



PROFILO E IMMAGINE DI SALUTE DELLA VALDERA

Una rappresentazione della salute a livello territoriale

Il presente documento è stato redatto a cura di Laura Capantini, Sabrina Biondi, Rossella Iorio e Paolo Pietroni della Segreteria Tecnica della Società della Società della Salute della Valdera e di Emanuela De Franco Responsabile di Zona Valdera Azienda USL5.

Hanno inoltre collaborato:

- Giovanni Forte - SdS Valdera
- Ombretta Bacci - Servizio Sociale ASL5 Zona Valdera
- Licia Della Bruna e collaboratori - Dipartimento Prevenzione ASL 5 Zona Valdera
- Francesco Paolo Marchetti e Franca Soldateschi - Dipartimento Salute Mentale ASL5 Zona Valdera
- Milo Meini - Dipartimento Dipendenze ASL5
- Maida Perco - U.O. Epidemiologia ASL 5
- Claudio Rognini - Provincia di Pisa - Osservatorio Provinciale delle Politiche sociali
- Ufficio Comune della Valdera - Servizi Associati dei Comuni della Valdera - Ufficio Statistico

L'elaborazione del presente documento è stata possibile grazie alla disponibilità di dati inerenti le problematiche affrontate raccolti ed elaborati da numerosi enti il cui dettaglio è riportato nel paragrafo relativo alle fonti informative utilizzate.

Per quanto riguarda l'immagine di salute un ringraziamento particolare a tutti i partecipanti dei Gruppi Tecnici di Lavoro: rappresentanti politici e tecnici dei Comuni della Valdera, della Provincia di Pisa, del Servizio Sanitario Territoriale e del Servizio Sociale della Asl 5 - Zona Valdera, dei Dipartimenti della Salute Mentale, Dipendenze e Prevenzione della Asl 5, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, delle Organizzazioni del Terzo Settore.

Quando parliamo di salute ci riferiamo, secondo la definizione enunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ad uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non alla semplice assenza dello stato di malattia e di infermità.

Trattare di politiche per la salute, in base a questo assunto, significa occuparsi di tutte le questioni che, in maniera diretta o indiretta, incidono sulla qualità della vita. È infatti statisticamente verificabile che si vive meglio e ci si ammala di meno in presenza di un contesto ambientale, economico, culturale e sociale favorevole. Devono conseguentemente concorrere al governo della salute una serie di politiche (sanitarie, sociali, culturali, formative, del lavoro...), che influenzano nel loro insieme il benessere psico-fisico delle persone.

La Società della Salute della Valdera rappresenta lo strumento per realizzare ed interpretare questa nuova concezione della salute: è infatti un Consorzio di funzioni costituito in via sperimentale tra l'Azienda sanitaria locale e i Comuni della Zona, cui partecipano direttamente anche le organizzazioni del Terzo Settore ed i rappresentanti dei medici e dei pediatri.

Attraverso la SdS ci impegniamo ad intraprendere un percorso per tendere ad una effettiva integrazione delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali, con l'obiettivo finale, difficile ma raggiungibile, di fare in modo che ogni cittadino possa vedere affrontati i propri problemi di salute in forma unitaria e sia accolto e seguito dal sistema nella sua interezza di persona.

In questo percorso i Comuni hanno un ruolo di primo piano, in quanto essi sono l'istituzione pubblica a competenza generale più prossima ai cittadini e sono per questo, quasi naturalmente, portatori di una visione di integrazione. La sanità, che è evidentemente essenziale per la nostra salute, ci riguarda davvero tutti, che prima o dopo, poco o molto, avremo necessità di qualche forma di cura.

È giusto allora che la politica, come rappresentanza democratica di una comunità, abbia un ruolo centrale nel governo della salute, che si compone di aspetti medici e tecnici ma anche di scelte che non possono essere demandate a pochi. Sta a noi coinvolgere più possibile la comunità locale in decisioni che la riguardano davvero da vicino.

Il profilo e l'immagine di salute della Valdera rappresentati in questo volume sono, rispettivamente ed in estrema sintesi, la fotografia dello stato di salute della popolazione che abita il nostro territorio e l'interpretazione che di questa fotografia è stata data da una serie di gruppi di valutazione appositamente costituiti. I gruppi, composti da esponenti di tutte le istituzioni e categorie attive in campo socio-sanitario, hanno visto il coinvolgimento diretto di oltre 150 persone.

Il lavoro è stato realizzato in tempi rapidi, perché il cammino che ci attende è lungo ed impegnativo; tuttavia, in attesa di perfezionarlo in edizioni successive, esso costituisce una valida base su cui la Società della Salute della Valdera sta sviluppando il lavoro di programmazione dell'anno 2006 per i servizi nei campi considerati.

Formulo pertanto un doveroso ringraziamento a tutte le istituzioni e persone che hanno dato il proprio contributo alla realizzazione di questo volume.

Il Presidente della
Società della Salute della Valdera
Paolo Marconcini

INDICE

Presentazione	13
Programmare per la Salute	13
Il Profilo di Salute – una fotografia dello stato di salute della Valdera	14
L'Immagine di salute – i problemi di salute percepiti	16

Fonti informative	19
--------------------------	----

PARTE PRIMA - IL CONTESTO DELLA VALDERA

1.1	Il territorio	23
1.2	L'ambiente	25
1.2.1	Suolo e sottosuolo	26
1.2.2	Acque	27
1.2.3	Aria	29
1.2.4	Energia e emissioni climalteranti	30
1.2.5	Rifiuti	31
1.2.6	Rumore	32
1.2.7	Campi elettromagnetici	33
1.2.8	Mobilità e traffico	34
1.3	La demografia	36
1.3.1	La popolazione della Valdera	36
1.3.2	Famiglie e abitazioni	40
1.4	L'economia	42
1.4.1	Le attività economiche	42
1.4.2	Lavoro e occupazione	43
1.4.3	Reddito e possibilità di spesa	45
1.5	L'istruzione	46
1.6	L'informazione e la comunicazione	48

PARTE SECONDA - I DATI SULLO STATO DI SALUTE

2.	Una visione d'insieme	55
2.1	La speranza di vita	56
2.2	La Mortalità	58
2.2.1	Mortalità generale	58
2.2.2	Mortalità prematura	58
2.2.3	Mortalità infantile	59
2.3	Gravidanza e parto	61
2.4	Utilizzo dell'Ospedale	64
2.4.1	Ospedalizzazione per fasce d'età	66
2.5	Le principali patologie presenti in Valdera	67
2.5.1	Mortalità e ospedalizzazione secondo le diverse patologie in Valdera	67

2.5.2	Malattie dell'apparato circolatorio	69
	Mortalità e ospedalizzazione generale.....	70
	Malattie cerebrovascolari.....	72
	Cardiopatia ischemica.....	74
	Infarto del miocardio.....	76
	Malattie del sangue	78
2.5.3	Tumori	80
	Mortalità e ospedalizzazione generale.....	82
	Tumore allo stomaco.....	86
	Tumore del colon retto.....	88
	La prevenzione dei tumori del colon retto.....	90
	Tumore al polmone.....	92
	Tumore alla mammella	94
	Screening per la diagnosi precoce dei tumori alla mammella	96
	Tumore all'utero	98
	Prevenzione dei tumori del collo dell'utero	99
	Tumore alla prostata	100
	Tumore alla vescica	102
2.5.4	Malattie dell'apparato digerente.....	104
2.5.5	Malattie dell'apparato respiratorio	106
2.5.6	Disturbi del sistema nervoso e malattie psichiche.....	108
	Salute mentale in Valdera: infanzia e adolescenza	112
	Salute mentale in Valdera: popolazione adulta.....	113
2.5.7	Malattie Infettive.....	114
	A.I.D.S	116
2.6	Incidenti Stradali	118
2.7	Le malattie e gli infortuni sui luoghi di lavoro	120
2.7.1	Le malattie professionali in Valdera	122
2.7.2	Gli infortuni sul luogo di lavoro in Valdera.....	123
2.8	Il consumo di alcolici	124
2.9	Il fumo di tabacco.....	126

PARTE TERZA - I SERVIZI E L'IMMAGINE DI SALUTE DELLA VALDERA

3.	I servizi e l'Immagine di Salute: le problematiche e le risorse	131
	Le problematiche.....	132
	Le risorse	140
3.1	Prima Infanzia e responsabilità familiari	141
3.1.1	Alcuni macrodati di sintesi	141
3.1.2	I servizi disponibili sul territorio	143
3.1.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	144
3.1.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	145
3.2	La seconda infanzia, adolescenza e giovani.....	147
3.2.1	Alcuni macrodati di sintesi	147

3.2.2	I servizi disponibili sul territorio	148
3.2.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	149
3.2.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	150
3.3	L'età adulta.....	152
3.3.1	Alcuni macrodati di sintesi	152
3.3.2	I servizi disponibili sul territorio	153
3.3.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	154
3.3.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	156
3.4	Gli anziani.....	157
3.4.1	Alcuni macrodati di sintesi	157
3.4.2	I servizi disponibili sul territorio	158
3.4.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	159
3.4.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	160
3.5	Le disabilità	162
3.5.1	Alcuni macrodati di sintesi	162
3.5.2	I servizi disponibili sul territorio	163
3.5.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	164
3.5.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	166
3.6	La salute mentale.....	167
3.6.1	Alcuni macrodati di sintesi	167
3.6.2	I servizi disponibili sul territorio	170
3.6.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	171
3.6.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	172
3.7	Le dipendenze	174
3.7.1	Alcuni macrodati di sintesi	174
3.7.2	I servizi disponibili sul territorio	175
3.7.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	176
3.7.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	176
3.8	L'immigrazione.....	178
3.8.1	Alcuni macrodati di sintesi	178
3.8.2	I servizi disponibili sul territorio	179
3.8.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	181
3.8.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	182

3.9	Le povertà	184
3.9.1	Alcuni macrodati di sintesi	184
3.9.2	I servizi disponibili sul territorio.....	185
3.9.3	I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dell'immagine di salute per il segmento considerato	186
3.9.4	Scheda Gruppo Tecnico di Lavoro.....	186

PRESENTAZIONE

Programmare per la Salute

L'esperienza della sperimentazione delle Società della Salute, quale nuovo modello organizzativo di welfare proposto dalla Regione Toscana, è tesa a rinnovare l'assistenza territoriale, promuovendo il coinvolgimento dell'intera comunità e la partecipazione diffusa, a partire da un concetto di salute intesa in senso ampio come benessere complessivo fisico, relazionale e sociale dell'individuo.

Il concetto di salute – e non più di sanità – fa riferimento ad una visione ampia di benessere alla quale concorrono elementi di natura diversa, di carattere individuale, socio-economico, ambientale, riferibili agli stili di vita e all'accesso ai servizi, noti in letteratura come determinanti di salute, che possono essere esemplificati in:

- **INDIVIDUALI:** patrimonio genetico, sesso, età
- **SOCIO-ECONOMICI:** povertà, occupazione, esclusione, ambiente sociale e culturale
- **AMBIENTALI:** aria, acqua e alimenti, luogo di vita/abitazione
- **STILI DI VITA:** alimentazione, attività fisica, fumo, alcool, attività sessuale, farmaci
- **ACCESSO AI SERVIZI:** sistema scolastico, sistema sanitario, servizi sociali, trasporti, attività ricreative

La correlazione tra tali determinanti e la salute della persona è nota; tutte queste dimensioni, e naturalmente altre che in maniera più analitica si possono individuare e indagare, contribuiscono a costruire il benessere o a determinare fattori di rischio per le persone.

È in questa prospettiva che trova il suo senso la proposta della Regione Toscana di programmare azioni per la salute, non più attraverso Piani Sociali e Sanitari separati, ma integrati in uno strumento unico e sostitutivo – il Piano Integrato di Salute – che si rapporta necessariamente alle programmazioni istituzionali in altri

ambiti quali l'ambiente, la scuola, la viabilità, etc.. e attraverso il quale le comunità locali sono chiamate a governare la salute collettiva.

Il Profilo di Salute - una fotografia dello stato di salute della Valdera

Il Piano Integrato di Salute, come atto di programmazione, tuttavia, non può prescindere da una fase di analisi dello "stato di salute" di una comunità locale, che verifichi le dimensioni descritte in termini di criticità e lacune, ma anche di punti di forza.

Si tratta quindi di costruire un Profilo di Salute che, configurando i diversi determinanti di salute a livello locale:

- *offra informazioni sullo stato di salute della popolazione di riferimento;*
- *aiuti a identificare i problemi di salute di quella popolazione e con ciò a delineare le aree prioritarie di intervento;*
- *evidenzi l'opportunità di riconoscere e indagare nuovi indicatori di salute.*

Il Profilo di Salute quindi corrisponde ad una sorta di fotografia dello stato di salute della popolazione che si delinea a partire dalla considerazione di una serie di dati di natura statistica relativi alla demografia, all'ambiente, all'economia, agli stili di vita, allo sviluppo di determinate patologie, alla presenza e all'accesso ai servizi sanitari, sociali, culturali etc.

Si tratta, come ben si comprende, di un lavoro lungo e complesso, che mette in campo competenze e settori diversi (come dicevamo si va dall'ambiente, allo sviluppo economico, dalla sanità alla scuola, passando dal sociale e da tutti quegli ambiti che concorrono alla salute delle persone) e che dovrebbe veder convergere le ricerche nella direzione di una possibile correlazione dei risultati.

Quello che qui presentiamo è quindi, necessariamente, solo l'avvio della costruzione di un Profilo di Salute della Valdera, elaborato allo scopo di produrre una prima base di confronto per l'identificazione dei principali problemi di salute della Zona, da consegnare alla fase della programmazione del PIS.

Nella prima parte di questo volume si trovano alcuni dati di contesto riferiti al territorio, all'ambiente, alla demografia, all'economia, all'istruzione, al sistema dell'informazione e della comunicazione.

Nella seconda parte, invece, sono presentati alcuni indicatori di "patologia" della Valdera, attraverso l'analisi dei dati di natura epidemiologica disponibili, – essenzialmente i tassi di ospedalizzazione, primo ricovero e mortalità – confrontati con la situazione delle altre Zone e dell'intera ASL5, dell'area Vasta Nord Ovest e dell'intera Regione Toscana.

Si tratta sempre, per entrambe le sezioni, di dati necessariamente sintetici ed esposti spesso in forma di appunti, flash, grafici e tabelle, che vogliono essere spunti di riflessione e avvio di ulteriori approfondimenti e ricerche, più che analisi precise e dettagliate di fenomeni. Siamo consapevoli della difficoltà di mettere in correlazione fenomeni quali la qualità dell'aria o delle acque con lo stato di salute della popolazione. Così come della riduttività del dato relativo all'ospedalizzazione e alla mortalità, per dedurre anche solo un profilo di "patologia" del territorio. Manca infatti completamente la rilevazione dell'incidenza di patologie anche più lievi, per le quali non si ricorre all'ospedale e che coinvolgono in maniera significativa la popolazione (influenza, allergie, reumatismi, etc.).

Molti dati relativi agli stili di vita – stili alimentari, attività fisica, comportamenti a rischio, accesso ai servizi, ormai scientificamente correlati all'insorgere di particolari patologie – non sono facilmente disponibili, né qualche volta esistono rispetto a un segmento di popolazione molto specifico come quello della Valdera. Altre volte non sono facilmente comparabili con i dati riferiti ad altre zone, o raccolti in periodi temporali diversi.

La nostra scelta è stata, da un lato – come anche dichiarato nella scelta delle fonti – di attenerci a fonti certe – riportando un minor numero di informazioni, rispetto a quelle utili, ma attendibili, contestualizzate e comparabili, dall'altro di individuare percorsi di approfondimento e ricerca, che nel tempo ci aiutino ad affinare e implementare questa prima rappresentazione.

Nella parte conclusiva vengono presentati, più nello specifico, alcuni macrodati per segmenti longitudinali di popolazione – prima infanzia, seconda infanzia adolescenti e giovani, adulti e anziani – e

per aree specifiche di intervento del sistema dei servizi – disabilità, salute mentale, dipendenze, immigrazione e povertà –, seguiti da un elenco dei principali servizi sanitari, sociali e socio-sanitari disponibili in Valdera. Anche in questo caso si tratta di una estrema sintesi dei servizi offerti essenzialmente dal servizio pubblico – Asl e Comuni – per cui si rimanda a documenti e fonti più specifiche per un quadro più preciso e accurato dell'intera mappa dei servizi.

L'Immagine di Salute – i problemi di salute percepiti

Se il Profilo di Salute tende a rappresentare in maniera oggettiva lo stato di salute della popolazione, tale rappresentazione non esaurisce il quadro delle problematiche di un territorio. Un'area importante che rimane esclusa da tale disegno è infatti quella della "salute percepita", ovvero, al di là dei dati oggettivi che ci dicono quali elementi di rischio caratterizzano una comunità, quali sono le patologie più frequenti, quali servizi sono presenti e maggiormente utilizzati, le persone che vivono in uno specifico territorio quali problemi di salute percepiscono come maggiormente urgenti?

È l'area che viene indagata attraverso lo strumento dell'Immagine di Salute, uno strumento che integra il Profilo di Salute in maniera originale e che connota maggiormente l'analisi a livello territoriale.

Mentre per il Profilo di Salute abbiamo esperienze documentate di altri territori, a cui naturalmente ci siamo riferiti, per quanto riguarda la costruzione dell'Immagine di Salute abbiamo sviluppato un modello di lavoro di cui qui presentiamo in maniera sintetica il primo prodotto.

L'obiettivo, come dicevamo, era quello di evidenziare i problemi di salute del territorio, così come vengono percepiti dalle persone che in quel territorio vivono e dei cui servizi usufruiscono o che in essi operano.

La metodologia seguita è stata quella di realizzare una serie di analisi di gruppo, costruendo nove gruppi tecnici – uno per ciascun segmento/gruppo target di popolazione: prima infanzia, seconda infanzia adolescenti e giovani, adulti e anziani, e disabilità, salute mentale, dipendenze, immigrazione e povertà – che raccogliessero le visioni delle diverse componenti del sistema salute, attraverso la presenza di alcuni testimoni chiave di tale sistema: politici e tecnici

dei Comuni, dell'Azienda Asl e della Provincia, del servizio pubblico e del terzo settore, del servizio sanitario territoriale, del servizio sociale, dei dipartimenti e dei medici di medicina generale. In ciascun gruppo erano rappresentati sia operatori che dirigenti dei servizi, in modo da integrare una visione strategica con una visione "sul campo" dei problemi.

I risultati del lavoro dei nove gruppi hanno costituito il documento Immagine di Salute, che è stato successivamente ampiamente confrontato e condiviso sul territorio, attraverso la consultazione con gli organi di partecipazione della Società della Salute – Consulta del Terzo Settore e Comitato di Partecipazione –, con le organizzazioni sindacali, con i medici di medicina generale, con gruppi di utenti dei servizi, i quali, tutti, hanno prodotto un parere specifico sul documento elaborato dai gruppi.

Nella terza parte di questo volume, di seguito alle informazioni relative a ciascun segmento di popolazione, riportiamo la scheda di sintesi del lavoro dei gruppi, nella quale sono messe in evidenza le principali problematiche del gruppo target considerato e vengono individuate e suggerite possibilità di sviluppo e soluzione dei problemi, anche attraverso la valorizzazione delle risorse esistenti.

I contributi tratti dall'Immagine di Salute completano quindi il quadro del Profilo di Salute, e la loro presentazione congiunta ci consente di raggiungere meglio l'obiettivo di fondare la programmazione su una base di criticità e punti di forza delineati in maniera oggettiva, ma anche partecipata e condivisa con un ampio numero di persone testimoni del territorio.

Gli elementi del Profilo di Salute integrati dall'Immagine di Salute costruiscono un quadro, sicuramente sintetico e imperfetto, ma che costituisce in ogni caso una base di partenza attendibile per ulteriori approfondimenti e linee di ricerca, per un più ampio e consapevole confronto con l'intera comunità locale sullo stato di salute delle persone che vivono in questo territorio, e per l'impostazione di un sistema partecipato di programmazione dei servizi, maggiormente rispondenti ai bisogni reali dei cittadini.

FONTI INFORMATIVE

Una delle principali difficoltà che si incontrano nell'elaborazione di un Profilo di Salute è il reperimento di dati attendibili, contestualizzati – riferiti specificatamente alla Valdera – e confrontabili con altre zone geografiche e popolazioni.

Le diverse rilevazioni statistiche a cui è possibile accedere, rispondono infatti ad obiettivi diversi, non sempre equiparabili.

I dati e le informazioni presentate sono stati, pertanto, forniti direttamente o estratti dalle pubblicazioni e dai siti internet dei principali enti/agenzie indicate di seguito:

- Istat
- Regione Toscana
- Agenzia Regionale di Sanità
- C.S.P.O.
- Lamma Rete Toscana
- Provincia di Pisa - PISA 21 – Agenda 21 Locale
- Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Pisa
- Istituzione Nord-Sud della Provincia di Pisa
- Arpat
- Geofor
- Asl 5
 - Dipartimento di Prevenzione ASL5 Zona Valdera
 - Dipartimento Salute Mentale ASL 5 Zona Valdera
 - Dipartimento Tossicodipendenze ASL 5 Zona Valdera
 - Servizi Sanitari Territoriali ASL 5 Zona Valdera
 - Servizio Sociale ASL 5 Zona Valdera
 - Sistema Informativo ASL5
- Irpet
- Ufficio Comune della Valdera - Ufficio Statistico
- Comuni della Valdera e rispettivi Uffici
- Relazione Sanitaria 2004 – Azienda USL 5
- Relazione Sociale Piano Sociale della Zona Valdera 2002-2004
- Relazione Sociale della Regione Toscana 2002-2004

PARTE PRIMA

Il contesto della Valdera

1.1 Il territorio

Il territorio della Valdera coincide con la zona-distretto Valdera dell'Azienda USL n.5. Si estende nella zona centro-settentrionale della provincia di Pisa comprendendo i 15 Comuni di Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme, Chianni, Crespina, Lajatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, S. Maria a Monte e Terricciola.

La superficie complessiva della Valdera ammonta a circa 647,3 Km²; la popolazione al 31/12/2003 risulta pari a 108.785 abitanti.



La morfologia del territorio della Valdera si configura come una composizione delle diverse caratteristiche proprie dei 15 Comuni della zona: prevalentemente collinare nella parte meridionale e a prevalenza pianeggiante nella parte settentrionale; il Comune di Buti, posto al confine a nord-nordovest sulle pendici del Monte Pisano, si differenzia con un territorio collinare e parzialmente montano.

I 15 Comuni compresi nella zona presentano caratteristiche (a livello di estensione territoriale, popolazione presente e relativa densità per chilometro quadrato, morfologia del territorio) molto differenti tra loro, come evidenziato nella tabella che segue.

Comuni della Valdera: ambiti territoriali, popolazione residente al 31/12/2002, superficie e densità media di popolazione				
Comune	Zona Altimetrica	Popolazione 31-12-02	Superficie Km²	Densità Abit/Km²
Bientina	Pianura	6.277	29,3	214
Buti	Collina	5.513	23,1	239
Calcinaia	Pianura	8.852	15	590
Capannoli	Collina	5.160	22,7	227
Casciana Terme	Collina	3.554	36,4	98
Chianni	Collina	1.574	62,1	25
Crespina	Collina	3.863	27	143
Lajatico	Collina	1.357	72,5	19
Lari	Collina	8.093	45,1	179
Palaia	Collina	4.517	73,8	61
Peccioli	Collina	4.843	92,6	52
Ponsacco	Pianura	12.743	19,9	640
Pontedera	Pianura	25.232	46	549
Santa Maria a Monte	Pianura	10.886	38,3	284
Terricciola	Collina	3.991	43,5	92
ZONA VALDERA		106.455	647,3	164

Queste differenze tra i singoli territori comunali si riflettono ovviamente in differenze talora significative del contesto paesaggistico, ambientale e socio/economico.

In particolare la densità di popolazione rappresenta un importante fattore di pressione ambientale.

Per l'interpretazione dei valori contenuti nella tabella si considera che la densità di popolazione dell'anno 2002 risulta per la Provincia di Pisa di 158 Abitanti per Km² (valore minimo 7, massimo 735) mentre quella della Regione Toscana risulta di 154 Abitanti per Km² (valore minimo 7, valore massimo 3.630).

I cinque Comuni a carattere pianeggiante posti nella zona settentrionale della Valdera coprono circa il 23% del territorio e con-

tengono oltre il 60% della popolazione residente; il Comune più popoloso risulta quello di Pontedera.

L'ubicazione strategicamente favorevole ha storicamente determinato lo sviluppo di questa città, che costituisce per posizione geografica e importanza il "capoluogo" del sistema territoriale della Valdera nel quale si concentrano la maggioranza delle attività e dei servizi.

Si stima che la popolazione anagrafica di Pontedera, circa 26.000 abitanti, raddoppi nel corso della giornata per ragioni dovute a immigrazione per lavoro, studio, fruizione di servizi e commercio (fonte ufficio urbanistica del Comune di Pontedera, relazione illustrativa Piano Strutturale).

I dati climatici storici (serie 1951-1996, fonte sito rete Lamma) per la Provincia di Pisa indicano un clima temperato con i seguenti valori fondamentali:

- Precipitazioni medie: 902.3 mm
- Temperatura media annua: 14.5 gradi
- Numero medio giorni gelo (minima minore di 0 gradi): 28,5
- Numero medio giorni senza disgelo (massima minore di 0): 0
- Numero medio giorni G_34 (massima uguale o superiore a 34 gradi): 3,4

1.2 L'ambiente

In questo capitolo sono riportate alcune informazioni sintetiche relative al contesto ambientale della zona Valdera.

Tali informazioni, riferite prevalentemente al periodo 2000-2002, non esauriscono il tema ma sono finalizzate a fornire spunti ed elementi di riflessione su alcuni aspetti ambientali che, in maniera diretta o indiretta, potrebbero avere influenza sui determinanti di salute sul territorio.

Eventuali deduzioni e conclusioni direttamente collegate ai dati forniti nella presente relazione, dovranno pertanto essere adeguatamente verificate con gli enti preposti al monitoraggio e al controllo dei dati stessi.

I dati relativi al contesto ambientale sono estratti in prevalenza dal "Rapporto sullo stato dell'ambiente – sintesi 2003" (di seguito

indicato sinteticamente come Rapporto Ambiente 2003) pubblicato dalla Provincia di Pisa con il contributo del Ministero dell'Ambiente nell'ambito del progetto PISA 21 (Agenda 21 Locale) e relativo all'area della Valdera, al quale si rimanda per eventuali approfondimenti necessari rispetto alle informazioni qui riportate.

Occorre precisare che nel Rapporto l'area della Valdera è identificata con il settore SEL (sistemi economici locali) n.12, che comprende tutti i comuni della zona Valdera ad eccezione dei comuni di Buti (associato all'area pisana) e di Santa Maria a Monte (associato all'area del comprensorio del cuoio). I dati riferiti all'intero territorio dei 15 Comuni della Valdera saranno quindi indicati come Zona Valdera, mentre i dati che non comprendono i Comuni di Buti e Santa Maria a Monte saranno indicati come SEL Valdera.

Ulteriori fonti di informazione dei dati riportati sono state le pubblicazioni internet delle varie agenzie/enti operanti nel settore: Arpat, Geofor, Provincia di Pisa, Regione Toscana, ecc.

Le notizie inerenti le attività di controllo sono invece state fornite dal Dipartimento di Prevenzione dell'azienda USL n.5 – U.F. ISPAN - Zona Valdera e sono relative alle attività svolte nell'anno 2004.

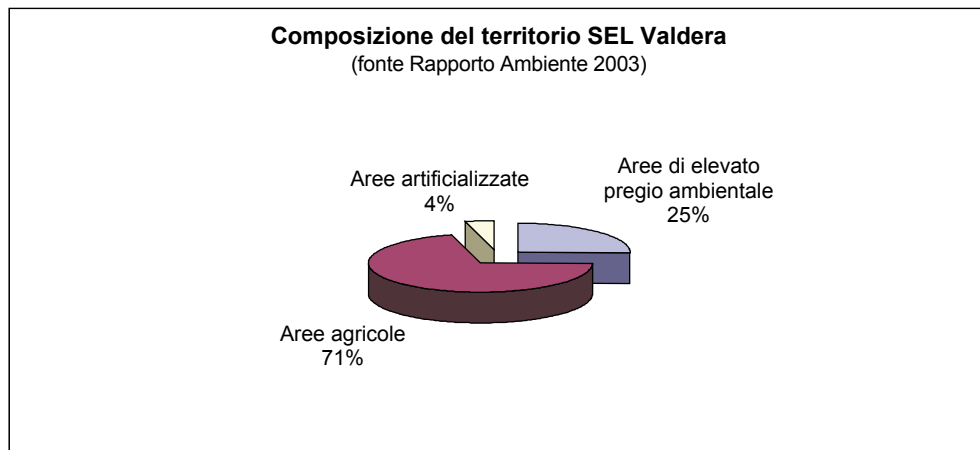
1.2.1 Suolo e sottosuolo

I dati riportati nel Rapporto Ambiente 2003 in relazione all'area SEL Valdera indicano che:

- ✓ La zona è interessata per circa il 25% del proprio territorio da aree di elevato pregio ambientale, quali le superfici boscate; circa il 70% del territorio è inoltre costituito dalle aree agricole, particolarmente consistenti nelle zone pianeggianti del bacino dell'Era, mentre le aree artificializzate costituiscono circa il 4% della superficie totale.
- ✓ Per quanto riguarda gli aspetti idrogeologici, circa il 37% dell'area è soggetto a pericolosità idraulica, mentre la percentuale di superficie appartenente alla classe di pericolosità maggiormente rilevante è di circa il 13%. Secondo le stime effettuate, circa il 10% della popolazione risiede in aree soggette a fenomeni di esondazione accertati anche a seguito di testimonianze storiche.
- ✓ Circa il 60% della superficie dell'area è soggetta a pericolosità geomorfologica media, mentre la percentuale di superficie appartenente alla classe di pericolosità elevata è di circa il 10%; la

percentuale stimata di popolazione residente in aree a pericolosità elevata è meno del 5% della popolazione totale.

- ✓ Negli ultimi anni non si registrano fenomeni sismici di rilievo, a conferma del fatto che l'area non è caratterizzata da una elevata attività sismica.



1.2.2 Acque

Il principale corso d'acqua della zona Valdera, il fiume Era, si caratterizza per un regime molto variabile, con conseguente scarsa predisposizione all'autodepurazione nei mesi di magra, risultando così facilmente soggetto ad inquinamento attribuibile in gran parte ad effluenti di tipo civile ed in parte minore a attività produttive del territorio (alabastro, legno e laminati plastici, agricoltura e zootecnia – fonte Rapporto Ambiente 2003). Il Rapporto Ambiente 2003, pur non avendo a disposizione serie di dati storiche per il fiume Era, indica per il periodo 1986-2001 valori misurati sui parametri chimico-fisici che non evidenziano situazioni rilevanti di inquinamento. Nello stesso periodo il livello di qualità dell'Arno si è mantenuto costantemente su livelli scadenti che rimangono stabili prima e dopo il punto di intersezione con il fiume Era.

Da evidenziare che il bacino dell'Arno, ed in particolare il tratto finale, presenta diversi punti critici per il raggiungimento dei requisiti minimi previsti per legge entro il 2008 (fonte Regione Toscana - Segnali Ambientali 2005).

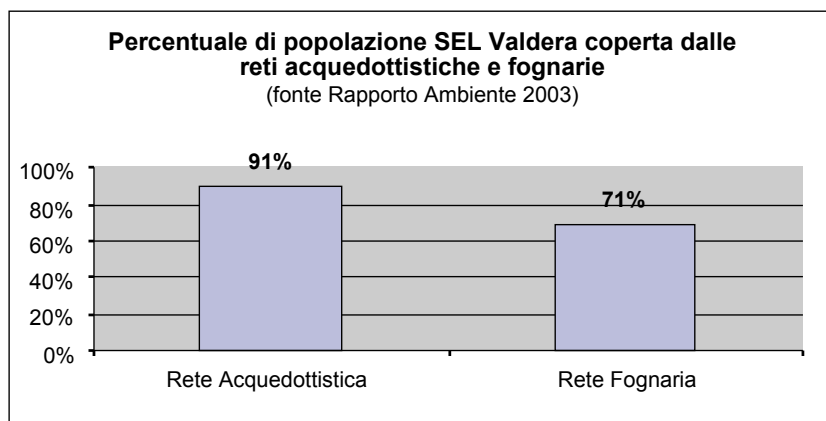
Per una valutazione complessiva dello stato dei corsi d'acqua viene utilizzato l'indice SECA, ottenuto dall'analisi congiunta del-

l'indice di inquinamento dei macrodescrittori (LIM) determinato attraverso le tradizionali analisi chimico-fisiche e dell'indice biotico esteso (IBE) basato su indicatori biologici e considerando il valore peggiore tra i due. I dati sullo stato ecologico (SECA) per il bacino dell'Arno, pubblicati sul sito ARPAT Toscana e relativi all'anno 2002, sono i seguenti:

- ✓ Fiume Era: presso S.Quirico SECA 3 – presso Pontedera SECA 5
- ✓ Fiume Arno, presso Calcinaia – indice SECA 4
(fonte sito Arpat, scala su 5 livelli: 1-elevato, 2-buono, 3-sufficiente, 4-scadente, 5- pessimo)

Il dato sulle acque riportato nel Rapporto Ambiente 2003 relativo al SEL Valdera indicava che:

- ✓ la rete acquedottistica copre circa il 91% della popolazione
- ✓ la rete fognaria copre circa il 70% della popolazione
- ✓ grazie alla presenza di numerosi piccoli impianti di depurazione, la copertura del servizio depurativo si mantiene in media al di sopra del 60%, con punte significative che superano il 90% nei comuni di Pontedera e di Ponsacco; sono tuttavia presenti piccoli nuclei sparsi dove l'unico processo depurativo rimane spesso legato alla presenza di fosse biologiche/settiche.



Le acque destinate all'uso potabile sono quasi esclusivamente prelevate dalle acque sotterranee, che forniscono più del 80% del fabbisogno idrico totale.

I controlli effettuati dal Dipartimento Prevenzione sull'acqua potabile nell'anno 2004 hanno visto la piena attuazione della nuova

normativa in materia. I campioni effettuati, ridotti per numero per effetto delle nuove disposizioni legislative (200 prelievi per l'anno 2004), hanno sostanzialmente confermato il mantenimento nel tempo dei parametri microbiologici dell'acqua erogata, mentre in relazione ai parametri chimici, è stato in qualche occasione rilevato un superamento, seppur di modesta entità, del parametro organo clorurati. La presenza di questi inquinanti, che si producono per effetto di reazione chimica in occasione di disinfezioni dell'acqua con prodotti a base di cloro, induce ad una specifica attenzione sui sistemi di disinfezione utilizzati per la potabilizzazione dell'acqua.

1.2.3 Aria

Il Rapporto Ambiente 2003 indica un dato medio nell'area SEL Valdera sulle emissioni procapite delle sostanze inquinanti (monossido di carbonio, composti organici volatili, ossidi di azoto, polveri, ossidi di zolfo) inferiore al dato medio provinciale e regionale.

I risultati della stima delle emissioni specifiche classificano nel complesso la viabilità extraurbana della Valdera come una viabilità caratterizzata da bassi contenuti emissivi rispetto al totale provinciale. Sono tuttavia presenti alcuni archi viari caratterizzati da elevate emissioni specifiche, ed in particolare presso la SGC Fi-Pi-Li nel tratto intersezione Pisa/Livorno-Ponsacco (fonte Rapporto Ambiente 2003).

Nel 2003 il Comune di Pontedera è stato inserito nella zona di risanamento Livornese-Pisana e del Cuoio che comprende 7 comuni (Rosignano, Livorno, Pisa, Cascina, Pontedera, Montopoli e Santa Croce) con livello di inquinamento atmosferico superiore ai valori limite sulla base della nuova classificazione del territorio regionale (D.G.R. 1325/03, fonte Regione Toscana – Segnali Ambientali).

Il monitoraggio degli inquinanti atmosferici della zona Valdera è rilevato principalmente attraverso le seguenti centraline:

- ✓ S. Maria a Monte - via Usciana, per la rilevazione biossido di zolfo, acido solfidrico e ammoniaca
- ✓ Pontedera – via della Misericordia, per la rilevazione di alcuni inquinanti primari e secondari (biossido di azoto, biossido di zolfo, idrocarburi, PM 10, piombo)
- ✓ Lari – zona industriale Perignano, per la misura degli inquinanti derivanti dai processi produttivi in base al valore del PM 10

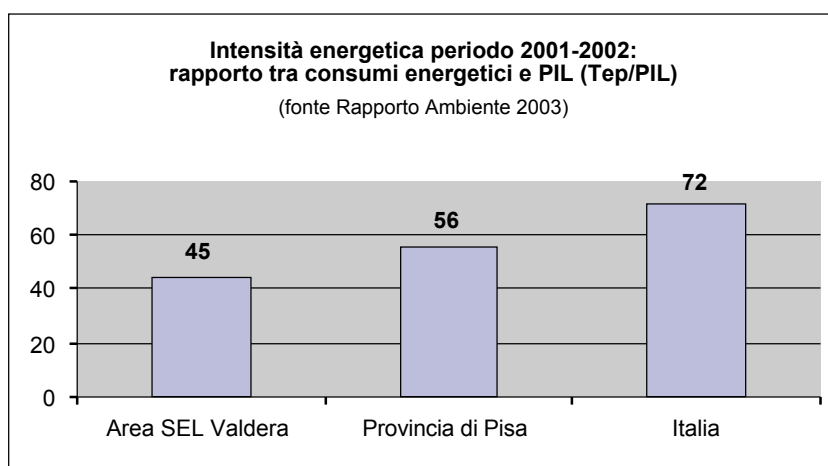
Per quanto riguarda il legame tra presenza di sostanze inquinanti nell'aria e salute, la letteratura in materia riporta che polveri misurate con il PM 10 possono penetrare nelle vie respiratorie giungendo, se il diametro lo permette, direttamente agli alveoli polmonari. Le particelle di dimensioni maggiori possono provocare irritazione e infiammazione del tratto superiore delle vie aeree; quelle, invece, di dimensioni minori (inferiori a 5-6 micron) possono provocare ed aggravare malattie respiratorie e indurre formazioni neoplastiche.

Recenti studi epidemiologici (es. progetto MISA, una metanalisi degli studi italiani sugli effetti acuti dell'inquinamento atmosferico rilevati in otto città italiane nel periodo 1990-1999, e studi americani sugli effetti a lungo termine) hanno confermato l'esistenza di una correlazione tra presenza di polveri fini e patologie dell'apparato respiratorio e cardiovascolare.

1.2.4 Energia e emissioni climalteranti

I dati contenuti nel Rapporto Ambiente 2003 e relativi al periodo 2001-2002 riferiscono che i consumi energetici e le conseguenti emissioni di gas serra dell'area SEL Valdera presentano valori non elevati. L'intensità energetica, calcolata come rapporto tra consumi energetici e Prodotto Interno Lordo (PIL), presenta infatti un valore di 45 Tep/PIL, contro una media provinciale di 56 Tep/PIL e una media nazionale di 72 Tep/PIL.

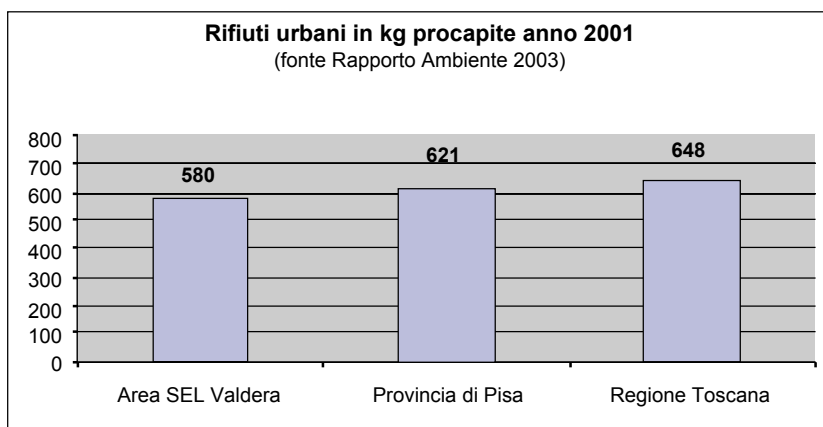
Anche il dato relativo alle emissioni di CO₂, circa 5000 Kg per abitante, si presenta piuttosto basso (valore area Pisana 7000 Kg per abitante).

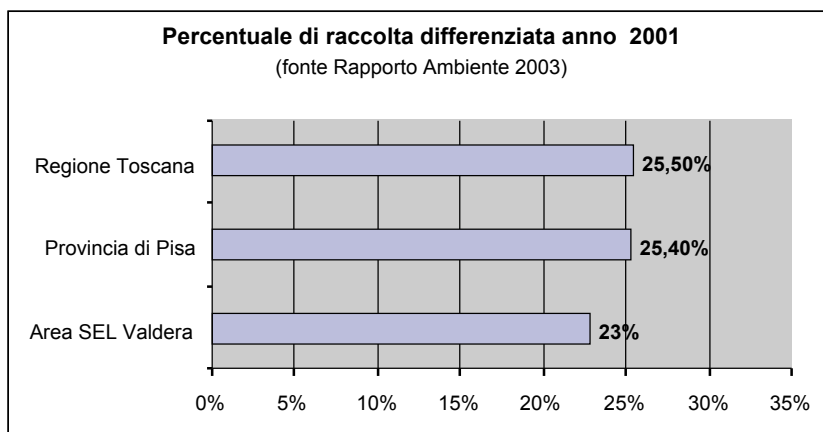


1.2.5 Rifiuti

I dati del Rapporto Ambiente 2003 relativi ai rifiuti del SEL Valdera evidenziano i seguenti punti:

- ✓ la serie di dati 1997-2001 evidenzia un andamento crescente dei rifiuti urbani, in linea con le tendenze provinciali e regionali; il valore procapite è passato da circa 480 Kg*abitante nel 1997 a oltre 580 Kg*abitante nel 2001, restando comunque al di sotto delle medie provinciali (621 Kg*abitante) e regionali (648 kg*abitante).
- ✓ la raccolta differenziata si attestava nel 2001 ad una quota pari a circa il 23%, dato inferiore alla media provinciale (25,4%) e regionale (25,5%).
- ✓ la produzione di rifiuti speciali (cioè diversi da quelli urbani) dell'anno 2001 presenta valori di Kg per addetto inferiori alla media provinciale. I rifiuti speciali dell'area SEL Valdera ammontavano a circa il 13% della produzione totale provinciale. L'incidenza dei rifiuti pericolosi sul totale dei rifiuti speciali è di circa il 2%.
- ✓ nel 2001 quasi l'80% dei rifiuti prodotti nell'area erano smaltiti in discarica (Gello e Legoli). Le iniziative messe in atto già dal 2002 (l'entrata in funzione del termovalorizzatore di Ospedaletto, l'aumento della raccolta differenziata e la riconversione della discarica di Gello) dovrebbero far diminuire in maniera molto significativa la quota smaltita in discarica, tendendo a raggiungere nell'anno 2006 un valore di circa il 40%.





I dati dell'anno 2003 indicano per l'intero bacino servito da Geofor spa (comprendente complessivamente 24 Comuni, di cui 13 della zona Valdera) una raccolta differenziata di circa il 30% (dato sito Geofor) contro una media provinciale del 30,3% e una media regionale del 31,2% (dati Regione Toscana - Segnali Ambientali Toscana 2005).

1.2.6 Rumore

Le principali fonti di rumore che interessano da un punto di vista ambientale sono, in ordine di importanza:

- ✓ il rumore da traffico (veicolare, ferroviario, aeroportuale)
- ✓ il rumore da attività industriale e artigianale
- ✓ il rumore originato da attività musicali o ricreative
- ✓ il rumore generato da attività e fonti di rumore in ambiente abitativo

Una vasta letteratura specialistica riporta che l'esposizione al rumore può avere una serie di effetti negativi per la salute quali insonnia, danni fisiologici uditivi ed extra-uditivi, prevalentemente di natura cardiovascolare, difficoltà di comunicazione e malessere, ai quali si accompagnano effetti di perdita di produttività e di rendimento, nonché effetti sul comportamento residenziale e sociale che coinvolgono, in particolare, i gruppi più vulnerabili di popolazione (bambini e anziani). L'esposizione al rumore non causa, di norma, danni uditivi salvo nel caso di esposizione continuata a rumori di intensità eccezionale (studi OMS e AEA, fonte Regione Toscana - Segnali Ambientali Toscana 2005).

Il Rapporto Ambiente 2003 evidenzia che le indagini fonometriche puntuali effettuate da ARPAT negli anni 2000-2002 nell'area SEL Valdera, principalmente in corrispondenza di attività produttive e commerciali, hanno messo in evidenza una grande quantità di rilievi risultati superiori ai valori di riferimento.

Per i rumori non risultano disponibili indagini omogenee ed estese sino al livello locale con relativa produzione di riferimenti e serie dati storiche; la recente classificazione acustica delle zone comunali potrà essere utile per un più efficiente monitoraggio del fenomeno per il prossimo futuro.

Le indagini effettuate sull'inquinamento acustico da parte della Regione Toscana indicano comunque la presenza sul territorio di ampie fasce di popolazione esposte a rischio di inquinamento acustico, soprattutto per quanto riguarda il rumore da traffico (Segnali ambientali Toscana 2005).

Il Dipartimento di Prevenzione della Zona Valdera, sollecitato da esposti di privati cittadini, ha disposto nell'anno 2004 numerose verifiche dei livelli di rumore derivanti in particolare da impianti musicali a servizio di pubblici esercizi (pub, bar con intrattenimento musicale...), da impianti tecnologici (condizionatori d'aria, impianti termici) oltre che da attività lavorative. Questi interventi, che si sono concentrati prevalentemente nel periodo estivo, hanno portato alla richiesta di provvedimenti all'Autorità Sanitaria per l'inibizione e/o cessazione di attività rumorose e a 2 sanzioni amministrative per il superamento dei limiti previsti dalla L.447/95.

1.2.7 Campi elettromagnetici

I campi elettromagnetici, sulla base della frequenza della radiazione, si classificano in radiazioni ionizzanti (es. raggi ultravioletti, raggi X e raggi gamma) e radiazioni non ionizzanti (es. emessi da elettrodotti, impianti di ricetrasmisione radio/TV, impianti di telefonia cellulare e ponti radio).

Per quanto riguarda le radiazioni ionizzanti non sono state reperite informazioni che evidenzino particolari situazioni di rischio nella Zona Valdera.

Per quanto riguarda le radiazioni non ionizzanti il Rapporto Ambiente 2003 segnala che la porzione nord ovest del SEL Valdera,

ed in particolare il Comune di Calcinaia, risulta attraversata da un elevato numero di linee elettriche. La situazione del Comune di Calcinaia è stata quindi oggetto di numerose misurazioni e indagini portando anche alla modifica di progetti che prevedevano l'edificazione nelle aree interessate, con conseguente minimizzazione del rischio sanitario (fonte Relazione Sanitaria USL 5 anno 2004).

Secondo il Rapporto Ambiente 2003 si stima – basandosi sulla distanza dalle fasce di rispetto cautelative stabilite dalla Regione Toscana per la costruzione di nuove linee – che quasi il 2% della popolazione totale del SEL Valdera risulti essere potenzialmente esposta a inquinamento elettromagnetico dovuto agli elettrodotti.

Il diffondersi sul territorio delle antenne dei ripetitori della telefonia mobile, anche in prossimità di centri abitati, ha creato un clima di diffidenza e di allarme nei cittadini anche a causa delle scarse conoscenze scientifiche definitive sugli effetti che la vicinanza di tali tipologie di impianti può avere sulla salute.

Nel corso del 2004 il Dipartimento della Prevenzione ha pertanto seguito con particolare attenzione le problematiche sollevate dai cittadini e dai Comuni riguardo alla installazione di nuovi ripetitori per la telefonia mobile.

1.2.8 Mobilità e traffico

Dal Rapporto Ambiente 2003 relativo all'area SEL Valdera si evidenzia che:

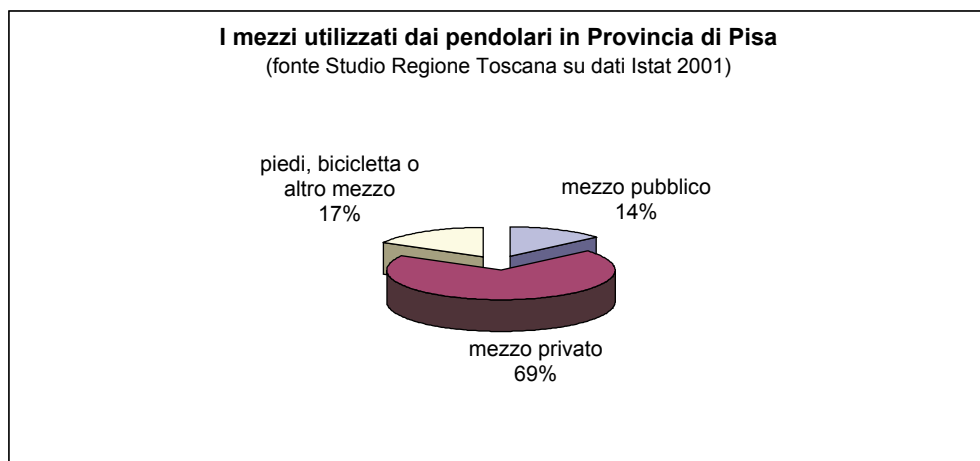
- ✓ Oltre l'80% della rete stradale è costituito da strade di tipo extra-urbano e la densità stradale è in linea con quella della Provincia.
- ✓ Il traffico veicolare risulta significativo: da una specifica campagna condotta nella rete extraurbana nel corso del 2002 emerge che alcuni tratti della rete stradale sono interessati da flussi di traffico anche superiori a 20.000 veicoli al giorno; gli archi viari più critici risultano essere la SGC Fi-Pi-Li, la SS 439 nel tratto tra Calcinaia e La Borra e la SS 67.
- ✓ La motorizzazione privata ha raggiunto nel 2001 il livello di 63 autovetture ogni 100 abitanti, dato leggermente superiore alla

media provinciale (62 auto ogni 100 abitanti) e in leggera crescita rispetto agli anni precedenti.

- ✓ Il dato del servizio urbano di autobus relativo alla città di Pontedera dell'anno 2001 indica un modesto utilizzo del servizio con circa 18 viaggi procapite (il dato della città di Pisa indica circa 76 viaggi procapite).

In un rapporto di informazione statistica sui movimenti dei pendolari per motivi di lavoro o di studio pubblicato dalla Regione Toscana (basato sui dati provvisori del censimento Istat 2001) si evidenziano nell'area SEL Valdera circa 49.000 movimenti pendolari, di cui il 76% destinati a località dello stesso SEL e il 24% destinati a località appartenenti ad un'altro SEL. All'interno del rapporto succitato si forniscono inoltre le seguenti informazioni circa i mezzi utilizzati dai pendolari della Provincia di Pisa:

- ✓ mezzo pubblico 13,5% (media toscana 14,8%)
- ✓ mezzo privato 69,5% (media toscana 69,4%)
- ✓ piedi, bicicletta o altro mezzo 17% (media toscana 15,8%)

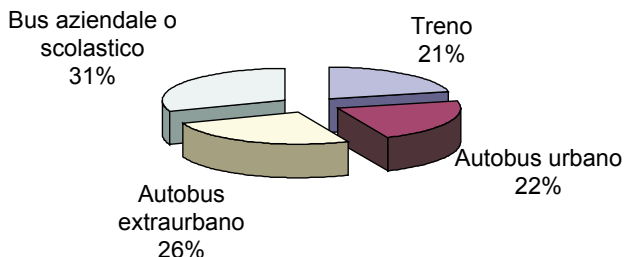


I movimenti nella Provincia di Pisa di coloro che utilizzano i mezzi pubblici si suddividono nella maniera seguente:

- ✓ Treno 21%
- ✓ Autobus urbano 22,3%
- ✓ Autobus extraurbano 26,1%
- ✓ Bus aziendale o scolastico 30,6%

Suddivisione degli utilizzatori di mezzi pubblici in Provincia di Pisa

(fonte Studio Regione Toscana su dati Istat 2001)



1.3 La demografia

In questo capitolo vengono forniti alcuni macrodati e informazioni relative al contesto demografico della zona della Valdera.

La maggioranza dei dati presentati sono stati forniti dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Pisa (pubblicazione "Quadro conoscitivo Valdera" dell'anno 2003 e successivi aggiornamenti), al quale si rimanda per eventuali approfondimenti necessari rispetto alle informazioni qui riportate.

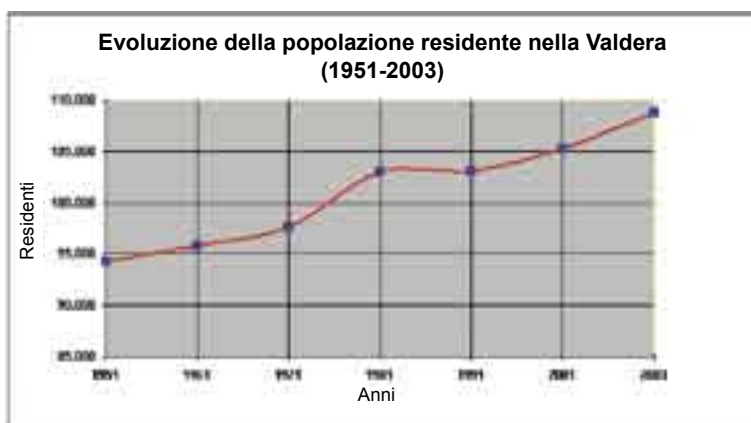
I dati numerici aggiornati al 31/12/2003, in particolare quelli relativi alla suddivisione nelle varie classi di età, sono da considerare suscettibili a variazioni ed aggiustamenti ancorché di modesta entità.

Ulteriori fonti di informazione in relazione ai dati indicati sono citate nella trattazione (Istat, Regione Toscana, Istituzione Nord-Sud, ecc.).

Il quadro fornito vuol tracciare i caratteri generali della popolazione della Valdera. Ulteriori dati relativi alle caratteristiche delle diverse fasce di popolazione sono riportate nelle sezioni tematiche della parte terza.

1.3.1 La popolazione della Valdera

La Valdera ha registrato nel periodo storico 1951-2003 un costante e rilevante incremento della popolazione residente che è passata da 94.311 a 108.785 unità (dati riferiti al 31 dicembre 2003).



L'incremento demografico non si è però distribuito in modo analogo su tutti i Comuni, come rilevabile dalla tabella che segue che dettaglia l'evoluzione della popolazione residente nei singoli Comuni della Zona Valdera dal 1951 al 2003.

**Evoluzione della popolazione residente nei Comuni della Valdera
(1951- 31 dicembre 2003)**

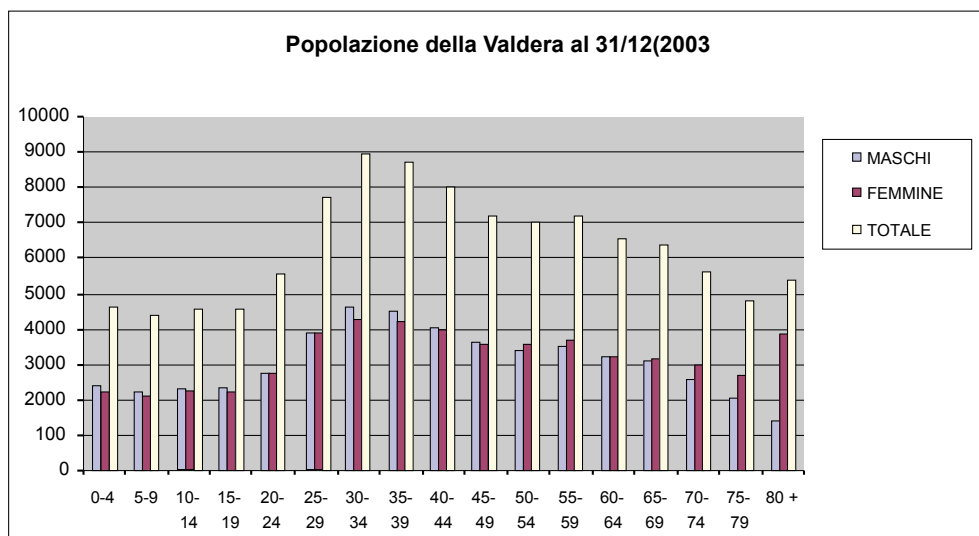
	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2002	2003
Pontedera	19.124	23.904	26.538	28.008	26.393	24.971	25.232	26.421
Bientina	3.773	3.855	4.126	4.912	5.291	6.115	6.277	6.407
Buti	4.815	5.120	5.186	5.225	5.201	5.431	5.513	5.564
Calcinaia	4.261	4.669	5.687	7.194	8.103	8.608	8.852	9.053
Capannoli	4.310	4.481	4.636	4.802	4.943	5.106	5.160	5.279
Casciana T.	3.838	3.492	3.093	3.129	3.228	3.538	3.554	3.605
Chianni	3.340	2.473	1.952	1.738	1.614	1.563	1.574	1.572
Crespina	3.934	3.358	2.981	3.187	3.241	3.746	3.863	3.931
Lajatico	2.478	2.076	1.705	1.586	1.475	1.389	1.357	1.343
Lari	8.512	7.716	7.149	7.311	7.855	8.083	8.093	8.151
Palaia	7.584	6.156	4.831	4.619	4.417	4.536	4.517	4.538
Peccioli	8.371	7.267	5.774	5.337	4.989	4.833	4.843	4.848
Ponsacco	6.894	8.237	10.650	11.701	12.131	12.576	12.743	13.062
S. M. Monte	7.568	8.291	9.242	10.389	10.373	10.841	10.886	11.079
Terricciola	5.509	4.730	4.032	3.876	3.815	3.939	3.991	3.932
Totale	94.311	95.825	97.582	103.014	103.069	105.275	106.455	108.785

Occorre sottolineare che il trend incrementale complessivo che si rileva è dovuto ad un saldo migratorio positivo, e non al saldo naturale.

Il saldo naturale della Valdera per gli anni 2002 e 2003, calcolato come differenza tra i nati ed i morti nel periodo considerato, risulta infatti di segno negativo e con i seguenti valori:

- ✓ nell'anno 2002 il saldo naturale della Zona Valdera risulta negativo per 198 unità. In questo periodo i Comuni con saldo naturale positivo sono stati quelli di Bientina (più 5 unità), Casciana Terme (più 8 unità), Crespina (più 17 unità) e Terricciola (più 10 unità).
- ✓ nell'anno 2003 il saldo naturale della Zona Valdera risulta negativo per circa 327 unità. In questo periodo i Comuni con saldo naturale positivo sono stati quelli di Calcinaia (più 24 unità) e Crespina (più 16 unità).

Il diagramma che segue visualizza la distribuzione della popolazione della Valdera (maschile, femminile e totale) nelle varie fasce di età al 31/12/2003.



La distribuzione della popolazione per classi di età e per sesso al 31/12/2003 lascia rilevare le seguenti caratteristiche:

- ✓ una incidenza contenuta della fascia di età 0-24 anni con una pressoché analoga distribuzione di genere: lieve è infatti la prevalenza maschile;
- ✓ un ampliamento della popolazione nella fascia di età 25-40 (con predominanza maschile);
- ✓ una progressiva contrazione, anche se con asimmetrie, delle fasce di età superiori ai 40 anni, con un aumento della popolazione

femminile. Se infatti fino alla classe di età compresa tra i 25 e i 49 anni si ha una predominanza numerica della popolazione maschile, nelle successive classi è quella femminile che si fa sempre più accentuata, fino a raggiungere il suo massimo nella fascia di età superiore agli 80 anni. Da segnalare in tal senso un'assoluta prevalenza delle vedove sui vedovi, in rapporto di 5 a 1.

La Valdera è, infatti, interessata da un progressivo invecchiamento della sua popolazione: l'indice di vecchiaia (calcolato rapportando percentualmente la popolazione in età superiore ai 65 anni con la popolazione in età compresa tra 0 e 14 anni) è passato dal valore di 164,1 nel 2000 a 167,9 nell'anno 2002. A livello Italia l'indice di vecchiaia nell'anno 2002 risultava di 130,3 (fonte Istat).

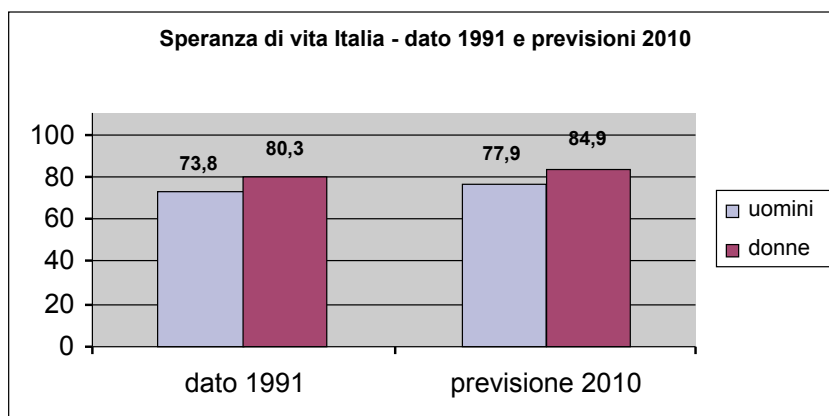
La tabella che segue sintetizza alcuni importanti indicatori relativi alla popolazione della Zona Valdera, delle altre zone socio-sanitarie e della Regione Toscana aggiornati al dicembre 2002 (fonte sito Istat).

Indicatori statistici: saldo totale dei movimenti, quozienti e indicatori – Anno 2002							
Zona	Movimenti	Quozienti generici (per 1000 residenti)				Indici demografici	
	Saldo totale dei movimenti naturale e migratorio	Natalità	Mortalità	Immigrazione	Emigrazione	Rapporto mascolinità	Indice di vecchiaia
Val d'Era	1216	9,00	10,87	37,19	23,83	95,00	167,85
Pisana	143	7,66	11,34	34,50	30,06	92,62	193,90
Alta Val di Cecina	5	5,58	16,57	24,47	13,26	95,78	271,36
<i>Toscana</i>	<i>19254</i>	<i>8,38</i>	<i>11,53</i>	<i>31,39</i>	<i>22,74</i>	<i>92,65</i>	<i>192,63</i>

Si rileva come, per l'anno in esame la zona Valdera presenti un quoziente di natalità più elevato rispetto alle altre zone e al dato regionale e un quoziente di mortalità inferiore. Elevato risulta invece il dato relativo all'immigrazione e in linea con la media regionale quello relativo all'emigrazione. L'indice di vecchiaia, pur in crescita come sopra evidenziato, risulta inferiore a quello delle altre zone e al dato regionale.

I dati nazionali riportati nel volume pubblicato dall'Istat "L'Italia in cifre 2004" e le previsioni – ipotesi media – dei trend futuri a livello Italia effettuate dallo stesso Istituto, possono fornire una indicazione di massima anche sulle prospettive a livello locale. Tali dati indicano che:

- ✓ dal 1911 al 2001 le rilevazioni decennali mostrano un trend di crescita della popolazione italiana, che si prevede continuerà ad aumentare fino a superare i 58 milioni di abitanti nel 2010. Le previsioni successive prevedono una curva in costante decrescita per arrivare a circa 52 milioni di abitanti nell'anno 2050.
- ✓ la speranza di vita alla nascita in Italia, calcolata nel 1991 a 73,8 anni per gli uomini e a 80,3 anni per le donne, è prevista in aumento fino a raggiungere nel 2010 di valori di 77,9 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne. Il dato riferito alla Asl 5 (si veda la parte 2) evidenzia come già nel 2002 la speranza di vita media delle tre zone fosse per i maschi pari a 77,6 e per le femmine a 83,1.
- ✓ il numero medio nazionale di figli per donna, pari 1,2 figli nel 2001, è previsto in crescita fino a raggiungere nel 2010 un valore di 1,4 figli.
- ✓ l'indice nazionale di vecchiaia è previsto in costante crescita fino al 2010.



1.3.2 Famiglie e abitazioni

Nel periodo 1997 – dicembre 2003 i dati evidenziano un incremento del numero delle famiglie residenti che ha interessato tutti i Comuni della zona Valdera, ad eccezione di Lajatico. L'incremento maggiore nel periodo considerato si registra a Ponsacco (+962) e Pontedera (+890).

Il numero totale delle famiglie residenti in Valdera al 31/12/2003 (intendendo per famiglia l'insieme di persone legate da vincoli di

matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso Comune; una famiglia può essere costituita anche da una sola persona) è stimato in 41.665.

Anche la Valdera è interessata dal fenomeno della nuclearizzazione della famiglia (contrazione del numero medio di componenti), fenomeno divenuto ormai strutturale sia in Italia sia più in generale nei paesi europei.

La dimensione media dei nuclei familiari della Valdera è passata da 2,8 nell'anno 1996 a 2,6 nell'anno 2003.

Prevalgono infatti i nuclei familiari composti da due componenti, che rappresentano quasi il 29% del totale, seguiti da famiglie composte da tre componenti.

La tabella seguente illustra la situazione dei nuclei familiari in Valdera al 31/12/2003.

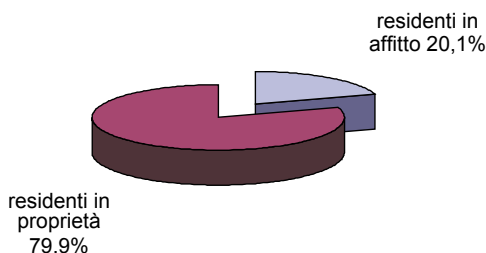
Composizione nuclei familiari in Valdera al 31.12.03		
Numero componenti	Totale nuclei familiari	Percentuale sul totale
2 componenti	11.894	28,55%
3 componenti	10.453	25,09%
1 componente	9.219	22,13%
4 componenti	7.563	18,15%
5 componenti	1.804	4,33%
6 o più componenti	732	1,76%

A livello provinciale i dati Istat del censimento 2001 relativi alla Provincia di Pisa indicano che:

- ✓ la percentuale delle coppie con figli è pari al 53,8%
- ✓ tra le abitazioni occupate da persone residenti la percentuale di abitazioni in affitto risulta di circa il 20%, quella di abitazioni in proprietà di circa l'80%

Provincia di Pisa - Abitazioni occupate da persone residenti

(dati censimento istat 2001)



A livello di area Valdera SEL 12, sempre basandosi sul censimento Istat 2001, risulterebbero non occupate circa il 10% delle abitazioni (fonte Rapporto Ambiente 2003).

1.4 L'economia

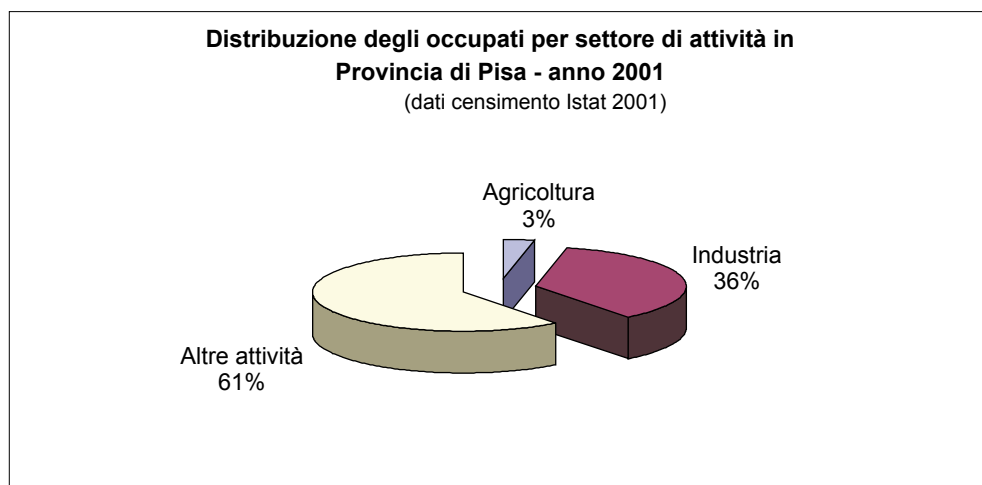
1.4.1 Le attività economiche

L'area SEL Valdera è classificata tra i "sistemi locali manifatturieri" nei settori dei mezzi di trasporto, del legno e mobilio. L'analisi a livello di SEL del settore economico nel decennio 1991-2001 ha evidenziato una riduzione nel numero degli addetti nel settore dell'industria e del commercio e un aumento dei servizi; nel complesso il numero di addetti è comunque diminuito.

A livello di SEL si rileva una percentuale del 40% di addetti occupati nel settore industriale: ciò evidenzia una spiccata vocazione industriale dell'area, dovuta principalmente alla presenza della Piaggio, una realtà industriale tra le più importanti non solo per la Valdera, ma per l'intera Regione Toscana. Per quanto riguarda il turismo, si segnala un incremento costante delle presenze correlato ad un aumento delle strutture ricettive, specialmente quelle complementari come agriturismo, campeggi e ostelli (fonte Rapporto Ambiente 2003).

I dati del censimento Istat 2001 evidenziano a livello di Provincia di Pisa la seguente distribuzione degli occupati per settore di attività:

- ✓ Agricoltura, 5.277 persone pari al 3,3% degli occupati (valore Toscana 3,85%)
- ✓ Industria, 57.122 persone pari al 36,1% degli occupati (valore Toscana 32,98%)
- ✓ Altre attività, 95.904 persone, pari al 60,6% degli occupati (valore Toscana 63,18)



I dati forniti dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Pisa indicano a livello della Zona Valdera nell'anno 2004 un importante peso degli occupati nei settori del commercio e dell'artigianato:

- ✓ 4.483 persone occupate nel commercio (3.783 titolari attivi e 700 collaboratori attivi)
- ✓ 5.350 artigiani (4.729 titolari attivi e 621 collaboratori attivi).

1.4.2 Lavoro e occupazione

Nel periodo 1993-2001 il numero degli iscritti alle liste di collocamento al Centro per l'Impiego di Pontedera ha subito un aumento,

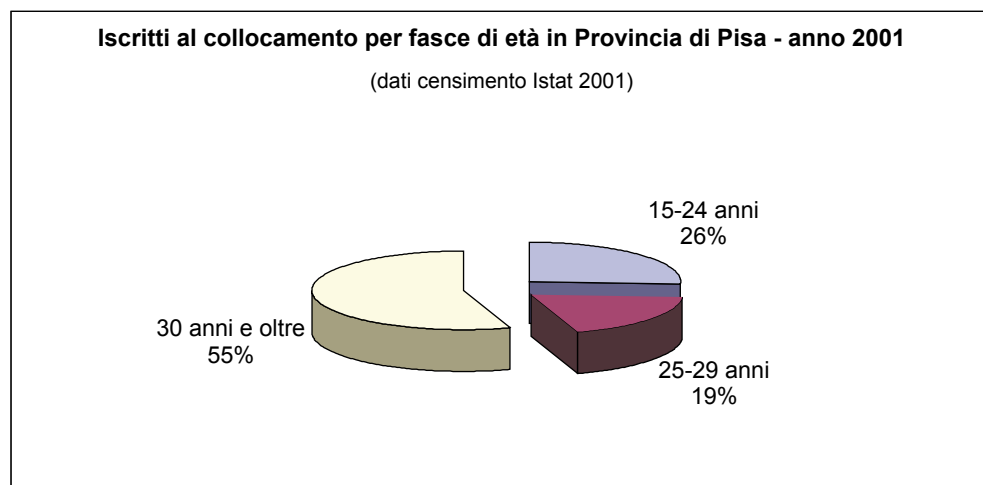
passando da 6.164 iscritti nel 1993 a 8.049 iscritti a a dicembre 2001; si deve tuttavia evidenziare che, ad una prima fase di crescita del numero degli iscritti dal 1993 al 1996, ha fatto seguito un trend in continua diminuzione. L'analisi delle assunzioni per tipologia contrattuale, rispetto ai valori medi annuali relativi agli anni 1998-2001, mette in evidenza che circa il 25% degli assunti nel SEL è assunto con contratto a tempo indeterminato, mentre oltre il 50% è assunto con contratto di lavoro a tempo determinato (fonte Rapporto Ambiente 2003).

I dati Istat 2001 evidenziano a livello di SEL Valdera i seguenti indicatori (relativi alla popolazione di 15 anni e oltre):

- ✓ Tasso di occupazione Valdera 47,2 (dato Toscana 46,8)
- ✓ Tasso di disoccupazione Valdera 5,1 (dato Toscana 5,1)

I dati Istat 2002 relativi alla Provincia di Pisa evidenziano un rapporto tra gli iscritti al collocamento e la popolazione in età lavorativa espresso da un indice pari a 14,91 (dato Toscana 13,01). La distribuzione per fasce d'età degli iscritti al collocamento è la seguente:

- ✓ il 26% nella fascia tra 15 e 25 anni
- ✓ il 19% nella fascia di età tra 25 e 29 anni
- ✓ il 55% nella fascia di età 30 anni e oltre

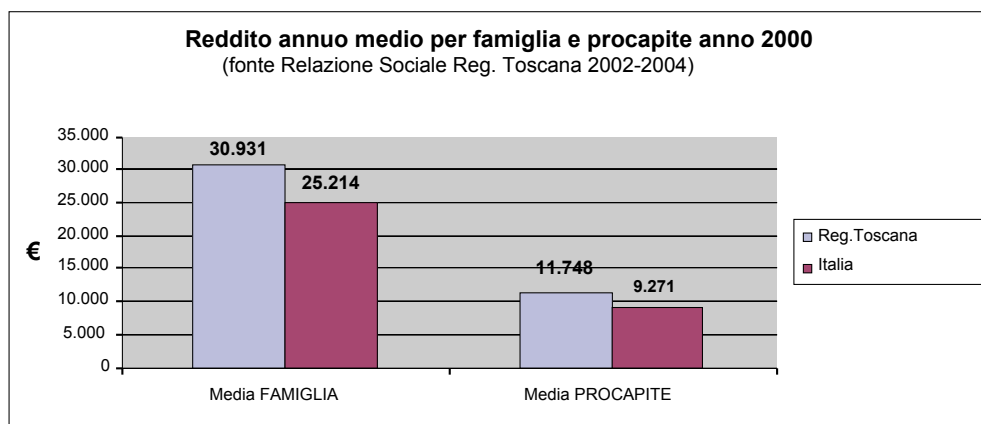


1.4.3 Reddito e possibilità di spesa

Nell'anno 2000, il PIL procapite del SEL Valdera, pari a circa 21.500,00 Euro/ab.*anno, si attesta in linea con quello provinciale e superiore a quello medio della Regione Toscana (fonte Relazione Ambiente 2003).

Dalla Relazione Sociale della Regione Toscana 2002-2004 allegata al PISR 2005-2007 si rileva che:

- ✓ il reddito annuo medio dell'anno 2000 in Toscana risultava di 30.931,00 Euro per famiglia (contro i 25.214,00 medi a livello Italia) e di Euro 11.748,00 procapite (contro i 9.271,00 medi a livello Italia – dati elaborati da IRPET);
- ✓ nella graduatoria italiana la Regione Toscana risulta essere la nona in classifica per quanto riguarda il PIL. La classifica italiana sul livello di benessere (ottenuta mediante un set di indicatori sull'Indice di Sviluppo Umano che prendono in considerazione anche fattori quali il tenore di vita, la solidità dello sviluppo economico, l'ambiente di vita e di lavoro, il disagio sociale, la sicurezza e i servizi sociali) posiziona la Toscana al secondo posto (fonte IRPET – Rapporto Benessere e Condizioni di vita in Toscana 2004);
- ✓ nella graduatoria italiana per quanto riguarda il PIL la Provincia di Pisa risulta alla trentesima posizione (a livello Toscana è preceduta nell'ordine da Firenze e Prato e seguita nell'ordine da Siena, Livorno, Arezzo, Lucca, Pistoia, Grosseto e Massa Carrara). Nella graduatoria italiana per quanto riguarda il benessere la Provincia di Pisa risulta invece alla decima posizione (a livello Toscana è preceduta nell'ordine da Siena, Arezzo e Firenze e seguita nell'ordine da Prato, Pistoia, Livorno, Lucca, Grosseto e Massa Carrara - fonte IRPET rapporto Benessere e Condizioni di vita in Toscana 2003);
- ✓ la povertà e l'esclusione sociale sono fenomeni multidimensionali di difficile misurazione; i dati IRPET relativi all'anno 2000 indicano che in Toscana le famiglie povere in senso assoluto rappresentavano circa il 3% della popolazione, le persone povere circa il 4%.

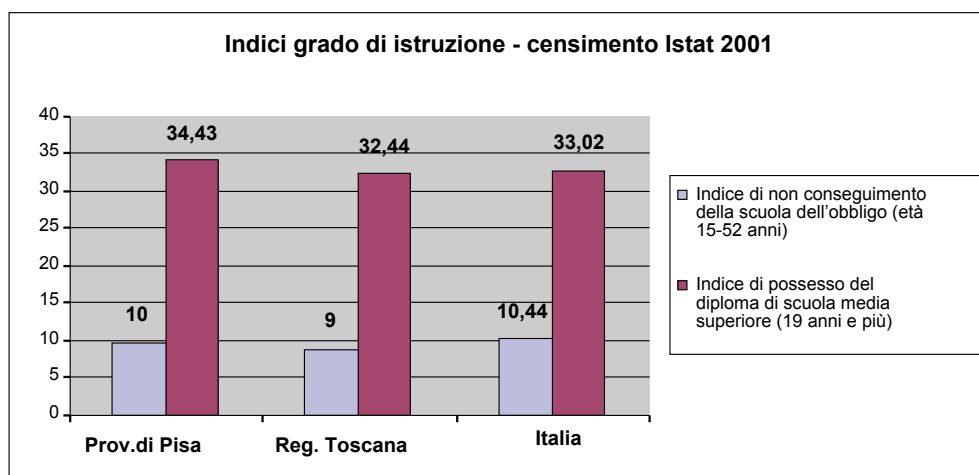


La spesa media mensile delle famiglie toscane per consumi alimentari e non alimentari risulta nell'anno 2003 di 2.575,00 euro, collocandosi al quarto posto in Italia dopo Lombardia, Veneto e Emilia Romagna (dati indagine consumi Istat 2003).

1.5 L'istruzione

I dati del censimento Istat 2001 fornivano i seguenti macroindicatori relativamente al grado di istruzione della popolazione della Provincia di Pisa:

- ✓ Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (età 15-52 anni) per la Provincia di Pisa pari a 10,00 (dato Toscana 9,00, dato Italia 10,44)
- ✓ Indice di possesso del diploma di scuola media superiore (19 anni e più) per la Provincia di Pisa pari a 34,43 (dato Toscana 32,44, dato Italia 33,02)



Per quanto riguarda la situazione scolastica all'interno della zona Valdera si evidenziano i seguenti dati, estratti dalla pubblicazione "Quadro conoscitivo Valdera" realizzato dall'Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Pisa del dicembre 2003:

- ✓ nell'anno scolastico 2003-2004 gli alunni e studenti iscritti ai vari ordini di scuola sono complessivamente 13.999. Di questi 9.991 risultano iscritti alle scuole dell'infanzia (ex materne), elementari e medie e 4.008 alle scuole superiori.
- ✓ Nell'anno scolastico 2003-2004 la media di alunni frequentanti le scuole dell'infanzia della Valdera è di 25 unità per singola sezione, quella delle scuole elementari statali è di 17,5 ed infine quella delle scuole medie inferiori è di 20,4.
- ✓ Nell'anno scolastico 2002-2003, gli alunni stranieri iscritti nelle scuole dell'infanzia, elementari e medie, sono stati in tutto 404, rappresentando il 4,1% del totale degli iscritti; la percentuale più alta la registra Peccioli, seguita da Lari e Pontedera.
- ✓ Sempre nell'anno scolastico 2002-2003, gli stranieri iscritti alle scuole medie superiori rappresentavano l'1,3% della popolazione studentesca; la maggiore incidenza di presenze straniere è registrata all'IPSIA Pacinotti di Pontedera (circa 3% del totale), quella più bassa all'ITCG Fermi di Pontedera (circa 0,3% del totale).

1.6 L'informazione e la comunicazione

I mezzi di comunicazione possono svolgere un ruolo molto importante nell'ambito della salute e del benessere, come potenziale strumento per veicolare e raccogliere notizie investendo sia il livello formativo (prevenzione e educazione) che quello informativo e operativo (servizi disponibili, modalità di fruizione, sorveglianza a distanza.....).

Aldilà degli importantissimi momenti di contatto diretto tra il cittadino ed il mondo dei servizi (punti di informazione, accesso e erogazione dei servizi socio-sanitari) e di tutte le varie attività allestite di volta in volta su specifiche tematiche e diffuse attraverso una pluralità di mezzi e iniziative, può pertanto risultare utile una breve ricognizione dei canali di comunicazione disponibili nella nostra zona.

Per quanto riguarda il canale internet il cittadino della Valdera può reperire alcune informazioni sui servizi anche avvalendosi dei siti dell'azienda sanitaria (www.usl5.toscana.it) e dei Comuni (siti dei singoli enti e sito condiviso di area sociale all'indirizzo www.valderasociale.it).

A tal proposito occorre comunque considerare il permanere del fenomeno digital divide; il rapporto annuale del Censis del dicembre 2004 evidenzia che, nonostante la crescita complessiva degli utilizzatori, quasi 3 italiani su 4 non si connettono mai a internet e quando gli si domanda perché, il 74% risponde che non lo fa perché non sa usare il computer. Come facilmente prevedibile questo fenomeno interessa in maniera particolare le fasce di popolazione con età più elevata.

Ulteriori opportunità di comunicazione con il cittadino possono ad oggi essere individuate nel numero verde Valderasociale 800.30.13.30 e nei giornalini (Pontedera Informa e analoghi degli altri Comuni) diffusi a tutte le famiglie mediante i servizi Posta Target e similari.

Per quanto riguarda i mass-media la zona Valdera fa riferimento principalmente ai seguenti:

- ✓ testate Il Tirreno e La Nazione per quanto riguarda la stampa
- ✓ emittenti 50 Canale e Tele Granducato per quanto riguarda le TV locali

In particolare la rete TV 50 Canale, prima nella Provincia di Pisa con circa 170.000 contatti medi giornalieri e con punte di 250.000 (fonte sito 50 Canale), si caratterizza per il suo forte collegamento con il territorio e per l'attenzione all'informazione diventando strumento utile per lo sviluppo di eventuali attività di comunicazione con la cittadinanza.

Per eventuali necessità di diramare messaggi brevi ma importanti ed urgenti, potrebbe essere anche valutata la possibilità di stipulare accordi con i gestori telefonici per la diffusione di SMS a determinati segmenti di cittadini.

I dati demografici presentati nei capitoli precedenti relativamente alla presenza dei cittadini stranieri e alla loro notevole crescita suggeriscono inoltre la definizione di azioni di comunicazione mirate a questi specifici target.

PARTE SECONDA

I DATI SULLO STATO DI SALUTE

I dati sullo stato di salute

Sono di seguito sintetizzati, in forma di grafici e tabelle, i dati relativi ai principali indicatori dello stato di salute della popolazione.

Gli indicatori disponibili sono relativi

- alla mortalità
- all'ospedalizzazione generale e riferita al primo ricovero. Il dato relativo al tasso di primo ricovero è particolarmente significativo in quanto evidenzia quante persone in un anno hanno usufruito dei servizi ospedalieri per una data patologia.

I dati rappresentati sono riferiti:

- alla Zona Valdera
- alle altre Zone della Asl 5 (Val di Cecina e Pisana)
- all'Area Vasta Nord- Ovest
- alla Regione Toscana
- ed in alcuni casi alle altre Asl della Toscana

I tassi riportati sono standardizzati alla composizione della popolazione della Regione Toscana anno 2000 in modo da rendere possibile la comparazione tra i dati delle diverse aree geografiche.

I valori riportati si riferiscono nell'ordine a:

- Speranza di vita alla nascita e a sessantacinque anni
- Mortalità generale, prematura e infantile
- Gravidanza e parto
- Utilizzo dell'Ospedale
- Le principali patologie presenti in Valdera
- Mortalità secondo le diverse patologie in Valdera
- Ospedalizzazione secondo le diverse patologie
- Malattie dell'apparato circolatorio

- Mortalità e ospedalizzazione generale
- Malattie cerebrovascolari
- Cardiopatia ischemica
- Infarto del miocardio
- Malattie del sangue
- Tumori
 - Mortalità e ospedalizzazione generale
 - Tumore allo stomaco
 - Tumore colon retto
 - Tumore al polmone
 - Tumore alla mammella
 - Tumore all'utero
 - Tumore alla prostata
 - Tumore alla vescica
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie Psichiche e disturbi del sistema nervoso
- Malattie Infettive

Sono inoltre presentati dati relativi a:

- Gli Incidenti Stradali
- Le malattie e gli infortuni sui luoghi di lavoro
- Il consumo di alcool e il fumo di tabacco

2. UNA VISIONE D'INSIEME

L'esame dei dati rilevati per la zona Valdera complessivamente intesi, sia quindi di tipo sostanzialmente demografico sia di tipo epidemiologico, permettono di evidenziare alcune particolari caratteristiche del territorio, che lo distinguono in maniera abbastanza significativa dalle altre parti dell'azienda sanitaria.

La principale specificità consiste nelle qualità specifiche della popolazione residente che è quella più "giovane" fra le tre zone dell'ASL; qui vi è il maggior numero di soggetti nella fascia di età fra 24 e 65 anni.

Tale dato è collegato all'incremento demografico che ha portato il numero di residenti a quota 108.898 nel gennaio 2004, che a sua volta è legato essenzialmente a due fattori: l'incremento della natalità registrato negli ultimi anni e l'immigrazione, fenomeno quest'ultimo presente non solo nella nostra azienda ma in tutta la regione toscana.

La mortalità infantile rappresenta di fatto la "spina nel fianco" della ASL 5; infatti il dato aziendale è in ordine il terzo della intera regione, secondi solo a alla ASL di Massa ed a quella di Livorno.

Questo dovrebbe indurre a cercare di approfondire le motivazioni alla base di questo risultato così negativo per valutare anche la messa in cantiere di eventuali misure correttive.

L'utilizzo dell'ospedale è divenuto nel tempo sempre più appropriato sia in termini di ricovero ordinario sia in termini di modalità organizzative di risposta intra-ospedaliera per le diverse patologie (ad esempio utilizzo della day-surgery e del day-hospital, conversione delle prestazioni da ricovero in prestazioni ambulatoriali ecc.); i tassi di ospedalizzazione rilevati sono veramente buoni ed inferiori a quelli rilevati nello stesso periodo in ambito regionale.

Nella zona Valdera, poi, esaminata nel raffronto con le altre due zone, si registra il tasso migliore sia come primo ricovero (dato anno 2003) sia come andamento del tasso di ospedalizzazione nel triennio 1999-2003; questo è un rilievo molto significativo, se si considera che siamo in una zona dove le uniche alternative territoriali al ricovero ospedaliero sono l'assistenza domiciliare e i posti nelle RSA, non essendo attiva alcuna altra forma di residenzialità extraospedaliera (ad esempio ospedale di Comunità, hospice ecc.).

Le fasce di età interessate alla degenza ospedaliera sono ovviamente quelle più elevate con il maggior picco per le donne nella fascia di età over 85, per l'uomo in quella fra 75 e 84 anni.

Le principali cause di ricovero ricalcano quelle delle statistiche regionali e nazionali e vedono al primo posto le malattie dell'apparato cardio-circolatorio ed i tumori, che in qualche modo ricorrono anche fra le principali cause di mortalità. Il sesso più colpito è quello maschile.

La valutazione dei dati relativi alle patologie maggiormente rappresentative dovrebbe indurre ad approfondire la necessità di mettere in atto interventi maggiormente incisivi sugli stili di vita che soprattutto nelle patologie cardiovascolari, ma non di molto meno in quelle tumorali, concorrono in maniera determinante alla insorgenza delle stesse.

Quindi campagne mirate alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, di dissuasione al tabagismo e di informazione-formazione dei cittadini sugli stili di vita più adeguati alla prevenzione della insorgenza di malattie (vedi ipertensione, obesità, diabete, insufficienza respiratoria ecc.) in tutte le fasce di età a partire dall'infanzia e dalla scuola, dovrebbero trovare un impegno particolare di tutte le strutture, sanitarie e non, interessate al problema.

Un altro dato particolare da rilevare è l'incidenza di mortalità per traumatismi stradali nel sesso maschile, che mettono la nostra azienda sanitaria al secondo posto dopo la ASL di Viareggio in tutta la Regione Toscana; la traumatologia stradale, soprattutto per i nostri giovani, è correlata non solo alla eccessiva velocità, ma anche all'assunzione eccessiva di alcool o all'uso di sostanze stupefacenti più o meno pesanti.

È quindi opportuno affrontare questa tematica per studiare il problema e programmare ulteriori interventi, oltre quelli già messi in atto negli ultimi anni, per evitare tante morti e tanti danni permanenti all'integrità psico-fisica dei giovani.

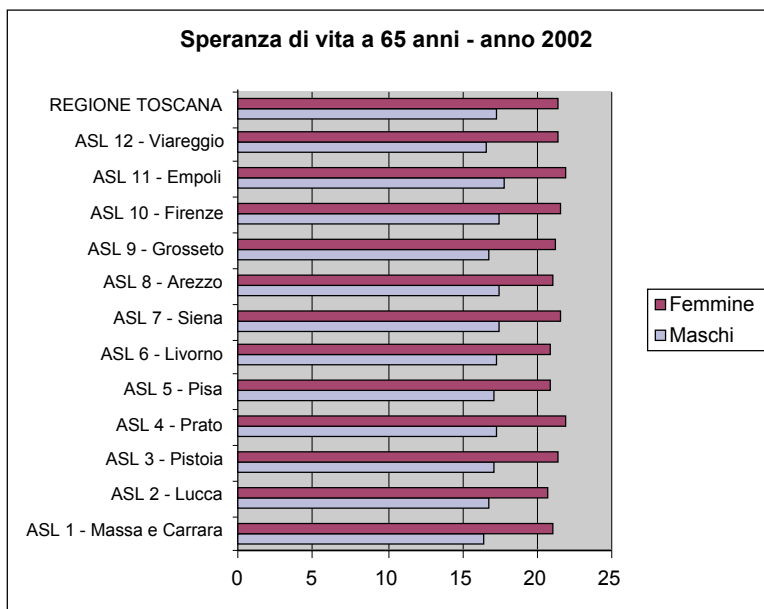
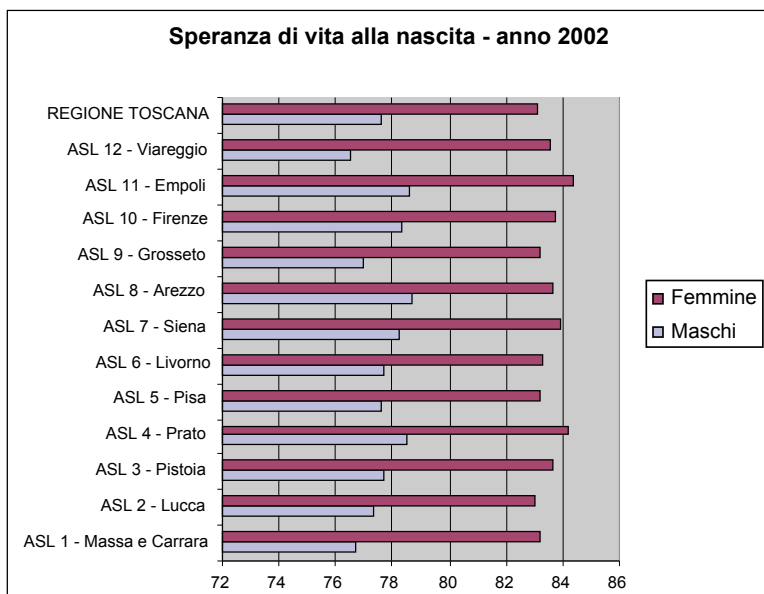
2.1 La speranza di vita

La speranza di vita è un indice significativo dello stato di salute della popolazione perché racchiude in sé diversi aspetti della vita stessa: il buon funzionamento dei servizi sanitari, lo sviluppo della qualità della vita intesa dal punto di vista degli aspetti socio-economici e generali (alimentazione, prevenzione, cultura ecc.).

Nel territorio della ASL 5 i tassi relativi alla speranza di vita sono sovrapponibili a quelli della media regionale. Ovviamente il raffron-

to evidenza che alcune aziende mostrano andamenti migliori, ma altre assai peggiori della nostra.

Il dato più significativo è la differenza fra i due sessi: la speranza di vita si attesta per l'uomo a 77,6 anni, per la donna a 83,1.

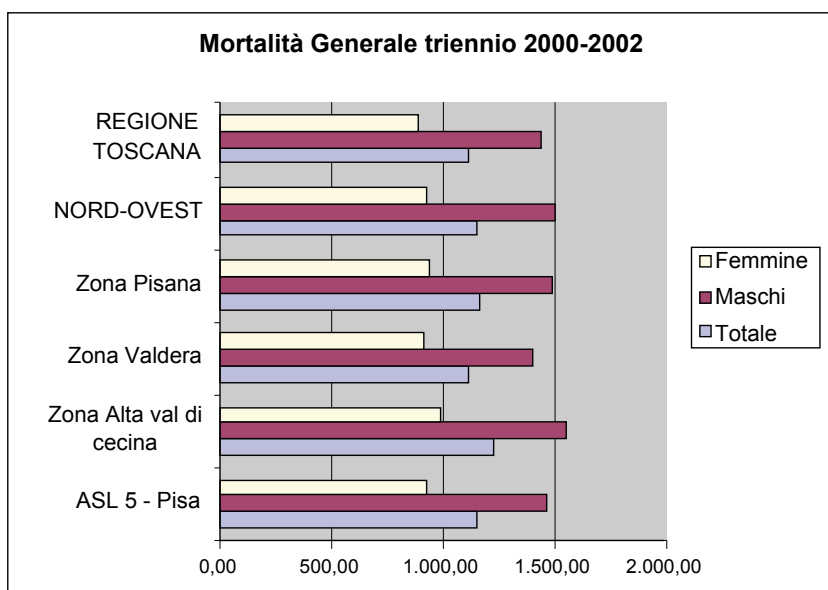


2.2 Mortalità generale, prematura e infantile

2.2.1 Mortalità generale

L'esame dei tassi standardizzati di mortalità effettuato raffrontando le tre zone aziendali, mostra che la Valdera ha un tasso inferiore rispetto alle altre due zone; il dato si conferma in entrambi i sessi.

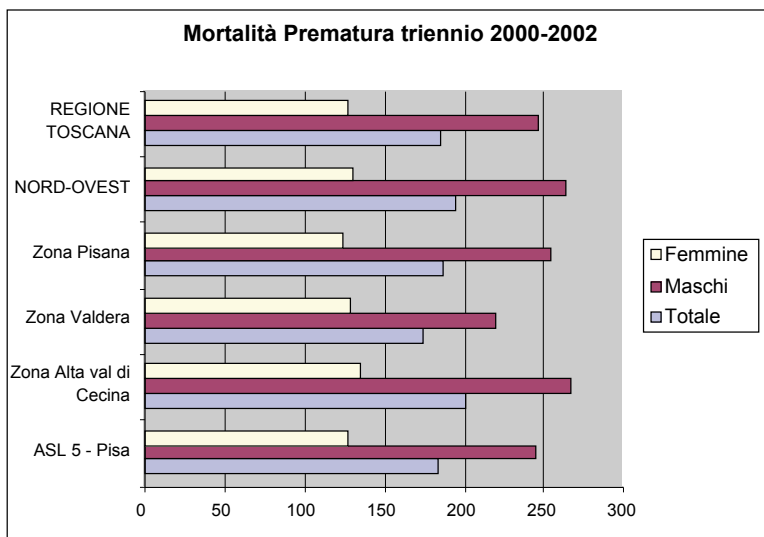
Rispetto al tasso regionale (sempre standardizzato) il tasso afferente al sesso maschile della zona Valdera risulta leggermente più basso, mentre quello rapportato al sesso femminile di poco più elevato.



2.2.2 Mortalità prematura

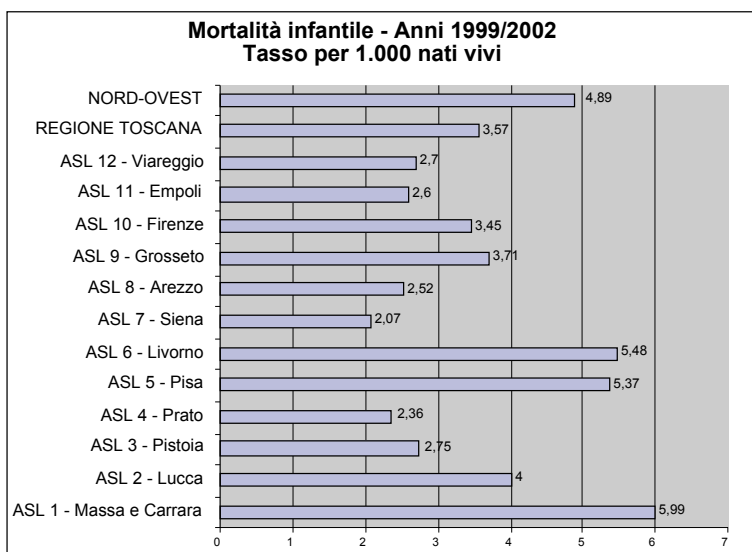
Nella ASL 5 la mortalità prematura risulta più bassa rispetto alle medie regionali anche se di poco (con un tasso per la Valdera pari a 183,98 rispetto a 186,01 del dato regionale). La mortalità del sesso maschile è più elevata rispetto a quella del sesso femminile (243,79 rispetto a 126,80) con un comportamento analogo anche in questo caso a quanto avviene nelle altre ASL e nella Regione.

All'interno della ASL 5, la zona Valdera mostra un migliore andamento del tasso di mortalità prematura nel triennio rispetto alle altre due zone che presentano valori di mortalità superiori.



2.2.3 Mortalità infantile

Il dato relativo alla mortalità infantile (intesa come mortalità nel primo anno di vita) è un po' sconcertante. Infatti i valori riferiti al quadriennio 1999/2002 evidenziano (vedi grafico seguente) come la ASL Pisana si collochi al terzo posto tra le ASL Toscane per tasso di mortalità con un tasso pari a 5,37, dopo Massa e Carrara, che registra il valore più alto (5,99) e Livorno (5,48).



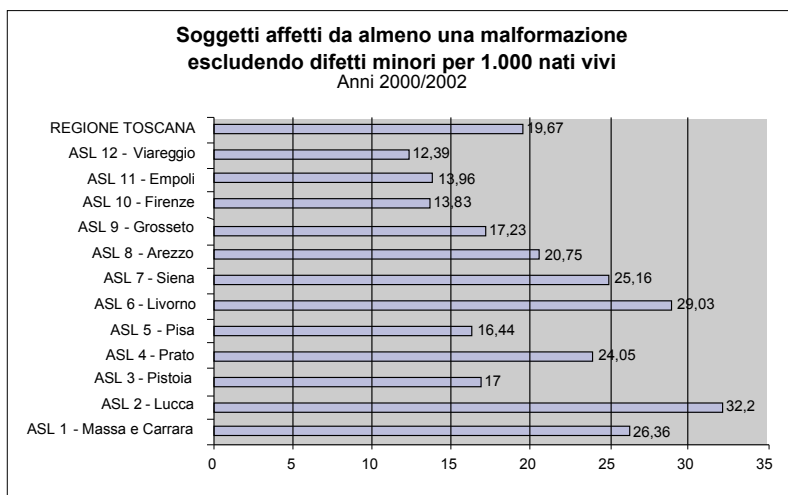
Dai dati riferiti ai nati morti per 1.000 nati vivi nel triennio 2000-2002 (vedi tabella seguente) emerge come il dato relativo alla azienda ASL 5 sia superiore sia a quello regionale sia a quello riferito all'Area nord ovest. Tale risultato è tuttavia prevalentemente influenzato dal tasso della zona pisana (pari a 4,15) mentre il dato della Valdera si discosta di poco dalla media regionale (3,65 vs. 3,42)

In Valdera risulta invece superiore alla media regionale la percentuale di nati vivi di peso inferiore ai 1500 gr (1,1% contro 0,79%) e dei nati vivi con età gestazionale inferiore alle 32 settimane.

Leggermente superiore al valore regionale anche la percentuale di parti plurimi (2,91%) rilevati nella Zona.

RESIDENZA	Nati vivi	Nati morti	Nati morti per 1.000 nati vivi.	Nati vivi di peso < 1500 gr. %.	Nati vivi di peso < 2500 gr. %.	Nati vivi < 32 settimane %.	Nati vivi < 37 settimane %.	Nati da parto plurimo %.
Dati triennio 2000/2002								
ASL 5 - Pisa	7433	29	3,9	0,97	6,46	0,97	6,75	3,04
Alta val di Cecina	358	1	2,79	0,28	5,62	0,3	3,01	1,11
Valdera	2738	10	3,65	1,1	5,59	1,13	5,64	2,91
Pisana	4337	18	4,15	0,95	7,08	0,93	7,71	3,28
AREA NORD-OVEST	26775	103	3,85	0,8	5,72	0,81	5,67	2,43
REGIONE TOSCANA	79131	271	3,42	0,79	6,06	0,79	6,56	2,71

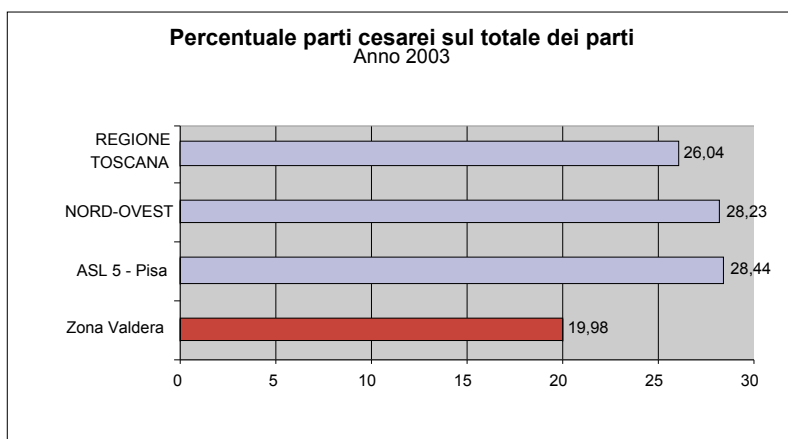
Per quanto riguarda la salute del neonato un dato interessante è quello relativo alle malformazioni congenite (esclusi i difetti minori). Il dato riportato nel grafico è riferito all'intera ASL 5 che con un tasso pari 16,44 per mille nati vivi si colloca tra le aziende con livello più basso.



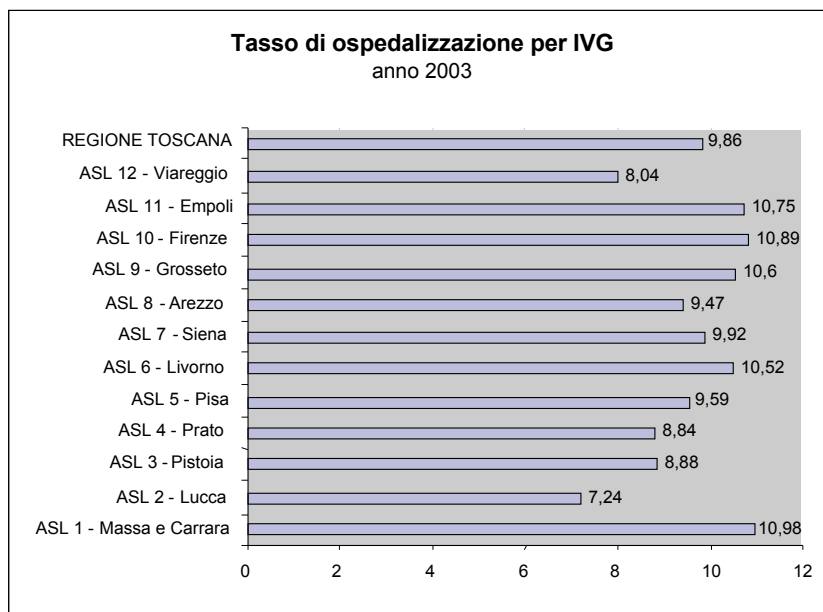
2.3 Gravidanza e parto

In analogia ai contenuti della Relazione Sanitaria in questa sezione relativa a gravidanza e parto sono riportati i dati riferiti ai parti cesarei, alle interruzioni volontarie di gravidanza e (IVG) e agli aborti spontanei.

Un primo aspetto da sottolineare è come la percentuale di cesarei sul totale dei parti registrata in Valdera (dato anno 2003) sia tra le più basse della Toscana in quanto pari al 19,9% nonostante il dato relativo all'intera ASL5 risulti di segno opposto (la Asl 5 è tra le aziende Toscane con la più alta percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, pari, nell'anno 2003, al 28,44%)



Passando ad analizzare i dati relativi all'IVG si rileva che il tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza (anno 2003) relativo all'intera Azienda USL 5 risulta di poco inferiore alla media regionale.



Il trend degli ultimi quattro anni evidenzia un andamento con leggere oscillazioni in un intervallo di variazione contenuto ed un aumento del tasso dal 2002 al 2003. Il valore rimane in ogni caso inferiore a quello regionale.

Tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza in donne tra 15 e 49 anni				
RESIDENZA	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
ASL 1 - Massa e Carrara	11,59	10,83	10,72	10,98
ASL 2 - Lucca	7,41	7,46	7,25	7,24
ASL 3 - Pistoia	9,09	8,99	9,18	8,88
ASL 4 - Prato	9,27	9,72	9,33	8,84
ASL 5 - Pisa	9,39	9,23	8,83	9,59
ASL 6 - Livorno	11,32	10,37	10,29	10,52
ASL 7 - Siena	10,72	10,45	11,02	9,92
ASL 8 - Arezzo	9,5	8,34	8,62	9,47
ASL 9 - Grosseto	11,59	9,75	9,23	10,6
ASL 10 - Firenze	10,32	10,14	10,06	10,89
ASL 11 - Empoli	10,04	8,99	9,92	10,75
ASL 12 - Viareggio	12,02	11,28	9,25	8,04
REGIONE TOSCANA	10,15	9,65	9,56	9,86

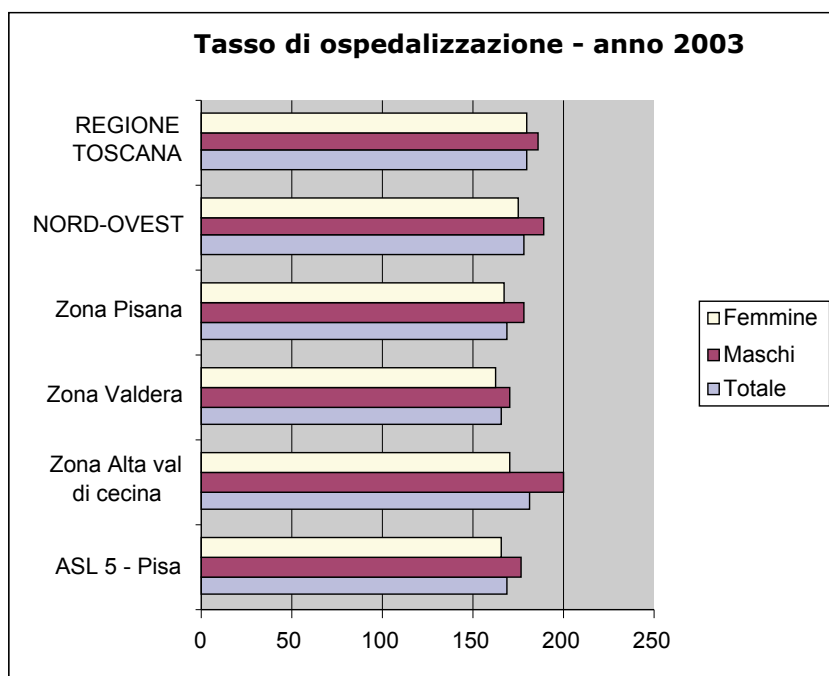
Il tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo della ASL 5 risulta nel quadriennio 2000/2003 sostanzialmente in linea con la media toscana anche se con alcune lievi oscillazioni

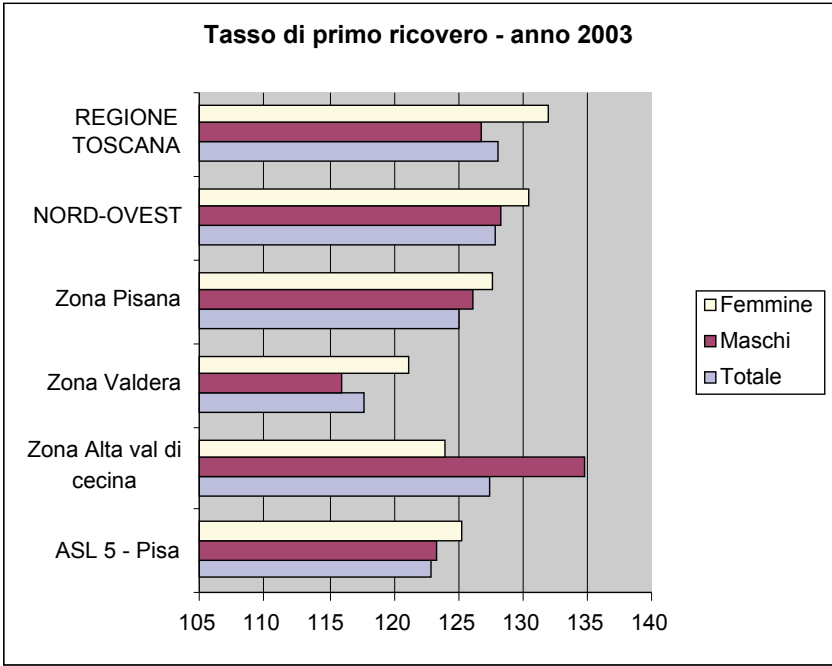
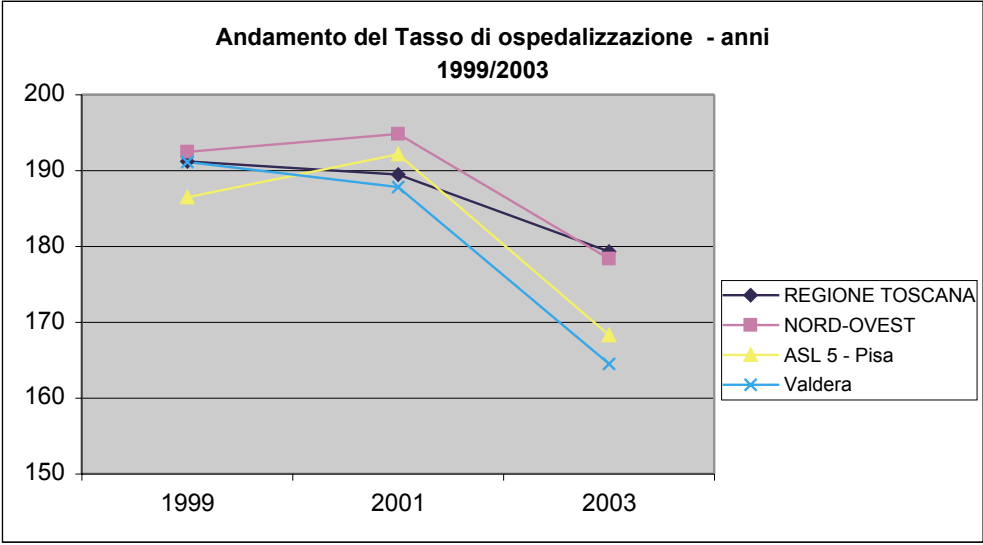
Tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo in donne tra 15 e 49 anni				
RESIDENZA	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003
ASL 1 - Massa e Carrara	5,07	5,44	4,8	4,73
ASL 2 - Lucca	6,05	5,41	5,54	6,43
ASL 3 - Pistoia	6,72	6,4	6,16	7,05
ASL 4 - Prato	6,92	7,37	6,69	7,6
ASL 5 - Pisa	6,01	5,86	6,02	6,65
ASL 6 - Livorno	6,31	5,47	6,03	5,93
ASL 7 - Siena	5,3	4,95	6,21	4,84
ASL 8 - Arezzo	5,07	4,67	5,55	5,14
ASL 9 - Grosseto	4,54	4,36	4,91	5,65
ASL 10 - Firenze	6,98	6,84	7,26	7,81
ASL 11 - Empoli	5,77	6,69	6,79	7,33
ASL 12 - Viareggio	5,9	5,49	6,09	5,29
REGIONE TOSCANA	6,08	5,91	6,21	6,46

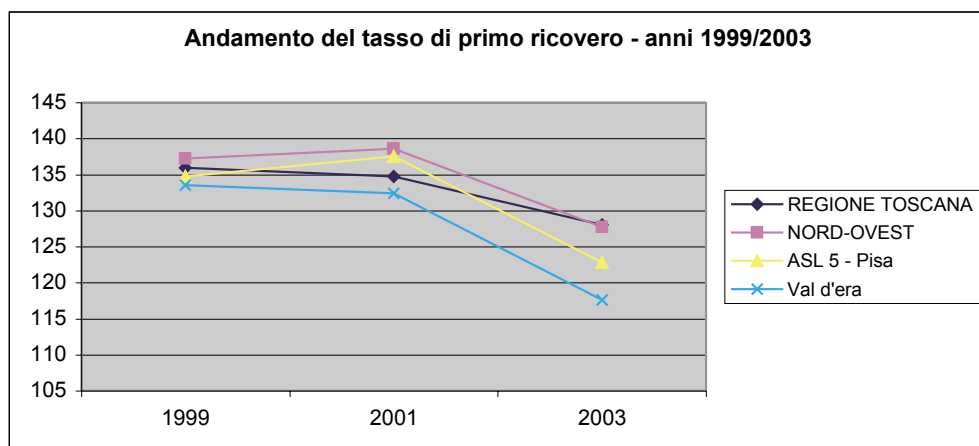
2.4 Utilizzo dell'Ospedale

Il tasso di ospedalizzazione dei presidi ospedalieri aziendali dell'Area Nord Ovest è andato migliorando con un trend significativo passando da un tasso standard di 192,41 del 1999 al 178,36 nel 2003. Là dove ha seguito questo andamento ciò è significativo di una maggior appropriatezza nel ricorso al ricovero ospedaliero e di una miglior presa in carico dei pazienti da parte della medicina generale.

Anche per il primo ricovero l'andamento è positivo. Infatti, il tasso standard sia maschile sia femminile si presenta sotto i livelli regionali (pari rispettivamente a 123,38 contro 126,83 e a 125,27 rispetto a 132,06). La zona Valdera, fra le tre, è sicuramente quella con i migliori tassi. Ciò è significativamente evidente nelle tabelle che mostrano il trend negli anni dal 1999 al 2003.





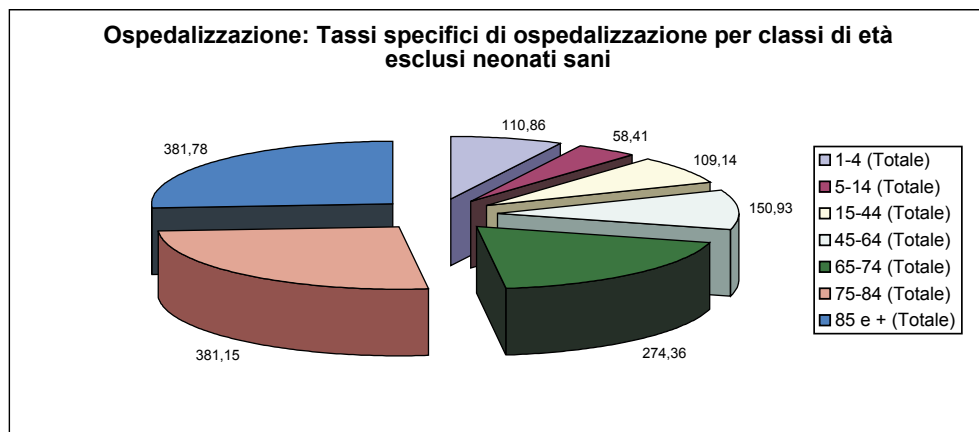


2.4.1 Ospedalizzazione per fasce d'età

I tassi specifici per fasce d'età evidenziano come il tasso diventi significativamente più elevato all'aumentare dell'età; le fasce maggiormente interessate dall'ospedalizzazione sono quelle che vanno dai 65 anni in su, con un picco per gli over 85.

Ciò in coerenza con l'accrescersi della numerosità delle patologie.

Da rilevare tuttavia che i tassi aziendali complessivamente intesi sono assai più bassi rispetto ai tassi regionali per entrambi i sessi.



2.5 Le principali patologie presenti in Valdera

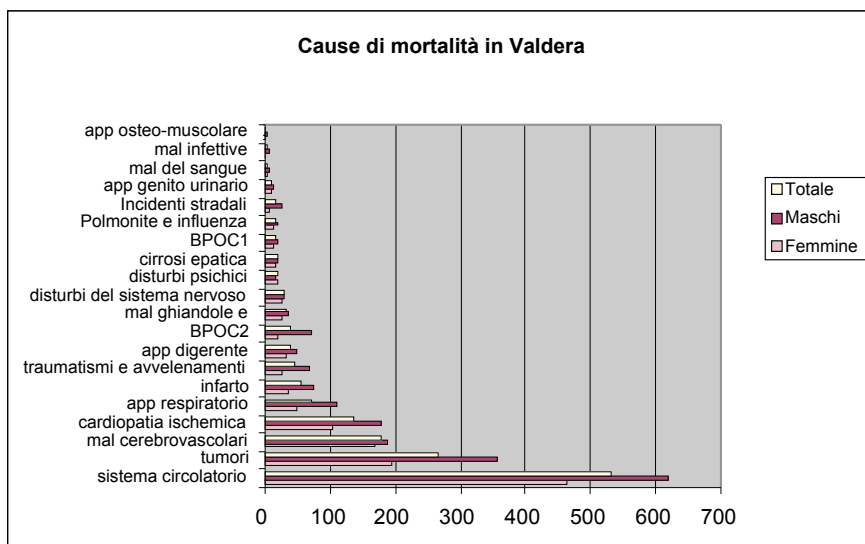
2.5.1 Mortalità e ospedalizzazione secondo le diverse patologie in Valdera

Le maggiori cause di mortalità sono analoghe a quelle riscontrate a livello regionale e nazionale. Il sistema cardiocircolatorio la fa da padrone nei soggetti di entrambi i sessi, seppur con una netta prevalenza nel sesso maschile.

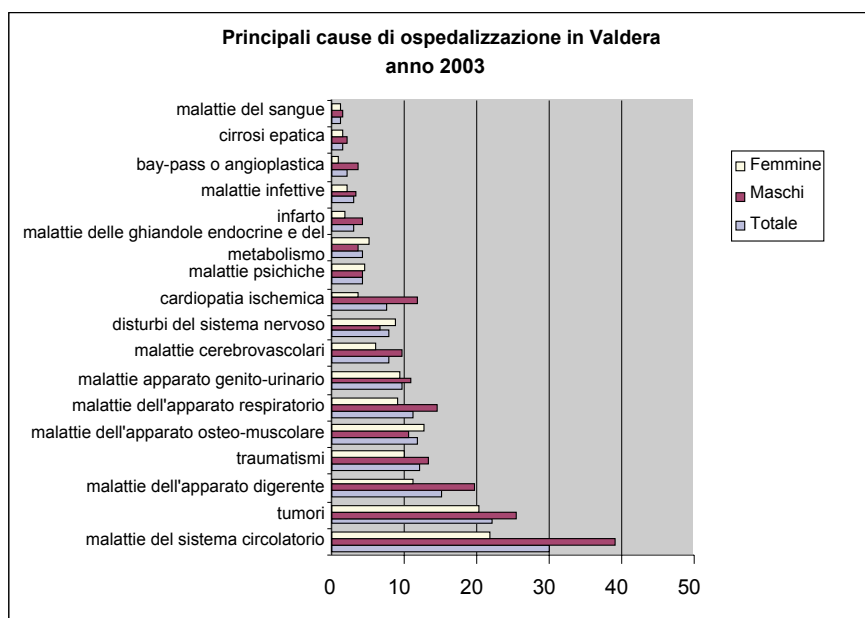
Tale prevalenza si ripete anche nelle altre due maggiori cause di morte: le patologie tumorali e le malattie cerebrovascolari. In quest'ultimo caso (malattie cerebrovascolari) tuttavia, le differenze fra i due sessi divengono pressoché insignificanti.

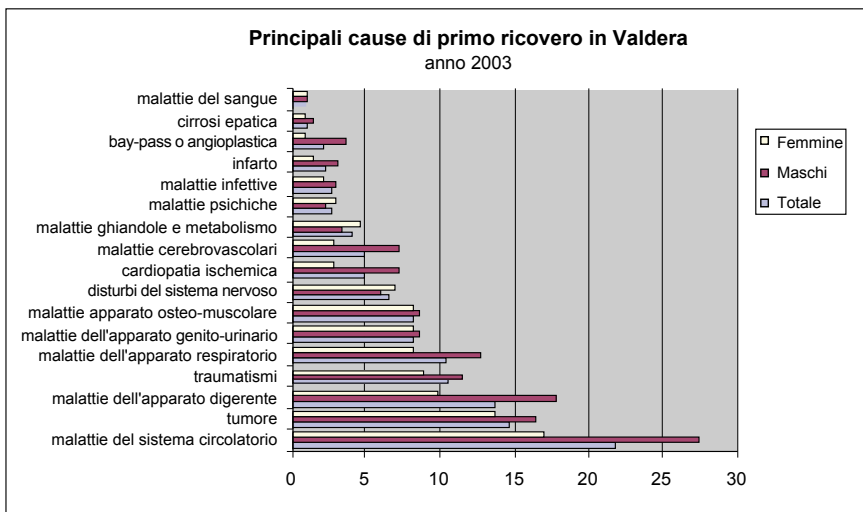
Da non sottovalutare anche il netto divario esistente per le morti attribuite a patologie dell'apparato respiratorio nell'uomo che sono il doppio rispetto alle donne.

La mortalità per incidenti stradali appare molto elevata: a livello regionale la ASL 5 è infatti al secondo posto dopo la ASL 12 – Viareggio per quanto attiene alla popolazione di sesso maschile. La mortalità per incidenti stradali relativa alla popolazione di sesso femminile rientra invece nei parametri medi. Un dato utile sarebbe anche la valutazione dell'età dei soggetti deceduti per incidenti stradali; infatti, tale informazione ci consentirebbe di vedere come, molto probabilmente, l'età media degli stessi sia molto bassa, essendo coinvolti nella maggioranza dei casi persone in età giovanile.



Le maggiori patologie come causa di primo ricovero in Valdera sono in ordine: malattie del sistema circolatorio, tumori, malattie dell'apparato digerente, traumatismi e malattie dell'apparato respiratorio. Il sesso con maggior numero di ricoveri per le suddette patologie e per le altre in generale è quello maschile: unica eccezione le patologie del sistema nervoso e del metabolismo.

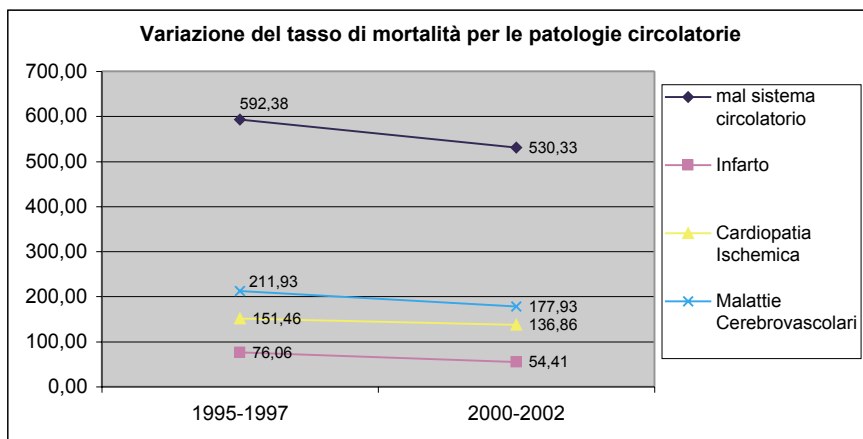




2.5.2 Malattie dell'apparato circolatorio

L'esame del tasso di mortalità per patologie circolatorie in Valdera mette in evidenza un costante decremento del valore nei periodi esaminati (rispettivamente 1995-1997 e 2000-2002). I grafici correlati permettono di valutare bene questa curva per le diverse patologie prese in considerazione.

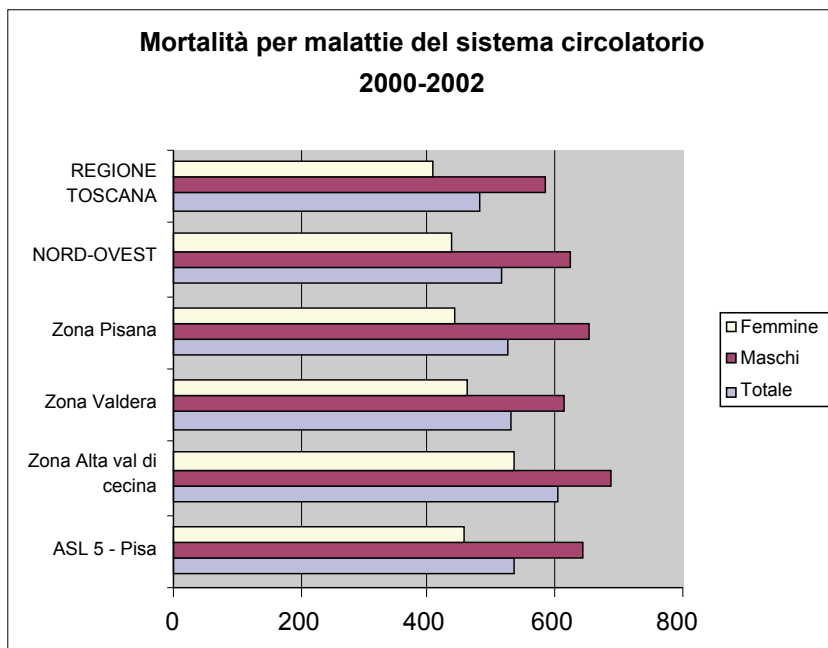
Il fenomeno è sicuramente collegato sia al miglioramento delle cure, che negli ultimi anni ha subito profondi e radicali cambiamenti, sia alla qualità della vita odierna e degli interventi di educazione sanitaria tesi a far conoscere quanto lo "stile di vita" incida sia sulla prevenzione della insorgenza delle patologie cardio-circolatorie sia sulla evoluzione delle stesse.



MORTALITÀ E OSPEDALIZZAZIONE GENERALE

Il dato aziendale relativo alla mortalità per malattie del sistema circolatorio si presenta assai elevato; infatti la ASL 5 è quella che nel periodo considerato presenta per entrambi i sessi il tasso più elevato a livello regionale.

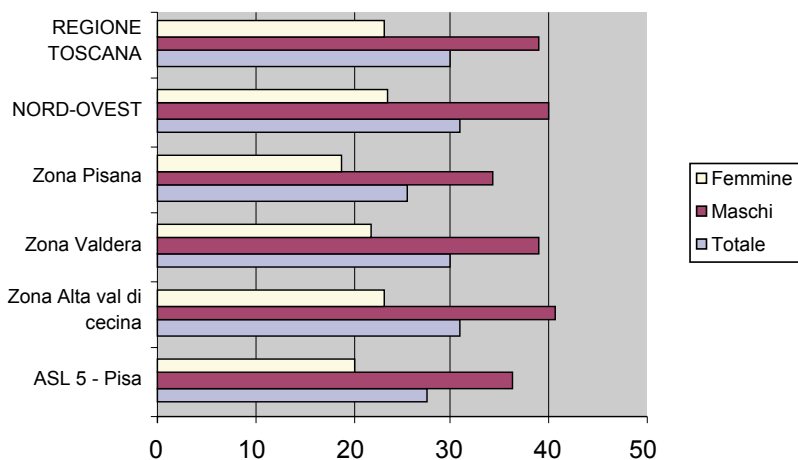
La spalmatura fra le zone mette in evidenza come i valori più alti si registrino per entrambi i sessi nella zona Alta Val di Cecina.



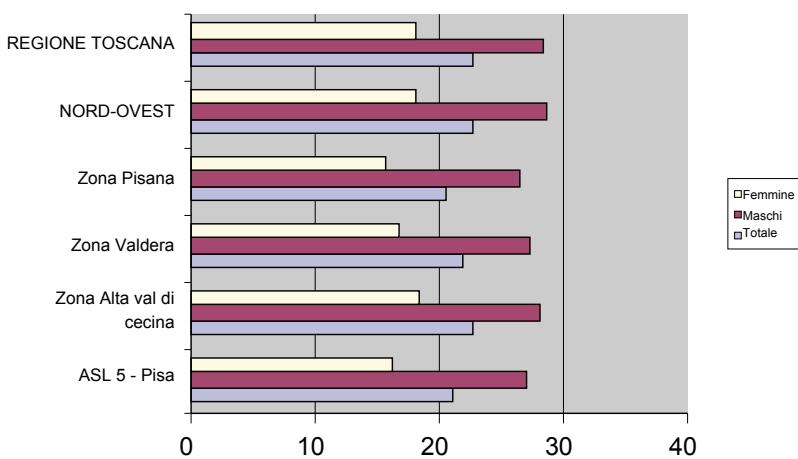
Al contrario della mortalità corre l'ospedalizzazione che nel 2003 mette in evidenza valori nettamente inferiori al tasso regionale sia come primo ricovero sia come ospedalizzazione in generale.

L'esame del dato ripartito fra le zone evidenzia un valore migliore per i cittadini di entrambi i sessi della zona pisana, per il quali il tasso di ospedalizzazione risulta inferiore a quelle delle altre zone.

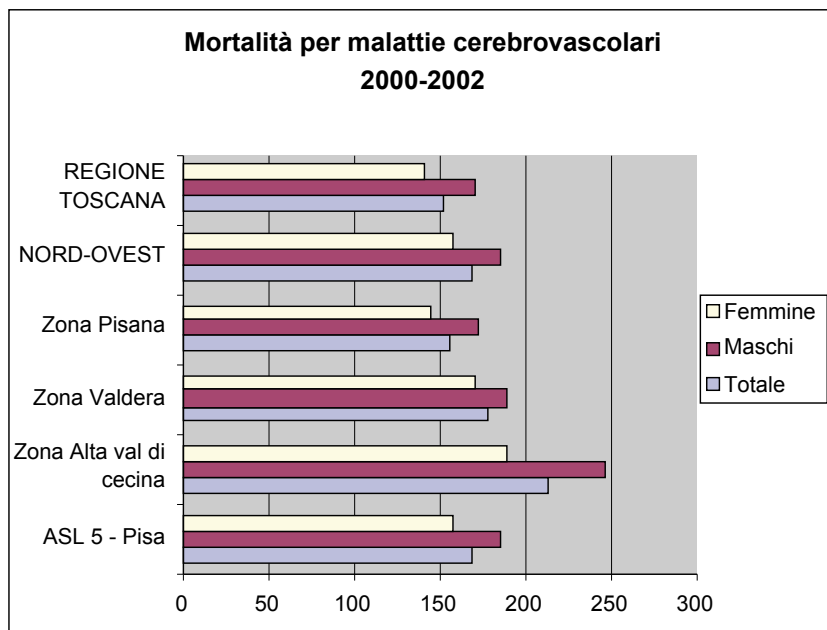
Tasso di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio - anno 2003



Tasso di primo ricovero per malattie del sistema circolatorio - anno 2003



MALATTIE CEREBRO-VASCOLARI



Le malattie cerebro-vascolari sono, come evidenziato in precedenza, tra le principali cause di mortalità in Valdera. I tassi registrati nel triennio 2000-2002 risultano superiori sia al valore regionale che a quello aziendale e si collocano in posizione intermedia tra i dati delle altre due Zone

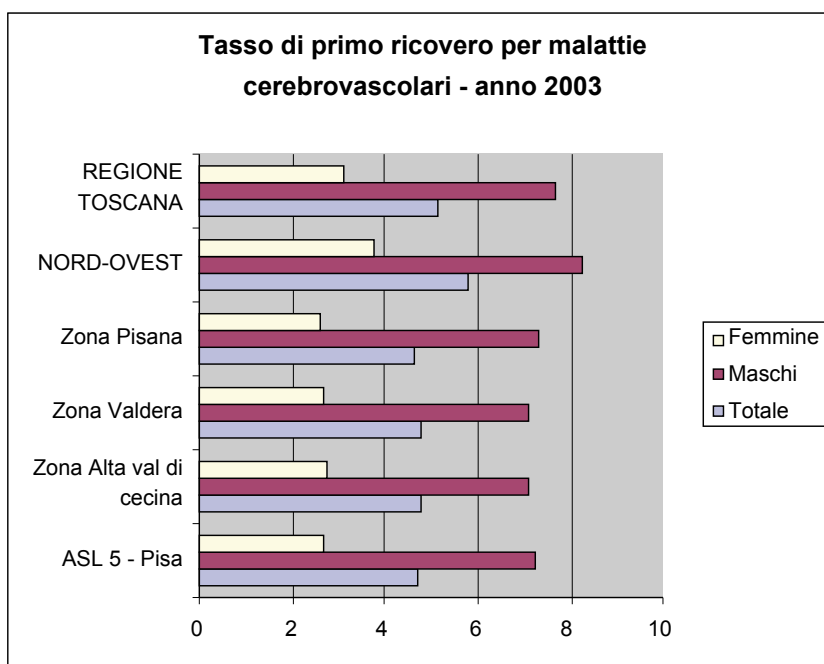
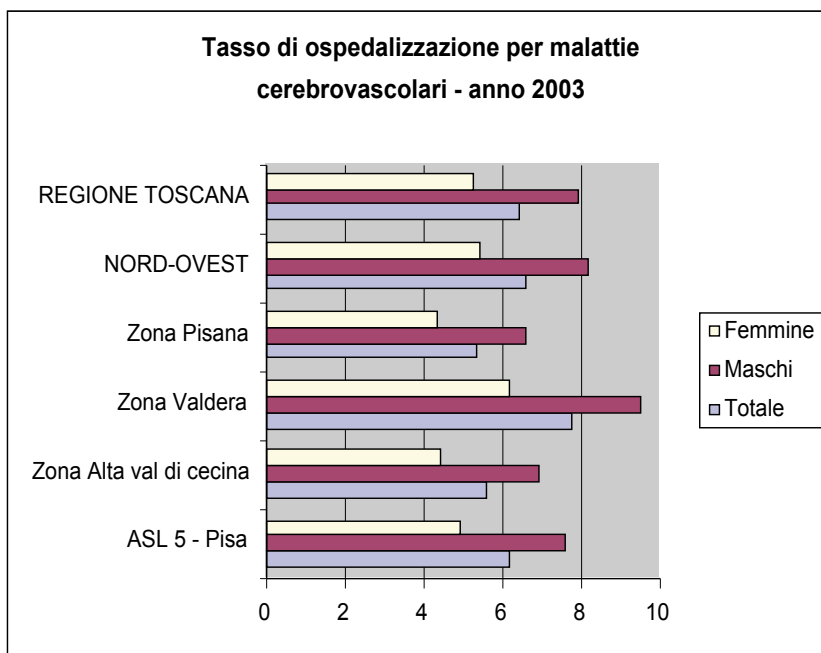
Analizzando i dati relativi al tasso di ospedalizzazione per malattie cerebro-vascolari si possono sintetizzare le seguenti osservazioni.

Sia per il sesso maschile sia per quello femminile la ASL 5 presenta un tasso che risulta essere in linea con quello regionale.

Se andiamo infine ad esaminare i dati a livello aziendale, si rileva che la zona Valdera ha un tasso molto più elevato (sia nelle femmine che nei maschi) rispetto a quello riscontrato nelle altre due zone.

Tale dato fa pensare ad una effettiva maggior prevalenza di tali patologie nella nostra zona.

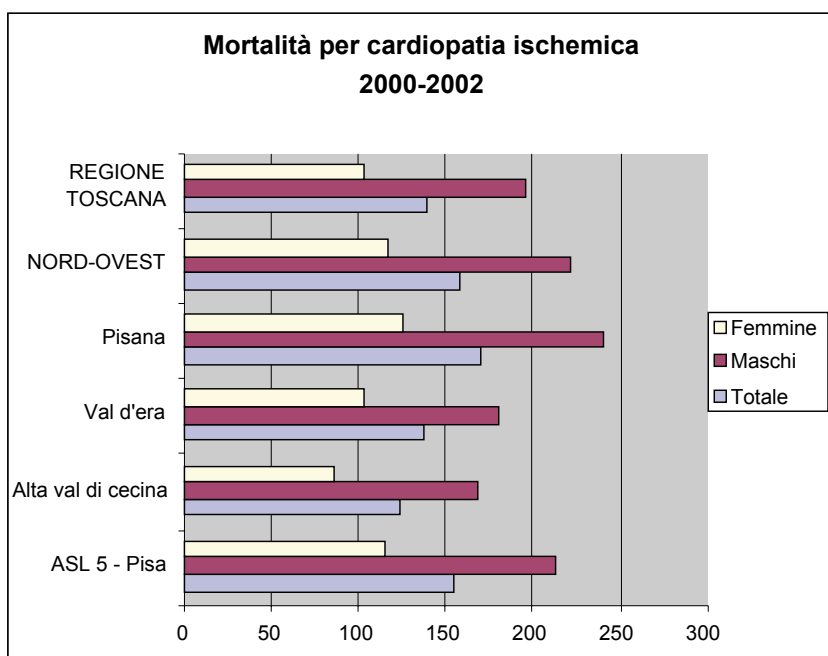
Se esaminiamo il tasso come primo ricovero, il tasso aziendale è lievemente inferiore al tasso standard regionale, con una sostanziale equivalenza fra le tre zone.



CARDIOPATIA ISCHEMICA

L'andamento nel periodo 2000-2002 presenta a livello aziendale valori più elevati rispetto alla media regionale per entrambi i sessi.

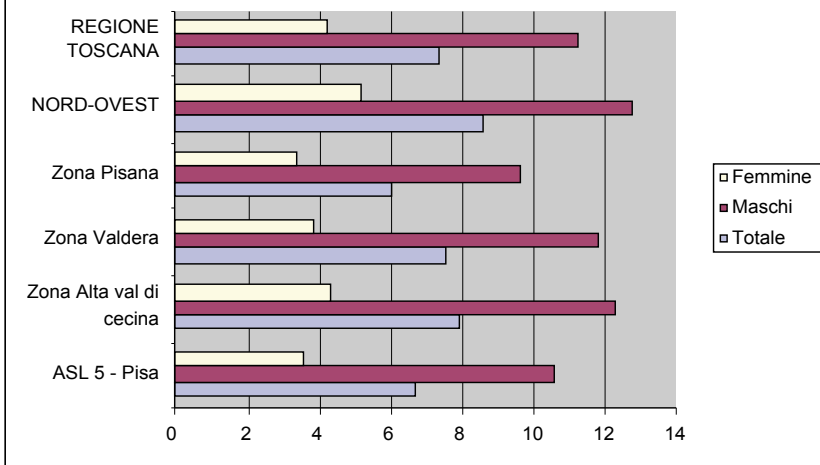
Il dato relativo alle zone colloca la Valdera in posizione intermedia fra le tre. Resta da notare come sempre nei casi di patologie cardio-circolatorie il sesso maschile sia maggiormente colpito rispetto al sesso femminile.



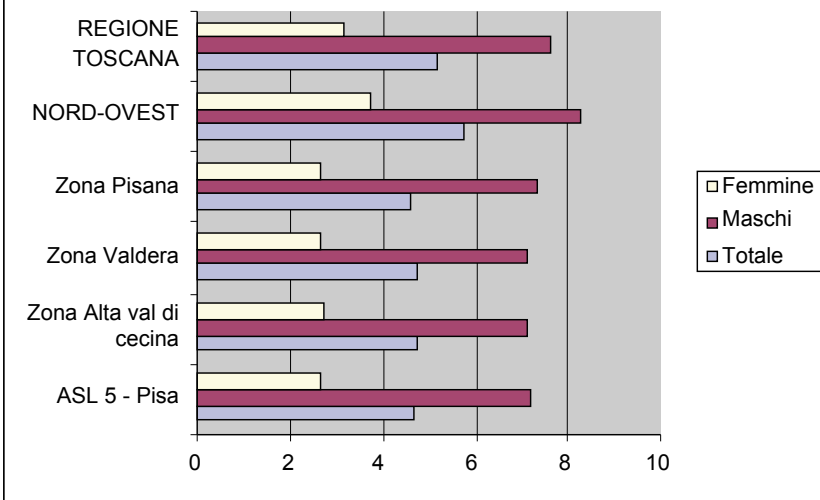
L'ospedalizzazione, sia intesa in maniera complessiva sia come primo ricovero (dato anno 2003), è leggermente inferiore al valore regionale.

Fra le zone nel caso del primo ricovero la zona pisana ha il tasso peggiore per l'uomo ed il migliore per le donne; per quanto riguarda l'ospedalizzazione in generale la zona pisana ha il tasso più basso per entrambi i sessi.

Tasso di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica anno 2003

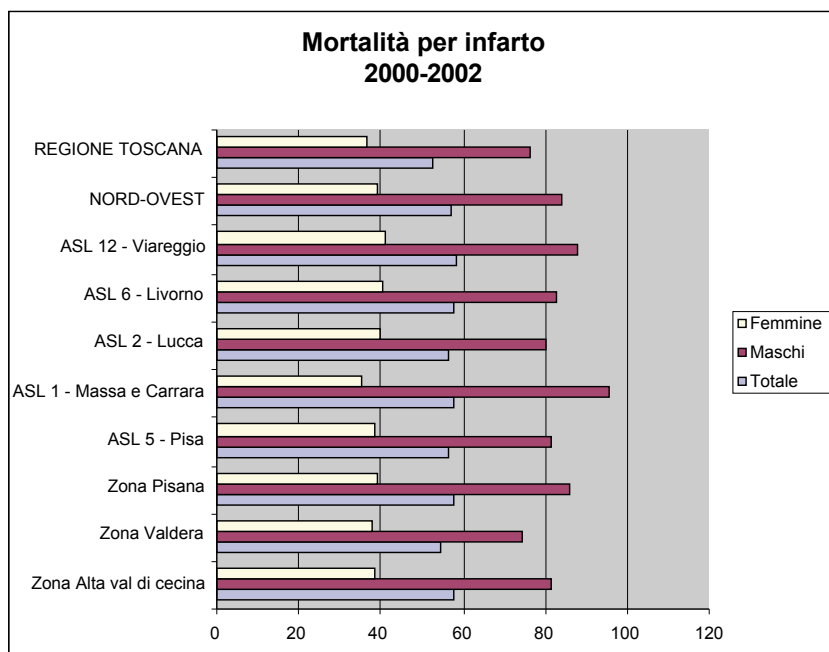


Tasso di primo ricovero per cardiopatia ischemica anno 2003



INFARTO DEL MIOCARDIO

Per la mortalità legata all'infarto del miocardio (dato 2000-2002) la ASL 5 si attesta su valori più elevati rispetto alla media regionale; tali valori invece risultano leggermente più bassi rispetto a quelli delle altre aziende sanitarie dell'Area Vasta Nord Ovest.

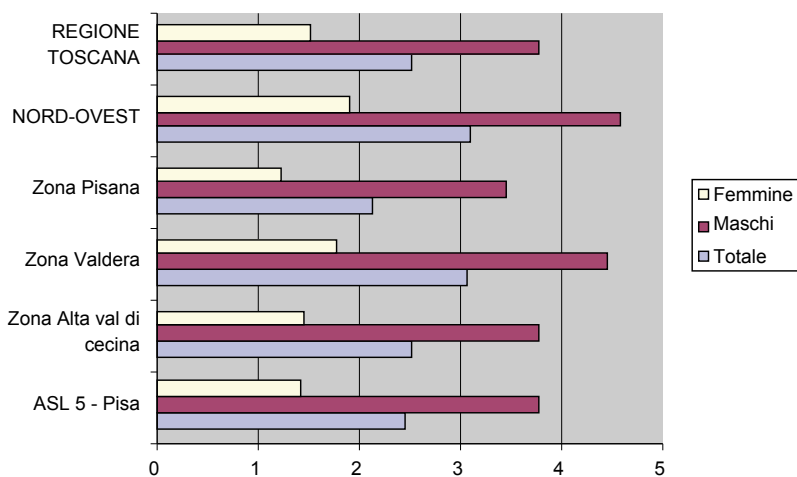


Si evidenzia altresì che il tasso standard di mortalità per infarto è molto più basso nella zona Valdera se raffrontato a quello delle altre due zone. Tale riduzione è più evidente nel sesso maschile, ma comunque significativa anche nel sesso femminile.

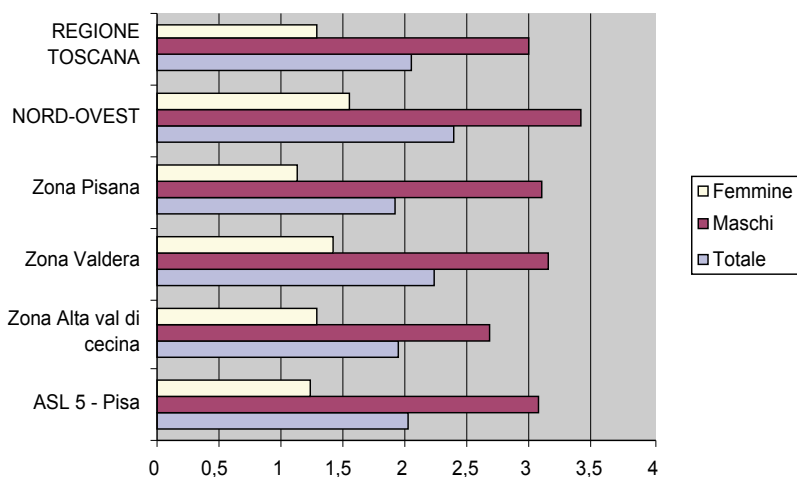
Analizzando il tasso di ospedalizzazione per infarto miocardio (riferito all'anno 2003) si rileva nella ASL 5 un numero di casi di ospedalizzazione per tale patologia in linea con lo standard regionale.

Se prendiamo in esame il dato a livello aziendale, si conferma una incidenza di ricoveri più alta per la Valdera rispetto alle altre due zone per entrambi i sessi.

Tasso di ospedalizzazione per infarto - anno 2003



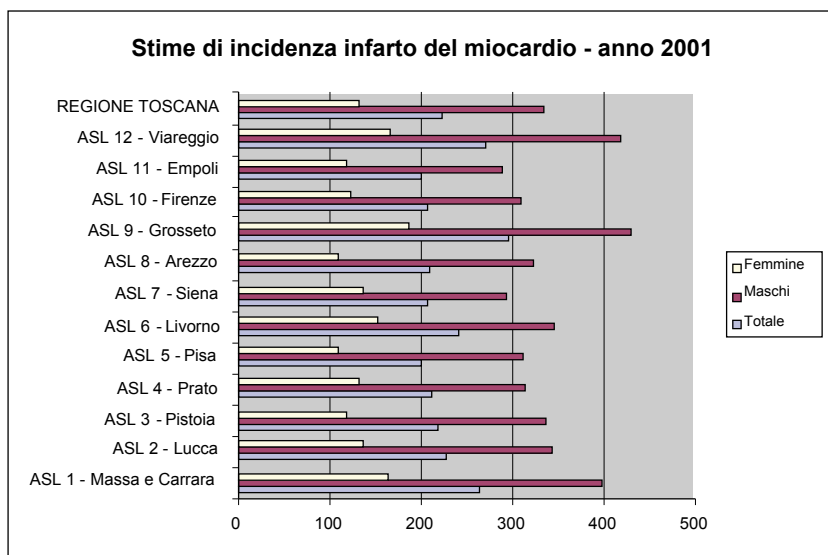
Tasso di primo ricovero per infarto - anno 2003



Il dato relativo all'incidenza dell'infarto è riferito all'anno 2001.

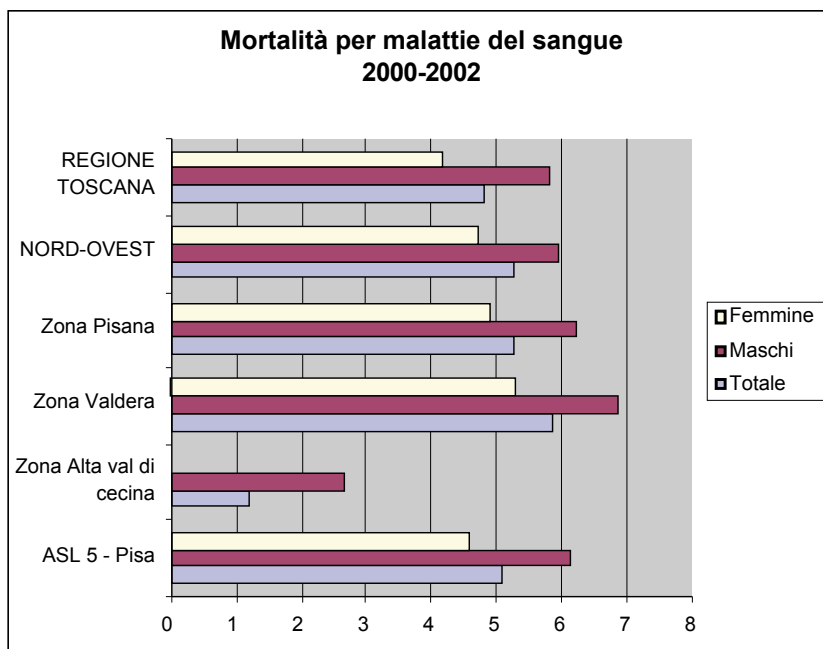
In questo caso abbiamo proceduto all'esame della nostra Asl rispetto all'Area Vasta Nord-ovest ed alla Regione Toscana.

Si rileva una incidenza abbastanza ridotta del tasso della nostra ASL (T.S. 313,2 ♂ e 110 ♀) sia rispetto alle altre aziende dell'Area Vasta sia rispetto al tasso regionale (T.S. R.T. 335,3 ♂ e 135♀); la situazione appare analoga per entrambi i sessi.

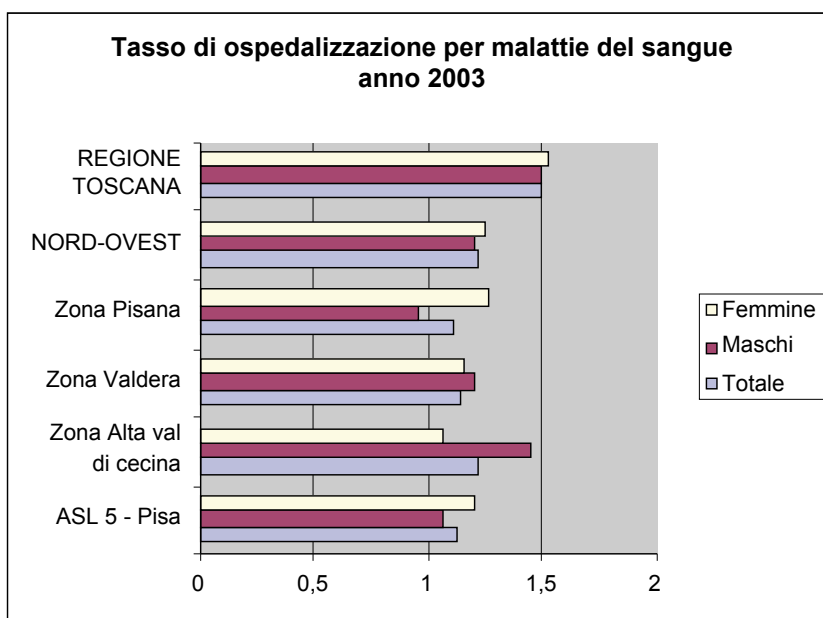


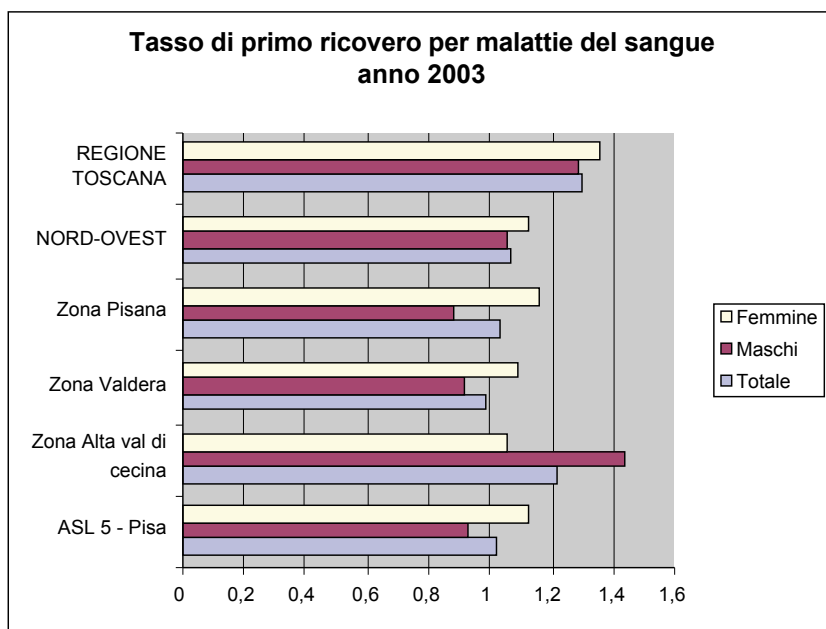
MALATTIE DEL SANGUE

Il tasso standard relativo alla mortalità per malattie del sangue si riferisce all'anno 2000-2002. Il dato aziendale è lievemente più alto rispetto al dato regionale; a livello dell'azienda sanitaria pisana il tasso è più elevato nella zona Valdera rispetto alle altre due. Nella Zona dell'Alta Val di Cecina il tasso per la popolazione femminile è pari a zero non essendosi verificato nessun decesso per questo tipo di patologia nel periodo 2000/2002.



Esaminando il tasso di ospedalizzazione ed il tasso di primo ricovero per malattie del sangue (entrambi riferiti all'anno 2003) non si rilevano differenze significative all'interno dell'azienda fra le tre zone.





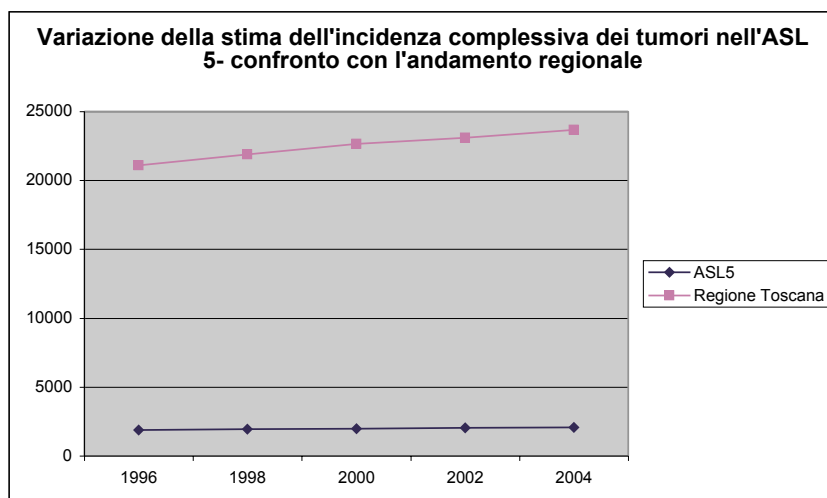
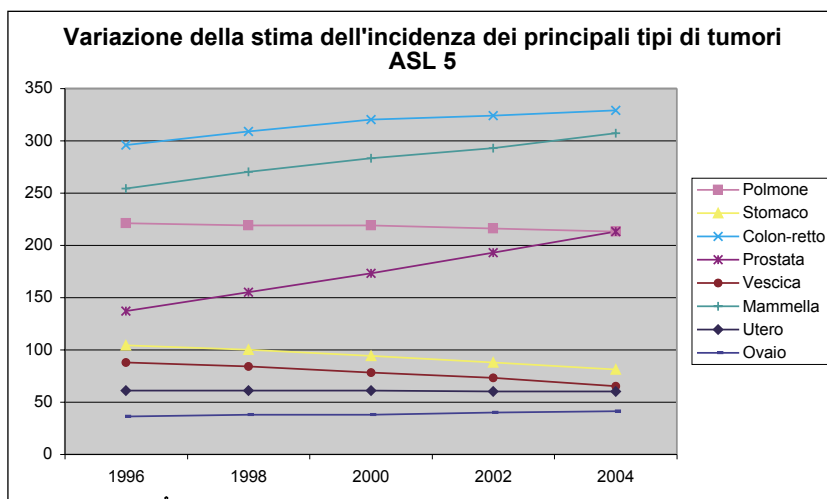
2.5.3 Tumori

La visione dei dati di incidenza delle varie patologie tumorali consente di evidenziare che vi è stato un loro incremento sostanziale essendo passate da 1861 nel 1996 a 2074 nel 2004. Tuttavia è opportuno mettere in evidenza che il dato di incidenza rilevato nella nostra azienda sanitaria è di fatto inferiore a quello registrato a livello regionale.

Per quanto attiene poi alle diverse patologie va chiarito che il tumore della mammella, del colon-retto e della prostata sono quelli per i quali si è registrato un incremento, mentre una sostanziale stabilità si rileva per il tumore dell'utero, delle ovaie e del polmone.

Il tumore dello stomaco e della vescica hanno mostrato invece un calo numerico.

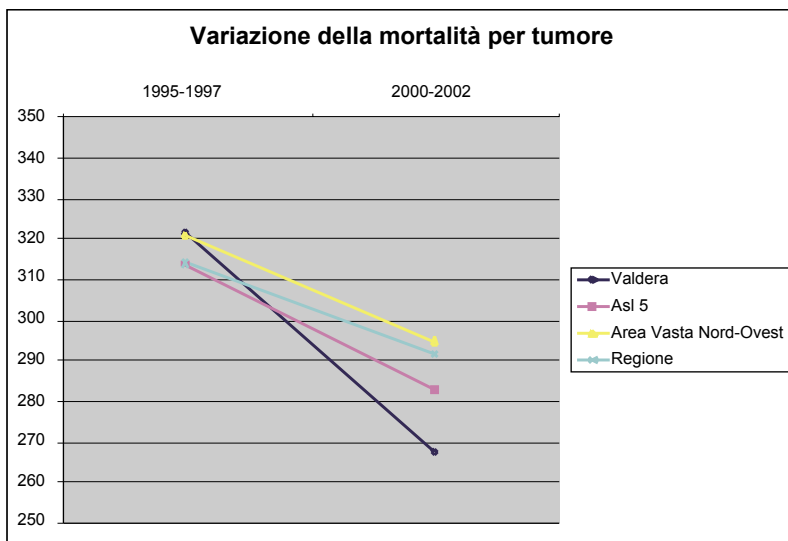
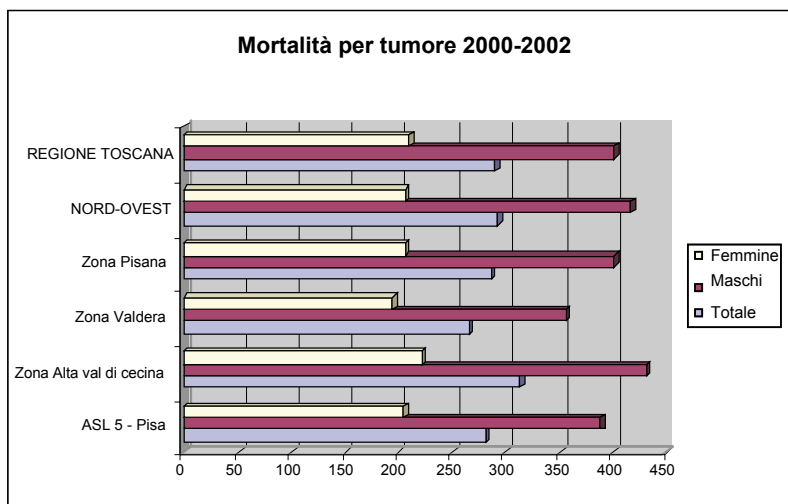
La prevalenza studiata su 5 anni ricalca l'andamento dell'incidenza sia come numeri globali sia come numeri di specifica patologia tumorale.



MORTALITÀ ED OSPEDALIZZAZIONE GENERALE

La tipologia di tumore maggiormente frequente come causa di mortalità nella popolazione della Valdera (dati periodo 2000/2002) è quella legata al tumore dello stomaco, seguito in ordine decrescente dal k polmonare, dal tumore del colon-retto e della mammella.

Per tutte le patologie tumorali il tasso standard rilevato nella Valdera è inferiore a quello regionale con l'unica eccezione della prostata che ha numeri leggermente superiori.

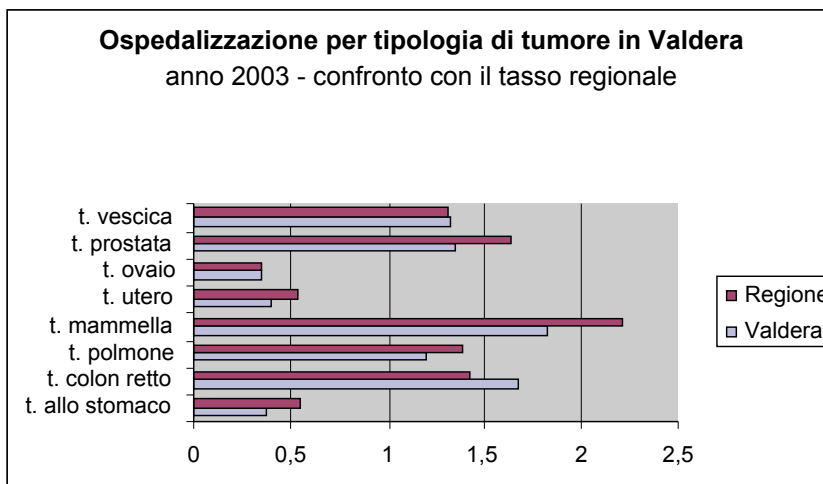
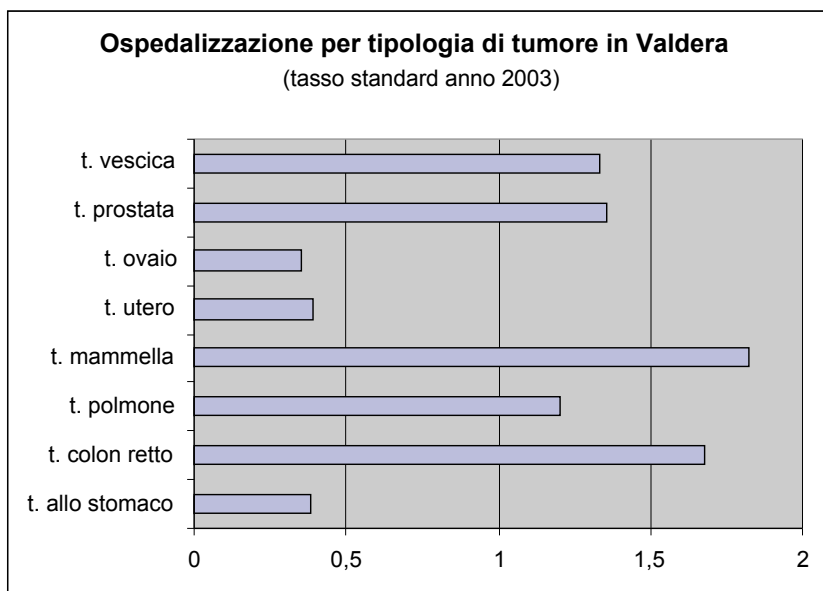


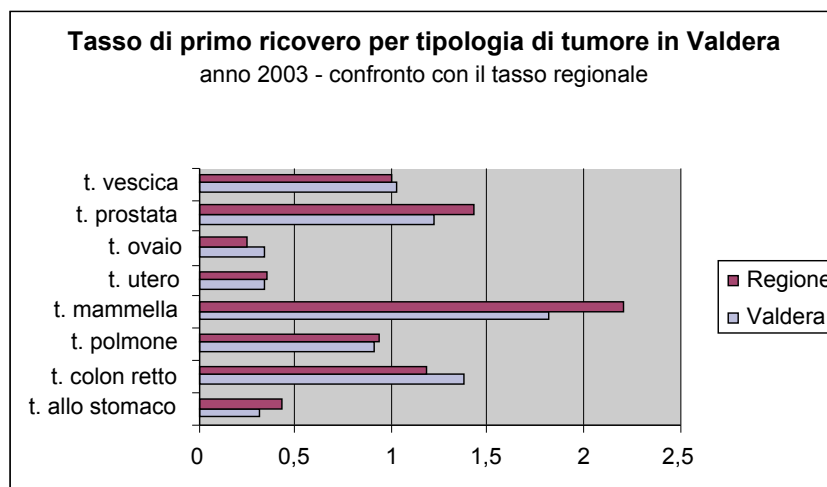
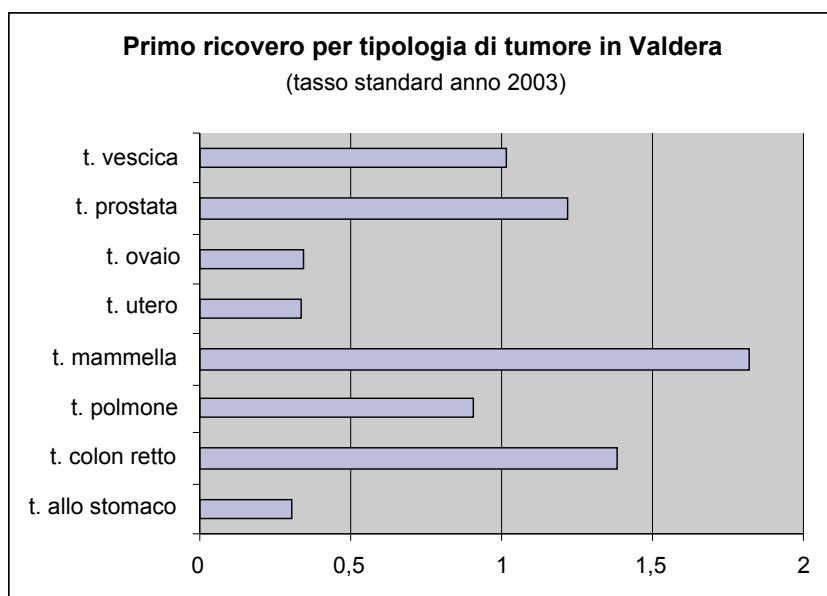
Mortalità per tipologia di tumori in Valdera anni 2000-2002

Tipologia tumore	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard	Numero decessi	Tasso grezzo	Tasso standard
	(Maschi)	(Maschi)	(Maschi)	(Femm.)	(Femm.)	(Femm.)	(Tot.)	(Tot.)	(Tot.)
VALDERA									
t. stomaco	469	304,49	357,42	347	213,65	196,13	816	257,86	267,17
t. colon-retto	77	49,99	60,01	60	36,94	33,49	137	43,29	44,88
t. polmone	146	94,79	108,08	32	19,7	19,09	178	56,25	58,53
t. mammella				65	40,02	37,93			
t. utero				18	11,08	10,65			
t. ovaio				17	10,47	9,7			
t. prostata	56	36,36	47,59						
t. vescica	24	15,58	18,85	4	2,46	2,18	28	8,85	9,14
REGIONE TOSCANA									
t. stomaco	17815	349,58	403,6	13524	246,56	212,12	31339	296,18	291,5
t. colon-retto	2555	50,14	59,57	2325	42,39	35,48	4880	46,12	45,24
t. polmone	5328	104,55	117,96	1273	23,21	20,68	6601	62,39	61,63
t. mammella				2228	40,62	36,45			
t. utero				590	10,76	9,41			
t. ovaio				686	12,51	11,22			
t. prostata	1625	31,89	41,21						
t. vescica	1003	19,68	23,75	271	4,94	4,02	1274	12,04	11,79

La patologia per la quale i cittadini della Valdera si ricoverano più frequentemente è la patologia tumorale della mammella, seguita dal colon-retto, dalla prostata, dalla vescica e dal polmone. Nel raffronto con i dati regionali è il tumore del colon retto che presenta un tasso di ospedalizzazione superiore a quello regionale, mentre tutti gli altri parametri risultano inferiori.

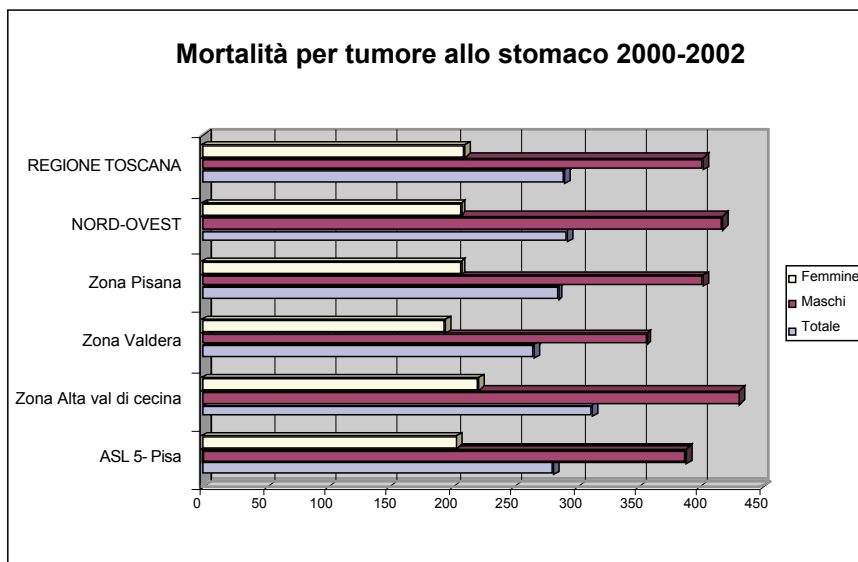
Per quanto attiene alla valutazione delle diverse patologie solo il tumore della mammella presenta parametri sovrapponibili fra ospedalizzazione generale e primo ricovero, invece tutte le altre patologie tumorali presentano tassi inferiori come primo ricovero rispetto al dato di ospedalizzazione generale.





TUMORE ALLO STOMACO

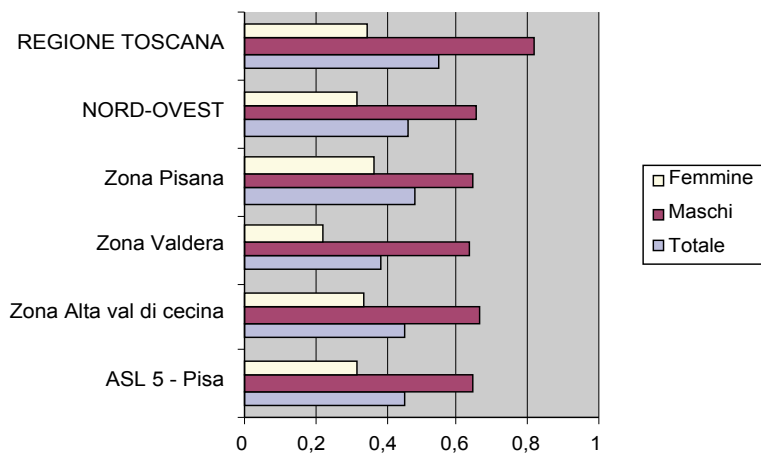
La mortalità per questa patologia in Valdera risulta inferiore a quella regionale; fra i due sessi il più colpito è quello maschile. Nell'ambito della ASL 5, la zona Valdera risulta avere la mortalità più bassa per entrambi i sessi mentre la zona AVC la più alta.



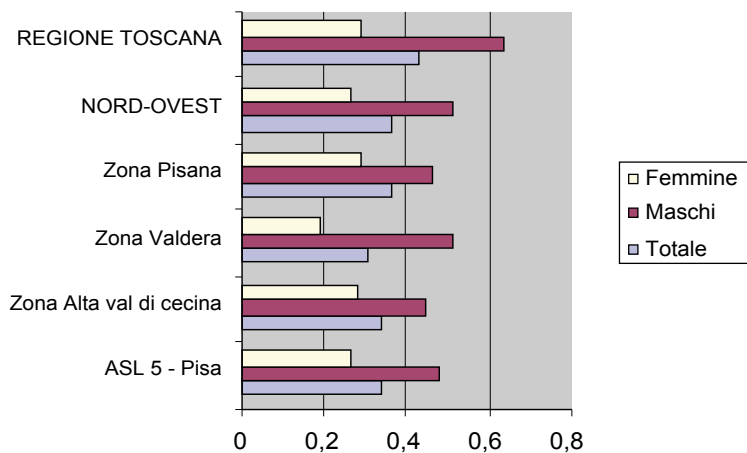
Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, il tasso standard relativo al primo ricovero è il migliore a livello regionale (0,34); fra i due sessi quello maschile è quello con maggior ricoveri.

L'ospedalizzazione generale ricalca il dato del primo ricovero, ma senza differenze significative tra i due sessi.

Tasso di ospedalizzazione per tumore allo stomaco anno 2003



Tasso di primo ricovero per tumore allo stomaco anno 2003



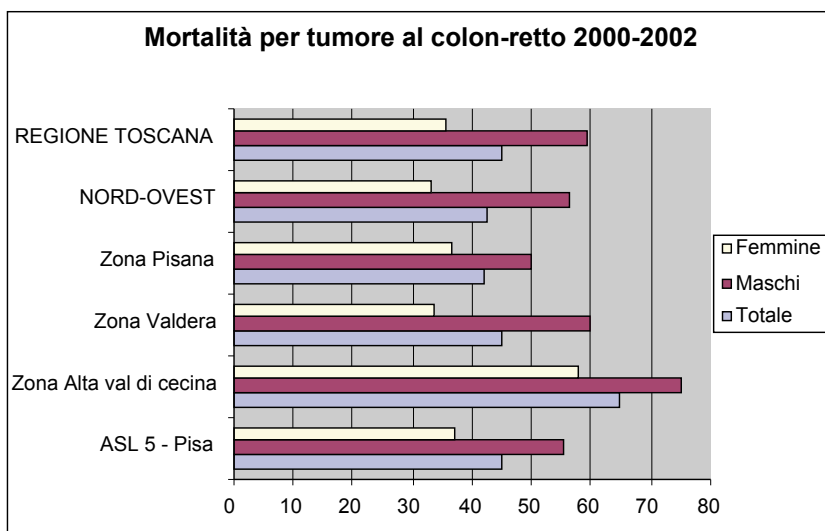
TUMORE DEL COLON RETTO

Il tasso di mortalità standard (2000-2002) del colon-retto è inferiore, globalmente parlando, a quello regionale; fra i due sessi quello maggiormente colpito da questo tipo di patologia è il sesso maschile.

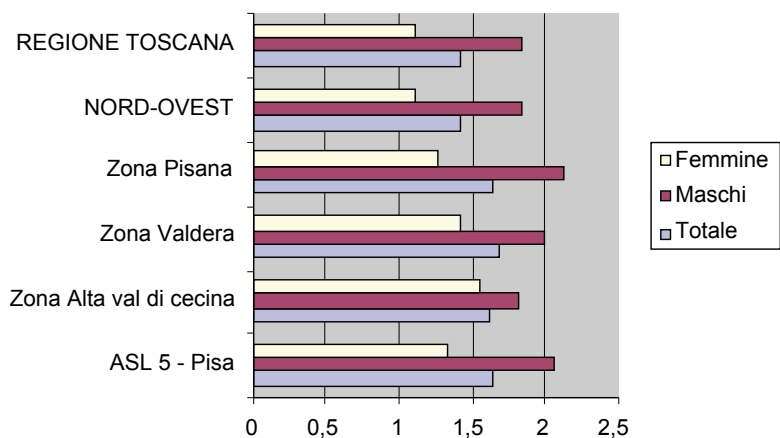
Fra le tre zone della ASL 5, la Zona AVC presenta i dati più sconcertanti.

L'ospedalizzazione generale (dato anno 2003) è superiore al tasso regionale (1,65 rispetto ad 1,42) ed elevata in entrambi i sessi.

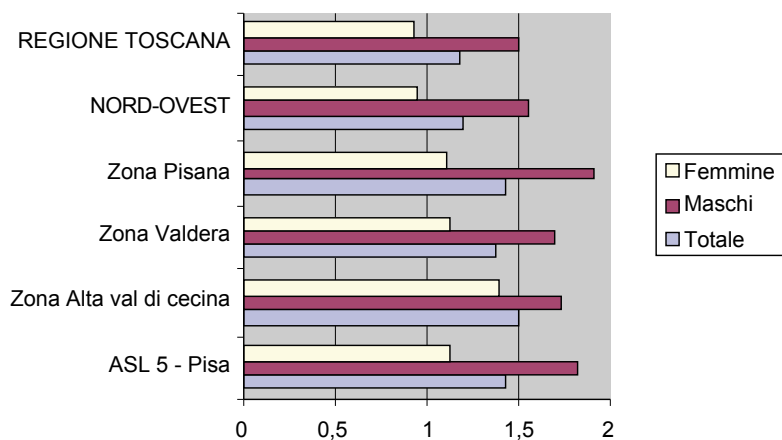
Il primo ricovero si presenta numericamente superiore al dato regionale sia come totale sia nella ripartizione fra i due sessi.



Tasso di ospedalizzazione per tumore al colon retto in Valdera anno 2003



Tasso di primo ricovero per tumore al colon retto in Valdera - anno 2003



LA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO

L'A.U.S.L. 5 è una delle sei Aziende Sanitarie della Regione Toscana nelle quali è attivo un programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.

Come si ricava dai dati della Relazione sanitaria, nel 2004 è stata avviata la seconda fase di screening nelle Zone Alta Val di Cecina e Pisana ed in una parte dei Comuni della Zona Valdera, dato che in sei Comuni di quest'ultima Zona la seconda fase era già stata conclusa nel 2003.

Lo screening per i tumori del colon-retto rappresenta il programma numericamente più consistente, con una popolazione bersaglio annuale (residenti di età tra i 50 e i 70 anni, sia maschi che femmine) pari per l'intera ASL ad oltre 43.000 persone e per la Zona Valdera a 13.946 unità.

Nel corso del 2004 sono stati invitati 28.291 utenti dell'intera ASL 5, di età compresa tra i 50 ed i 70 anni. Benché si tratti in assoluto di un numero molto elevato di inviti, esso costituisce il 65,57 % della popolazione bersaglio annuale.

Nella Zona Valdera sono stati invitati anche tutti gli utenti che al round precedente non avevano aderito all'invito per un totale di 16.597 utenti ed un'estensione del programma del 119, 01 %.

A livello di ASL 5 il dato relativo all'adesione all'invito è stato pari al 61,06 % contro il 51,65% del 2003. L'adesione più elevata si riscontra nella Zona Pisana (67,41%) dove sono stati invitati in prevalenza cittadini che avevano già partecipato allo screening nella prima fase; nella Zona Valdera la percentuale di adesione è stata comunque alta, risultando pari a 58,28.

Complessivamente il 4,63 % dei test di screening è risultato positivo.

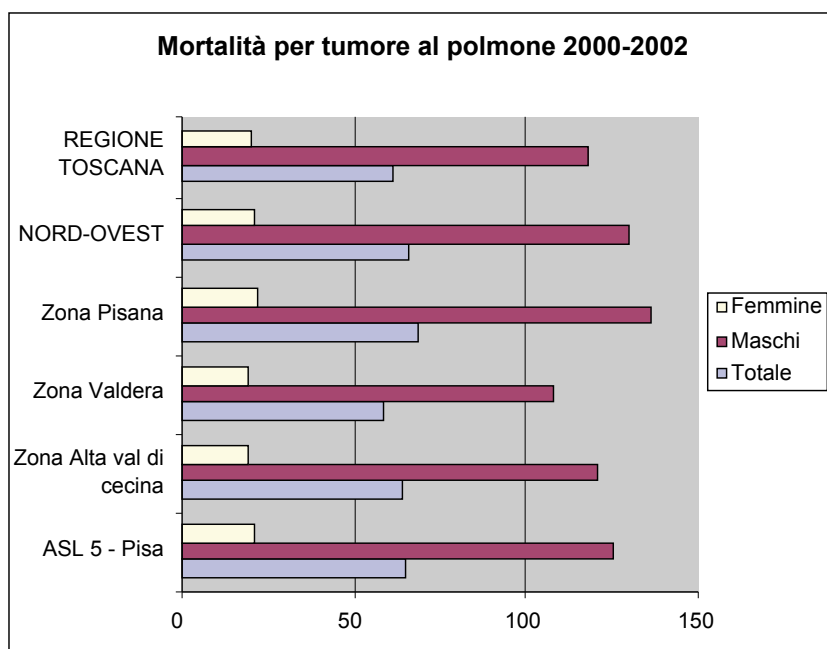
Ad oggi sono disponibili i dati definitivi del programma di screening relativi all'anno 2003: su 20.383 soggetti sottoposti a screening sono stati diagnosticati 33 casi di carcinoma colonrettale, 140 casi con adenomi ad alto rischio e 40 casi con adenomi a basso rischio, tutti in soggetti asintomatici.

Screening per il tumore del colon retto – Anno 2004				
	Zona Alta Val di Cecina	Zona Valdera	Zona Pisana	U.S.L. 5
Popolazione target annuale	3.174	13.946	26.026	43.146
N° inviti	3.576	16.597	8.118	28.291
Estensione del programma	112,67 %	119,01 %	31,19 %	65,57 %
Adesione all'invito	59,99 %	58,28%	67,41%	61,06 %

TUMORE AL POLMONE

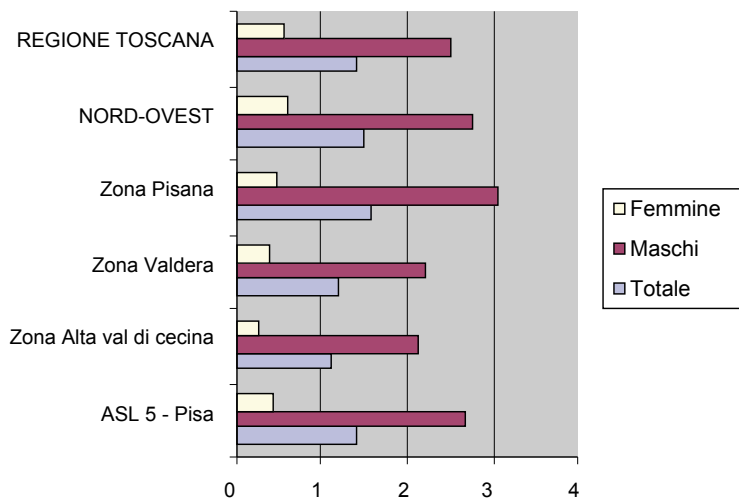
Il tasso di mortalità standard della ASL 5 per il sesso maschile è più alto rispetto al dato regionale (124,95 rispetto a 117,96), mentre per il sesso femminile risulta sostanzialmente equivalente.

Fra le tre zone la zona Valdera presenta i tassi più bassi per la popolazione di sesso maschile e valori sostanzialmente in linea con i dati delle altre zone per la popolazione di sesso femminile.

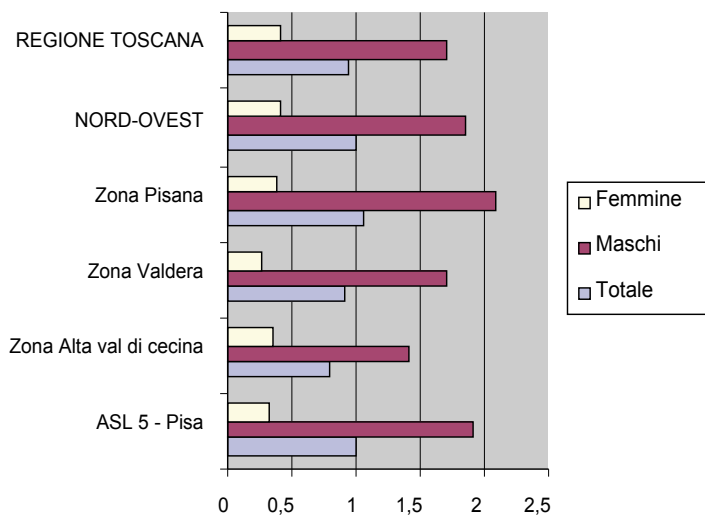


L'ospedalizzazione mostra in Valdera un tasso standard leggermente inferiore rispetto a quello regionale; la spalmatura fra le zone è pressoché simile (anche se con valori leggermente più alti per la zona Pisana) se rapportata alla popolazione sia come primo ricovero sia come ricoveri in generale.

Tasso di ospedalizzazione per tumore al polmone in Valdera
anno 2003



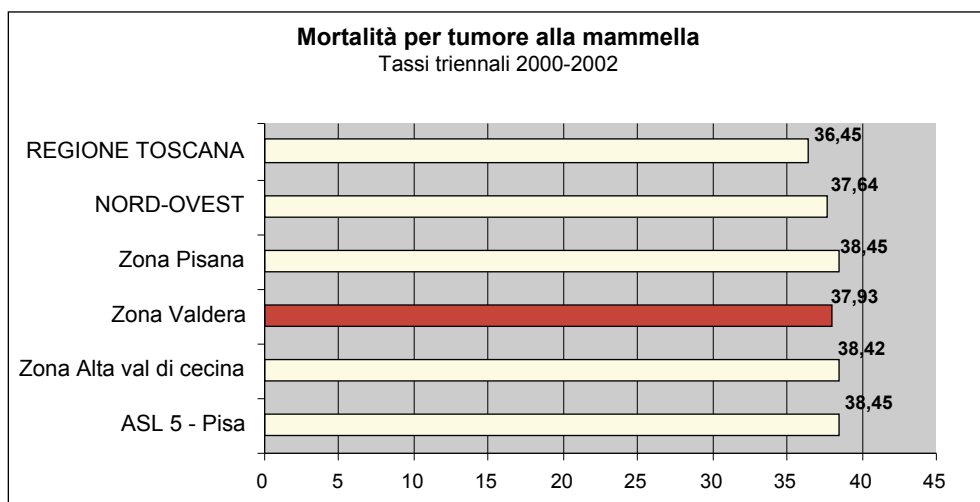
Tasso di primo ricovero per tumore al polmone in Valdera
anno 2003



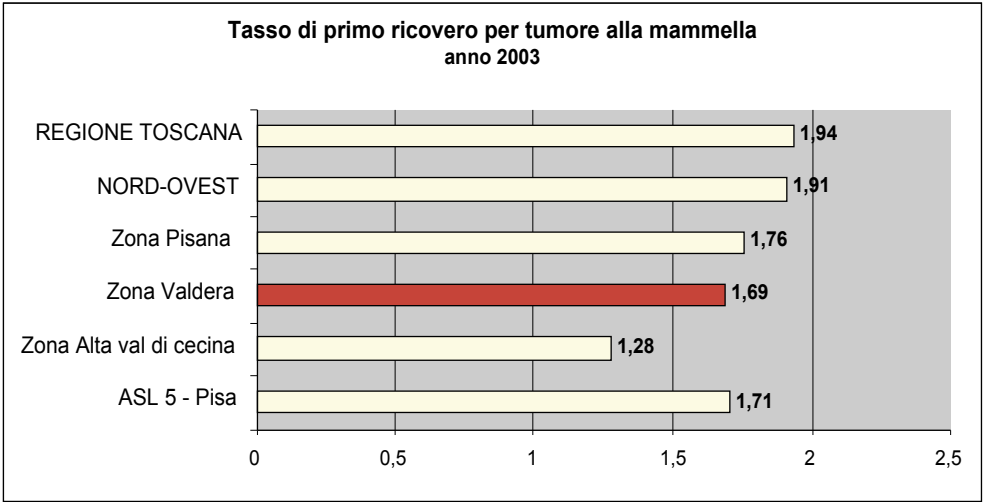
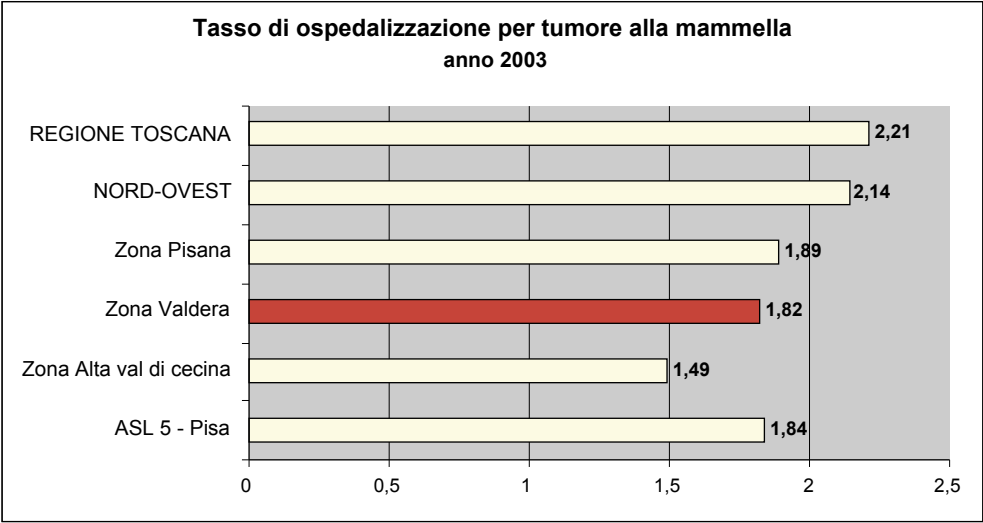
TUMORE ALLA MAMMELLA

Per questa patologia, dal raffronto dei dati, si rileva in Valdera un tasso di mortalità di poco superiore a quello regionale ma inferiore a quelli delle altre due zone della ASL 5. Da notare che se la patologia tumorale della mammella presenta un andamento sempre crescente, gli screening stanno tuttavia permettendo una individuazione sempre più precoce delle lesioni con risvolti positivi soprattutto in termini di mortalità.

Fra le tre zone la Valdera è quella che ha dati maggiormente confortanti.



Analizzando i tassi di ospedalizzazione e primo ricovero si rileva come la Valdera presenti valori inferiori a quelli regionali ed intermedi nell'ambito delle tre zone della ASL 5.



SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA MAMMELLA

Nel 2004 è stata avviata in tutte e tre le Zone della ASL 5 la terza fase di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, rivolta alle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda U.S.L. 5.

Nel corso dell'anno sono state complessivamente invitate ad eseguire una mammografia di screening 21.143 donne (di cui 441 per una mammografia di controllo a distanza di un anno).

L'estensione del programma è ulteriormente cresciuta rispetto agli anni precedenti, raggiungendo il 97,55 % della popolazione bersaglio annuale.

Sono state invitate sia le donne che avevano già aderito all'invito nei round precedenti, sia le donne che non avevano partecipato in precedenza perché non avevano accettato di fare un controllo mammografico o perché lo avevano effettuato privatamente.

L'adesione all'invito nella ASL 5 è stata complessivamente pari al 60,87 %.

Screening per il tumore della mammella – Anno 2004				
	Zona Alta Val di Cecina	Zona Valdera	Zona Pisana	U.S.L. 5
Popolazione target annuale	1.521	6.729	12.973	21.223
N° inviti	1.436	6.834	12.432	20.702
Estensione del programma	94,41 %	101,56 %	95,83 %	97,55 %
Adesione all'invito	66,04 %	70,25%	54,84%	60,87 %

Tra coloro che hanno effettuato la mammografia di screening per la prima volta il 6,24 % sono state richiamate ad accertamenti diagnostici di approfondimento; tra coloro che avevano già partecipato ai round precedenti il tasso di richiamo è stato del 4,57 %.

Delle 571 donne che sono state in totale sottoposte ad approfondimenti diagnostici, 55 hanno ricevuto l'indicazione di intervento chirurgico per tumore.

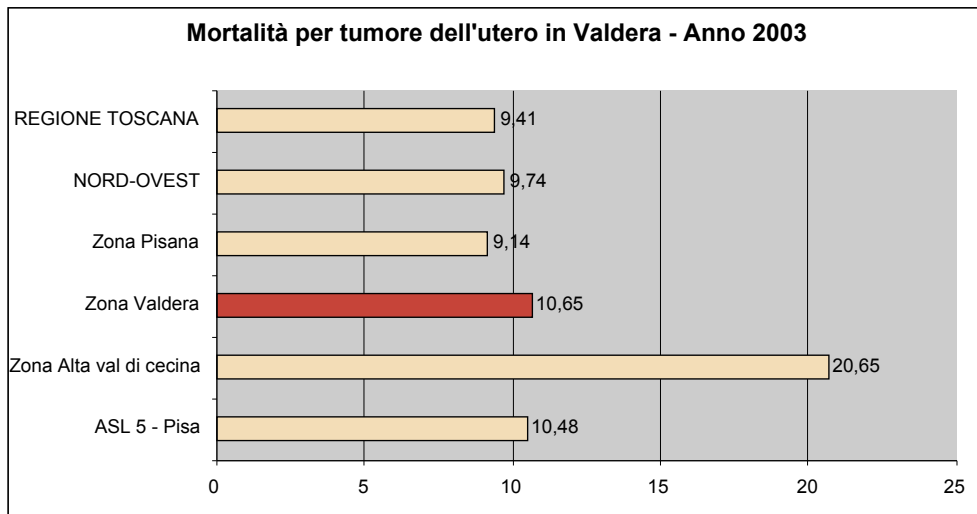
Nel 2003 avevano ricevuto il consiglio di intervento chirurgico 48 donne, di cui 47 sono state operate: dall'esame istologico sono risultati 40 casi di carcinoma invasivo, 4 casi di carcinoma in situ e 2 casi di tumore benigno; in un caso non è nota la diagnosi istologica.

Dai dati relativi all'attività di screening del tumore alla mammella effettuata nella zona Valdera nell'anno 2004 si rileva che su n. 4.429 donne sottoposte a mammografia di screening n. 213 (pari al 4,8%) sono state richiamate per approfondimenti e n. 22 (pari al 0,5%) hanno ricevuto consiglio di intervento chirurgico. Di queste ultime 4 non sono state operate e di 3 manca documentazione.

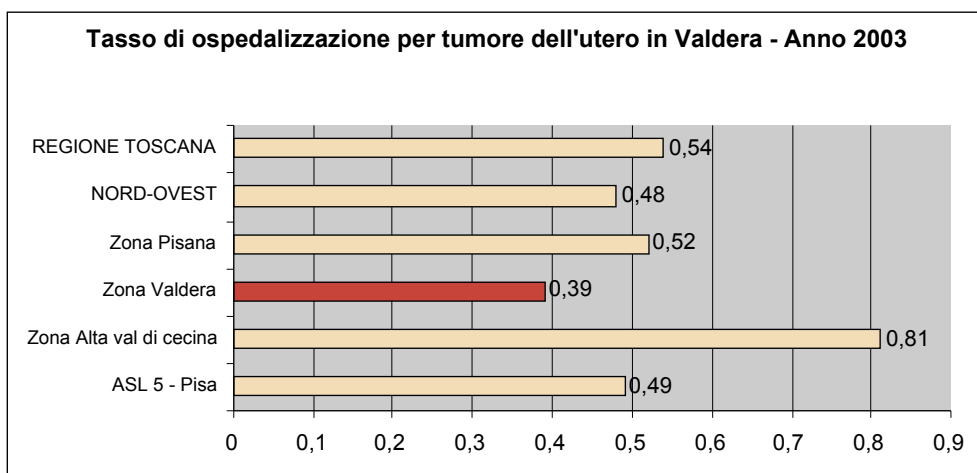
Dall'esame istologico sono risultati 11 casi di carcinoma invasivo, 3 di carcinoma in situ e 1 di tumore benigno.

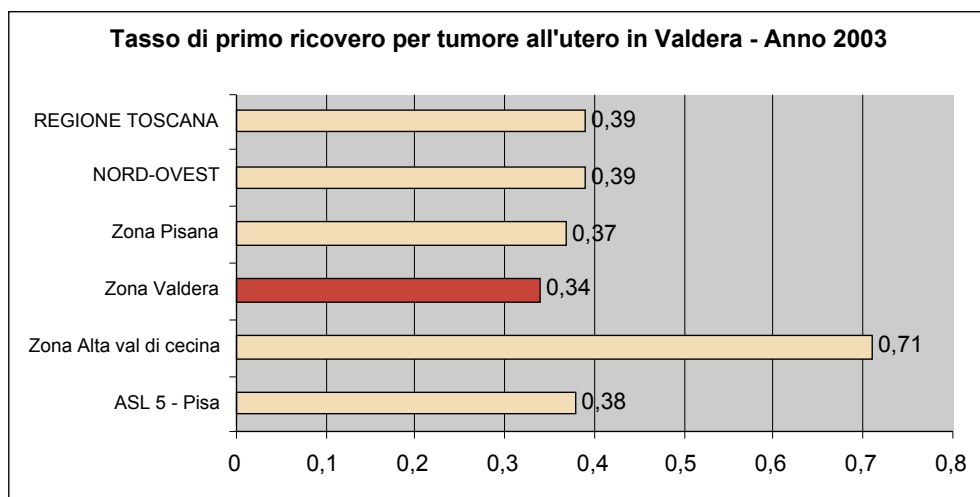
TUMORE ALL'UTERO

La mortalità per tumore dell'utero in Valdera risulta in linea con la media a livello aziendale e leggermente superiore al dato regionale.



Sia il tasso di ospedalizzazione sia quello di primo ricovero risultano inferiori sia al valore regionale sia a quelli delle altre due zone





PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO

Nel 2004 è proseguita in tutte e tre le Zone della A.S.L. 5 la seconda fase dello screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, rivolto a tutte le donne residenti di età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

Nel corso dell'anno sono state invitate complessivamente 28.873 donne, che costituiscono la quasi totalità (97,94 %) della popolazione bersaglio annuale.

Di queste, il 49,96 % ha aderito all'invito sottoponendosi ad un prelievo per il pap test presso il consultorio ginecologico più vicino al domicilio.

In Valdera si è avuta l'adesione più elevata: ha infatti partecipato alla campagna di screening il 61,11 % delle utenti invitate.

Già da alcuni anni l'A.S.L. 5 risulta tra le aziende sanitarie con i dati di adesione allo screening più elevati di tutta la Regione; in Toscana, nel 2003, è stato rilevato un dato medio di adesione pari al 41,3 %.

Di tutte le donne che nel 2004 hanno aderito allo screening, 255 sono state sottoposte ad accertamenti diagnostici di approfondimento.

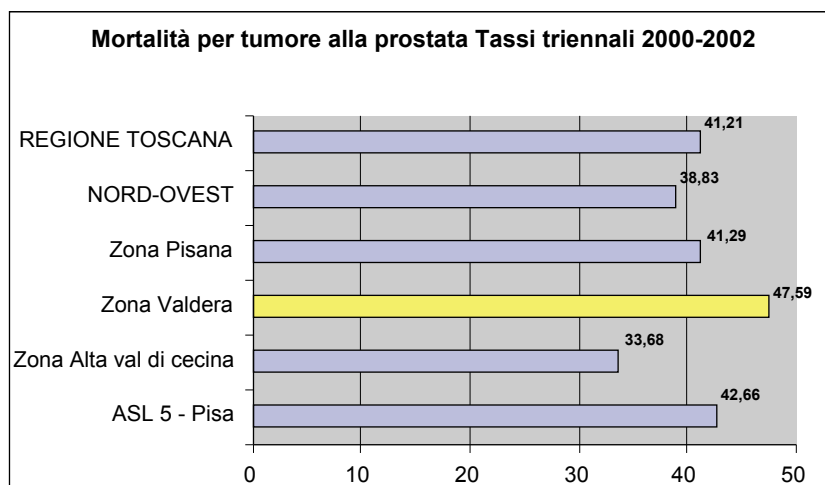
Ad oggi sono disponibili i dati definitivi relativi agli accertamenti di approfondimento effettuati da utenti invitate nel 2003: su 225 donne invitate ad eseguire accertamenti diagnostici di approfondimento (1,9 % di coloro che avevano effettuato il pap test di screening)

10 utenti hanno scelto di effettuare gli accertamenti privatamente mentre le restanti 215 hanno effettuato gli accertamenti presso i centri di riferimento dello screening, situati nei Presidi Ospedalieri di Pontedera e Volterra. Tra queste ultime, sono stati diagnosticati 3 casi con adenocarcinoma in situ, 10 casi con lesioni di alto grado e 17 casi con lesioni di basso grado.

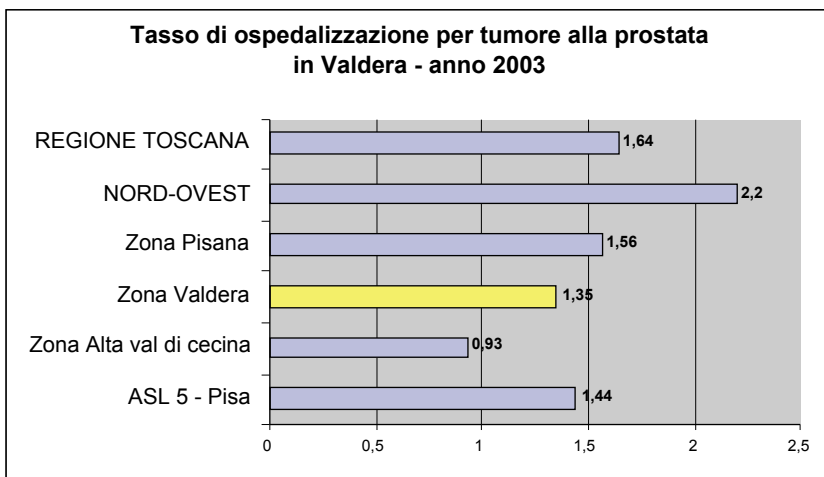
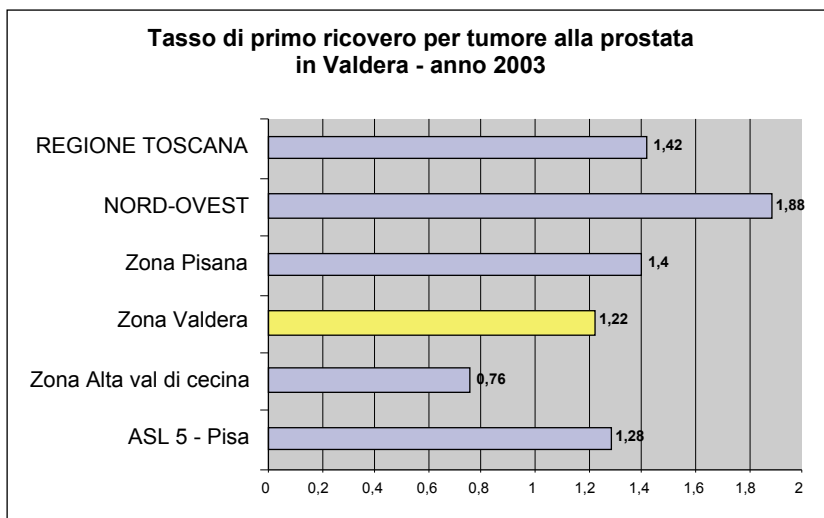
Screening per il tumore del collo dell'utero – Anno 2004				
	Zona Alta Val di Cecina	Zona Valdera	Zona Pisana	U.S.L. 5
Popolazione target annuale	1.916	9.748	17.818	29.480
Inviti	3.367	9.217	16.289	28.873
Estensione del programma	175,73 %	94,55 %	89,8 %	91,42 %
Adesione all'invito	49,92 %	61,11 %	43,52 %	49,96 %

TUMORE ALLA PROSTATA

Il tasso di mortalità per tumore alla prostata in Valdera è lievemente superiore al tasso standard regionale e significativamente più elevato di quelli delle altre due zone.

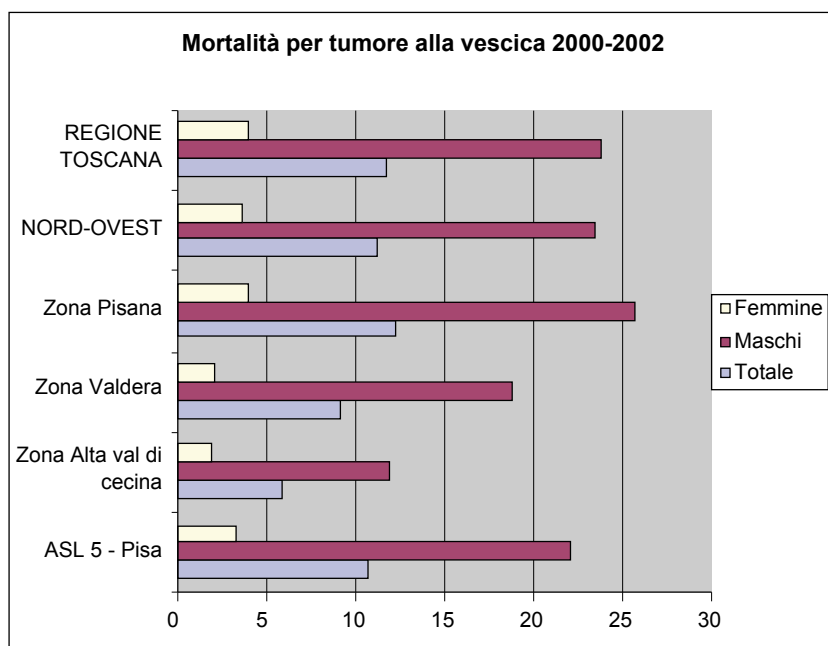


L'ospedalizzazione, così come il primo ricovero, sono inferiori allo standard regionale (1,22 contro a 1,42 per il tasso di primo ricovero e 1,36 su 1,64 per il tasso di ospedalizzazione); in entrambi i casi la zona Valdera presenta dati intermedi tra quelli delle altre due zone.



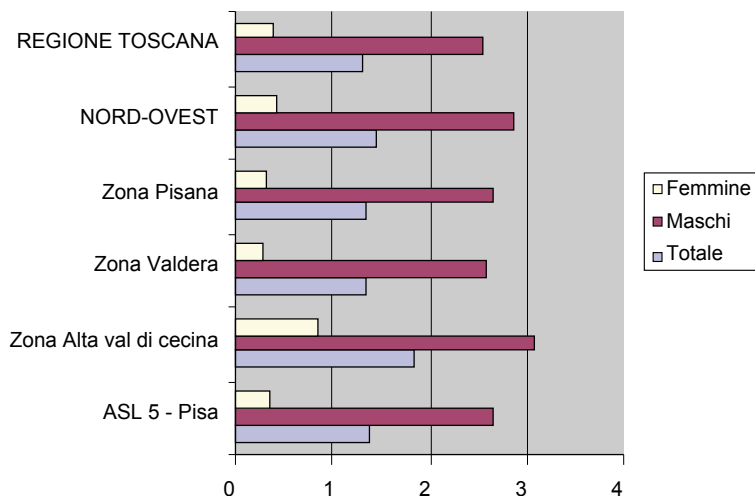
TUMORE ALLA VESCICA

La mortalità per tumore alla vescica, riferita al periodo 2000-2002, ha standard inferiori a quelli regionali; la zona Valdera è in posizione intermedia fra le tre zone aziendali.

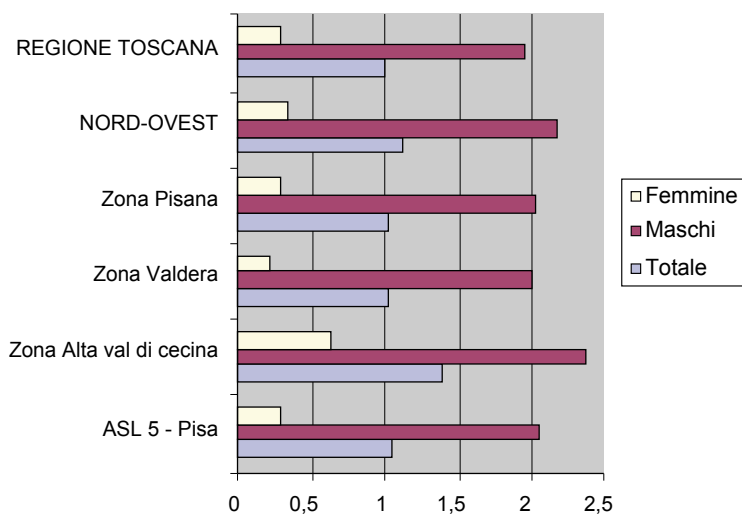


Il valore relativo al primo ricovero è di poco superiore al dato regionale, con la zona dell'Alta Val di Cecina che presenta un tasso superiore alle altre. Analoga situazione si rileva per il tasso di ospedalizzazione.

**Tasso di ospedalizzazione per tumore alla
vescica in Valdera - anno 2003**

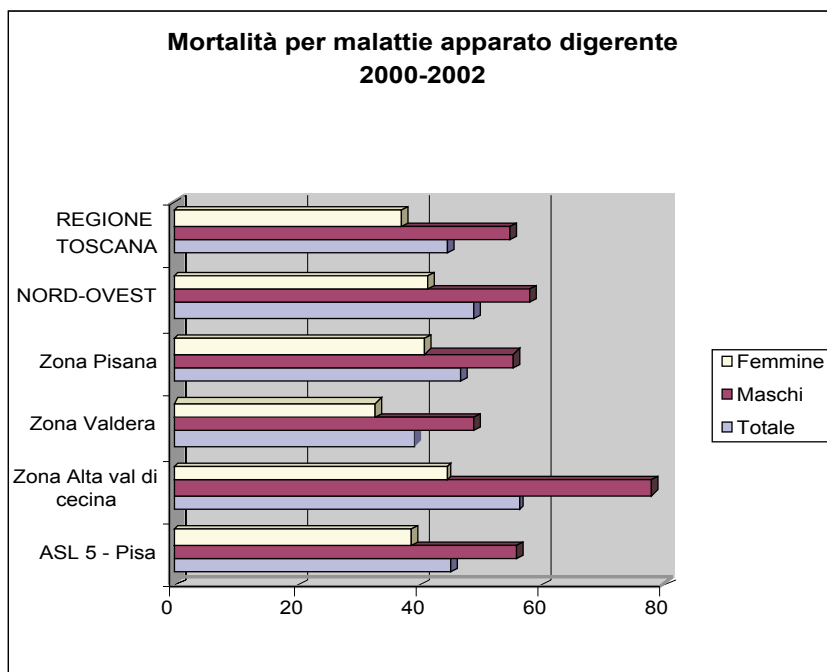


**Tasso di primo ricovero per tumore alla
vescica in Valdera - anno 2003**



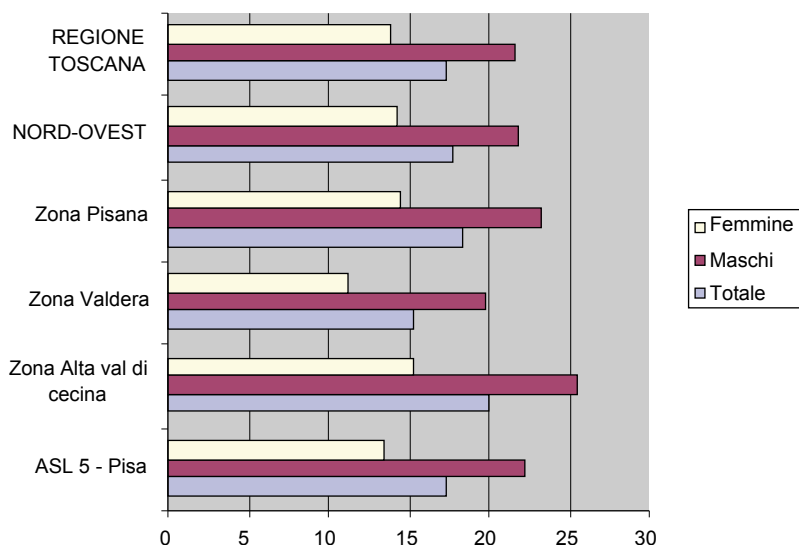
2.5.4 Malattie dell'apparato digerente

Il tasso di mortalità (2000-2002) a livello aziendale è superiore al tasso regionale anche se di poco per tutti parametri considerati (totale e per sesso). Fra le tre zone della ASL 5 la Valdera è quella con standard minori rispetto alle altre due per entrambi i sessi.

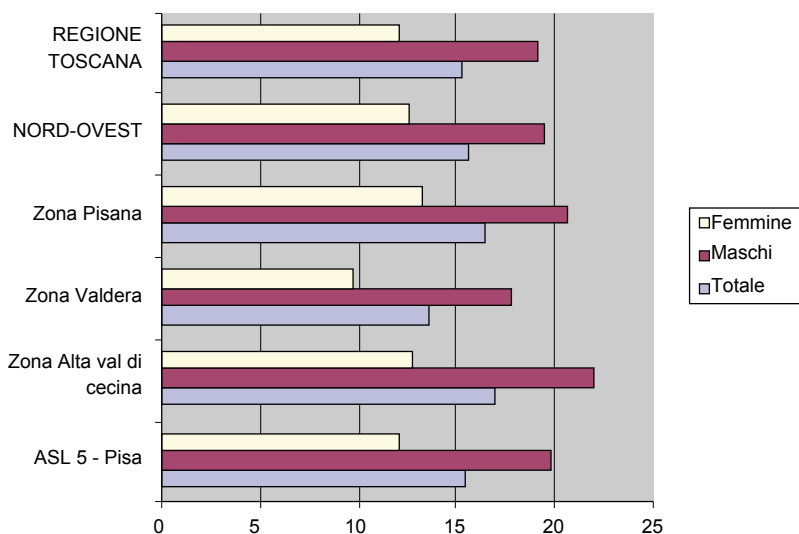


Per quanto riguarda l'ospedalizzazione complessiva (dato anno 2003) il tasso della Valdera risulta inferiore a quello regionale per entrambe le categorie di popolazione, con la zona dell'Alta Val di Cecina che fa, invece, da punta emergente presentando tassi estremamente elevati (i più alti dell'intera regione) per il sesso maschile.

**Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato digerente
- anno 2003**

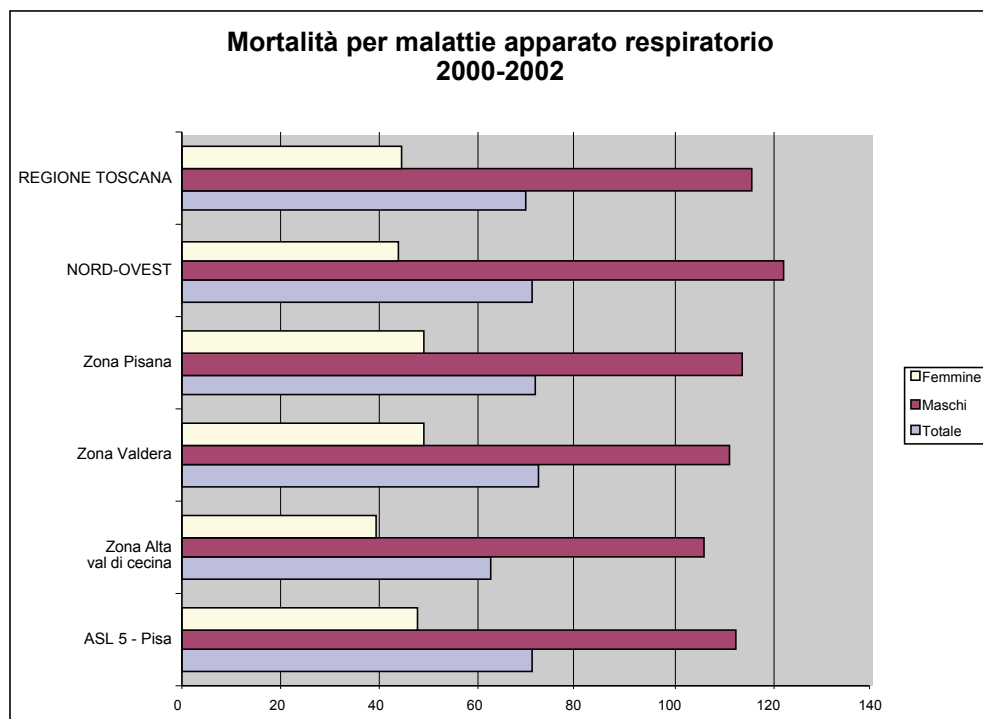


**Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato digerente
anno 2003**



2.5.5 Malattie dell'apparato respiratorio

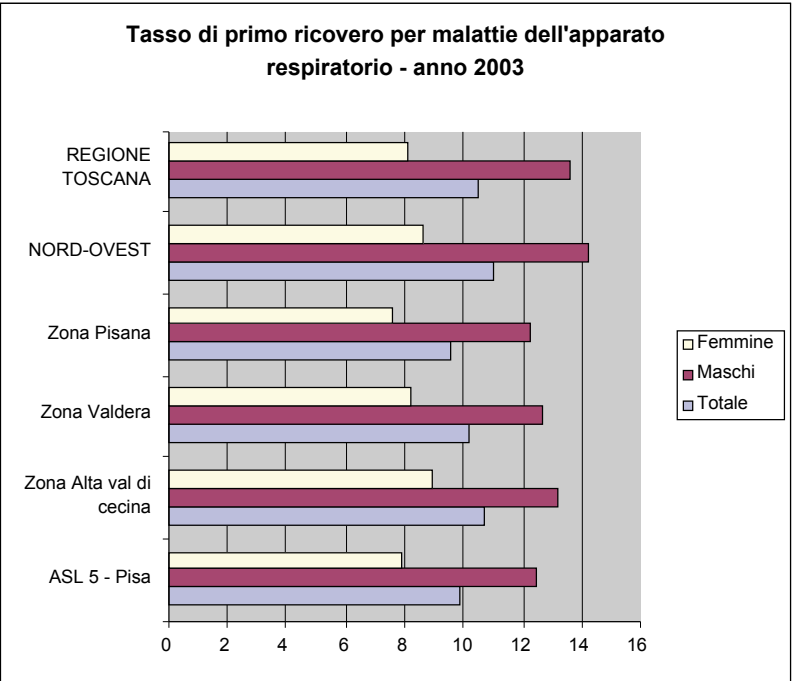
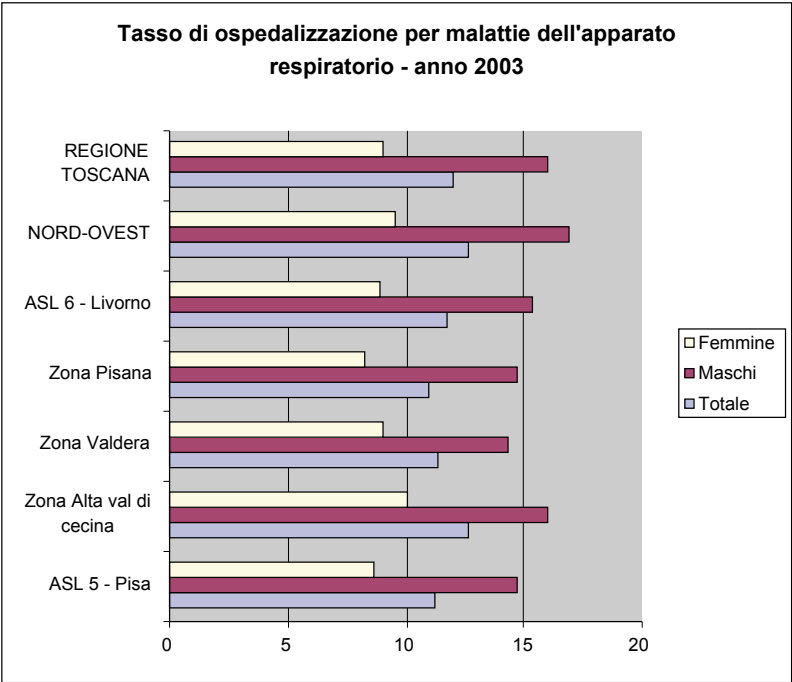
Il dato riferito al periodo 2000-2002 evidenzia nella ASL 5 una mortalità più bassa dello standard regionale per i maschi (112,25 rispetto a 115,37) ma più elevata per le donne (47,99 rispetto a 44,17). Fra le tre zone la Valdera appare, insieme alla zona Pisana, la più colpita da questo tipo di patologia soprattutto per il sesso femminile.



Relativamente al primo ricovero il tasso della ASL 5 risulta anche in questo caso inferiore a quello standard regionale (9,9 rispetto a 10,45); la spalmatura fra i due sessi conferma il dato.

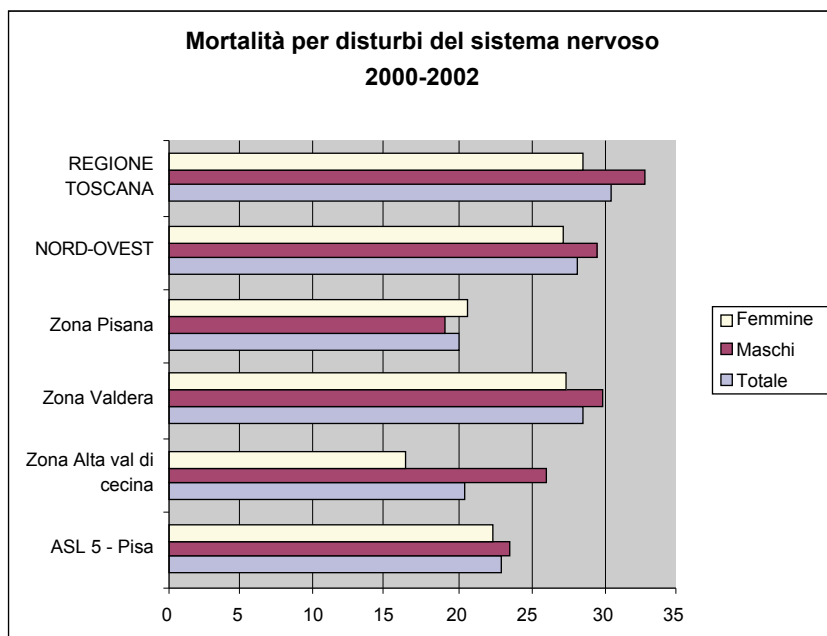
Fra le zone la Valdera presenta valori leggermente superiori alla zona Pisana, ma inferiori alla zona Alta Val di Cecina per entrambi i sessi.

L'ospedalizzazione complessivamente intesa avente come causa la patologia respiratoria, è inferiore nella ASL 5 a quella regionale sia come tasso standard totale sia come tasso standard fra i due sessi. Fra le zone si conferma il dato sopra esposto per il primo ricovero.



2.5.6 Disturbi del sistema nervoso e malattie psichiche

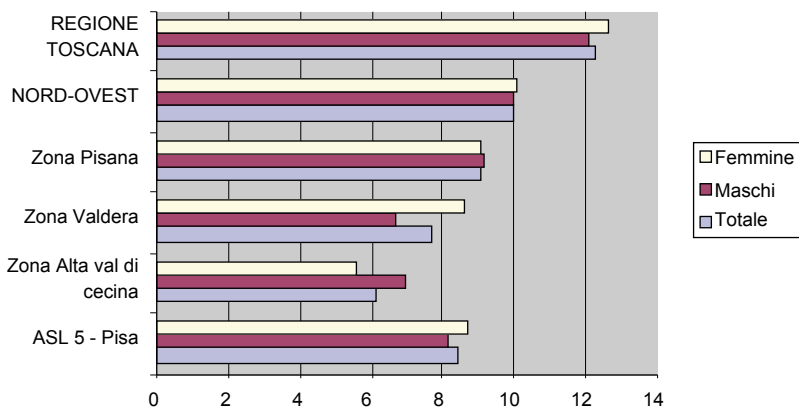
Dall'analisi del tasso standard si evidenzia come la mortalità in Valdera per disturbi del sistema nervoso nel triennio 2000-2002 sia inferiore al dato medio regionale (28,76 contro 30,46). Nell'ambito della ASL 5 tuttavia il tasso della nostra Zona risulta più elevato di quelli riferiti all'area Pisana e alla Val di Cecina (rispettivamente pari a 20,09 e 20,29)



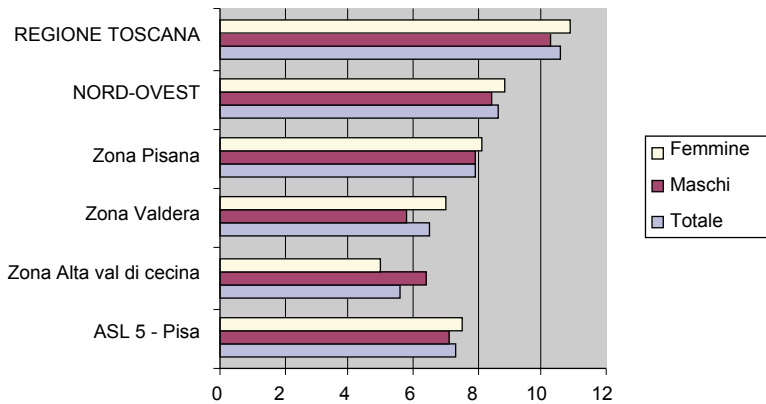
Per queste malattie l'ospedalizzazione, compreso il primo ricovero, dei residenti della ASL 5 (anno 2003) presenta un tasso molto inferiore al dato regionale e leggermente inferiore a quello dell'Area Vasta N.O.

In questo caso fra le tre zone è quella pisana a mostrare l'andamento peggiore per entrambi i sessi.

Tasso di ospedalizzazione per disturbi del sistema nervoso - anno 2003

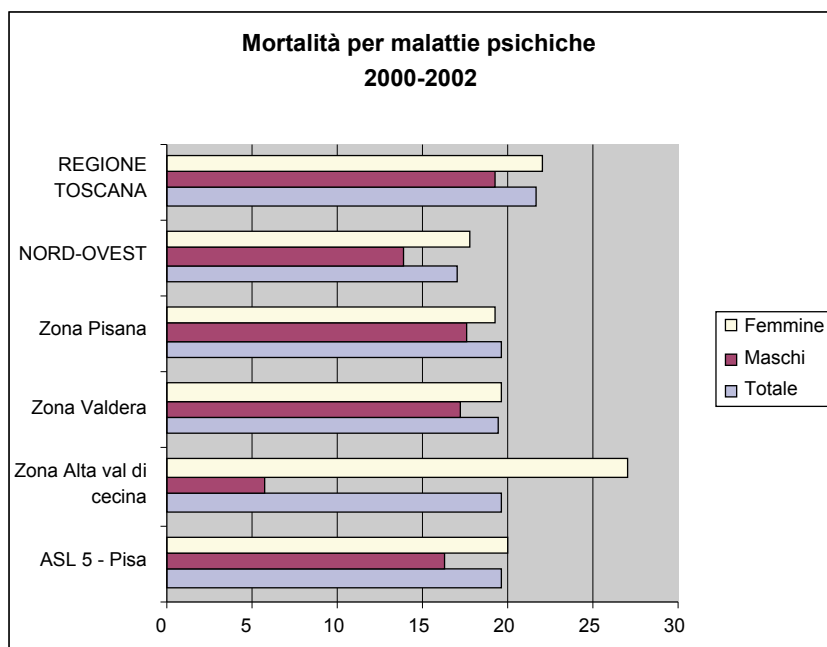


Tasso di primo ricovero per disturbi del sistema nervoso - anno 2003



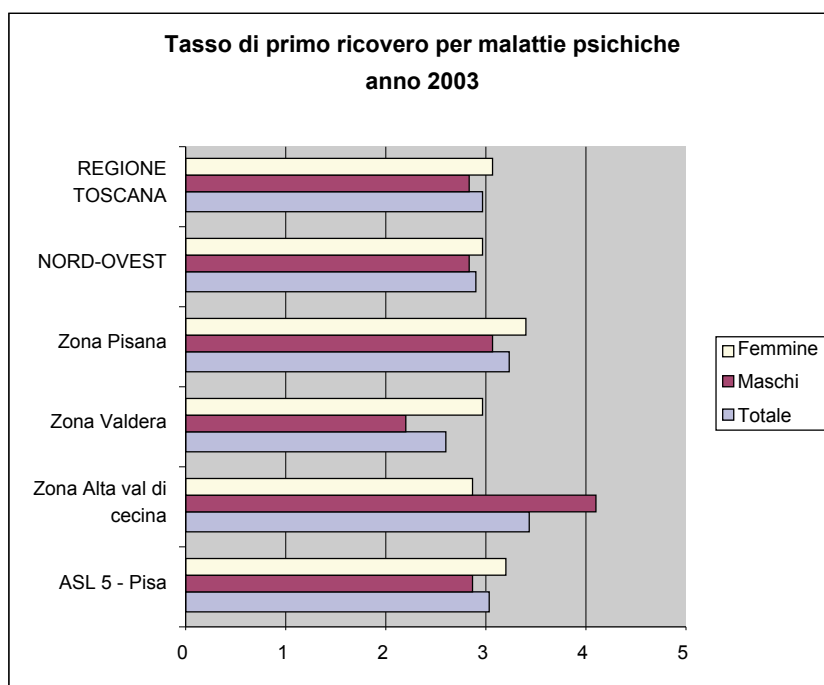
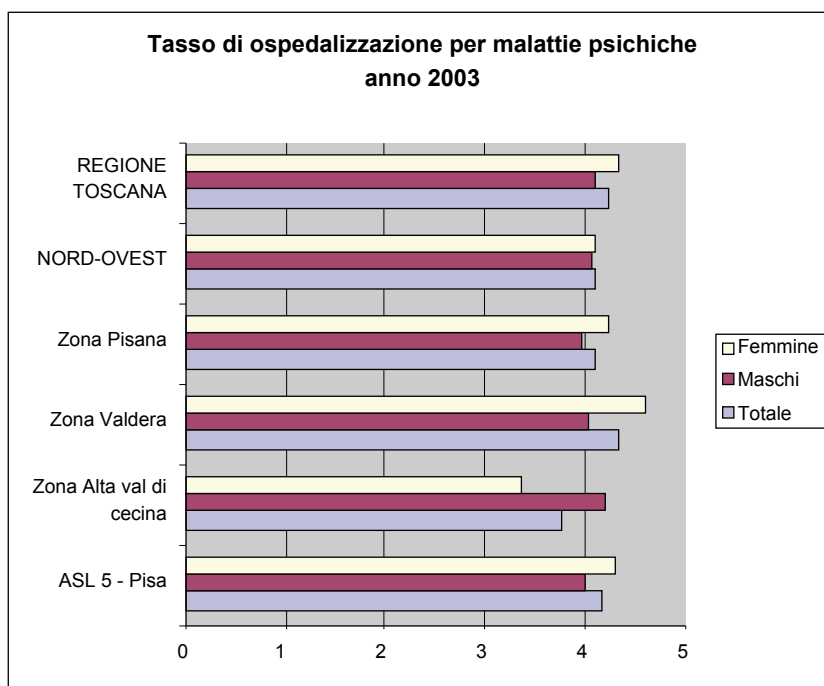
Il tasso di mortalità per malattie psichiche in Valdera nel triennio 2000/2002 è pari a 19,51: tale valore è sostanzialmente in linea sia con il dato riferito all'intera ASL 5 (19,63) sia con quello regionale di poco superiore (21,67). Il livello presentato dalla ASL 5 è inferiore al dato regionale, ma superiore a quello dell'Area Vasta N.O. per entrambi i sessi.

La mortalità per queste patologie nella ASL 5 complessivamente considerata, risulta molto più elevata nel sesso femminile.



Il tasso di ospedalizzazione (anno 2003) per tali affezioni simula il dato regionale e quello dell'Area Vasta N.O. sia nella zona Pisana sia nella Valdera; il sesso femminile appare più colpito da tali patologie presentando un maggior numero di ricoveri, mentre nella zona AVC, è il sesso maschile ad invertire la tendenza. Ciò appare oltremodo vero per i casi di primo ricovero.

Il tasso di primo ricovero per malattie psichiche in Valdera, sempre riferito all'anno 2003, risulta inferiore al dato medio regionale (2,6 vs. 2,97) e in misura più significativa al dato aziendale (pari a 3,64).



I dati epidemiologici disponibili in letteratura circa la prevalenza (utenti in carico/popolazione 0-17 anni) dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva non costituiscono un riferimento certo perché tali disturbi si modificano in relazione alle varie fasi di sviluppo, sono fortemente dipendenti da fattori sociali, non sono quasi mai "puri" ma è frequente la comorbidità ed infine i disturbi della funzione sono spesso associati ai disturbi della relazione.

Nella Zona VDE l'indicatore di prevalenza è di circa il 3% della popolazione. L'OMS segnala che oltre il 20% dei bambini e degli adolescenti soffre di una qualche forma di disturbo mentale e in Italia tale dato si attesta in percentuale variabile tra il 4% e l'8% della popolazione 0-17 anni. Da questi dati non si può desumere che lo stato di salute della popolazione della Valdera è soddisfacente o migliore rispetto a quello di altre popolazioni, ma che il Servizio non raggiunge una quota rilevante di bambini e ragazzi. Per avere indicazioni più significative è necessario un confronto con la popolazione che afferisce ai Servizi di Salute Mentale e Tossicodipendenze per la popolazione adulta, nei confronti della quale l'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (U.F.SMI-A) svolge una funzione di prevenzione secondaria e terziaria.

Tenendo conto che al momento attuale la comorbidità non può essere rilevata, nell'anno 2004 si sono riscontrate le seguenti frequenze:

- Patologia neuropsicologica ca. 40/50%
(Disturbi specifici del linguaggio, disturbi specifici dell'apprendimento, ritardo mentale)
- Patologia psichiatrica ca. 20-30%
(Disturbi psicotici, nevrotici, del comportamento e della sfera emozionale)
- Patologia neurologica ca. 20%
(Patologie congenite, disturbi del SN centrale e periferico)

Da segnalare l'aumento progressivo dei disturbi del comportamento e della sfera emozionale nel periodo adolescenziale.

Nell'approcciarsi al tema della salute mentale occorre innanzitutto precisare che questa non è da intendersi soltanto come psichiatria. La psichiatria si occupa prevalentemente della patologia, la salute mentale cerca di valutare e modificare quanto precede e segue il momento patologico, e porre l'attenzione primariamente sugli elementi di salute e sul loro mantenimento o recupero. L'attività delle strutture che si occupano di salute mentale prevede pertanto la necessità di contatti e di integrazione con le attività di altre agenzie, dal Servizio Sociale agli Enti Locali, dal Centro per l'impiego ad associazioni di volontariato o culturali, ecc.

I dati relativi alla attività svolta dalla Unità Funzionale del Centro Salute Mentale Adulti (U.F.S.M.A.) della Valdera sono quindi riduttivi, valutando per lo più le prestazioni e tralasciando spesso quanto orientato all'inclusione, alla integrazione, alla lotta allo stigma.

Una analisi anche superficiale dei dati di attività degli ultimi anni mostra la stabilità del numero degli utenti, circa 2000 che nell'anno si sono messi in contatto con il servizio psichiatrico, di cui 900 sono primi contatti, metà dei quali consulenze (dati anno 2004).

Circa 500 sono i pazienti che hanno richiesto un intervento multiprofessionale, ad indicare la gravità del caso. L'alto numero dei primi contatti rispetto alla stabilità del numero degli utenti indica un buon turn over, a significare che oltre alle psicosi, che rappresentano una parte considerevole del carico assistenziale, cresce la domanda per altre patologie, come i disturbi d'ansia e dell'umore, i disturbi di personalità, le patologie di confine, ecc.

Lo stesso si può dire per le attività svolte dagli psicologi, con circa 800 utenti nell'anno.

Da notare anche l'aumento delle prestazioni, sia dei medici, sia degli psicologi sia del personale infermieristico ed educativo.

È, inoltre, importante considerare l'attività di ricovero in ospedale, sia in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) che in Day Hospital (DH), che permette di affrontare le emergenze-urgenze che necessitano di interventi terapeutici non possibili diversamente.

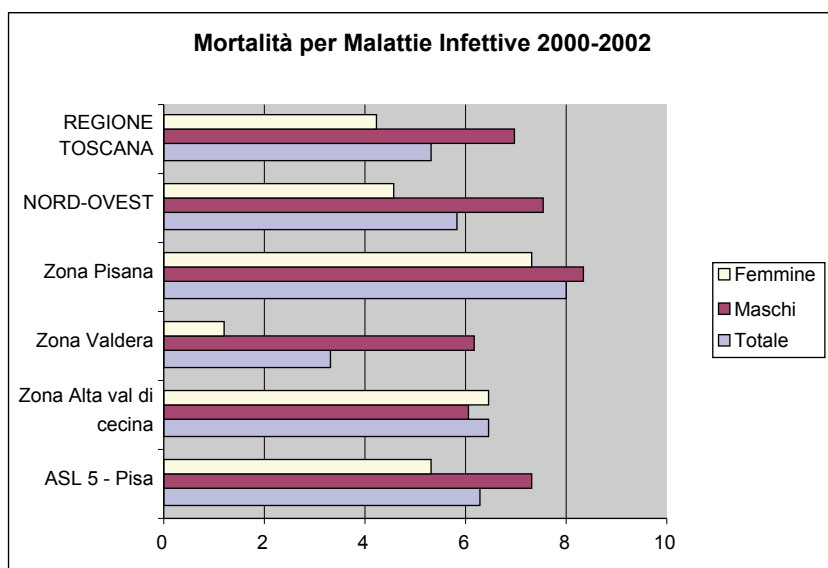
Vi sono poi le strutture residenziali per pazienti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi a lungo periodo, con diverso carico assistenziale, da quelle a maggior carico, come la RSA psichiatrica SS Annunziata di Capannoli, alla Casa Famiglia di Bientina. Da segnalare il bisogno sia di strutture che abbiano forte va-

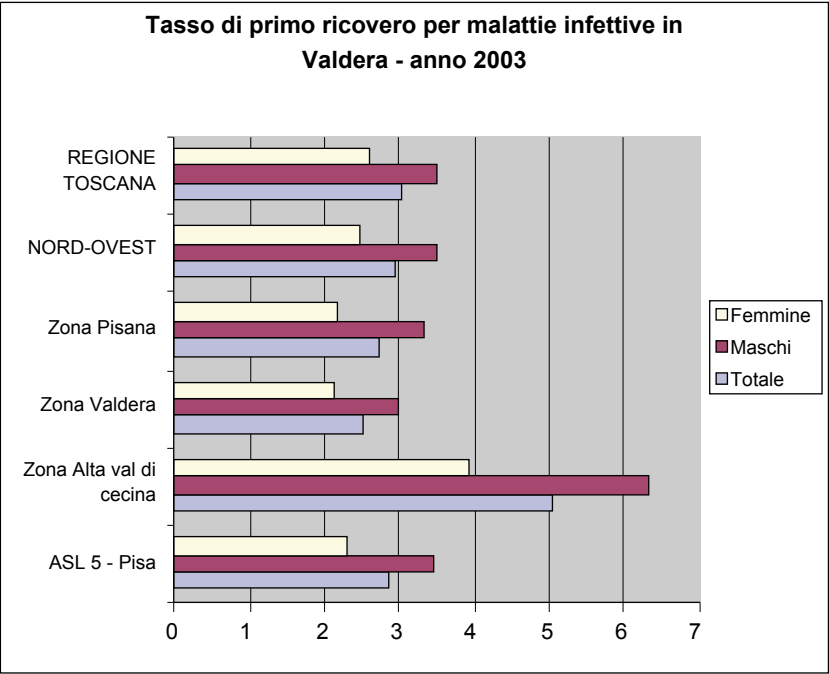
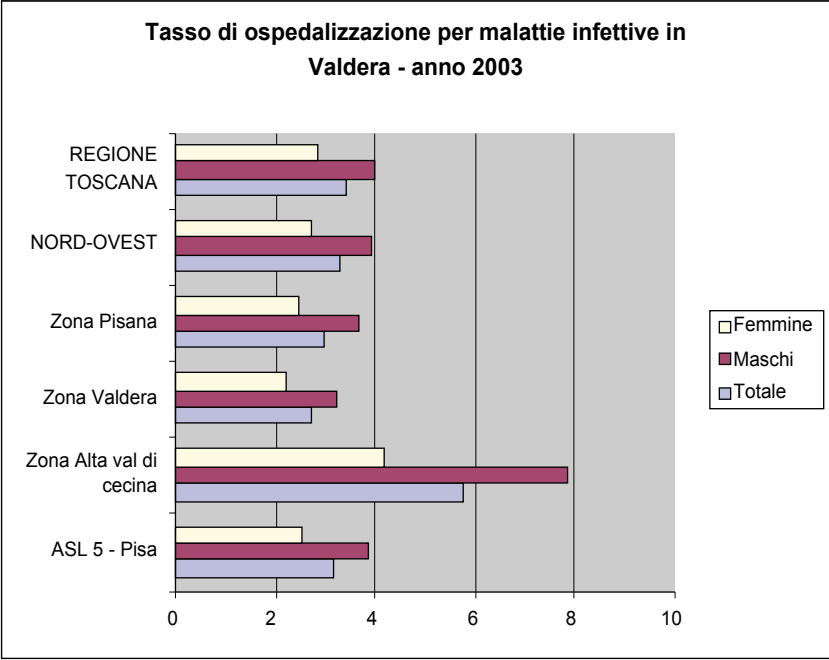
lenza contenitiva che di comunità terapeutiche per pazienti per i quali è insufficiente il lavoro riabilitativo che può essere svolto nella struttura semiresidenziale (il Centro Diurno).

A questo si interseca l'attività di prevenzione, svolta spesso con interventi nelle scuole, di lotta allo stigma e di inclusione sociale, utilizzando strumenti quali il teatro e lo sport.

2.5.7 Malattie Infettive

L'andamento relativo sia al primo ricovero sia all'ospedalizzazione in generale imputato a malattie infettive è sovrapponibile a quello regionale e comunque la zona Valdera nel raffronto con le altre due zone si rivela quella con minor incidenza di ricovero per problematiche infettivologiche.





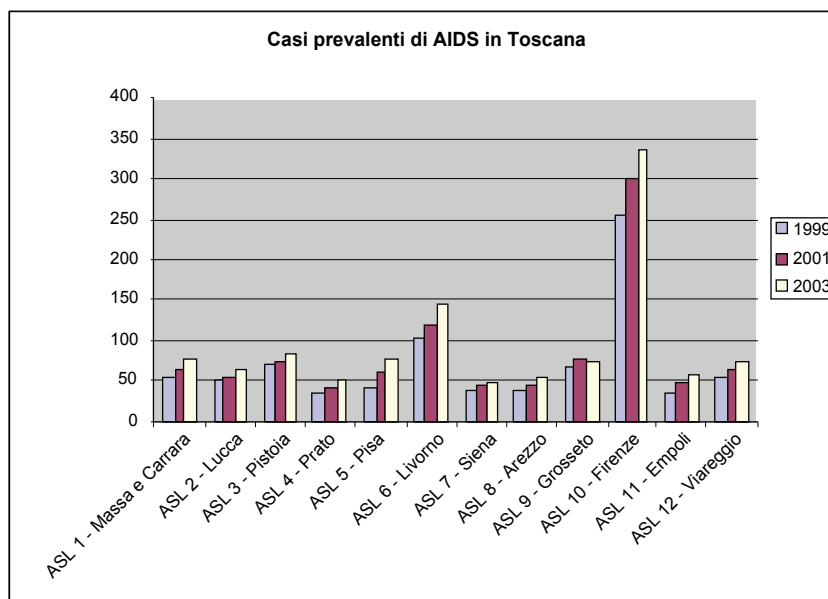
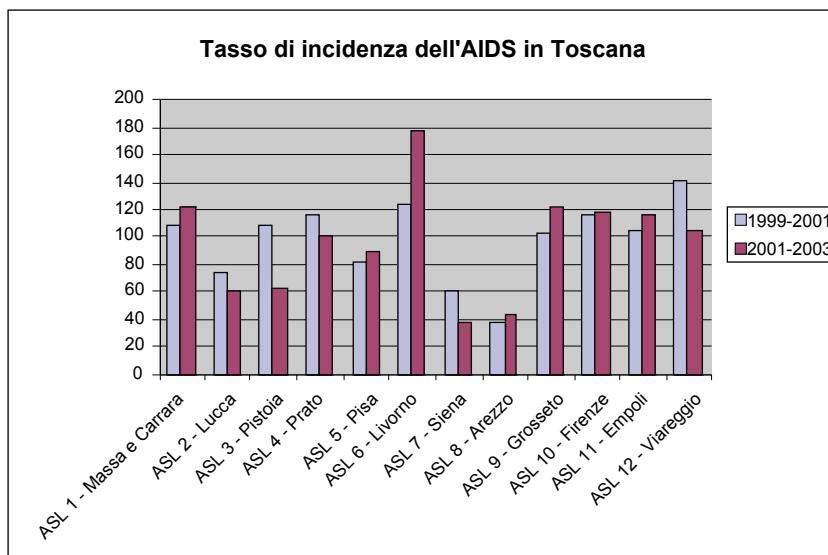
AIDS

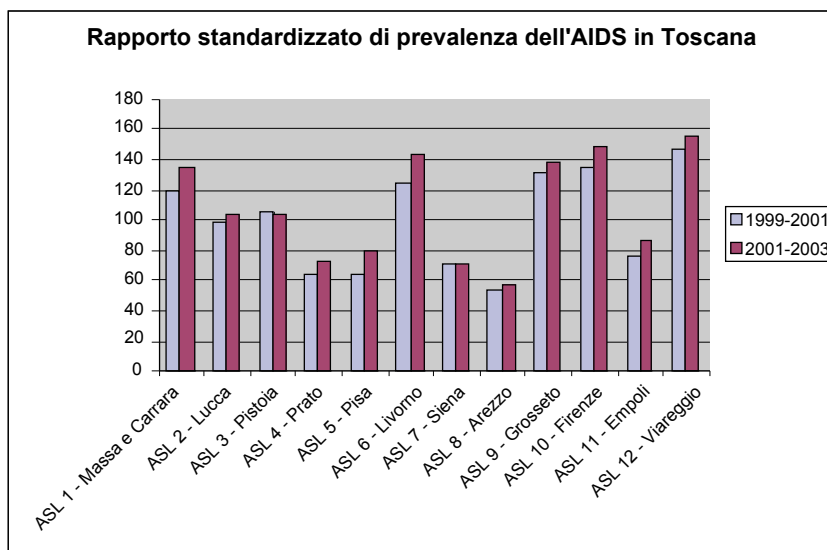
L'incidenza, dopo un periodo con picchi elevati (1990-1997), mostra un andamento ormai costante per numero di casi segnalati (circa 7-8 per anno).

La prevalenza conferma il dato suddetto, in quanto il numero di casi rilevato per anno mostra un andamento crescente, che praticamente somma l'incidenza dei nuovi casi a quelli già conosciuti.

L'andamento è sicuramente connesso al miglioramento della sopravvivenza di tali malati legata alle innovazioni della terapia farmacologia che negli ultimi anni ha avuto una forte accelerazione con risultati assai confortanti, soprattutto in termini di speranza di vita e di qualità della vita.

Aids - casi notificati in Toscana dal 1985 al 2003																				
Numero di casi incidenti																				
RESIDENZA	Anno 1985	Anno 1986	Anno 1987	Anno 1988	Anno 1989	Anno 1990	Anno 1991	Anno 1992	Anno 1993	Anno 1994	Anno 1995	Anno 1996	Anno 1997	Anno 1998	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	
ASL 1 - Massa e Carrara	0	0	3	4	16	18	20	21	23	39	34	25	11	9	10	7	6	11	4	
ASL 2 - Lucca	0	1	2	5	2	5	9	14	11	15	17	12	8	5	10	4	3	5	3	
ASL 3 - Pistoia	1	4	5	3	12	10	11	14	16	24	21	18	18	11	18	7	5	4	9	
ASL 4 - Prato	1	1	0	5	2	8	5	6	10	10	19	13	12	1	15	6	8	7	6	
ASL 5 - Pisa	1	1	2	11	15	15	15	13	26	17	20	14	16	2	7	9	11	8	8	
ASL 6 - Livorno	2	5	9	11	19	35	35	43	35	34	57	30	27	13	21	12	11	18	23	
ASL 7 - Siena	1	0	3	7	6	7	13	12	11	10	12	17	10	6	8	4	3	1	4	
ASL 8 - Arezzo	2	0	1	3	10	12	7	4	13	10	13	12	9	7	3	6	3	4	6	
ASL 9 - Grosseto	0	3	7	10	21	23	14	18	29	33	35	23	15	15	7	7	8	8	6	
ASL 10 - Firenze	3	14	17	31	43	59	57	65	66	98	94	87	52	42	43	27	30	27	25	
ASL 11 - Empoli	0	0	2	3	6	6	10	15	14	18	14	14	8	11	8	8	8	8	7	
ASL 12 - Viareggio	0	0	3	6	9	6	12	14	18	16	20	19	17	14	7	12	4	8	4	
n. r.	0	0	0	0	0	1	4	8	3	1	0	0	0	1	0	0	5	4	0	
REGIONE TOSCANA	11	29	54	99	161	205	212	247	275	325	356	284	203	137	157	109	105	113	105	





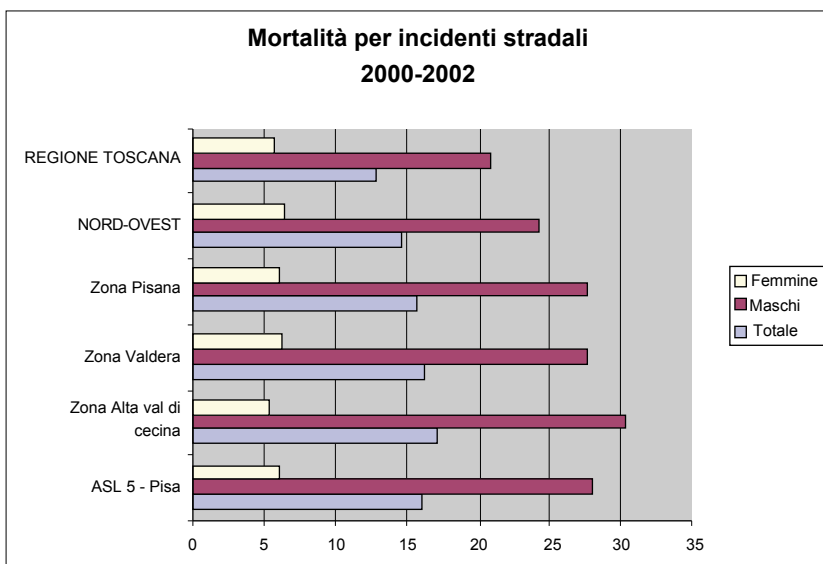
2.6 Incidenti Stradali

Dai dati riferiti al periodo 2000-2002, la nostra azienda sanitaria appare molto colpita dal fenomeno, essendo seconda nell'intera Regione Toscana solo alla ASL di Viareggio per tasso di mortalità.

Fra le zone quella dove il fenomeno appare più eclatante è l'Alta Val di Cecina, nella quale il tasso standard è addirittura superiore a quello della ASL di Viareggio. Il sesso maschile risulta il più interessato alla mortalità per incidenti.

La vicinanza della superstrada e la percorrenza estiva delle strade dell'Alta Val di Cecina da parte di motociclisti è alla base della forte presenza di tale tipo di mortalità nel nostro territorio.

Il fenomeno degli incidenti stradali mostra un andamento costante, se non in fase ascensionale; merita quindi di essere preso in considerazione per campagne di prevenzione mirate, anche alla luce della frequente giovane età delle vittime. Una considerazione va poi fatta non solo per l'aspetto tragico della morte, ma forse ancora di più per gli esiti non mortali degli incidenti che comportano invalidità più o meno spiccate con riflessi negativi sia per l'onere assistenziale sia per il reinserimento lavorativo.

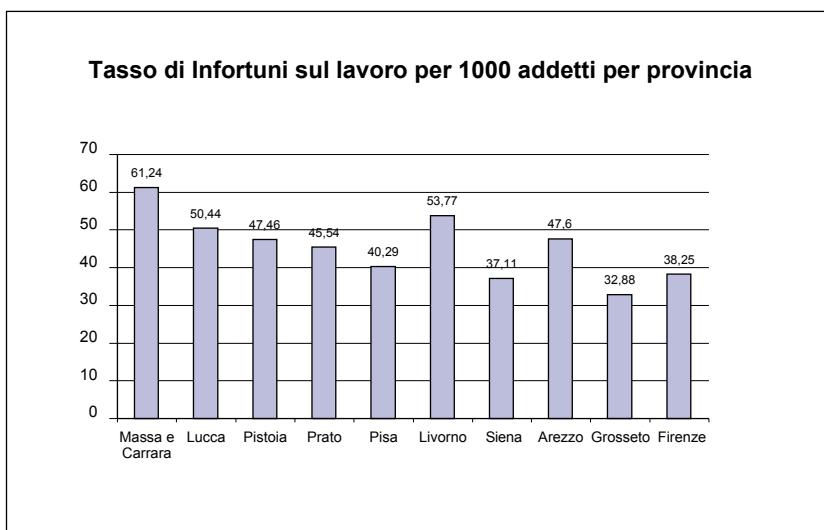


Incidenti e persone infortunate secondo la conseguenza – Toscana anni 2001 e 2002					
Province	Incidenti	Di cui mortali	Morti	Feriti	Indice di mortalità
Anno 2001 – Dati per Provincia					
Massa Carrara	698	16	17	1.003	2,44
Lucca	1.669	54	56	2.383	3,36
Pistoia	938	19	20	1.250	2,13
Firenze	7.122	95	102	9.179	1,43
Prato	1.437	19	19	1.801	1,32
Livorno	1.603	54	58	2.79	3,62
Pisa	1.897	59	63	2.564	3,32
Arezzo	1.290	54	56	1.848	4,34
Siena	1.298	44	49	1.839	3,78
Grosseto	997	22	23	1.441	2,31
Toscana	18.949	436	463	25.387	2,44
Italia	235.142	6.65	6.682	334.679	2,84
Anno 2002 – Dati per Provincia					
Massa Carrara	622	5	5	880	0,80
Lucca	1.577	65	75	2.214	4,76
Pistoia	1.307	14	14	1.725	1,07
Firenze	6.798	72	75	8.789	1,1
Prato	1.483	32	33	1.915	2,23
Livorno	1.576	51	57	2.038	3,62
Pisa	1.937	61	71	2.589	3,67
Arezzo	1.280	36	40	1.786	3,13
Siena	1.147	43	47	1.612	4,10
Grosseto	949	39	43	1.365	4,53
Toscana	18.676	418	460	24.913	2,46
Italia	237.812	6.094	6.736	337.878	2,83

2.7 Le malattie e gli infortuni sui luoghi di lavoro

La Provincia di Pisa con un tasso generale di infortuni sul luogo di lavoro per 1000 addetti pari a 40,29 si colloca al quarto posto a livello regionale tra le province con tasso più basso; solo Siena, Grosseto e Firenze mostrano un andamento migliore.

A livello provinciale i settori maggiormente colpiti da infortuni e malattie professionali sono il settore metalmeccanico, l'industria della gomma, la lavorazione del legno, il settore agroindustriale.



Infortuni e malattie sui luoghi di lavoro - Anni 1998-2000										
Tasso di infortuni sul lavoro * 1000 addetti, per provincia di residenza e settore produttivo										
Settori di attività economica. Anni 1998-2000	Massa e Carrara	Lucca	Pistoia	Prato	Pisa	Livorno	Siena	Arezzo	Grosseto	Firenze
A AGRINDUSTRIA	196,18	106,6	126,58	92,98	71,02	101,52	68,86	140,4	65,62	76,9
B PESCA	0	0	0	0	101	0	0	0	22,44	0
C ESTRAZ. MINERALI	160,7	118,52	0	63,4	68,65	86,54	86	59,94	62,01	86,93
DA IND. ALIMENTARE	46,59	49,03	48,86	50,59	35,21	43,42	37,74	71,86	30,4	47,15
DB IND. TESSILE	19,53	23,16	39,95	44	18,85	13,87	14,64	22,31	24,17	20,14
DC IND. CONCIARIA	0	20,42	18,81	32,59	31,16	10,75	15,6	24,19	6,15	20,34
DD IND. LEGNO	110,35	81,27	93,88	64,05	72,53	72,59	78,12	93,55	65,31	64,51
DE IND. CARTA	98,03	74,38	59,5	38,23	33,61	51,16	24,79	57,48	14,36	30,12
DF IND. PETROLIO	8,1	35,41	85,33	0	70,47	7,59	16,97	64,52	0	24,8
DG IND. CHIMICA	26,03	36,98	71,5	24,36	25,85	22,86	31,39	58,07	53,75	29,94
DH IND. GOMMA	96,97	77,99	61,36	81,07	101,99	87,35	56,86	157,99	42,01	82,54
DI IND. TRASFORMAZ.	106,84	89,37	58,39	37,81	69,24	76,21	68,39	71,67	58,93	57,5
DJ IND. METALLI	92,68	89,61	92,38	98,6	77	115,05	75,03	91,21	31,34	48,29
DK IND. MECCANICA	71,23	63,78	71,45	71,86	73,65	82,93	64,03	83,95	53,17	46,33
DL IND. ELETTRICA	29,73	45,19	33,06	28,3	27,2	38,69	32,01	29,5	26,94	26,11
DM IND. MEZZI TRAS.	120,06	96,39	83,32	76,63	64,8	74,52	91,88	136,73	47,2	59,14
DN ALTRE INDUSTRIE	84,59	43,82	50,22	55,13	52,23	86,53	45,4	41,85	43,14	48,01
* D TOT.IND.MANIF.	82,51	64,02	51,06	47,92	46,78	79,75	52,31	47,61	36,08	38,17
E ELET. GAS ACQUA	119,6	64,83	83,06	40,81	65,02	26,48	63,03	28,75	30,19	46,06
F COSTRUZIONI	99,66	71,73	89,35	83,99	63,43	70,21	70,71	89,67	48,78	73,32
G50 COMM. RIP. AUTO	56,79	42,98	55,59	57,05	45,05	49,19	44,47	60,42	34,82	43,97
G51 COMM. INGROSSO	54,73	33,41	42,03	27,74	24,28	50,24	22,33	36,73	33,67	27,29
G52 COMM. DETTAGLIO	34,18	25,62	37,43	32,16	29,57	25,09	21,04	30,99	26,12	34,24
* G TOT. COMMERCIO	44,98	31,67	42,92	35,83	30,83	36,91	25,92	39,55	30,05	33,85
H ALBERG. E RIST.	48,8	50,77	45,37	47,2	61,22	48,75	36,19	54,18	38,97	52,4
I TRASPORTI	82,23	62,67	62,12	48,78	65,54	56,01	39,31	67,99	59,55	61,6
J INTERM. FINANZ.	2,27	8,72	6,37	10,85	1,2	2,98	2,99	4,48	4,79	4,66
K ATT. IMMOBILIARI	34,57	28,26	33,94	24,31	24,59	40,96	18,44	45,9	28,12	25,08
L PUBBLICA AMMIN.	27,52	34,76	32,04	25,55	30,15	45,92	27,43	28,67	32,91	35,9
M ISTRUZIONE	23,54	14,03	15,23	31,21	6,83	26,06	8,59	6,94	0	30,01
N SANITÀ	15,73	26,65	31,11	23,75	15,31	23,49	18,15	48,8	17,08	26,2
O SERV. PUBBLICI	46,38	33,47	25,54	41,15	34,96	74,47	15,88	35,52	18,8	31,4
X ATT. NON DETER.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE REGIONE	61,24	50,44	47,46	45,54	40,29	53,77	37,11	47,6	32,88	38,25

Quello che risalta dall'esame delle tabelle è il numero molto elevato di malattie professionali, pari a ben 569 nel 2000, che è addirittura superiore a quello della ASL di Firenze e pressoché doppio o triplo rispetto a quello rilevato nelle altre aziende territoriali.

Prevenzione sul lavoro			
Numero di infortuni mortali		Numero di malattie professionali	
PROVINCIA	Anno 2000	PROVINCIA	Anno 2000
Massa e Carrara	5	Massa e Carrara	297
Lucca	14	Lucca	368
Pistoia	11	Pistoia	125
Prato	4	Prato	119
Pisa	6	Pisa	569
Livorno	11	Livorno	243
Siena	13	Siena	102
Arezzo	9	Arezzo	183
Grosseto	6	Grosseto	154
Firenze	23	Firenze	424
REGIONE TOSCANA	102	REGIONE TOSCANA	2584

2.7.1 Le malattie professionali in Valdera

Malattie professionali in Valdera	2000	2001	2002	2003	2004	Tot
Dermatiti	19	9	12	12	6	58
Asma	2	4	1	2	4	13
Silicosi	1	0	0	0	1	2
Asbestosi	0	0	0	1	0	1
Broncopneumopatie croniche ostruttive	3	0	0	0	2	5
Ipoacusia da rumore	11	6	14	9	10	50
Malattie muscoloscheletriche	6	3	6	3	15	33
Tumori	2	5	0	3	7	17
Altro	4	2	0	0	4	10
Totale	48	29	33	30	49	189

In tabella sono riportati, divisi per anno e per tipologia, i referiti di malattia professionale pervenuti all'Unità Funzionale di Prevenzione Sicurezza nei Luoghi Lavoro (UF PSLL) della USL 5 zona

Valdera. Complessivamente il numero delle malattie professionali denunciate è abbastanza stabile negli anni anche se inferiore a quello che, sulla base delle conoscenze scientifiche, ci si dovrebbe attendere. Le malattie professionali più frequentemente denunciate sono le ipoacusie da rumore, le dermatiti e l'asma; nell'ultimo anno si è assistito ad un incremento delle denunce di malattie muscoloscheletriche e dei tumori, ciò probabilmente grazie alle attività di informazione, di formazione e di ricerca attiva svolta da parte del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl 5. Il cambiamento della tipologia nell'ultimo anno è da considerarsi in linea anche con l'interesse, da parte della comunità scientifica, non soltanto per le patologie che trovano nel mondo del lavoro la loro unica eziologia, ma anche per quelle malattie, cosiddette a genesi multifattoriale, che possono essere aggravate o possono trovare un fattore concausale importante nelle situazioni lavorative più a rischio.

2.7.2 Gli infortuni sul luogo di lavoro in Valdera

Anno	n. infortuni	n. infortuni mortalità
1995	2.697	3
1996	2.261	3
1997	2.188	2
1998	2.314	1
1999	2.076	1
2000	2.268	0
2001	2.067	6
2002	2.041	0
2003	1.870	1
2004	1.688	1

Nella tabella sono riportati divisi per anno gli infortuni accaduti dal 1995 al 2004 nella ASL 5 zona Valdera; si può notare, anche se i dati sono espressi in numero assoluto e non in rapporto al numero totale dei lavoratori o meglio ancora al numero totale delle ore lavorate, una tendenza alla riduzione negli ultimi anni. Ciononostante il contributo in infortuni sul lavoro (anche mortali) che la zona Valdera deve pagare ogni anno è ancora decisamente elevato, pertanto ancora molto deve essere fatto dalle ditte (con l'applicazione

completa delle leggi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro) e dall'Unità Funzionale Prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro (UF PSLL) Zona Valdera (ancora più diffusa e capillare vigilanza). Per quanto riguarda i comparti maggiormente interessati ricordiamo il metalmeccanico, i servizi, il commercio ed il manifatturiero; se, invece dei valori assoluti, che rispecchiano ovviamente il numero totale di addetti nel settore, si prendono in considerazione gli infortuni di maggior gravità, troviamo ai primi posti l'edilizia, l'agricoltura, il manifatturiero e il metalmeccanico.

2.8 Il consumo di alcolici

I dati disponibili per un'analisi dei consumi di alcol e delle conseguenze sanitarie e sociali indotte dal consumo stesso risultano ad oggi ancora parziali e riferiti al livello regionale o aziendale. La stessa Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha confermato all'interno di propri studi e ricerche la necessità di rilevazioni più puntuali e approfondite.

La sintesi presentata di seguito fa riferimento principalmente ai dati riportati nella Relazione sanitaria 2004 della ASL 5 e vuol fornire un panorama generale nel quale si inserisce anche la realtà della Valdera.

L'importanza di un'analisi sui dati relativi al consumo di alcoolici trova ragione nella gravità delle conseguenze che un uso eccessivo può avere in particolare sulla popolazione giovane.

La salute individuale e collettiva è pertanto influenzata dal consumo di alcool legato a sua volta a fattori di tipo culturale e sociale.

L'Italia è il primo dei 51 paesi afferenti alla Regione Europea dell'OMS ad aver raggiunto l'obiettivo di una diminuzione del 25% del consumo pro-capite di alcool nel periodo prefissato 1981-2000. Tale risultato è tuttavia accompagnato da andamenti in controtendenza, come l'aumento del consumo tra i giovani.

La tendenza ad una riduzione del consumo di alcol non sembra ancora esaurita tanto che l'Italia guida ancora oggi la classifica dei paesi con una più forte contrazione dei consumi. Anche i decessi correlati all'uso di alcol sono diminuiti: le stime mostrano come tra gli anni '80 e gli anni '90 si sia rilevata una significativa diminuzione di decessi per cause cronico-degenerative.

Per quanto riguarda la situazione in Toscana l'Agenzia Regionale della Sanità nello studio condotto nel 2001-2002 sulle dimensioni quantitative del fenomeno in Toscana ha evidenziato quanto segue:

- 1) la Toscana è in vetta alla classifica delle regioni italiane stilata in base alla percentuale dei consumatori di almeno una bevanda alcolica ed è oltre la media italiana;
- 2) l'aumento della prevalenza dei consumatori di alcolici in Toscana è dovuto in gran parte al genere femminile ed ai giovani;
- 3) il vino è la bevanda alcolica maggiormente consumata (60%), seguita dalla birra (17%) e dagli aperitivi (14%);
- 4) l'aumento degli alcolodipendenti in carico al Ser.T negli ultimi 7 anni si è andato così caratterizzando: 30% del totale degli utenti concentrati nella fascia d'età 40-49 anni, 70% maschi. Nel periodo 1997-2003 gli utenti in carico sono aumentati del 47 % ed i nuovi del 20%;
- 5) gli alcolisti presentano una mortalità media per tutte le cause quasi due volte superiori a quella della popolazione generale: in Toscana la mortalità alcol-correlata è in diminuzione ma un altro dato indica che in Toscana gli incidenti stradali rimangono una delle principali cause di morte nella fascia d'età più giovane (gli incidenti più gravi avvengono nelle ore notturne e nei periodi festivi). Nel periodo 1991-2002 gli incidenti alcol-correlati sono stati 1128 (0,5%), un dato assolutamente sottostimato perché, di fatto, l'alcol rimane un fattore certo e rilevante di rischi d'incidente stradale e gli incidenti alcol-correlati hanno conseguenze particolarmente gravi.

Nell'ambito del dipartimento delle Dipendenze della Asl 5 si effettuano interventi nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze alcolologiche e delle patologie correlate. In ciascuna zona della ASL 5 è garantita l'attività di una equipe alcolologica.

Nella zona Valdera, gli utenti alcolodipendenti del Ser.T sono passati da 29 nel 1999 a 65 nel 2004 con un costante aumento ogni anno sia di casi seguiti in totale, sia di nuovi utenti.

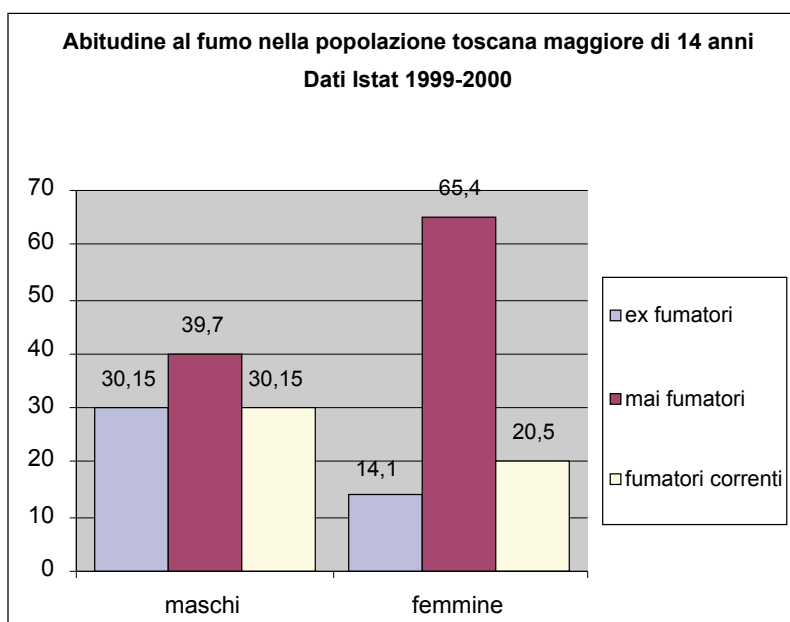
2.9 Il fumo di tabacco

I dati di seguito riportati rappresentano una sintesi di analisi condotte e pubblicate dall'Agenzia Regionale di Sanità. Nella lettura dei dati occorre, tuttavia, tenere conto della complessità del fenomeno.

I dati sull'abitudine al fumo nelle regioni italiane ricavati dall'indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT per il periodo 1999-2000 mostrano come nella popolazione toscana di età superiore ai 14 anni il 30,1% dei maschi sia un fumatore; tra le femmine la percentuale di fumatrici è del 20,5%. Sia nei maschi che nelle femmine la prevalenza più alta si ha nelle classi di età centrali (35-64 anni).

Nella classe di età 15-24 anni la prevalenza di fumatori in Toscana risulta superiore alla media italiana: 30,2% nei maschi e 23,4% nelle femmine rispetto a 28,9% e 16,9% in Italia.

Gli ex fumatori rappresentano un terzo della popolazione maschile e solo un sesto di quella femminile (questo aspetto si spiega anche considerando che le donne, per motivi socio-culturali hanno sviluppato l'abitudine al fumo in anni più recenti).



Il consumo di tabacco è il principale fattore di rischio per l'insorgenza di un numero elevato di tipologie di tumori, di malattie respiratorie e di malattie cardiovascolari.

È inoltre da tenere presente l'influenza che l'abitudine al fumo della madre in gravidanza e, successivamente, dei genitori ha sulla salute del bambino: in Italia il 16,9% delle morti in culla è attribuibile al fumo attivo della madre del neonato così come il 21,3% di bambini che soffrono entro i due anni di infezioni respiratorie acute e il 9,1% che soffre di asma bronchiale devono la propria malattia al fumo di sigarette dei propri genitori.

La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta pertanto una strategia efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine. Nella ASL 5 è stata promossa una consistente campagna contro il fumo nell'ambito della quale è stato avviato anche il progetto "Un ospedale senza fumo" che coinvolge l'Ospedale Lotti di Pontedera. In tutte le tre zone della ASL sono inoltre presenti centri antifumo per sostenere coloro che decidono di smettere di fumare.

PARTE TERZA

I Servizi e l'Immagine di Salute della Valdera

3. I SERVIZI E L'IMMAGINE DI SALUTE: LE PROBLEMATICHE E LE RISORSE

In questa sezione sono presentati alcuni dati specifici per gruppi di popolazione.

La popolazione della Valdera è stata segmentata longitudinalmente:

- Prima Infanzia
- Seconda Infanzia, Adolescenti e Giovani
- Adulti
- Anziani

e in gruppi riferiti a problematiche specifiche corrispondenti ad aree di intervento proprie e caratteristiche del sistema dei servizi:

- Disabilità
- Salute Mentale
- Dipendenze
- Immigrazione
- Povertà

Per ognuno dei nove segmenti di popolazione sono riportati alcuni

- dati di tipo demografico o di accesso ai servizi
- una sintesi dei principali servizi pubblici del territorio
- la sintesi delle problematiche emerse nell'Immagine di Salute e la scheda conclusiva dei gruppi tecnici di lavoro con i quali è stata costruita l'Immagine di Salute stessa.

Il documento **Immagine di Salute** è stato elaborato attraverso la costituzione di nove Gruppi Tecnici di Lavoro multiprofessionali – corrispondenti ai nove gruppi di popolazione elencati - che hanno avuto il compito di individuare, per ciascun gruppo di popolazione considerato, le problematiche di salute prioritarie ed emergenti sul territorio della Valdera.

Ogni Gruppo Tecnico di Lavoro è stato costituito a partire da quell'esigenza di integrazione da cui origina la sperimentazione stessa della Società della Salute ed ha visto quindi la partecipazione di componenti professionali e competenze di diversa provenienza, dal settore pubblico – Comuni, Asl e Provincia – e privato – Terzo Settore – dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e dal Servizio Sanitario e Sociale Territoriale, dalla componente politica e tecnica dei Servizi Sociali e Educativi dei Comuni.

COMPOSIZIONE TIPO DI OGNI GRUPPO TECNICO DI LAVORO

Due rappresentanti del Servizio Sanitario Territoriale
Due rappresentante del Servizio Sociale
Un rappresentante dei Dipartimenti interessati all'area di lavoro (Prevenzione, Tossicodipendenze, Salute Mentale)
Un medico di medicina generale o un pediatra
Un rappresentante tecnico delle Amministrazioni Comunali
Un rappresentante politico delle Amministrazioni Comunali
Un rappresentante della Provincia
Un rappresentante di altre istituzioni interessate dall'area di lavoro
Cinque/Sei rappresentanti del Terzo Settore
Un membro della Segreteria Tecnica

Ciascun gruppo ha lavorato in un percorso di individuazione e selezione dei problemi prioritari del territorio, attraverso la partecipazione attiva, assidua e proficua di tutte le componenti, in un confronto che ha condotto alla condivisione dei risultati presentati nell'Immagine di Salute.

LE PROBLEMATICHE

Da una lettura sinottica dei documenti prodotti dai gruppi di lavoro emergono una serie di problemi trasversali alle diverse aree di intervento, che riportiamo in sintesi:

1. Integrazione dei servizi

Questo problema viene riportato in maniera sistematica e analizzato nelle sue sfumature e diverse implicazioni da tutti i gruppi di lavoro. Non si tratta di un vero problema di salute, quanto piuttosto

di una necessità organizzativa finalizzata alla qualità e all'appropriatezza dei servizi.

Si avverte generalmente da parte di tutte le componenti dei gruppi e da tutte le aree di lavoro la necessità di costruire sistemi di coordinamento dei servizi e delle professionalità stabili:

- in cui le procedure vengano condivise e si possano costruire dei percorsi assistenziali integrati che seguano le persone attraverso i servizi;
- che vedano nel medico di medicina generale e nel pediatra un nodo assolutamente centrale della rete di cura;
- che consentano la presa in carico efficace e continuativa nel tempo, soprattutto delle situazioni che richiedono percorsi assistenziali lunghi – es. quelli della disabilità, della salute mentale, delle patologie croniche;
- che permettano la tempestività dell'intervento nei casi di emergenza sociale

L'integrazione e il coordinamento tra i servizi consentono inoltre:

- una migliore accessibilità dei servizi per il cittadino;
- la possibilità da parte di chi raccoglie la prima richiesta di aiuto di operare gli opportuni invii/accompagnamenti

Alcuni servizi sembrano risentire di maggior difficoltà di integrazione. In particolare

- i servizi che fanno riferimento alla Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- l'Ospedale per quanto riguarda la problematica delle dimissioni precoci e programmate e per la necessità di una maggior integrazione con il sistema di assistenza sanitaria territoriale, in particolare con il Medico di Medicina Generale e con il sistema che realizza l'assistenza domiciliare, sanitaria e sociale. A questo proposito si suggerisce l'apertura di un apposito tavolo di confronto.

Si riconosce inoltre la necessità di integrare nei sistemi permanenti di coordinamento dei servizi anche istituzioni, agenzie e realtà non immediatamente afferenti all'ambito socio-sanitario, ma ad esso strettamente connesse: la Scuola e le agenzie formative ed educative, il mondo del lavoro e le istituzioni che ad esso si riferiscono, etc.

Sempre attinenti all'integrazione sono i suggerimenti di uniformare i sistemi di rilevazione e documentazione delle situazioni di difficoltà, di bisogno e di malessere, con sistemi informatizzati facilmente implementabili, consultabili e trasferibili.

Tra le strategie che mirano a promuovere l'integrazione tra i vari servizi, oltre la necessità di predisporre strutture organizzative specifiche, e anche modelli innovativi della gestione della medicina generale, vengono sottolineate l'utilità e il valore:

- di percorsi di formazione comuni, ai quali partecipano le diverse professionalità che fanno riferimento a un'area di lavoro;
- del potenziamento di tutte le forme di informazione e comunicazione, tra gli operatori dei servizi e tra questi e il cittadino, anche attraverso
 - la creazione di punti unici informativi;
 - la diffusione di carte dei servizi

2. Problemi connessi al diritto alla casa e al lavoro

La tutela del diritto alla casa e al lavoro è un problema che attraversa tutte le aree di lavoro considerate, in quanto le crescenti difficoltà che si registrano, anche in Valdera, a proposito di questi due temi, hanno ripercussioni che coinvolgono tutta la popolazione.

Pertanto se la casa e il lavoro diventano problemi generali, necessariamente si accentuano nelle fasce che per motivi diversi manifestano difficoltà e fragilità; diventano così nodi problematici essenziali nell'area delle dipendenze, della salute mentale, della disabilità, delle povertà, andando a determinare anche segmenti di cosiddette nuove povertà: famiglie giovani, anziani, nuclei familiari monoparentali, e investendo così anche aree di lavoro quali l'infanzia e le responsabilità familiari, i giovani, il mondo adulto in generale, gli anziani.

Le strategie per affrontare tali problematiche fanno ancora e necessariamente riferimento a un'ottica di rete, di integrazione tra le diverse risorse e competenze all'interno dei servizi pubblici, tra queste e le altre istituzioni e il privato sociale e non solo. Le proposte sono varie e diversificate (Si rinvia in particolare alla

scheda elaborata dal Gruppo Tecnico Povertà, che maggiormente si è concentrato sui problemi della casa e del lavoro).

In particolare per quanto riguarda il lavoro i gruppi Disabilità, Salute Mentale e Dipendenze condividono la necessità di sviluppare una articolazione delle risposte al problema dell'occupazione che vada nella direzione della gradualità e della differenziazione degli interventi di progressivo accompagnamento e inserimento lavorativo, corrispondente alle effettive possibilità e bisogni del cittadino: da occasioni di terapia occupazionale, a esperienze di ergoterapia, fino al tutoraggio, alle borse lavoro e agli inserimenti lavorativi veri e propri.

3. Sostegno alla genitorialità e alle famiglie

La famiglia viene riconosciuta da parte di molti gruppi come un nodo centrale verso cui dirigere servizi e azioni di sostegno; il sostegno alla genitorialità appare come una priorità per quei gruppi che hanno preso in considerazione l'età evolutiva, come intervento essenziale in grado di prevenire e ridurre molte cause di malessere vissute dai minori, ma anche dal nucleo familiare nella sua complessità; anche gruppi che hanno considerato tematiche specifiche, come la disabilità e la salute mentale, o gli anziani, vedono nella famiglia da un lato una risorsa, dall'altro riconoscono la carenza di servizi specifici di sostegno e accompagnamento (servizi di consulenza, di sostegno psicologico, gruppi di auto-aiuto) soprattutto nei casi di problematiche che, per caratteristiche di cronicità e/o gravità, la segnano profondamente.

Le proposte anche in questo caso suggeriscono la realizzazione di interventi:

- coordinati
- duraturi nel tempo
- capillari
- precoci

A proposito della precocità si sottolinea l'importanza di cogliere il più possibile l'opportunità del momento nascita, per impostare percorsi di accompagnamento e assistenza che vadano oltre l'evento

specifico del parto, e che consentano di affrontare anche la problematica crescente della solitudine delle madri e della depressione nella fase post-partum.

4. Problema della solitudine, dell'isolamento

- a. *Carenza di spazi di socializzazione e aggregazione informale, di opportunità per il tempo libero*
- b. *Gestione della quotidianità*

Connesso alla problematica precedente è il tema della solitudine e dell'isolamento, lamentato anche in questo caso da diversi gruppi e prospettive di osservazione.

Lo stile di vita che sempre più caratterizza le nostre società tende a ridurre la possibilità di creare e rafforzare i legami che costituiscono le reti naturali di sostegno di ogni persona.

Tale assenza di opportunità di incontro, socializzazione e quindi sperimentazione di relazioni positive e di sostegno, se da un lato impoverisce le risorse di ogni cittadino, spingendo verso un sistema che tende a professionalizzare ogni tipo di risposta ai bisogni quotidiani – e in questo senso ci viene segnalata dal gruppo della Prima Infanzia e delle Responsabilità Familiari - diventa poi ragione di estrema difficoltà e fattore assolutamente critico

- in momenti particolari del ciclo di vita, quando il confronto e l'incontro con gli altri costituiscono un bisogno essenziale per la costruzione della propria identità (età adolescenziale e giovanile); o quando la possibilità di stare insieme agli altri diventa un bisogno e un motivo di mantenimento e valorizzazione delle proprie capacità e competenze (terza età).
- per le fasce della popolazione più facili alla fragilità: famiglie immigrate, famiglie monoparentali, anziani, persone disabili, persone con problemi di salute mentale, etc., che faticano a trovare spazi di relazione affettiva e di sostegno "normali", che consentano la gestione dei loro problemi – spesso non necessariamente acuti - nella quotidianità, nell'ordinarietà della vita, al di fuori del momento dell'emergenza.

5. Problemi connessi al fenomeno dell'immigrazione

Le problematiche specifiche connesse all'immigrazione, oltre ad essere specificatamente segnalate dal gruppo che si è occupato di tale tema, attraversano trasversalmente anche altri gruppi, in particolare quello dell'infanzia e delle responsabilità familiari, quello della salute mentale e delle povertà.

In particolare si segnalano problemi derivanti dalla diversità di lingua e cultura

- per la cura, anche specificatamente di tipo sanitario, delle persone, in particolare dei bambini e delle donne, e di quanti presentano problemi di salute mentale;
- per l'inserimento dei nuclei familiari, a partire dai percorsi educativi, fino ai percorsi più complessi di integrazione sociale.

6. Nuove povertà

a. *Nuove configurazioni familiari – nuclei monoparentali con particolari difficoltà per le donne*

Si segnalano da più parti bisogni connessi alle situazioni sempre più diffuse di nuclei familiari monoparentali, in cui sono presenti bambini, spesso in carico alla sola madre, che si trova a dover gestire la cura dei bambini e il lavoro, magari in condizioni di precarietà.

b. *Anziani*

Anche gli anziani costituiscono una nuova categoria a rischio di povertà, essenzialmente in ragione della perdita di valore delle pensioni, correlata ai problemi del mercato della casa, o connessa a costi eccessivi di alcuni tipi di cure mediche o assistenza alla persona.

7 Carenza di servizi

Si rilevano in particolare carenze:

a. *Nell'area della psicologia e neuropsichiatria infantile*

Da parte dei gruppi che si sono occupati dell'età evolutiva viene segnalata la difficoltà a usufruire dei servizi relativi a queste specialità, o a interagire in maniera integrata con tali risorse. La carenza di organico e di strutture organizzative che consentano una maggior possibilità di risposta tali connessioni viene d'altra parte confermata dai partecipanti al gruppo della Salute Mentale.

b. *Dell'Assistenza Domiciliare*

La scelta della cura domiciliare come obiettivo strategico viene confermata da parte dei gruppi maggiormente interessati da tale metodologia (Anziani e Salute Mentale, ma anche Adulti)

Si suggeriscono

- il potenziamento, l'integrazione e la diversificazione dei livelli di assistenza (considerando le varie tipologie di Assistenza Domiciliare presenti sul territorio)
- la sperimentazione di modelli gestionali e operativi innovativi (assistenza leggera, buoni servizio, etc.)

c. *Della cura per le patologie croniche e degenerative*

Già anticipato a proposito della famiglia, e strettamente connesso al punto precedente dell'Assistenza Domiciliare è il tema della cura per le patologie croniche e degenerative, in particolare l'Alzheimer, che viene avvertito come problema dominante dal gruppo Anziani, per le forti implicazioni nella complessità dell'assistenza, e che necessariamente non vede nell'assistenza domiciliare l'unica possibilità di risposta, ma coinvolge anche l'ospedale e le strutture di accoglienza diurne, semiresidenziali e residenziali, temporanee e non.

d. *Della riabilitazione* – in particolare per la disabilità in età evolutiva e per gli anziani

Si segnala la necessità di un potenziamento dei servizi di riabilitazione, sia domiciliari che non per le diverse fasce d'età e i differenti bisogni.

8. Emergenze ed urgenze sociali

Il problema della gestione dell'emergenza sociale viene segnalato da più gruppi. Se da un lato l'emergenza sanitaria sembra trovare una risposta abbastanza soddisfacente attraverso le strutture ospedaliere, quella sociale necessita di un sistema di allerta e integrazione delle diverse professionalità e competenze che al momento trova difficoltà ad esplicarsi con tempestività e efficacia.

9. Bisogno di strutture di accoglienza residenziali diversificate per le varie necessità

Connesso con il precedente, ma riferito in particolare alle aree di intervento Anziani e Salute Mentale emerge il bisogno di razionalizzare e diversificare l'offerta della rete delle strutture di accoglienza di tipo residenziale, per far fronte

- ai problemi correlati con le dimissioni precoci dall'ospedale di persone che non si trovano ancora in condizione di non autosufficienza;
- ai problemi legati al ricovero di persone con patologie degenerative, quali l'Alzheimer;
- all'ospitalità di persone con problemi di salute mentale in condizione di subacuzie, giovani, o anziane (problema del "dopo di noi" anche per la Salute Mentale).

La proposta è quella di differenziare le tipologie di accoglienza per dimensione, caratteristiche di intensità di cura e durata del periodo di ricovero, con un'offerta che va da gruppi appartamento, a moduli specifici in RSA, a strutture per il Dopo di Noi, a Ospedale di Comunità, Hospice, etc.

10. Necessità di razionalizzare e regolamentare i servizi di trasporto

Tale necessità viene espressa in ragione dell'attuale frammentazione del servizio di trasporto e delle recenti difficoltà emerse dall'applicazione del regolamento per i trasporti sanitari della Regione Toscana.

11. Problema della certezza e della distribuzione delle risorse

Il problema delle continuità delle risorse e dei criteri per la loro ripartizione tra i diversi settori di intervento viene segnalato con forza da più gruppi, con particolare attenzione dal gruppo Adulti e Anziani, anche se rispetto a questa tematica non emergono particolari indicazioni strategiche

LE RISORSE

Se guardiamo alle risorse individuate dai vari gruppi, vi è ancor più omogeneità di risposta.

Viene infatti riconosciuto un grande valore ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari del territorio, in tutte le loro articolazioni. Viene inoltre riconosciuto il ruolo centrale che assumono i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta come risorsa per la gestione della salute territoriale e come nodo centrale anche per ulteriori sviluppi.

In particolare si individua in più gruppi l'Ospedale come una risposta efficace, soprattutto per la gestione dell'emergenza.

Anche le altre Istituzioni e Enti Pubblici – Comuni, Provincia, Scuola – vengono riconosciute come una risorsa essenziale da cui partire per processi di miglioramento e sviluppo, che come indicato precedentemente, consistono essenzialmente in modelli organizzativi integrati.

Unanimente poi si individua nel Terzo Settore (Associazioni per un verso, Cooperative Sociali dall'altro) una risorsa essenziale e fondamentale per lo sviluppo della salute del territorio, anch'essa da integrare maggiormente nel sistema dei servizi e delle opportunità.

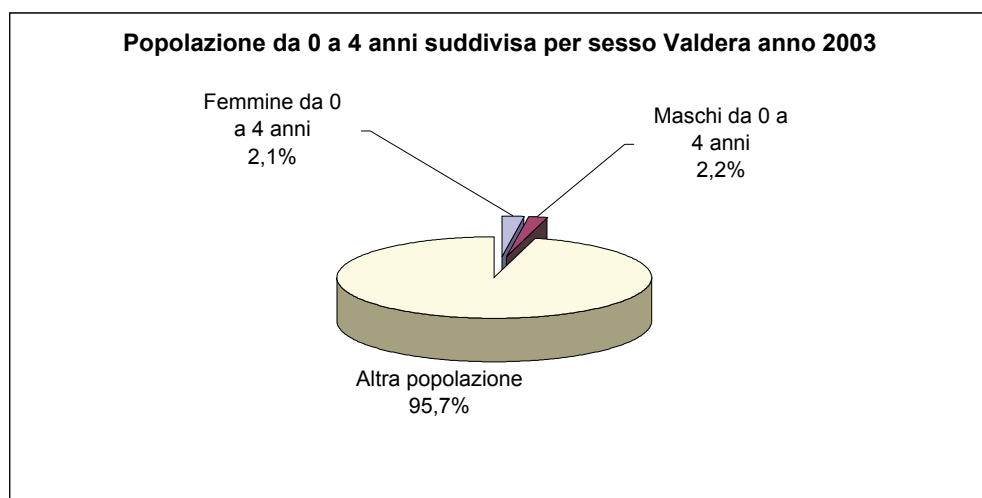
Alcuni gruppi formalmente, altri in maniera informale, hanno segnalato come risorsa gli stessi Gruppi Tecnici di Lavoro, avviati con questa esperienza della rilevazione dell'Immagine di Salute, che si sono presentati come un primo momento di incontro, confronto e integrazione delle diverse professionalità e competenze, dichiarandosi interessati e disponibili e proseguire con tale metodologia di lavoro.

Una nota infine sul sistema della solidarietà diffusa, dei gruppi naturali di sostegno, anch'essi riconosciuti come potenziale risorsa, da valorizzare e sostenere con interventi opportuni e specificamente mirati.

3.1 Prima infanzia e responsabilità familiari

3.1.1 Alcuni macrodati di sintesi

Al 31/12/2003 la popolazione della Valdera contava nell'età tra 0 e 4 anni un numero di 4.687 bambini (2.407 maschi e 2.280 femmine) pari a circa il 4,3% della popolazione. Tale dato è intermedio tra quello toscano (dove la popolazione 0-4 anni rappresenta il 4,0% del totale) e quello nazionale dove risulta pari al 4,6%.



Per la Zona Valdera nel periodo 1996-2000 il tasso di natalità evidenzia un andamento crescente e valori superiori sia alle medie ASL 5 sia al valore della Toscana (fonte Relazione Sanitaria 2004).

Natalità periodo 1996-2000

Anno	Zona Valdera	USL 5	Regione Toscana
1996	7,61	7,07	7,31
1997	8,22	non disponibile	7,57
1998	7,78	non disponibile	7,60
1999	8,29	7,63	7,67
2000	8,81	7,83	8,00

I dati Istat al 31/12/2002 confermano il trend suddetto, indicando per la Zona Valdera un tasso di natalità di 9,00 contro un valore di 8,38 a livello di Regione Toscana.

Come già evidenziato nella parte prima del presente documento, i dati ed i trend nazionali sulle nascite (dati Istat "L'Italia in cifre 2004") ci indicano che:

- ✓ il numero medio di figli per donna, pari nel 2001 a 1,2 figli, è previsto in crescita fino a raggiungere nel 2010 un valore di 1,4 figli.
- ✓ l'età media della madre al primo parto nell'anno 2001, pari a 28,1 anni (contro i 27,1 dell'anno 1991) è prevista in ulteriore crescita fino a raggiungere i 30,8 anni nell'anno 2010.

LA SITUAZIONE DELLE FAMIGLIE

Nel periodo 1997 – dicembre 2003 i dati evidenziano un incremento del numero delle famiglie residenti che ha interessato tutti i comuni della zona Valdera, ad eccezione di Lajatico. L'incremento maggiore nel periodo considerato ha interessato Ponsacco (+962) e Pontedera (+890). Il numero totale delle famiglie residenti in Valdera al 31/12/2003 è stimato in 41.665.

Anche la Valdera è interessata dal fenomeno della nuclearizzazione della famiglia (contrazione del numero medio di componenti), fenomeno divenuto ormai strutturale sia in Italia sia più in generale nei paesi europei. La dimensione media dei nuclei familiari della Valdera è passata da 2,8 nell'anno 1996 a 2,6 nell'anno 2003. Prevvalgono infatti i nuclei familiari composti da due componenti, che rappresentano quasi il 29% del totale, seguiti da famiglie composte da tre componenti.

La tabella seguente illustra la situazione dei nuclei familiari in Valdera al 31/12/2003.

Composizione nuclei familiari in Valdera al 31.12.03		
Numero componenti	Totale nuclei familiari	Percentuale sul totale
2 componenti	11.894	28,55%
3 componenti	10.453	25,09%
1 componente	9.219	22,13%
4 componenti	7.563	18,15%
5 componenti	1.804	4,33%
6 o più componenti	732	1,76%

3.1.2 I servizi disponibili sul territorio

I servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, della Vadera, rivolti alla prima infanzia (0-3 anni) e al sostegno delle responsabilità familiari sono costituiti essenzialmente da:

- Percorso Materno Infantile e attività di Consultorio (PAP test, tamponi vaginali, preparazione alla nascita, libretti di gravidanza, consultorio giovani, vaccinazioni...)

All'interno del percorso è prevista una finestra di ascolto e consulenza per le neo-madri che si realizza attraverso un progetto del Piano Sociale di Zona all'interno del reparto di Ostetricia dell'Ospedale Lotti di Pontedera.

- Formazione dei genitori: corsi di formazione di confronto e di sostegno alla genitorialità per neo-genitori e genitori di bambini da 0 a 3 anni, corsi di massaggio infantile, laboratori e atelier, spazi gioco bambini-genitori che si realizzano in collaborazioni con gli asili nido del territorio.
- Mediazione familiare per genitori in corso di separazione.
- Interventi per l'integrazione delle persone deboli o a rischio di esclusione rivolti a nuclei familiari con particolari difficoltà, attraverso la presa in carico e la realizzazione di progetti specifici a carico del Servizio Sociale.
- Casa di accoglienza per convivenza guidata per giovani madri con figli, e ricoveri presso case di accoglienza per madri con bambini.
- Servizio di Asili Nido (attraverso 17 strutture tra pubbliche e private accreditate) che contribuiscono alla copertura quasi completa del fabbisogno del territorio (per un'utenza complessiva di 484 bambini nell'anno 2004/2005 e una lista di attesa quasi azzerata).
- Contributi economici a sostegno della maternità, a integrazione del reddito familiare e delle rette per gli asili nido.
- Pediatria di libera scelta, ormai a quasi completa copertura del territorio, o consultorio pediatrico là dove ancora non sia presente.

Molti di questi servizi e altri quali

- Servizio di Affidamento Familiare
- Servizio Adozioni

si intersecano necessariamente con l'area dei Diritti dei Minori di cui trattiamo nel capitolo successivo.

3.1.3. I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

I bisogni che emergono dalla comunità locale attraverso l'immagine di salute realizzata per l'area della prima infanzia e responsabilità familiari sono principalmente legati alla necessità di una integrazione della rete dei servizi.

Si evidenzia in particolare per questo ambito di intervento l'assenza di un ruolo pubblico di coordinamento di tutti i servizi per la prima infanzia e le responsabilità familiari. L'ampiezza e la varietà di interventi nell'area delle responsabilità familiari e dei diritti dei minori rende infatti disponibili molte opportunità che non risultano però facilmente fruibili dai cittadini.

Appare quindi necessario porre una particolare attenzione all'informazione verso il cittadino sulle risorse/servizi/opportunità presenti sul territorio e potenziare la comunicazione tra i servizi, per migliorare le relazioni interne, non duplicare gli interventi, orientare ed inviare opportunamente.

Una richiesta che emerge dal territorio è quella di un supporto alla genitorialità da realizzarsi

- attraverso la ricostruzione di reti naturali di sostegno per le famiglie (con specifico riferimento all'integrazione delle famiglie immigrate) e alle madri nella fase post-partum;
- attraverso interventi di formazione e accompagnamento per i genitori (finalizzati ad acquisire competenze in relazione alla cura di base del bambino, alla corretta alimentazione, alla prevenzione degli incidenti domestici, alle fasi di sviluppo ecc.).

Le problematiche emergenti e spesso poco evidenti di quest'area fanno riferimento alla crescita delle famiglie monoparentali, alla presenza anche nel nostro territorio di situazioni sommerse di violenze intrafamiliari, alla salute mentale, alla cura dei bambini immigrati, anche attraverso la pediatria, per ragioni culturali e linguistiche.

Si segnalano inoltre specifiche esigenze di un potenziamento di alcune tipologie di servizi/opportunità (servizio di psicologia e neuropsichiatria infantile, specialità pediatriche negli ambulatori territoriali, creazione di spazi per il tempo libero dedicati a bambini e genitori).

I servizi esistenti sul territorio (operatori e servizi socio-sanitari e del presidio ospedaliero in relazione all'area materno infantile) sono giudicati come punti di forza, che potrebbero essere ulteriormente migliorati attraverso lo sviluppo di un maggiore coordinamento delle varie attività.

3.1.4 GTL prima infanzia e responsabilità familiari: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Integrazione rete dei servizi:
 - a. Si rileva una carenza di integrazione e coordinamento tra i servizi, in particolare:
 - l'assenza di un ruolo pubblico di coordinamento di tutti i servizi per la prima infanzia e le responsabilità familiari
 - la difficoltà di coordinarsi tempestivamente e efficacemente con i servizi che fanno riferimento alla psicologia e alla neuropsichiatria
 - la mancanza di protocolli di intesa e di relazioni efficaci tra i vari servizi, sia interni all'Azienda Sanitaria che con le altre istituzioni e organizzazioni esterne (Scuola, Privato Sociale, etc.)Tale carenza di integrazione conduce a
 - Difficoltà da parte del cittadino ad accedere ai servizi giusti, evitando inutili trafilte
 - Difficoltà da parte di chi raccoglie la prima richiesta di aiuto ad operare gli opportuni invii/accompagnamenti
 - Difficoltà nella gestione tempestiva delle emergenze sociali che consenta il rispetto dei diritti del minore e della famiglia
 - b. Carenza di formazione comune ai vari operatori dei diversi servizi (sanitari sociali, pubblici, privati)
 - c. Carenza e disorganicità dell'informazione
 - Verso il cittadino, sulle risorse/servizi/opportunità presenti sul territorio
 - Tra i servizi, per migliorare le relazioni interne, non duplicare gli interventi, orientare ed inviare opportunamente
2. Sostegno alla genitorialità
 - a. Sostegno alle madri nella fase post-partum
 - b. Necessità di interventi volti alla riduzione della solitudine e alla ricostruzione di reti naturali di sostegno per le famiglie con particolare riferimento all'integrazione delle famiglie immigrate
 - c. Necessità di interventi di formazione e accompagnamento per i genitori specificatamente finalizzati a:
 - La cura di base del bambino
 - La corretta alimentazione
 - La prevenzione degli incidenti domestici
 - Le fasi di sviluppo e diritti e bisogni dei bambini e dei genitori
 - I tempi dei bambini e dei genitori
 - I modelli di comportamento per l'inserimento sociale
 - d. Rafforzare gli interventi specifici per la tutela dei diritti della donna nella maternità (es. del parto anonimo)
3. Sostegno al disagio e ad alcune problematiche emergenti
 - a. Difficoltà nell'individuazione e nella successiva presa in carico di problemi legati alle violenze intrafamiliari
 - b. Difficoltà di emersione di problemi legati alla salute mentale per tabù culturali
 - c. Difficoltà di cura dei bambini immigrati (culturali e linguistiche)
 - d. Difficoltà a reperire posti per l'inserimento dei bambini con handicap o con difficoltà di altra natura urgenti al nido
 - e. Difficoltà delle situazioni familiari monoparentali

4. Carenza di alcune tipologie di servizi/opportunità:
 - a. Servizio pubblico di psicologia e neuropsichiatria infantile (liste di attesa)
 - b. Servizi per il tempo libero per bambini e genitori: spazi attrezzati, occasioni di socializzazione...
 - c. assenza delle specialità pediatriche nei poliambulatori territoriali

Ulteriori problemi segnalati

5. Problema della certezza e continuità delle risorse

Possibili soluzioni proposte

1.
 - a. Protocolli di intesa, procedure condivise, percorsi assistenziali e eventuale struttura organizzativa – tipo consultoriale - di coordinamento pubblico che coinvolga tutti gli enti che erogano servizi: Asl, Pediatri, Comuni, Terzo Settore.
 - b. Sistemi di informazione efficace tra tutti i nodi della rete sulle risorse/servizi/opportunità presenti, che tengano particolarmente in considerazione i pediatri come nodo centrale della rete dei servizi
 - c. Percorsi formativi comuni tra gli operatori dei diversi servizi – sociali, sanitari, educativi pubblici, privati, pediatri di libera scelta.
2.
 - a. Interventi di formazione e accompagnamento alla responsabilità genitoriale non sporadici ma costanti nel tempo, capillari sul territorio, coordinati, il più possibile precoci, che intercettino soprattutto i genitori maggiormente in difficoltà
 - b. Interventi specifici nella fase del post-partum: assistenza a domicilio, colloqui per l'allattamento, sostegno per la prevenzione o il superamento della depressione
 - c. Interventi di promozione della rete informale di solidarietà delle comunità locali – educatori di quartiere
3. Mediatori culturali di sostegno ai pediatri
4. Potenziamento organico delle strutture carenti

Punti di forza e risorse rilevate

1. Coordinamento pedagogico dei servizi per l'infanzia
2. Buona base di servizi con personale che viene costantemente formato e aggiornato
3. Corsi di preparazione al parto
4. Ospedale – buona funzionalità
5. Esperienze consolidate di formazione e accompagnamento dei genitori

Possibili sviluppi proposti

1. Sviluppare il modello del coordinamento pedagogico, attraverso l'integrazione delle componenti sociale e sanitaria
2. Sviluppare le esperienze di formazione comune, anche a partire dai corsi di aggiornamento dei pediatri o degli altri operatori dei servizi
3. Sviluppare i corsi di preparazione al parto in percorsi nascita più ampi che accompagnino il nucleo familiare prima e dopo la nascita del bambino e si connettano alla rete dei servizi del territorio
4. Progettare modalità di accompagnamento della genitorialità che raggiungano anche le situazioni più difficili e le famiglie più problematiche

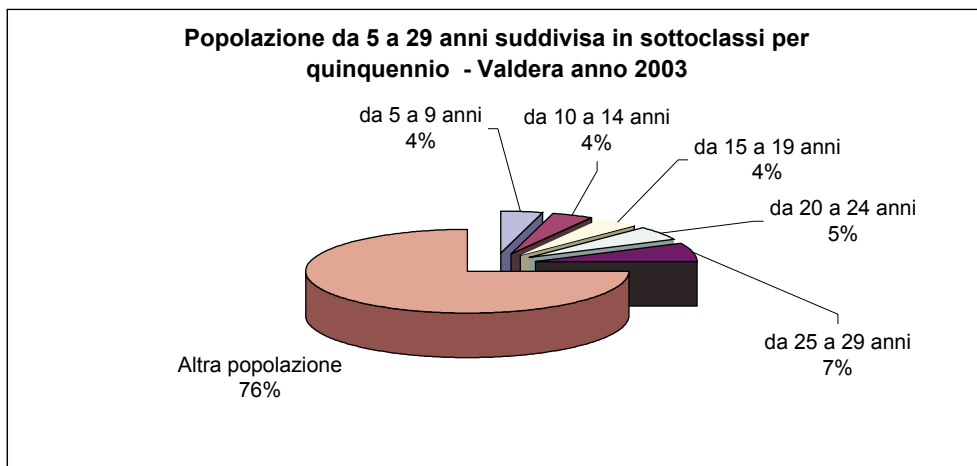
3.2 Seconda infanzia, adolescenti e giovani

3.2.1 Alcuni macrodati di sintesi

Al 31/12/2003 risultano collocati nella fascia di età tra i 5 ed i 29 anni 27.083 persone, pari a circa il 24,9% della popolazione.

La struttura al 31/12/2003 suddivisa per quinquennio indica i seguenti dati:

- ✓ i bambini nella fascia tra i 5 ed i 9 anni risultano 4.413, pari al 4,1% circa della popolazione
- ✓ i ragazzi tra i 10 ed i 14 anni risultano 4.631, pari al 4,3% circa della popolazione
- ✓ gli adolescenti tra i 15 ed 19 anni risultano 4.636, pari al 4,3% della popolazione
- ✓ i giovani tra i 20 ed i 24 anni risultano 5.605, pari al 5,2% circa della popolazione
- ✓ i giovani tra i 25 ed i 29 anni risultano 7.798, pari al 7,2% circa della popolazione



Il dato della Valdera è intermedio tra quello toscano (dove la popolazione 5-29 anni rappresenta il 23,5% del totale) e quello nazionale dove risulta pari al 27,57% (dati riferito al gennaio 2003).

3.2.2 I servizi disponibili sul territorio

Per quanto riguarda i servizi dell'area dei Diritti dei Minori, oltre ai già citati servizi di sostegno alla prima infanzia e alle responsabilità familiari, che si intersecano con quest'area, quali l'affidamento familiare e le adozioni, sono presenti sul territorio:

- Servizi di tipo residenziale per minori:
 - ovvero ricoveri di minori presso Centri di Accoglienza e Case Famiglia
 - Centro di Accoglienza di Via Manzoni a Pontedera, che attualmente ospita prevalentemente minori stranieri non accompagnati.
- Sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale: servizi di sostegno e assistenza educativa per minori, realizzati sul territorio attraverso vari modelli che vanno dall'assistenza educativa domiciliare, all'accompagnamento e inserimento nelle strutture e centri gioco del territorio, al lavoro di gruppo al sostegno scolastico nel pomeriggio.
- Attività ricreative, educative, sociali e culturali extrascolastiche: fanno riferimento a questo gruppo di servizi una varietà di iniziative e progetti promossi dal Piano Sociale di Zona, dalla programmazione dei singoli Comuni e in alcuni casi anche delle singole scuole:
 - ludoteche, centri gioco, ludobus, campi estivi/solari per bambini delle scuole materna/elementare/media;
 - attività di ampliamento dell'orario scolastico e di doposcuola;
 - centri di aggregazione per preadolescenti e adolescenti;
 - attività educativa di strada e territoriale;
 - corsi di formazione, laboratori e circoli di studio per adolescenti e giovani.
- Servizi di Ascolto e di Orientamento:
 - sportelli di ascolto per bambini/ragazzi/adolescenti in ambito scolastico;
 - sportelli Informagiovani di informazione e orientamento nell'ambito dei percorsi formativi, scolastici e di lavoro;
 - Centro di ascolto per adolescenti dell'Unità Funzionale Prevenzione delle Dipendenze.
 - Consultorio Giovani;

- Attività di prevenzione delle tossicodipendenze all'interno della scuola (Progetto Corsoconcorso del Piano Sociale di Zona e altre iniziative degli Istituti di Istruzione) e di Educazione alla Salute.
- Contributi economici per il diritto allo studio e prestito d'onore

3.2.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

I bisogni che emergono dalla comunità locale attraverso l'immagine di salute realizzata per l'area della seconda infanzia, adolescenza e giovani (fascia di età da 5 a 29 anni) sono molto diversificati tra loro in relazione alla fascia d'età di riferimento.

In particolare per la fascia 5-14 anni prevalgono problemi legati all'ambito familiare e scolastico; dal punto di vista sanitario viene inoltre rilevata una carenza di collegamento e coordinamento tra la pediatria di base ed i servizi specialistici.

Per la fascia d'età 14-18 anni l'attenzione è rivolta alla carenza di spazi per il tempo libero, all'emergere di stili di vita rischiosi e dannosi per la salute e di disturbi comportamentali alimentari, nevrotici e in generale di tipologie di malessere afferenti alla sfera psichica e relazionale.

Per i giovani oltre i 18 anni si pongono problemi legati, oltre che alla carenza di spazi di aggregazione per il tempo libero, anche alle difficoltà occupazionali e di carenza di percorsi e opportunità di crescita formativa che facilitino il passaggio scuola-lavoro.

Le organizzazioni ed enti presenti sul territorio (Istituzioni Scolastiche, Enti Locali, Servizio Sanitario di Base, Servizi Sanitari specialistici, il Servizio Sociale, CRED, Associazionismo, Università, Provincia, Informagiovani, mercato del lavoro) sono vissuti come importanti punti di forza, che necessiterebbero però di un maggiore coordinamento e di una maggiore condivisione delle finalità e strategie di intervento.

3.2.4 GTL seconda infanzia adolescenti e giovani: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

fascia d'età 4 – 14 anni:

1. problemi riscontrabili nell'ambito familiare e scolastico: ai disagi e alle difficoltà familiari e/o scolastiche non corrisponde un concreto aiuto dei servizi;
2. assenza di collegamento e coordinamento fra pediatria di base, servizi specialistici (psicologia, neuropsichiatria infantile, terapia della riabilitazione) e servizi socio-sanitari in genere presenti sul territorio; mancanza dei pediatri specialisti a cui fare invii mirati; lunghe liste d'attesa per alcuni servizi (in particolare logopedia);
3. ridotta attenzione delle scuole ai problemi legati al disagio e assenza di interventi efficienti che le coinvolgano rendendole attive e propositive nei progetti di prevenzione e di aiuto.

fascia d'età 14 – 18 anni:

1. assenza di spazi (servizi che favoriscano l'aggregazione e la socializzazione) e di proposte per il tempo libero;
2. scarsa "partecipazione" degli adolescenti;
3. incremento dell'assunzione di "stili di vita" rischiosi e dannosi per la salute (uso di sostanze, bullismo, ecc.);
4. aumento dei disturbi comportamentali, dei disturbi alimentari, di vissuti nevrotici e di molte altre tipologie di malessere afferenti la sfera psichica e relazionale.

fascia 18 anni e oltre

1. difficoltà a collocarsi nella società al termine del percorso scolastico (disoccupazione, mancanza di opportunità di crescita formativa, ecc.);
2. assenza di spazi e di proposte per il tempo libero (centri di aggregazione autogestiti);
3. assenza di servizi strutturati con caratteristiche ed organizzazione adeguata.

Possibili soluzioni proposte

fascia d'età 4 – 14 anni:

1. ricognizione delle risorse esistenti con potenziamento, consolidamento ed estensione delle "buone prassi" che hanno portato alla realizzazione di servizi efficaci;
2. attivazione di interventi e servizi diffusi e stabili per il tempo libero;
3. sostegno alle famiglie e agli adolescenti anche tramite un maggiore coinvolgimento dei pediatri ed un potenziamento dei servizi specialistici;
4. maggiore informazione e coinvolgimento diretto e partecipato della scuola nei progetti di prevenzione e promozione dell'agio.

fascia d'età 14 – 18 anni:

1. creazione di spazi, servizi e proposte per il tempo libero non isolati, ma in rete fra loro, gestiti con processi di accompagnamento in cui "l'informalità" rappresenta il metodo di lavoro, in cui sia dato massima spazio ai vissuti relazionali di ognuno, all'ascolto e quindi, alla espressione e lettura del bisogno;

2. rilevazione e analisi dei bisogni attraverso uno strumento di ricerca condiviso fra tutte le realtà organizzate che si occupano di adolescenza;
3. attivazione di forme di partecipazione guidate anche attraverso il coinvolgimento della Scuola, degli Enti Locali, delle Associazioni (consulte giovanili, esperienze di autogestione guidata, ecc.).

fascia 18 anni e oltre

1. attivazione di percorsi che facilitino la relazione scuola-lavoro, di percorsi formativi e di crescita professionale;
2. creazione di centri giovanili autogestiti;
3. attivazione di servizi strutturati e organizzati in funzione non prevalentemente sanitaria, ma orientati anche verso altri ambiti del malessere più sommersi; servizi connessi fra loro come strategia organizzativa e decentrati nei luoghi naturali di aggregazione (ad esempio polo scolastico);
4. creazione di una mappa condivisa dei servizi esistenti.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Istituzioni scolastiche, Enti Locali, Servizio Sanitario di Base, Servizi sanitari specialistici, Servizio Sociale, CRED, Associazionismo;
2. Istituzioni scolastiche, Enti Locali, Servizio Sanitario di Base, Servizi sanitari specialistici, Servizio Sociale, Associazionismo;
3. Istituzioni scolastiche, Università, Provincia, Informagiovani, Mercato del lavoro, Associazioni, Enti Locali

Possibili sviluppi proposti

1. Maggiore informazione e coordinamento fra Enti/Istituzioni/Servizi/Associazioni con condivisione delle finalità e strategie di intervento;

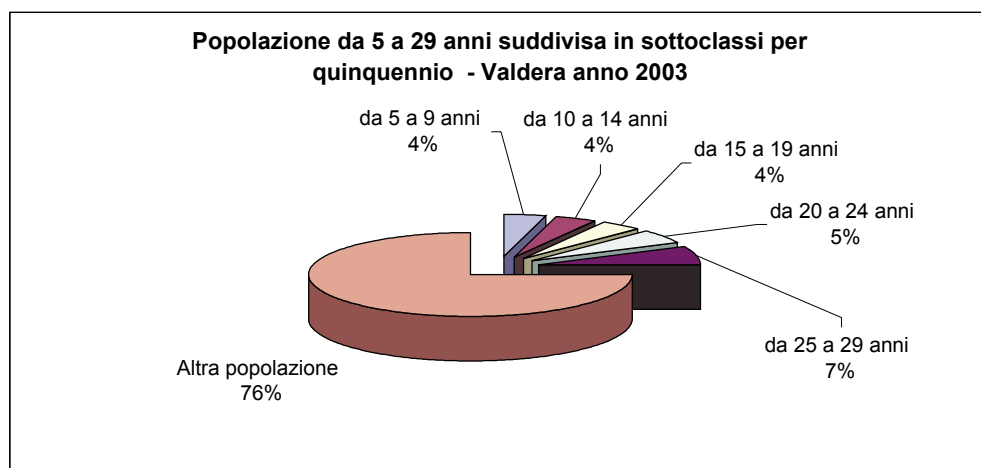
3.3 L'età adulta

3.3.1 I dati demografici

Dai dati sulla popolazione della Valdera al 31/12/2003 risultano collocati nella fascia di età tra i 30 ed i 64 anni 53.925 persone, pari a circa il 49,6% della popolazione.

La struttura al 31/12/2003 suddivisa per quinquennio indica i seguenti dati:

- ✓ nella fascia 30/34 anni 9.014 persone, pari al 8,3% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 35/39 anni 8.796 persone, pari al 8,1% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 40/44 anni 8.048 persone, pari al 7,4% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 45/49 anni 7.251 persone, pari al 6,7% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 50/54 anni 6.996 persone, pari al 6,4% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 55/59 anni 7.270 persone, pari al 6,7% circa della popolazione
- ✓ nella fascia 60/64 anni 6.550 persone, pari al 6 % circa della popolazione



La popolazione in età tra i 30 e i 64 anni comprende circa la metà di tutti gli abitanti della Valdera; la distribuzione per sesso indica una prevalenza maschile fino ai 50 anni, dopodichè la tendenza si inverte e si assiste ad una maggioranza di popolazione di sesso femminile.

3.3.2 I servizi disponibili sul territorio

Il segmento di popolazione in esame non rientra tra le categorie soggette a particolari azioni in termini di servizi socio-sanitari specificatamente dedicati.

Parlando dei servizi disponibili per questo segmento di popolazione citeremo quindi la generalità dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio della Valdera, escludendo quelli dedicati a particolari classi di età e ai gruppi target di specifici interventi di natura sociale e socio-sanitaria che in questa trattazione sono analizzati all'interno degli altri otto segmenti da noi presi in esame.

Sul territorio e nei presidi distrettuali:

- Medico di medicina generale e Guardia Medica
- Attività distrettuale:
 - Assistenza infermieristica
 - Assistenza Domiciliare Integrata Infermieristica e Sociale
 - Medicina legale
 - Profilassi delle malattie infettive tramite vaccino
 - Prelievi per le analisi chimico-cliniche e microbiologiche
 - Raccolta di sangue
 - Prestazioni di riabilitazione funzionale ambulatoriale e domiciliare
 - Prestazioni dietetiche
 - Medicina dello sport
 - Attività Consultoriale:
 - Educazione sessuale
 - Assistenza sociale
 - Assistenza psicologica
 - Consulenza e visite specialistiche ostetrico-ginecologiche
 - Interventi di prevenzione per l'individuazione precoce di tumori femminili

- Servizio 118 e di emergenza sanitaria territoriale
- Servizi di assistenza protesica, assistenza termale
- Assistenza ai non autosufficienti
- Servizi di medicina specialistica e di diagnostica strumentale
- Dipartimento della Prevenzione con Unità Funzionali di igiene e sanità pubblica alimenti e nutrizione, medicina legale e dello sport, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, sanità pubblica veterinaria

Si segnalano inoltre i Percorsi Assistenziali attivi sul territorio:

- Percorso diabetologico
- Percorso cardiologico

3.3.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

I bisogni che emergono dalla comunità locale attraverso l'immagine di salute realizzata per l'area dell'età adulta evidenziano esigenze di maggiore integrazione tra i vari servizi disponibili, ed in particolare di un miglior coordinamento tra medici di medicina generale, medici specialistici ed ospedale.

Questo miglioramento potrebbe essere ottenuto sviluppando adeguatamente i flussi informativi e le procedure di integrazione tra i vari soggetti coinvolti, anche attraverso l'adesione ai progetti che prevedono l'utilizzo di strumenti tecnologici (es. collegamenti e scambio dati per via telematica, carta sanitaria elettronica....).

Un altro punto da migliorare è stato individuato nella difficoltà da parte dell'utente nel reperire informazioni sui vari servizi disponibili e sulle loro modalità di accesso, difficoltà che potrebbe essere superata con la creazione di uno o più punti unici di informazione, facilmente accessibili, in grado di fornire indicazioni su tutti i servizi erogati.

Sempre per una maggiore informazione e tutela dell'utente si ritiene importante promuovere la diffusione delle carte dei servizi.

Una ulteriore criticità è stata individuata nella scarsità di risorse umane e materiali dedicate ad alcuni particolari servizi, che si riterebbe invece opportuno potenziare:

- servizi e strutture dedicate alle malattie croniche degenerative
- servizi di assistenza domiciliare: le richieste per questo tipo di prestazione, molto incrementate nell'ultimo periodo, sono previste in ulteriore aumento anche per il prossimo futuro.

L'offerta complessiva dei servizi disponibili sul territorio della Valdera, e la qualità degli operatori che li erogano, è giudicata buona e vissuta come punto di forza del sistema.

Importante è stato giudicato anche il ruolo delle risorse provenienti dal Volontariato e dal Terzo Settore, ed in particolare delle associazioni e organizzazioni che contribuiscono allo svolgimento di importanti servizi (sangue, tumori, diabete..), che dovranno pertanto essere sostenute nelle loro attività.

3.3.4 GTL Adulti: scheda di riepilogo principali problemi/punti di forza

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Scarsa integrazione tra i vari settori dei servizi (sociale, sanitario, enti locali, terzo settore).
2. Scarse informazioni all'utente.
3. Scarse risorse (umane e materiali) per alcuni servizi sanitari, come quelli per malattie croniche degenerative.
4. Aumentano le richieste di assistenza domiciliare e mancano risorse umane e materiali per una adeguata risposta.

Ulteriori problemi segnalati

5. Problema casa e lavoro, soprattutto per alcune fasce di popolazione:
 - lavoro, per donne oltre 40 anni con scarso titolo di studio e uomini oltre 50 anni espulsi dal mondo del lavoro
 - casa, per donne sole con figli e scarsa disponibilità economica
6. Tutela effettiva diritto di privacy e consenso informato.

Possibili soluzioni proposte

1. Migliorare i flussi informativi e le procedure di integrazione tra i vari servizi. Sviluppare e promuovere il coordinamento tra medici di medicina generale, medici specialistici e ospedale. Promuovere lo sviluppo dei progetti per la carta sanitaria elettronica.
2. Promuovere la diffusione di informazioni e delle carte dei servizi. Creare un primo punto unico di informazione per l'utente.
3. Potenziare le risorse umane e materiali per questi servizi (es. centro diabetici, ha specifici macchinari sottoutilizzati per mancanza di personale medico specializzato).
4. Potenziare il servizio sanitario per l'Assistenza Domiciliare, destinate ad incrementarsi anche nel prossimo futuro. Aumentare il collegamento in rete e la collaborazione tra le strutture esistenti (anche con terzo settore, ed in particolare con le associazioni in grado di erogare servizi e prestazioni specifiche).
5. Creare una rete di collegamento tra i vari enti sul territorio per quanto riguarda l'aspetto del lavoro (Inps, Comuni, Centro Impiego, Informagiovani...). Promuovere verso gli enti preposti iniziative specifiche per il problema casa.
6. Adeguare la logistica delle strutture fisiche in maniera da consentire la necessaria riservatezza nei colloqui. Fare azioni di sensibilizzazione degli operatori e degli utenti ad un atteggiamento adeguato.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Volontariato e terzo settore

Possibili sviluppi proposti

1. Sostenere le attività con il terzo settore, ed in particolare con le associazioni impegnate nei servizi (sangue, tumori, diabete....).

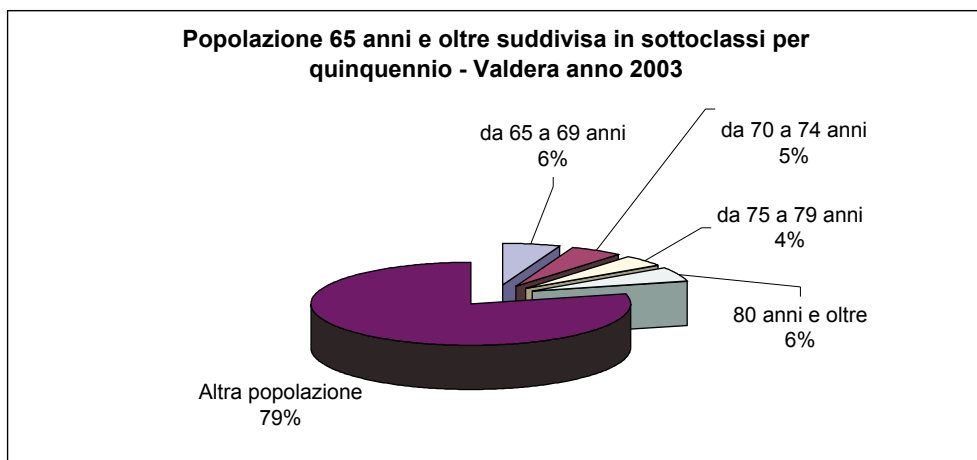
3.4 Gli anziani

3.4.1 Alcuni macrodati di sintesi

In linea con i trend nazionali delineati dall'Istat anche la Valdera è interessata da un progressivo invecchiamento della sua popolazione: l'indice di vecchiaia è passato da 164,1 nel 2000 a 167,9 nell'anno 2002. Tale dato risulta superiore a quello nazionale, pari nell'anno 2002 a 130,3 (fonte Istat).

Al 31/12/2003 risultano collocati nella fascia degli anziani di 65 anni e oltre 22.934 persone, pari a circa il 21,1% della popolazione (percentuale in linea con i valori provinciali).

La struttura della popolazione anziana al 31/12/2003 si ripartisce in maniera piuttosto omogenea tra le quattro fasce per quinquennio con una leggera prevalenza della popolazione anziana collocata nelle due fasce estreme 60-65 e oltre 80 anni.



I dati aggiornati a giugno 2002 indicano che in Valdera vivono da soli 5.815 anziani, con una concentrazione nella popolazione femminile: 4.248 anziane sole a fronte di 1.567 anziani soli.

3.4.2 I servizi disponibili sul territorio

I servizi disponibili per le persone anziane coprono le seguenti aree di intervento:

Servizi per anziani fragili:

- Interventi per l'integrazione sociale di soggetti deboli o a rischio di solitudine o isolamento (attività di pubblica utilità, attività sociali con altri anziani, etc.).
- Interventi di sorveglianza attiva a tutela degli anziani fragili in periodi critici (Estate sicura anziani per il periodo estivo).

Servizi domiciliari:

- Assistenza domiciliare sociale di tipo "leggero" (servizi di compagnia, accompagnamento, assistenza nelle incombenze quotidiane per anziani autosufficienti, o eventualmente non autosufficienti, ma che non riguardano l'assistenza alla persona) e attraverso l'utilizzo di *buoni servizio*.
- Servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) che viene erogata dalla Asl in forma diretta – con personale che si reca a domicilio – o indiretta – attraverso la concessione di un contributo economico.
- Telesoccorso

Servizi semiresidenziali:

- Centri diurni per anziani autosufficienti (La Rotta, Peccioli) e per anziani non autosufficienti (Ponsacco, Bientina, La Rotta)

Servizi residenziali:

- RSA (residenze sanitarie assistite)
- RA (residenze assistite)
- Soluzioni abitative non protette per anziani autosufficienti
- Affidamento familiare di persone anziane

Servizi per la socializzazione e il tempo libero:

- Attività ricreative sociali e culturali (progetti ricreativi, sociali e culturali, es. cene sociali, gite, Università della Terza Età, animazione all'interno delle Case di Riposo, progetti di recupero e valorizzazione della memoria, etc.).
- Centri di aggregazione/sociali (Bientina, Buti, Calcinaia e Crespina)

- Vacanze estive o invernali per anziani
- Orti sociali

Trasporto sociale

Contributi economici: contributi per servizi alla persona e Contributi economici ad integrazione del reddito familiare.

Per l'aspetto strettamente sanitario sono inoltre disponibili i già citati servizi (territoriali, dei presidi e ospedalieri) presenti in Valdera.

3.4.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

I bisogni di salute che emergono dal territorio evidenziano come aspetto principale la necessità di un maggiore accompagnamento nella fase di pre e post ospedalizzazione dell'anziano. I fattori di criticità evidenziati sono i seguenti:

- dimissioni precoci in condizioni di non autosufficienza;
- difficoltà nel coinvolgimento del medico di medicina generale nell'evento "ricovero";
- difficoltà ad attivare tempestivamente una assistenza domiciliare di tipo sociale nel momento della dimissione;
- difficoltà per gli accompagnamenti nella fase della preospedalizzazione.

Emerge inoltre la necessità di potenziare e integrare le differenti tipologie di assistenza domiciliare per offrire servizi personalizzati e gestire le emergenze domiciliari nelle festività.

La congiuntura economica influisce inoltre in modo significativo sulla condizione dell'anziano contribuendo alla creazione di nuove povertà degli anziani, che si concretizzano con richieste di contributi economici (ad esempio per gli affitti, o per cure mediche troppo costose).

Trasversalmente a tutti i problemi sopraelencati si rileva la necessità di evidenziare il grande problema dell'Alzheimer, che investe tutte le dimensioni prese in considerazione: dall'ospedalizzazione, alla cura domiciliare e alla necessità di sostenere le famiglie dei malati e le strutture di accoglienza.

In generale, come per gli altri ambiti di intervento, il territorio richiede un'integrazione dei numerosi servizi esistenti e lo sviluppo della rete, in particolare per favorire una maggior comunicazione con i cittadini e una migliore accessibilità dei servizi stessi.

Per quanto detto si ritiene importante sviluppare l'integrazione della rete complessiva dei servizi – comprese le azioni del terzo settore e del volontariato – attraverso percorsi assistenziali, gruppi di lavoro interdisciplinari, cartella unica, protocolli e procedure condivise tra i vari servizi riducendo la burocrazia per la fruizione dei servizi stessi.

È inoltre ritenuto importante promuovere e sostenere il senso di solidarietà diffusa, la valorizzazione degli anziani autosufficienti come risorsa per la comunità e per interventi in altre aree di azione sociale, lo sviluppo di progetti educativi e di solidarietà per favorire gli scambi tra generazioni ed in generale tutte le iniziative di socializzazione per gli anziani.

3.4.4 GTL Anziani: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Problemi legati all'ospedalizzazione
 - a. Dimissioni precoci in condizioni di non autosufficienza
 - b. Difficoltà nel coinvolgimento del medico di medicina generale nell'evento "ricovero"
 - c. Difficoltà ad attivare tempestivamente una assistenza domiciliare di tipo sociale nel momento della dimissione
 - d. Difficoltà per gli accompagnamenti nella fase della preospedalizzazione
2. Necessità di potenziare e integrare le differenti tipologie di assistenza domiciliare
 - a. per offrire servizi personalizzati:
 - b. per gestire le emergenze domiciliari nelle festività
3. Nuove povertà degli anziani, in particolare per le necessità di natura meno strettamente sanitaria (richieste di contributi economici, ad esempio per gli affitti, o per cure mediche troppo costose)
4. Integrazione dei servizi e sviluppo della rete, in particolare per favorire una maggior comunicazione con i cittadini e una migliore accessibilità dei servizi

Ulteriori problemi segnalati

5. Carenza di risorse e poca razionalizzazione, per integrare e ottimizzare le risorse che vengono investite dai singoli enti e servizi
6. Sostegno al nucleo familiare – in particolare nel caso dell'Alzheimer, o nei casi di isolamento che comportano anche poca emersione di patologie più di natura psichiatrica (depressione)
7. Carenza di servizi per gli anziani autosufficienti
8. In particolare necessità di razionalizzare il servizio di trasporto
9. Bisogno di maggior accoglienza, comprensione e condivisione delle problematiche degli anziani da parte degli operatori dei servizi

Possibili soluzioni proposte

1.
 - a. Predisposizione di strutture residenziali intermedie per ricoveri temporanei e dimissioni precoci: ospedale di comunità, hospice
 - b. Costruire e rafforzare il concetto di dimissione programmata anche con l'individuazione di precisi protocolli di lavoro
 - c. Aprire un tavolo istituzionale di confronto con l'Ospedale
 - d. Sperimentare modelli organizzativi innovativi di gestione della medicina generale che consentano al medico di medicina generale di divenire effettivamente il nodo centrale nell'integrazione dei servizi per il cittadino
2. Potenziare e integrare le differenti tipologie di assistenza domiciliare:
 - a. Assistenza domiciliare "leggera": servizi di prossimità sociale, "leggeri": di accompagnamento, di disbrigo di piccole pratiche
 - b. Assistenza domiciliare sociale integrata
 - In forma diretta
 - In forma indiretta
 - c. Assistenza domiciliare di tipo infermieristico
 - d. Assistenza domiciliare di tipo infermieristico per malati terminali
 - e. Assistenza domiciliare per malati di Alzheimer
 - f. Riabilitazione domiciliare
3. Sviluppare una rete di zona per il confronto con il mercato della casa e le organizzazioni dei proprietari
4. Sviluppare l'integrazione della rete complessiva dei servizi – comprese le azioni del terzo settore e del volontariato – attraverso procedure condivise, percorsi assistenziali, gruppi di lavoro interdisciplinari, cartella unica, protocolli e procedure condivise tra i vari servizi.
5. Ridurre la burocrazia per la fruizione dei servizi

Trasversalmente a tutti i problemi sopraelencati si rileva la necessità di evidenziare il grande problema dell'Alzheimer, che investe tutte le dimensioni prese in considerazione: dall'ospedalizzazione, alla cura domiciliare e alla necessità di sostenere con adeguati interventi la famiglia, alle strutture di accoglienza.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Servizi socio-sanitari della Asl e dei Comuni
2. Terzo settore: volontariato e cooperazione sociale
3. Medici di Medicina Generale
4. Gruppi e reti di solidarietà spontanei
5. Scuole del territorio

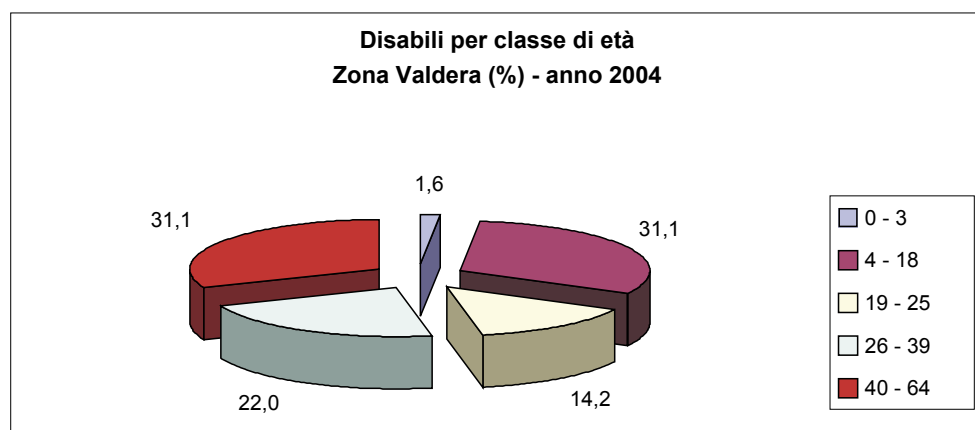
Possibili sviluppi proposti

1. Promuovere il senso di solidarietà diffusa – campagne di "adozione dei nonni"
2. Valorizzare gli anziani autosufficienti come risorsa per la comunità e per interventi in altre aree di azione sociale
3. Sviluppare progetti educativi e di solidarietà a partire dalle Scuole per favorire gli scambi tra generazioni (es. incentivare il volontariato nel periodo estivo con il sistema dei crediti per gli adolescenti delle Scuole Superiori, progetti di incontro tra generazioni come Costruiamo un Ponte)
4. Favorire tutte le iniziative di socializzazione per gli anziani – es. i Centri Sociali

3.5 La disabilità

3.5.1 Alcuni macrodati di sintesi

Le persone da 0 a 64 anni con Handicap riconosciuto ai sensi della L.104/92 residenti in Valdera nell'anno 2004 risultano complessivamente 640. Le classi d'età che hanno la maggiore incidenza percentuale sono quella dai 40 ai 64 (31,1%) e quella dai 4 ai 18 anni (31,1%).



Analizzando i dati relativi alla tipologia di handicap per classe di età (dato Valdera anno 2004) si rileva come quello prevalente sia l'handicap psichico (in totale 333 casi su 640 pari al 52% circa).

Tipologia di handicap da 0 a 64 anni per classi d'età – Valdera 2004								
Tipologia	CLASSI DI ETÀ					TOTALE	Gravi	PARG
	0 - 3	4 - 18	19 - 25	26 - 39	40 - 64			
Psichico	2	119	56	67	89	333		
Fisico	3	19	13	45	60	140		
Sensoriale	0	15	5	4	5	29		
Plurihand.	5	46	17	25	45	138		
TOTALE	10	199	91	141	199	640	423	332

3.5.2 I servizi disponibili sul territorio

I servizi per le persone disabili della Valdera sono riconducibili alle seguenti aree di intervento:

Servizi domiciliari: assistenza domiciliare socio-assistenziale o socio-educativa e aiuto alla persona

Servizi semiresidenziali:

- Centri di riabilitazione e socializzazione: quattro Centri Diurni dislocati a Pontedera, Ponsacco, Santa Maria a Monte e Peccioli che ospitano complessivamente 52 persone disabili. Il servizio sembra per il momento rispondere al bisogno della Valdera in quanto non vi è lista di attesa.
- Laboratori di terapia occupazionale, che si realizzano all'interno dei Centri Diurni e coinvolgono 20 persone disabili.

Servizi residenziali: nell'anno 2003 erano 4 le persone disabili ricoverate presso una RSD. Nel corso del 2004 è stata aperta una nuova Comunità Protetta a Rivalto nel Comune di Chianni per 12 persone, di cui 10 per ricoveri a carattere residenziale e 2 per ricoveri temporanei o di pronta accoglienza, per rispondere essenzialmente al problema del "Dopo di Noi".

Servizi per la scuola, la socializzazione e il tempo libero:

- Attività ricreative sociali e culturali: comprende attività di socializzazione, le attività ricreative e le attività sportive.
- Consulenza e assistenza all'autonomia in ambito pre-scolastico e scolastico.

Inserimenti socio-terapeutici e sostegno all'inserimento lavorativo, coordinati con le attività di preformazione professionale della Provincia.

Trasporto sociale

Laboratorio Ausili

Contributi economici: contributi per servizi alla persona e contributi per il sostegno a disabili nella forma di vita indipendente.

Sono inoltre disponibili sul territorio specifici servizi sanitari ambulatoriali, di riabilitazione, di assistenza protesica e di fornitura di protesi.

3.5.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

Un primo aspetto che emerge come richiesta del territorio è la necessità di creare modelli flessibili a conclusione dell'obbligo scolastico per coloro che non rientrano nei termini previsti dalla Legge 68/99 per l'inserimento lavorativo.

Si evidenzia infatti la mancanza di un servizio specifico per l'inserimento lavorativo, per il tutoraggio e per l'eventuale mantenimento al lavoro nei casi di disabilità acquisita (con particolare riferimento a pazienti giovani e giovani-adulti disabili motori).

Maggiore supporto e informazione sono richiesti per sostenere le famiglie dei disabili, che dovrebbero avere a disposizione competenze specifiche di orientamento e sollievo sin dalla nascita del bambino.

Maggiori investimenti in termini di risorse umane e materiali sono richieste in ambito sanitario, specialmente per le attività di riabilitazione nell'età evolutiva.

Sono inoltre auspiccate maggiori risorse e iniziative dedicate a progetti specifici per l'integrazione nel tempo libero, per il sostegno al reinserimento nel contesto sociorelazionale e in genere delle attività che facilitino la promozione di esperienze relazionali, l'occupazione e lo sviluppo personale delle persone disabili.

Un altro tema centrale è quello della mobilità e dei trasporti, che interessa in maniera trasversale l'accesso dei disabili alle varie attività e servizi e che dovrà pertanto essere opportunamente valutato per tutte le iniziative che saranno allestite.

A tal proposito viene auspicata la gestione associata che consenta l'ottimizzazione dei trasporti che risultano ad oggi frazionati ed affidati ai singoli enti.

Le famiglie dei disabili, le strutture ed i centri diurni esistenti, la scuola, il laboratorio ausili ed i vari operatori dei servizi pubblici e privati (volontariato e terzo settore) sono riconosciuti come importanti risorse e punti di forza del nostro territorio.

Una ulteriore opportunità di miglioramento potrebbe pertanto scaturire da una maggiore integrazione delle risorse esistenti: scuole e altre istituzioni, servizi sociali e sanitari, mondo del lavoro.

3.5.4 GTL Disabilità: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Carenza di modelli flessibili a conclusione dell'obbligo scolastico per coloro che non rientrano nella legge 68/99.
2. Mancanza di un servizio specifico per l'inserimento lavorativo e per il tutoraggio successivo, e per l'eventuale mantenimento al lavoro nei casi di disabilità acquisita (particolare riferimento a pazienti giovani e giovani-adulti disabili motori).
3. Carenza di supporto, sostegno e informazione alle famiglie.
4. Carenza di risorse in ambito sanitario, specialmente per attività di riabilitazione nell'età evolutiva.

Ulteriori problemi segnalati

5. Carenza di risorse e iniziative per l'integrazione nel tempo libero, per il sostegno al reinserimento nel contesto sociorelazionale e di attività che facilitino la promozione di esperienze relazionali.
6. Scarsa integrazione tra le risorse esistenti: scuola e altre istituzioni, lavoro, sociale/sanitario.
7. Mobilità e trasporti. I trasporti sono ad oggi frazionati ed affidati ai singoli enti.

Possibili soluzioni proposte

1. Dedicare apposite risorse umane e materiali per la predisposizione e messa in atto di progetti personalizzati specifici (esempi in corso: Giardino dei semplici, progetto Poliedro, Cooperative...) per l'occupazione e lo sviluppo personale delle persone in questione.
2. Istituire un apposito servizio per l'inserimento lavorativo e per il successivo tutoraggio. Mettere in atto azioni di sensibilizzazione al rispetto della legge verso le istituzioni e le imprese.
3. Mettere a disposizione delle famiglie competenze specifiche per favorire l'orientamento e il sollievo sin dalla nascita del bambino e la realizzazione di esperienze di auto aiuto (Creare un percorso che, sin dalla nascita del bambino, preveda per gli operatori il potenziamento del supporto verso le famiglie).
4. Valutare la problematica e mettere in atto un potenziamento del servizio di riabilitazione. Analizzare e valutare i rapporti con gli istituti privati di riabilitazione.
5. Aumentare l'offerta delle iniziative. Migliorare la pubblicizzazione di quelle programmate.
6. Favorire il confronto e la creazione di protocolli per la realizzazione di percorsi assistenziali.
7. Creare un regolamento unico e una gestione associata che consenta una ottimizzazione del servizio di trasporto.

La problematica indicata al punto 7 risulta un tema centrale per le persone in questione, ed interessa in maniera trasversale tutte le varie altre problematiche indicate. L'area della mobilità e dei trasporti dovrà pertanto essere attentamente valutata per tutte le attività e le iniziative che saranno messe in atto.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Famiglia.
2. Strutture e centri diurni.
3. Scuola.
4. Laboratorio ausili.
5. Associazioni e volontariato

Possibili sviluppi proposti

1. Vedi il punto 3 del riquadro sulle possibili soluzioni (Sviluppare e migliorare le azioni di sostegno e le informazioni verso le famiglie)
2. Aumentare la flessibilità delle risposte offerte.
3. Coinvolgere di più.
4. Strutturare meglio il servizio e migliorare il supporto e l'informazione verso gli enti.
5. Migliorare ed aumentare il lavoro in rete con gli altri enti.

3.6 La salute mentale

3.6.1 Alcuni macrodati di sintesi

I dati presentati di seguito, forniti dal Dipartimento di salute mentale USL 5 – Zona Valdera - sono suddivisi nei seguenti due segmenti: minori (0/17 anni) e adulti.

SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA

I dati epidemiologici disponibili in letteratura circa la prevalenza (utenti in carico/popolazione 0-17 anni) dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva non costituiscono un riferimento certo perché tali disturbi si modificano in relazione alle varie fasi di sviluppo, sono fortemente dipendenti da fattori sociali, non sono quasi mai "puri" ma è frequente la comorbidità, i disturbi della funzione sono spesso associati ai disturbi della relazione.

Nella Zona Valdera l'indicatore di prevalenza è di circa il 3% della popolazione.

L'OMS segnala che oltre il 20% dei bambini e degli adolescenti soffre di una qualche forma di disturbo mentale e in Italia tale dato si attesta in percentuale variabile tra il 4 e l'8% della popolazione 0-17 anni. Da questi dati non si può desumere che lo stato di salute della popolazione della Valdera è soddisfacente o migliore rispetto a quello di altre popolazioni, ma che il Servizio non raggiunge una quota rilevante di bambini e ragazzi. Per avere indicazioni più significative sarebbe necessario un confronto con la popolazione che afferisce ai Servizi di Salute Mentale e Tossicodipendenze per la popolazione adulta, nei confronti della quale l'Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia-Adolescenza svolge una funzione di prevenzione secondaria e terziaria.

Tenendo conto che al momento attuale la comorbidità non può essere rilevata, nell'anno 2004 si sono riscontrate per l'infanzia e adolescenza le seguenti frequenze:

- Patologia neuropsicologica circa 40-50%
(disturbi specifici linguaggio, apprendimento, ritardo mentale)
- Patologia psichiatrica circa 20-30%
(disturbi psicotici, nevrotici, del comportamento e della sfera emozionale)
- Patologia neurologica circa 20%
(patologie congenite, disturbi del Sistema Nervoso centrale e periferico)

Da segnalare l'aumento progressivo dei disturbi del comportamento e della sfera emozionale nel periodo adolescenziale.

SALUTE MENTALE POPOLAZIONE ADULTA

Nell'approcciarsi al tema della salute mentale occorre innanzitutto precisare che questa non è da intendersi soltanto come psichiatria. La psichiatria si occupa prevalentemente della patologia, la salute mentale cerca di valutare e modificare quanto precede e segue il momento patologico, e porre l'attenzione primariamente sugli elementi di salute e sul loro mantenimento o recupero. L'attività delle strutture che si occupano di salute mentale prevede pertanto la necessità di contatti e di integrazione con le attività di altre agen-

zie, dal Servizio Sociale agli Enti Locali, dal Centro per l'impiego ad associazioni di volontariato o culturali, ecc.

I dati relativi alla attività svolta dalla Unità Funzionale del Centro Salute Mentale Adulti (U.F.S.M.A.) della Valdera sono quindi riduttivi, valutando per lo più le prestazioni e tralasciando spesso quanto orientato all'inclusione, alla integrazione, alla lotta allo stigma.

Una analisi anche superficiale dei dati di attività degli ultimi anni mostra la stabilità del numero degli utenti, circa 2000 che nell'anno si sono messi in contatto con il servizio psichiatrico, di cui 900 sono primi contatti, metà dei quali consulenze (dati anno 2004).

Circa 500 sono i pazienti che hanno richiesto un intervento multiprofessionale, ad indicare la gravità del caso. L'alto numero dei primi contatti rispetto alla stabilità del numero degli utenti indica un buon turn over, a significare che oltre alle psicosi, che rappresentano una parte considerevole del carico assistenziale, cresce la domanda per altre patologie, come i disturbi d'ansia e dell'umore, i disturbi di personalità, le patologie di confine, ecc.

Lo stesso si può dire per le attività svolte dagli psicologi, con circa 800 utenti nell'anno.

Da notare anche l'aumento delle prestazioni, sia dei medici, sia degli psicologi sia del personale infermieristico ed educativo.

È, inoltre, importante considerare l'attività di ricovero in ospedale, sia in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) che in Day Hospital (DH), che permette di affrontare le emergenze-urgenze che necessitano di interventi terapeutici non possibili diversamente.

Vi sono poi le strutture residenziali per pazienti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi a lungo periodo, con diverso carico assistenziale, da quelle a maggior carico, come la RSA psichiatrica SS Annunziata di Capannoli, alla Casa Famiglia di Bientina. Da segnalare il bisogno sia di strutture che abbiano forte valenza contenitiva che di comunità terapeutiche per pazienti per i quali è insufficiente il lavoro riabilitativo che può essere svolto nella struttura semiresidenziale (il Centro Diurno).

A questo si interseca l'attività di prevenzione, svolta spesso con interventi nelle scuole, di lotta allo stigma e di inclusione sociale, utilizzando strumenti quali il teatro e lo sport.

3.6.2 I servizi disponibili sul territorio

I principali servizi socio-sanitari a sostegno delle persone con problemi di salute mentale fanno riferimento al Dipartimento della Salute mentale, con le sue due Unità Funzionali

- Salute Mentale Adulti
- Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Entrambe le Unità Funzionali svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici, attraverso:

- interventi di primo sostegno e orientamento per l'utente e per la famiglia
- attività di informazione e sensibilizzazione
- accoglienza e valutazione della domanda e definizione, realizzazione e verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individuali, anche attraverso:
 - Interventi ambulatoriali e/o domiciliari
 - Attività semiresidenziali e residenziali – in Valdera sono presenti
 - Il Centro Diurno Psichiatrico di Pontedera
 - La Residenza Protetta psichiatrica SS. Annunziata di Capannoli
 - La Residenza Protetta "Pozzuolo" di Terricciola
 - La Casa Famiglia di Bientina
 - Attività ospedaliera per il ricovero
 - Interventi per l'integrazione sociale
 - Interventi per l'inserimento lavorativo
 - Interventi specialistici per minori, finalizzati all'integrazione scolastica
 - Interventi in situazioni di emergenza e urgenza
 - Consulenza, interventi programmati e visite specialistiche presso l'ospedale e le strutture di assistenza sociale
 - Consulenza ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta
- Inserimento socio terapeutico

3.6.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

Anche per quanto riguarda la salute mentale emerge la richiesta di una maggiore integrazione della rete dei servizi (a livello di Dipartimento tra Unità Funzionale Salute Mentale Adulti e Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, con gli altri segmenti organizzativi della Asl, con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta e con il territorio: scuole, servizi educativi, mondo del lavoro, associazionismo).

Accanto alla richiesta suddetta si segnala anche la necessità di potenziare l'organico delle unità di salute mentale. Tale esigenza emerge in particolare in relazione alla gestione delle urgenze sociali e delle patologie emergenti (le depressioni e i disturbi d'ansia, donne con depressione post-partum e problemi legati all'alcool, adolescenti e giovani, anziani con problemi di dipendenza da farmaco e depressione) e per la cura delle persone straniere, sempre più presenti nei servizi.

Il potenziamento auspicato dovrebbe comportare innanzitutto una riduzione delle liste d'attesa.

Mentre la risposta in fase di emergenza urgenza rimane buona, nonostante le carenze sopra evidenziate, emerge necessità di un maggior supporto quotidiano alle persone nel territorio per affrontare difficoltà di socializzazione e di relazioni affettive adeguate. È inoltre giudicato carente anche il sostegno alle famiglie e in particolare a quelle con figli minori.

Per quanto suddetto si propone un potenziamento dell'assistenza domiciliare, la creazione di gruppi di sostegno alle famiglie tipo auto-aiuto, la promozione di tutte attività di socializzazione e di relazione interpersonale e un maggior coinvolgimento delle associazioni di volontariato nella rete (formale e informale) dei servizi.

Le altre due problematiche di rilievo sono l'alloggio e l'inserimento lavorativo. Per entrambe occorrerà articolare proposte in grado di fornire risposte diversificate, che, per quanto riguarda il problema abitativo, vanno dall'accoglienza temporanea, ai gruppi appartamento, alla casa, mentre per il problema dell'inserimento lavorativo, utilizzino adeguatamente gli strumenti specifici previsti dalla normativa in materia e in maniera graduale, e rendano possibile il passaggio dalla terapia occupazionale a veri e propri inserimenti lavorativi adeguatamente retribuiti.

3.6.4 GTL Salute Mentale: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Carenza di personale nell'unità funzionale di salute mentale, sia infanzia e adolescenza che adulti e di integrazione della rete dei servizi (a livello di Dipartimento tra UFSMA e UFSMIA, con gli altri segmenti organizzativi della Asl, con MMG e i Pediatri di libera scelta, con il territorio: Scuole, servizi educativi, mondo del lavoro, associazionismo):
 - per la gestione delle urgenze sociali
 - per la gestione delle patologie emergenti:
 - in aumento le depressioni e i disturbi d'ansia
 - donne – con particolare riferimento a depressione post-partum e alcohol
 - adolescenti e giovani
 - anziani – problemi di dipendenza da farmaco e depressione
 - per la cura delle persone straniere, sempre più presenti nei servizi
 - per la riduzione delle liste d'attesa
 - per la cura delle persone anziane con residui di patologia psichiatrica, da inserire nei normali percorsi assistenziali
 - per la cura delle patologie di natura non psichiatrica (es. appendicite) delle persone con patologia psichiatrica attraverso i normali percorsi assistenziali
2. Supporto quotidiano alle persone nel territorio (mentre c'è una buona risposta nella fase dell'emergenza-urgenza)
 - isolamento e difficoltà di socializzazione ai diversi livelli
 - difficoltà di relazioni affettive adeguate
 - necessità di decentrare anche nei piccoli centri le occasioni di socializzazione
 - mancanza di sostegno alle famiglie e in particolare a quelle con figli minori
3. Casa e strutture di accoglienza
4. Inserimento lavorativo

Ulteriori problemi segnalati

5. Problemi nell'ambito della comunicazione, dell'informazione sui servizi presenti, per la prevenzione e la lotta allo stigma
6. Disparità di risorse destinate alle persone con patologie di salute mentale rispetto a quelle disabili.

Possibili soluzioni proposte

1. Percorsi di integrazione dei servizi, attraverso definizione di percorsi assistenziali, protocolli di intesa, percorsi di formazione comune con gli operatori dei vari servizi, con il volontariato, e in particolare con i medici di medicina generale.
2. Coinvolgere e attivare le associazioni del volontariato esistenti sul territorio, anche proponendo percorsi formativi e di sensibilizzazione specifici, per la realizzazione di occasioni di socializzazione

3. Potenziare l'Assistenza Domiciliare anche attraverso la sperimentazione di modelli di gestione del servizio di tipo innovativo (buoni servizio)
4. Sviluppare gruppi sostegno per le famiglie
5. Individuare strutture di accoglienza intermedie per ospitare persone in condizione di subacuzie, convalescenza, persone giovani, per le quali non sono chiaramente adeguati gli attuali inserimenti in RSA
6. Individuare strutture specifiche per il "dopo di noi"
7. Necessità di articolare le proposte di inserimento lavorativo, nella direzione della gradualità: dalla terapia occupazionale, all'ergoterapia, agli inserimenti lavorativi veri e propri e di proporre compensi adeguati

Negli ultimi anni si è verificato un aumento delle prestazioni e degli accessi, testimoniato anche nel Profilo di Salute:

- per l'apertura del servizio alla cura di uno spettro più ampio di patologie
- per la riduzione dello stigma nei confronti del servizio di Salute Mentale
- per l'implementazione degli organici

Ci si chiede in che misura questo corrisponda ad un incremento del bisogno sul territorio, o piuttosto ad una migliore intercettazione della domanda.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Progetto "Lavoro" della Asl
2. Buona risposta ospedaliera che, nella fase dell'urgenza, risponde in maniera piuttosto efficace in collaborazione con i presidi e i medici di famiglia
3. Terzo Settore: Volontariato Cooperazione sociale
4. Rete locale informale
5. Strumenti specifici previsti dalla normativa:
 - Figura dell'amministratore di sostegno
 - Affidamento familiare sia dei minori di famiglie con patologia di s.m. che degli adulti e degli anziani
 - Certificazione secondo la legge 104
6. Scuola e Servizio di Educazione alla Salute (esperienze di sensibilizzazione e incontro attraverso il teatro)
7. Professionisti privati sul territorio – da studiare forme di maggior raccordo

Possibili sviluppi proposti

1. Sviluppare e promuovere il rapporto con il terzo settore, in particolare il volontariato
 - per la promozione dei servizi di Assistenza Domiciliare di tipo leggero e soprattutto le attività di socializzazione e di relazione interpersonale
 - per il volontariato in Ospedale (AVO)
2. Promuovere i rapporti con le Scuole, sulla base delle esperienze attualmente in corso

3.7. Le dipendenze

3.7.1 Alcuni macrodati di sintesi

Nell'anno 2004 il SERT di Pontedera contava complessivamente 638 assistiti.

Dalla Relazione Sanitaria 2004 dell'ASL 5 si evidenzia come all'eroina e all'alcol, sostanze che più di altre hanno indotto in passato il ricorso ai SERT, si è in particolare affiancata la cocaina che risulta consumata da oltre il 24% dei soggetti con dipendenza da sostanze illecite.

In costante aumento negli ultimi anni anche il numero degli utenti alcolodipendenti in carico al SERT, sia a livello di casi seguiti in totale che di nuovi utenti.

Sempre più frequente è l'accertamento, confermato dai riscontri tossicologici di laboratorio, di dipendenze e/o abuso da più sostanze concomitanti nello stesso paziente.

Tutti i servizi dell'ASL 5 segnalano il costante aumento di pazienti in cui concomitano comorbidità psichiatriche, anche di grave entità.

Le anamnesi tossicologiche evidenziano che il fumo di tabacco e l'alcol rappresentano per i giovani le prime esperienze di consumo di sostanze con capacità di dare rinforzo positivo e di ottemperare agli elementi costitutivi delle tossicodipendenze.

Si conferma, inoltre, la tendenza alla diminuzione dell'età di primo uso di sostanze illecite, rappresentate in prevalenza dal THC e dalle droghe di sintesi utilizzate particolarmente nel fine settimana.

Parallelamente si registra tuttavia un aumento nell'età media degli assistiti per dipendenza da oppiacei, in associazione o meno con abuso o dipendenza da altre sostanze.

L'analisi dei mezzi di sostentamento a disposizione delle persone dipendenti da sostanze illecite evidenzia spesso situazioni di alta precarietà e la carenza/assenza di autonomia economica.

Parimenti deficitaria appare la possibilità di diretto ingresso nel mondo del lavoro alla luce di un livello di scolarità spesso piuttosto basso.

In ogni caso il problema emergente e maggiormente avvertito riguarda la carenza di sistemazioni abitative.

3.7.2 I servizi disponibili sul territorio

I Servizi socio-sanitari per le persone con problemi di dipendenza del territorio fanno riferimento al Dipartimento delle Dipendenze, che in Valdera opera nell'area delle tossicodipendenze e dell'alcolismo con i seguenti servizi:

- Attività di promozione della salute e di prevenzione (Unità Funzionale della Prevenzione delle Dipendenze) dirette in particolare
 - agli adolescenti del territorio e all'interno della scuola (progetto corso-concorso)
 - Centro di Ascolto
- Attività di diagnosi, cura e riabilitazione della tossicodipendenza (Unità Funzionale Complessa Ser.T) anche attraverso
 - Interventi terapeutici e socio-riabilitativi
 - Attività residenziale e semiresidenziale a carattere socio-riabilitativo e pedagogico educativo (sono presenti in Valdera le Comunità)
 - Attività di sostegno psicologico, sociale e sanitario per persone tossicodipendenti con problematiche di Aids
- Per quanto riguarda gli interventi di tipo sociale finalizzati al reinserimento sociale si segnalano:
 - Contrasto dell'emergenza abitativa con il Progetto "Appartamento", che ospita in maniera temporanea persone in fase di reinserimento sociale e lavorativo che trovano particolari difficoltà nel reperimento di un alloggio sul territorio
 - Inserimento lavorativo
 - Progetto After Community, che propone un gruppo di auto aiuto per persone ex-tossicodipendenti, sempre con l'obiettivo del sostegno e dell'accompagnamento nella fase di reinserimento.

Sono inoltre attivi in Valdera

- L'Equipe alcoologica, per la presa in carico e la cura dei pazienti alcooldipendenti
- Il Centro Antifumo

3.7.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

L'aspetto di maggiore criticità segnalato dal territorio (che si collega al trend in atto rispetto al tipo di sostanze evidenziato nel paragrafo 3.7.1) è la necessità di un intervento integrato tra i diversi tipi di servizi esistenti a fronte di nuovi consumi percepiti da parte del consumatore non come un problema, ma piuttosto come "stili di vita" e non più emarginanti.

Accanto a tale esigenza permangono le difficoltà legate alla conclusione del percorso terapeutico ed in particolare all'inserimento lavorativo e all'emergenza abitativa.

Il costante aumento di pazienti in cui concomitano comorbidità psichiatriche, anche di grave entità, segnalato da tutti i servizi dell'ASL 5, rende necessario infine individuare percorsi appropriati per persone multiproblematiche.

I servizi, gli enti e le organizzazioni che a vario titolo sono coinvolte nei percorsi terapeutici e di inserimento (servizi sanitario e sociale pubblico, Provincia, sindacati, cooperative sociali di tipo B...) sono vissuti come punti di forza del sistema.

Molto importante è giudicato anche il ruolo della prevenzione nei confronti di adolescenti e giovani, per l'individuazione di interventi che, promuovendo l'agio, di fatto riducano il ricorso a sostanze dannose per l'organismo e limitino l'assunzione di stili di vita che compromettono la salute.

I centri di aggregazione, ricreativi e culturali, gli spazi giovanili e i servizi ad oggi presenti, sono riconosciuti come importante risorsa del territorio; a questo proposito si propone di sostenere lo sviluppo e la diffusione di queste iniziative.

3.7.4 GTL Dipendenze: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati
1. Nuovi consumi che non vengono percepiti da parte del consumatore come un problema, ma piuttosto come "stili di vita" – non più emarginanti - e rendono difficoltoso per i servizi definire strategie di intervento.
2. Inserimento lavorativo: le difficoltà relative a quest'area rendono difficile la conclusione del processo terapeutico, perché non consentono all'individuo di acquisire un ruolo sociale attivo permettendogli di concludere il percorso di autonomia.
3. Emergenza abitativa: interessa la quasi totalità delle persone che hanno terminato il percorso terapeutico e sono nella fase del reinserimento sociale.

4. Percorsi appropriati per persone multiproblematiche che oltre a problemi di dipendenza da sostanze presentano anche problematiche legate alla Salute Mentale e gravi problemi di natura sociale.

Possibili soluzioni proposte

1. Interventi attraverso canali informativi e servizi profondamente "alternativi". In particolare la necessità è quella di attivare e potenziare i servizi nei luoghi naturali di aggregazione di tipo informale per i giovani (principali attori nei processi dei nuovi consumi): spazi e luoghi non mirati alla "devianza", flessibili da frequentarsi senza bisogno di "definirsi" come fruitori di un servizio:
 - "centri d'ascolto" meno strutturati e più spontanei che si caratterizzino per una parziale autogestione
 - luoghi per i tempo libero dove sia possibile incrociare i "nuovi consumatori", ma che non siano "esclusivi" per loro; spazi non etichettabili come servizi specifici, ma in cui la presenza di "giovani operatori" possa permettere l'incontro e l'aiuto e possa agevolare la circolazione di informazioni volte alla salvaguardia della salute.Questi centri dovrebbero potersi collocare sul territorio in modo esteso utilizzando e integrando le risorse in parte già presenti (informagiovani, centri sociali, circoli ricreativi e culturali, ecc.) e potenziandone le possibilità.
2.
 - a) Percorsi gradual di accompagnamento al lavoro, che rendano la persona sempre più autonoma, attraverso uno sganciamento graduale dalla tutela dei servizi e/o dall'inserimento nelle Cooperative di tipo B.
 - b) Attivazione e coordinamento delle risorse, dei servizi e delle organizzazioni che operano nell'ambito dell'inserimento lavorativo: il servizio sanitario e sociale pubblico, la Provincia, il sindacato, le Cooperative di tipo B.
 - c) Percorsi di formazione specifici mirati all'inserimento lavorativo anche per quei soggetti che effettuano la loro prestazione di lavoro all'interno delle cooperative di tipo B in funzione del loro inserimento nel mercato del lavoro.
3. Attuare una "politica per casa" a tutela di ogni cittadino.
4. Realizzazione di strutture residenziali e progetti di intervento mirati per le persone multiproblematiche.

Il problema delle dipendenze è prevalentemente legato a situazioni di malessere che caratterizzano il mondo giovanile. È al G.T.L. "Seconda infanzia, adolescenza e giovani" che si rimanda il tema della necessità di attuare politiche di prevenzione e di individuazione di interventi che, promuovendo l'agio, di fatto riducano il ricorso a sostanze dannose per l'organismo e limitino l'assunzione di stili di vita che compromettono la salute.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Centri di aggregazione, ricreativi e culturali, spazi giovanili, Circoli ricreativi, Informagiovani.
2. Cooperative di tipo B – Provincia – Ser.T - Enti locali – mercato del lavoro

Possibili sviluppi proposti

1. Rilancio e potenziamento delle finalità culturali, sociali dei centri di aggregazione e socializzazione, dei Circoli ricreativi, degli Informagiovani, e degli altri spazi destinati ai giovani
2. Riconoscimento del ruolo socio-educativo, anche a conclusione del percorso terapeutico, delle Cooperative di tipo B. Assunzione di un ruolo di maggiore rilievo (anche di tipo progettuale o di coordinamento) della Provincia e del Ser.T.

3.8 L'immigrazione

3.8.1 Alcuni macrodati di sintesi

I cittadini stranieri residenti in Valdera al 31/12/2003 risultano pari a 3.519 unità, distribuiti nei vari comuni come indicato nella tabella che segue, e rappresentano circa il 3,2% della popolazione complessiva (dato medio Toscana 4,9%).

L'analogo dato riferito all'anno 2001 indicava la presenza di 2.211 unità, circa il 2,1% della popolazione complessiva; la crescita di presenze nel biennio 2001-2003 è stata quindi superiore al 50% (dato in linea con il trend regionale).

Naturalmente i dati non tengono conto della presenza di cittadini stranieri "non regolari", che proprio per la loro condizione risultano di difficilmente quantificabili.

(fonti: Anagrafi Comuni, Istituzione Centro Nord/Sud e Osservatorio Provincia di Pisa).

Popolazione straniera residente nei comuni della Valdera – 31/12/2003					
Comune	valori assoluti			percentuale sessi	
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Pontedera	769	527	1296	59,3%	40,7%
Bientina	75	62	137	54,7%	45,3%
Buti	65	47	112	58,0%	42,0%
Calcinaia	92	87	179	51,4%	48,6%
Capannoli	81	73	154	52,6%	47,4%
Casciana Terme	60	55	115	52,2%	47,8%
Chianni	35	24	59	59,3%	40,7%
Crespina	77	73	150	51,3%	48,7%
Lajatico	9	14	23	39,1%	60,9%
Lari	126	97	223	56,5%	43,5%
Palaia	70	80	150	46,7%	53,3%
Peccioli	70	63	133	52,6%	47,4%
Ponsacco	279	178	457	61,1%	38,9%
Santa Maria a Monte	136	106	242	56,2%	43,8%
Terricciola	40	49	89	44,9%	55,1%
Totale	1984	1535	3519	56,4%	43,6%

Le nazionalità maggiormente presenti in Valdera nell'anno 2003 risultano:

- ✓ Albanesi, 1.153 cittadini pari a circa il 33% del totale stranieri residenti.
- ✓ Marocchini, 599 cittadini pari a circa il 17% del totale stranieri residenti.
- ✓ Senegalesi, 517 cittadini pari a circa il 15% del totale stranieri residenti.
- ✓ Rumeni, 179 cittadini pari a circa il 5% del totale stranieri residenti.
- ✓ Cinesi, 92 cittadini pari a circa il 3% del totale stranieri residenti

Un dato interessante è quello relativo ai motivi del soggiorno che a livello regionale segna nel 2003 un aumento del peso dei lavoratori subordinati rispetto alle altre tipologie di permessi rilasciati. Nonostante ciò si conferma il dato caratteristico della popolazione straniera regolarmente presente sul territorio toscano che vede una percentuale di permessi per lavoro autonomo superiore a quella nazionale.

3.8.2 I servizi disponibili sul territorio

I principali servizi sociali rivolti ai cittadini stranieri, oltre alla regolare attività del Servizio Sociale Professionale, fanno riferimento ai seguenti interventi:

- Progetto Immigrati Valdera: Si tratta di un progetto articolato che prevede attività di sportello di orientamento e consulenza per cittadini immigrati. Gli sportelli a copertura del territorio della Valdera sono situati nei Comuni di Pontedera, Capannoli, Pontsacco, Lari, Santa Maria a Monte e Buti. A partire dal 2004 con lo sportello di Pontedera è stato realizzato un servizio di supporto al decentramento dello Sportello Immigrati della Questura di Pisa.

Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi agli utenti del Servizio di Consulenza degli Sportelli per l'anno 2004.

	Accessi totali	Nuovi accessi	Utenti
BUTI	98	51	53
CAPANNOLI	118	57	60
PONSACCO	783	289	326
PONTEDERA*	1035	468	518
S. MARIA A MONTE	125	68	73
PERIGNANO	150	40	97
Totale	2309	973	1127

*Allo sportello di Pontedera sono stati inoltre registrati oltre 120 utenti per il servizio di Ufficio Legale e circa 6.000 accessi per l'attività di informazione per l'istruzione delle pratiche di regolarizzazione (richiesta e rinnovo permessi di soggiorno, ricongiunzioni familiari, etc) realizzata in collaborazione con la questura di Pisa.

- Benvenuti Tra Noi: servizio di alfabetizzazione svolto all'interno della scuola per i bambini immigrati al momento del primo inserimento scolastico. Nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 è stato accompagnato l'inserimento di 64 bambini di oltre 12 nazionalità, nelle scuole elementari e medie di tutto il territorio della Valdera.

Per quanto riguarda i servizi specifici a carattere sanitario segnaliamo l'Ambulatorio per Stranieri Temporaneamente Presenti (ovvero sprovvisti di regolare permesso di soggiorno) del Distretto Socio-Sanitario della Valdera, che nel corso del 2004 ha risposto ad oltre 1000 accessi con prestazioni di tipo ambulatoriale (visite, medicazioni, prescrizioni di farmaci e visite specialistiche, etc.).

Gli utenti registrati per il servizio Stranieri Temporaneamente Presenti sono riepilogati nella tabella seguente.

Anno	Iscrizioni archivi STP rilasciate			
	DISTRETTO PONTEDERA	OSPEDALE LOTTI	DISTRETTO DI BIENTINA	TOTALE
2003	219	21	1	241
2004	149	25	1	175
2005 (fino al 15.6)	227	29	//	256

All'interno dell'Ospedale Lotti è stato inoltre avviato, in collaborazione con la Provincia di Pisa, un progetto per la mediazione linguistica, che consente l'attivazione all'interno dei diversi reparti di mediatori, che facilitino la comunicazione tra personale ospedaliero e pazienti di lingua straniera.

3.8.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

Il primo ed importante problema che emerge attraverso l'immagine di salute realizzata per l'area dell'Immigrazione è quello delle difficoltà legate alla lingua.

La difficoltà di comunicazione è infatti un problema che si presenta costantemente nella relazione con gli stranieri, e che diventa particolarmente importante nei casi (in ambito sanitario, sociale e legale) in cui non risultano disponibili specifici servizi di mediazione adeguati alle necessità.

Per quanto suddetto si ritiene pertanto necessario lo sviluppo di tutte le iniziative che tendano a risolvere le difficoltà linguistiche (produzione e capillare diffusione di vademecum, modulistica, fogli informativi e fogli operativi in versioni multilingue, potenziamento dei servizi specifici di mediazione linguistica laddove risulta necessario, corsi di alfabetizzazione per bambini e anche per adulti...)

Queste iniziative dovrebbero essere svolte costantemente nel tempo e in tutti i vari settori, servizi e uffici.

Un altro importante aspetto relativo alla salute degli immigrati è quello della necessità di garantire una assistenza sanitaria continuativa nei periodi di rinnovo dei permessi di soggiorno; a tale scopo emerge la richiesta degli operatori di ottenere precise informazioni circa le modalità da adottare alla luce delle recenti evoluzioni normative.

Sempre per quanto riguarda la sfera sanitaria si riscontrano particolari problematiche legate all'assistenza delle donne e dei minori; per questo si suggerisce di ipotizzare, anche alla luce delle esperienze di altre zone, iniziative specifiche per questo segmento di popolazione (consultorio socio-sanitario integrato o altre soluzioni).

I permessi di soggiorno e tutti i problemi connessi ad aspetti e vicende legali risultano un'altro importante punto problematico per gli immigrati; per questo si ritiene opportuno valutare (con l'ordine degli avvocati, enti, associazioni...) la possibilità di strutturare un servizio di consulenza legale che risulti accessibile e che possa supportare l'immigrato per le varie necessità (consulenza, presentazione della pratica, assistenza...).

Ulteriori aspetti problematici emersi relativamente all'area immigrati riguardano gli adolescenti soli, le difficoltà legate al reperimento di casa e lavoro ed in generale le difficoltà legate alla nostra integrazione con un'altra cultura.

I servizi sociali e sanitari esistenti sul territorio sono vissuti come punti di forza e importanti risorse del territorio, che potrebbero risultare ancor più efficaci con un maggior coordinamento, scambio di informazioni ed integrazione tra i vari settori ed operatori coinvolti.

Un'altra importante risorsa da sviluppare è individuata nella partecipazione attiva delle comunità e delle associazioni degli immigrati, che si propone di promuovere nelle varie attività della comunità locale.

3.8.4 GTL Immigrati – Scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati

Priorità

1. Problema della lingua. La difficoltà di comunicazione è un problema trasversale, soprattutto in ambito sanitario, sociale e legale dove non ci sono servizi specifici di mediazione adeguati alle necessità.
2. Problema dell'assistenza sanitaria continuativa nei periodi di rinnovo dei permessi di soggiorno.
3. Permessi di soggiorno e problemi legali connessi.
4. Problematiche specifiche legate alle donne e ai minori

Ulteriori problemi segnalati

5. Manca normativa per adolescenti soli (non accompagnati) di età compresa tra i 16 e i 18 anni
6. Mancanza di un centro di prima accoglienza per situazioni di emergenza.
7. Casa e lavoro.
8. Nostra integrazione con altra cultura.

Possibili soluzioni proposte

1. Creare strumenti e sviluppare la modulistica (vademecum, fogli informativi, istruzioni operative...) in almeno 3/4 lingue. Sviluppare questa attività costantemente nel tempo e su tutti i vari settori, servizi e uffici. Migliorare l'impostazione e la diffusione di quanto già esistente in versione multilingue.
2. Analizzare il recente decreto attuativo della legge Bossi-Fini e diffondere ai vari servizi/uffici informazioni precise su come operare in quelle situazioni.
3. Valutare (con ordine degli avvocati, associazioni...) la strutturazione di un servizio accessibile ed effettivo che possa supportare l'immigrato (dalla consulenza alla presentazione delle pratiche) per le problematiche legate ai permessi di soggiorno e alle questioni legali.
4. Analizzare e valutare attentamente le problematiche specifiche legate alle donne e ai minori (anche alla luce delle esperienze delle altre zone) e ipotizzare iniziative specifiche per questo segmento di popolazione (consultorio socio-sanitario integrato o quant'altro).
5. Creare un percorso per il supporto di questi adolescenti nella fase transitoria delle età indicate.
6. Valutare la possibilità di allestire una apposita struttura che faccia fronte alle emergenze temporanee (vitto-alloggio-inserimento).
7. Promuovere il lavoro in rete tra i vari servizi/enti interessati.
8. Partecipazione attiva delle comunità/associazioni degli immigrati ai tavoli di progettazione del PIS della Valdera. Allestire attività per la formazione degli operatori dei servizi.

Note:

- Il profilo di salute offre soprattutto dati anagrafici e non sanitari; per il futuro si suggerisce l'integrazione con dati specifici relativi agli immigrati (numero e tipo patologie, gravidanze, pediatriche, STP).
- Un problema trasversale emerso è la mancanza di comunicazione efficace, di integrazione delle informazioni tra operatori, di un coordinamento con referente unico delle informazioni.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Progetti specifici di mediazione linguistica e culturale (ad esempio quelli in ambito scolastico e nei centri per l'impiego).
2. Sportello immigrati.
3. Servizio STP (stranieri temporaneamente presenti).
4. GTL Immagine di Salute.

Possibili sviluppi proposti

1. Mantenere e sviluppare i progetti esistenti. Ampliare la proposta verso i settori (es. legale/sanitario) ad oggi non serviti.
2. Migliorare il coordinamento e lo scambio di informazioni tra le strutture coinvolte nell'ambito (centro per l'impiego ed altri enti).
3. Si propone il collegamento con i medici di medicina generale.
4. Si ritiene opportuno non disperdere il lavoro di confronto avviato; il gruppo si dichiara quindi disponibile ad altri confronti ed interventi.

3.9 Le povertà

3.9.1 Alcuni macrodati di sintesi

Secondo i dati forniti dall'Istat (fonte Indagine sui consumi delle famiglie) e relativi all'anno 2003 l'incidenza percentuale di famiglie e di individui definiti in stato di povertà relativa mostra in Toscana valori significativamente inferiori alla media nazionale, come mostrato nella tabella seguente.

Territorio in esame	% famiglie povere su totale famiglie	% individui poveri su totale popolazione
Italia	10,6%	11,8%
Centro	5,7%	6,4%
Toscana	4,1%	4,9%

La stima dell'incidenza della povertà relativa viene effettuata sulla base di una soglia convenzionale che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita "povera" in termini relativi; gli individui in stato di povertà relativa sono quelli che vivono in famiglie in stato di povertà relativa.

La soglia convenzionale di povertà relativa per una famiglia di due componenti risulta, per l'anno 2003, rappresentata da una spesa media mensile di 869,5 euro. Le famiglie di due persone che sostengono una spesa media mensile inferiore a tale soglia sono considerate povere; per le famiglie di diversa ampiezza il valore della linea di povertà viene opportunamente corretto da una serie di fattori che tengono conto delle economie di scala realizzabili.

La stima suddetta è rilevata dalle indagini annuali effettuate su di un campione di famiglie estratte in maniera da rappresentare il totale delle famiglie sul territorio; non sono pertanto disponibili i dati a livello zonale e provinciale.

I macrodati mostrati in tabella, uniti ai macroindicatori presentati nella parte prima del presente documento ed in particolare nel paragrafo dedicato all'economia, ci fanno ragionevolmente ipotizzare che nella nostra zona la problematica delle povertà risulti in linea con il dato regionale e decisamente minore rispetto alla media italiana.

È comunque importante sottolineare che la povertà e l'esclusione sociale sono fenomeni multidimensionali e di difficile misurazione.

Le elaborazioni a livello regionale effettuate dall'Irpet nell'anno 2003 (basate sui dati dell'anno 2000) indicano che sono più esposte a rischio di povertà le famiglie formate da giovani coppie, dalle coppie

con almeno due figli minori, dagli ultrasettantacinquenni, dalle famiglie che vivono in affitto, e ovviamente da quelle in cui la persona di riferimento ha un basso tasso di scolarizzazione ed è disoccupata.

3.9.2 I servizi disponibili sul territorio

Le azioni sociali programmate nell'area delle povertà sono orientate, più che a servizi strutturati, a contributi di tipo economico. Troviamo infatti servizi nelle aree:

Servizi domiciliari:

Servizio di assistenza domiciliare (Comune di Bientina).

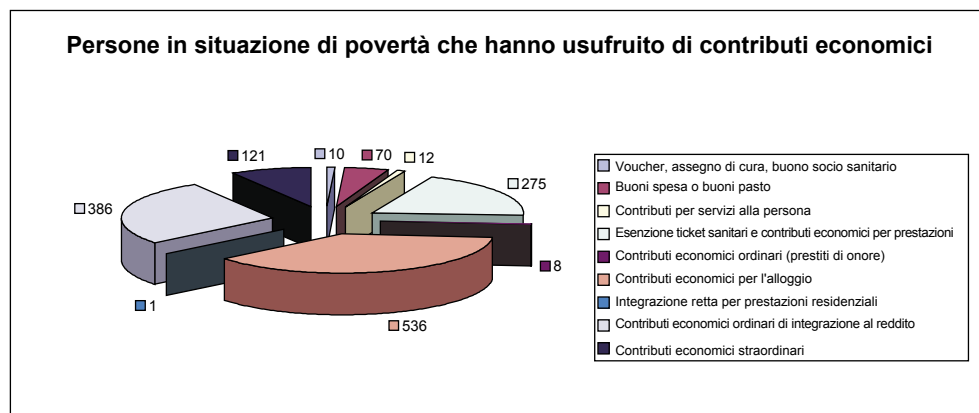
Servizi residenziali:

Casa di accoglienza del progetto "Convivenza Guidata", situata nel Comune di Pontedera, che nel corso del 2003 ha ospitato 4 ragazze in situazione di difficoltà, alle quali si aggiungono 8 persone ospitate in emergenza sempre dal Comune di Pontedera.

Contributi economici:

La tipologia dei contributi per le povertà è molto variegata e differenziata. La voce di spesa maggiore è rappresentata dai contributi per l'alloggio, e conferma come il problema abitativo risulti di estrema importanza.

Nell'area delle povertà operano inoltre sul territorio numerosi gruppi e associazioni, che offrono sostegno e aiuto di vario tipo alle persone singole e ai nuclei familiari in difficoltà.



3.9.3 I bisogni di salute che emergono dal territorio: sintesi dei risultati dell'immagine di salute per il segmento considerato

L'individuazione dei bisogni del territorio appare quanto mai complessa rispetto al tema della povertà che si inserisce trasversalmente in varie aree di disagio.

Dal lavoro sull'immagine di salute svolto con i rappresentanti del territorio è emerso come il principale "bisogno" sia far emergere la povertà sommersa ovvero le situazioni caratterizzate da:

- a. una povertà nella rete relazionale, che conduce alla non espressione del bisogno e quindi alla mancata ricerca di aiuto;
- b. la "nuova povertà", che riguarda nuove categorie di persone povere: donne sole con figli, disoccupati, immigrati, ecc.;
- c. la povertà già conosciuta, ma che riguarda in modo specifico particolari categorie di persone: anziani, ammalati, ecc.

Si evidenzia inoltre la mancanza di una strategia d'azione comune tra gli enti e le organizzazioni che operano nel settore delle povertà.

La casa ed il lavoro sono infine i due punti cardine su cui si richiede un intervento per contrastare la povertà e garantire un riconoscimento sostanziale dei diritti fondamentali dell'individuo.

Il Servizio Sociale, gli Enti Locali e la Provincia, il Terzo Settore (cooperative, associazioni, volontariato), i Sindacati, le associazioni di categoria, il mercato immobiliare sono indicati come importanti risorse sul territorio, per le quali si auspica una effettiva "organizzazione in rete" che consenta un sempre più efficace approccio metodologico al tema della povertà.

3.9.4 GTL Povertà: scheda di riepilogo principali problemi/opportunità

Punti deboli e problemi rilevati
1. Povertà sommersa: a. povertà nella rete relazionale che conduce alla non espressione del bisogno e quindi alla mancata ricerca di aiuto; b. "nuova povertà", che riguarda nuove categorie di persone povere: donne sole con figli, disoccupati, immigrati, ecc.; c. povertà già conosciuta, ma che riguarda in modo specifico particolari categorie di persone: anziani, ammalati, ecc.

2. Mancanza di una strategia d'azione comune tra gli enti e le organizzazioni che operano nel settore delle povertà.
3. Il mancato riconoscimento sostanziale dei diritti fondamentali dell'individuo, in particolare casa e lavoro.

Possibili soluzioni proposte

1.
 - a) Realizzazione di un progetto che possa rendere effettiva una "organizzazione di rete" per un diverso approccio metodologico al tema della povertà.
 - b) Maggiore coinvolgimento dell'Ente Locale il cui bilancio, per quanto attiene la parte sociale, potrebbe essere reso maggiormente "partecipato" e gestito più completamente in maniera associata, in modo da rendere effettive e condivise alcune scelte e garanzie.
 - c) Costituzione di una banca del tempo e delle risorse (anche banco alimentare) come risposta territoriale, organizzata, diffusa, coordinata, visibile e realmente fruibile.
2.
 - a) Affrontare il problema "casa e lavoro" passando da una logica del bisogno a quella del diritto.
 - b) Gestione, possibilmente associata e integrata da parte degli Enti Locali, degli interventi per il "problema casa", con gli strumenti a loro disposizione: interventi sull'ICI, nuovi alloggi di edilizia residenziale pubblica, integrazioni ulteriori sui canoni di locazione, verifica e rivalutazione delle situazioni esistenti in merito all'attribuzione degli alloggi di edilizia popolare, ecc.
 - c) Attivare soluzioni "nuove e sperimentali" in cui l'ente locale assuma un ruolo promozionale e di garanzia.
 - d) Altri interventi possibili riguardano 1) la creazione di un "mercato immobiliare etico" che faciliti l'accesso al credito, 2) potenziare la presenza di alloggi per l'emergenza con l'attivazione del percorso di accompagnamento per l'autonomia
3.
 - a) Programmazione economica con interventi coordinati che mettano in relazione le necessità produttive del mercato sul territorio e le proposte formative. La creazione di un "tavolo di lavoro" in cui siano presenti il "mercato", i sindacati, la Provincia, i servizi (ad es. Informagiovani) è una proposta per rendere effettivo il lavoro di coordinamento.
 - b) Valorizzare i possibili percorsi di sinergia con le cooperative sociali di tipo B che opportunamente sostenute possono, per alcune categorie di persone, rappresentare uno sbocco lavorativo.

Punti di forza e risorse rilevate

1. Il terzo settore in generale (associazioni, volontariato), il servizio sociale pubblico, gli Enti Locali.
2. Il mercato immobiliare.
3. Gli Enti Locali, la Provincia, i Sindacati, le associazioni di categoria, le Cooperative di tipo B, il servizio sociale pubblico.

Possibili sviluppi proposti

1. Creazione di una rete organizzata che, partendo dalle risorse esistenti (soggetti, interventi, iniziative), attui un progetto coordinato ed efficace.
2. Maggiore impegno caratterizzato da coordinamento e condivisione di scelte e strategie anche innovative.
3. Sforzo congiunto per una pianificazione della politica occupazionale del territorio.