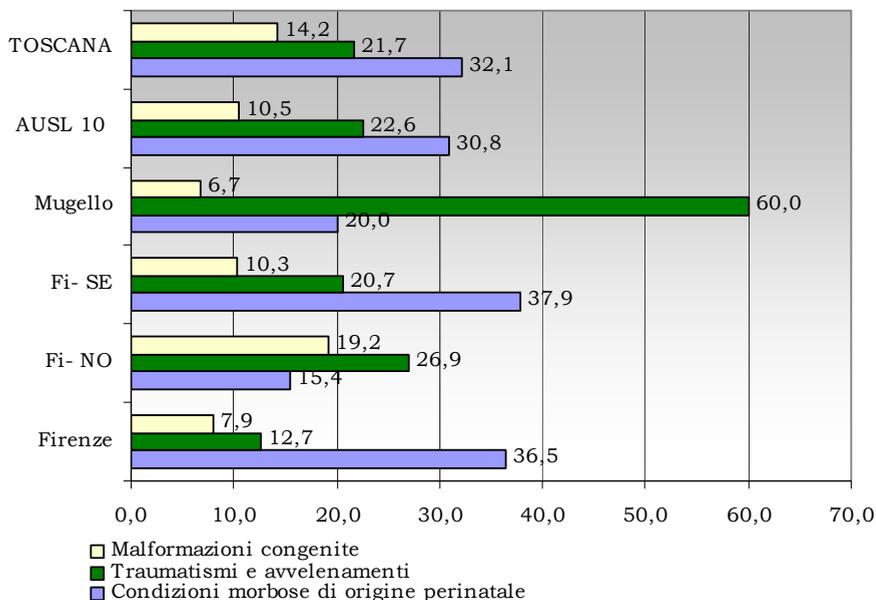
Nel triennio 2009-2011 i nati gravemente sottopeso, ovvero di peso inferiore ai 1.500 gr, a Firenze sono stati 71, pari allo 0,85% del totale che rappresenta la percentuale più bassa di quella registrata a livello aziendale (0,97%) e regionale (0,89%).

Il tasso di mortalità infantile - rappresentato dal rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita e quello dei nati vivi - è uno dei principali indicatori utilizzati per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Nel triennio 2008-2010, a Firenze, si sono verificati 37 decessi di bambini nel primo anno di vita con un tasso pari a 3,9 decessi per 1.000 nati vivi, superiore a quello aziendale (2,9) e regionale (2,7).

In base ai dati forniti dal registro di mortalità regionale il tasso di mortalità neonatale - ovvero il rapporto tra il numero dei decessi avvenuti entro i primi ventotto giorni di vita ed il numero dei nati vivi - per la zona di Firenze nel triennio 2008-2010 è pari a 2,5 ed è superiore a quello aziendale e regionale che invece risultano pari a 2,0.

Graf.58 Prime tre cause di morte tra i giovani (0-19 anni) – Zone sociosanitarie Ausl 10 e totale Toscana – Anni 2008-2010 – Valori percentuale.



Fonte: Ars – Registro di mortalità regionale

Analizzando le percentuali di mortalità tra i giovani di età compresa tra 0 e 19 anni per le prime tre cause di morte, per il triennio 2008-2010, per la zona di Firenze le condizioni morbose di origine perinatale rappresentano

la prima causa di morte con una percentuale del 36,5%, la seconda più alta dopo la zona Sud-Est (37,9%).

Altre cause di mortalità sono i traumatismi ed avvelenamenti (12,7%) che registrano valori inferiori sia rispetto al dato medio aziendale (22,6%) e regionale (21,7%) sia rispetto al triennio 2007-2009 quando si attestavano al 17,3%. I casi di mortalità per malformazioni congenite si attestano al 7,9%, valore al di sotto del valore medio regionale (14,2%) e più alto rispetto a quello aziendale (10,5%).

Fattori di rischio e stili di vita

I comportamenti alla guida dei giovani sono stati oggetto di studio da parte dell'indagine campionaria EDIT "Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani", condotta ogni tre anni dall'ARS utilizzando come popolazione di studio il contingente di "guidatori abituali" individuato fra gli studenti delle scuole medie superiori toscane negli anni 2005-2008-2011.

Dall'indagine emerge che il coinvolgimento in incidenti risulta condizionato dal genere: il 51,9% dei maschi intervistati è stato coinvolto in un incidente stradale mentre era alla guida del proprio mezzo, contro solo il 39,2% delle femmine.

Dalla distribuzione territoriale secondo le varie AUSL emerge che i giovani guidatori delle AUSL di Prato, Firenze, Empoli e Viareggio sono quelli maggiormente coinvolti in incidenti stradali. Al contrario, risultano decisamente al di sotto della media regionale le percentuali delle AUSL di Pistoia, Arezzo e Grosseto. Dal 2005 al 2011 quasi tutte le AUSL presentano una riduzione dell'incidentalità stradale, ad eccezione di Lucca e Viareggio, nelle quali si osserva un aumento delle percentuali nel periodo, pari rispettivamente a +4% e +6,9%.

L'età sembra giocare un ruolo importante nel coinvolgimento in incidenti stradali, visto che al crescere dell'età vi è un aumento notevole della quota di coloro che dichiarano di essere stati parte di sinistri: dal 25,3% dei guidatori a 14 anni si raggiunge il 58,3% a 19 anni e oltre. Ciò significa che la probabilità di incorrere in incidenti aumenta più del doppio passando dalla fascia di età dei giovanissimi a quella dei maggiorenni.

Nel 2011 il 23,6% dei guidatori abituali (-4,8% rispetto al 2008) ha dichiarato che nei 12 mesi precedenti l'indagine ha guidato almeno una volta dopo aver bevuto troppo. Tale proporzione è più bassa per le femmine (15%) e sensibilmente più alta per i maschi (28,3%). Oltre che differenze di genere sono riscontrabili anche differenze territoriali: infatti risulta che le AUSL di Firenze (48,2%), Livorno (34,4%) e Viareggio (32,3%) – per i maschi – e quelle di Firenze (38,7%), Livorno (25,9%) e Siena (20,6%) – per le femmine – sono quelle con percentuali più alte.

Il 12,5% dei guidatori abituali ha riferito di aver assunto sostanze psicotrope illegali prima di mettersi alla guida almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista. Dalle distribuzioni per genere si nota che la proporzione per i maschi sale al 17%, mentre per le femmine scende al 10,3%. Il trend rispetto alle rilevazioni precedenti indica che i dati sono in

diminuzione, passando dal 17,1% del 2005, al 16,2% del 2008, fino al dato della recente indagine.

La distribuzione territoriale delle AUSL di Firenze (29,4%), Viareggio (21,6%) e Livorno (21,5%) indica una più alta percentuale di studenti maschi, rispetto alle femmine, a cui è capitato di mettersi alla guida dopo aver usato sostanze stupefacenti. Con riferimento al solo genere femminile, i valori più alti sono localizzati nelle aree di Firenze (17,7%), Livorno (17,3%) e Prato (12,2%).

La propensione al gioco d'azzardo si riferisce ad un'attività ludica per partecipare alla quale è necessario rischiare qualcosa di valore (denaro), nella speranza di ottenere qualcosa di valore maggiore e in cui la vincita è più dovuta al caso che all'abilità del giocatore.

I giovani toscani del campione dello studio EDIT per il 58,1% (+ 7,4% rispetto al 2008) dichiarano di aver giocato almeno una volta nella vita ad un gioco d'azzardo. I giochi più frequenti sono: scommesse sportive, biliardo o altro gioco di abilità, "Gratta e Vinci" e SuperEnalotto. Questa percentuale risulta molto diversa nei due generi (72,3% dei maschi vs. 42,8% delle femmine) e per età (la fascia 16-18 anni registra il picco più alto contando quasi 3 maschi su 4 che hanno giocato almeno una volta nella vita).

Il problema del gioco d'azzardo è spesso associato a determinate caratteristiche dei soggetti (quali sesso, tipologia d'istituto scolastico frequentato, livello di stress), ed alcuni comportamenti a rischio (quali binge drinking, consumo di tabacco, consumo di sostanze, bullismo, ecc.).

Nel corso degli ultimi decenni il fenomeno del bullismo ha visto una forte espansione sia a livello nazionale che internazionale e si manifesta come una forma di violenza che continua nel tempo e che molto si avvicina alla persecuzione vera e propria. I ragazzi intervistati che hanno subito atti di bullismo sono diminuiti passando dal 19,8% del 2008 al 19,3% del 2011. In particolare sono diminuiti i ragazzi maschi vittime di bullismo (18,7% del 2008 vs 16,6% del 2011), mentre sono aumentate le femmine (20,7% del 2008 vs 22,1% del 2011).

Fra i ragazzi il bullismo può essere sia di tipo verbale – basato su insulti, canzonature, maldicenze, emarginazione di qualcuno – che di tipo fisico. Nel bullismo è importante la variabilità di genere, con le femmine molto più inclini alla forma verbale, mentre i maschi al bullismo di tipo fisico pur non escludendo del tutto l'altro.

Le forme di prepotenza più frequenti, nell'anno 2011, continuano ad essere le prese in giro che rappresentano il 17% di tutte le prepotenze subite, seguite dalle offese che, invece, costituiscono il 13,7% del totale. Il confronto fra le annualità 2008-2011 mostra un andamento tendenzialmente stabile anche nella tipologia di prepotenza subita. Prendendo in esame le differenze di genere, fermo restando che il maggior numero di prepotenze sono di tipo verbale, i maschi vengono coinvolti di più in forme dove prevale l'aggressività fisica (10,5% dei maschi vs. 8,9% delle femmine).

A livello territoriale, nel corso di questi tre anni, nell'AUSL fiorentina si è abbassata la quota di maschi che attua comportamenti da bullo (27,7% vs. 23,5%) ma si è alzata quella delle femmine (da 12,8% a 16,6%).

Riguardo al comportamento sessuale, il 46% dei ragazzi toscani intervistati dall'indagine EDIT ha dichiarato di aver già avuto un rapporto sessuale completo. Rispetto agli anni precedenti si delinea un trend in aumento con valori che passano dal 39,7% del 2005 al 43,5% del 2008 fino a raggiungere il dato attuale del 46%. L'AUSL fiorentina presenta una percentuale (45,4%) leggermente inferiore a quella toscana.

Riguardo al rischio di contrarre le Malattie Trasmissibili Sessualmente (MTS), il 60,1% dei giovani toscani intervistati è ricorso all'uso del profilattico, anche se con una diminuzione di 5 punti percentuali rispetto al 2008 (65%). In particolare la quota dei giovani della AUSL fiorentina che fa uso di profilattici è più bassa (54,5%) di quella regionale.

Il quartiere 2 – Campo di Marte del Comune di Firenze nel 2011 ha realizzato come azione di prevenzione del fenomeno del bullismo il progetto Tutti i colori del buio, ovvero una ricerca per conoscere la realtà locale relativamente al bullismo e ai comportamenti violenti e costituire una rete di soggetti operanti nel campo educativo a livello territoriale. Come risposta al problema è stata focalizzata l'attenzione sull'attività sportiva come occasione formativa, di crescita e di prevenzione.

Assistenza sanitaria territoriale: vaccinazioni e centri consulenza giovani

La copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni raccomandate nel “piano regionale vaccini” è l'indicatore universalmente utilizzato per valutare lo stato di protezione della popolazione infantile contro le malattie infettive o prevenibili mediante vaccinazione. Le vaccinazioni vengono svolte presso i consultori pediatrici o dal Pediatra di Libera Scelta (PLS).

La copertura vaccinale nel 2012 a livello aziendale pur se non ottimale, è buona per le vaccinazioni contro poliomielite, difterite, tetano, pertosse, epatite B e malattia da emofilo B poiché si avvicina al 95%, valore indicato a livello nazionale come obiettivo da raggiungere, mentre la zona di Firenze si attesta al 90%.

La copertura vaccinale contro il meningococco C per la zona di Firenze si attesta all'87,7% ed è inferiore sia rispetto al 2009, sia rispetto al valore registrato a livello aziendale (90,9%).

La copertura per il vaccino antimorbillo, parotite e rosolia (MPR) è invece ancora bassa (85,7% su Firenze ed il 90,3% a livello aziendale), ed è in costante diminuzione a partire dal 2009.

Per la zona di Firenze le coperture raggiunte sono ben inferiori al valore di riferimento per tutti i vaccini e sono anche diminuite nel corso degli ultimi tre anni.

Tav.55 Copertura vaccinale a 24 mesi dei bambini residenti per zona distretto Firenze e AUSL 10 di Firenze . Anni 2009-2012. Valori percentuali

Anno rilevazione	Zona	Antipolio	DTP*	Antiepatite B	MPR**	Hib***	Meningo cocco C
2012	Firenze	89,9	89,9	89,9	85,7	89,9	87,7
	AUSL 10	93,6	93,6	93,6	90,3	93,6	90,9
2011	Firenze	90,0	90,0	90,0	85,8	90,0	87,7
	AUSL 10	93,6	93,6	93,6	90,4	93,6	90,9
2010	Firenze	91,5	91,5	91,5	88,9	91,4	86,4
	AUSL 10	93,8	93,9	93,8	90,9	93,8	89,2
2009	Firenze	92,9	92,9	92,7	89,6	92,7	89,6
	AUSL 10	94,5	94,5	94,4	91,7	94,4	90,7

Fonte: U.F. Igiene e Sanità Pubblica - Zona Firenze - Azienda U.S.L. 10 Firenze

Note: *DTP: Vaccinazione per difterite, tetano, pertosse

Nota: ** MPR: vaccinazione per morbillo, patotite, rosolia

*** Hib: vaccinazione per Haemophilus Influenzae tipo B

**** per la zona di Firenze il dato si riferisce solo ai nati nel I semestre 2006

Centri Consulenza Giovani

Nel 2012 i Centri Consulenza Giovani dell' ASL 10 Firenze sono stati in tutto 10, di cui 4 nella Zona Firenze. Attualmente 3 Centri Consulenza Giovani sono situati presso il Distretto Socio-Sanitario di Via D'Annunzio ed 1 presso il Distretto Socio-Sanitario di Via dell'Osteria-Piagge.

Il numero degli utenti adolescenti e giovani che nel 2012 si sono rivolti, con accesso libero e gratuito, ai 4 Centri Consulenza Giovani della Zona Firenze, è stato pari a 1.187, di cui 262 stranieri.

La prevalenza si colloca fra i 15-19 anni, con un picco fra i 17 e i 18 anni. Le motivazioni all'accesso e le prestazioni hanno riguardato le seguenti aree: consulenze e prese in carico in merito sostegno ai processi di crescita; educazione sessuale; educazione alla salute; disagi adolescenziali (problematiche individuali e di rapporto con sé ed il proprio corpo, problematiche relazionali familiari ed affettive, disagio scolastico, disordini del comportamento alimentare, contraccezione, interruzione volontaria di gravidanza, prevenzione delle malattie trasmissibili sessualmente); gravidanze e sostegno alla genitorialità; maltrattamenti, molestie ed abusi sessuali.

In particolare:

- 151 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Contracezione";
- 100 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Interruzione Volontaria di Gravidanza";
- 52 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Disagio Adolescenziale";
- 49 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Gravidanza e sostegno alla genitorialità";
- 64 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Sessualità";
- 23 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Disordini del Comportamento Alimentare";

- 5 utenti hanno usufruito di accoglienza nell'area "Maltrattamenti e Abusi".

Inoltre, in Gruppi per Interventi di Educazione Sessuale sono stati accolti 225 studenti di III^ Classe delle Scuole Secondarie di I° grado con i loro insegnanti e sono stati accolti 41 genitori per colloqui di sostegno alla funzione genitoriale in adolescenza.

Oltre alle attività svolte presso i 4 Centri, il Coordinamento dei Centri Consulenza Giovani ASL 10, in collaborazione con Educazione alla Salute e Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza Zona Firenze, ha realizzato "Progetti di Life Skills Education" e "Progetti di Educazione Sessuale" con insegnanti-genitori-ragazze/i delle Scuole del Territorio (Infanzia, Primarie, Secondarie di I° e II° grado) e con gli Educatori e gli adolescenti e giovani dei Centri Giovani dei Quartieri e del Servizio "Percorso Verde" dell' UFSMIA Firenze.

Il Coordinamento Centri Consulenza Giovani ha anche realizzato, in collaborazione con la Società della Salute di Firenze, il Convegno di socializzazione dell'attività e degli esiti del Progetto ASL 10: "Home Visiting: Consulenti in rete e percorsi di sostegno alla genitorialità" promosso dalla Regione Toscana e realizzato nell'anno 2011-12.

Come da esperienza ormai decennale è stato operativo il Servizio di Consulenza on-line in "Sesso ed Altro" in collaborazione con il Portale Giovani del Comune di Firenze, ed altri Progetti simili in collaborazione con Regione Toscana (Sito Progetto "DiTestaMia") e con SdS di Firenze (social network "You in the Youngle" di sostegno psicologico ad adolescenti e gestito da adolescenti).

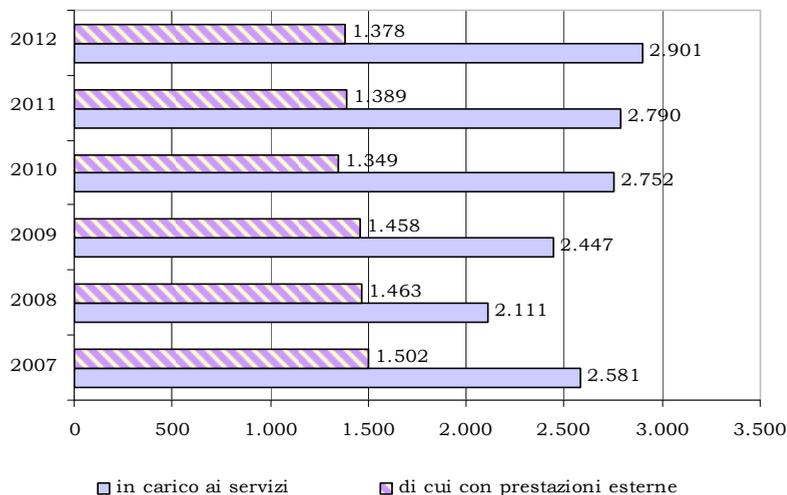
I minori in carico ai servizi socio-assistenziali territoriali

Gli interventi sociali sull'infanzia svolgono un'azione di carattere preventivo sui minori e una di coinvolgimento - per quanto possibile - della famiglia di origine, che viene supportata nel superamento delle proprie difficoltà. L'obiettivo dei servizi sociali è quello di realizzare misure di contrasto e di prevenzione dell'emarginazione e del disagio sociale e promuovere fattori protettivi per i bambini e i ragazzi che vivono in famiglia.

I minori seguiti dai servizi sociali territoriali, nel 2012 sono stati 2.901 e di questi 1.378 hanno avuto almeno una prestazione di livello domiciliare o intermedio o residenziale.

L'aumento degli utenti in carico, accompagnato da una diminuzione dei beneficiari di prestazioni esterne, delinea un trend che comincia a strutturarsi dal 2009 quando, con l'introduzione del nuovo sistema informativo sociosanitario, si è regolarizzata la registrazione delle prestazioni professionali che ha fatto emergere tutti gli utenti in carico, anche se beneficiari del solo servizio professionale. Nel contempo, l'introduzione del nuovo regolamento di accesso alle prestazioni economiche ha portato alla diminuzione degli utenti con prestazione esterna.

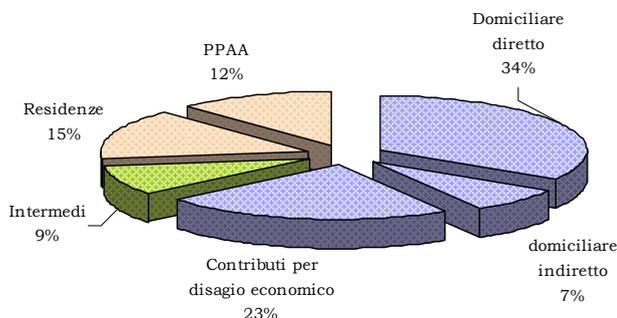
Graf.59 Minori dei servizi socio-assistenziali e fruitori di prestazioni esterne - valori assoluti - anni 2007-2012 - Firenze



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

La composizione percentuale delle prestazioni “esterne” erogate è rappresentata per il 64% da servizi di livello domiciliare, ovvero contributi per il disagio economico (23%), servizi per la domiciliarità di tipo diretto erogati al domicilio del minore (34%) o di tipo indiretto con un contributo economico finalizzato al pagamento di assistenza domiciliare (7%). I servizi di livello residenziali pesano per il 27% sulla totalità dei servizi: il 15% sono residenze per minori e il 12% pronte accoglienze. I servizi di livello intermedio, quali i centri diurni, pesano per il 9%.

Graf.60 Composizione percentuale delle prestazioni socio-assistenziali fruiti da minori - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze
 Fonte: Impegnative del Comune di Firenze

Risposte al domicilio

Il principale servizio socio-assistenziale domiciliare erogato a minori e giovani in condizioni di disagio sociale o disabili, rimanendo inseriti nel proprio contesto familiare è il servizio socio educativo territoriale: il servizio consiste in interventi di supporto al minore e alle funzioni educative genitoriali, anche attraverso attività di accompagnamento e socializzazione, di cura e di accudimento della persona, di supporto scolastico domiciliare per lo sviluppo positivo dei rapporti relazionali. Nel 2012 sono stati 629 i minori e i giovani che hanno usufruito di questo servizio, in diminuzione rispetto al 2011 ma stabile rispetto agli anni passati.

L'assistenza domiciliare socioassistenziale è rivolta a minori in situazioni di disagio o parzialmente non autosufficienti, che richiedono interventi di assistenza domiciliare di cura della casa e di igiene alla persona. Dal 2006 è attivo il Pronto sociale domiciliare, cioè interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale attivati per rispondere a situazioni di emergenza o urgenza sociale. I minori con assistenza domiciliare diretta - 36 nel 2012 vs 49 nel 2009 - e pronto sociale domiciliare - 14 nel 2012 vs 19 nel 2009 - sono complessivamente in diminuzione.

Nel 2011 i ragazzi che hanno usufruito di servizi domiciliari diretti sono stati 679, in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti.

La spesa media per utente che ha fruito dei servizi domiciliari diretti (assistenza domiciliare diretta, pronto sociale domiciliare e assistenza domiciliare extrascolastica) è stata di circa €2.190; considerando invece la spesa procapite - calcolata in rapporto a tutta la popolazione fiorentina - è stata pari a €4.

Considerando il solo servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale, nel 2012 la spesa media per utente è stata di circa €2.930, mentre quella procapite, calcolata in rapporto all'intera popolazione residente, di €0,3.

Tav.56 Minori con servizi per la domiciliarità. Firenze - Anni 2009-2012. Valori assoluti

Servizi per la domiciliarità	2009	2010	2011	2012
Servizi diretti				
Servizio Assistenza Domiciliare	49	49	38	36
Pronto sociale domiciliare	19	20	20	14
Sostegno socio-educativo domiciliare	614	629	670	629
<i>Totale*</i>	682	698	728	679
Servizi indiretti				
Contributo per Soggiorni estivi	98	105	63	47
Contributo per Affidamento familiare	124	113	103	97
Altro	8	1	4	6
<i>Totale*</i>	230	219	170	150
Totale*	912	917	898	829

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Fonte: archivio impegnative S.I.A.S.T.

Nota*): il dato è sovrastimato poiché lo stesso utente può aver fruito di più servizi nell'anno.

Nel Quartiere 5-Rifredi è stato attivato il Progetto [Famiglie Vicine](#) che sostiene e promuove una forma di solidarietà tra famiglie. Il progetto si occupa nello specifico di formare e accompagnare famiglie e singoli ad un volontariato partecipe, attivo e in stretto raccordo con i servizi sociali territoriali. Si rivolge ai minori residenti nel Q 5 in obbligo scolastico le cui famiglie necessitano di un sostegno nel seguire i ragazzi nell'attività scolastica o di socializzazione. I volontari appositamente formati nel 2012 hanno seguito, sotto la supervisione del Servizio sociale territoriale 15 minori.

Fra le prestazioni di livello domiciliare ci sono contributi economici finalizzati al pagamento di un servizio, i cosiddetti servizi indiretti: il più importante è il [contributo per affidamento familiare](#), concesso alle famiglie che accolgono temporaneamente minori con problemi familiari. Nel 2012 questo contributo è stato erogato a 97 beneficiari, di cui 2 per l'affido di minori stranieri non accompagnati.

Il [contributo per soggiorni estivi](#) viene erogato per consentire a minori in condizioni di disagio socio-economico di frequentare nel periodo estivo strutture residenziali di villeggiatura ed è stato fruito da 47 minori.

Nel 2012 ci sono stati anche 6 minori con problemi di autosufficienza che hanno fruito di [contributi per assistenza domiciliare indiretta](#).

Per 364 minori in carico ai SIASST il Comune ha inoltre partecipato al pagamento della retta per far loro frequentare le attività organizzate presso i [centri estivi](#) cittadini che nel 2012 hanno complessivamente accolto 3.748 ragazzi (3.636 nel 2011).

Le famiglie con minori che hanno usufruito di [contributi a integrazione del reddito familiare](#) sono state 459, in forte calo rispetto al 2008 per l'entrata in vigore nel 2009 del nuovo regolamento.

Tav.57 Numero di famiglie con minori percettori di contributi per disagio economico - Firenze - anni 2008-2012

Anni	v.a.
2012	459
2011	493
2010	467
2009	597
2008	727

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

A sostegno delle famiglie con minori il Comune ha aderito al progetto regionale ["Famiglia numerosa, servizi più leggeri"](#) (Dgr 875/2011) per promuovere servizi socio-educativi per la prima infanzia e interventi a favore delle famiglie, che hanno riguardato il trasporto scolastico, la mensa scolastica, il nido d'infanzia, gli altri servizi integrativi ai nidi

d'infanzia, i corsi comunali sportivi di svago e/o tempo libero, i buoni acquisto di testi scolastici e/o universitari, i sostegni economici per nuclei in difficoltà

Sono stati previste come interventi di sostegno anche agevolazioni tariffarie e/o erogazione di contributi a favore delle famiglie in difficoltà. Particolare riguardo è stato dato alle famiglie numerose (con quattro o più figli, anche maggiorenni), mono-genitoriali e con presenza di figli minori (compresi i bambini e i ragazzi accolti in affidamento e in adozione).

Servizi di livello intermedio

Gli 11 centri diurni presenti sul territorio fiorentino accolgono prevalentemente soggetti che, per contingenze familiari e sociali, hanno bisogno di essere sostenuti nel processo di socializzazione, per prevenire o contrastare esperienze emarginanti o devianti.

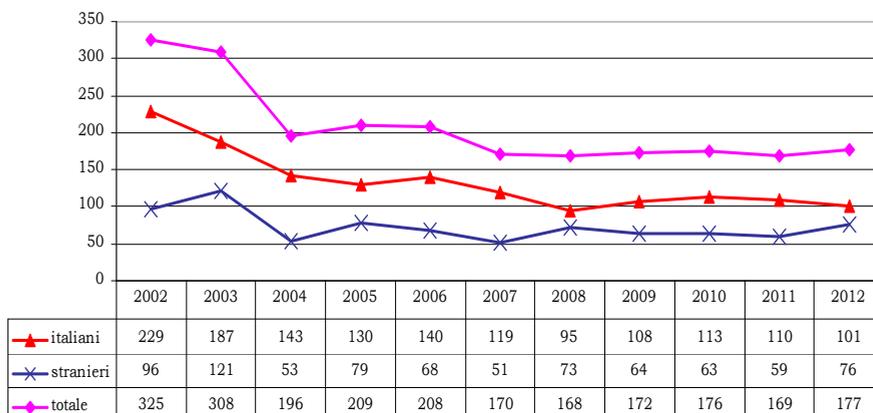
Nel 2012 gli utenti che hanno fruito di servizi semiresidenziali presso centri diurni sono stati 177, di cui il 57,1% italiani e il 65,5% maschi, per un totale di 179 inserimenti in struttura.

L'andamento temporale degli inserimenti presso i centri diurni fiorentini registra la sua punta massima nel 2002, un forte calo nel 2004, per poi assumere un andamento pressoché costante.

Al 31/12/2012 il tasso medio annuo di minori accolti in servizi semiresidenziali è stato pari a 2,3 minori ogni 1.000 minori residenti.

Considerando invece il triennio 2008/2010, il tasso medio annuo di minori presenti in servizi semiresidenziali per la zona Firenze è pari a 2,82, leggermente superiore rispetto a quello registrato a livello regionale (2,32) ma molto più alto rispetto alle altre zone della AUSL 10, quali la Fiorentina sud-est (1,74), la Fiorentina nord-ovest (1,26) e il Mugello (0,58).

Graf.61 Minori per cittadinanza nei centri diurni. Firenze - Anni 2002-2012



Fonte: Impugnative P.O. Convenzioni e rette per Servizi di Accoglienza - Direzione Servizi Sociali - Comune di Firenze

Nell'anno la spesa media per minore inserito in centro diurno è stata di circa €9.000, mentre la spesa procapite, calcolata in base all'intera popolazione fiorentina, è stata di circa €4.

Alcune strutture semiresidenziali vengono utilizzate per lo svolgimento di incontri protetti genitori/figli, richiesti dagli organi di giustizia minorile per la vigilanza dei nuclei familiari con problemi di grave conflittualità fra genitori non affidatari ed i loro bambini. Nel 2012 sono stati 82 i minori interessati da tali incontri, svolti in presenza di un operatore.

Nel 2012 gli utenti che sono stati accolti almeno in una di tali strutture sono stati 297, per un totale di 314 ingressi in struttura.

Si è trattato di una tipologia di utenza prevalentemente straniera (72,1%) e le femmine hanno rappresentato il 47,8% degli ospiti complessivamente accolti.

Gli utenti minorenni sono stati 185: per il 38,9% maschi e per il 70,3% stranieri.

Nel periodo 2005-2012 l'anno presenze maggiori è stato il 2009 mentre quello con presenze minori il 2011. Nel 2012, rispetto al 2011, si registra un aumento di utenza (+8,8%) dovuto alla maggior presenza di stranieri.

Servizi di livello residenziale

Nelle strutture residenziali per minori e madri gestanti sono accolti i ragazzi con età inferiore ai 18 anni, madri con figlio o gestanti e ragazzi maggiorenni che, dietro decreto del giudice, possono permanere in struttura fino a 21 anni.

Tav.58 Utenti nelle strutture residenziali per minori e madri gestanti per classe di età e sesso - Anno 2011 - Valori assoluti e percentuali

Classe di età	Valori assoluti			Valori percentuali		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-5	30	37	67	44,8	55,2	100
6-10	13	13	26	50,0	50,0	100
11-13	10	8	18	55,6	44,4	100
14-17	19	55	74	25,7	74,3	100
18-21	19	39	58	32,8	67,2	100
22 e +	51	3	54	94,4	5,6	100
Totale	142	155	297	47,8	52,2	100

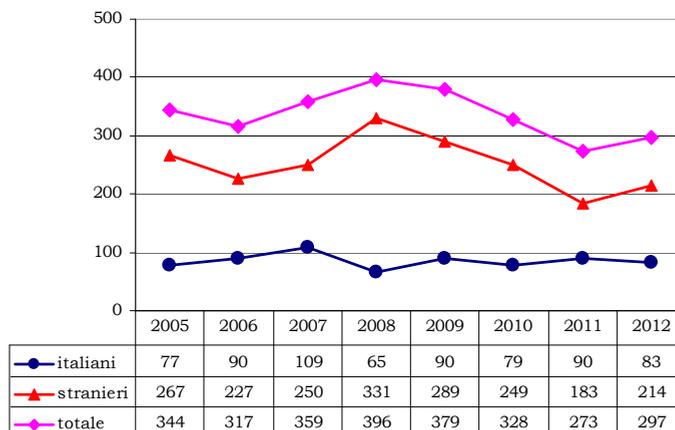
Fonte: Impegnative P.O. Convenzioni e rette per servizi di accoglienza - Direzione Servizi Sociali Comune di Firenze

Sono stati 314 gli ingressi nelle diverse strutture, per la maggior parte (49%) avvenuti presso case gestanti-madri.

Le strutture presso le quali è più alta la presenza maschile sono la comunità educativa (73,3%) e la comunità a dimensione familiare (72,4%), mentre la presenza femminile è prevalente nelle case gestanti-madri

(65,6%), proprio perché in tali strutture, a tutela del minore, sono accolte e assistite anche le madri.

Graf.62 Utenti nelle strutture residenziali per minori e madri gestanti per cittadinanza. Firenze – Anni 2005-2012. Valori assoluti



Fonte: Impegnative P.O. Convenzioni e rette per servizi di accoglienza - Direzione Servizi Sociali -Comune di Firenze

Al 31/12/2012 il tasso medio annuo di minori accolti in servizi residenziali è stato pari circa a 2 minori ogni 1.000 minori residenti. Nel triennio 2008-2010 il tasso medio annuo di minori accolti in servizi residenziali per Firenze è stato di 3,22 il più alto valore sia a livello regionale (1,24) sia a livello aziendale - Mugello (1,58), Fiorentina Nord-Ovest (1,40) e Fiorentina Sud-Est (0,57).

Nell'anno la spesa media per minore inserito in struttura residenziale è stata di circa €17.300 mentre la spesa procapite, calcolata in base all'intera popolazione fiorentina, è stata pari a circa €14.

Pronto intervento sociale: Centro Valery e la rete delle Pronte Accoglienze

Il servizio del Pronto Intervento Sociale si propone di offrire una risposta concreta a situazioni impreviste ed imprevedibili, per necessità d'interventi richiesti fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale. Per questo, in via sperimentale nel 2001 era nato il Centro Sicuro allo scopo di dotare la rete dei centri di PPAA di una struttura di accoglimento per minori che si trovano in gravi difficoltà o che devono essere protetti da situazioni di sfruttamento, abbandono e coinvolgimento in attività criminose.

Dal 2008 il Centro Sicuro ha accolto - considerata l'emergenza-urgenza del fenomeno - anche i minori stranieri non accompagnati (MSNA*) segnalati sul territorio comunale, introducendo un secondo modulo di "pronta accoglienza" destinato a minori, anche con età superiore ai 14

anni, limite inizialmente individuato per tale struttura, che hanno necessità di una accoglienza più assistenziale.

Per il suo carattere innovativo e per le caratteristiche dell'utenza a cui si rivolgeva il Centro ha sempre avuto un interesse e un rilievo di carattere regionale.

(*) In base al regolamento del Comitato per i minori stranieri (DPCM 535/98) è definito "minore straniero non accompagnato presente nel territorio dello Stato" il minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trova in Italia privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano. Dal 1° gennaio 2007 i minori di nazionalità romena e bulgara non sono più considerati MSNA ma cittadini comunitari in seguito all'entrata nella Comunità Europea delle loro nazioni

Nel 2011 il Centro, ridenominato "Centro Valery", è stato oggetto di una nuova sperimentazione che ha previsto l'attivazione di un Servizio di Pronto Intervento Telefonico, operante 24 ore su 24, per la Rete dei Centri di pronta Accoglienza come unico recapito telefonico che le Forze dell'Ordine devono contattare per la richiesta di accoglienza in emergenza di un minore. E' stato reso inoltre operativo il Servizio di Intervento Telefonico per le segnalazioni in emergenza di donne sole e/o madri con figli minori, vittime di violenza, maltrattamento e abuso, in collaborazione con il progetto Artemisia, per la copertura notturna.

Nel 2012 il Centro Valery ha registrato 273 chiamate, di cui 193 hanno avuto risoluzione nell'inserimento diretto presso il Centro, 36 sono state dirottate verso altre strutture di Pronto Accoglienza per i minori e per nuclei familiari o adulti in genere.

Il sistema di accoglienza del centro è stato quindi riorganizzato in due moduli: il primo dedicato all'accoglienza a carattere di emergenza e urgenza di bambini in età compresa tra gli 0 e i 18 anni (per un massimo di 4 utenti), il secondo rivolto all'accoglienza di madri con figli minori in situazione di temporanea emergenza (per un massimo di 2 madri con figlio).

Nel breve periodo di permanenza consentito, gli operatori e i servizi interessati sono impegnati nel comune sforzo di analizzare la situazione di disagio e definire il percorso socio-assistenziale territoriale per superare lo stato di disagio.

Nel decennio 2002-2012 il Centro ha registrato i suoi punti di massimo di inserimenti nel 2007, 2011 e 2012: nel 2007 per far fronte all'emergenza dei MSNA e nel 2011 e 2012 per la rimodulazione dell'accoglienza anche delle madri con figli.

Complessivamente gli inserimenti del centro nel 2012 sono stati 193, di cui 119 stranieri e 74 italiani; il secondo modulo introdotto nel 2011 ha accolto 17 nuclei madre-figlio.

Per quanto riguarda l'età, anche nel 2012 la maggior parte degli inserimenti (70,46%) riguarda minori compresi nella fascia d'età 14-17 anni.

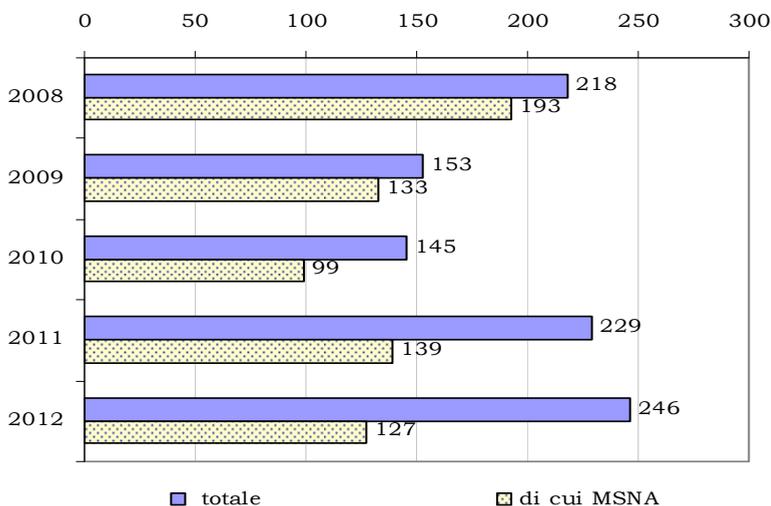
Il 12,4% degli inserimenti ha riguardato i “minori soli” comunitari, mentre il 32,1% degli ingressi sono di minori stranieri non accompagnati, provenienti in maniera consistente dall’Albania. Diminuisce il flusso dei kosovari, mentre aumenta quello dei tunisini.

Le strutture di Pronta Accoglienza sono necessarie per accogliere nell’immediato il minore in difficoltà e durante tale permanenza, i servizi sociali territorialmente competenti e il responsabile del centro di pronta accoglienza, predispongono, per ogni minore accolto, un progetto per il superamento dell’emergenza che ha determinato l’allontanamento del minore dal proprio ambiente socio-familiare.

A Firenze oltre al Centro Valery nel 2012 sono state operative 2 strutture private di pronta accoglienza che hanno accolto 53 ragazzi.

Complessivamente la rete delle Pronte Accoglienze nel 2012 ha effettuato 246 inserimenti, valore massimo del quadriennio 2008-2012. Tale crescita è collegata alla riorganizzazione del centro: a fronte di un aumento del +12,8%, la presenza dei MSNA si è ridotta del 34,2% - 193 nel 2008 vs 127 nel 2012- .

Graf.63 Inserimenti di minori in strutture di Pronta Accoglienza[^]. Firenze - Anni 2008-2012. Valori assoluti



Fonte: Rete Pronte Accoglienze – PO Interventi Minori e Famiglia -Direzione Servizi Sociali -Comune di Firenze

[^]sono compresi anche gli inserimenti del Centro Sicuro/Centro Valery

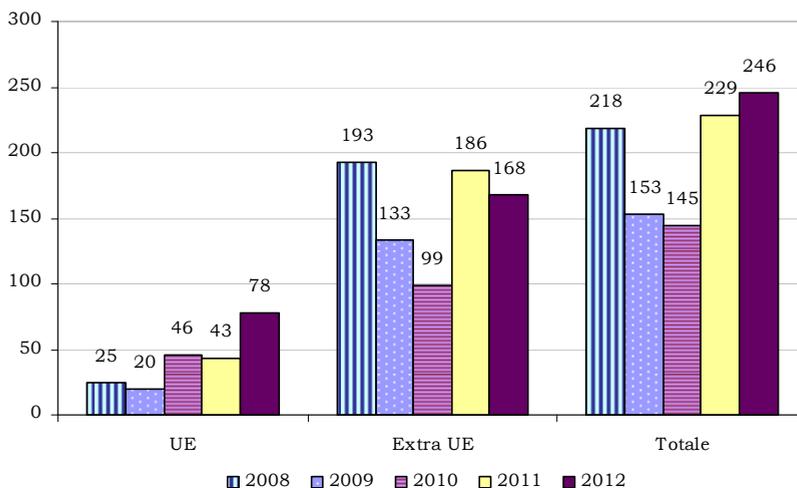
L’andamento delle presenze di MSNA è stato sostanzialmente legato al fenomeno migratorio e alle normative nazionali, in particolare alla legge 94/2009 - c.d. “pacchetto sicurezza” – che ha definito il quadro normativo di riferimento dei percorsi di integrazione dei minori stranieri non accompagnati presenti nel nostro Paese, prevedendo un tempo di soggiorno in Italia non inferiore ai tre anni ai fini della conversione del

permesso di soggiorno al compimento della maggiore età. L'abbassamento dell'età all'ingresso del minore in Italia è stato un fattore deterrente per le famiglie di origine nell'inviare i loro figli in un paese straniero a 14 anni invece di 16/17 anni.

Distinguendo fra paesi dell'Unione Europea e non, il 68,3% dei MSNA inseriti in PPAA proviene da paesi non appartenenti all'Unione Europea. Nel 2012 a Firenze il tasso di utenza del servizio di pronto intervento sociale è stato pari a 3,6 minori ogni 1.000 minori residenti. La spesa media per utente è stata pari a €1.898, mentre la spesa procapite – calcolata in rapporto a tutta la popolazione fiorentina – è stata di circa €1.

Per il servizio di pronte accoglienze la spesa media per utente nel 2012 è stata di € 9067, pari ad una spesa procapite – calcolata su tutta la popolazione residente – di €1.

Graf.64 Inserimenti di minori in strutture di Pronta Accoglienza per cittadinanza. Firenze - Anni 2008-2012. Valori assoluti



Fonte: Rete Pronte Accoglienze – PO Interventi Minori e Famiglia - Direzione Servizi Sociali - Comune di Firenze

Misure a tutela del diritto del minore ad avere una famiglia

L'affidamento e il Centro Affidi

L'affidamento è un intervento che si prefigge l'obiettivo di allontanare temporaneamente il minore dalla famiglia ritenuta non capace di corrispondere alle sue esigenze di crescita per assicurare al minore un ambiente idoneo per il suo mantenimento, la sua educazione e le sue esigenze affettive, ma anche per attivare e realizzare un progetto di

recupero delle capacità della famiglia per il reinserimento del minore nella medesima. L'affidamento familiare è dunque temporaneo e il suo obiettivo è il rientro del minore nella sua famiglia.

Tav.59 Minori in affido part-time o residenziale – Anni 2008-2012

anno	Affidi		totale
	part-time	full-time	
2012	13	95	108
2011	26	123	149
2010	16	103	119
2009	30	118	148
2008	19	148	167

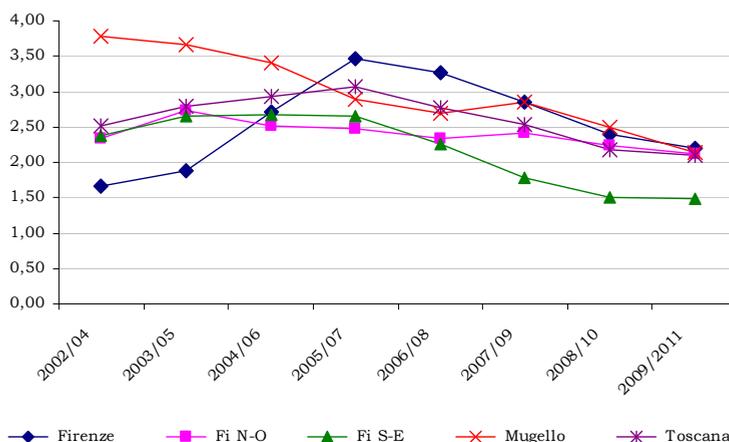
Fonte: scheda RT - Monitoraggio sugli interventi e prestazioni in favore dei minori in famiglia e fuori famiglia.

I dati sono riferiti al 31/12 di ogni anno.

Quando il minore trascorre con gli affidatari alcuni giorni la settimana rimanendo a vivere con la sua famiglia l'affido è part-time: al 31/12/2012, a Firenze, i minori in affidamento part-time sono stati 13, di cui 9 stranieri. Il tasso medio annuo di affidi part-time è pari a 2 minori ogni 10.000 minori residenti.

L'affido residenziale si ha quando il minore vive in modo stabile con la famiglia affidataria incontrando periodicamente i genitori; i bambini e i ragazzi minorenni in affidamento familiare residenziale, al 31/12/2012, sono stati 95, di cui 59 di tipo eterofamiliare. Il tasso medio annuo di affidi eterofamiliari è pari a 11 minori ogni 10.000 minori residenti. Nel quadriennio 2008-2012 diminuiscono gli affidamenti del 35%.

Graf.65 Tasso medio annuo di minori in affidamento familiare per zona socio-sanitaria dell'AUSL 10 di Firenze. Anni 2002-2011 (media triennale)



Fonte: osservatorio sociale regionale - scheda RT interventi minori in famiglia e fuori famiglia

Considerando i valori medi triennali, a Firenze il tasso medio annuo di affidi familiari ha registrato una crescita costante fino al triennio

2005/2007, dopo di che è sceso fino a toccare nel triennio 2009/2011 un tasso pari a 2,2 minori in affidamento ogni 1.000 fiorentini minorenni. Dal triennio 2005/2007 i tassi fiorentini hanno sempre superato quelli registrati a livello regionale e nelle altre zone della AUSL 10 fino al triennio 2007/2009, quando tutti i tassi si allineano, fatta eccezione per la zona fiorentina Sud-Est.

Mettendo in rapporto il numero dei minori che vivono fuori dalla famiglia di origine in affidamento familiare o in servizi residenziali al 31/12 con la popolazione residente di 0-17 anni per Firenze si ottiene per il triennio 2008-2010 un tasso medio annuo di minori che vivono fuori dalla famiglia di origine pari a 5,62‰, valore più alto di quello delle zone dell'AUSL10 e di quello medio regionale (3,37‰).

Nel 2010 la % di minori in affidamento familiare su minori che vivono fuori dalla famiglia - data dal rapporto tra il numero dei minori in affidamento familiare e il numero dei minori che vivono fuori dalla famiglia di origine (in affidamento familiare e inseriti in strutture residenziali - per Firenze è del 48,1%, valore più basso sia rispetto alle altre zone dell'AUSL 10 sia al valore medio regionale (65,3%), proprio per l'alto ricorso ancora alle strutture residenziali.

Tale comportamento è confermato dal rapporto fra il numero di minori in affidamento familiare e il numero di accolti nelle strutture residenziali che per Firenze nel 2010 è pari a 93 minori in affidamento familiare ogni 100 minori accolti nelle strutture residenziali, valore più basso rispetto alle altre tre zone dell'AUSL10 e al valore medio regionale (188).

Tav.60 Minori seguiti dal Centro Affidi con procedimento di affidamento in corso per tipologia di affido – Anni 2008-2012

Anni	Valori assoluti			Valori percentuali		
	consensuale	giudiziario	totale	consensuale	giudiziario	totale
2012	28	42	70	40,0	60,0	100,0
2011	24	42	66	36,4	63,6	100,0
2010	21	51	72	29,2	70,8	100,0
2009	31	54	85	36,5	63,5	100,0
2008	32	51	83	38,6	61,4	100,0

Fonte: Centro Affidi - PO Interventi Minori e Famiglia Direzione Servizi sociali - Comune di Firenze

Per le attività specificamente connesse all'affidamento a famiglie il modello organizzativo regionale (deliberazione del Consiglio regionale 348/1994) prevede che i servizi territoriali siano integrati da Centri affidi. Il Centro ha il compito di promuovere l'accoglienza presso famiglie di minori in difficoltà, preparare e selezionare le famiglie disponibili, sostenerle nel loro impegno e concorrere al progetto di affidamento in collaborazione con i servizi sociali e sociosanitari impegnati.

Da un punto di vista giuridico, l'affidamento può essere:

- consensuale: quando c'è l'adesione dei genitori o del tutore del minore al progetto di affidamento; è disposto dal Servizio sociale e reso esecutivo dal Giudice Tutelare;

- giudiziale: quando è disposto, indipendentemente dall'assenso del genitore, con un provvedimento del Tribunale per i Minorenni che prescrive tale intervento a tutela del minore.

Nel 2012 il Centro Affidi ha gestito 28 affidi consensuali e 42 giudiziari.

I 70 casi gestiti direttamente dal Centro rappresentano il 64,8% dei 108 affidi fiorentini al 31/12/2012.

Nel triennio 2007-2009 a Firenze il tasso medio annuo di tutele giuridiche è stato pari a 5,4 tutele giuridiche ogni 1.000 minori residenti: tale rapporto è più alto sia di quello delle zone comprese nell'AUSL10 che di quello regionale (2,73).

Prosegue nel 2012 il Progetto P.I.P.P.I. promosso nel 2011 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dalla L. 285/97, volto alla prevenzione del collocamento esterno dei bambini dalle famiglie di origine negligenti o con difficoltà consistenti nella cura e nella educazione dei propri figli, riducendo al minimo indispensabile i tempi di allontanamento.

A Firenze la sperimentazione ha coinvolto 8 famiglie con figli 0 - 11 anni.

È proseguita l'applicazione in alcune zone della Toscana e sul territorio di Firenze del Progetto sperimentale RISC (Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo) promosso dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali e incentrato sull'implementazione di modelli di valutazione socio sanitari rispetto al rischio di allontanamento di minori dal proprio contesto di vita quotidiana. Con tali modelli viene applicata un'approfondita analisi delle situazioni del minore e del contesto familiare esaminandone criticità e potenzialità residue. Viene altresì permessa un'attenta valutazione degli esiti degli interventi attivati anche in relazione ai costi/benefici raggiunti.

Adozioni e Centro adozioni

In Toscana, la riorganizzazione dei servizi in materia di adozione, come prevista dalla Legge 184/83 e successive modifiche, ha visto l'avvio di nuove attività quali l'informazione e la preparazione delle coppie aspiranti al percorso adottivo.

Tav.61 Domande di adozione pervenute ai Centri Adozioni della Regione Toscana - Anni 2008 -2012

Area vasta	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.	%								
Firenze	133	23,6	161	28,2	154	28,3	163	30,9	135	31,2
Pisa	191	33,9	198	34,7	171	31,4	170	32,3	155	35,8
Prato	137	24,3	125	21,9	122	22,4	111	21,1	75	17,3
Siena	102	18,1	87	15,2	98	18,0	83	15,7	68	15,7
Totale	563	100	571	100	545	100	527	100	433	100

Fonte: Centro Adozioni - PO Interventi Minori e Famiglia - Direzione Servizi sociali - Comune di Firenze

Tali attività vengono svolte dai Centri Adozione, collocati in quattro punti del territorio regionale, a Firenze, Pisa, Prato e Siena. I centri offrono

servizi gratuiti per coloro che desiderano informazioni sull'adozione nazionale e internazionale e il percorso adottivo e sono aperti a tutti i cittadini del territorio regionale, che vi possono accedere in base al comune di residenza.

In Toscana le domande di adozione nel 2012 sono state 433, in diminuzione del 17,8% rispetto al 2011: i centri di Pisa e Firenze hanno assorbito rispettivamente il 35,8% e il 31,2% delle richieste, Prato il 17,3% e Siena il 15,7%. Dal 2008 al 2012 le domande di adozione in Regione Toscana sono progressivamente diminuite (-6,4%).

Tav.62 Domande di adozione censite dal Centro di Firenze per zona di residenza - Zone sociosanitarie Anni 2008-2012

Zona sociosanitaria	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.	%								
Fiorentina	61	45,9	74	46,0	60	39,0	65	39,9	67	49,6
Nord Ovest	29	21,8	39	24,2	58	37,7	60	36,8	38	28,1
Sud Est	35	26,3	40	24,8	24	15,6	19	11,7	19	14,1
Mugello	8	6,0	8	5,0	12	7,8	19	11,7	11	8,1
Totale	133	100	161	100	154	100	163	100	135	100,0

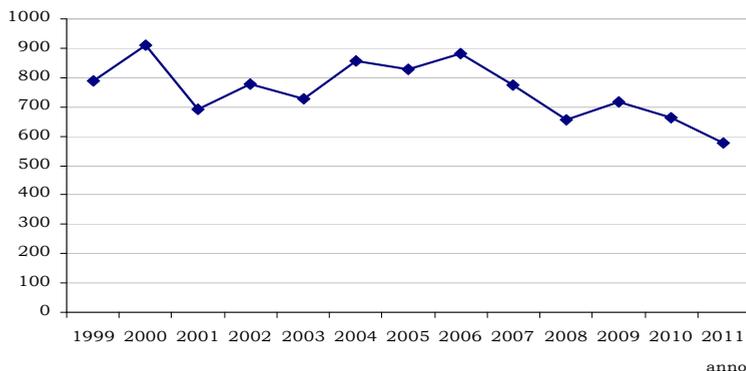
Fonte: Centro Adozioni - PO Interventi Minori e Famiglia Direzione Servizi sociali - Comune di Firenze

Tutte le coppie residenti nelle zone che compongono l'Ausl 10 di Firenze possono rivolgersi al Centro di Firenze.

Delle 135 domande complessivamente pervenute presso il centro di Firenze, 67 sono di coppie residenti nel Comune di Firenze.

I dati rilevati dal Centro regionale per l'infanzia e l'adolescenza riguardo al numero delle coppie richiedenti adozione presso il tribunale per i minorenni di Firenze nel periodo 1999-2011 registrano il valore di massimo nel 2000 (909 coppie), per poi scendere bruscamente nel 2001 (691) e risalire discontinuamente fino al 2006 (883 coppie), anno dopo il quale la diminuzione è progressiva. Nel 2011 sono state 578 le coppie richiedenti adozione.

Graf.63 numero di coppie richiedenti adozione presso il tribunale per i minorenni di Firenze nel periodo 1999-2011



Fonte: Centro Regionale di Documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Interventi a sostegno del minore, della famiglia e della genitorialità

Interventi a sostegno del minore, della famiglia e genitorialità

Nell'ambito degli interventi a sostegno delle famiglie il Comune ha aderito al progetto regionale "Famiglia numerosa, servizi più leggeri" (Dgrt 875/2011). La sperimentazione prevede agevolazioni tariffarie e/o erogazione di contributi a favore delle famiglie in difficoltà. Particolare riguardo è stato dato alle famiglie numerose (con quattro o più figli, anche maggiorenni), monogenitoriali e con presenza di figli minori (compresi i bambini e i ragazzi accolti in affidamento familiare e/o intra-familiare e in adozione, purché conviventi nel medesimo nucleo anagrafico). Nel corso dell'anno i beneficiari di tali contributi sono stati 36.

Centro di terapia familiare

Presso l'Ospedale di Camerata opera il [Centro di terapia familiare](#) che realizza interventi di tipo preventivo e riabilitativo a famiglie, coppie e individui, dando priorità alle famiglie con minori.

Al Centro si svolgono consulenze, psicoterapie al nucleo familiare, alla coppia e all'individuo; consulenze familiari rivolte a famiglie multiproblematiche; gruppo di sostegno psicoterapeutico e supervisione; consulenze ad operatori di altri servizi; progetti mirati all'intervento in aree di criticità relazionale, quali la crisi di gravidanza, i disturbi del comportamento alimentare, l'elaborazione del lutto, le separazioni altamente conflittuali.

Nel 2012 le coppie e le famiglie prese in carico nella zona Firenze sono state 156, per un totale di 573 utenti.

Attività di sostegno alle famiglie

Sul territorio fiorentino è presente il [Centro di Mediazione familiare](#) della AUSL 10 Firenze, rivolto alle coppie in crisi o in via di separazione per riattivarne la comunicazione relazionale. Il Centro offre un supporto alle famiglie in crisi per separazione o divorzio, in modo da tutelare gli interessi e la serenità dei figli. Nel corso dell'anno sono state seguite 150 coppie di cui con figli minori 90.

Nel quartiere 5-Rifredi dal 2010 è attivo il [Progetto mediamente](#), che ha reso operativo uno sportello di mediazione familiare e counseling, che nel 2012 ha preso in carico 11 utenti.

Nel Quartiere 4 – Isolotto è operativo lo [Spazio d'ascolto il Bandolo](#), dove singoli, coppie e famiglie che vivono un momento di disagio personale e relazionale, possono accedere in modo diretto e tempestivo. Obiettivo degli operatori e degli psicologi che operano presso il Centro è quello di aiutare i singoli e le famiglie a recuperare energie, elaborare lutti affettivi e

riorganizzare, nei limiti del possibile il proprio progetto di vita attivando la rete territoriale. Nel 2012 sono stati seguiti 33 utenti.

Nel corso dell'anno, al fine di offrire alle famiglie una risposta omogenea sul territorio, sono stati ri-definiti gli ambiti di intervento, gli standard di qualità e gli obiettivi di sviluppo dei vari servizi di mediazione familiare presenti sul territorio, per migliorare le competenze degli operatori, è stata fatta una mappatura dei servizi pubblici AUSL/Comune e dei soggetti privati che svolgono attività di Mediazione Familiare ed è stata predisposta una bozza di carta dei servizi.

Inoltre nel mese di giugno, con la collaborazione dell'Associazione di Volontariato "Progetto Villa Lorenzi Onlus", ha preso avvio il progetto "Sostegno alla genitorialità" per la realizzazione di interventi di ascolto, orientamento, prevenzione e sostegno alle famiglie con figli adolescenti.

Salute mentale

Sintesi

Gli adulti nei servizi di Salute mentale

Nel 2012 gli utenti dei Centri di Salute Mentale per adulti sono stati 6.297, di questi 2.400 sono rappresentati da nuovi utenti presi in carico nel corso dell'anno. Il dato di utenza registra un andamento crescente costante nel corso dell'ultimo triennio. Il tasso di utenza dell'area fiorentina è superiore rispetto a quello aziendale sia per il 2012 (20,5 vs 18,5) che per il 2011 (18,7 vs 17,9). Anche per quanto riguarda il tasso di nuovi utenti è sempre la zona fiorentina ad avere il valore più alto 7,8 (vs il 6,7 dell'Azienda USL 10);

922 persone a fronte di problematiche mentali hanno avuto un sostegno di tipo sociale: di queste il 69% sono adulti e l'altro 31% anziani. Gli utenti che hanno avuto almeno una prestazione sociale esterna sono stati 500 e nello specifico 176 hanno fruito di un contributo economico ad integrazione del reddito e 81 di assistenza sociale domiciliare

Diminuiscono il tasso di primo ricovero e il tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche

I tassi di primo ricovero e di ospedalizzazione per malattie psichiche a Firenze, continuano a registrare valori al di sopra sia di quelli aziendali che di quelli regionali. Considerando il periodo 2002-2012 però i due tassi fiorentini mostrano un significativo calo passando, quello di primo ricovero, dal 5,2‰ del 2002 al 3,4‰ del 2012 e quello di ospedalizzazione dall' 8‰ del 2002 al 5,7‰ del 2012.

Piano cittadino per il miglioramento degli inserimenti lavorativi nei luoghi di lavoro di persone con patologie mentali

Nel corso del 2012 sono stati 183 i progetti di inserimento lavorativo attivati grazie alla collaborazione fra il Servizio di salute mentale adulti dell'Azienda Sanitaria fiorentina, il servizio sociale del comune di Firenze ed il collocamento mirato della Provincia di Firenze. Il Piano ha previsto l'individuazione di tutor dedicati al monitoraggio e al supporto delle persone inserite: nel complesso sono stati attivati 183 progetti, di cui 36 nuovi.

Prosecuzione attività della struttura diurna "Casadasé" e del Centro diurno per bambini autistici

Nel 2011 è stato realizzato il progetto regionale Autonomia "[Casadasé](#)", che ha visto l'apertura in collaborazione con l'associazione "Autismo Firenze" di una struttura diurna che nel 2012 ha accolto 5 giovani autistici adolescenti e 6 soggetti in età adulta con disturbi dello spettro autistico. Grazie ad un finanziamento della Regione Toscana e della Cassa di Risparmio di Firenze e alla collaborazione dell'Associazione AIABA è

stato realizzato un centro diurno che nel 2012 ha accolto 10 ragazzi con patologia autistica garantendo loro un percorso abilitativo e socio-riabilitativo.

I minori nei servizi di Salute mentale infanzia e adolescenza

Nel 2012 gli utenti dei servizi di salute mentale per infanzia-adolescenza sono stati 3.112, di cui 1.541 rappresentati da nuovi utenti presi in carico nel corso dell'anno, in aumento del 63,6% rispetto al 2010. Il tasso medio di utenti per 1.000 abitanti di Firenze (61,2) è superiore al dato medio della Ausl 10 (58,3) e dopo essere sceso nel corso del biennio 2010-2011, nel 2012 registra una crescita del +8,7% rispetto al 2011: tale aumento è imputabile alla riorganizzazione interna che con la creazione di un unico Front Office cittadino (con CUP) ha permesso una risposta nell'assegnazione della prima visita più efficiente e veloce rispetto all'anno precedente.

Mese della salute mentale

Anche per il 2012 le Associazioni facenti parte della Consulta per la Salute Mentale - affiancate da altre Associazioni di volontariato attive nel campo delle terapie di supporto alla promozione del benessere dei cittadini con disturbi psichici - hanno organizzato con il supporto del Comune e della Società della Salute, il "mese della salute mentale", un mese di iniziative programmate per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche legate alla tutela della salute mentale e per mettere in evidenza i problemi che maggiormente stanno a cuore alle famiglie

I numeri della salute mentale adulti e infanzia adolescenza

N° adulti in carico ai Servizi di Salute Mentale – SMA	6.297
<i>di cui</i>	
<i>nuovi utenti nell'anno</i>	2.400
<i>utenti seguiti in collaborazione con il SSP</i>	992
Tasso di primo ricovero per malattie psichiche	3,6‰
Tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche	5,8‰
Servizi intermedi	
N° utenti accolti nei Centri diurni di assistenza psichiatrica per adulti	301
N° progetti di inserimento lavorativo per persone con patologie mentali	183
Servizi residenziali	
N° utenti ricoverati nelle Residenze di assistenza psichiatrica per adulti	290
N° utenti in carico ai Servizi di Salute Mentale per infanzia-adolescenza – SMIA	3.112
<i>di cui nuovi utenti nell'anno</i>	1.541

I Servizi di salute mentale si occupano di un ampio spettro di interventi, quali, ad esempio, gli interventi con finalità preventive di primo sostegno e di orientamento per l'utente e la famiglia, i progetti terapeutici e riabilitativi individuali sia con interventi ambulatoriali e/o domiciliari (a carattere medico, infermieristico, farmacologico, psicologico, psicoterapeutico, educativo e socio-assistenziale), che con attività residenziali e semiresidenziali (terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative) ed attività ospedaliere per il ricovero volontario o obbligatorio, interventi in situazioni di emergenza e urgenza e attività di consulenza.

Salute mentale adulti

Gli utenti dei Centri di Salute Mentale per adulti nel 2012 sono stati 6.297, di cui 2.400 nuovi utenti presi in carico nel corso dell'anno. Il tasso per 1.000 residenti maggiorenni di Firenze per gli utenti in carico è pari a 20,5 e per i nuovi utenti 7,8.

Tav.63 Utenti dei Servizi di salute mentale per adulti per Zona-Distretto Ausl 10 di Firenze – valori assoluti e tassi per 1000 abitanti (età >= 18 anni) – Anni 2010-2012

Zone Distretto	Utenti totali		Nuovi utenti	
	N°	Tasso	N°	Tasso
2012				
Firenze	6.297	20,5	2.400	7,8
Fiorentina Nord-Ovest	3.597	20,4	1.265	7,2
Fiorentina Sud-Est	2.360	16,9	789	5,7
Mugello	454	8,2	96	1,7
AUSL 10*	12.708	18,7	4.550	6,7
2011				
Firenze	5.950	18,5	1.736	5,4
AUSL 10*	12.440	17,7	3.540	5,1
2010				
Firenze	5.681	17,9	1.555	4,9
AUSL 10*	11.977	17,2	3.348	4,8

Fonte: Relazione sanitaria aziendale - Azienda Usl 10 Firenze

Nota [*]: nel calcolo dei tassi a livello aziendale è stato escluso il Mugello per la evidente incompletezza della registrazione dell'utenza negli anni 2010/2011 e per la non disponibilità del dato nel 2009.

Nel 2009 l'archivio delle prestazioni è stato assestato secondo le direttive regionali per le quali non devono essere considerati utenti i contatti che non abbiano comportato prestazioni di alcun tipo per almeno 90 gg e che non abbiano un progetto terapeutico. L'assestamento dell'archivio delle prestazioni ha confermato per il triennio 2010-2012 che:

- il tasso di utenza dell'area fiorentina è superiore rispetto a quello aziendale sia per il 2012 (20,5 vs 18,5) che per il 2011 (18,7 vs 17,9). Anche per quanto riguarda il tasso di nuovi utenti è sempre la zona fiorentina ad avere il valore più alto 7,8 (vs il 6,7 dell'Azienda USL 10);
- il tasso di utenza fiorentino registra un andamento triennale in crescita costante, registrando un aumento complessivo del 10,8%;

- per Firenze il tasso dei primi contatti nel triennio risulta cresciuto del 54,3%;
- nel 2012 il rapporto tra nuovi utenti ed utenti totali è pari al 38,1%, dato in linea con i servizi territoriali italiani (35,8%).

L'integrazione fra l'Unità funzionale salute mentale adulti (UFSMA) dell'AUSL 10 di Firenze con il Servizio Integrato di Assistenza Sociale Territoriale (SIASST), ha visto nel 2012 la presa in carico da parte di 9 assistenti sociali di 922 persone che a fronte di problematiche mentali hanno avuto un sostegno di tipo sociale. La maggior parte delle persone in carico sono adulti (69%), mentre gli anziani rappresentano l'altra parte (31%) del totale. Gli utenti che hanno avuto almeno una prestazione sociale esterna sono stati 500 e nello specifico 176 hanno fruito di un contributo economico ad integrazione del reddito e 81 di assistenza sociale domiciliare e di pronto sociale domiciliare.

L'UFSMA, sempre in collaborazione con il servizio sociale, nel 2012 ha allestito un piano cittadino di miglioramento qualitativo degli inserimenti lavorativi delle persone con patologie mentali (legge 68/99) con l'individuazione di tutor-dedicati al monitoraggio e al supporto di tale inserimento con 183 progetti, di cui 36 nuovi, 20 conclusi, 15 interrotti e 8 tirocini attivati.

Altri importanti servizi di livello intermedio sono i Centri diurni di assistenza psichiatrica che nel 2012 hanno accolto 301 utenti in carico al servizio di salute mentale: di questi la maggior parte (98%) ha frequentato centri diurni privati.

Tra i servizi residenziali vi sono le Residenze di assistenza psichiatrica dove nel 2012 sono stati assistiti 290 utenti, di cui 122 inseriti presso strutture a gestione diretta e 168 presso strutture private. Nel 2012 è proseguito il progetto regionale Autonomia – Casadasé, in collaborazione con l'associazione "Autismo Firenze". La struttura diurna, aperta nel 2011 nel Quartiere 2 – Campo di Marte di Firenze, ha accolto nel 2012 5 giovani autistici adolescenti e 6 soggetti in età adulta con disturbi dello spettro autistico. Obiettivo del progetto è quello di incrementare o sviluppare abilità di autonomia personale e di comunicazione e permettere a queste persone un migliore adattamento alla vita di comunità senza il supporto continuo dei loro genitori. Sempre per le persone affette da disturbi dello spettro autistico, ogni Unità Funzionale salute mentale adulti ha destinato, all'interno delle proprie articolazioni, competenze mediche, psicologiche e di educatore professionale, specificamente formate sull'autismo, per garantire a queste persone la continuità della assistenza e del progetto terapeutico nel passaggio dall'infanzia alla maggiore età.

Un altro servizio dedicato alle persone portatrici di disagio psichico e provenienti nello stesso tempo da contesti socio-abitativi marginali, è l'accoglienza in Gruppi Appartamento. Si tratta di strutture a bassa soglia di protezione assistenziale che nel 2012 hanno accolto 11 persone che necessitano di un supporto abitativo adeguato, presidiato da funzioni

educative per permettere l'acquisizione di progressivi livelli di autonomia. Anche per il 2012 l'UFSMA ha proseguito nella realizzazione del [Progetto IESA](#) sviluppato con l'intento di inserire persone con disturbi psichici non gravi in un ambiente familiare affidatario idoneo: nel corso dell'anno sono stati attivati 8 affidamenti familiari.

Nel corso dell'anno si è lavorato anche per la creazione di una rete di interventi per favorire l'autonomia e il reinserimento sociale delle persone con disturbi di salute mentale e per fornire un supporto alle loro famiglie anche attraverso contatti diretti al domicilio. Presso i locali della Casa della Cultura di Firenze sono stati attivi: due giorni a settimana il Punto di ascolto per utenti e familiari; un giorno a settimana un gruppo di auto aiuto per persone con problemi di salute mentale; un giorno a settimana un gruppo rivolto a persone che odono le voci. Inoltre presso il Q4 in collaborazione con il modulo operativo multiprofessionale è stato attivato un gruppo di auto aiuto rivolto ai cittadini del Quartiere. Infine, tramite un protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, la Rete Toscana degli utenti della Salute mentale, l' AISMe e la Casa della Cultura è stato costituito il Centro regionale per lo sviluppo dell'auto aiuto psichiatrico dove mensilmente i gruppi di auto aiuto della Toscana si incontrano per pianificare le attività e in modo particolare per realizzare eventi di sensibilizzazione della cittadinanza su temi di salute mentale. Fra le varie iniziative del centro è da menzionare la costituzione di un coordinamento nazionale degli utenti della salute mentale.

Ospedalizzazione per malattie psichiche

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) per tutto il 2009 è stato interessato da un complesso lavoro di ristrutturazione aziendale con una conseguente riduzione dei posti letto che ha avuto ricadute non solo sul numero e la qualità dei ricoveri ma anche sulla risposta territoriale. Quella di Firenze è stata la zona direttamente interessata dalla chiusura dei posti letto: in particolare S. Maria Nuova fa fronte alla diminuzione dei posti letto riducendo tra il 2007 e il 2009 la durata media della degenza (8,8 giornate di ricovero nel 2007, 5,4 nel 2009 e 6,24 nel 2011) e delegando la risposta di primo ricovero a Le Oblate e a Poggio Sereno.

Tav.64 Tasso di primo ricovero e di ospedalizzazione (per 1.000) per malattie psichiche per zone distretto, Ausl 10 e Regione Toscana - Anni 2002 e 2012

Zone distretto	Tasso di primo ricovero*		Tasso di ospedalizzazione**	
	2002	2012	2002	2012
Firenze	5,2	3,4	8,0	5,7
Fi-No	3,9	2,4	5,4	3,7
Fi-SE	3,0	2,8	4,0	4,0
Mugello	3,2	2,0	4,7	3,0
Ausl 10	4,2	2,9	6,3	4,6
Toscana	3,3	2,3	4,6	3,4

Fonte: Ars <https://www.ars.toscana.it/marsupio/sds/>

Note: (*) Ricoverati

(**) Ricoveri

Considerando il periodo temporale degli ultimi dieci anni (2002-2012) si può notare che i tassi di primo ricovero e di ospedalizzazione per malattie psichiche mostrano una tendenza alla progressiva riduzione per i residenti di tutte le zone distretto della Ausl 10: Firenze, in particolare, pur continuando a mantenere valori al di sopra sia di quelli aziendali che di quelli regionali, mostra un significativo calo nel tasso di primo ricovero per queste malattie che passa dal 5,2‰ del 2002 al 3,4‰ del 2012, diminuzione che appare poi particolarmente evidente nel caso del tasso di ospedalizzazione che dall' 8‰ del 2002 scende al 5,7‰ del 2012.

Per la zona di Firenze nel 2012 si registrano lievi differenze di genere nel tasso di ospedalizzazione, che è di 6,2‰ per i maschi e di 5,3‰ per le femmine.

Nel 2011 la AUSL 10 registra un tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi, dato dal rapporto tra il numero pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi e la popolazione residente "pesata" per età con i pesi per farmaceutica del Piano Sanitario regionale, pari al 9,83, in linea con quello registrato a livello regionale (9,91). Differenze si riscontrano invece nella distribuzione per genere: nell'AUSL 10 per le femmine è pari al 12,88 ogni 100 donne residenti; per i maschi al 6,48 ogni 100 uomini residenti.

Per ultimo si fornisce il valore del rapporto standardizzato di mortalità per suicidio, che esprime il rapporto tra il numero decessi per suicidio e il numero di decessi "attesi" secondo la struttura per età dei residenti e i tassi di mortalità per età, specifici per suicidio in Toscana. Per il triennio 2008-2010 per l'Ausl 10 questo è pari a 101,2 per 100.000 abitanti (88,5 per le femmine e 105,3 per i maschi). A livello regionale il rapporto più alto si registra nell'Ausl 7 di Siena con 136,7 suicidi ogni 100.000 abitanti mentre quello più basso è dell'Ausl 11 di Empoli, pari a 57,5.

In termini di valori assoluti si rileva che, nel triennio considerato, a livello regionale ci sono stati 818 decessi per suicidio (177 sono femmine e 641 sono maschi) di cui 184 nel solo territorio della Ausl 10 (di cui 35 femmine e 149 maschi) con una relativa incidenza in termini percentuali pari al 22,5%.

Salute mentale infanzia-adolescenza

La prima segnalazione del disagio del minore viene effettuata sempre da parte della famiglia che si rivolge, per la maggior parte dei casi, al pediatra, che provvede a inviare il minore al servizio di salute mentale infanzia e adolescenza. Dopo la prima fase di accesso, il paziente viene valutato da parte del gruppo multidisciplinare UFSMIA per la definizione del percorso di assistenza sociosanitaria contenente le azioni e le risorse necessarie alla soddisfazione dei bisogni del minore; a seguito della valutazione il minore viene inviato ai servizi specialistici di II livello.

Nel 2012 gli utenti dei servizi di salute mentale per infanzia-adolescenza sono stati 3.112, di cui 1.541 rappresentati da nuovi utenti presi in carico nel corso dell'anno, in aumento del 63,6% rispetto al 2010.

Tav.65 Utenti dei Servizi di salute mentale infanzia-adolescenza per Zona-Distretto - valori assoluti e tassi per 1.000 ab. (età <18 anni). Firenze e AUSL 10 - Anni 2010-2012

Zone Distretto	Utenti totali		Nuovi utenti	
	N°	Tasso	N°	Tasso
2011				
Firenze	3.112	61,2	1.541	30,3
Fiorentina Nord-Ovest	1.789	51,2	854	24,5
Fiorentina Sud-Est	1.438	54,0	618	21,2
Mugello	672	61,6	305	28,0
AUSL 10	7.011	58,3	3.318	26,9
2011				
Firenze	2.954	56,3	1.045	19,9
AUSL 10	5.820	46,2	2.303	18,3
2010				
Firenze	3.060	59,2	942	18,2
AUSL 10	5.910	47,5	2.060	16,6

Fonte: Relazione sanitaria aziendale - Azienda Usl 10 Firenze

Il tasso medio di utenti per 1.000 abitanti di Firenze (61,2) è superiore al dato medio della Ausl 10 (58,3) e registra una crescita del +8,7% rispetto al 2011: tale aumento è imputabile alla nuova riorganizzazione interna adottata dall'UFSMIA zona Firenze che creando un unico Front Office cittadino (con CUP) ha permesso una risposta nell'assegnazione della prima visita più efficiente e veloce rispetto all'anno precedente.

Nel 2012 il rapporto tra nuovi utenti ed utenti totali è pari al 49,5%, in crescita rispetto al 2011, quando era pari al 35,4%.

Fra le attività promosse dall'Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza (UFSMIA) sul territorio, nel corso del 2012, sono da menzionare:

- il progetto regionale che prevede la diagnosi precoce e la presa in carico di bambini con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) e la messa in atto di trattamenti riabilitativi appropriati che ha seguito 40 bambini;
- la realizzazione di un centro diurno che ha accolto 10 ragazzi con patologia autistica garantendo loro un percorso abilitativo e socio-riabilitativo. Il centro è stato finanziato dalla Regione Toscana e della Cassa di Risparmio di Firenze e realizzato con la collaborazione dell'Associazione AIABA;
- il protocollo tra ASL 10 Firenze - UFSMIA e Ministero di Giustizia - che è stato reso operativo per gli interventi di urgenza su minori, inseriti presso IPM (Istituti Penali per Minorenni), in fase di scompenso psichiatrico acuto: sono stati 10 i minori segnalati dall'IPM;
- la collaborazione fra gli operatori dell'UFSMIA zona Firenze, e gli operatori del Comune di Firenze sul percorso adozione con l'attivazione

- di 10 corsi di informazione-formazione per le coppie adottanti e l'effettuazione di gruppi di sostegno post-adottivo per le coppie che hanno già adottato (circa 80 coppie);
- la collaborazione fra UFSMIA e Consulitori per adolescenti (Centri Consulenza Giovani) per l'accoglienza e la presa in carico integrata degli "adolescenti critici", dei "minori che hanno effettuato IVG", e per il sostegno alla genitorialità per minori e giovani con disagi psico-sociali;
 - la definizione dei percorsi per le situazioni di scompenso adolescenziale acuto, attraverso la stretta collaborazione fra UFSMIA, Struttura Operativa Dipartimentale (SOD) di Neuropsichiatria infantile di Careggi, AOU Meyer e Salute Mentale Adulti. Si prevede inoltre lo sviluppo di una comunità residenziale per minori "rinforzata", centri diurni in grado di accogliere minori con disagio grave e una comunità terapeutica;
 - nel corso del 2012 è stato finanziato nuovamente il "Progetto d'Intervento Terapeutico in Acqua" P.I.T.A. in collaborazione fra il Comune di Firenze e la SdS Firenze, svolto nelle piscine fiorentine, rivolto a 104 minori con psicopatologia infantile grave e finalizzato allo sviluppo delle interazioni sociali, della comunicazione sia verbale che non verbale, delle abilità motorie di base e all'ampliamento delle competenze e degli interessi dei ragazzi.

Altre attività promosse nel territorio

Anche per il 2012 le Associazioni che fanno parte della Consulta per la Salute Mentale - affiancate da altre Associazioni di volontariato attive nel campo delle terapie di supporto alla promozione del benessere dei cittadini con disturbi psichici - hanno organizzato con il supporto del Comune e della Società della Salute, il "mese della salute mentale", un mese di iniziative programmate per sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche legate alla tutela della salute mentale e per mettere in evidenza i problemi che maggiormente stanno a cuore alle famiglie (inserimenti lavorativi; abitazioni protette; "dopo di noi").

Infine nel corso del 2012 è stato riproposto il "Progetto d'Intervento Terapeutico in Acqua" P.I.T.A. in collaborazione fra il Comune di Firenze e la SdS Firenze, svolto nelle piscine fiorentine, rivolto a minori con psicopatologia infantile grave e finalizzato allo sviluppo delle interazioni sociali, della comunicazione sia verbale che non verbale, delle abilità motorie di base e all'ampliamento delle competenze e degli interessi dei ragazzi. I bambini coinvolti sono stati 120.

Dipendenze

Sintesi

Gli utenti dei Servizi per le dipendenze

Nel 2012 gli utenti dei servizi per le dipendenze della zona Firenze sono stati 3.405 (compresi i 440 utenti del carcere di Sollicciano) pari al 72,9% dell'utenza dell'intera Ausl 10.

L'86,1% degli utenti sono persone con problemi di dipendenza da alcol e droga, seguono, in ordine di importanza, i tabagisti (6,4%) e i giocatori d'azzardo (5,5%). Nel triennio 2010/2012 la loro presenza è diminuita del 8,7, mentre sono aumentate quella dei tabagisti (+10,5%) e quella dei giocatori di azzardo (+34,7%). Oltre l'80 % dell'utenza è di genere maschile. Riguardo all'età, il 46,8% degli utenti dei Ser.T. sono 40enni, i ragazzi fino a 19 anni sono il 6,6% e i giovani tra 20 e 24 anni il 7,9%. Per i S.A.T. il 41,8% degli utenti ha più di 50 anni.

Gli utenti del Ser.T e del S.A.T. reclusi a Sollicciano

Considerando fra gli utenti del Ser.T. e del S.A.T. quelli reclusi a Sollicciano, si rileva, rispetto al 2011 un progressivo aumento. Nel 2012 gli utenti del Ser.T. registrano un incremento del 14,6%, quelli del S.A.T. del 44,9% passando dai 49 utenti a 71.

Eroina la sostanza di abuso primario per gli utenti dei Ser.T. In aumento i cocainomani

L'eroina si conferma la principale sostanza di abuso primario delle persone che si presentano ai Ser.T. (69,7%), in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente quando rappresentava il 71,3% del totale. In aumento i dati relativi agli utenti in carico con uso primario di cocaina (14,9 nel 2012 e 11,5% nel 2011), mentre sono stabili quelli di hashish (14,1% nel 2012 e 13,5% nel 2011).

Gli utenti nelle strutture riabilitative e nelle Comunità terapeutiche

Nel 2012 aumentano leggermente i soggetti inseriti presso Strutture Riabilitative: 188 vs 169 del 2011 e aumentano anche gli utenti alcolisti inseriti presso Comunità Terapeutiche, dai 61 del 2011 si arriva a 87 utenti nel 2012.

Attività di promozione della salute e prevenzione dell'uso di sostanze e comportamenti a rischio

Nell'ambito dei servizi di promozione della salute e di prevenzione dell'uso di sostanze e comportamenti a rischio, il Comune di Firenze ha proseguito nella realizzazione di diversi progetti, fra i quali lo "Spazio di ascolto per adolescenti, genitori e adulti significativi" che ha accolto nell'anno circa 80 utenti e ha proseguito la propria attività di prevenzione e informazione

rispetto alle sostanze di abuso e sulle sostanze psicotrope tramite il sito internet www.sostanze.info che nel 2012 ha registrato 1.598.360 accessi

I numeri delle dipendenze

N° utenti dei servizi per le dipendenze- zona Firenze <i>di cui</i>	2.965
<i>% utenti con dipendenze da alcol e droga</i>	86,1%
<i>% tabagisti</i>	6,4%
<i>% giocatori d'azzardo</i>	5,5%
N° nuovi utenti dei Ser.T. presi in carico nel 2012	284
N° persone recluse a Sollicciano utenti dei Ser.T.	368
% utenti del Ser.T. carcerario 2012/2011	+15%
N° nuovi utenti dei S.A.T. presi in carico nel 2012	132
N° persone recluse a Sollicciano utenti dei S:A.T.	71
Servizi residenziali	
N° persone inserite presso Strutture Riabilitative	188
N° persone inserite presso Comunità terapeutiche	87
Rapporto standardizzato di mortalità per overdose per 100.000 ab.	107

I Servizi per le tossicodipendenze offrono consulenza e assistenza medica, psicologica e sociale per ogni problema legato all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, droghe sintetiche) e legali (alcol, tabacco e farmaci). Offrono, inoltre, assistenza e consulenza per le nuove forme di dipendenza comportamentali come il gioco d'azzardo patologico (GAP), la videodipendenza e la compulsione alla spesa.

Per la sola zona di Firenze gli utenti totali dei servizi per le dipendenze per il 2012 sono stati 3.405 (compresi i 440 utenti del carcere di Sollicciano), pari al 66,6% dell'utenza dell'intera Ausl 10.

Tav.66 Utenti dei Servizi per tossicodipendenza per tipo problema. Valori assoluti. Firenze e Ausl 10 Anni 2010 – 2012

zone	TD	alcol	Tabacco	GAP	Altro	totale
2012						
Firenze	1.608	944	189	163	61	2.965
Fiorentina Nord-Ovest	513	140	1	10	10	674
Fiorentina Sud-Est	362	116	139	4	5	626
Mugello	228	94	68	8	7	405
ASL 10	2.711	1.294	397	185	83	4.670
Carcere Sollicciano	368	71	0	0	1	440
2011						
Firenze	1.832	1.025	143	140	64	3.204
ASL 10	2.873	1.342	320	152	80	4.767
Carcere Sollicciano	321	49	0	1	2	373
2010						
Firenze	1.698	1.097	171	121	58	3.145
ASL 10	2.721	1.380	307	128	78	4.614
Carcere Sollicciano	189	34	0	0	0	223

Fonte: ASF - Le dipendenze nel territorio dell'Azienda Sanitaria Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

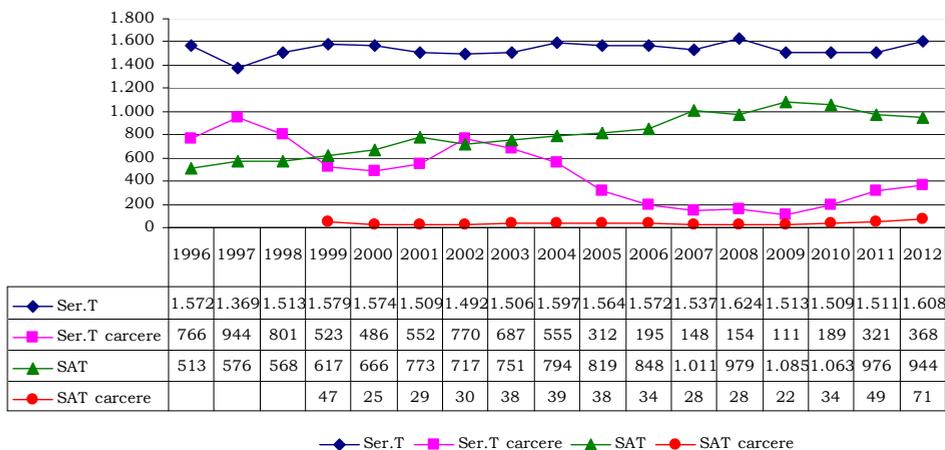
Le persone con problemi di dipendenza da alcol e droga rappresentano la maggior parte degli utenti (86,1%), seguiti, in ordine di importanza, dai tabagisti (6,4%) e dai giocatori d'azzardo (5,5%). Nel triennio 2010/2012 è andata aumentando la presenza dei giocatori di azzardo (+19,7%) e quella dei tabagisti (+10,5%).

Sono 2.552 gli utenti tossicodipendenti e alcol dipendenti che si rivolgono ai servizi territoriali che si occupano della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione e del reinserimento sociale nei settori della tossicodipendenza (Ser.T.) e dell'alcolismo (SAT). Si deve tenere presente che l'utenza dei servizi di riferimento sottostima il fenomeno della diffusione della tossicodipendenza ed in particolare dell'alcolismo, in

quanto solo una parte dei soggetti con tali problematiche si rivolge ai servizi sanitari.

La serie storica dal 1996 al 2012 per la zona di Firenze mostra un andamento alterno per quanto riguarda l'utenza dei Ser.T. che, dopo anni di costante crescita culminata nel 2008 col raggiungimento del massimo del periodo considerato con 1.624 utenti, ritorna nel triennio 2009/2011 ai livelli dei primi anni del 2000 per poi nel 2012 tornare a salire.

Graf.67 Utenti dei Ser.T. e dei SAT - Zona Firenze. Anni 1996 - 2012



Fonte: ASF - Le dipendenze nel territorio dell'Azienda Sanitaria Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

Riguardo agli utenti dei SAT dal 1996 l'andamento è pressoché in crescita continua fino al 2007, anno a partire dal quale l'utenza si stabilizza per poi diminuire dal 2011, registrando nel 2012 una diminuzione del -11,2% rispetto al 2010.

Per gli utenti del carcere di Sollicciano il forte decremento registrato dal 2002 al 2011 è dovuto alla sostituzione della cartella cartacea con quella informatizzata che ha permesso di non duplicare i soggetti che erano già in carico al Ser.T. sul territorio per registrare solo coloro che sono in carcere ma non sono già in carico al Ser.T.

Le tossico-dipendenze

Il numero di soggetti con problematiche di abuso/dipendenza da sostanze illegali, seguiti dai Ser.T. territoriali di Firenze escluso il carcere di Sollicciano, risulta in aumento rispetto al precedente anno passando da 1.511 utenti seguiti nel 2011 a 1.608 nel 2012. Per quanto riguarda i soli utenti del Ser.T. carcerario si registra un incremento del 14,6%, passando da 321 utenti nel 2011 a 368 nel 2012.

Oltre l'80 % dell'utenza è di genere maschile, sia comprendendo (85%) che escludendo (83%) Sollicciano.

I nuovi utenti presi in carico nel 2012 sono stati 465 – di cui 181 nel Ser.T. di Sollicciano – e rappresentano il 23,5% dell’utenza totale (il 17,7% escludendo Sollicciano).

Tav.67 Utenti dei Ser.T. e utenti inviati in comunità terapeutiche. Valori assoluti e tassi per 1.000 ab. (15-64 anni). Firenze e Ausl 10 - Anni 2010 - 2012

Zone Distretto	Utenti in carico		Nuovi utenti		Utenti inviati in comunità terapeutiche	
	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	% utenti totali
2012						
Firenze	1.608	7,3	284	1,3	188	11,7
Fiorentina Nord-Ovest	513	3,9	89	0,7	67	13,1
Fiorentina Sud-Est	362	3,5	71	0,7	59	16,3
Mugello	228	5,4	34	0,8	20	8,8
AUSL 10	2.711	5,4	478	0	334	12,3
Carcere Sollicciano	368	-	181	-	-	-
2011						
Firenze	1.511	6,5	247	1,1	169	11,2
AUSL 10	2.552	4,9	408	0,8	302	11,8
2010						
Firenze	1.509	6,5	249	1,1	165	10,9
AUSL 10	2.532	4,9	430	0,8	292	11,5

Fonte: ASF - Le dipendenze nel territorio dell’Azienda Sanitaria di Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

Considerando la distribuzione dell’utenza per fascia d’età, compreso Sollicciano, va evidenziato che la fascia di popolazione maggiormente rappresentata è quella da 40 anni in poi, pari al 46,8%. I dati relativi alla fascia di popolazione giovanile presente nei Ser.T. indicano che i ragazzi fino a 19 anni sono il 6,6% (131 utenti) e i giovani tra 20 e 24 anni il 7,9% (156 utenti).

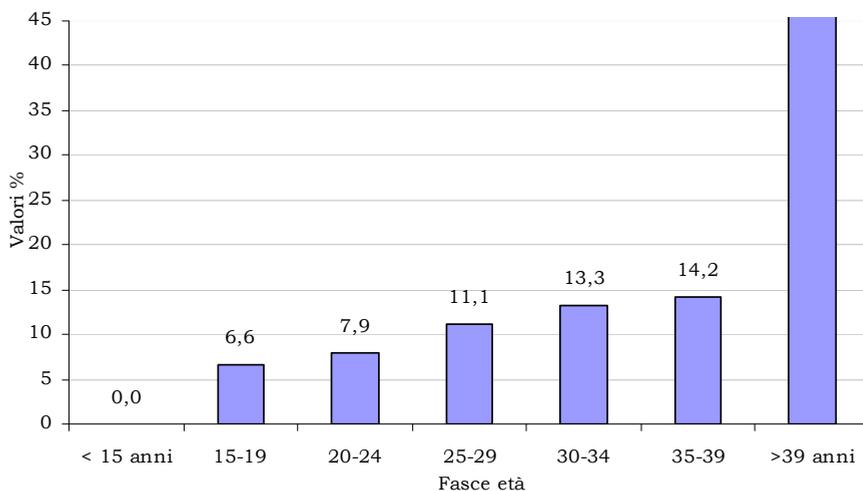
Si conferma la centralità dell’eroina come sostanza di abuso primario delle persone che si presentano ai Ser.T. (69,7%), in leggera diminuzione rispetto all’anno precedente quando rappresentava il 71,3% del totale. In aumento invece i dati relativi agli utenti in carico con uso primario di cocaina (14,9% nel 2012 vs 11,5% nel 2011) mentre sono stabili i consumatori di hashish come sostanza di uso primario (14,1% nel 2012 vs 13,5% nel 2010 e nel 2011).

Per la zona di Firenze, escluso il carcere di Sollicciano, sia i nuovi casi che gli utenti già in carico (rispettivamente pari ad un’incidenza di 1,3 e ad una prevalenza di 7,3 utenti per 1.000 abitanti con età compresa tra 15 e 64 anni) risultano superiori ai valori delle altre tre Zone ed a quelli medi della Ausl 10 (1,0 e 5,4).

Nel 2012 sono in costante aumento i soggetti inseriti presso Strutture Riabilitative – 188, di cui 48 femmine e 140 maschi, pari all’56,3%

dell'utenza totale – rispetto ai 165 utenti del 2010, di cui 44 femmine e 121 maschi.

Graf.68 Distribuzione % degli utenti dei Ser.T. per fascia d'età (compreso Sollicciano) – Firenze - Anno 2012



Fonte: ASF - Le dipendenze nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

La frequenza del fenomeno della tossicodipendenza valutata a partire dai dati di utenza dei servizi è largamente sottostimata. Infatti i dati di letteratura indicano che per ogni tossicodipendente da eroina conosciuto al Ser.T. si hanno 2,8-3 tossicodipendenti sconosciuti.

Per il periodo 2007/2009 nella AUSL 10 il **rapporto standardizzato di mortalità per overdose totale**, che esprime il rapporto tra il numero decessi per overdose e il numero di decessi "attesi" secondo la struttura per età dei residenti e i tassi di mortalità per età, specifici per overdose in Toscana, è pari a circa 96 ogni 100.000 abitanti, per le donne scende a 92,4 mentre per gli uomini è pari a 97,2.

L'etilismo

Il numero di soggetti seguiti dai S.A.T. territoriali di Firenze, escluso il carcere di Sollicciano, risulta in leggero calo rispetto all'anno precedente passando da 976 nel 2011 a 944 nel 2012. Nel caso invece del S.A.T. carcerario si rileva un progressivo aumento del numero degli utenti: da 34 nel 2010 a 49 nel 2011 fino ad arrivare a 71 nel 2012. Oltre il 70% dell'utenza è di genere maschile.

I nuovi utenti presi in carico nel 2012 sono stati 166 - di cui 34 nel S.A.T. di Sollicciano - e rappresentano il 16,4% dell'utenza totale.

Considerando che nel 2009 i nuovi utenti erano stati 405 (di cui 10 a Sollicciano) e nel 2010 167 (di cui 22 a Sollicciano), la diminuzione di utenza registrata – concentrata peraltro quasi per intero presso il Presidio

Basilewsky – può essere spiegata sia dal calo di nuovi utenti alcol-dipendenti che dal trasferimento di coloro che hanno frequentato il SAT per la restituzione della patente ritirata per guida in stato di ebbrezza al Centro di Consulenza Alcolologica (CCA). Tale Centro è stato attivato nel 2010 per fornire esattamente la medesima prestazione di consulenza per presunti abusatori espletata per il 2009 dal SAT Basilewsky.

Tav.68 Utenti dei SAT ed utenti inviati in Comunità terapeutiche- valori assoluti e tassi per 1.000 ab.ti (età >=15 anni). Firenze e Ausl 10 - Anni 2010-2012

Zone Distretto	S.A.T.				Utenti inviati in comunità terapeutiche	
	Utenti in carico		Nuovi utenti		N°	% utenti totali
	N°	Tasso	N°	Tasso		
2012						
Firenze	944	3,0	132	0,4	87	9,2
Fiorentina Nord-Ovest	140	0,8	41	0,2	11	7,9
Fiorentina Sud-Est	116	0,8	29	0,2	14	12,1
Mugello	94	1,6	20	0,3	7	7,4
ASL 10	1.294	1,9	222	0,3	119	9,2
Carcere Sollicciano	71	-	34	-	0	
2011						
Firenze	976	3,1	148	0,5	61	6,3
ASL 10	1.293	1,9	243	0,3	83	6,4
2010						
Firenze	1.063	3,3	145	0,4	51	4,8
ASL 10	1.346	1,9	232	0,3	68	5,1

Fonte: ASF - Le dipendenze nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

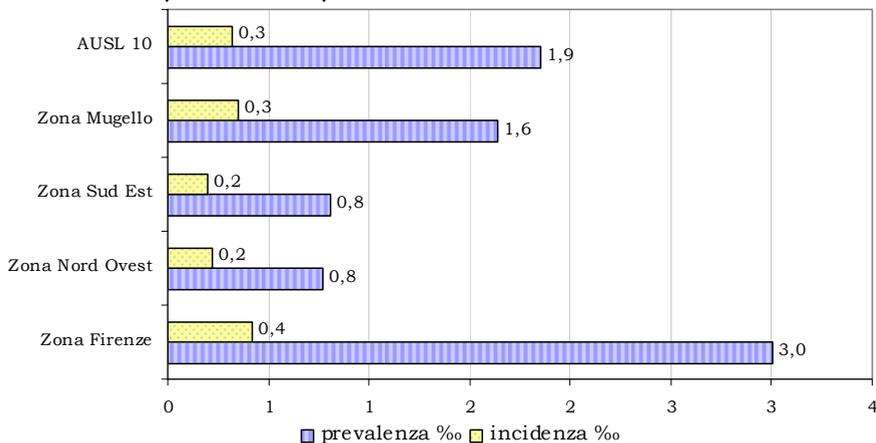
Considerando la distribuzione dell'utenza dei S.A.T. dell'intera AUSL 10 per fasce d'età, va evidenziato che la fascia di popolazione maggiormente rappresentata è quella che va dai 40 ai 49 anni col 32,1% del totale. Rispetto agli utenti seguiti dai Ser.T., la popolazione dei S.A.T., appare senza dubbio più "anziana": il 41,8% degli utenti ha più di 50 anni.

Considerando, con l'esclusione del carcere di Sollicciano, gli utenti che sono in carico presso i S.A.T. della zona di Firenze ed i nuovi utenti rispetto alla popolazione residente nel territorio fiorentino di età >= 15 anni ogni 1.000 abitanti, si rileva che per Firenze il tasso di prevalenza è pari a 3,0 e quello di incidenza è pari allo 0,4. Tali valori sono più alti rispetto ai valori medi della Ausl 10 (rispettivamente pari a 1,9 e 0,3) e a quelli delle altre tre zone.

Per quanto riguarda gli utenti alcolisti inseriti presso Comunità Terapeutiche si rileva un aumento costante: nel 2012 gli utenti sono 87 – di cui 60 maschi e 27 femmine, pari al 9,2% dell'utenza in carico – mentre nel 2011 gli inserimenti presso le strutture riabilitative erano stati 61, pari al 6,4%.

A proposito dell'utenza dei S.A.T. si può presumere che una quota-parte di questa provenga da un bacino di utenza più ampio rispetto ai soli residenti fiorentini.

Graf.69 Tassi di incidenza e prevalenza di alcolisti per zona (escluso Sollicciano) per 1.000 abitanti (età >=15 anni). Firenze e Asl 10 – Anno 2012



Fonte: Nostre elaborazioni su dati ASF - Le dipendenze nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze: Bollettino 2012 e andamento anni 1996-2012

E', infine, da tenere presente che l'utenza dei servizi sottostima largamente la dimensione reale del fenomeno.

Servizi di prevenzione e contrasto alle dipendenze

Il Comune di Firenze nell'ambito delle dipendenze svolge il compito di progettazione e coordinamento di interventi di promozione della salute, prevenzione dell'uso di sostanze e di comportamenti a rischio, di consulenza e ricerca sulla diffusione e sul consumo di droghe e sullo sviluppo di nuove metodologie e strategie di intervento. In particolare, per l'anno 2012, le attività ed i servizi hanno interessato le seguenti aree:

- **Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio:**
 - Progetto "Spazio di ascolto per adolescenti, genitori e adulti significativi", spazio di riferimento per situazioni in cui vi siano un adolescente e/o genitori che manifestino un disagio e avvertano la necessità di informazioni sulle eventuali cause o su come comportarsi: nel 2012 sono stati 80 gli utenti del servizio;
 - Progetto Arcobaleno – Sostegno all'autonomia di soggetti tossicodipendenti, promuove programmi individuali di reinserimento per utenti in carico ai Ser.T. attraverso l'integrazione di servizi pubblici e privato sociale, con particolare riguardo alla prevenzione ed al percorso di assistenza territoriale e all'assistenza residenziale e semiresidenziale. Inoltre sostiene il reinserimento sociale di soggetti segnalati dai Ser.T. all'interno del Centro

Arcobaleno tramite l'organizzazione di molteplici attività, che nel 2012 hanno interessato 10 utenti;

- Progetto CEIS/Ponte Rosso, promuove attività finalizzate allo sviluppo delle capacità personali ed alla promozione dell'autonomia all'interno di uno spazio di socializzazione. Nel 2012 si sono registrati 20 utenti;
- Progetto "Porte Aperte/Insieme" per l'accoglienza a bassa soglia di tossicodipendenti multiproblematici, in condizione di grave marginalità sociale che nel 2012 ha coinvolto 41 utenti;
- Progetto "Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso", promuove attività di prevenzione nel settore delle sostanze d'abuso e di informazione sulle sostanze psicotrope tramite il internet www.sostanze.info che dagli 894.962 accessi registrati nel 2011 è passato ai 1.598.360 accessi del 2012;
- Progetto "Divertimento sicuro", svolge attività di prevenzione nei luoghi di divertimento notturno per promuovere nei giovani stili di vita sicuri, sollecitare il loro senso di responsabilità e consapevolezza rispetto alla guida. Nel 2012 sono state contattate 1186 persone.
- Progetto di alta integrazione sociosanitaria S.Lorenzo, che effettua attività di intercettazione e accompagnamento ai servizi di utenti marginali. Nel 2012 sono state intercettate 220 persone.

- **Attività ricreative, sociali e culturali:**

- Interventi rivolti alla popolazione giovanile sull'intero territorio fiorentino per individuare la domanda emergente rispetto ai servizi e per promuovere azioni di riflessione e sensibilizzazione sui comportamenti a rischio. Il Centro JAVA, in particolare, è un Centro giovani per lo sviluppo di interventi di prevenzione primaria delle dipendenze rivolti ad adolescenti e famiglie, di progetti di peer education, di orientamento sugli stili di vita e di promozione di sinergie con altri Enti. Nel corso del 2012 si sono rivolte al Centro Java circa 2.300 persone. In collegamento alle iniziative del centro è stato realizzato il progetto "Street worker", che ha promosso verso la popolazione giovanile sul territorio fiorentino azioni di riflessione e sensibilizzazione sui comportamenti a rischio;
- Realizzazione di serate di informazione e prevenzione presso locali notturni rivolte a persone giovani. Nel 2012 sono state contattate 435 persone;

- **Sostegno socio-educativo territoriale:**

Presso Villa Lorenzi si è svolto un progetto per la realizzazione di attività di prevenzione ed azioni educative per minori tossicodipendenti che nel 2012 ha coinvolto 20 utenti; inoltre è stato attivato il progetto "Ri-trovare insieme - Villa Lorenzi" con l'obiettivo di creare spazi e sviluppare interventi per il sostegno socio riabilitativo di giovani con problematiche relative all'uso saltuario di droghe leggere e di altre sostanze quali alcol,

cocaina ed ecstasy. In questo primo anno hanno partecipato alle attività 42 giovani, di cui 11 hanno terminato il percorso individuale e 6 hanno interrotto la partecipazione all'iniziativa. Il lavoro svolto nell'anno ha permesso di osservare più da vicino le problematiche dei giovani che, terminato l'obbligo scolastico, affrontano le difficoltà dell'inserimento nel mondo del lavoro e delle relazioni sociali. Sono stati realizzati 96 incontri di gruppo con i ragazzi; e sono stati attuati 4 laboratori.

Da segnalare infine il progetto che l'AUSL10 ha realizzato con i finanziamenti privati per la realizzazione di interventi riabilitativi a favore di pazienti tossicodipendenti del SERT. Nel 2012 sono stati attivati 12 interventi che hanno riguardato la formazione, il recupero psicofisico e l'ampliamento della rete relazionale dei pazienti. Inoltre è stato prodotto un documento condiviso di buone prassi per la presa in carico di minori e giovani adulti ed è stato redatto un Progetto di fattibilità di una Comunità Terapeutico riabilitativa per minori e giovani adulti.

Povert  e marginalit 

Sintesi

Maggiore impegno dei servizi sociali a favore della popolazione povera in aumento

Nel 2012 in Italia   aumentata la percentuale delle persone povere sia in termini relativi che assoluti e tale aumento si   verificato in tutte le aree geografiche del territorio nazionale. Anche in Toscana, pur rimanendo a percentuali molto pi  basse del sud,   aumentata la popolazione povera. Il numero di persone in povert  relativa che si pu  stimare per Firenze risulta pari a 25.714. A questo va aggiunto che le incertezze economiche del mercato del lavoro allargano l'area della vulnerabilit  a individui che prima della crisi potevano sentirsi "protetti" e al contempo si   avuto un ridimensionamento della spesa pubblica, in particolare di quella collegata al welfare, che rende sempre pi  difficile far fronte alle esigenze di tutti.

Le risposte che il Comune di Firenze ha messo in atto sono sia contributi economici a integrazione del reddito erogati dai servizi sociali territoriali sia un sistema di accoglienza e integrazione per far fronte al fenomeno della "esclusione sociale" e altre risposte alle problematiche della casa.

I contributi economici per l'inclusione sociale

Nel 2012 sono stati 2.160 i percettori di contributi per la povert , ad integrazione del reddito: con tali contributi i servizi sociali riescono a raggiungere un povero ogni dodici. La percentuale pi  alta di percettori sono adulti (62%) seguiti da famiglie con minori (21%) e infine gli anziani (17%). Fra le tre tipologie di contributo previste dal regolamento Comunale (di inserimento, di sussistenza e finalizzato), quello finalizzato, destinato ad integrare i redditi di persone o famiglie per situazioni straordinarie, come il pagamento di bollette per luce, acqua e gas,   quello pi  frequentemente erogato (44%), subito seguito da quello di inserimento (35%) previsto per supportare le famiglie in difficolt  economiche a causa della perdita del lavoro da parte di uno dei componenti.

Le misure per far fronte alle problematiche abitative

Nel corso del 2012 sono state 218 le persone che hanno usufruito del subaffitto di alloggi a canone sostenibile o dell'assegnazione di alloggi di propriet  pubblica vs le 452 del 2010. Tale diminuzione si pu  imputare sia alla variabilit  del numero di alloggi (nuovi, ristrutturati o recuperati) effettivamente disponibili nel corso degli anni, sia, per la progressiva dismissione del progetto che riguarda gli alloggi di "Comune Garante" prescritta dal Consiglio Comunale.

Nel corso dell'anno   stato inoltre promosso dall'amministrazione fiorentina il progetto "Abitare solidale" che promuove forme di coabitazione tra giovani coppie, studenti, lavoratori e professionisti fuori sede, donne e uomini che non possono permettersi un'abitazione propria e

spesso neanche l'affitto per un posto letto e chi, proprietario di una casa o affittuario di un alloggio e.r.p. (edilizia residenziale pubblica) sente il bisogno di condividere i propri spazi di vita per avere un piccolo sostegno economico, un aiuto per le mansioni quotidiane, per mantenere alto il proprio livello di socialità. A regolare le coabitazioni attivate dall'iniziativa è un patto abitativo composto da due parti: il comodato d'uso precario, e un accordo solidale nel quale vengono esplicitati diritti e doveri dei coabitanti. Nel corso dell'anno sono stati attivati 186 contatti e sono partite 16 coabitazioni.

Maggiore coordinamento e integrazione per l'accoglienza

La riorganizzazione del sistema per l'accoglienza, avvenuta con la stipula della nuova convenzione fra Comune di Firenze e ASP Firenze Montedomini, ha portato ad un maggior coordinamento e integrazione dei posti fra strutture, comprendendo nella gestione anche quelle per immigrati e ex detenuti. Nel 2012 complessivamente il Polo della marginalità ha accolto 1.466 persone; poiché una persona può essere inserita in più strutture il totale delle persone accolte è stato di 1.712 e di queste il 51% è stato accolto in una struttura di primo livello - Pronto Intervento Sociale e pronta accoglienza/accoglienza notturna - e il 34% in una di 2° livello - accoglienza di medio periodo per le politiche di accompagnamento per il reinserimento sociale della persona.

Le persone accolte con il progetto "Emergenza freddo" sono state 424 (vs. i 493 del 2011 e 559 del 2010) per un totale di 134 posti. La diminuzione di utenza si può attribuire alla riorganizzazione del progetto che punta a privilegiare i residenti fiorentini e i veri senza fissa dimora, quelli cioè senza documenti o residenza, scoraggiando invece i pendolari dell'assistenza che negli anni scorsi erano molto presenti.

Con il progetto "Villa Pieragnoli" sono stati accolti 53 persone **richiedenti asilo politico** e il Centro Polifunzionale - **progetto PACI** - ha dato accoglienza a 188 cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria o umanitaria.

Politiche per l'integrazione degli immigrati: continuità assistenziale ospedale-territorio

Nel settembre 2011 è stata aperta la struttura di accoglienza "Casa Stenone" che nel 2012 ha ospitato 56 persone non iscritte al servizio sanitario nazionale offrendo loro continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera.

Con il "Progetto Stenone" sono state erogate 3.500 prestazioni di medicina generale e odontoiatriche che hanno interessato circa 700 persone.

Inoltre nell'ambito del Progetto "Unità territoriali - percorsi di uscita ospedale senza fissa dimora", è stato offerto sostegno e alloggio a 40 persone senza fissa dimora dimesse dall'Ospedale.

Interventi di contrasto alla prostituzione, alla violenza e agli abusi

Il progetto CIP contro la prostituzione di strada ha promosso azioni integrate volte alla prevenzione, al sostegno ed al reinserimento: nel 2012 l'Unità di Strada ha avuto 824 contatti.

Il centro anti violenza Artemisia, che, in stretta connessione con i servizi sociali territoriali, ha attivato interventi di protezione per donne e minori vittime di violenza, maltrattamento e/o abuso, offrendo consulenza e protezione attraverso l'accoglienza sia in emergenza che nel lungo periodo anche in Case Rifugio ad indirizzo segreto. Sono state 342 le donne prese in carico, di cui 17 inserite nella casa rifugio e 9 in struttura di emergenza.

I numeri della povertà

% famiglie italiane in condizione di povertà relativa	12,7
% famiglie toscane in condizione di povertà relativa	6,8
Stima n° famiglie fiorentine in condizione di povertà relativa	12.858
Stima di fiorentini in condizione di povertà relativa	25.174
<i>Servizi domiciliari</i>	
N° persone con almeno un contributo a integrazione del reddito	2.160
<i>di cui minori</i>	459
<i>di cui adulti</i>	1.336
<i>di cui anziani</i>	365
N° assegni di maternità concessi	306
N° assegni per il nucleo familiare concessi	254
N° contributi per affitto erogati	923
N° utenti con intermediazione abitativa e/o assegnazione dell'alloggio	218
<i>Servizi intermedi</i>	
N° utenti con servizio mensa	182
N° pasti erogate	186.722
N° docce erogate	27.419
<i>Servizi residenziali</i>	
N° utenti polo marginalità	1.466
N° persone accolte con il progetto "Emergenza freddo"	424
Richiedenti asilo	
N° utenti Villa Pieragnoli	53
N° utenti Centro polifunzionale PACI	188
Progetto CIP	
N° contatti unità di Strada	824
N° colloqui effettuati	111

Povert  e impoverimento

Il rapporto ISTAT relativo all'anno 2012 attribuisce una condizione di povert  relativa* a 3 milioni 232 mila famiglie italiane (pari al 12,7% delle famiglie residenti); le persone povere sono 9 milioni e 563 mila (il 15,5% dell'intera popolazione italiana). Rispetto agli anni passati la crisi economica ha determinato un incremento della sua incidenza.

Tav.69 Condizione povert  relativa in Italia. Anni 2008 – 2012

indicatori Italia	2008	2009	2010	2011	2012
famiglie condizione povert� relativa	2.737.000	2.657.000	2.734.000	2.782.000	3.232.000
% totale famiglie residenti	11,3	10,8	11	11,1	12,7
persone condizione povert� relativa	8.078.000	7.810.000	8.272.000	8.173.000	9.563.000
% popolazione	13,6	13,1	13,8	13,6	15,8
Soglia povert� relativa	� 986,35	� 983,01	� 992,46	� 1.011,03	� 990,88

Fonte: dati: Istat - <http://demo.istat.it/> ; Istat - La povert  in Italia - anno 2012

Forti sono le differenze territoriali: nel Nord e nel Centro sono povere rispettivamente il 6,2% e il 7,1% delle famiglie, mentre al Sud la percentuale raggiunge il 26,2%. In Toscana l'incidenza della povert  relativa   passata dal 5,3% del 2010 al 6,8% del 2012. Applicando quest'ultima alla realt  fiorentina, il numero stimato di famiglie in stato di povert  relativa risulta pari a 12.858, il valore pi  alto della stima dell'ultimo quinquennio; la stima del numero di individui poveri risulta pari a 25.714.

Tav.70 Stima numero famiglie e individui in condizione di povert  relativa a Firenze. Anni 2008 – 2012

indicatori	2008	2009	2010	2011	2012
incidenza povert� relativa toscana	5,3	5,5	5,3	5,2	6,8
famiglie residenti Firenze	178.509	181.944	184.043	185.252	189.089
stima famiglie povere a Firenze	9.461	10.007	9.754	9.633	12.858
popolazione residente Firenze	365.659	368.901	371.282	373.446	378.141
stima individui poveri a Firenze	19.380	20.290	19.678	19.419	25.714

Fonte: elaborazioni Osservatorio SdS Firenze su dati:

Istat - <http://demo.istat.it/> ; Istat - La povert  in Italia

Anagrafe dei residenti – Ufficio di Statistica del Comune di Firenze

*La stima dell'incidenza della povert  relativa viene calcolata sulla base di una soglia di povert  che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povert  relativa per una famiglia di due componenti   pari alla spesa media pro-capite del paese che nel 2012   risultata pari a 990,88 euro mensili.

In aumento anche la povert  assoluta**: in Italia 1 milione e 725 mila famiglie (pari al 6,8% delle famiglie residenti) risultano in condizione di

povertà assoluta – vs 1.126.000 famiglie del 2008 -, per un totale di 4 milioni e 814 mila individui (l'8% dell'intera popolazione) – vs 2.893.000 del 2008-.

Tav.71 Indicatori di Povertà assoluta - Italia - Anni 2008 - 2012

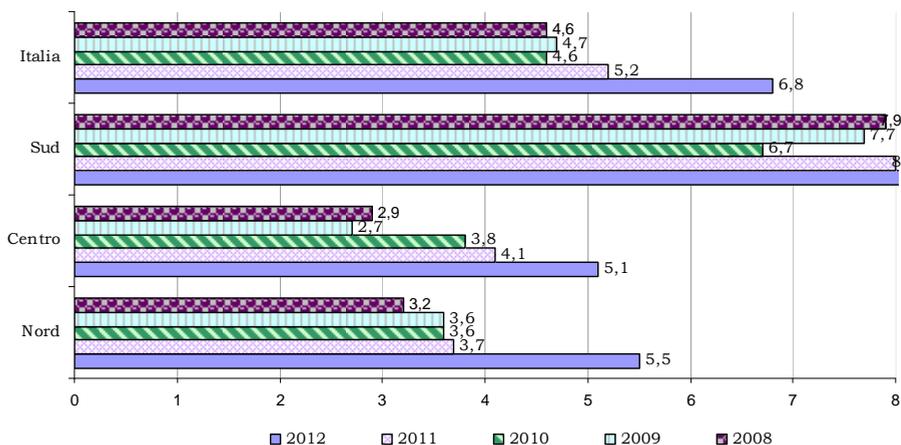
	2008	2009	2010	2011	2012
Famiglie povere	1.126.000	1.162.000	1.156.000	1.297.000	1.725.000
Incidenza famiglie	4,6	4,7	4,6	5,2	6,8
Persone povere	2.893.000	3.074.000	3.129.000	3.415.000	4.814.000
Incidenza persone	4,9	5,2	5,2	5,7	8,0
Intensità della povertà	17	17,3	17,8	17,8	17,3

Fonte: Istat - La povertà in Italia -

** La stima dell'incidenza della povertà assoluta (la percentuale di famiglie e di persone povere sul rispettivo totale delle famiglie e delle persone residenti in Italia) viene calcolata sulla base di una soglia di povertà che corrisponde alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un determinato paniere di beni e servizi. Tale paniere, nel caso specifico, rappresenta l'insieme dei beni e servizi che, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, sono considerati essenziali a conseguire uno standard di vita minimamente accettabile.

Il fenomeno è maggiormente diffuso nel Mezzogiorno, dove l'incidenza di povertà assoluta per le famiglie (9,8% nel 2012) è circa il doppio di quella osservata nelle altre zone del Paese.

Graf.70 Incidenza di povertà assoluta per le famiglie per ripartizione geografica. Anni 2008-2012 (valori percentuali)



Fonte: Istat - La povertà in Italia

Tra le famiglie residenti nel Nord la percentuale delle famiglie povere in termini assoluti si attesta al 5,5% e per il Centro al 5,1%, in aumento rispetto agli anni precedenti.

L'intensità della povertà (che indica in termini percentuali di quanto la spesa mensile delle famiglie assolutamente povere si colloca al di sotto della soglia di povertà) nel 2012, è risultata pari al 17,3% a livello medio

nazionale, dove raggiunge il 18,0% tra le famiglie residenti nel Mezzogiorno, il 17,0% per quelle del Centro e il 16,7% tra quelle del Nord. La soglia di povertà assoluta varia, per costruzione, in base alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla ripartizione geografica e alla dimensione del comune di residenza. Le incidenze più elevate si osservano tra le famiglie di maggiori dimensioni (se i componenti sono almeno cinque l'incidenza è pari al 17,2% e scende al 16,2% tra le coppie con tre o più figli) o di quelle monogenitore (9,1%); anche tra le famiglie con componenti anziani i valori di incidenza sono superiori alla media, soprattutto se si tratta di anziani soli (raggiungono il 6,2%).

Se la povertà è una condizione estrema di deprivazione che coinvolge solo una parte delle famiglie, la maggioranza delle famiglie non può dirsi in povertà ma ha a disposizione meno risorse economiche per vivere, incidendo quindi sul proprio tenore di vita.

Si parla quindi di un impoverimento delle classi medie e dei ceti popolari con una diminuzione sensibile dei redditi e dei consumi ma pur sempre al di sopra dei livelli di povertà.

Irpet ha stimato che la caduta del potere d'acquisto delle famiglie fra il 2008 e il 2012 in Toscana è stato di ben 6 punti percentuali, in Italia 9%, e gli effetti non si sono distribuiti in maniera uniforme nonostante la mitigazione dall'effetto degli ammortizzatori sociali (Cig).

Le problematiche e i servizi sociali

Il permanere di condizioni negative in termini di costo della vita, precarietà lavorativa e alto costo dei canoni d'affitto, determina un tendenziale allargamento della fascia di popolazione definita come "di nuova povertà". Le incertezze economiche del mercato del lavoro allargano l'area della vulnerabilità a individui che prima della crisi credevano di essere protetti: il rischio è che le persone bisognose di un aiuto aumentino ma le risorse per far fronte ai nuovi bisogni diminuiscano e che pure gli strumenti finora utilizzati non risultino più efficaci.

Le politiche dell'Amministrazione comunale in tema di inclusione sociale sono oggi poste di fronte ad una crescente problematicità, sia per il notevole impegno di risorse richiesto, sia per l'ampliamento della gamma di bisogni espressi.

Le persone seguite dai servizi sociali che hanno bisogno di un sostegno contro la povertà e di aiuti per uscire dall'esclusione sociale sono spesso multiproblematici con problemi di dipendenze e/o con problemi psichici.

Le risposte che il Comune di Firenze ha messo in atto possono essere contributi economici per integrare carenze reddituali, politiche messe in atto per far fronte alle problematiche abitative e un sistema di accoglienza e integrazione per fronteggiare il fenomeno della "esclusione sociale", inteso come una forma di deprivazione materiale e di fragilità che non riguarda esclusivamente la povertà economica e il disagio estremo, ma anche carenze rispetto ai legami familiari e sociali, ai sistemi abitativi, alla formazione o all'integrazione lavorativa e sociale.

I contributi economici per l'inclusione sociale

I contributi a integrazione del reddito sono finalizzati a prevenire, superare o ridurre le condizioni di bisogno di persone e famiglie derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia. Nel 2012 le richieste per ricevere tale contributo sono state 3.402, il 63% dei richiedenti (2.161) hanno poi percepito almeno un contributo nell'anno. Il 62% di coloro che hanno usufruito di tali contributi sono adulti, 17% anziani e il 21% minori.

Tav.72 Percettori di contributi economici per il superamento del disagio economico per tipologia di utenza. Valori assoluti – Firenze - Anni 2009-2012

Area	2009	2010	2011	2012
valori assoluti				
minori	597	467	493	459
adulti	1.608	1.350	1.201	1.336
anziani	650	394	389	365
Totale	2.855	2.211	2.083	2.160
valori percentuali				
minori	21	21	24	21
adulti	56	61	58	62
anziani	23	18	19	17
Totale	100	100	100	100

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

Considerando che le persone residenti stimate povere sono 25.714 e 2.160 sono i percettori di contributi per la povertà, possiamo dire che a Firenze i servizi sociali raggiungono un povero ogni dodici.

La diminuzione dei percettori di tali contributi verificatasi dal 2009 al 2012 è dovuta all'entrata in vigore del nuovo regolamento comunale che ha ridefinito i criteri di accesso alle prestazioni tenendo conto della disponibilità di risorse. Il confronto per area di intervento evidenzia come questa diminuzione sia più evidente per gli anziani. Tale diminuzione è dovuta all'introduzione del contributo per "servizi di assistenza familiare" che ha sostituito per molti anziani l'aiuto economico prima offerto dai contributi a integrazione del reddito.

Confrontando i dati 2012 con quelli 2011 si ha un aumento dei percettori totali del 3,7%, con un forte incremento per gli adulti.

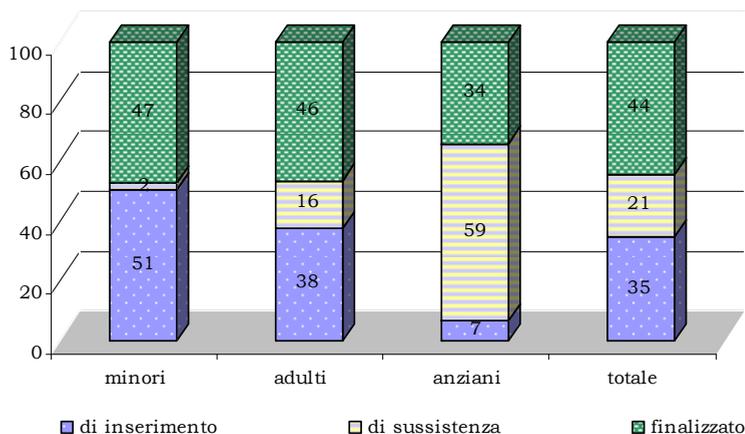
Il 24% degli adulti percettori di contributo è multiproblematico: disagio psichico (11%), problemi di disabilità (7%) e dipendenze (7%).

Il regolamento comunale prevede tre tipi di interventi economici a integrazione del reddito: quello di inserimento, previsto per supportare persone e famiglie in difficoltà per mancanza di reddito da lavoro di uno

dei componenti in stato di disoccupazione, erogato a 956 persone, il 35% del totale; di sussistenza, diretto alle persone ultra 65-enni e a persone affette da invalidità permanente, in condizioni di disagio economico, erogato a 572 persone, il 21% del totale; finalizzato, destinato ad integrare i redditi di persone o famiglie per situazioni che richiedano uno straordinario onere economico, come il pagamento di bollette per luce, acqua e gas, erogato a 1.219 persone, il 44% del totale. In totale i beneficiari dei tre tipi di contributi sono stati 2.747 poiché una persona può aver usufruito di più tipi di contributo.

Il 32% dei contributi sono stati erogati sotto forma di voucher o “buoni spesa”, strumento introdotto nel 2010, come buoni cartacei spendibili presso una rete di esercizi commerciali convenzionati fra negozi di vicinato e supermercati, in tagli differenziati da dieci e venti euro e spendibili solo per alcune categorie merceologiche.

Graf.71 Percettori di contributi per disagio economico per tipologia di contributo e area intervento. Valori percentuali - Anno 2012



Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario – Comune di Firenze – Azienda USL 10 di Firenze – SdS Firenze

La distribuzione territoriale mostra differenze tra i quartieri: i quartieri 4-Isolotto (6,6), 5-Rifredi (6,3) e 1-Centro Storico (6,1) hanno valori superiori alla media comunale (5,7 utenti ogni 1.000 abitanti), i quartieri 3-Gavinana-Galluzzo e 2-Campo di Marte valori inferiori (4,5).

La legge 448/98 e successive modifiche ed integrazioni prevede che il comune di residenza curi la concessione di assegni di maternità, e per nuclei familiare, concessioni subordinate alla valutazione della situazione economica, mentre l'erogazione del contributo viene effettuato direttamente dall'INPS.

L'assegno di maternità è per le donne che non beneficiano del trattamento previdenziale della indennità di maternità ed è concesso per cinque

mensilità, [l'assegno per il nucleo familiare con tre o più figli di età inferiore a 18](#) è destinato a famiglie numerose che abbiano tre figli o più. Per il 2012 il Comune di Firenze ha concesso 560 assegni a fronte di 644 istanze.

Tav.73 Assegno maternità e assegno nucleo familiare: istanze e concessioni. Firenze - Anni 2006 - 2012

tipo assegno	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	istanze						
maternità	234	264	260	314	329	304	346
nucleo familiare	206	214	230	217	276	268	298
totale	440	478	490	531	605	572	644
	concessioni						
maternità	195	211	216	266	283	256	306
nucleo familiare	170	182	202	196	230	252	254
totale	365	393	418	462	513	508	560

Fonte: P.O. Supporto Finanziario Contabile e Valutazione Economica

L'andamento delle concessioni e delle istanze presentate nel corso degli ultimi anni registra un costante aumento: nel 2006 i contributi concessi erano 365 mentre nel 2012 sono stati 560. Questo fenomeno può essere sia dato dall'aumento delle madri che non hanno beneficiati di alcuna copertura previdenziale che dall'aumento delle famiglie con almeno tre figli minori con condizione economica al di sotto della soglia di accesso alla prestazione e da una più efficace informazione al cittadino, data la serie positiva del numero di istanze presentate.

Attività del servizio casa

Per far fronte alle diverse problematiche legate alla situazione abitativa, il Comune di Firenze ha attivato una serie di misure per garantire ai cittadini una situazione alloggiativa stabile.

Tra queste vi è il contributo per affitto, ovvero un contributo pubblico dato alle famiglie titolari di un contratto di locazione regolarmente registrato, con un canone di affitto alto rispetto al totale del reddito familiare: nel 2012 le persone che ne hanno beneficiato sono state 923 contro 958 del 2011.

Come strategia alternativa all'intervento pubblico diretto il Comune in collaborazione con Casa s.p.a. ha individuato il subaffitto di alloggi a canone sostenibile, oltre all'assegnazione di alloggi di proprietà pubblica. Nel 2012 sono stati 218 (vs 307 del 2011) gli utenti che hanno fruito dell'intermediazione abitativa e/o dell'assegnazione dell'alloggio. Tale differenza dipende sia dalla variabilità del numero di alloggi (nuovi, ristrutturati o recuperati) effettivamente disponibili nel corso degli anni, sia, per la progressiva dismissione del progetto che riguarda gli alloggi di "Comune Garante" prescritta dal Consiglio Comunale.

Infine riguardo alle attestazioni di idoneità alloggiativa per immigrati, nel 2012 ne sono state complessivamente rilasciate 2.218 in aumento rispetto

al 2011 (2.058), ma in diminuzione rispetto al triennio 2010-2008 (4.128 nel 2010, 3.684 nel 2009 e 3.625 nel 2008).

Accoglienza e inclusione: le risposte residenziali e semiresidenziali

Le risposte residenziali

Il sistema accoglienza del Comune di Firenze mette a disposizione oltre 800 posti residenziali per coloro che hanno problemi alloggiativi, comprensivi anche dei posti dedicati all' "accoglienza invernale". Nel 2012 il sistema accoglienza ha offerto ospitalità a 2.157 persone fragili, in condizione di svantaggio e a rischio marginalità.

Il Comune di Firenze, insieme alle associazioni e all'ASP Firenze Montedomini, in qualità di Polo per l'accoglienza e l'inclusione sociale, hanno proseguito nella realizzazione degli interventi di accoglienza - realizzati in strutture di accoglienza diurna o notturna - tesi a soddisfare i bisogni primari di vita delle persone in gravi condizioni di disagio economico, familiare e sociale. Il sistema di accoglienza prevede la messa a disposizione di un posto per dormire, di un pasto caldo e della prima colazione e, a chi è interessato, un percorso di reinserimento nella società.

Il sistema accoglienza ha inizio nel settembre del 2003 con la costituzione del Polo della Marginalità e la sottoscrizione della convenzione tra il Comune di Firenze e l'IPAB Fuligno per il coordinamento degli interventi di ospitalità e accoglienza di cittadini in condizione di grave disagio sociale e abitativo. Facevano parte del sistema le strutture di accoglienza convenzionate con il Comune di Firenze, l'Albergo Popolare "Fioretta Mazzei" e i minialloggi annessi. Nel 2010 è avvenuta la fusione per incorporazione nell'ASP Montedomini delle ASP Bigallo, Educatorio della SS Concezione detto di Fuligno, e Sant'Ambrogio. Con la Deliberazione n. 49/2010 del 15/11/2010 il Consiglio Comunale di Firenze, ai sensi dell'art. 4, comma 5, della L.R. 43/2004, ha espresso parere positivo sulla fusione per incorporazione nell'ASP Montedomini, delle ASP, Bigallo, Educatorio della SS Concezione detto di Fuligno, e Sant'Ambrogio e sul relativo progetto di fusione.

La Regione Toscana (Decreto n. 246 del 29/12/2010 del Presidente della Giunta Regionale) ha quindi approvato la fusione e lo statuto della nuova Azienda, dando atto della denominazione in forma abbreviata di "ASP Firenze Montedomini".

Nel sistema per l'accoglienza e l'inclusione sociale, coordinate dall'ASP, sono comprese anche le strutture per l'area carcere, per lavoratori stranieri e i centri diurni che fino al luglio 2011 erano direttamente convenzionate con il comune di Firenze, con finalità apposite e direttamente in rapporto con i servizi sociali territoriali. L'ASP assolve quindi ai compiti di gestione degli interventi di ospitalità nel rispetto delle diverse caratteristiche dell'utenza e delle risorse alloggiative disponibili, anche sulla base dei progetti individuali elaborati dai SIAST e dei percorsi di reinserimento sociale degli utenti.

Il sistema è organizzato per fasce o livelli di accoglienza che ricomprendono i servizi per tipologie omogenee di prestazioni, per

modalità di accesso e durata di attesa dell'accoglienza, in una prospettiva di valorizzazione dei soggetti titolari, in particolare delle associazioni e degli enti del Terzo Settore:

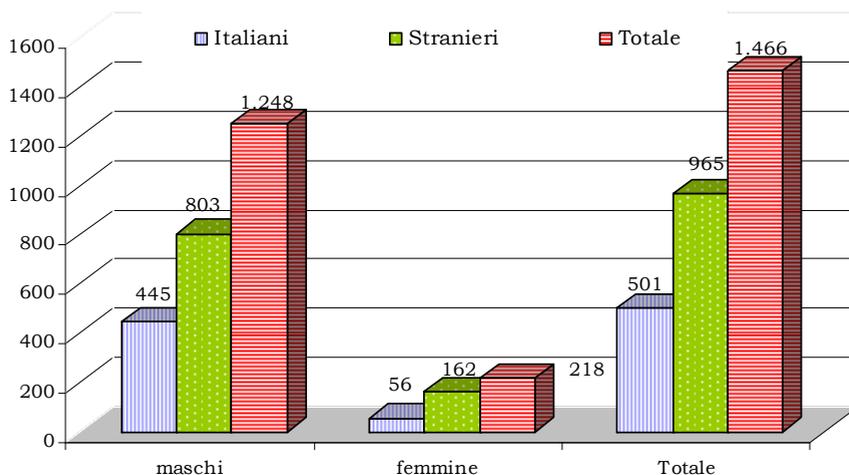
- I° LIVELLO: Pronto Intervento Sociale (P.I.S., da 72 h a 30 gg.) e pronta accoglienza/accoglienza notturna (da 15 gg. a 3/6 mesi rinnovabili);
- II° LIVELLO: accoglienza per le politiche attive (3/6 mesi rinnovabili);
- III° LIVELLO: accoglienza residenziale medio/lungo periodo di accompagnamento verso i servizi della non autosufficienza (6/12 mesi rinnovabile);
- IV° LIVELLO: accoglienze residenziali verso l'autonomia (12 mesi e oltre).

Queste strutture non svolgono soltanto una funzione residenziale ma anche di accompagnamento per il reinserimento sociale della persona.

Nel 2012 il sistema ha accolto 1.466 persone, per l'85,1% uomini e per il 64,1% stranieri. Le donne rappresentano il 14,9% e sono per il 74,3% straniere.

Nel totale sono comprese anche le persone provenienti dagli sgomberi e quelle inserite in strutture per immigrati e area carcere che, prima del 2011, non rientravano nella gestione del Polo. Questo ha portato ad un maggior coordinamento e integrazione dei posti fra strutture.

Graf.72 Numero utenti del Polo marginalità per cittadinanza e sesso – anno 2012



Fonte: Polo della Marginalità

Fino al luglio del 2011 per [i lavoratori immigrati](#) il Comune aveva riservato due strutture alloggiative come soluzioni per la difficoltà di reperimento di

alloggio autonomo sul mercato privato e per favorire e mantenere il proprio lavoro: il centro di accoglienza in via Baccio da Montelupo e il Pensionato Lavoratori di San Paolino in via del Porcellana. Con la nuova convenzione le strutture dedicate sono il centro di accoglienza in via Baccio da Montelupo e 18 posti dell'Albergo Popolare, classificati come strutture di livello 4° e offrono alloggio a cittadini stranieri non comunitari e maggiorenni, di sesso maschile, con lavoro, subordinato o autonomo, in regola con le norme di soggiorno. Questi possono permanere presso i centri per un massimo di 11 mesi ed è richiesta una loro contribuzione. Per [detenuti e sottoposti a misura alternativa](#), privi di punti di riferimento abitativi, occupazionali e relazionali sono state da più anni intraprese attività di accoglienza residenziale presso i centri di accoglienza fiorentini. Le strutture dedicate sono Samaritano e Casanova-Ciao.

Tav.74 utenti del Polo Marginalità per livello, tipologia destinatari e struttura - anno 2012 - Firenze

livello	tipologia destinatari	struttura	utenti	ricoveri	Posti letto
1°	donne e figli	Ostello donne S.P.	9	9	4
1°	donne e figli	S. Lucia	13	14	2
1°	donne e figli	S.M. Rovezzano	22	22	2
1°	uomini	Albergo Popolare	828	1617	57
Totale			872	1.662	65
2°	donne	Ostello donne San Paolino	49	69	40
2°	donne	Ostello donne San Paolino pt	25	26	
2°	donne e figli	S. Lucia	45	78	24
2°	donne e figli	S.M. Rovezzano	63	113	26
2°	uomini	Albergo Popolare	162	288	22
2°	uomini	Acisjf	67	69	40
2°	uomini	S. Paolino	74	116	24
2°	uomini area carcere	Casanova	17	26	6
2°	uomini area carcere	Samaritano	61	82	18
2°	uomini e donne	Arcobaleno	23	49	16
Totale			586	916	216
3°	multiutenza	C.A. Mameli	28	56	24
3°	uomini	Albergo Popolare	35	53	25
3°	uomini	Oasi	26	50	24
3°	uomini e donne	Albergo Popolare mini alloggi	23	35	23
3°	uomini e donne	San Paolino "Casa Famiglia"	29	50	20
Totale			141	244	116
4°	lavoratori stranieri	Albergo Popolare	29	37	18
4°	lavoratori stranieri	Baccio da Montelupo	18	26	12
4°	multiutenza	Foresterie Fuligno	60	91	45
4°	uomini	Casaper	6	14	6
Totale			113	168	81
Totale			1.712	2.990	478

Fonte: Polo della Marginalità

Una persona può aver avuto accesso alle strutture del polo secondo tre modalità: con accesso su intervento delle Forze dell'Ordine ovvero come

pronto intervento sociale, con accesso diretto della persona all'Albergo Popolare (pronta accoglienza), in accoglienza con accesso su richiesta dei servizi sociali o con accesso su segnalazione da parte di associazioni del terzo Settore (accoglienza).

Poiché una persona può essere inserita in più strutture il totale delle persone accolte è stato di 1.712 e di queste il 56% è stato accolto in una struttura di primo livello e il 29% in una di 2° livello.

Una persona può essere ospitata più volte nell'arco di un anno dando luogo a ben 2.990 ricoveri.

In passato in aggiunta alle strutture gestite dal Polo Marginalità il Comune metteva a disposizione di soggetti che si trovavano in emergenza alloggiativa, derivante da sfratti per morosità, posti presso gli affittacamere: tale tipo di risposta è stata negli anni abbandonata. Nel 2012 le persone in affittacamere sono state 3, un numero veramente esiguo se si pensa che nel 2007 erano 134.

Tra le azioni che il Comune di Firenze ha intrapreso a sostegno della fuoriuscita di nuclei familiari dagli affittacamere vi sono i progetti "via della Chiesa" e "Casa Gabriele", entrambi finalizzati a creare le condizioni per una soluzione abitativa autonoma e sostenuti finanziariamente con una compartecipazione degli utenti.

Il progetto "via della Chiesa" ha reso disponibili appartamenti per destinarli all'accoglienza di nuclei familiari che nel 2012 hanno ospitato 2 nuclei familiari per un totale di 11 persone.

Con il progetto "Casa Gabriele" sono stati assegnati mini-alloggi a favore di nuclei composti da madri con figli minori: nel 2012 sono 12 le persone che hanno fruito del servizio.

Il progetto accoglienza invernale "emergenza freddo"

Il Progetto Accoglienza invernale "emergenza freddo" è affidato all'ASP Firenze Montedomini ed è gestito dalla Caritas e dall'Associazione ACISIF con la disponibilità di oltre 130 posti presso le strutture dedicate all'accoglienza dei senza dimora.

Tav.75 numero persone accolte per emergenza freddo - anni 2009-2013 - Firenze

periodo	utenti
2009-2010	365
2010-2011	559
2011-2012	493
2012-2013	424

Fonte: Polo della Marginalità

Dal 2010 è prevista una compartecipazione degli utenti dopo i primi 15 giorni di accoglienza, pari a un euro al giorno a fronte di un pasto, di un letto e di una prima colazione. Tale compartecipazione riconosce il valore del servizio e riconsegna a ciascuna delle persone accolte la responsabilità del proprio progetto di inclusione; si applica secondo una valutazione

professionale che tiene conto delle condizioni specifiche per ciascuno dei casi ad opera del servizio sociale territoriale e delle associazioni di volontariato che partecipano alla realizzazione del progetto.

Tav.76 Utenti per nazionalità e posti per struttura in accoglienza invernale - Periodo 15/11/2012 – 31/03/2013

Strutture	accoglienze			posti	turnover
	ita	stra	totale		
Sala del Tacca e Albergo Popolare*	29	63	92	20	4,6
Foresterie Pertini	36	227	263	66	4,0
Foresterie Fuligno	4	34	38	28	1,4
(via) Gioberti **	4	27	31	20	1,6
Totale	73	351	424	134	3

Fonte: Polo della Marginalità

*Albergo Popolare: a tutela notturna e diurna degli uomini in stato di salute precario

**Via Gioberti: Struttura a gestione autonoma - Caritas

Le persone accolte sono state complessivamente 424, in maggioranza stranieri (71,2%). Nei 134 posti a disposizione sono state ospitate 424 persone con una riduzione di 69 utenti rispetto all'inverno passato. Gli italiani sono passati da 121 a 73 e gli stranieri da 372 a 351.

Tale diminuzione in parte è dovuta alla riorganizzazione del progetto che punta a privilegiare le persone che risiedono a Firenze, i veri senza fissa dimora, scoraggiando invece i pendolari dell'assistenza, radicati in altre realtà territoriali, che negli anni scorsi erano invece molto presenti. Sono quattro le strutture coinvolte nel progetto, alle quali si sono sommati ulteriori posti resi disponibili in occasione dei periodi di freddo intenso.

Strutture residenziali per richiedenti asilo politico e rifugiati

Altro fenomeno che sta assumendo sempre maggiore rilevanza in termini di presenze e di disagio è quello dei richiedenti asilo politico. Gli estenuanti tempi di attesa per la conclusione delle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato e il divieto della possibilità di lavorare durante tale periodo, rendono ancor più critica la situazione di questi cittadini.

L'Amministrazione comunale ha attivato sin dal 2001, in collaborazione con Caritas ed ARCI, il progetto "Villa Pieragnoli" per garantire servizi di accoglienza ed attività per la tutela e l'integrazione di cittadini stranieri richiedenti asilo o ai quali è stato riconosciuto lo *status* di rifugiato e di protezione internazionale.

Tav.77 Presenze nelle strutture per richiedenti asilo. Firenze – Anni 2009-2012

Struttura	anno			
	2009	2010	2011	2012
Villa Pieragnoli	89	89	65	53
Centro Polifunzionale P.A.C.I.	-	184	185	188

Fonte: Comune di Firenze – P.O. Inclusione Sociale

Il progetto afferisce alla rete del Sistema nazionale per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) e prevede, oltre all'accoglienza, anche una serie di misure tese all'integrazione sociale e lavorativa degli ospiti, attraverso la realizzazione di corsi per l'apprendimento della lingua italiana, l'accompagnamento ed il tutoraggio nei percorsi di formazione professionale, l'inserimento lavorativo e di ricerca degli alloggi. Nel 2012 le persone accolte sono state 53.

Sempre nell'ambito degli interventi in favore dei richiedenti protezione internazionale, rifugiati e/o titolari di protezione sussidiaria, dall'aprile 2010 è stato attivato il Centro Polifunzionale -progetto PACI. Tale progetto è stato promosso dal Comune di Firenze nell'ambito dell'accordo sottoscritto con il Ministero degli Interni per la realizzazione, nella città di Firenze, di un sistema di accoglienza volto a promuovere attività di sostegno al processo di inclusione sociale e di facilitazione al percorso di integrazione socio economica nel territorio della suddetta categoria di cittadini stranieri.

Il Centro nel 2012 ha accolto 188 cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria o umanitaria, uomini e/o donne maggiorenni, nuclei familiari con prole e nuclei familiari monoparentali. L'immobile presso il quale ha sede il centro Polifunzionale è una ex struttura alberghiera ubicata in Viale Gori. Il progetto è interamente finanziato dal Ministero dell'Interno per un importo di circa € 3.000.000 annui.

I richiedenti asilo sono persone che, trovandosi fuori dal paese in cui hanno residenza abituale, non possono o non vogliono tornarvi per il timore di essere perseguitate per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le loro opinioni politiche. Possono richiedere asilo nel nostro paese presentando una domanda di riconoscimento dello "status di rifugiato".

I rifugiati sono coloro che hanno ottenuto il riconoscimento dello "status di rifugiato" in seguito all'accoglimento della loro domanda.

Personae ammissibili alla protezione sussidiaria

In applicazione della normativa europea, il decreto legislativo 19 novembre 2007, n.251, ha previsto come status di protezione internazionale oltre lo status di rifugiato anche quello di protezione sussidiaria. Tale status è riconosciuto a colui che pur non possedendo i requisiti per ottenere lo status di rifugiato non possa essere rinvio nel paese di origine o, per l'apolide, nel paese di residenza, in quanto sussiste il fondato timore che possa subire un grave danno alla sua vita o alla sua incolumità.

La convenzione di Ginevra relativa allo status dei rifugiati adottata a Ginevra il 28 luglio del 1951, stabilisce le condizioni per essere considerato un rifugiato, le forme di protezione legale, altri tipi di assistenza, i diritti sociali che il rifugiato dovrebbe ricevere dagli stati aderenti al documento e gli obblighi di quest'ultimo nei confronti dei governi ospitanti. La convenzione, resa esecutiva in Italia con la legge del 24 luglio 1954 n. 722, definisce "rifugiato" colui "che temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo paese; oppure che, non avendo cittadinanza e trovandosi fuori del paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra" (articolo 1a). A integrazione della convenzione è intervenuto il protocollo di New York nel 1967 che ha rimosso le limitazioni temporali e geografiche fissate nel testo originario della convenzione. L'ambito di applicazione della convenzione è limitato ai casi di persecuzione individuale.

Esclusioni dall'applicazione della convenzione

Le persone costrette a lasciare il proprio paese a causa di disastri naturali, di calamità, di violenti rivolgimenti politici o di crisi belliche possono essere escluse dall'applicazione della convenzione. In tali casi sono adottate misure di protezione straordinarie come per esempio la "protezione temporanea".

Fonte:

<http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/asilo/sottotema001.html>

L'accoglienza diurna

Per promuovere l'accoglienza diurna di soggetti provenienti dall'area marginale e favorire il loro reinserimento sociale nel 2012 sono stati operativi il Centro diurno polivalente "La Fenice" e il Centro "Arcobaleno", coordinati dal Polo Marginalità e inclusione, e il Centro Attavante.

Il Centro "La Fenice" ha organizzato diversi laboratori ai quali hanno partecipato 90 utenti. Le attività si sono rivolte a soggetti in situazione di difficoltà e disagio sociale e economico, non solo stranieri ma anche italiani.

Il Centro Arcobaleno ha attivato specifici programmi di integrazione socioeconomica, come centri di ascolto e di consulenza, servizi di consulenza legale per immigrati, corsi di alfabetizzazione linguistica, attività di formazione e di sostegno all'integrazione. Nel 2012 le persone frequentanti sono state 9.

Il Comune è titolare del Centro Attavante, gestito dall'Associazione Volontariato Penitenziario: si tratta di una struttura di accoglienza diurna destinata a detenuti ed ex detenuti, dove sono stati attivati anche servizi di consulenza psicologica e giuridica per detenuti e loro familiari. Le persone che si sono rivolte al centro sono state 100.

Mense e docce

Nel 2011 è stata stipulata a livello cittadino, e non più a livello di singoli quartieri, una convenzione con una società di ristorazione che ha allineato il costo del pasto e ha informatizzato la procedura di fruizione del servizio mensa attraverso l'abilitazione della tessera sanitaria.

Tav.78 Numero utenti del servizio mensa erogato dai Sias per area intervento - Firenze - anno 2012

Q_res	area intervento		totale
	adulti	anziani	
siast 1 - centro storico	33	19	52
siast 2 - campo di marte	30	6	36
siast 3 - gavinana / galluzzo	19	10	29
siast 4 - isolotto	11	2	13
siast 5 - rifredi	43	9	52
totale	136	46	182

Fonte: SInSS Sistema Informativo SocioSanitario - Comune di Firenze - Azienda USL 10 di Firenze - SdS Firenze

Con la nuova modalità di gestione del servizio, gli utenti in carico al servizio sociale, recandosi presso i 7 punti accreditati e dislocati sui 5 quartieri cittadini possono consumare il pasto consegnando la propria

tessera sanitaria al personale addetto alla Cassa che tramite POS, provvede alla registrazione elettronica che equivale al pagamento del pasto. Nel 2012 sono stati 182 i beneficiari del servizio e di questi il 75% adulti.

Il Comune è convenzionato con la Caritas per attività di mensa e docce-cambi, compreso servizio di bagagliaio, per persone italiane e straniere in stato di necessità: in un anno sono stati erogati 186.722 pasti e 27.419 docce.

Altri progetti per l'inclusione sociale

Progetto Stand-up: il progetto sostiene percorsi di inclusione sociale dedicati a famiglie monogenitoriali con figli minori a carico, privilegiando le madri con figli/o seguite dai servizi sociali territoriali e/o ospitate nelle strutture residenziali del Comune di Firenze sulla base di progetti elaborati dal servizio sociale. Nel corso del 2012 sono state accolti 10 nuclei madri sole con figli in situazione di grave disagio socio-economico in strutture di emergenza e pronta accoglienza, nel contempo sono stati loro offerti percorsi di riorientamento e avvio al lavoro, sostegno alla genitorialità e all'autonomia personale.

Progetto Farmaci: il progetto è stato finanziato nell'ambito del "Fiorino solidale" ed ha l'obiettivo di sostenere le spese farmaceutiche relative a utenti (minori e adulti) in condizione di disagio socio economico e in carico ai servizi sociali del Comune di Firenze e/o accolti in strutture residenziali convenzionate. Nel corso del 2012 sono stati erogati medicinali per un importo pari a 10.000€.

Progetto Insider - marginalità su strada: il progetto ha costituito un'équipe di raccordo tra la strada e il sistema delle accoglienze del Comune di Firenze. L'équipe da un lato ha effettuato un'azione di presa di contatto con le situazioni a rischio di emergenza e di mediazione nei confronti del territorio per prevenire le situazioni maggiormente problematiche attraverso l'attivazione di percorsi individualizzati di accoglienza; dall'altro ha stabilito una stretta connessione con il sistema delle accoglienze del comune di Firenze per conoscere in tempo reale la disponibilità delle strutture facilitando la loro messa in rete per la risoluzione delle situazioni di più grave criticità. Il progetto ha avuto inizio nel mese di novembre e nel corso degli ultimi due mesi dell'anno sono state contattate circa 300 persone.

Le politiche di integrazione per gli immigrati

L'immigrazione è uno dei processi strutturali della globalizzazione. Le persone si spostano dal proprio paese essenzialmente per motivazioni economiche, per sfuggire a persecuzioni e oppressioni, a disastri naturali o per motivazioni personali.

La grande maggioranza degli immigrati si insedia nelle grandi città perché nelle città si concentrano le attività economiche offrendo perciò maggiori possibilità di occupazione e perché le informazioni rispetto alle opportunità possibili sono maggiori rispetto alle zone rurali.

I cittadini stranieri presenti in Italia al 31 dicembre 2012 sono 4.387.721 pari al 7,4% del totale dei residenti: sono diffusi in tutto il paese, seppure in netta prevalenza nel nord e centro Italia (86%). La Toscana si colloca tra le sei regioni a maggiore capacità attrattiva, con l'8% del totale degli stranieri accolti in Italia e dove gli stranieri rappresentano il 9,5% della popolazione residente.

Gli stranieri residenti nella città di Firenze sono in continua crescita: nel 2012 hanno raggiunto quota 57.891, pari ad una incidenza di 15,3 stranieri residenti ogni 100 abitanti, e sono aumentati dell'8,5% rispetto al 2011.

L'immigrazione svolge un ruolo di motore dell'economia, sia nei paesi di destinazione che di origine: nei primi contribuiscono al PIL in misura consistente per i secondi è ben nota l'importanza delle rimesse. A Firenze costituiscono una "forza" indispensabile sia per il benefico influsso sulla dinamica demografica della popolazione che su quella lavorativa.

Il fenomeno però presenta anche importanti aspetti di esclusione sociale basti pensare agli adulti con cittadinanza straniera che si rivolgono a strutture di accoglienza per problematiche alloggiative o a i minori stranieri inseriti nelle strutture residenziali e nelle pronte accoglienze. Per questo sono importanti le politiche per gli immigrati, le politiche che necessariamente devono essere messe in atto per rispondere alla presenza degli immigrati e alla loro domanda di città.

Per includere gli immigrati si deve dare loro l'opportunità di accesso alla rete dei servizi, del lavoro, della rappresentanza (cittadinanza), fino a quella della comunità e della famiglia. Per questo diventano importanti l'intermediazione linguistica e culturale, le campagne di informazione, gli sportelli.

Lo Sportello Unico Comunale Immigrazione

Lo Sportello Unico Comunale per l'Immigrazione (S.U.C.I), ubicato in Via Pietrapiana 53 (trasferitosi nel settembre 2013 in via Baracca 150), è un servizio in cui vengono ricondotte e gestite in modo integrato ed in unica sede cittadina alcune procedure dedicate ai cittadini comunitari e stranieri, nonché agli italiani che con essi abbiano relazione.

Nel 2012 gli accessi al Servizio sono stati circa 50.000.

Nello specifico procede:

- alla pre-istruttoria ed istruttoria delle procedure amministrative di Iscrizione anagrafica (14.000 informazioni anagrafiche);
- alla pre-istruttoria, consegna e rilascio delle certificazioni di idoneità alloggiativa, (8.832 idoneità alloggio);
- ad informare sulle normative di ingresso e soggiorno (19.000 informazioni sull'immigrazione);
- ad assistere i richiedenti per il rinnovo dei permessi di soggiorno (6.233) e per richiedere il ricongiungimento familiare (500);

- a fornire assistenza alla richiesta di effettuazione del Test di italiano per i richiedenti permesso di soggiorno CE lungo soggiornanti (1.500). Presso il S.U.C.I. è presente un servizio di mediazione, interpretariato e traduzioni così come è possibile per uno straniero iscriversi a corsi d'italiano. Il S.U.C.I. cura e pubblica reports statistici sulle presenze straniere a Firenze e provincia e guide informative. Dal giugno 2011 è anche sede del Servizio HELP DESK che fornisce informazioni per telefono, via mail e via Skype, (Progetto Europeo FEI).

Continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al sistema sanitario nazionale

Il progetto, finanziato dalla Regione Toscana (Delibera GRT n. 987/2010), è stato sviluppato per rispondere alle esigenze relative alla dimissione dei pazienti privi di regolare iscrizione ad un servizio sanitario, che spesso vivono per la strada, o di stranieri non in regola con l'iscrizione al SSN che, come ogni altro cittadino hanno il diritto di essere accolti e curati nei DEA e nei reparti degli ospedali d'urgenza del nostro territorio, ma, verso i quali una volta assolto il compito della cura sanitaria, si presenta la difficoltà di uscire dall'Ospedale perché le loro condizioni di salute non sono tali da consentire la stessa condizione di vita precedente.

Nel settembre 2011 è stata aperta la struttura di accoglienza e continuità assistenziale di bassa soglia Casa Stenone, in località Antella, con disponibilità di 12 posti in regime residenziale dove nel corso dell'anno 2012 sono state ricoverate 56 persone.

Altri servizi forniti agli immigrati

La presenza di numerosi cittadini stranieri immigrati che si trovano in situazione di grave indigenza o di emarginazione ma che, non essendo anagraficamente residenti sul territorio comunale, non possono accedere ai servizi, impone l'esigenza di attivare progetti o interventi ad integrazione sociosanitaria per garantire delle risposte sul versante dell'accoglienza, del sistema di informazione e di orientamento, dei servizi territoriali specificamente predisposti e di quelli di bassa soglia a carattere sanitario.

- Progetto STENONE: il progetto prevede azioni di rafforzamento al sistema socio sanitario per fornire un servizio adeguato di assistenza, di prestazioni di medicina generale e odontoiatriche, in un'ottica di risposta integrata, di fronte ad un bisogno al contempo sociale e sanitario svolte dall'associazione di volontariato Stenone per circa 700 persone alle quali sono state erogate circa 3.500 prestazioni;
- Progetto Billan è un progetto del Quartiere 1- Centro Storico con il fine di realizzare interventi nell'area sociale e socio-educativa a favore dei cittadini residenti nel Quartiere 1, in particolare finalizzato a fornire sostegno e aiuto all'autonomia della donna immigrata, priva di rete familiare che garantisca un appoggio non solo nell'organizzazione della cura e dell'organizzazione quotidiana della prole ma anche forme di orientamento e inserimento lavorativo;

- i “[Centri di alfabetizzazione](#)” in italiano costituiscono una rete di servizi progettati per favorire il diritto allo studio dei ragazzi delle scuole primarie e secondarie di primo grado di Firenze che non parlano italiano. Su richiesta delle scuole, gli alunni stranieri possono frequentare i laboratori linguistici che mettono a disposizione delle scuole del proprio quartiere anche servizi di mediazione linguistica, biblioteche multiculturali e multilingue, strumenti didattici e documentazione interculturale.
- [Progetti europei](#): Il progetto Oltre i confini ha previsto la realizzazione di percorsi di accompagnamento e supporto per richiedenti titolari di protezione internazionale portatori di disagio mentale, supportando 80 persone.

I Rom, che per quanto sia improprio considerarli afferenti alla sfera della marginalità, vengono percepiti dalla comunità locale come soggetti a rischio di esclusione sociale. L’obiettivo graduale è quello del superamento dei campi nomadi, da perseguire attraverso soluzioni abitative alternative, capaci di favorire una maggiore integrazione sociale.

Nel 2012 presso l’area attrezzata dell’Olmately nel Quartiere 5 le presenze fino a giugno sono state 50, dal 30 giugno il campo è stato chiuso; nell’area del Poderaccio, nel Quartiere 4, è stata demolita un’abitazione. Nel corso dell’anno sono state accolte nell’area 430 persone.

Gli interventi di sostegno e integrazione fuori e dentro gli istituti carcerari fiorentini

I percorsi di integrazione che l’amministrazione comunale rivolge alla popolazione carceraria sia reclusa che in esecuzione penale esterna si articolano in attività interne e esterne al carcere:

- all’interno delle istituzioni penitenziarie (carceri di Sollicciano, Gozzini - cosiddetto “Solliccianino”- e Istituto Penale Minorile “Meucci”), sono realizzate attività di animazione culturale, sportive e di orientamento al lavoro, che vedono complessivamente il coinvolgimento di circa 700 persone;
- all’esterno, per coloro che scontano la pena fuori dal carcere, a Firenze sono promosse attività di informazione, sostegno e assistenza presso il [centro diurno Attavante](#) e attività di assistenza attraverso l’erogazione di buoni-pasto.

Un progetto di rilievo (progetto [Albatros](#)) è rappresentato dall’attività dell’operatore “ponte”, figura rilevante in particolare per le persone a fine pena, poiché collega i servizi interni con i servizi territoriali e permette di costruire effettivi percorsi di integrazione al momento dell’uscita dal carcere.

Gli interventi di accoglienza sono inseriti nel sistema gestito del Polo Marginalità e inclusione sociale.

Il DPCM del 1 aprile 2008 ha trasferito al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell’amministrazione

penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della giustizia. Con la delibera della Giunta GRT n°67 del 25 gennaio 2010 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana ed il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) ed il Centro di Giustizia Minorile siglato in data 27 gennaio 2010, relativo alle forme di collaborazione tra Ordinamento sanitario ed Ordinamento penitenziario, per garantire l'espletamento delle funzioni trasferite. Nel corso del 2012 l'ASL10 di Firenze ha continuato a mettere in atto tutta una serie di azioni per tradurre operativamente quanto indicato dalla normativa e precisamente:

- Assistenza psicologica: affievolire il disagio psichico nella popolazione detenuta attraverso lo sviluppo dell'assistenza psicologica in carcere. E' ancora in essere il finanziamento della Regione Toscana, composto dal finanziamento storico di rete-integrare, progetto a valenza annuale, integrato da altri fondi regionali.
- Carta dei Servizi: redazione di una Carta dei servizi sanitari per detenuti ed internati da pubblicizzare all'interno della popolazione ristretta per offrire alla popolazione detenuta la conoscenza della presenza e delle modalità di fruizione dei servizi sanitari dedicati. Il completamento è previsto nel 2013.
- Creazione di un CUP interno per gli Istituti di Pena Fiorentini. Nel corso dell'anno è stata quasi completata la revisione delle funzioni amministrative per l'attivazione del CUP per poi procedere alla formazione del personale e all'istallazione di una postazione informatica dedicata;
- Corsi di formazione sono in corso di completamento il moduli per la formazione di tecniche di primo soccorso, per personale sanitario e personale di Polizia Penitenziaria, nonché quelli per la sicurezza alimentare per gli addetti alla preparazione degli alimenti;
- Igiene ambientale: E' stata avviata la sanificazione degli effetti lettereschi, per implementare le condizioni igieniche inerenti il "posto" letto;
- Presa in carico del disagio psichico con particolare attenzione ai bisogni inerenti la riabilitazione psicosociale. Sono stati avviati i protocolli per la presa in carico dei minori e sono in corso incontri fra la Regione Toscana e le comunità di accoglienza per una definizione di rete regionale di accoglienza per i minori, alternativa alla detenzione. Per i soggetti adulti sono in corso alcuni approfondimenti per il potenziamento della rete di strutture alternative alla detenzione;
- Prevenzione del rischio suicidario in carcere. La ASF, in stretta intesa con il Dipartimento Salute Mentale, i SOS Salute Mentale del Quartiere 4 e l'Amministrazione Penitenziaria sono impegnati nel definire una presa in carico per il disagio psichico al fine di prevenire il rischio suicidario; l'obiettivo è quello di predisporre, in Sollicciano, un nuovo reparto accoglienza che adotti modalità operative integrate fra le due Amministrazioni;

- Monitoraggio MES: sono stati definiti dal MES strumenti di verifica finalizzati alla misurazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi socio-sanitari erogati, con conseguente valutazione della performance conseguita. Durante la raccolta dei dati sono emerse alcune criticità operative condivise con il MES, che hanno portato all'utilizzo di una griglia di rilevazione provvisoria;
- Rischio clinico: costituzione di un gruppo aziendale per il rischio clinico secondo le norme regionali (DGR 101/2009). Sono state effettuate sedute per il monitoraggio, l'approfondimento ed il superamento delle criticità riscontrate nella gestione di alcuni casi, questo anche con la partecipazione del personale dell'Amministrazione penitenziaria;
- Anticipazione di piccoli interventi per la messa a norma degli impianti dei locali sanitari. E' stato formulato un protocollo d'intesa tra l'Azienda sanitaria e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) per la messa a "norma" dei locali di tipo sanitario, attraverso un anticipo di spese da parte dell'Azienda sanitaria e successivo rimborso del PRAP attraverso un piano pluriennale;
- Telemedicina e tele diagnostica: innovazione organizzativa e tecnologica per la gestione della acuzie e della cronicità per creare una o più procedure d'accertamento diagnostico per immagini o di tipo strumentale a distanza (telediagnosi e teleassistenza) per la popolazione detenuta. Su indicazione della Regione Toscana, si è ritenuto opportuno, per i carceri dell'ASF, di implementare la tele diagnostica, con un progetto specifico per il monitoraggio e la gestione dei pazienti diabetici, in rete con la diabetologia del PO di Torregalli (NSGD).

Il Garante dei Diritti dei Detenuti

Il Garante dei diritti dei detenuti vigila e promuove i diritti delle persone private della libertà personale sul territorio di Firenze e quindi non solo delle persone ristrette negli Istituti di Pena del N.C.P. di Sollicciano, dell'Istituto Mario Gozzini e dell'Istituto Penale Minorile, ma anche di quelle sottoposte a misure alternative alla detenzione. I diritti che il Garante deve tutelare sono quelli fondamentali riconosciuti dalla Costituzione quali il diritto alla salute, al lavoro, all'istruzione. Come pure deve vigilare sul rispetto della normativa prevista dall'Ordinamento Penitenziario, dal relativo Regolamento e da tutte le norme che possano riguardare i detenuti. Il Garante, rispetto a possibili segnalazioni che giungano alla sua attenzione attraverso telefonate, e-mail, lettere, si rivolge all'autorità competente per chiedere chiarimenti o spiegazioni, sollecitando gli adempimenti o le azioni necessarie per il ripristino di eventuali diritti del detenuto violati, compressi o sospesi nella loro piena attuazione. Promuove inoltre iniziative per sensibilizzare la cittadinanza sui problemi della reclusione e su quelli successivi del reinserimento nella società civile e mantiene contatti periodici con le Associazioni

maggiormente rappresentative nell'ambito dell'esecuzione penale per uno scambio reciproco di informazioni e proposte. Collabora con l'amministrazione comunale per la realizzazione dei vari interventi a favore delle persone ristrette nella libertà personale. Il Garante è un organo monocratico che svolge le sue funzioni in piena autonomia e indipendenza e riferisce al Sindaco, alla Giunta, al Consiglio Comunale sulla attività svolta sulle iniziative intraprese, sui problemi insorti o irrisolti, presentando apposita relazione annuale. Quella del Garante dei detenuti è comunque una figura nuova e sperimentale, non ancora dotata di poteri effettivi e non prevista dall'Ordinamento Penitenziario; il Garante, ad esempio, non ha il diritto di ispezione negli istituti, che la legge riconosce invece ai Parlamentari e ai Consiglieri regionali ma accede agli istituti di pena in virtù della stessa norma prevista dall'Ordinamento Penitenziario, che consente l'ingresso ai volontari.

Interventi di contrasto alla prostituzione, alla violenza e agli abusi

Il progetto Con.Trat.To, approvato dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2011, rifinanziato per il biennio 2012-2013 anche con il cofinanziamento della Regione, è lo strumento attraverso cui si dà piena attuazione al "Sistema regionale contro la tratta degli esseri umani", a sostegno delle vittime di sfruttamento sessuale, lavorativo, in continuità con quanto già attivato negli anni passati, con il Progetto Collegamenti interventi prostituzione (C.I.P.). Il sistema prevede un insieme di servizi territoriali (sportelli di ascolto e orientamento; unità mobili con funzioni di monitoraggio del fenomeno, informazione, prevenzione e tutela della salute; strutture di accoglienza e di alloggio per attivare programmi di protezione sociale e di inserimento socio-lavorativo) cui si affiancano azioni trasversali quali l'attività di help line h24 regionale, la presa in carico delle segnalazioni in emergenza il sistema informativo e la comunicazione.

Il progetto prevede la collaborazione fra il Comune di Calenzano, la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest e la Società della Salute di Empoli per le azioni di monitoraggio e verifica degli interventi relativamente al territorio di propria competenza; le associazioni Progetto Arcobaleno e C.A.T. si impegnano invece a svolgere le azioni territoriali e trasversali e le attività così come descritte nel "Piano delle Azioni C.I.P."

Nel 2012 l'unità di Strada composta da operatori di strada e mediatrici culturali ha contattato 824 donne (vs. le 412 del 2011) cui sono stati offerti servizi, informazioni ed orientamento, nonché nozioni di prevenzione sanitaria per la riduzione dei rischi.

I colloqui effettuati attraverso lo spazio di ascolto sono stati 111: 13 sono state le donne accolte in strutture di prima accoglienza e 8 in quelle di seconda accoglienza.

Punto nodale del sistema è il numero verde regionale anti tratta 800 186 086, attivato in raccordo con quello nazionale (800 290 290) per gestire le

richieste di trasferimento e inserimento delle persone all'interno delle strutture di accoglienza regionali ed extraregionali. Il numero verde è un servizio di ascolto, orientamento e informazione attivo 24 ore su 24 a sostegno delle vittime di tratta e sfruttamento ma anche dei cittadini, degli operatori sociali e sanitari, delle forze dell'ordine e di tutti coloro che entrano in contatto con le vittime, rappresenta quindi anche un mezzo importante per l'emersione e il monitoraggio del fenomeno. Nel 2012 alla postazione centralizzata sono pervenute, per la gestione dei casi 120 chiamate e 99 e-mail; il totale dei casi gestiti con la rete nazionale sono stati 28 e quelli gestiti in Toscana 69.

Il Comune di Firenze sostiene inoltre interventi di protezione per donne e minori vittime di violenza, maltrattamento e/o abuso, attraverso una convenzione con l'Associazione Artemisia che, in stretta connessione con i servizi sociali territoriali, interviene offrendo consulenza in materia giuridica e psicologica e protezione attraverso l'accoglienza sia in emergenza che nel lungo periodo anche in Case Rifugio ad indirizzo segreto.

I minori vittime di abuso e maltrattamento che sono stati presi in carico nel 2012 sono stati 153, di cui 12 inseriti in casa rifugio e 12 in strutture di emergenza; le donne che si sono rivolte ai servizi per essere supportate perché vittime di violenza sono state 342, di cui 17 inserite nella casa rifugio e 9 in struttura di emergenza.

Parte III^a - Monitoraggio delle risorse sociali e la Performance della zona - distretto

Sintesi

Diminuiscono i Fondi nazionali

I finanziamenti statali per i servizi sociali e sociosanitari sono nel corso degli anni progressivamente diminuiti: le leggi di stabilità dal 2009 hanno costantemente ridotto anno dopo anno ed in alcuni casi azzerato tali finanziamenti. Nel 2013 i fondi a disposizione delle regioni e attraverso queste ai Comuni, sono il 40% di quelli del 2007: in 7 anni sono diminuite di quasi 4 miliardi e 300 milioni di euro una cifra immensa, in una situazione di aumento del bisogno, di naturale lievitazione dei costi dei servizi e in concomitanza con gli altri tagli ai bilanci degli Enti locali come la riduzione dei trasferimenti dallo Stato ed i vincoli del Patto di stabilità.

Spesa sociale rilevata da ISTAT

L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati, realizzata dall'Istat, rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta sia dai Comuni per i servizi erogati, sia dalla Società della Salute di Firenze per gli interventi gestiti direttamente. Considerando la spesa complessivamente sostenuta dai due soggetti, nel 2012 i valori sia di spesa lorda che netta sono fra i più alti del periodo; la spesa netta pro-capite del 2012 di €248,2 è fra quelle più alte del periodo. La spesa netta pro-capite è variata da €246,5 nel 2007 a €257,6 nel 2010 anno con il valore più alto di spesa pro capite, valore nettamente superiore sia al dato nazionale - €117,8 - che regionale -€137,3 - .

Dal 2010 si alza la percentuale di spesa legata ai Fondi regionali vincolati (dal 2,1% del 2009 al 7,1% del 2012), mentre quella relativa alle risorse del Comune rimane su valori costanti (84,6% del 2012 vs 83,4 del 2009), e diminuisce come fonte di finanziamento il fondo per le politiche sociali (10,1% nel 2009 vs il 2,2 nel 2012).

Confrontando gli importi per area d'intervento, l'area Famiglia e Minori è quella che utilizza maggiori risorse (41,5%); seguita dall'area Anziani (21,7%), Disabili (15,2%) e della Povertà e Disagio (8,6%).

Il sistema di valutazione della performance

Il sistema bersaglio per le Società della Salute è lo strumento attraverso il quale la Regione Toscana confronta e valuta le differenze fra i vari territori. La mancanza di informazioni omogenee a livello di zona ha portato le Società della Salute ad utilizzare alcuni indicatori che rappresentano il territorio indirettamente, in attesa di individuarne altri più aderenti.

Da una lettura del bersaglio, anno 2012, la Società della Salute di Firenze ha migliorato, rispetto al 2011, la sua performance sull'attività fisica adattata (AFA) attivando i corsi ad alta disabilità, mentre è critico il valore dell'indicatore sull'Assistenza domiciliare, visto che è stata considerata solo quella erogata dalle AUSL. Molte risorse del comune di Firenze da molti anni sono destinate all'assistenza domiciliare sociale, servizio che nei prossimi anni sarà potenziato, ma che non è previsto per il calcolo dell'indicatore.

Molto è stato fatto per l'Appropriatezza medica e il Governo della domanda, critici nel 2011, migliorati nel 2012 e ancor più migliorabili in futuro visto l'accordo sottoscritto con MMG e l'avvio delle AFT, così come anche l'efficienza prescrittiva può essere migliorata.

I numeri della spesa sociale

Spesa netta per interventi e servizi sociali del Comune di Firenze e Società della Salute	€93.927.007,85
di cui:	
<i>Fondo politiche sociali</i>	2,1%
<i>Fondi regionali vincolati</i>	7,1%
<i>Fondi vincolati Stato/UE</i>	4,5%
<i>Trasferimenti da altri EEPP</i>	1,7%
<i>Trasferimenti fondi da privati</i>	0,1%
<i>Risorse proprie dell'Ente</i>	84,6%
Spesa netta pro-capite per interventi e servizi sociali del Comune di Firenze e Società della Salute	248,2
Spesa netta area famiglia e minori - Comune di Firenze e Società della Salute	38.978.803,02
Spesa netta area anziani - Comune di Firenze e Società della Salute	20.418.981,02
Spesa netta area disabili - Comune di Firenze e Società della Salute	14.299.941,8
Spesa netta area povertà - Comune di Firenze e Società della Salute	8.095.529,5

Le risorse nazionali per sociale e non autosufficienza

La sostenibilità economica del SSN viene garantita attraverso un sistema di governance multilivello (nazionale, regionale ed aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti: si pensi che le fonti di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale sono determinate sia dalla fiscalità generale (addizionale IRPEF, IRAP, IVA e Accise) che dalle entrate dirette percepite dalle aziende sanitarie locali, derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni a pagamento. Tale equilibrio deve essere mantenuto in un contesto altamente dinamico dei sistemi sanitari regionali e nazionali e per questo ci deve essere il rispetto di criteri dei costi delle prestazioni definiti nell'ambito dei rapporti di Stato-Regioni. Già nell'accordo Stato-Regioni del 2001 è stato garantito il passaggio da un sistema di finanziamento della spesa sanitaria agganciato alla spesa storica ad un sistema agganciato ad un livello di fabbisogno valutato come rapporto ottimale rispetto al PIL. Inoltre sono stati introdotti i "Patti per la Salute" proprio per dare certezza di risorse a tutto il sistema su un arco pluriennale, confermando un trend di crescita del finanziamento compatibile con la programmazione finanziaria del Paese.

Governo e Regioni hanno ritenuto necessario negoziare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato, compatibilmente con gli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica. Per questo sia il Ministero che le Regioni si sono impegnati per la definizione dei costi standard dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Nel 2012 le risorse sono state pari a 106,2 miliardi, incrementate rispetto al 2011 solo del 1,65%, ben al di sotto del tasso di inflazione e lontano dal tendenziale della spesa sanitaria.

I 106,4 miliardi del 2011 sarebbero dovuti essere 108,6 secondo il patto per la salute 2010-2012 ma la manovra estiva e il blocco dei contratti avevano in sostanza decurtato di circa 1,18 miliardi. Nel 2009 il Fondo era stato di 103,8 miliardi di euro e nel 2010 era ammontato a 105,3 miliardi.

Oltre all'assistenza sanitaria garantita su tutto il territorio nazionale definita dai Livelli Essenziali di Assistenza, il Servizio Sanitario è chiamato a rispondere ad altre grandi sfide assistenziali quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, vista l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo indirizzate a specifiche coorti di assistiti: per fare questo occorre una forte integrazione fra le diverse aree del welfare sia nelle politiche come nei finanziamenti.

Finora i livelli essenziali di assistenza sociale non sono mai stati definiti a livello nazionale, proprio per la difficoltà di finanziarli: le politiche del welfare, negli ultimi anni, si sono evolute ed hanno, di fatto, trasformato il sistema welfare superando il concetto del diritto di cittadinanza sociale, che riconosce al cittadino la titolarità dei diritti sociali, e ha orientato il

welfare verso un modello assistenziale residuale, togliendo risorse importanti ai servizi sociali e ai servizi sanitari.

**Tav 79 Andamento fondi nazionali per il sociale e non autosufficienza
- anni 2007-2013 (trasferimenti alle regioni e Prov. Aut.)
- milioni di euro -**

Fondi nazionali per	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
politiche sociali	€ 956,23	€ 670,79	€ 518,00	€ 380,22	€ 178,58	€ 10,86	€ 300,00
politiche della famiglia	€ 220,00	€ 190,00	€ 190,00	€ 185,30	€ 52,50	€ 32,00	€ 19,80
politiche relative ai diritti e alle pari opportunità	€ 50,00	€ 50,00	€ 50,00	€ 3,30	€ 2,20	€ 10,5	€ 10,8
politiche giovanili	€ 130,00	€ 130,00	€ 130,00	€ 94,10	€ 32,90	€ 8,2	€ 6,2
infanzia e adolescenza		€ 43,90	€ 43,90	€ 40,00	€ 40,00	€ 40,00	€ 39,6
non autosufficienze	€ 100,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 400,00	0,00	0,00	€ 275,00
affitto				€ 143,80	€ 33,50	0,00	0,00
inclusione immigrati	€ 50,00	€ 50,00	€ 50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
servizi infanzia	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
comunità giovanili	€ 5,00	€ 5,00	€ 5,00				

La legge finanziaria del 2007 finanziò, in campo sociale, oltre al Fondo Nazionale per le politiche sociali, altri fondi specifici come il fondo per la non autosufficienza. La finanziaria del 2008 confermò tali fondi e ne aumentò alcuni, come il fondo per la non autosufficienza, finanziandolo per 300 milioni nel 2008 e 400 milioni per il 2009 e il 2010.

Le leggi di stabilità poi dal 2009 hanno costantemente ridotto anno dopo anno ed in alcuni casi azzerato questi finanziamenti.

La voce maggiore di finanziamento per i servizi sociali, che derivava dal Fondo nazionale per le politiche sociali ha visto attribuire nel 2011 meno di un quinto delle risorse che erano state attribuite nel 2007 e un terzo di quelle attribuite nel 2009, il fondo per la non autosufficienza, nel 2011 e nel 2012, non è stato finanziato.

Se consideriamo il totale dei fondi trasferiti dallo stato alle Regione e Province, per le politiche sociali e non autosufficienza, nel 2013 i fondi a disposizione delle regioni e attraverso queste ai Comuni, sono il 40% di quelli del 2007: in 7 anni sono diminuite di quasi 4 miliardi e 300 milioni di euro una cifra immensa, in una situazione di aumento del bisogno, di naturale lievitazione dei costi dei servizi e in concomitanza con gli altri tagli ai bilanci degli Enti locali come la riduzione dei trasferimenti dallo Stato ed i vincoli del Patto di stabilità.

Nell'ambito del dibattito nazionale per i livelli essenziali delle prestazioni sociali l'esigenza sempre più pressante di avere dati relativi agli interventi sociali e alle risorse impiegate ha dato origine ad una rilevazione della spesa consuntiva dei comuni singoli ed associati gestita da ISTAT. L'indagine raccoglie informazioni con cadenza annuale sulle politiche di

welfare gestite a livello locale. In particolare si rilevano le risorse destinate alle attività in campo socio-assistenziale realizzate dai vari Enti che contribuiscono all'offerta e gli utenti che ne beneficiano, sia sotto forma di servizi sociali che di contributi economici di varia natura.

Tav 80 Fondi nazionali per sociale e non autosufficienza trasferiti alle regioni - anni 2007-2013 - valori in milioni di euro

anno	v.a.	indice base 2007=100
2007	€ 1.611,23	100,0
2008	€ 1.539,69	95,6
2009	€ 1.486,90	92,3
2010	€ 1.246,72	77,4
2011	€ 339,68	21,1
2012	€ 101,56	6,3
2013	€ 651,40	40,4

I risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte: per questo è stato implementato nel sistema sanitario regionale un sistema per la valutazione della performance multidimensionale. Questo sistema di valutazione della performance è adottato da tutte le Aziende Sanitarie della Toscana e supporta i processi di programmazione strategica e di controllo della Regione. Il sistema è stato esteso anche alle zone distretto.

Spesa sociale del Comune di Firenze

La spesa sociale rilevata da ISTAT

L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai Comuni per i servizi che erogano da soli e/o in associazione con altri, secondo un modello di organizzazione che può variare non soltanto tra le regioni, ma anche all'interno della stessa regione. L'indagine è inserita nel Programma Statistico Nazionale ed è il frutto della collaborazione tra l'Istituto nazionale di statistica, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della solidarietà sociale, le Regioni e le Province autonome.

Si ricorda che per la rilevazione ISTAT sono censiti anche i nidi, i contributi per affitto e l'intermediazione abitativa.

La spesa sociale a confronto

Dall'indagine Istat risulta che, nel 2010, in Toscana a fronte di una spesa sociale netta di €513 milioni di euro (vs. i 490 del 2008), la spesa pro-capite è stata di €137,3, superiore alla media nazionale pari a € 117,8.

Tav.81 ^Spesa netta per interventi e servizi sociali. Anni 2005 – 2010. Valori medi pro - capite per area

Ripartizioni geografiche	Anni					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
nord-ovest	112,6	117,5	125,4	128,9	133,2	134,1
nord-est	146,1	145,6	148,7	155,2	160,8	161,5
centro	111	113,8	122,4	126,4	131,5	134,7
sud	40,1	44	51,6	51,7	50,9	53,1
isole	84	86,4	90,5	94,7	107,4	110,1
Toscana	120,5	121,9	132,6	130,4	136,9	137,3
Italia	98	101	107,8	111,4	115,9	117,8
Firenze*	229,7	247,4	246,5	250,1	249,8	257,6

Fonte: Istat "Questionario sulla spesa sociale dei comuni"

* Fonte: elaborazioni Osservatorio sociosanitario SdS su questionario compilato dal Comune di Firenze per l'indagine ISTAT; dal 2010 è compreso anche il dato della spesa sociale della SdS di Firenze.

^ è la spesa in conto corrente di competenza impegnata negli anni per l'erogazione dei servizi o degli interventi incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (unità di euro). La spesa è al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

Il valore più elevato di spesa pro-capite continua ad essere registrato nel Nord-est con €161,5; il valore più basso invece sempre nel Sud con €53,1; il centro si attesta su un valore medio di €134,7.

Firenze con una spesa al netto della compartecipazione utente di 95 milioni, ha come spesa media pro-capite €257,6 – valore nettamente superiore sia al dato nazionale che regionale.

Nel quinquennio 2005-2010 l'andamento della spesa media procapite ha avuto un andamento crescente per tutte le aree geografiche.

La spesa sociale di Firenze

Anche se una diversa classificazione degli interventi e servizi fra le varie edizioni dell'indagine rende molto difficile la comparazione dei dati nel tempo, possiamo fare un'ipotesi sull'andamento della spesa negli anni 2006-2012.

Tav.82 Spesa per interventi e servizi sociali del Comune di Firenze, Società della Salute di Firenze – valori in euro - Anni 2006 – 2012.

Anno	spesa lorda	spesa netta	spesa netta pro-capite
Comune di Firenze			
2012	96.220.451,80	90.497.846,94	239,2
2011	94.312.903,18	89.078.824,58	238,5
2010	98.533.966,33	92.571.051,66	249,3
2009	98.392.169,00	92.164.575,00	249,8
2008	97.952.482,43	91.450.642,74	250,1
2007	95.670.912,03	89.908.089,98	246,5
2006	95.656.602,01	90.525.587,91	247,4
Società della salute di Firenze			
2012	3.429.160,91	3.429.160,91	9,1
2011	3.224.454,49	3.223.954,49	8,6
2010	3.082.939,55	3.082.939,55	8,3
Totale Firenze			
2012	99.649.612,71	93.927.007,85	248,2
2011	97.537.357,67	92.302.779,07	247,2
2010	101.616.905,88	95.653.991,21	257,6
2009	98.392.169,00	92.164.575,00	249,8
2008	97.952.482,43	91.450.642,74	250,1
2007	95.670.912,03	89.908.089,98	246,5
2006	95.656.602,01	90.525.587,91	247,4

Fonte: elaborazioni Osservatorio sociosanitario SdS sui questionari compilati dal Comune di Firenze e Società della Salute di Firenze per l'indagine ISTAT

Nota [*]: la spesa della SdS di Firenze per gli interventi e servizi gestiti direttamente viene rilevata a partire dal 2010.

Per la spesa sostenuta dal Comune di Firenze:

- ✓ Il 2011 è l'anno in cui si sono registrati i valori più bassi per la spesa lorda e netta. I valori più alti di spesa lorda e netta sono nel 2010.
- ✓ Nel 2012 la compartecipazione del cittadino rappresenta il 5,1% della spesa lorda: il valore più alto fra le varie compartecipazioni (84,7%) è relativo alla voce "asili nido".
- ✓ La spesa netta, ottenuta detraendo la compartecipazione al servizio del cittadino e del servizio sanitario nazionale dalla spesa lorda, rapportata alla popolazione residente sintetizza quanto è stata la spesa per abitante; tale spesa è variata da €238,53 nel 2011 a €250 nel 2008.

Dal 2010 viene rilevata anche la spesa della SdS di Firenze per gli interventi e servizi gestiti direttamente dalla suddetta. Questa modifica

procedurale comporta un diverso modo di rappresentare la spesa sociale del Comune rispetto agli anni precedenti, inducendo ad una diminuzione apparente dell'entità della spesa netta e pro-capite.

Se questa spesa non fosse stata gestita dalla SdS di Firenze ma direttamente dal Comune avremmo avuto un aumento nelle voci di spesa sul bilancio comunale pari a €3.429.160,91.

Le aree d'intervento interessate da questa riclassificazione sono quella degli "anziani" per un valore di €2.120.057,75, dei "disabili" con €812.120,67, degli "immigrati e nomadi" con €400.030 e dalla "multiutenza" per €96.952.

Sommando la spesa sostenuta dal Comune con quella dell'SdS:

- ✓ nel 2012 i valori sia di spesa lorda che netta sono fra i più alti del periodo; la spesa netta pro-capite del 2012 di €248,2 è fra quelle più alte del periodo;
- ✓ la spesa netta pro-capite è variata da €246,5 nel 2007 a €257,6 nel 2010;
- ✓ il 2010 continua ad essere l'anno con i valori più alti di spesa lorda, netta e pro capite.

Tav.83 Distribuzione percentuale della spesa netta per fonte di finanziamento. Firenze – Anni 2009-2012

Fonti di finanziamento	2009	2010	2011	2012
	comune			
Fondo politiche sociali	10,1	7,6	4,5	2,2
Fondi regionali vincolati	2,1	3,3	3,0	3,6
Fondi vincolati dello Stato/Unione Europea	3,7	6,2	2,9	4,7
Trasferimenti da altri Enti Pubblici	0,5	1,1	1,2	1,7
Trasferimenti fondi da privati	0,2	0,0	0,0	0,1
Risorse proprie dell'Ente	83,4	81,8	88,4	87,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
	sds			
Fondi regionali vincolati		100,0	100,0	100,0
Totale		100,0	100,0	100,0
	totale			
Fondo politiche sociali	10,1	7,4	4,3	2,1
Fondi regionali vincolati	2,1	6,4	6,4	7,1
Fondi vincolati dello Stato/Unione Europea	3,7	6,0	2,8	4,5
Trasferimenti da altri Enti Pubblici	0,5	1,1	1,2	1,7
Trasferimenti fondi da privati	0,2	0,0	0,0	0,1
Risorse proprie dell'Ente	83,4	79,2	85,3	84,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

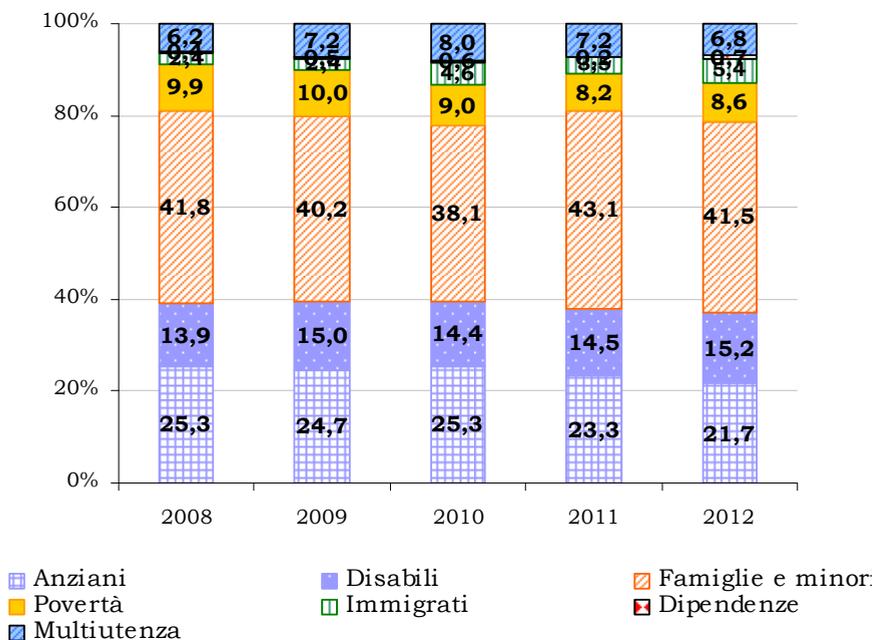
Fonte: elaborazioni Osservatorio sociosanitario SdS sui questionari compilati dal Comune di Firenze e Società della Salute di Firenze per l'indagine ISTAT

Considerando [la spesa netta per fonte di finanziamento](#), dei 90 milioni e 400mila di spesa netta del 2012 sostenuta dal Comune di Firenze, per l'87,8% utilizza risorse proprie, il 4,7% è finanziato con fondi dallo Stato,

il 3,6% da fondi vincolati della Regione, il 2,2% dallo Stato e l'1,2% dal fondo per le politiche sociali. Rispetto agli anni precedenti nel 2012 diminuisce la quota del fondo per le politiche sociali, che alzano la quota percentuale dalle risorse proprie dell'Ente.

Considerando oltre alla spesa del Comune anche quella sostenuta dall'SDS, dal 2010 si alza la percentuale di spesa legata ai Fondi regionali vincolati (dal 2,1% del 2009 al 7,1% del 2012), mentre quella relativa alle risorse del Comune rimane su valori costanti (84,6% del 2012 vs 83,4 del 2009), e diminuisce come fonte di finanziamento il fondo per le politiche sociali (10,1% nel 2009 vs il 2,2 nel 2012).

Graf.73 Distribuzione della spesa netta per area d'intervento - valori percentuali - Comune di Firenze e SDS - Anni 2008- 2012



Fonte: elaborazioni Osservatorio sociosanitario SdS sui questionari compilati dal Comune di Firenze e Società della Salute di Firenze per l'indagine ISTAT

Dal confronto degli importi per area d'intervento dei due enti risulta che nel 2012 Famiglia e Minori è l'area che utilizza maggiori risorse (41,5%); seguono le aree degli Anziani (21,7%), dei Disabili (15,2%) e della Povertà e Disagio (8,6%).

Su queste quattro aree di utenza si concentra l'87% delle risorse impegnate; quote più contenute sono assorbite dalle altre aree.

Nel quadriennio 2008-2012 l'area famiglia e minori è stata quella con maggiore spesa, seguita da quella degli anziani, dei disabili e della povertà e disagio adulti.

Il 2010 è stato l'anno in cui la spesa sostenuta per anziani e disabili è stata maggiore: 24 milioni e 174mila per gli anziani , 13 milioni e 789mila per i disabili.

La spesa per la povertà è stata massima nel 2009 con 9 milioni e 176 mila, mentre la pesa per famiglia e minori ha raggiunto il suo massimo nel 2011.

Tav.84 Distribuzione della spesa netta per tipo e per principali aree d'intervento - valori assoluti in euro e percentuali. Comune di Firenze e Società della Salute Firenze - Anno 2012

tipo intervento	famiglia e minori	anziani	disabili	povertà
	valori assoluti			
Interventi e servizi	4.200.949,90	6.429.928,95	6.974.666,46	2.180.016,00
Trasferimenti in denaro	10.329.659,27	12.624.951,00	5.323.838,00	1.239.957,00
<i>di cui per pagamento rette</i>	8.304.816,55	9.931.753,81	2.768.973,91	0,00
Strutture	24.448.194,74	1.364.101,14	2.001.438,00	4.675.555,00
Totale	38.978.803,91	20.418.981,09	14.299.942,46	8.095.528,00
	valori percentuali			
Interventi e servizi	10,8	31,5	48,8	26,9
Trasferimenti in denaro	26,5	61,8	37,2	15,3
<i>di cui per pagamento rette</i>	21,3	48,6	19,4	0,0
Strutture*	62,7	6,7	14,0	57,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

* comprendono i nidi

Fonte: elaborazioni Osservatorio sociosanitario SdS su questionario compilato dal Comune di Firenze e dalla SdS di Firenze per l'indagine ISTAT

All'interno di ogni area di utenza si rileva una certa varietà di interventi e servizi, di trasferimenti in denaro e di strutture: per l'area famiglia e minori il 62,7% della spesa è destinato alle strutture cioè agli asili nido e il 26,5% a trasferimenti di denaro. L'10,8% della spesa è invece utilizzato per interventi e servizi.

Gli importi per strutture residenziali e semiresidenziali, siano queste del comune o rette pagate a strutture private, costituiscono il 55,3% della spesa per l'area Anziani. In questo caso la parte dedicata alle strutture a gestione diretta riguarda solo il 6,7%. Fra gli interventi e servizi, che costituiscono il 31,5% della spesa per anziani, l'assistenza domiciliare sociale costituisce il servizio principale.

Per l'area disabili gli Interventi e servizi pesano per il 48,8% - in particolare per i servizi educativo - assistenziali e per l'inserimento lavorativo - sulla spesa totale, un altro 37,2% è destinato invece a trasferimenti di denaro di cui il 19,4% per il pagamento di rette residenziali e semiresidenziali. Anche in questo caso la parte dedicata alle strutture a gestione diretta rimane la minore, con il 14%.

Come per l'area famiglia e minori anche l'area povertà dedica la maggior parte della spesa per le strutture, pari al 57,8% del totale. Il 26,9% per interventi e servizi ed il rimanente 15,3% per i trasferimenti di denaro.

Il sistema di valutazione della performance

Con DGR 486/2005 la Regione Toscana ha adottato il [sistema di valutazione della performance](#) come uno degli strumenti di governo del sistema sanitario regionale. Il sistema è oggi utilizzato per supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello aziendale e regionale. Il sistema prende in esame una batteria di indicatori suddivisi in sei “dimensioni”: la valutazione dei livelli di salute della popolazione, la capacità di perseguimento delle strategie regionali, la valutazione socio-sanitaria, la valutazione esterna espressa dai cittadini utenti, la valutazione interna espressa dal personale delle aziende sanitarie e infine la valutazione dell’efficienza operativa e della performance economico finanziaria.

Per rappresentare i risultati raggiunti dalle aziende USL è stata scelta la metafora grafica di un bersaglio, composto da cinque fasce e a ciascuna fascia è associato un colore e un punteggio a seconda del tipo di performance ottenuto: la fascia verde, parte centrale del bersaglio, corrisponde ad un performance ottima, la fascia verde chiaro indica una performance buona, la fascia gialla indica una performance media, la fascia arancione una performance scarsa e la fascia rossa una performance molto scarsa.

Il sistema bersaglio è stato esteso alle SdS quale strumento da utilizzare per il management e per la Regione rappresenta lo strumento per confrontare e valutare le differenze tra i territori. La mancanza di informazioni omogenee a livello di zona ha condizionato la scelta degli indicatori per il bersaglio delle SdS e vengono quindi utilizzati alcuni indicatori che, indirettamente, rappresentano il territorio, che di anno in anno vengono sostituiti da altri indicatori più aderenti.

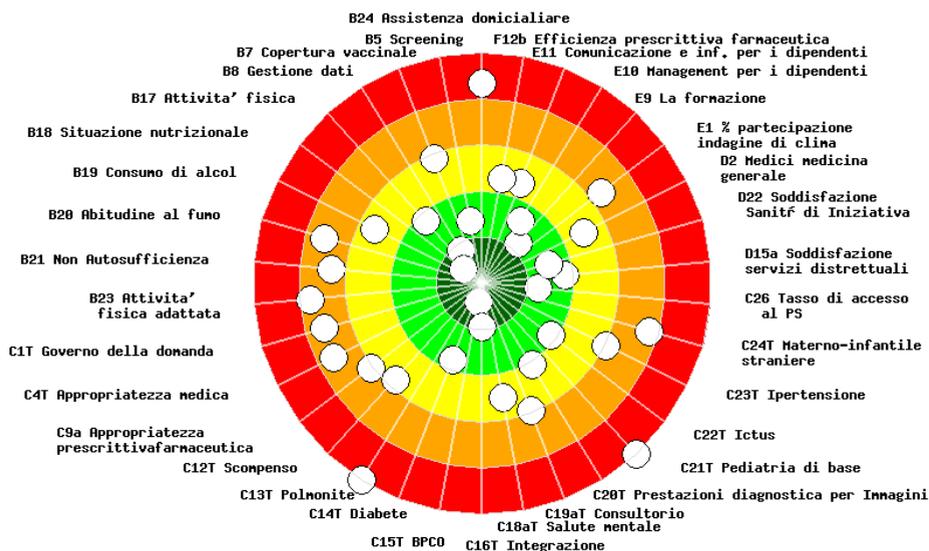
Gli [indicatori sulla salute della popolazione](#) (indicatori di tipo A) non denotano una migliore o peggiore performance di una SdS ma sono a supporto del processo di programmazione che il territorio deve mettere in atto per uno sviluppo e un mantenimento appropriato dei servizi, rispondendo quindi alle esigenze della popolazione a cui essi si rivolgono: la SdS Firenze ha un tasso molto alto di anziani non autosufficienti e un indice di vecchiaia alto senza contare l’alto livello dell’indice di dipendenza globale, accompagnato da un tasso di natalità, seppur in miglioramento, comunque basso. Molto positivi gli indicatori su la mortalità per tumori e per malattie cardiocircolatorie, negativo quello per suicidi.

Gli indicatori su [la capacità di perseguimento delle strategie regionali](#) (indicatori di tipo B) devono essere monitorati sia a livello aziendale che di zona poiché le strategie regionali possono essere attuate solo se le aziende sanitarie operano in una logica di squadra: B5 Screening, B7 copertura vaccinale, B8 gestione dati, B23 attività fisica adattata (AFA), sono gli indicatori proposti sia nel 2011 sia nel 2012, B26 Sanità d’iniziativa,

presente nel 2011 non è stato riproposto nel 2012, mentre si sono aggiunti nel 2012 nuovi indicatori più vicini ad individuare gli interventi per i corretti stili di vita come B17 Attività fisica, B18 situazione nutrizionale, B19 consumo di alcol, B20 abitudine al fumo, e due nuovi indicatori su l'assistenza agli anziani quali B21 non autosufficienza, B24 Assistenza domiciliare.

Graf.74 Rappresentazione grafica del Bersaglio SDS Firenze – Anno 2012

110 - Firenze



Fonte: Regione Toscana, Scuola Superiore Sant'Anna, Istituto di Management Laboratorio Management e Sanità, *Il sistema di valutazione della performance delle SdS e zone distretto del sistema socio-sanitario toscano - Report 2012*

L'indicatore [B21 non autosufficienza](#), composto da tre sottoindicatori, può essere migliorato per il 2013. Infatti:

- Firenze non ha una buona percentuale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione, ma sono già state messi in campo dei correttivi che già nei primi mesi del 2013 hanno aumentato tale percentuale;
- rispetto alle altre zone, i grandi numeri di Firenze influiscono negativamente su la percentuale di ammissioni in RSA entro 30 gg dalla presa in carico, anche se principalmente influiscono i tempi richiesti dall'iter per il perfezionamento del PAP: la famiglia per fornire la documentazione necessaria per l'inserimento in RSA, come il calcolo dell'ISEE, impiega più di 30 giorni dalla data di presa in carico e la sottoscrizione del PAP;
- Firenze ha una percentuale di ammissioni in RSA con PAP domiciliare molto bassa, ma avremo un cambiamento di tendenza nei prossimi anni perché con l'accomodamento ragionevole verrà proposto,

specialmente agli anziani che vivono da soli, un voucher per l'assistenza domiciliare spendibile anche in RSA.

L'attività fisica adattata (AFA), indicatore negativo nel 2011 ha recuperato nel 2012 perché sono stati attivati i corsi AFA ad alta disabilità.

Critico è il valore dell'indicatore B24 Assistenza domiciliare, calcolato come Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni) e dove per assistenza domiciliare si considera solo quella erogata dalle AUSL. Molte risorse del comune di Firenze da molti anni sono destinate all'assistenza domiciliare sociale, servizio che nei prossimi anni sarà potenziato, ma che non è previsto per il calcolo dell'indicatore. Se verrà cambiato l'indicatore allargando anche al servizio di AD sociale avremo un miglioramento come pure se altre prestazioni sanitarie ad oggi non trasmesse nel flusso, come i prelievi, confluiranno nella trasmissione dati.

Gli indicatori su la valutazione socio-sanitaria (indicatori di tipo C) evidenziano i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e risposta del sistema socio-sanitario, in particolar modo per le attività di competenza del territorio come la prevenzione, la medicina generale, l'attività dei consultori.

Molto è stato fatto per l'Appropriatezza medica e il Governo della domanda, critici nel 2011, migliorati nel 2012 e ancor più migliorabili in futuro visto l'accordo sottoscritto con MMG e l'avvio delle AFT entro ottobre 2013, anche se occorre continuare a intervenire sul tasso di ospedalizzazione di DRG LEA medici per acuti per residenti 0-64 anni.

Sempre critici, in fascia rossa, gli indicatori tasso di ricovero per polmonite per residenti 20-74 anni e tasso di ricoveri totale in età pediatrica per ragazzi 0-14 anni, anche se per quest'ultimo indicatore lo scostamento dal valore medio regionale è solo di 2 punti percentuali.

La dimensione Valutazione di efficienza operativa (indicatori di tipo F) ha lo scopo di valutare per le zone la spesa sanitaria territoriale e la spesa sociale. Il bersaglio del 2011 e 2012 considera solo l'indicatore sull'efficienza prescrittiva. Tale indicatore può essere ancora migliorato intervenendo su la percentuale di Statine a brevetto scaduto ma soprattutto su la percentuale ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi).

Glossario

ARS TOSCANA: Agenzia Regionale di Sanità Toscana.

BADL (Basic Activities of Daily Living): - attività di base della vita quotidiana-: negli studi epidemiologici la non autosufficienza viene individuata e graduata sulla base del numero di BADL che il soggetto non è più in grado di fare da solo. La dipendenza/indipendenza viene valutata su 6 attività: lavarsi, vestirsi, uso del w.c., spostarsi, controllare la continenza, alimentarsi.

CONVIVENZA: Le convivenze anagrafiche sono conteggiate sulla base del numero di schede di convivenza presenti negli archivi anagrafici. L'articolo 5 del regolamento anagrafico (DPR 223 del 1989) riporta: "Agli effetti anagrafici per convivenza s'intende un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena, e simili, aventi dimora abituale nello stesso comune. Le persone addette alla convivenza per ragioni di impiego o di lavoro, se vi convivono abitualmente, sono considerate membri della convivenza, purché non costituiscano famiglie a sé stanti. Le persone ospitate anche abitualmente in alberghi, locande, pensioni e simili non costituiscono convivenza anagrafica".

dB(A): Decibel ponderato con filtro di tipo A. E' il filtro più usato nell'ambito della normativa sull'inquinamento acustico.

DEGENZA MEDIA: Rappresenta un importante indicatore dell'efficienza dei ricoveri ed è data dal rapporto tra il numero di giornate di degenza (o del numero di accessi se si tratta di ricovero diurno) erogate ad un determinato insieme di pazienti e il numero dei ricoveri da questi effettuati. $Degenza\ media = \frac{\text{Numero delle giornate di degenza erogate ai pazienti}}{\text{Numero di ricoveri effettuati dai pazienti stessi}}$. Esprime dunque il numero medio delle giornate di degenza per caso trattato.

FAMIGLIA: Le famiglie sono conteggiate sulla base del numero di schede di famiglia presenti nell'archivio anagrafico. Ai sensi dell'articolo 4 del regolamento anagrafico (DPR 223 del 1989) si intende per famiglia "un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso comune".

IADL (Instrumental Activities of Daily Living): attività strumentali della vita quotidiana -: l'anziano fragile è colui che, pur essendo ancora autosufficiente in tutte le attività di base della vita quotidiana (BADL), presenta un aumentato rischio di perdita di autonomia. I fattori di rischio considerati sono 7: non vivere solo, usare 4 o più farmaci al giorno, problemi di vista, problemi di memoria, problemi nel camminare, essere caduto o essere stato ricoverato nell'anno precedente. Sulla base del totale dei fattori cui l'anziano risulta positivo, è possibile operare una classificazione su una scala di fragilità a sette punti. I fragili "ad altissimo rischio" di non autosufficienza presentano una positività ad almeno 4 fattori di rischio.

INDICE DI DEPRIVAZIONE: Indice calcolato su dati censuari, ottenuto sommando per ogni individuo la presenza di una serie di condizioni di svantaggio (disoccupazione, basso livello di istruzione, abitazione piccola ...).

INDICE DI DIPENDENZA DEGLI ANZIANI: Numero di residenti con età superiore a 65 anni ogni 100 individui potenzialmente indipendenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE: Numero di residenti di età inferiore a 15 anni ogni 100 persone potenzialmente indipendenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE: E' il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100.
$$\text{Indice di dipendenza strutturale} = \frac{(P<14+P>65)}{[P(15-64)]} * 100.$$

INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE degli ANZIANI: E' il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

INDICE DI MASCOLINITÀ: Rapporto tra il numero di maschi ogni 100 femmine.

INDICE DI RICAMBIO: La proporzione fra gli individui che escono dall'età lavorativa e coloro che vi sono appena entrati, ovvero persone in età compresa fra i 60 ed i 64 anni per 100 ragazzi fra i 15 e i 19 anni.
$$\text{Indice di ricambio} = \frac{[P(60-64)]}{P(15-19)} * 100.$$

INDICE DI STRUTTURA: Si ottiene dal rapporto tra l'ammontare della popolazione in età compresa tra i 40 e i 64 anni e quella in età compresa tra i 15 e i 39 anni.
$$\text{Indice di struttura} = \frac{[P(40-64)]}{P(15-39)} * 100.$$

INDICE DI VECCHIAIA: E' il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

NUCLEO FAMILIARE: Per "nucleo familiare" si intende, secondo la definizione data dall'Istat, un insieme di persone tra loro coabitanti che sono legate dal vincolo di coppia e/o rapporto genitore-figlio (sempre che il figlio sia celibe/nubile). All'interno della famiglia si possono così trovare nessun nucleo (le persone sole, due sorelle, una madre che vive col figlio separato), un nucleo (una coppia, un genitore solo), due o più nuclei (due coppie, oppure una coppia di genitori con la figlia divorziata e il nipote).

NUMERO MEDIO DI COMPONENTI PER FAMIGLIA: E' dato dal rapporto tra la popolazione residente in famiglia ed il numero delle famiglie anagrafiche.

PIL (Prodotto Interno Lordo): Indicatore di solito utilizzato come indice sintetico della capacità di un paese a generare ricchezza.

PLS: Pediatra di libera scelta.

POPOLAZIONE PRESENTE: E' costituita dalle persone presenti in un certo territorio ad una certa data ed aventi in esso dimora abituale, nonché dalle persone presenti alla stessa data, ma aventi dimora abituale in altro territorio.

POPOLAZIONE RESIDENTE: L'ammontare delle persone aventi dimora abituale nel territorio di riferimento, anche se alla data considerata sono assenti perché temporaneamente presenti in altro territorio.

POVERTÀ ASSOLUTA: In termini assoluti, la povertà viene definita come incapacità all'acquisto di un paniere di determinati beni e servizi essenziali, indipendentemente dallo standard di vita medio della popolazione.

La linea di povertà assoluta è identificata dal valore monetario del paniere, rivalutato di anno in anno per tener conto della variazione del livello dei prezzi, ed individua il sottogruppo delle famiglie povere, definito secondo la soglia della povertà relativa, con condizioni economiche particolarmente disagiate. Una famiglia la cui spesa mensile è inferiore o uguale a quella occorrente all'acquisto del paniere minimo è da considerarsi assolutamente povera, ovvero non in grado di mantenere un livello di vita "socialmente accettabile" per i propri componenti. La spesa mensile considerata si compone di spesa alimentare, spesa per l'abitazione e spesa residuale.

La spesa mensile minima, che costituisce la soglia di esclusione sociale, viene calcolata per numero di componenti (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7+) e per 36 diverse tipologie familiari che tengono conto sia del numero di componenti che della loro distribuzione per classi di età (ad esempio, famiglie di 4 componenti, di cui 2 in età maggiore o uguale a 60 anni, 1 in età 18-59 anni, 1 in età minore di 18 anni).

POVERTÀ RELATIVA: La definizione della povertà relativa utilizza un valore-soglia di discriminazione tra le famiglie povere e le non povere (detto linea di povertà o International Standard of Poverty Line - ISPL) basato sulla loro spesa per consumi. Il valore-soglia è equivalente alla spesa media per consumi pro-capite delle famiglie di due componenti. Viene considerata povera in senso relativo una famiglia di due componenti che spende mensilmente per consumi un importo inferiore o uguale al valore-soglia. Per famiglie di diversa ampiezza si utilizza una scala di equivalenza del valore-soglia che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti, data dai coefficienti: 0,60 per famiglia di un componente, 1 per due componenti, 1,33 per tre componenti, 1,63 per quattro componenti, 1,90 per cinque componenti, 2,15 per sei componenti, 2,40 per sette e più componenti.

QUOZIENTE DI NUZIALITÀ: Il rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

RA: Residenze Assistite (sociali)

RICOVERI RIPETUTI: Con la locuzione "ricoveri ripetuti" si intendono descrivere i ricoveri susseguenti al primo, avvenuti nello stesso Presidio Ospedaliero, in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni. Poiché un ricovero venga considerato ripetuto è necessario che la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero corrisponda alla categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente. La percentuale di ricoveri ripetuti esprime il rapporto tra i ricoveri ripetuti stessi ed i ricoveri totali (entrambi effettuati in regime di ricovero ordinario). Ricoveri ripetuti (≤ 30 gg) = $[\text{Ricoveri ripetuti} / \text{Ricoveri totali}]$.

RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali

SALDO MIGRATORIO (O SOCIALE): Differenza tra il numero degli iscritti ed il numero di cancellati dai registri anagrafici dei residenti in un dato periodo di tempo (quasi sempre un anno). Un saldo positivo indica un guadagno netto di popolazione, un valore negativo identifica una perdita netta.

SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO: Differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero in un dato periodo di tempo (quasi sempre un anno).

SALDO MIGRATORIO INTERNO: Differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da un altro comune italiano ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza ad un altro comune italiano in un dato periodo di tempo (quasi sempre un anno).

SALDO NATURALE: E' dato dalla differenza tra l'ammontare degli iscritti anagrafici per nascita in un certo territorio e i cancellati per decesso dal territorio medesimo in un dato periodo di tempo (quasi sempre un anno). Un saldo positivo indica un guadagno netto di popolazione, un valore negativo identifica una perdita netta.

SALDO TOTALE: Differenza tra la popolazione totale ad inizio anno e la popolazione totale a fine anno ogni 1.000 abitanti residenti.

S.I.A.S.T.: Servizi Integrati di Assistenza Sociale Territoriale.

SOGLIA DI ALLARME: Livello di concentrazione di un inquinante oltre il quale vi è un rischio per la salute umana in caso di esposizione di breve durata e raggiunto il quale si deve immediatamente intervenire.

SOGLIA DI INFORMAZIONE: Livello di concentrazione di un inquinante oltre il quale vi è un rischio per la salute in alcuni gruppi sensibili della popolazione in caso di esposizione di breve durata (valido soltanto per l'ozono).

SOGLIA DI SOSTITUZIONE: Minimo tasso di fecondità necessario per il rinnovamento generazionale di una popolazione.

SOPRAVVIVENZA OSSERVATA A 5 (10) ANNI: Percentuale di soggetti in vita dopo 5 (10) anni dalla diagnosi di malattia.

SOSTANZE PSICOTROPE: Sono sostanze che modificano il funzionamento dei neurotrasmettitori nel sistema nervoso in modo da alterare lo stato cosciente.

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA: Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell'ultimo triennio, rispetto al periodo considerato

SPERANZA DI VITA ALL'ETÀ "X": La speranza di vita di una popolazione ad una certa età "x" è definita dal numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età "x", calcolata in base all'esperienza in atto della sopravvivenza nella popolazione di riferimento.

STANDARDIZZAZIONE PER ETA': Procedura che consente di fare confronti spaziali (o temporali) dei tassi relativi ad un fenomeno altamente influenzato dalla struttura per età della popolazione.

TASSO DI ABORTIVITÀ: Rapporto tra il numero di IVG e la popolazione femminile residente in età 15-49 anni per 1.000.

TASSO DI ATTIVITÀ: Numero di persone appartenenti alla forza lavoro ogni 100 abitanti di età superiore a 14 anni.

TASSO DI CRESCITA TOTALE: Somma del tasso di incremento naturale e del tasso migratorio netto.

TASSO DI DISOCCUPAZIONE: Rapporto fra le persone in cerca di occupazione e le corrispondenti forze lavoro.

TASSO DI FECONDITÀ TOTALE (numero medio di figli per donna): E' la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (tra i 15 e i 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile.

TASSO DI GENERAZIONE: E' dato dal rapporto tra l'ammontare totale della popolazione e quello della popolazione residente.

TASSO DI INCIDENZA DI UNA MALATTIA: Rapporto tra il numero degli individui di una determinata area geografica che in un certo periodo di tempo (generalmente un anno) contraggono quella malattia e la popolazione media a rischio, di quell'area e di quel periodo di tempo (normalmente riferito a 1.000 abitanti).

TASSO DI INCREMENTO MEDIO ANNUO DELLA POPOLAZIONE: Esprime il numero di abitanti che ogni anno si aggiungono (o si tolgono) ogni 1.000 residenti iniziali.

TASSO DI INCREMENTO MIGRATORIO: Il rapporto tra il saldo migratorio (iscritti per immigrazione-cancellati per emigrazione) e l'ammontare medio annuo della popolazione residente (per 1.000).

TASSO DI INCREMENTO NATURALE DELLA POPOLAZIONE: La differenza tra il tasso di natalità ed il tasso di mortalità.

TASSO DI MALFORMAZIONI CONGENITE: Numero di soggetti affetti da una o più malformazioni (escludendo i difetti minori) per 1.000 nati vivi.

TASSO DI MORTALITÀ DELLA POPOLAZIONE: Il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE: Numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ed il numero di nati vivi nello stesso anno (per 1.000).

TASSO DI MORTALITÀ NEONATALE: Numero dei decessi avvenuti entro i primi ventotto giorni di vita ogni 1.000 nati vivi nello stesso anno.

TASSO DI MORTALITA' PERINATALE: Decessi avvenuti nella prima settimana di vita, compresi i nati morti, ogni 1.000 nati (sia vivi che morti).

TASSO DI MORTALITA' PREMATURA: Numero di decessi di età minore di 65 anni che si verificano in un anno ogni 100.000 abitanti residenti.

TASSO DI NATALITÀ DELLA POPOLAZIONE: Il rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

TASSO DI NATI-MORTALITÀ: Il rapporto tra il numero di nati morti ed il numero complessivo di nati (per 1.000).

TASSO DI NUZIALITÀ: E' il rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

TASSO DI NUZIALITÀ TOTALE: E' la somma dei quozienti specifici di nuzialità degli sposi per singolo anno di età tra i 16 e i 49 anni, moltiplicati per 1.000.

TASSO DI OCCUPAZIONE: Rapporto fra occupati e la popolazione di 15-64 anni.

TASSO DI OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO: Si calcola dividendo la somma delle giornate di degenza maturate nell'anno da tutti i pazienti dimessi per il totale delle giornate disponibili nell'arco dello stesso anno. Tasso di occupazione dei posti letto = [Giornate di degenza ordinaria / (Posti letto medi * 365)]

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE GREZZO: Esprime il rapporto tra il numero di dimessi residenti in un certo ambito territoriale - che può essere la Regione o la singola Azienda Usl - e la stessa popolazione residente, per 1.000 abitanti. Tasso di ospedalizzazione grezzo = (Dimissioni di residenti / Popolazione totale) * 1.000. L'indicatore è rappresentativo della domanda di ricovero ospedaliero espressa dai cittadini residenti in un determinato territorio.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER IVG: Numero di dimissioni per interruzione volontaria di gravidanza di donne di età compresa tra 15 e 49 anni in un anno ogni 1.000 donne residenti di età compresa tra 15 e 49 anni.

TASSO DI PREVALENZA DI UNA MALATTIA: Rapporto tra il numero degli individui di un'area geografica che in un determinato momento risultavano avere quella malattia e la popolazione a rischio di quell'area a quel momento (normalmente riferito a 1.000 abitanti).

TASSO DI PRIMO RICOVERO: Numero totale di soggetti che si ricoverano in un anno ogni 1.000 abitanti residenti.

TASSO GREZZO DI DISABILITÀ: E' calcolato come: persone disabili/popolazione * 100.

TASSO GREZZO DI INFORTUNIO INDENNIZZATO: Rapporto tra il numero di infortuni indennizzati a lavoratori (escluso colf, studenti, sportivi professionisti, in itinere) e la popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni ogni 1.000 adulti residenti.

TASSO GREZZO DI INFORTUNIO MORTALE INDENNIZZATO: Rapporto tra il numero di infortuni indennizzati a lavoratori (escluso colf, studenti, sportivi professionisti in itinere) e la popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni ogni 100.000 adulti residenti.

TASSO NATURALE (O DI INCREMENTO NATURALE): Rapporto tra il saldo naturale (nascite-decessi) e l'ammontare medio annuo della popolazione residente.