



PIANO INTEGRATO DI SALUTE

Società della Salute

Val di Chiana Senese

INDICE

PREMESSA

PROFILO DI SALUTE(PdS)

1 . POPOLAZIONE GENERALE

- 1.1 Profilo Demografico
- 1.2 I determinanti di salute
 - 1.2.1 *Gli stili di vita e l'ambiente*
 - 1.2.2 *Lo stato socio economico*
- 1.3 Lo stato di salute
 - 1.3.1 *La mortalità*
 - 1.3.2 *L'ospedalizzazione*
 - 1.3.3 *Gli incidenti stradali*

2. FAMIGLIE E MINORI

- 2.1 La situazione socio-demografica e di salute
- 2.2 L'assistenza sociale e socio-sanitaria

3. ANZIANI

- 3.1 La situazione socio-demografica
- 3.2 L'assistenza socio-sanitaria agli anziani

4. LA DISABILITA'

- 4.1 La popolazione disabile
- 4.2 Contesto socio-assistenziale

5. SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

6. AREA IMMIGRATI

- 6.1 Demografia
- 6.2 Lo stato di salute

7. ASSISTENZA TERRITORIALE, SANITARIA E SOCIALE

- 7.1 L'assistenza sanitaria
- 7.2 L'assistenza sociale e socio-sanitaria

8. SANITA' d'INIZIATIVA

- 8.1 L'epidemiologia
- 8.2 La performance
- 8.3 L'esito

FASE PROGRAMMATORIA

9. PROGETTI

- 9.1 Stili di vita e ben-essere: uscire dalla crisi con stili di vita migliori
- 9.2 La rete dei servizi a famiglie, minori e immigrati – Istituzione di una banca dati dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di servizi a famiglie, minori e immigrati
- 9.3 Prevenzione, rilevamento e riduzione del disagio della popolazione della Valdichiana Senese
- 9.4 Manutenzione del set minimo di indicatori regionali

10. BIBLIOGRAFIA

PREMESSA

Il Piano Integrato di Salute (PIS) della Valdichiana Senese si inserisce in un quadro normativo in evoluzione, che disegna una modificazione profonda del sistema del welfare toscano. La riforma costituzionale (L. n. 3/2001), la Legge Regionale 40/2005, la Legge Regionale 41/2005, il Piano Sanitario Regionale, il Piano Integrato Sociale Regionale hanno delineato un sistema di welfare che ha come obiettivo quello di assicurare il diritto alla salute, intendendo come salute uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Gli obiettivi che si pongono sono quelli di assicurare il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, a partire dai soggetti deboli, in un quadro di soddisfazione e di partecipazione dei cittadini e di efficienza e sostenibilità del sistema.

In questo quadro viene affermata con chiarezza l'integrazione del sistema sanitario con gli altri settori del governo del territorio. In particolare “questo processo comporta un rafforzamento delle relazioni esistenti tra i diversi settori organizzativi della Regione e una nuova centralità del sistema delle autonomie locali.” I cambiamenti sono così riconoscibili nei nuovi equilibri di potere tra la Regione e i Comuni: con molta più responsabilità dei Comuni, cercando nuovi equilibri tra scelte regionali e scelte locali. Il Comune diventa così protagonista della tutela della salute e del benessere sociale. La scelta delle Società della Salute (SdS) è imperniata in questo ragionamento ed è caratterizzata da:

- coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;
- controllo e certezza dei costi;
- universalismo ed equità.”

Il Piano Sanitario Regionale prevede che il Comune non assuma solo funzioni di programmazione e controllo, ma compartecipi ad un governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute divenendo a tutti gli effetti cogestore dei servizi socio - sanitari territoriali. Si intende così realizzare appieno l'integrazione sociale e sanitaria, e promuovere l'integrazione fra tutela dell'ambiente e tutela della salute. Tale attività è impostata utilizzando lo strumento dei Piani Integrati di Salute.

In questo quadro il Piano Integrato di Salute mira ad ottemperare alla mission della SdS, programmando l'offerta delle prestazioni sanitarie e sociali, a partire dalle priorità dell'alta integrazione e operando per obiettivi di salute e di benessere, con il coinvolgimento di tutte le componenti della società nel processo di programmazione. Questo prevedeva innanzitutto la definizione del profilo epidemiologico delle comunità locali, attraverso un set minimo di indicatori fornito dalla regione ed attraverso un set complementare di Zona (le fonti dati sono state prevalentemente l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana - ARS, Laboratorio MeS, Fondazione Zancan, Osservatorio Sociale Provinciale, AUSL 7). Su questo venivano delineati gli standard quantitativi e qualitativi di Zona su cui porre in essere azioni attuative ritenute utili a migliorare determinate aree di criticità, individuando anche le risorse necessarie da mettere a disposizione. Infine era importante prevedere, nel tempo, strumenti di monitoraggio e valutazione intermedi e finali.

Dal punto di vista strettamente pratico, la stesura del PIS ha previsto una fase programmatica (interistituzionale, multisettoriale e multidisciplinare) che ha operato in stretto raccordo con la Assemblea della SdS e che si è sostanziata nella costituzione del laboratorio di progetto multidisciplinare. Il Laboratorio ha concorso ad individuare i gruppi di lavoro e a monitorare la costruzione del PIS e la sua attuazione. Infine si è passati ad una fase operativa, di stesura dei programmi, che si è realizzata con la costituzione di gruppi di lavoro per “aree tematiche” specifiche.

1 - POPOLAZIONE GENERALE

Cap. 1.1: Il Profilo demografico

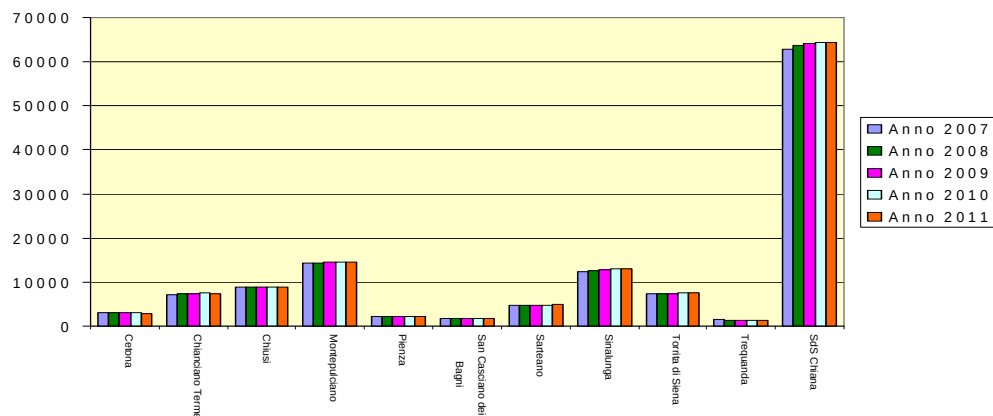
La Società della Salute (SdS) della Valdichiana risulta costituita da 11 “soggetti consorziati”: Comune di Cetona, Comune di Chianciano Terme, Comune di Chiusi, Comune di Montepulciano, Comune di Pienza, Comune di San Casciano dei Bagni, Comune di Sarteano, Comune di Sinalunga, Comune di Torrita di Siena, Comune di Trequanda e Azienda USL 7 Siena.

La popolazione totale residente nella Società della Salute della Valdichiana Senese, al 2011, era pari a 64378 individui. Il Comune più popoloso all'interno della Sds, nello stesso anno, era Montepulciano, con 14558 individui (22,6%), seguito da Sinalunga con 12420 individui (19,3%), tutti gli altri comuni si attestavano molto al di sotto delle 10000 unità (Tab. 1.1). Come emerge anche dalla Fig. 1.1, il trend relativo alla popolazione totale residente, dal 2007 al 2011, all'interno dell'intera SdS, appare in costante crescita, con un aumento dei residenti pari a 1472 individui (+ 2,3%). Ciò è il risultato di una crescita della popolazione nella maggior parte dei comuni della SdS, gli unici due comuni in cui è rilevabile una diminuzione della popolazione totale sono stati Cetona e Trequanda, con una riduzione rispettivamente in entrambi i casi di 35 individui (rispettivamente del - 1,2% e del - 2,5%).

Tabella 1.1 - Popolazione residente totale per comune ed anno (Fonte: ARS)

Comune	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Cetona	2948	2960	2956	2935	2913
Chianciano Terme	7199	7367	7467	7483	7447
Chiusi	8819	8889	8869	8866	8838
Montepulciano	14271	14389	14510	14506	14558
Pienza	2134	2172	2174	2190	2186
San Casciano dei Bagni	1699	1711	1707	1698	1703
Sarteano	4715	4769	4835	4861	4905
Sinalunga	12420	12635	12825	12922	12926
Torrita di Siena	7286	7351	7433	7501	7522
Trequanda	1415	1404	1393	1383	1380
SdS Chiana	62906	63647	64169	64345	64378

Fig 1.1 – Popolazione residente totale per comune ed anno (Fonte: ARS)



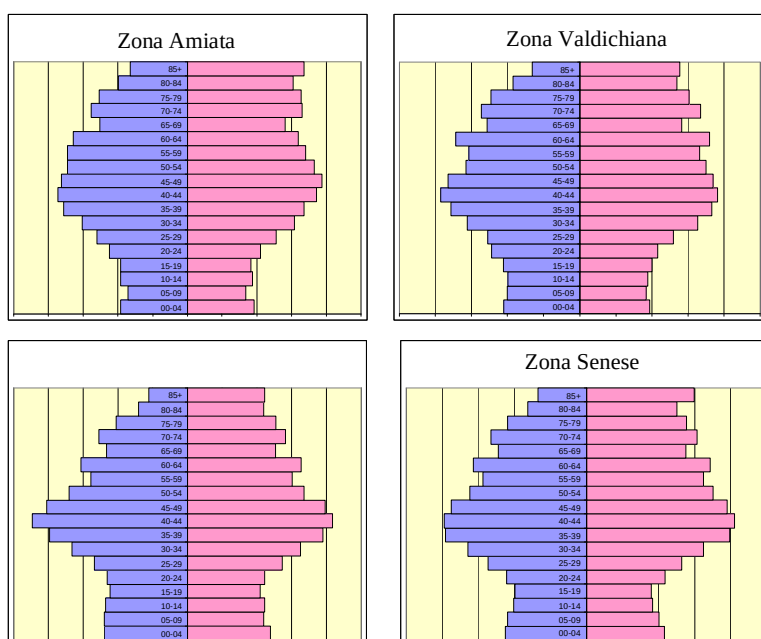
Per ciò che riguarda la popolazione totale residente nella AUSL 7, al 2011, la Zona più popolosa risultava essere la Zona Senese, con 121752 abitanti (44,7%), seguita da Valdichiana, Alta Val D'Elsa e Amiata Val d'Orcia con rispettivamente 64378 (23,6%), 63903 (23,4%) e 22605 (8,3%). Come emerge il trend relativo alla popolazione totale residente per Zone, dal 2007 al 2011, risulta globalmente in crescita. Il maggior aumento nella popolazione si riscontra per la Zona Senese, con una crescita pari a 5214 individui (4,5%), seguita dalla Alta Val d'Elsa, la Valdichiana e l'Amiata Val d'Orcia con, rispettivamente, una crescita pari a 2649 (4,3%), 1472 (2,3%) e 313 (1,4%) individui (Tab. 1.2).

Tabella 1.2 – Popolazione residente totale per Zona ed anno (Fonte: ARS)

Zona	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Zona Amiata Val d'Orcia	22292	22449	22621	22652	22605
Zona Valdichiana	62906	63647	64169	64345	64378
Zona Alta Val D'Elsa	61254	62333	63080	63619	63903
Zona Senese	116538	117862	119603	120749	121752
AUSL 7	262990	266291	269473	271365	272638

Per apprezzare e confrontare la struttura per età di popolazioni diverse si usa un particolare grafico: la piramide delle età. La consistenza numerica della popolazione appartenente ad una determinata classe di età viene individuata mediante un rettangolo (istogramma), la cui area è proporzionale alla numerosità della popolazione considerata, essendo la relativa base proporzionale all'ampiezza della classe di età. Negli ultimi anni si stanno verificando importanti cambiamenti demografici dovuti alla diminuzione dei tassi di mortalità nella maggior parte dei paesi, mentre si assiste all'invecchiamento delle popolazioni. Questi cambiamenti influenzano le persone, le famiglie, i governi, il settore privato e le istituzioni e rappresentano sfide con le quali cimentarsi. Il progressivo invecchiamento della popolazione, come rappresentato attraverso le piramidi per età sottostanti, avrà un grande impatto su diverse sfere della società (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulle crescenti esigenze di assistenza legate alla complessità, cronicità, disabilità e criticità delle malattie ("Problematiche emergenti e prospettive, F.Fazio). Una "rettangolarizzazione" delle piramidi è tipica dei paesi "sviluppati", caratterizzati da una bassa natalità ed una lunga speranza di vita: graficamente infatti si nota come la base dell'ipotetica piramide si sia particolarmente ristretta (questo indica bassa natalità) mentre la parte superiore risulta slargata, in particolare nella metà relativa alle femmine (che sono notoriamente più longeve degli uomini). La piramide dell'età per la Zona Valdichiana riporta, al 2011, un quadro caratterizzato da una maggiore proporzione di popolazione tra i 35 e i 65 anni, sia per i maschi che per le femmine, in parte attribuibile all'aumento della natalità registrato negli anni del "baby boom". Si nota il fenomeno della successiva contrazione delle nascite che ha portato ad una diminuzione relativa delle fasce di popolazione dagli 0 ai 30 anni. Per ciò che concerne le fasce di popolazione più anziane, si riporta una maggiore proporzione di donne rispetto agli uomini soprattutto al di sopra dei 70 anni, che, grazie alla maggiore speranza di vita di quest'ultime, va accentuandosi con il crescere delle fasce di età considerate. Questo fenomeno può comportare eventi di disagio secondari all'isolamento sociale cui le donne più anziane potrebbero incorrere (Fig. 1.2).

Fig 1.2 – Struttura per età e sesso dei residenti, anno 2011 (Fonte: ARS)

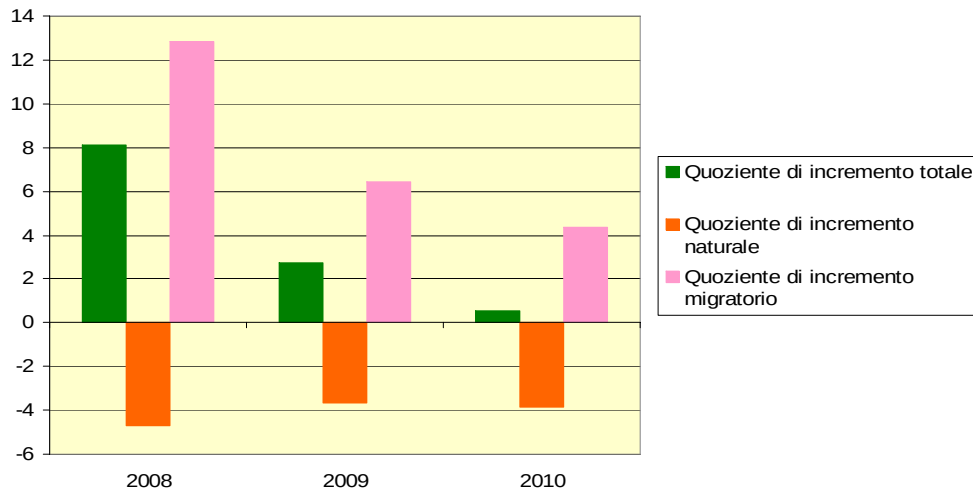


Se si osserva la AUSL 7 nel complesso, si nota come il Quoziente di incremento totale mostri un saldo positivo tra nati più immigrati da una parte e morti più emigrati dall'altra. La AUSL 7 ha avuto un quoziente di incremento totale nel 2010 pari a 4,67, leggermente inferiore alla media regionale (5,25). Per ciò che riguarda il quoziente di incremento naturale, nel 2010 si presentava negativo con un valore pari a -2,94 a fronte di una media regionale di -2,37. Il quoziente di incremento migratorio, sempre al 2010, registrava un valore pari a 7,61, con una media regionale pressochè analoga (7,62) (Tab. 1.3). Nello specifico la Zona Valdichiana ha avuto un quoziente di incremento totale nel 2010 pari a 0,51, la più bassa della AUSL se si esclude la Zona Amiata con quoziente addirittura negativo. Per ciò che riguarda il quoziente di incremento naturale, nel 2010 si presentava negativo con un valore pari a -3,87, anche in questo caso solo la Zona Amiata aveva uno score peggiore (con -5,44). Il quoziente di incremento migratorio, sempre al 2010, registrava un valore pari a 4,38, il più basso insieme alla Zona Amiata. Osservando i trend (Fig.1. 3) si nota come il quoziente di incremento naturale rimane costantemente negativo (questa bassa natalità, inferiore alla mortalità, provoca nel medio e lungo periodo un invecchiamento demografico) mentre il quoziente di incremento migratorio rimane positivo ma in diminuzione, forse correlato alla crisi economica esplosa proprio negli anni a cavallo fra 2007/2008, che ha determinato, anche in Valdichiana, l'espandersi del problema disoccupazione causando una maggiore emigrazione.

Tabella 1.3 – Quoziente di incremento totale, naturale e migratorio (Fonte: ARS)

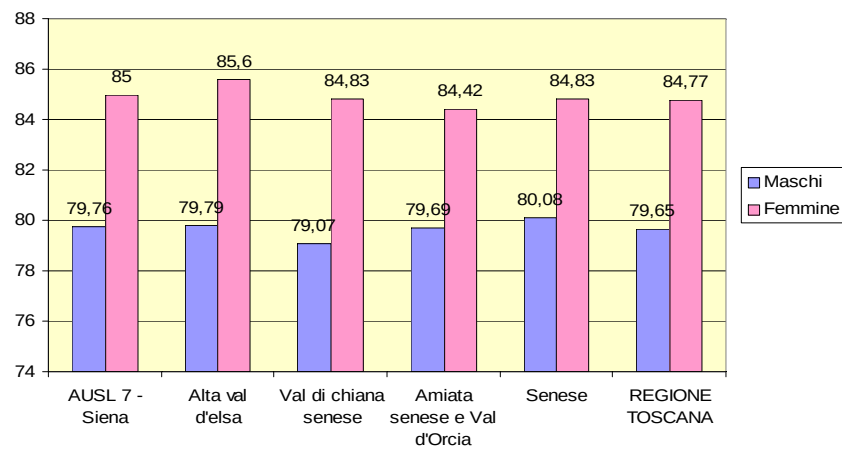
	Quoziente incremento totale 2010	Quoziente incremento naturale 2010	Quoziente incremento migratorio 2010
Zona Amiata	-2,08	-5,44	3,36
Zona Valdichiana	0,51	-3,87	4,38
Zona Alta Val d'Elsa	4,44	-1,16	5,6
Zona Senese	8,24	-2,92	11,15
Usl7	4,67	-2,94	7,61
Regione Toscana	5,25	-2,37	7,62

Figura 1.3 – Quoziente di incremento (per 1000) totale, naturale e migratorio (Fonte: ARS)



Come si poteva evincere chiaramente anche dall'analisi della piramide dell'età, la Speranza di vita alla nascita della popolazione toscana risulta tra le più elevate in Italia, sia per ciò che concerne il sesso maschile che quello femminile. Nel 2008, la speranza di vita alla nascita nella AUSL 7 Siena era in linea con i valori regionali, risultando pari a 79,76 anni per i maschi (+0,11 rispetto valore regionale) e 85 anni per le femmine (+0,23 rispetto al valore regionale); il divario fra i due sessi era pari a 5,24 anni. Le Zone con la maggiore e la minore speranza di vita alla nascita per i maschi risultavano, rispettivamente, la Zona Senese e la Valdichiana. Quelle con la maggiore e la minore speranza di vita per le femmine risultavano, rispettivamente, la Alta Val d'Elsa e la Amiata Senese e Val d'Orcia. La differenza massima di speranza di vita per i maschi fra le varie Zone della AUSL 7 era pari a 1,7 anni, per le femmine pari a 1,2. Nello specifico, per la Zona Valdichiana, la speranza di vita per la popolazione maschile risultava pari a 79,07 anni (il valore più basso registrato nella AUSL), per quella femminile pari a 84,83 (pari alla Zona Senese e superiore solo alla Zona Amiata Val d'Orcia), con un divario fra i due sessi pari a 5,81 anni (Fig. 1.4). Pertanto, rispetto alla Regione Toscana, la Speranza di Vita per i maschi della Zona Valdichiana era inferiore di 0,58 anni mentre per le femmine era superiore di 0,06.

Figura 1.4 – Speranza di vita alla nascita, per maschi e femmine (Fonte: ARS)



Cap. 1.2: I determinanti di salute

1.2.1: Gli stili di vita e l'ambiente

Per ciò che concerne l'analisi dei determinanti di salute associati agli stili di vita, gli indicatori presi in esame sono: la percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, la percentuale di popolazione obesa, la percentuale di popolazione con scarsa o assente attività fisica, la percentuale di fumatori correnti, la percentuale di bevitori a rischio e la percentuale di persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno. Bisogna considerare che tali dati sono stati raccolti attraverso interviste telefoniche (nell'ambito dell'indagine PASSI), ciò può influenzare la qualità del dato stesso.

Il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura è uno dei comportamenti promossi nell'ambito del progetto europeo "Guadagnare Salute", ritenendo tale abitudine protettivo per la salute. Il Ministero della Salute mette in guardia la popolazione considerando che in generale, si sta assistendo a una vera e propria "transizione nutrizionale", in cui la società, sempre più sedentaria al crescere dell'urbanizzazione, sta cambiando il proprio modo di mangiare: cibi ricchi di grassi e zuccheri stanno a poco a poco soppiantando frutta e verdura, aumenta il numero di pasti consumati fuori casa e la quota di cibi non freschi. Una cattiva alimentazione può comportare un maggior rischio di ipertensione arteriosa, malattie dell'apparato cardiocircolatorio, sovrappeso e obesità, malattie metaboliche (aumento colesterolo e trigliceridi ematici), diabete tipo 2, osteoporosi, litiasi biliare e steatosi epatica (fegato grasso), carie dentarie, gozzo da carenza iodica, alcune forme di tumori (Ministero della Salute, "Le nostre Abitudini a tavola"). In Toscana, la percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno si attesta attorno al 9%. La Zona Senese ed Alta Val d'Elsa presentano i valori più bassi della AUSL, intorno al 7 %, la Valdichiana si attesta attorno al 8, 5%, mentre la Zona Amiata è l'unica ad avere un valore superiore alla media regionale, vicino al 10 % (Fig. 1.5).

Il sovrappeso e l'obesità sono la conseguenza dello squilibrio protratto nel tempo del bilancio tra apporto e dispendio calorico. Le cause determinanti sono molteplici: predisposizione genetica, fattori ambientali socio-economici, culturali, psicologici, comportamentali, metabolici, neuroendocrini. Sedentarietà ed eccesso di alimenti ad elevata concentrazione calorica, ricchi di grassi e zuccheri semplici e poveri di fibra favoriscono l'insorgenza del sovrappeso e dell'obesità sin dall'infanzia, con vari problemi correlati (psico-sociali, rischio di carenza di nutrienti, ecc) (Ministero della Salute, "Alimentazione e patologie correlate"). La percentuale di popolazione obesa in Toscana risulta pari a circa il 10 %. La Zona Senese e la Zona Amiata presentano i valori più bassi nell'ambito della AUSL 7, con percentuali pari a circa il 7 %. La Zona Alta Val d'Elsa e Valdichiana hanno valori solo lievemente superiori, pari a circa il 9 % (vedasi grafico sottostante). Considerando la differenza di circa 1/2 punti percentuali rispetto alla media regionale a favore della Zona Valdichiana, il problema dell'obesità potrebbe considerarsi come un'area di miglioramento da consolidare (Fig. 1.5).

Per ciò che riguarda l'attività motoria, è stata considerata la percentuale di popolazione che effettua scarsa o nulla attività fisica. L'esercizio fisico e l'attività sportiva sono fondamentali per favorire il pieno sviluppo dell'organismo e per promuovere e mantenere uno stato di salute ottimale sia a breve che a lungo termine. Secondo le strategie di "Guadagnare Salute" è importante favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico, nei bambini e nei giovani, al lavoro e nel tempo libero, per le persone disabili, per gli anziani e per le persone portatrici di disagio e disturbo mentale, attraverso un maggior coinvolgimento dei professionisti della salute. La Regione Toscana presentava, al 2008, un valore di dichiaranti scarsa o nulla attività fisica pari a circa il 26 %. Nell'ambito della AUSL 7, tale valore era pari a circa il 23 % per l'Alta Val d'Elsa, seguita a ruota dalla Valdichiana, mentre la Zona Amiata-Val d'Orcia e Zona Senese si attestavano su valori inferiori (Fig. 1.5). La Valdichiana presentava quindi una percentuale di dichiaranti scarsa o nulla

attività fisica inferiore rispetto alla Regione ma superiore alle altre Zone, benché con una differenza massima circoscritta a circa 5 punti percentuali. Comunque questa resta, anche per l'importanza che riveste, un'area su cui porre attenzione ed imbastire azioni migliorative.

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea". Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. La mortalità e l'incidenza per carcinoma polmonare sono in calo tra gli uomini ma in aumento nelle donne, tra le quali questa patologia ha superato abbondantemente quella del tumore allo stomaco, divenendo la terza causa di morte per patologie tumorali, dopo mammella e colon-retto.

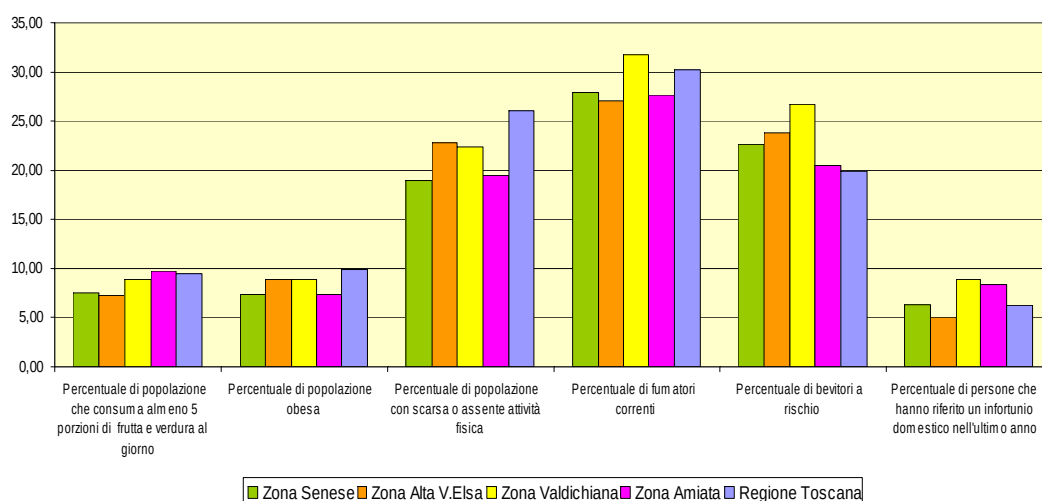
La nicotina, inoltre, è un alcaloide che influenza il sistema cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza. Il fumo è la prima causa di morte facilmente evitabile in quanto causa di cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie, ha un effetto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna, riducendo la fertilità. Durante la gravidanza, il fumo ha molti effetti nocivi sul feto ed è il maggiore fattore di rischio di basso peso alla nascita, può causare aborti spontanei e complicazioni durante la gravidanza. Smettere di fumare durante la gravidanza previene, inoltre, l'asma nei bambini. Se si è un fumatore e si è un genitore o si è a contatto abituale con i bambini, si deve evitare di fumare perché il fumo passivo può causare infezioni polmonari nei neonati, irritazione ad occhi, tosse e disturbi respiratori e aumento del rischio di crisi di asma e otiti. In ogni caso il fumo passivo è dannoso per chi sta intorno ad un fumatore (Ministero della salute). All'interno della AUSL 7, le Zone Senese, Alta Val d'Elsa e Amiata, presentavano una percentuale di fumatori correnti inferiore alla media regionale. L'unica Zona con un valore superiore al corrispettivo regionale risultava proprio la Valdichiana. In quest'ultima vi era una percentuale di fumatori correnti stimabile all'incirca nel 32 % dei soggetti, circa il 3 % in più rispetto alla media regionale (Fig. 1.5). Questo ambito, così come si configura, rappresenta sicuramente un'area di intervento prioritario su cui porre attenzione con azioni preventive/educative.

Per quanto concerne l'alcol, occorre in primis ricordare che questo non è nutriente (come lo sono ad esempio le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo abuso è tossico per l'organismo e le sue funzioni. L'alcol può provocare danno diretto alle cellule di molti organi tra cui fegato e sistema nervoso centrale, con una capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute, inoltre può essere un fattore determinante per atteggiamenti o comportamenti violenti anche all'interno della famiglia e può interagire con molti farmaci (è particolarmente pericoloso se associato a sedativi, tranquillanti, ansiolitici e ipnotici). Un consumo considerato moderato può essere indicato entro il limite di: 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1-2 unità alcoliche per le donne; una sola unità alcolica per gli anziani da consumarsi durante i pasti. Per gli adolescenti fino a 15 anni, l'OMS raccomanda l'astensione totale dal consumo di alcol (StiliVita – Alcool, Ministero della Salute 2009). All'abuso alcolico si possono attribuire dal 5 al 10% dei ricoveri ospedalieri, ma quest'ultimi sono un problema tutto sommato marginale, la punta dell'iceberg. Si deve invece tenere conto di tutte quelle patologie che vengono provocate o aggravate dal consumo eccessivo di alcol (carcinomi laringei, esofago, colon retto; gastriti di varia natura, ulcere, malassorbimento, steatosi, epatite cronica, cirrosi, danni cardiovascolari, alterazioni dell'immunità, disturbi endocrini, patologie osteoarticolari) (Piano nazionale Alcool e Salute; Ministero della salute; 2007).

Tutte le Zone della AUSL 7 Siena presentavano una percentuale di bevitori a rischio, al 2008, superiore alla media regionale. La Valdichiana risultava la Zona con il valore superiore, seguita da Alta Val d'Elsa, Senese e Amiata. Nello specifico, per la Valdichiana, si registrava un valore di circa il 26 %, approssimativamente 6 % in più rispetto al valore regionale (Fig. 1.5).

Infine, per gli incidenti in ambiente domestico, l'indagine multiscopo 2008 nazionale (Istat) rilevava che questi avevano coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, 797.000 persone, pari al 13,5% della popolazione, con un impatto del fenomeno stimabile nell'arco dei 12 mesi di 3 milioni di persone. Oltre il 70% di tutti gli incidenti accaduti riguardava le donne, con una percentuale di infortuni pari al 17,6%, mentre fra gli uomini è del 9%. Nelle età pediatriche (fino a 14 anni) gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre le femmine sono coinvolte più degli uomini alle età successive, sia per una maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione ecc.). Le casalinghe, con quasi 4 incidenti su 10, sono un gruppo di popolazione particolarmente esposto. A rischio, oltre alle donne, anche gli anziani (> 64 anni, il 19,5% ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista) e i bambini più piccoli (< 6 anni, il 13% ha subito un incidente nei tre mesi precedenti l'intervista). All'interno della AUSL 7, al 2008, nelle Zone Valdichiana e Amiata si registravano percentuali di persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno superiore alla media regionale; nelle Zone Senese e Alta Val d'Elsa si riscontravano, invece, valori inferiori alla media regionale. Per la Valdichiana il valore rilevato era pari a circa l'8 %, approssimativamente superiore del 2 % rispetto al valore regionale (Fig. 1.5). Anche per questo ambito la soglia di attenzione da parte delle amministrazioni e dei servizi territoriali deve rimanere elevata.

Figura 1.5 – Stili di Vita, indagine PASSI 2008 (Fonte: Mes)



Un capitolo sicuramente importante dei determinanti della salute umana riguarda la raccolta, il trasporto, il trattamento e lo smaltimento dei rifiuti avvengono seguendo una molteplicità di procedure che possono determinare diverse tipologie di impatti sull'ambiente (a livello sia locale sia sistemico) e, potenzialmente, sulla salute umana, in funzione del profilo tossicologico degli agenti chimici emessi o rilasciati, del rischio biologico, delle modalità di esposizione (inalazione, ingestione per contaminazione della catena alimentare, contatto cutaneo) e della maggiore o minore vulnerabilità delle popolazioni esposte. Per la gestione dei rifiuti in termini complessivi, è indispensabile un approccio integrato che soddisfi le priorità identificate dalla cosiddetta gerarchia dei rifiuti, sviluppata dall'Unione Europea, che stabilisce le opzioni preferibili per lo smaltimento

(Direttiva 75/442/CEE del Consiglio, del 15 luglio 1975). Applicando questa gerarchia, le opzioni in ordine di preferibilità decrescente sono: contenimento della produzione, riutilizzo, riciclaggio, compostaggio, incenerimento e discariche con recupero di energia, incenerimento e discariche senza recupero di energia. I processi decisionali relativi alle politiche nella gestione del ciclo dei rifiuti dovranno tenere conto delle indicazioni su menzionate, prevedendo una valutazione dell'impatto sanitario, in particolare per le scelte di tipo impiantistico (Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010). Al 2010, la AUSL 7 Siena presentava una produzione pro-capite di rifiuti urbani inferiore alla media regionale, conseguentemente ai bassi valori riscontrati in Alta Val d'Elsa e Valdichiana. L'Amiata Senese-Val d'Orcia e Senese risultavano invece avere valori superiori alla media regionale. La Alta Val d'Elsa, spiccava tra le Zone a produzione inferiore rispetto alla media regionale, con un valore di circa 610 Kg pro-capite, approssimativamente 60 Kg meno rispetto al corrispondente valore toscano (Fig. 1.6). Il trend dal 2008 al 2010, in Regione Toscana, appare globalmente in diminuzione, così come un AUSL 7 Siena. Le Zone Valdichiana, Senese e Amiata mostrano trend in aumento, al contrario della Alta Val d'Elsa che risulta l'unica Zona con una tendenza alla diminuzione (Fig. 1.7).

Figura 1.6 - Produzione pro-capite di rifiuti urbani 2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

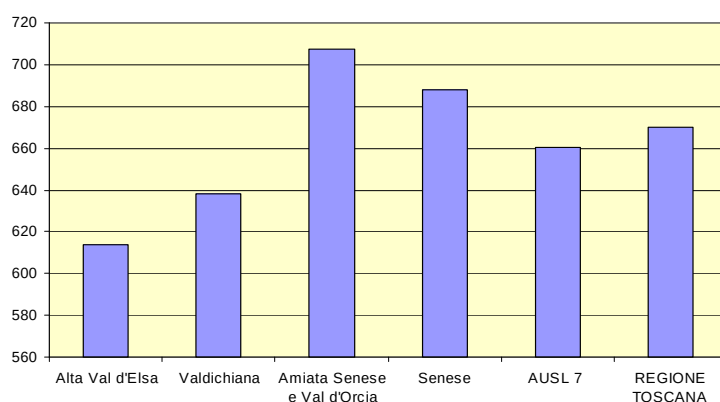
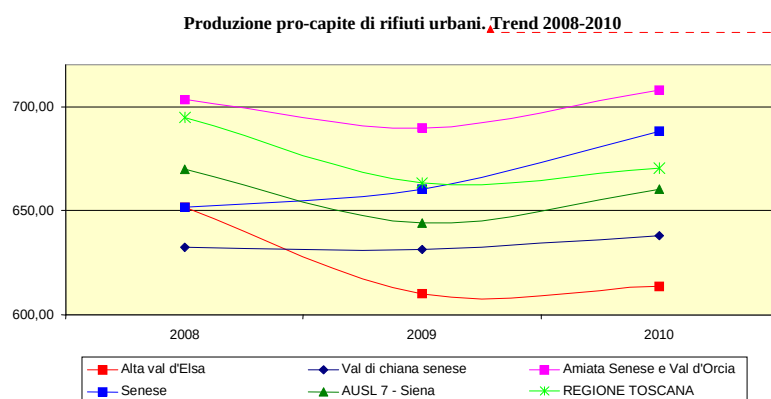


Figura 1.7 - Produzione pro-capite di rifiuti urbani trend 2007-2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



Formattato: Italiano (Italia)

La percentuale di raccolta differenziata in Valdichiana, risultava superiore alla media regionale del 2010 (Fig. 1.8) ed in aumento rispetto all'anno precedente (Fig. 1.9), configurando il quadro di un'area di successo da mantenere, indicando alla zona-distretto una strategia di mantenimento e consolidamento del risultato.

Figura 1.8 – Percentuale di raccolta differenziata, anno 2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

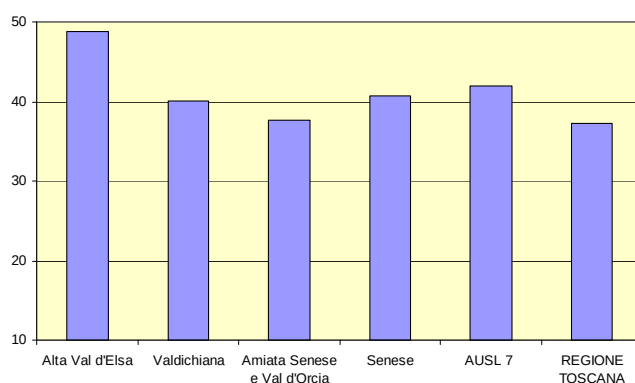
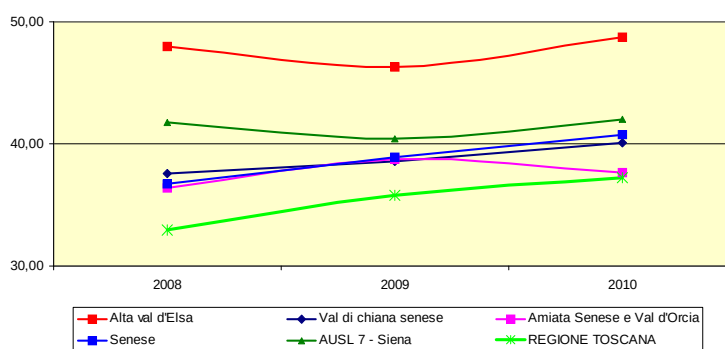


Figura 1.9 – Percentuale di raccolta differenziata, trend 2008-2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



1.2.2: Lo stato socio-economico

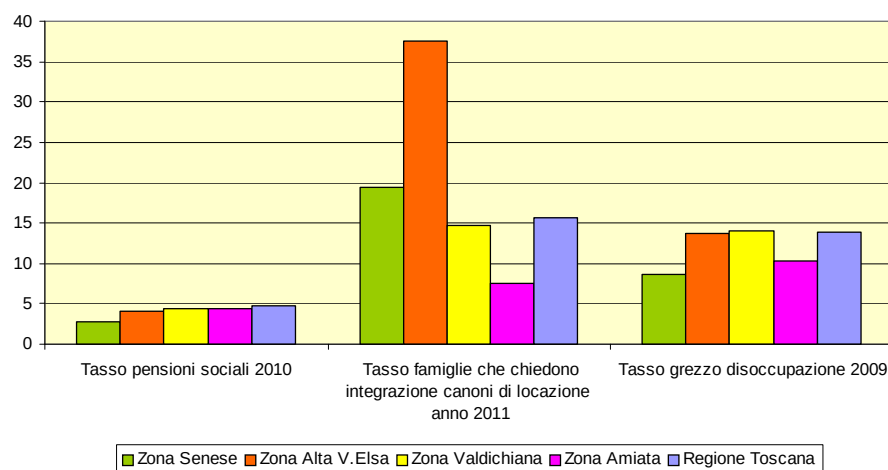
I determinanti socioeconomici, dopo l'età, sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute in una popolazione. I determinanti sociali influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute, quelli materiali, quelli ambientali, quelli psicosociali, gli stili di vita insalubri e in molti casi anche l'accesso alle cure appropriate, che sono determinanti prossimali e possono essere in parte modificati con adeguate politiche. Ancora oggi si osservano in Italia disuguaglianze nella mortalità e negli indicatori di salute, a sfavore di una pluralità di dimensioni dello svantaggio sociale (Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2009-2010).

L' art. 26 della l. 153/1969 attribuiva il diritto alla pensione sociale ai cittadini italiani di 65 anni di età, residenti abitualmente ed effettivamente in Italia, sprovvisti di reddito, ovvero in possesso di redditi di importo inferiore ai limiti stabiliti dalla legge e, comunque, non aventi titolo a rendite o prestazioni economiche erogate con carattere di continuità a carico dello Stato o di altri Enti pubblici (INPS). Il tasso di pensioni sociali in tutte le Zone della AUSL 7, al 2010, risultava inferiore rispetto al valore medio regionale. Valori omogenei si riscontravano per l'Alta Val d'Elsa, la Valdichiana e l'Amiata, mentre la Zona Senese presentava un tasso leggermente inferiore). Presso il Ministero dei Lavori Pubblici è istituito un fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, la cui dotazione annua è determinata dalla legge finanziaria. I tassi di famiglie che chiedono integrazione ai canoni di locazione relativi alle Zone della AUSL 7, al 2011, risultavano piuttosto disomogenei, con valori superiori alla media regionale per Senese e Alta Val d'Elsa ed inferiori per Valdichiana e Amiata.

La crisi economica si è trasformata, con tutte le conseguenze disastrose che ciò comporta, in una crisi sociale, delle istituzioni e delle infrastrutture e in una crisi dell'impiego con un tasso di disoccupazione che raggiunge quote vertiginose: i disoccupati sviluppano, generalmente, una scarsa fiducia in loro stessi, si sentono esclusi e respinti dalla società e di conseguenza, reagiscono coltivando sentimenti d'insocievolezza, vengono assaliti da amarezza cronica e presentano sintomi di depressione. Ricerche comparative rivelano tassi più elevati di depressione e di angoscia tra i disoccupati, disturbi del sonno, altri disturbi psicosomatici, il consumo di sostanze quali alcool e droghe (Parlamento Europeo, "Ripercussioni della disoccupazione sulla salute psichica del disoccupato e di coloro che lo circondano direttamente").

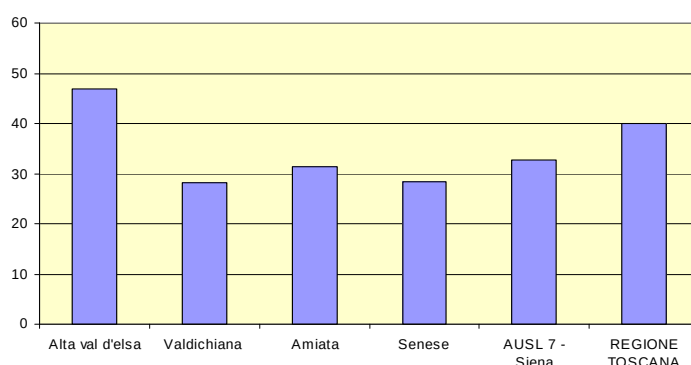
Il tasso grezzo di disoccupazione, al 2009, risultava in linea con il valore medio regionale per le Zone Valdichiana e Alta Val d'Elsa, mentre risultava inferiore per Amiata e Senese (Fig. 1.10).

Figura 1.10 – Determinanti di salute: lo stato socio economico, anno 2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



La percentuale di popolazione residente in zone censuarie deprivate o molto deprivate, al 2001, nella AUSL 7, era inferiore di circa 8 punti percentuali rispetto al valore medio regionale. Tutte le Zone mostravano valori inferiori alla media toscana ad eccezione della alta val d'Elsa che, con una percentuale di circa il 47 %, aveva un valore di circa 7 punti percentuali superiore alla media regionale (Fig. 1.11). La Valdichiana risultava la Zona con la percentuale più bassa all'interno della USL 7, inferiore al 30%. Peraltro, tali dati sono da considerare con molta cautela considerando l'epoca e modalità di raccolta

Figura 1.11 – Percentuale di popolazione residente in zone censuarie deprivate, anno 2011 (Fonte: ARS)



Il reddito imponibile medio della AUSL 7, al 2009, risultava lievemente superiore alla media toscana. La Zona Senese mostrava un valore sensibilmente superiore a quello delle altre Zone della AUSL 7, essendo seguita da Alta Val d'Elsa, Valdichiana e Amiata Senese-Val d'Orcia (Fig. 1.12). I trend relativi, dal 2005 al 2009, risultavano globalmente in aumento in tutte le Zone e nella Regione inferiore (Fig. 1.13).

Figura 1.12 – Reddito imponibile medio, anno 2009 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

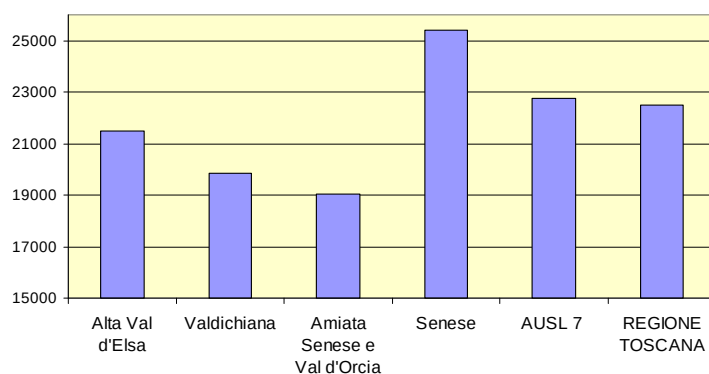
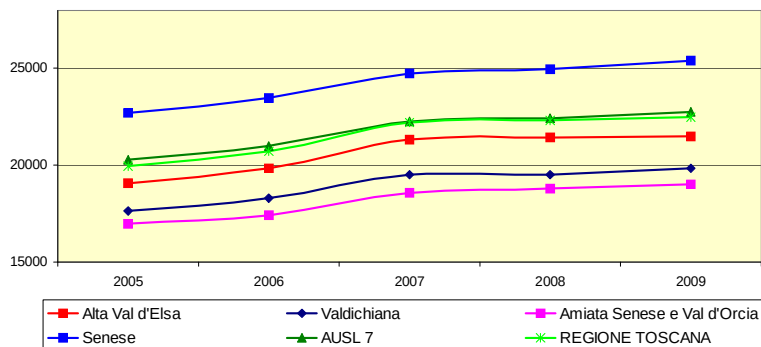


Figura 1.13 – Reddito imponibile medio, trend 2005-2009 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



L'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS, al 2010, risultava inferiore alla media regionale nella AUSL 7. La Zona Senese risultava quella in cui si registravano importi più elevati, seguita da Alta Val d'Elsa, Amiata e Valdichiana. Proprio quest'ultima mostrava un valore di circa 100 euro inferiore alla media regionale (Fig. 1.14). I trend relativi, dal 2008 al 2010, risultavano globalmente in aumento in tutte le Zone e nella Regione (Fig. 1.15).

Figura 1.14 – Importo medio delle pensioni erogate INPS, anno 2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

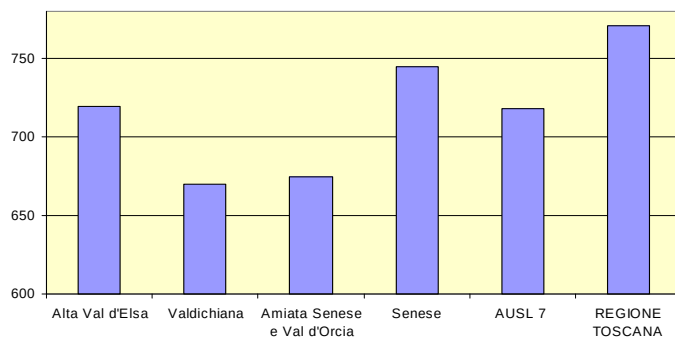
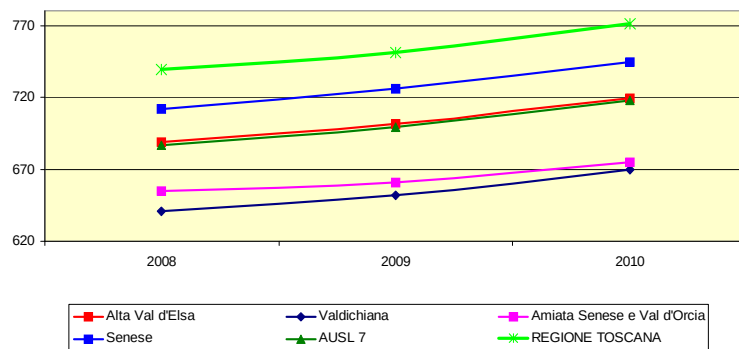


Figura 1.15 – Importo medio delle pensioni erogate INPS, trend 2008-2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



Il tasso di famiglie che chiedono integrazione dei canoni di locazione in AUSL 7, nel 2011, risultava leggermente inferiore al valore medio regionale, raggiungendo circa il 15%. Nell'ambito delle Zone, un valore sensibilmente più elevato era registrato in Alta Val d'Elsa, seguita da Zona Senese, Valdichiana e Amiata-Val d'Orcia (Fig. 1.16). Il trend relativo alla Valdichiana risultava sostanzialmente costante nell'ultimo biennio (Fig. 1.17).

Figura 1.16 – Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione, anno 2011 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

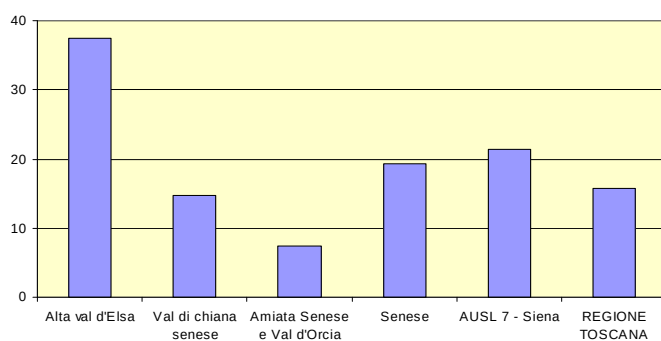
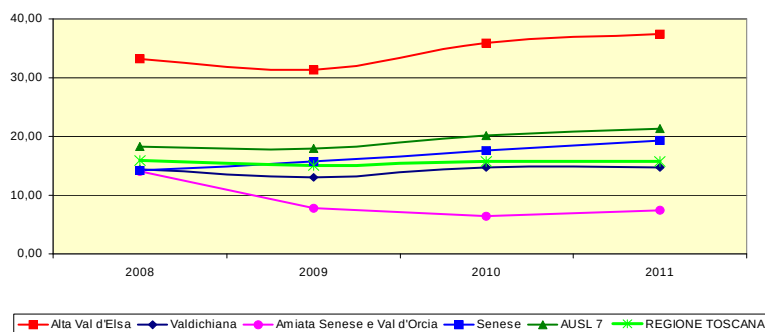


Figura 1.17 – Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione, trend 2008-2011
(Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



Il tasso di pensioni ed assegni sociali in AUSL 7, nel 2010, risultava inferiore rispetto alla media regionale. I valori maggiori si riscontravano in Amiata, Valdichiana e Alta val d'Elsa, nelle quali si registravano valori abbastanza omogenei; un valore relativamente più basso si rilevava invece in Zona Senese. I trend dal 2009 al 2010 apparivano in lieve diminuzione per tutte le Zone, ad eccezione proprio della Valdichiana che manteneva valori costanti (Fig. 1.18). Il tasso grezzo di disoccupazione in AUSL 7, nel 2009, appariva inferiore rispetto alla media regionale. I valori più alti si registravano in Valdichiana e Alta Val d'Elsa; valori relativamente minori in Amiata e Zona Senese. I trend apparivano in aumento in tutte e quattro le Zone (Fig. 1.19).

Figura 1.18 – Tasso di pensioni e assegni sociali, anni 2009-2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)

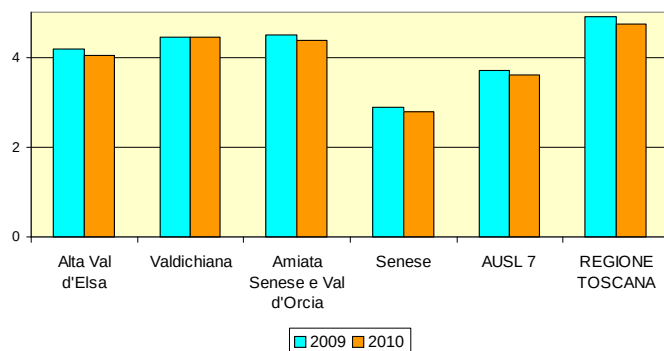
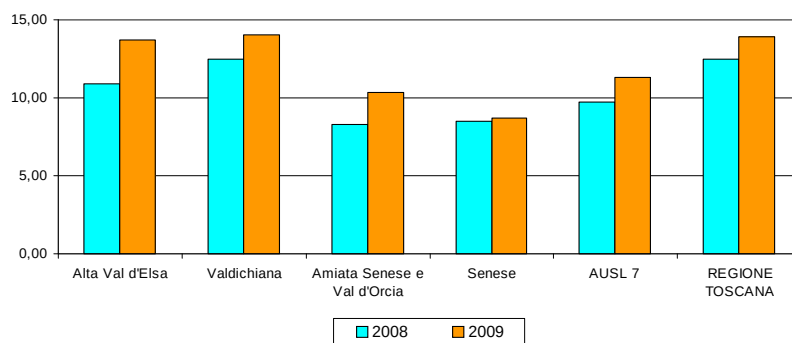


Figura 1.19 – Tasso grezzo di disoccupazione, anni 2008-2009 (Fonte: Osservatorio Sociale Provinciale)



Cap.1.3: Stato di salute

1.3.1: La mortalità

Analizzando per il tasso di mortalità generale un periodo di circa 12 anni (dal 1996 al 2008) si nota come, nell'ultimo triennio di registrazione, in Valdichiana si abbia il valore più elevato delle 4 Zone sia per i maschi che per le femmine; inoltre il valore totale della mortalità è superiore anche alla media regionale (Fig. 1.20). Per quanto riguarda il trend, questo risulta in discesa sia nelle 4 Zone che nel valore regionale (Fig. 1.21). Va ricordato comunque che la mortalità è un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione, che deve far alzare il livello di guardia, ma che da solo non è sufficiente a fotografare la situazione di una zona (ad esempio molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale come artrosi, diabete, ipertensione presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità).

Figura 1.20 – Tasso di mortalità standardizzato (per 100.000), triennio 2006-2008 (Fonte:ARS)

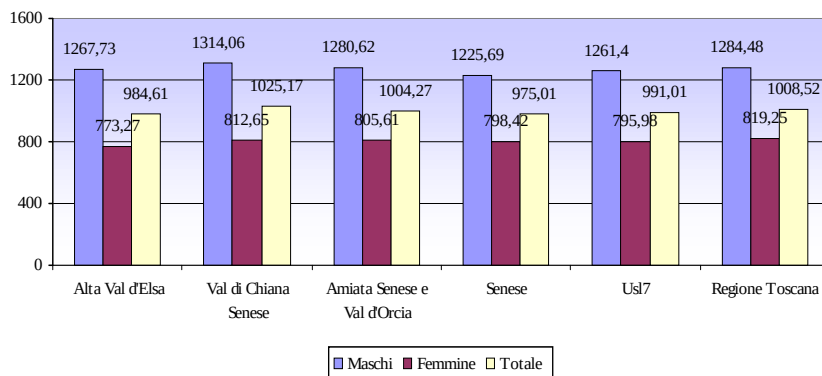
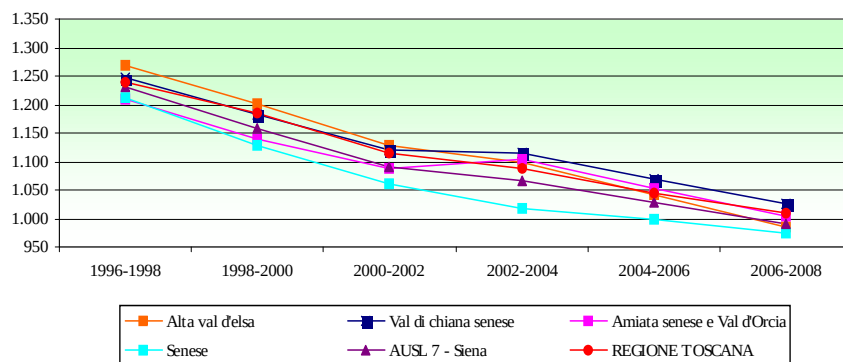


Figura 1.21 – Tasso di mortalità standardizzato (per 100.000), trend 1996/8 – 2006/8 (Fonte:ARS)



Per ciò che riguarda il *tasso di mortalità per malattie cardiovascolari standardizzato per età*, come valori medi tra il 2006 e il 2008, tutte le Zone mostravano valori sostanzialmente simili alla media regionale, solo lievemente superiori per Alta Val d'Elsa e Valdichiana (Fig. 1.22). I trend dal 1996 al 2008 risultano in costante diminuzione per tutte le Zone, con l'eccezione della Amiata-Val d'Orcia, in cui si rilevava una fase di "stagnazione" dei valori dal 2002 al 2006 (Fig. 1.23).

Figura 1.22 – Tasso di mortalità per malattie cardiovascolari standardizzato (per 100.000), triennio 2006-2008 (Fonte:ARS)

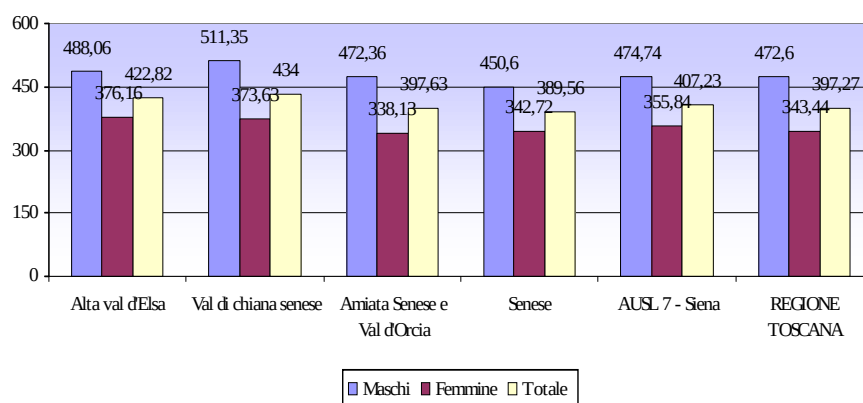
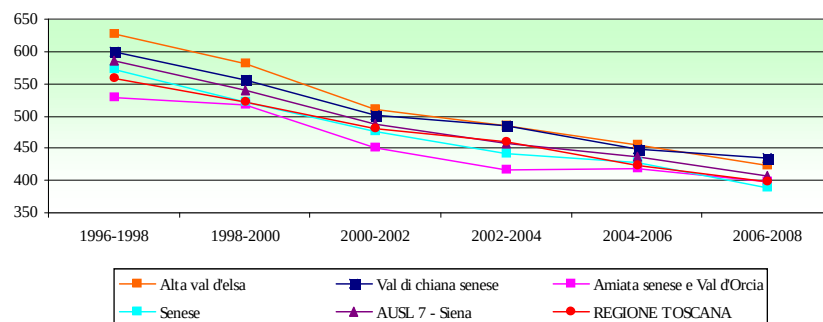


Figura 1.23 – Tasso di mortalità per malattie cardiovascolari standardizzato (per 100.000), trend 1996/8 – 2006/8 (Fonte:ARS)



Il tasso di mortalità per tumori standardizzato per età, per il triennio 2006 – 2008, risultava globalmente in linea fra le varie zone AUSL 7, con i valori complessivi inferiori alla media regionale, che invece supera il limite dei casi 300 per 100.000 abitanti (Fig. 1.24). I trend relativi a tutte le Zone presentano, dal 1996 al 2008, andamenti altalenanti, ad eccezione della Alta Val d'Elsa che si rivela l'unica Zona a mostrare un trend costantemente in diminuzione, seppur con un periodo di relativa stasi tra il 2000 e il 2004. La Valdichiana, negli ultimi tre trienni registrati, ha evidenziato una riduzione decisa del tasso che nel 2004-06 era il più elevato della AUSL insieme a quello dell'Amiata Val d'Orcia e superiore alla media regionale, mentre nel 2006-08 si mostrava come quello più basso insieme alla Valdelsa (Fig. 1.25).

Figura 1.24 – Tasso di mortalità per tumori standardizzato (per 100.000), triennio 2006-2008 (Fonte:ARS)

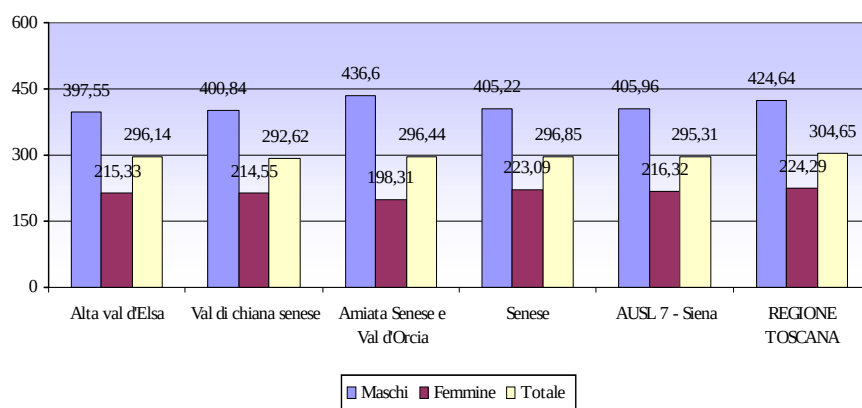
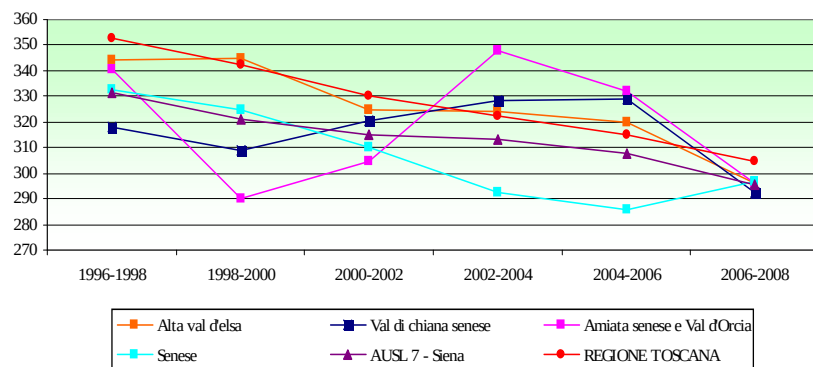


Figura 1.25 – Tasso di mortalità per tumori standardizzato (per 100.000), trend 1996/8 – 2006/8 (Fonte:ARS)



I tassi di mortalità per cause accidentali e per traumatismi standardizzati per età, nel triennio 2006 e 2008, si rivelano inferiori alla media toscana per tutte le Zone, ad eccezione della Valdichiana in cui si rilevano valori superiori alla media regionale solo per ciò che riguarda il sesso maschile (Fig 1.26). Osservando il trend negli ultimi 12 anni, si notano andamenti molto altalenanti all'interno delle varie Zone AUSL, mentre per la Valdichiana, nello specifico, l'andamento in discesa fino al triennio 2004-2006 ha subito nell'ultima registrazione una leggera risalita (Fig. 1.27).

Figura 1.26 – Tasso di mortalità per cause accidentali e traumatismi standardizzato (per 100.000), triennio 2006-2008 (Fonte:ARS)

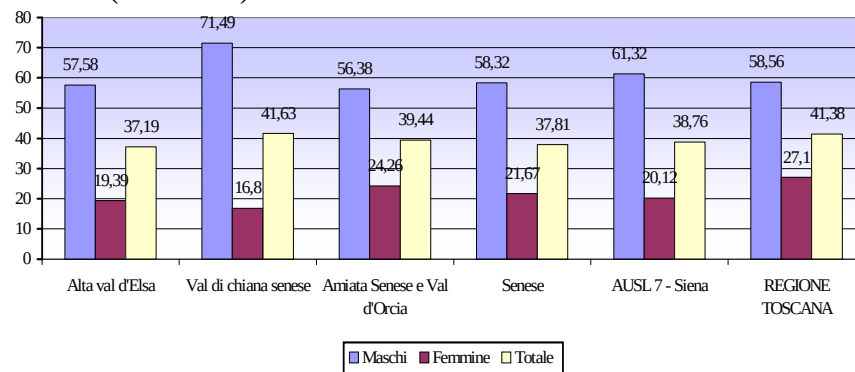
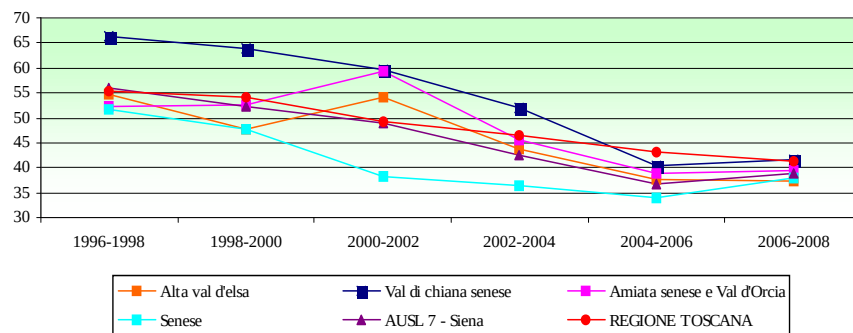


Figura 1.27 – Tasso di mortalità per cause accidentali e traumatismi standardizzato (per 100.000), trend 1996/8 – 2006/8 (Fonte:ARS)



Oltre alle cause accidentali e traumatismi vanno considerate tutte le cause di morte considerate evitabili, ovvero quando il rischio di morte per quella causa può essere ridotto, se non annullato, dal buon funzionamento dei Servizi; la mortalità evitabile, infatti, è correlata con le abitudini di vita, lo stato dell'ambiente e con l'accessibilità dei servizi sanitari.

Il *tasso di mortalità prematura per cause potenzialmente evitabili* standardizzato per età, mostra valori totali (maschi più femmine) superiori alla media regionale per le Zone Valdichiana e Amiata Val d'Orcia, che rivelano valori particolarmente elevati per il sesso femminile (Fig. 1.28). I trend relativi a tutte le Zone si mostrano globalmente in riduzione costante, ad eccezione della Amiata-Val d'Orcia in cui il trend appare altalenante. La Valdichiana nell'ultimo triennio è sembrata però assestarsi su valori in linea con la precedente registrazione (Fig. 1.29).

Figura 1.28 – Tasso standardizzato di mortalità prematura e per cause potenzialmente evitabili (per 100.000), triennio 2006-2008 (Fonte:ARS)

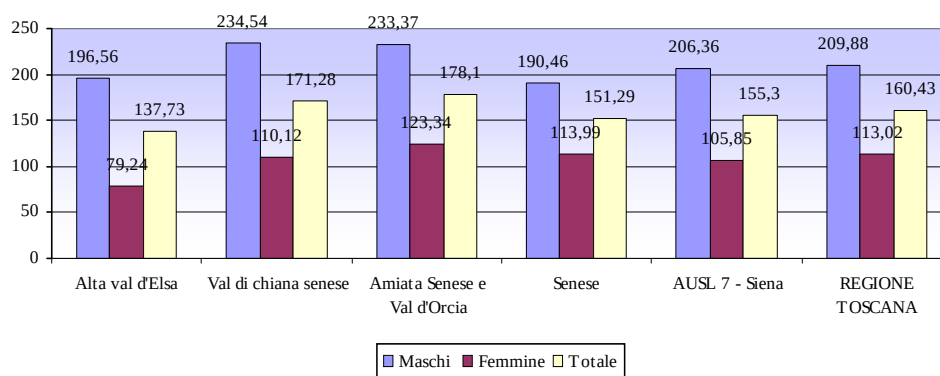
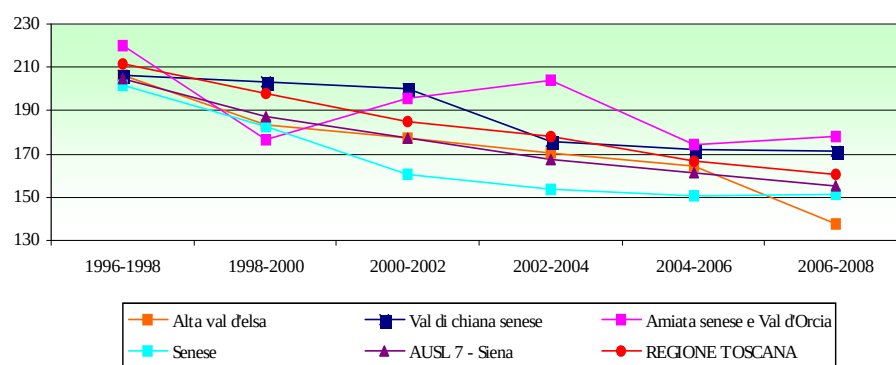


Figura 1.29 – Tasso standardizzato di mortalità prematura e per cause potenzialmente evitabili (per 100.000), trend 1996/8 – 2006/8 (Fonte:ARS)



Il *tasso di mortalità infantile*, nel triennio 2006-2008, appare lievemente superiore nella AUSL 7 rispetto alla Regione. Alta Val d'Elsa e Amiata-Val d'Orcia rivelavano valori inferiori alla media toscana, mentre Senese e Valdichiana mostravano risultati peggiori, particolarmente per quest'ultima, sebbene i dati utilizzati per la Valdichiana (quantitativamente molto esigui) richiedono che si consideri questo indice con molta cautela (Fig. 1.30). I trend relativi, dal 2000 al 2008, si mostrano complessivamente altalenanti, tuttavia in Valdichiana, negli ultimi due trienni di registrazione, si è evidenziato un andamento leggermente crescente (Fig. 1.31).

Figura 1.30 – Tasso di mortalità infantile standardizzato (per 100.000), triennio 2006-08 (Fonte:ARS)

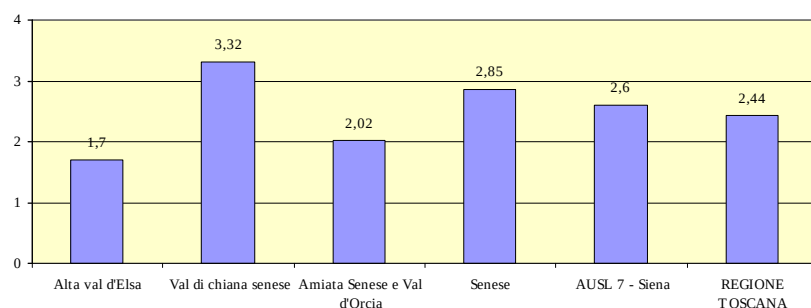
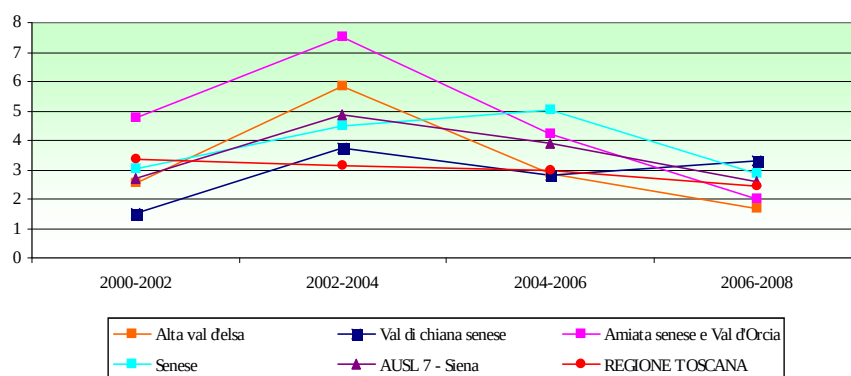


Figura 1.31 – Tasso di mortalità infantile standardizzato (per 100.000), trend 2000/2 – 2006/8 (Fonte:ARS)



1.3.2: L'ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, al 2010, mostrava valori sostanzialmente in linea con la media regionale per tutte le Zone della AUSL 7, avendo solo la Alta Val d'Elsa risultati relativamente più contenuti, in particolare per il sesso femminile (Fig. 1.32). I trend per le diverse Zone, dal 2000 al 2010, mostrano andamenti complessivamente decrescenti e lievemente altalenanti (Fig. 1.33)

Figura 1.32 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 1000), anno 2010 (Fonte:ARS)

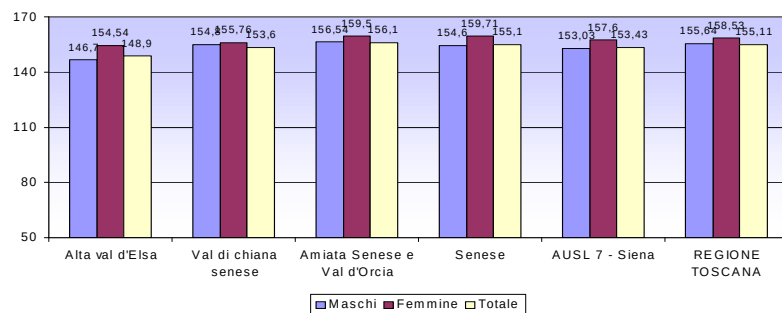
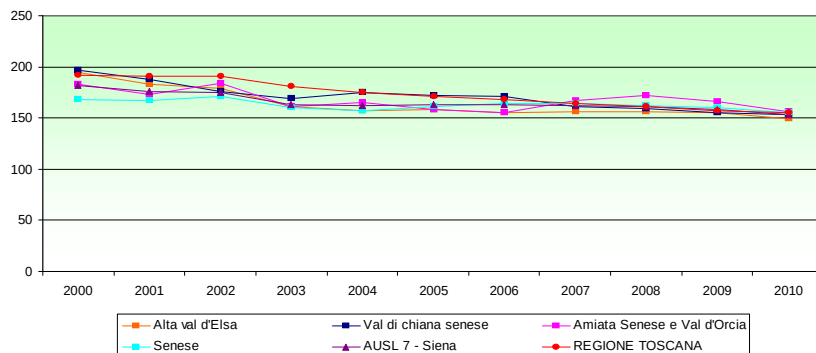


Figura 1.33 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 1000), trend 2000-2010 (Fonte:ARS)



Il tasso di primo ricovero, al 2010, mostrava valori sostanzialmente simili alla media regionale per tutte le Zone della AUSL 7. Lievemente superiore risulta il tasso per i maschi della Amiata-Val d'Orcia (Fig. 1.34). Il trend per le Zone, dal 2000 al 2010, appare sostanzialmente in lieve diminuzione, benché i valori mostrino la tendenza ad un consolidamento a partire dal 2004 (Fig. 1.35).

Figura 1.34 – Tasso di primo ricovero standardizzato (per 1000), anno 2010 (Fonte:ARS)

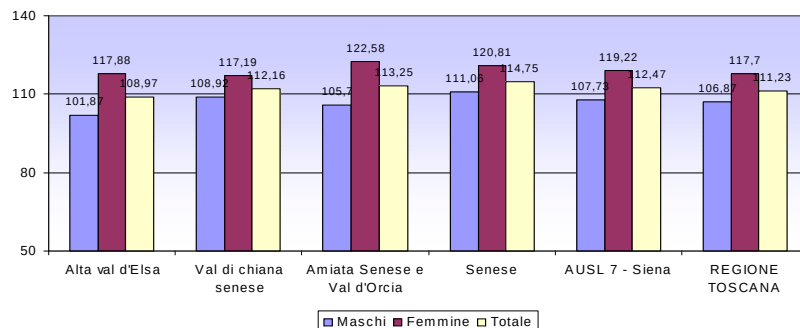
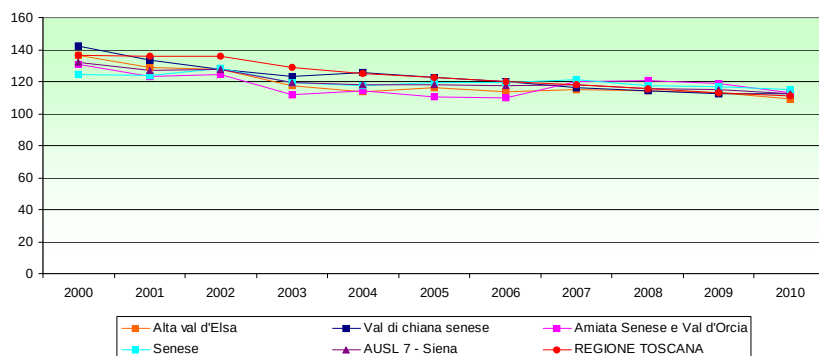


Figura 1.35 – Tasso di primo ricovero standardizzato (per 1000), trend 2000-2010 (Fonte:ARS)



Il tasso di primo ricovero per tumori totale (maschi più femmine), al 2010, risultava superiore alla media regionale solo per la Zona Senese; le restanti riportavano valori inferiori, in particolare per ciò che riguarda la Valdichiana, la più bassa della AUSL (Fig. 1.36). I trend, dal 2000 al 2010, mostrano un graduale avvicinamento tra i valori medi regionali e quelli medi relativi alla AUSL 7. La Valdichiana, nell'ultimo biennio di registrazione, mostrava un andamento in diminuzione, risultando come un'area di miglioramento da consolidare nel tempo (Fig. 1. 37).

Figura 1.36 – Tasso di primo ricovero per tumori standardizzato (per 1000), anno 2010
(Fonte:ARS)

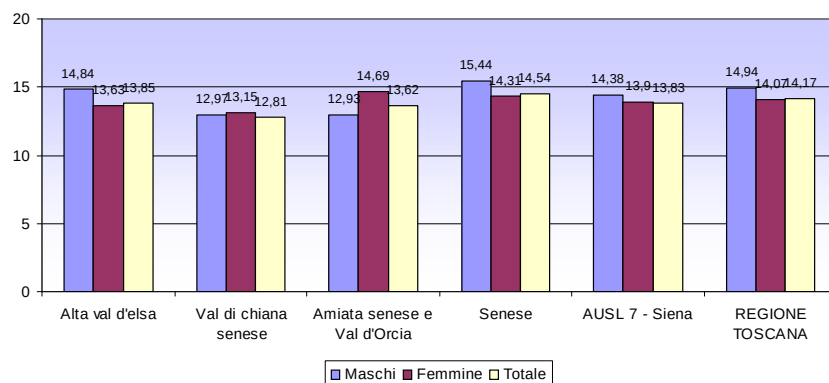
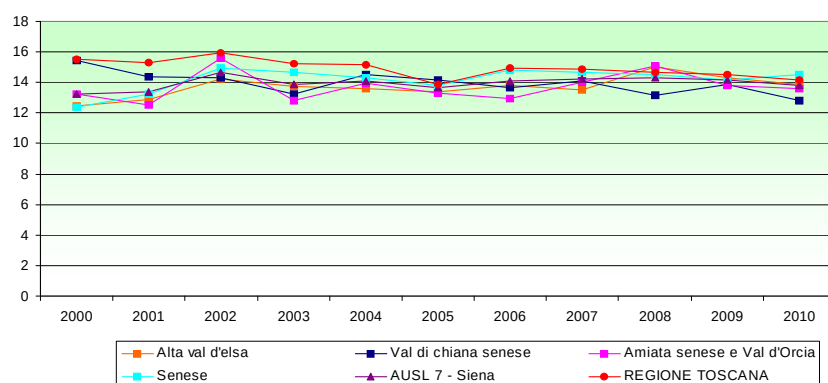


Figura 1.37 – Tasso di primo ricovero per tumori standardizzato (per 1000), trend 2000-2010
(Fonte:ARS)



Il *tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato cardiocircolatorio* totale (maschi più femmine), al 2010, risultava lievemente superiore alla media regionale nelle Zone Senese e Valdichiana, quest'ultima soprattutto per ciò che riguarda il sesso maschile (Fig. 1.38). Il trend, dal 2000 al 2010, appare complessivamente in diminuzione per tutte le Zone ; l'unica zona a mostrare nell'ultimo biennio un andamento in crescendo è proprio la Valdichiana, configurando per questo indicatore un'area di attenzione da monitorare (Fig. 1.39).

Figura 1.38 – Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (per 1000), trend 2000-2010 (Fonte:ARS)

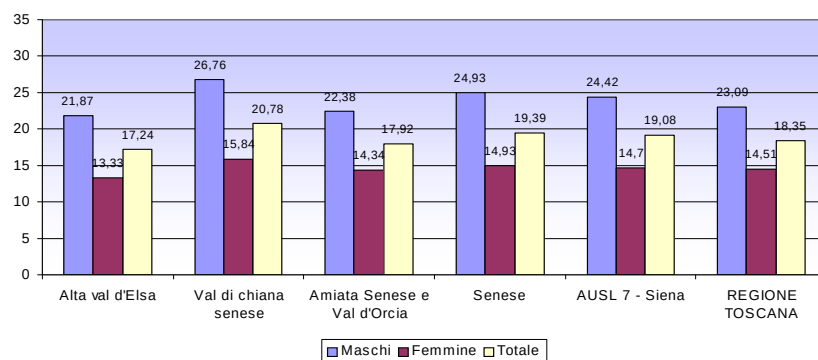
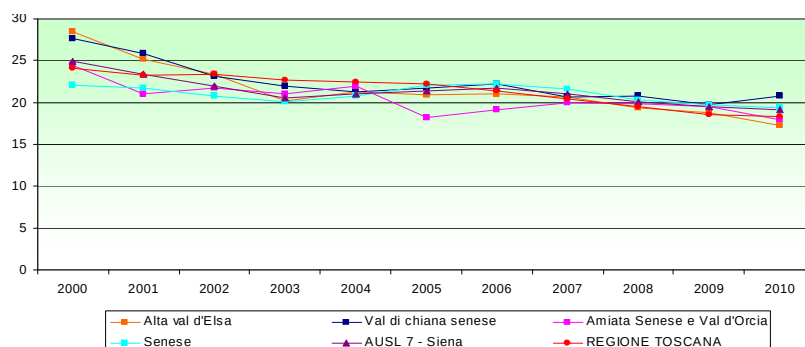


Figura 1.39 – Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (per 1000), trend 2000-2010 (Fonte:ARS)



Il tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato digerente totale (maschi più femmine), al 2010, risultava sostanzialmente simile al valore medio regionale per tutte le Zone, con la sola parziale eccezione della Amiata-Val d'Orcia, nella quale risultavano valori solo leggermente superiori sia per il sesso femminile che maschile. In tutte le zone vi era una sostanziale differenza fra maschi e femmine, con quest'ultime che risultavano molto meno interessate dal problema (Fig. 1.40). Il trend, dal 2000 la 2010, risultava in lieve diminuzione per tutte le Zone. In particolare, per la Valdichiana, a partire dal 2005 l'andamento è risultato costantemente in diminuzione (Fig. 1.41).

Figura 1.40 – Tasso di primo ricovero malattie dell'apparato digerente (per 1000), anno 2010
(Fonte:ARS)

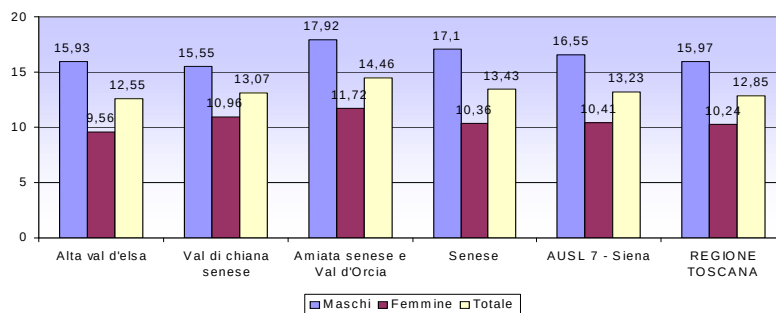
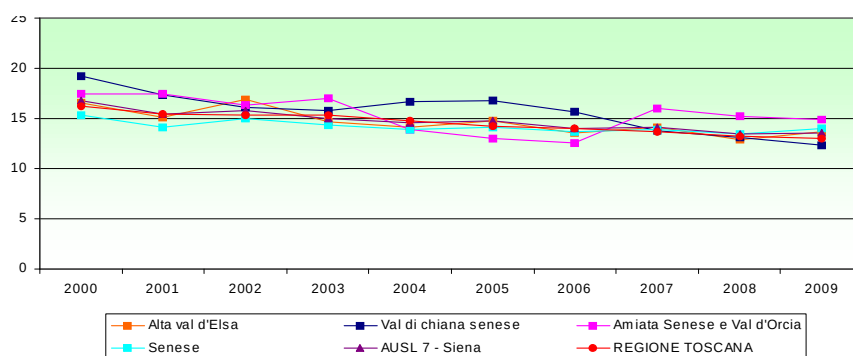


Figura 1.41 – Tasso di primo ricovero malattie dell'apparato digerente (per 1000), trend 2000-2010
(Fonte:ARS)



Infine, il tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato respiratorio totale (maschi più femmine), al 2010, risultava sostanzialmente analogo alla media regionale per tutte le Zone, con la parziale eccezione della Alta val d'Elsa all'interno della quale si rilevavano valori relativamente più contenuti sia per il sesso femminile che, soprattutto, per quello maschile. Nella Valdichiana senese, per quanto riguardava i maschi, si raggiungeva il valore più elevato in assoluto, anche nel confronto con la media regionale. Anche questa patologia era più caratteristica del sesso maschile (Fig. 1.42). Il trend, dal 2000 al 2010, appare globalmente costante per tutte le Zone; in Valdichiana si nota, nell'ultimo biennio, una tendenza alla crescita che impone di prestare attenzione all'evoluzione di tale indicatore nel tempo (Fig 1.43).

Figura 1.42 – Tasso di primo ricovero malattie dell'apparato respiratorio (per 1000), anno 2010 (Fonte:ARS)

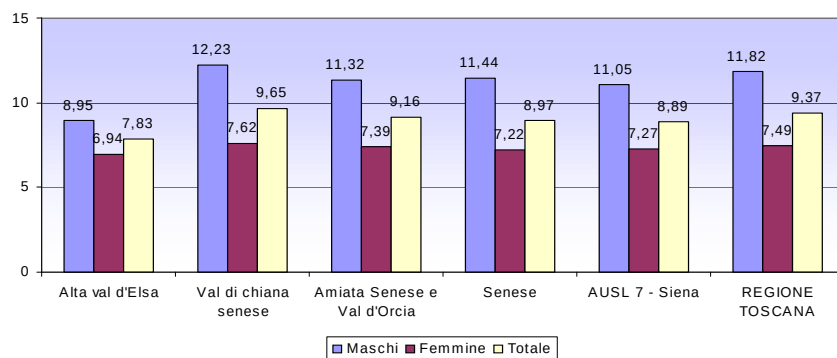
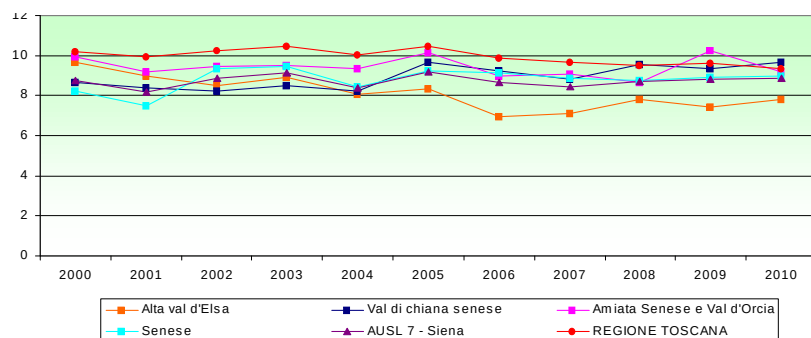


Figura 1.43 – Tasso di primo ricovero malattie dell'apparato respiratorio (per 1000), trend 2000-2010 (Fonte:ARS)



1. 3.3: Gli incidenti stradali

Il *rapporto di mortalità degli incidenti stradali*, al 2009, risulta sotto la media regionale per la Zona Alta Val d'Elsa e Valdichiana; al contrario si rivelava sopra la media toscana per la Senese, ma soprattutto per la Amiata-Val d'Orcia. I numeri però, molto piccoli per questo indicatore, impongono una certa cautela nell'interpretazione del dato (Fig. 1.44). Il trend, dal 1998 al 2009, risulta complessivamente in diminuzione per quanto riguarda la Regione e la AUSL 7 in generale; risultano invece molto oscillanti nel tempo per le varie zone, con la Valdichiana che comunque, a partire dal 2007, mostra un andamento in diminuzione decisa (Fig. 1.45)

Figura 1.44 – Rapporto di mortalità degli incidenti stradali, anno 2009 (Fonte:ARS)

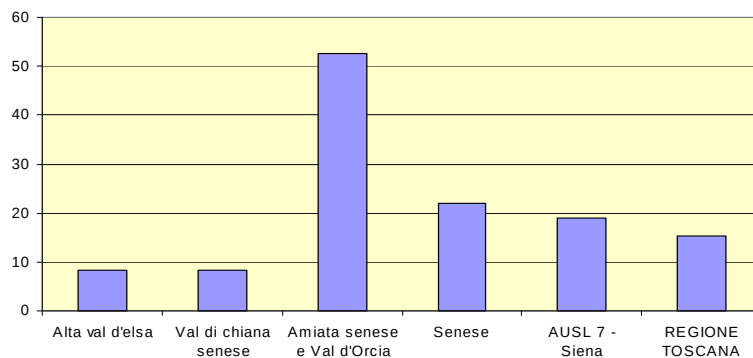
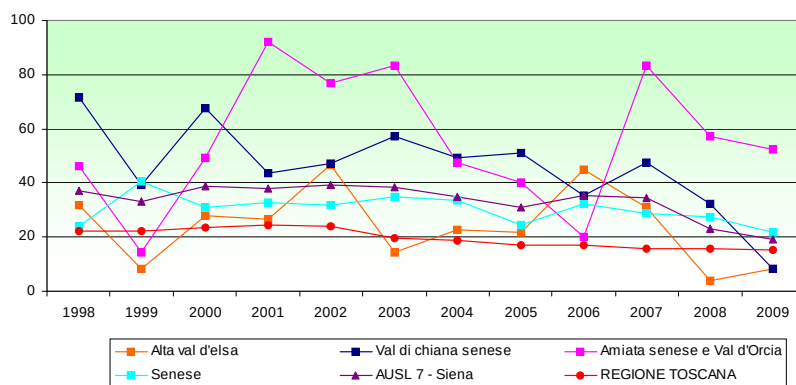


Figura 1.45 – Rapporto di mortalità degli incidenti stradali, trend 1998-2009 (Fonte:ARS)



Il rapporto di lesività degli incidenti stradali, al 2009, risultava relativamente superiore alla media toscana per le Zone Valdichiana e Amiata – Val d'Orcia ed inferiore per Senese e Alta val d'Elsa (Fig. 1.45). I trend per le Zone e per la Regione, dal 1998 al 2009, risultano pressochè globalmente costanti nel tempo, con un lieve aumento appannaggio della Amiata-Val d'Orcia (Fig. 1.46). Come per la mortalità per incidenti, la scarsità dei casi rilevati richiede prudenza nella lettura dei dati.

Figura 1.45 – Rapporto di lesività degli incidenti stradali, anno 2009 (Fonte:ARS)

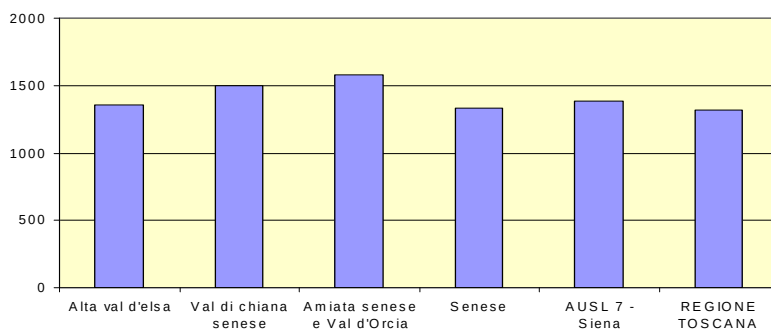
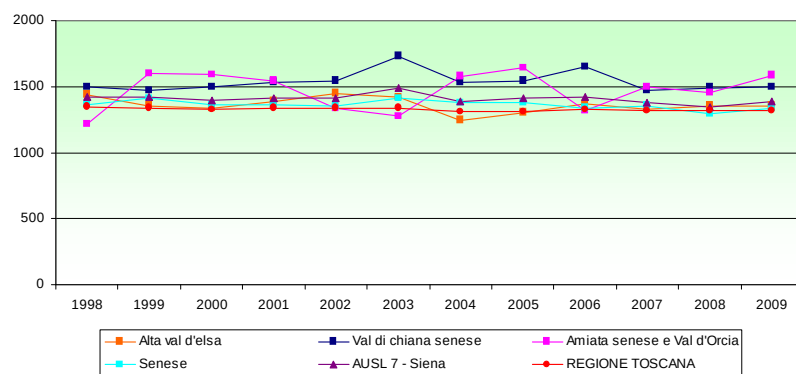


Figura 1.46 – Rapporto di lesività degli incidenti stradali, trend 1998-2009 (Fonte:ARS)



2 – FAMIGLIE E MINORI

In Italia, ad oggi, gli attori principali delle politiche educative e formative possono essere considerate le famiglie, i giovani ed i servizi sociali, realtà sociologicamente distinte che trovano un punto di incontro nel welfare locale (municipale o di comunità). La comunità locale, identificata con un comune, un quartiere o un ambito socio-assistenziale, è un sistema di cura basato sul principio che chi ha bisogno di aiuto dovrebbe riceverlo rimanendo nel proprio ambiente di vita. Nei confronti dei cittadini di minore età e dei giovani, inoltre, la comunità è anche agenzia educativa che include le istituzioni (famiglia e scuola) e le connette reciprocamente. E' essenziale innescare un circuito virtuoso di partecipazione locale che possa fornire spunti alla programmazione e fare da esempio per una comunicazione attiva tra famiglie, realtà associative, giovani, servizi locali e governo municipale, ben oltre la logica della consultazione e della collaborazione a distanza (M. Colombo et al., 2008).

Se osserviamo la dinamica generale del ciclo familiare che rappresenta la base dello sviluppo del giovane, si nota come tutto il ciclo di vita individuale si sia progressivamente spostato in avanti. Però aver dilatato la permanenza degli stessi in famiglia ha fatto sì che si siano modificati anche i tempi che ne cadenzano gli eventi successivi: si studia più a lungo, si trova il primo impiego più tardi, si esce a fatica dal nucleo di origine, si ritarda il matrimonio e quindi il primo - e spesso unico- figlio arriva in molti casi ben oltre i 30 anni (G. C. Blangiardo, 2010).

E' altresì importante notare come anche le separazioni/divorzi siano in crescita continua nel nostro paese (per l'analisi delle principali caratteristiche dell'instabilità coniugale è utile fare riferimento alle separazioni legali, giudiziali e consensuali): stando agli ultimi dati forniti dall'Istat, nel 2008 le separazioni legali hanno subito un incremento rispettivamente del 3,4% e del 7,3% rispetto al 2007 (Istat, 2009).

Cap. 2.1: La Situazione Socio-demografica e di Salute

Partendo dall'indicatore relativo al tasso di natalità, si osserva come il valore medio AUSL sia in linea (anche leggermente superiore) con il valore Regionale; fra le varie Zone la Valdichiana mostra il dato più basso, ed inferiore alla media regionale (Fig. 2.1). Un dato confortante e da non sottovalutare sembra essere il trend in continua crescita (maggiore che in altre zone) che, dal 2000 al 2010, ha portato all'aumento da poco più di 7 ad oltre 8 nati per mille in Valdichiana (Fig. 2.2).

Fig 2.1 – Tasso di natalità (per 1000) maschi e femmine. Anno 2010 (Fonte ISTAT)

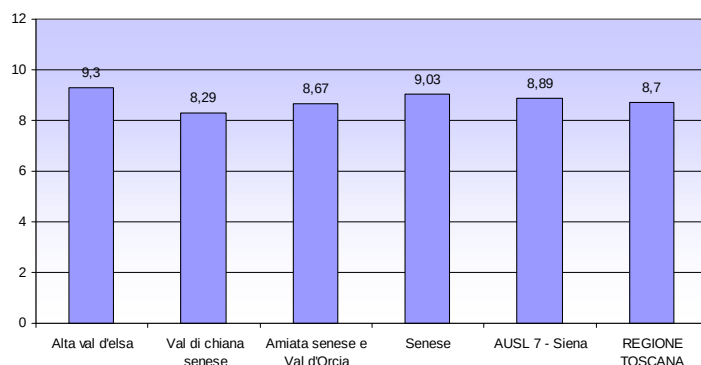
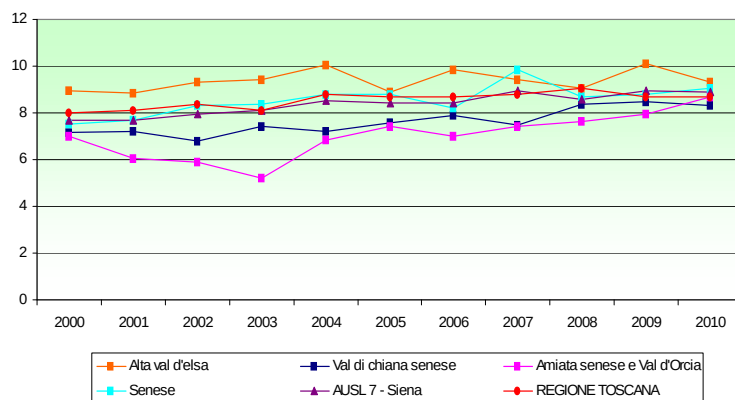


Fig 2.2 – Tasso di natalità (per 1000) maschi e femmine. Trend 2000-2010 (Fonte ISTAT)



Nell'esaminare la solidità del tessuto familiare è importante partire dall'analisi dell'indice di instabilità matrimoniale (numero divorziati per 100 maggiorenni residenti): rappresenta l'incidenza della popolazione divorziata e misura una parte (ne sono fuori separazioni legali e di fatto) del più ampio e complesso fenomeno di instabilità familiare. Osservando il valore di riferimento regionale, la AUSL 7 si pone su valori inferiori nell'anno 2010. L'unica Zona che si allinea al dato regionale è la Zona Senese, seguita dall'Amiata e dalla Valdelsa (Fig. 2.3). I trend delle varie Zone AUSL risultano essere in crescita nel biennio 2009/10, ma la crescita è nettamente inferiore rispetto al dato regionale (Fig. 2.4). Quindi dall'analisi appena fatta ne risulta come in Valdichiana si registri il

valore più basso (inferiore sia alle altre zone che alla media regionale) anche se con un trend allineato alle altre zone.

Fig 2.3 – Indice di instabilità matrimoniale (per 100) maschi e femmine. Anno 2010 (Fonte ISTAT)

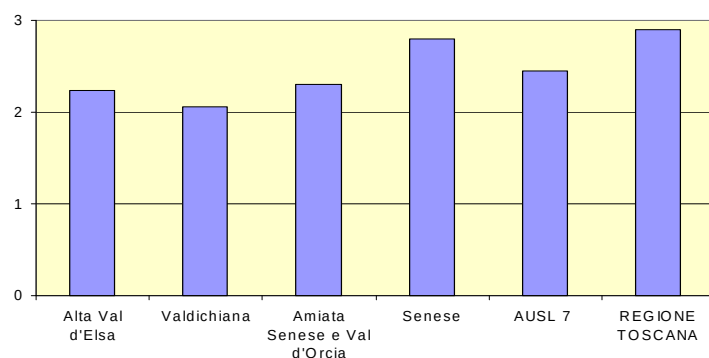
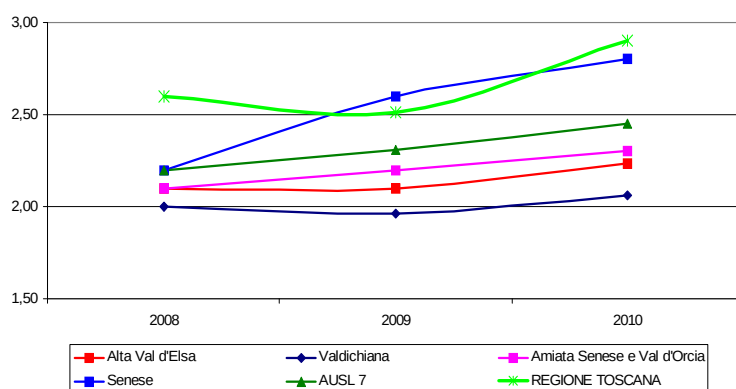


Fig 2.4 – Indice di instabilità matrimoniale (per 100) maschi e femmine. Trend 2008-2010 (Fonte ISTAT)



Entrando più nello specifico della composizione delle famiglie, si nota come la consistenza numerica dei nuclei familiari (e quindi della rete di protezione cui si faceva accenno) si sia negli anni assottigliata sempre di più con l'incremento delle famiglie unipersonali, dovuto al fenomeno dei single, ma anche e soprattutto alla crescente quota di anziani soli (A. Urbano, 2008). Questa tendenza si nota sia a livello regionale che di AUSL, infatti in entrambi i casi il numero medio di componenti per famiglia (dato dal rapporto tra la popolazione residente in famiglia ed il numero delle famiglie anagrafiche) è di poco superiore alle 2 unità (Fig. 2.5). Le zone mostrano valori

sostanzialmente simili, per la Valdichiana solo leggermente superiori alle altre. I trend sia regionali che AUSL sono tutti in leggera diminuzione nel triennio esaminato (Fig. 2.6)

Fig 2.5 – Numero medio componenti per famiglia. Anno 2010 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

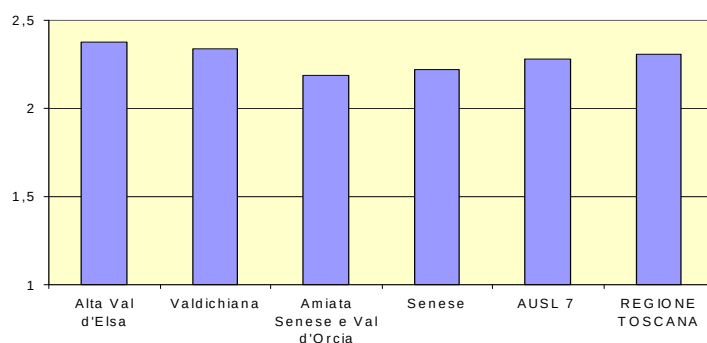
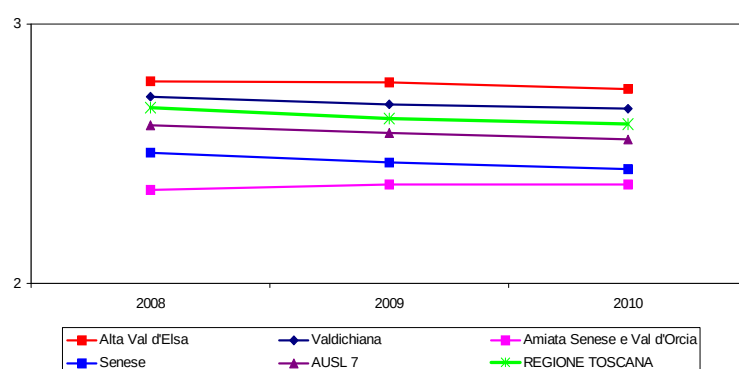


Fig 2.6 – Numero medio componenti per famiglia. Trend 2008-2010 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Come si può immaginare la maggior parte dei minori vive all'interno delle famiglie di origine. Se analizziamo il tasso di minori che vivono fuori dalla propria famiglia (calcolato come numero dei minori in affido o in servizi residenziali rispetto a tutti i minori residenti di 0-17 anni), vediamo come la AUSL mostri un valore (nell'ultimo biennio di registrazione) molto inferiore alla media regionale (quasi la metà). Nel confronto interno alla AUSL si evidenziano i valori registrati in Amiata, molto inferiori alle altre zone e quelli nel Senese, superiori anche alla media regionale (Fig. 2.7). Per quanto concerne i trend nel tempo, nel confronto fra gli ultimi due trienni, sia la Regione che le varie zone AUSL mostrano un andamento in diminuzione, con l'eccezione della Valdichiana che mostra un trend in leggera salita, che la porta ad assestarsi sui valori superiori a 2 per 1000 (Fig. 2.8).

Fig 2.7 – Tasso medio di minori che vivono fuori dalla famiglia di origine (per 1000). Triennio 2007-2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

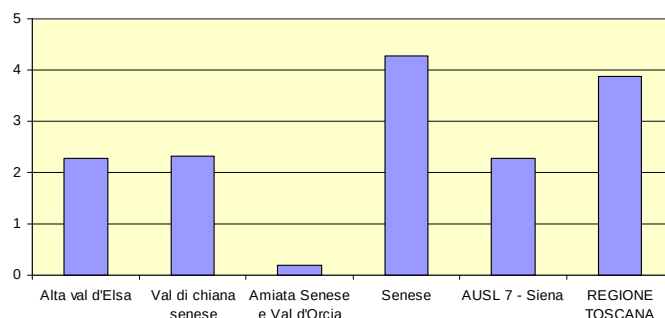
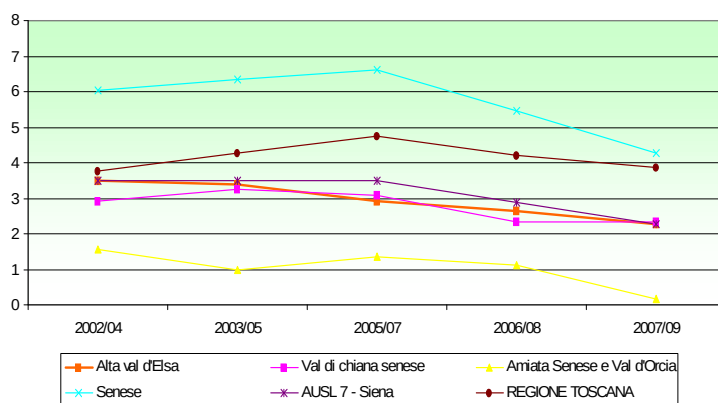


Fig 2.8 – Tasso medio di minori che vivono fuori dalla famiglia di origine (per 1000). Trend 2002/4 – 2007/9 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Per quanto riguarda lo stato di salute, partiamo dall'analizzare un indicatore molto importante come quello relativo alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), ovvero una problematica sociosanitaria complessa che può sottintendere altre situazioni di disagio. Il tasso di ospedalizzazione per IVG delle donne residenti (calcolato utilizzando i dati delle dimissioni ospedaliere per IVG nelle donne di età 15-49 anni) nella AUSL mostra valori superiori rispetto allo standard regionale. All'interno della AUSL l'unica Zona a differenziarsi in modo netto è l'Amiata, nella quale il valore molto inferiore (circa 4 donne su 1000) rispetto alle altre Zone (vedasi Fig. 2.9). Per quanto riguarda i trend questi sono molto altalenanti nel tempo, l'unico a non mostrare sbalzi importanti è quello regionale, segno che i numeri assoluti, a livello locale, risultano troppo piccoli per delle valutazioni affidabili. Comunque nell'ultimo biennio la Valdichiana è stata l'unica Zona a mostrare un andamento in crescendo (raggiungendo nel 2010 il valore più elevato, sia nel confronto interno alla AUSL che con la regione) (Fig. 2.10).

Fig 2.9 – Tasso ospedalizzazione per IVG (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

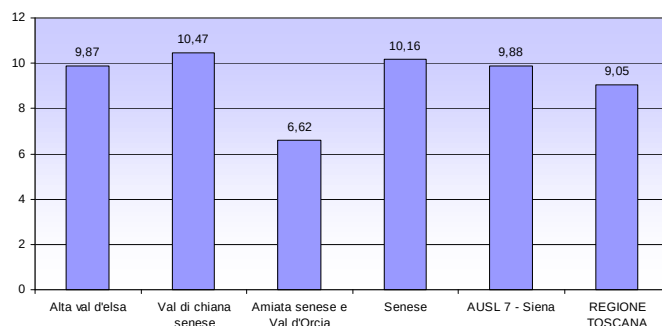
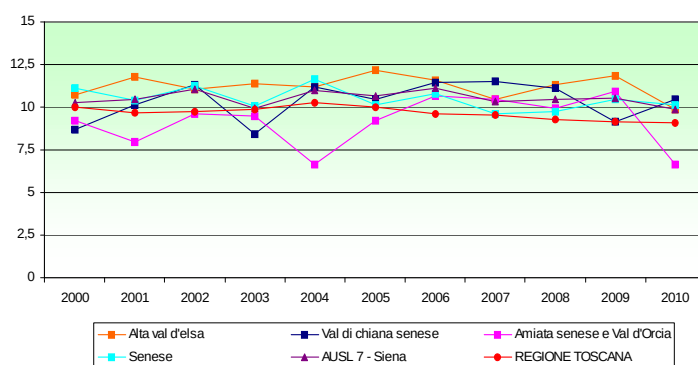


Fig 2.10 – Tasso ospedalizzazione per IVG (per 1000). Trend 2000-2010 (Fonte: ARS)



Un altro indicatore che può essere assunto a “sentinella” di problematiche sociosanitarie complesse, poichè può evidenziare situazioni di malessere, emarginazione, scarso accesso ai servizi sociosanitari è la percentuale nati gravemente sottopeso. All’interno di questo indicatore vengono ricompresi tutti i bambini nati vivi di peso inferiore a 1500 g mentre a denominatore si considerano i bambini nati vivi da cui si sottraggono i nati vivi con peso errato o non rilevato. Data la scarsa casistica rilevata l’indicatore è calcolato nel triennio (2008-10) durante il quale la AUSL si attesta su un valore inferiore alla media regionale. Fra le varie Zone l’unica a mostrare un valore nettamente superiore alle altre è la Zona Amiata (più che doppio rispetto alla media regionale), le altre sono tutte inferiori allo standard della regione (Fig. 2.11). I trend fra i vari trienni considerati mostrano un andamento stabile sia nella regione che nella AUSL, che però al suo interno mostra due eccezioni evidenti: in Amiata c’è un netto incremento nel confronto fra gli ultimi due trienni, mentre in Valdichiana c’è una netta diminuzione. In quest’ultima la diminuzione riscontrata porta il valore del 2010 ad essere il più basso in assoluto (Fig. 2.12).

Fig 2.11 – Percentuale nati gravemente sottopeso. Triennio 2008-2010 (Fonte: ARS)

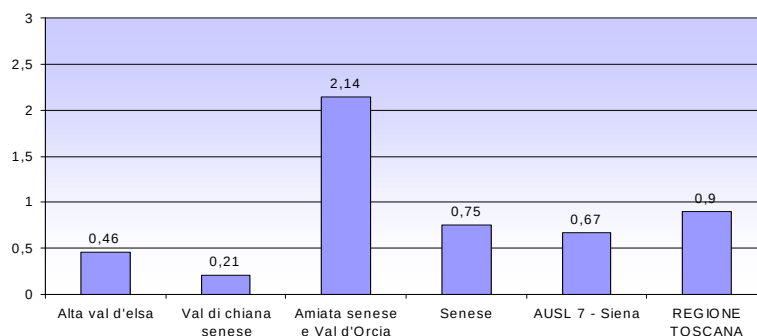
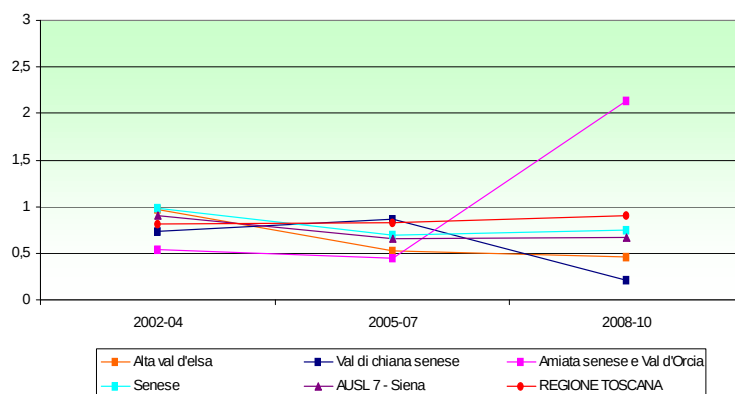


Fig 2.12 – Percentuale nati gravemente sottopeso. Triennio 2008-2010 (Fonte: ARS)



Cap. 2.2: L'assistenza sociale e socio-sanitaria

Fra i minori che vivono fuori della famiglia di origine è importante considerare il tasso di tutele giuridiche che vengono avviate in situazioni di reale disagio del minore e fa riferimento alle disposizioni della magistratura minorile (Giudice Tutelare e/o Tribunale per i Minorenni). Il dato è calcolato sulle tutele giuridiche in corso nel triennio considerato sulla popolazione da 0-17 anni. Il dato della AUSL risulta inferiore a quello regionale e, anche nel confronto fra le varie zone, i valori si attestano tutti intorno ad 1 tutela giuridica ogni mille minorenni residenti, ad eccezione della zona senese dove il dato è triplicato (vedasi figura x). Se si osservano i trend sia nella regione che nella AUSL si ha una leggera diminuzione nel raffronto fra gli ultimi due trienni (Fig. 2.13). Nella Zona Valdichiana il trend è invece in aumento costante a partire dal 2003/2005 ma, nonostante ciò, il valore nell'ultima registrazione è il più basso della AUSL ed inferiore alla media regionale (Fig. 2.14).

Fig 2.13 – Tasso medio di tutele giuridiche (per 1000). Triennio 2007-2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

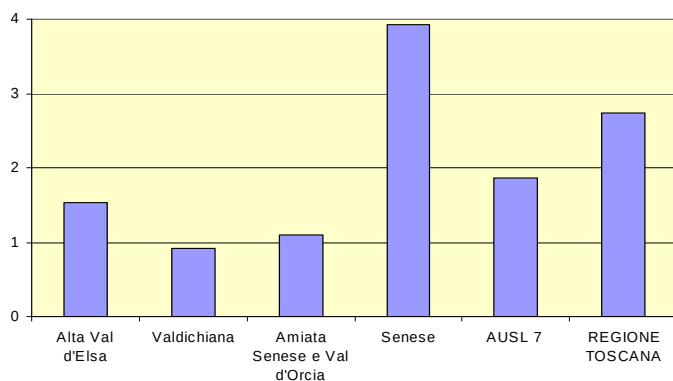
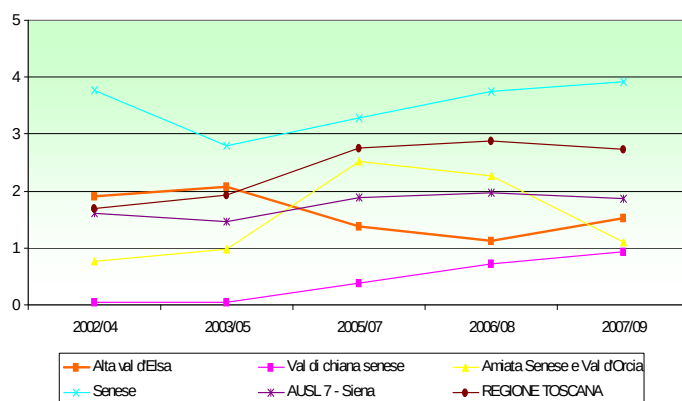


Fig 2.14 – Tasso medio di minori tutele giuridiche (per 1000). Trend 2002/4 – 2007/9 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Un altro tema molto importante da considerare nelle valutazioni generali del disagio giovanile, riguarda gli affidamenti part-time, cioè i casi di affidamento di minori per brevi periodi come ad esempio alcuni momenti della giornata o della settimana. Il dato medio sul tasso di affidamenti part-time sul territorio toscano è in linea con quello registrato nella AUSL, che anche al suo interno non mostra differenze rilevanti, oscillando dallo 0,1 affidi per 1000 minorenni della Valdichiana allo 0,3 per mille della Valdelsa (Fig. 2.15). I trend sia della regione che della AUSL sono in diminuzione nel confronto fra gli ultimi due trienni di registrazione. In Valdichiana, come già accennato, il valore rilevato è il più basso in assoluto, nonostante il trend sia stato in salita nell'ultimo periodo (Fig. 2.16).

Fig 2.15 – Tasso medio annuo di affidi part-time (per 1000). Triennio 2007-2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

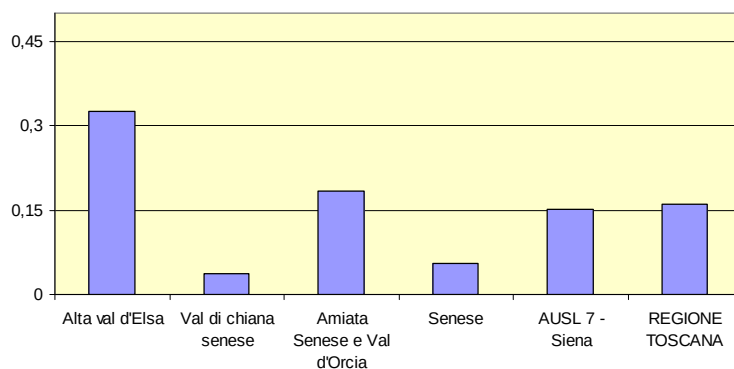
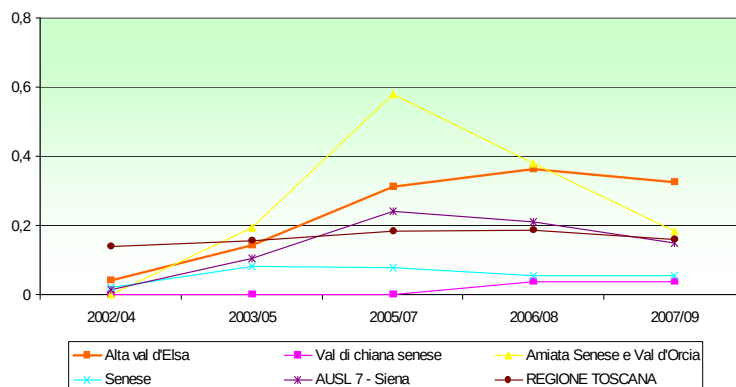


Fig 2.16 – Tasso medio annuo di affidi part-time (per 1000). Trend 2002/4 - 2007/9 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Il terzo indicatore socio-assistenziale riguarda i minori in carico ai servizi territoriali della zona, ma non allontanati dalla famiglia d'origine, ovvero il tasso medio annuo di minori in servizi semiresidenziali. Il valore (nel triennio 2007-2009) per la regione toscana è molto superiore a quello della AUSL, infatti anche il dato più elevato che si registra all'interno delle varie zone, ovvero quello della Valdichiana, è circa un quarto di quello regionale. Inoltre a spingere verso il basso il tasso AUSL contribuisce la Zona Amiata, dove non si hanno minori accolti in tali strutture (Fig. 2.17). Per quanto concerne i trend, solo quello regionale mostra un significativo aumento nel confronto fra 2006/08 e 2007/09, mentre tutte le zone AUSL tendono alla diminuzione. Come già accennato in Valdichiana, nonostante il decremento sia molto più importante che nelle altre zone, si ha il valore più elevato della AUSL (Fig. 2.18).

Fig 2.17 – Tasso medio annuo di minori in servizi semiresidenziali (per 1000). Triennio 2007-2009
(Fonte: Reti Osservatori Sociali)

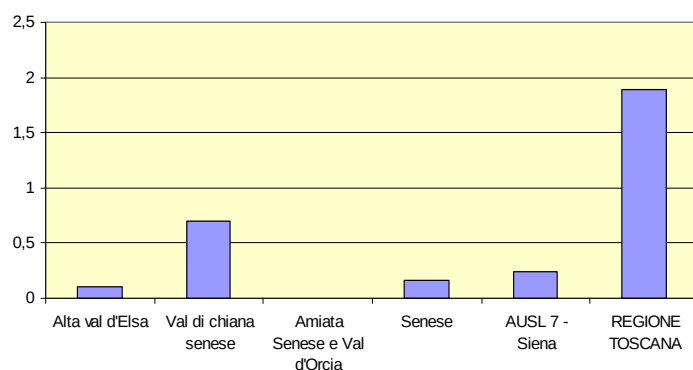
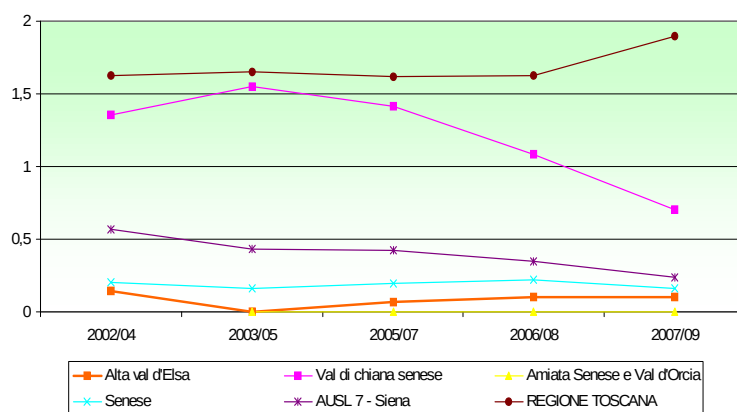


Fig 2.18 – Tasso medio annuo di minori in servizi semiresidenziali (per 1000). Trend 2002/4 - 2007/9 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Un indicatore socio-assistenziale che invece riguarda interventi e prestazioni per i minori che vivono fuori dalla famiglia di origine è quello relativo ai giovani accolti nelle strutture residenziali. Il dato medio della AUSL è, anche in questo caso, inferiore al dato regionale (circa la metà). All'interno della AUSL le varie zone la situazione è analoga a quella relativa ai servizi semiresidenziali, con la zona Amiata che non presenta casi e la Valdichiana che mostra una recettività maggiore (Fig. 2.19). Tutti i trend sia a livello di Zona che di AUSL sono in diminuzione, in linea con quello che è anche l'andamento regionale (Fig. 2.20).

Fig 2.19 – Tasso medio annuo di minori in servizi residenziali (per 1000). Triennio 2007-2009
(Fonte: Reti Osservatori Sociali)

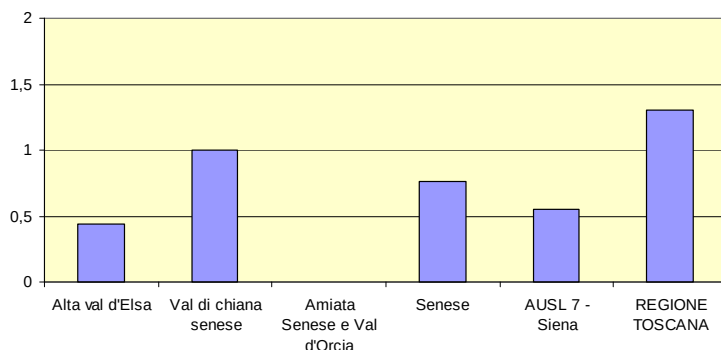
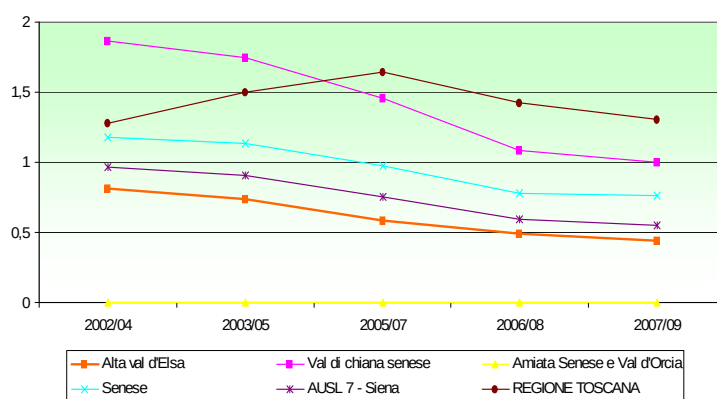


Fig 2.20 – Tasso medio annuo di minori in servizi residenziali (per 1000). Trend 2002/4 – 2007/9
(Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Di seguito riportiamo alcuni indicatori che aiutano, meglio di altri, a monitorare i livelli di recepimento delle linee dettate dalla L. 149/2001 che prevede, laddove non sia possibile per il minore crescere nella propria famiglia di origine, e debba dunque essere disposto temporaneamente un allontanamento da essa, che le misure da attivare devono in primis contemplare la possibilità di accoglienza presso una famiglia affidataria e solo in seconda istanza l'inserimento in una struttura residenziale. Il primo di questi indicatori è il tasso medio annuo di affidi etero familiari, che a livello regionale registra valori notevolmente superiori rispetto alla media AUSL. Fra le varie zone la Valdelsa risulta la più virtuosa, mentre il fanalino di coda appare la zona Amiata che come per i precedenti indicatori non registra casi, seguita dalla Valdichiana (Fig. 2.21). I trend regionali e di AUSL sono costanti nel confronto fra gli ultimi due trienni, mentre l'unica a salire notevolmente è proprio la Valdelsa (Fig. 2.22). La Valdichiana, come detto, dovrebbe cercare di alleggerire il ricorso alle strutture residenziali puntando proprio sull'affido etero familiare che la vede in difetto rispetto alle alte zone.

Fig 2.21 – Tasso medio annuo di affidi eterofamiliari (per 1000). Triennio 2007-2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

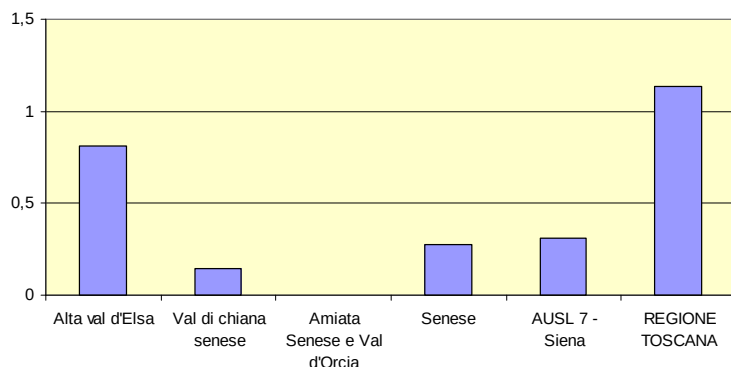
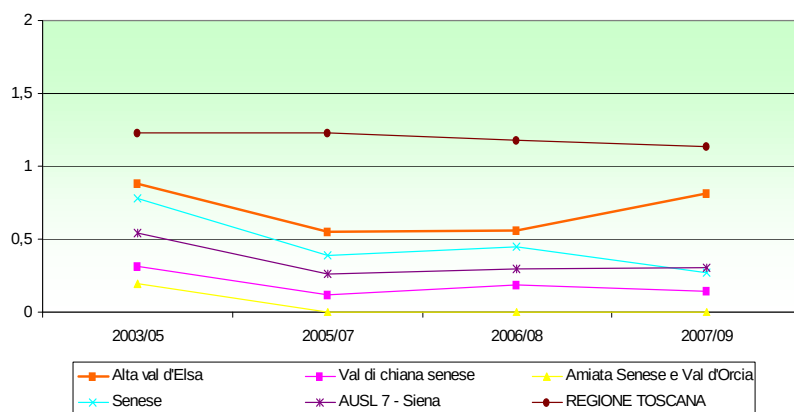


Fig 2.22 – Tasso medio annuo di affidi eterofamiliari (per 1000). Trend 2002/4 – 2007/9 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Il secondo di questi indicatori riguarda proprio il rapporto fra affidi familiari e minori accolti in strutture residenziali, calcolato mettendo a numeratore e denominatore i minori che vivono l'una o l'altra condizione. E' chiaro che, secondo le direttive regionali prima proposte, questo indicatore dovrebbe tendere al valore più elevato possibile. Fortunatamente in questo caso il dato AUSL è in linea con quello regionale, mentre nel confronto fra le varie zone la Valdelsa è nettamente la più virtuosa con valori che sono circa il doppio delle altre zone (un solo minore accolto in strutture residenziali ogni tre affidi familiari) (Fig. 2.23). I trend sono molto altalenanti ma comunque tutti in diminuzione nel confronto fra gli ultimi due anni di registrazione (Fig. 2.24). La Valdichiana, se si esclude l'Amiata sempre ferma a zero, mostra il valore più basso della AUSL con un trend che non lascia intravedere miglioramenti.

Fig 2.23 – Rapporto tra affidamenti familiari e minori accolti in strutture residenziali. Anno 2009
(Fonte: Reti Osservatori Sociali)

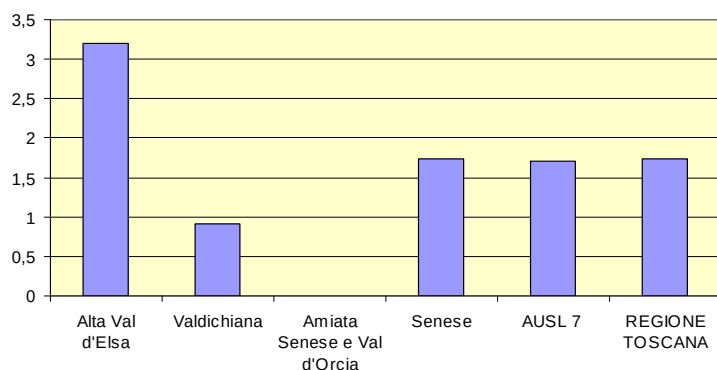
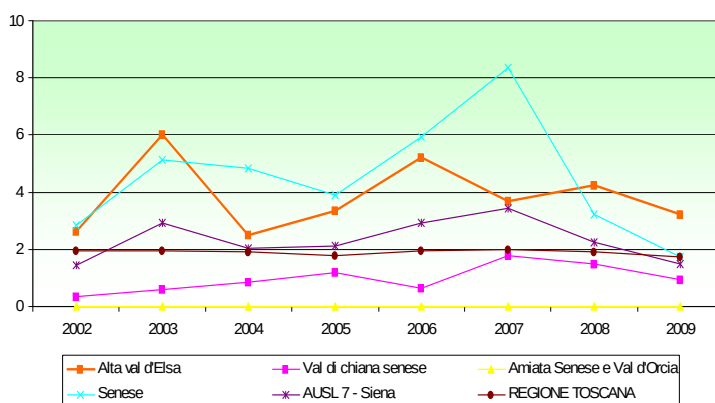


Fig 2.24 – Rapporto tra affidamenti familiari e minori accolti in strutture residenziali. Trend 2002 - 2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



Un altro indicatore che come il precedente mette in relazione diretta gli affidamenti familiari e le accoglienze in struttura è la percentuale dei minori in affidamento familiare sul totale dei minori allontanati dalla famiglia. Il dato anche in questo caso per la AUSL è in linea con il valore regionale (circa 6 minori affidati alle famiglie ogni 10 allontanamenti). All'interno della AUSL è sempre la Valdelsa la zona con il valore più elevato (Fig. 2.25). Per quanto riguarda i trend mentre la regione tende ad un leggero decremento la AUSL sembra in crescita. La Valdichiana, come si poteva prevedere dagli indicatori precedenti, si pone in difetto rispetto alle altre zone ed anche il trend, in diminuzione netta, non lascia intravedere miglioramenti (Fig. 2.26).

Fig 2.25 – Percentuale di minori in affidamento familiare. Anno 2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)

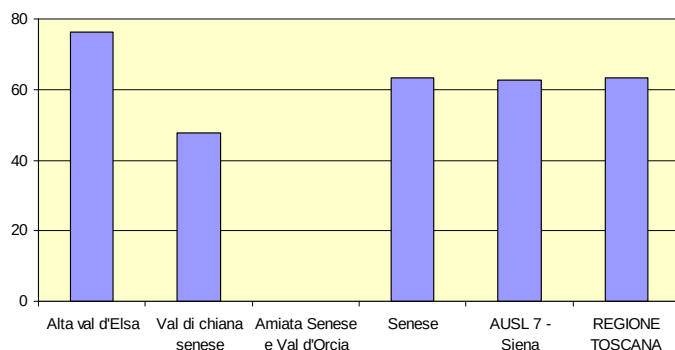
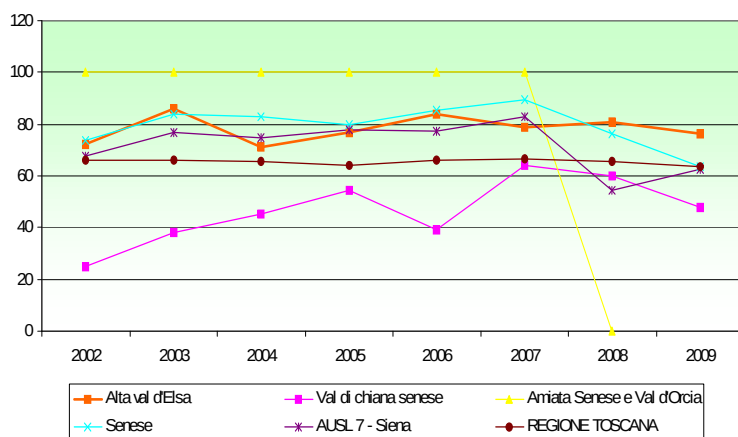


Fig 2.26 – Percentuale di minori in affidamento familiare. Trend 2002-2009 (Fonte: Reti Osservatori Sociali)



E' importante, nella fase di analisi degli indicatori, porre molta attenzione alla lettura del fenomeno, contestualizzandolo per le diverse organizzazioni territoriali dei servizi. Infatti alcune aree mostrano una recettività maggiore e più strutturata che facilita il ricorso al servizio territoriale con minore ricorso alla famiglia affidataria. Ad esempio per quanto riguarda l'indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali (ovvero il numero dei posti convenzionati in strutture residenziali rapportato alla popolazione residente 0-17) la AUSL mostra valori molto inferiori rispetto al dato regionale, poiché solo la Valdichiana ha un indice superiore allo zero (Fig. 2.27). Leggermente diverso il discorso relativo alla copertura zonale delle strutture residenziali, dove il valore AUSL è solo leggermente inferiore alla media regionale ma dove solo la Zona senese e, in misura maggiore, la Valdichiana si mostrano pronte ad accogliere ed assistere un eventuale disagio esistente (1,5 minori ogni mille contro lo 0,5 del dato regionale) (Fig. 2.28).

Fig 2.27 – Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per minori. Anno 2008 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

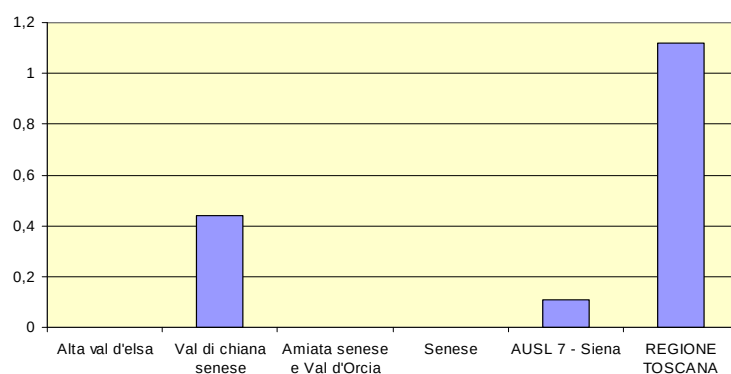
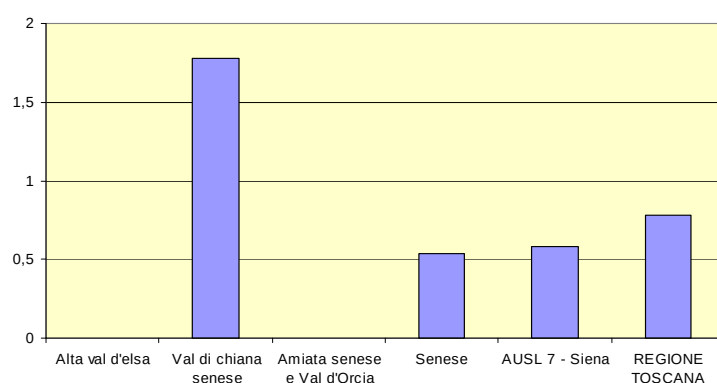


Fig 2.28 – Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per minori. Anno 2008 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

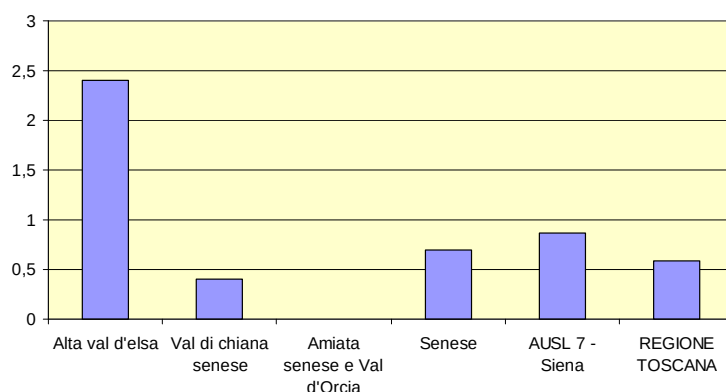


Relativamente all'analisi degli indicatori sulla capacità di risposta in termini di spesa pro-capite sostenuta nella zona per garantire i servizi domiciliari, intermedi e residenziali rivolti ai minori, sono importanti alcune considerazioni preliminari valide universalmente in sanità. In letteratura è ben nota la relazione positiva tra reddito pro-capite e spesa sanitaria pro-capite per la salute. Tuttavia vi sono altre importanti determinanti da considerare tra cui: le diverse scelte relative all'organizzazione, finanziamento e regolazione delle prestazioni offerte; l'adozione di differenti combinazioni di quantità e prezzi di beni e servizi sanitari erogati; l'adozione di diverse combinazioni di fattori di produzione utilizzati nell'erogazione degli stessi. Risulta quindi piuttosto fuorviante associare ridotti livelli di spesa (e/o di input utilizzati) a elevati livelli di efficienza. Infatti, ciò potrebbe valere solo qualora il livello di efficacia e di qualità dell'assistenza sanitaria

fosse lo stesso per tutti i sistemi. Una corretta analisi di performance di un sistema sanitario dovrebbe invece basarsi sull'analisi del rapporto tra spesa sanitaria e *outcome* di salute e qualità della vita ottenuti (A. D. Sofio et al., 2006).

Il primo indicatore di spesa relativo ai minori è la spesa pro-capite per assistenza domiciliare sociale ai minori (ovvero la spesa totale per intervento sulla popolazione residente media dell'anno): questo servizio offre un sostegno educativo ai bambini e agli adolescenti in momentanea difficoltà e alle loro famiglie, al fine di raggiungere l'autonomia relazionale del giovane. Per questo indicatore la Regione mostra un valore leggermente inferiore alla media AUSL, mentre fra le varie zone spicca il dato relativo alla Valdelsa (2,5 €/pro-capite), molto superiore alle altre zone che si attestano ben al di sotto del valore di 1 €/pro-capite con la Zona Amiata che registra 0 € a questa voce. Per quanto riguarda la Valdichiana il valore registrato è leggermente più basso sia in un confronto intra-AUSL sia nel parallelo con la regione (Fig. 2.29).

Fig 2.29 – Spesa pro-capite per assistenza domiciliare sociale per minori. Anno 2008 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



Per quanto concerne la spesa pro-capite sostenuta dalle comunità di Zona per i servizi semiresidenziali (Fig. 2.30) e residenziali (Fig. 2.31) prima analizzati, vediamo come questa voce sia associata al numero di posti messi a disposizione per i minori residenti. Infatti si nota come per la AUSL risulti una spesa molto inferiore alla media regionale (così come era molto più basso l'indice di copertura zonale); mentre fra le varie zone la Valdelsa e l'Amiata registravano 0 € a questa voce (così come 0 erano i posti convenzionati) mentre la zona che mostrava il valore più elevato era quella senese (con un contributo importante anche per i l semiresidenziale, non direttamente presente sul territorio); in Valdichiana si contribuiva con una spesa mai superiore ad 1 € / pro-capite e leggermente più elevata per il residenziale.

Fig 2.30 – Spesa pro-capite per strutture semiresidenziali in convenzione per minori. Anno 2008 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

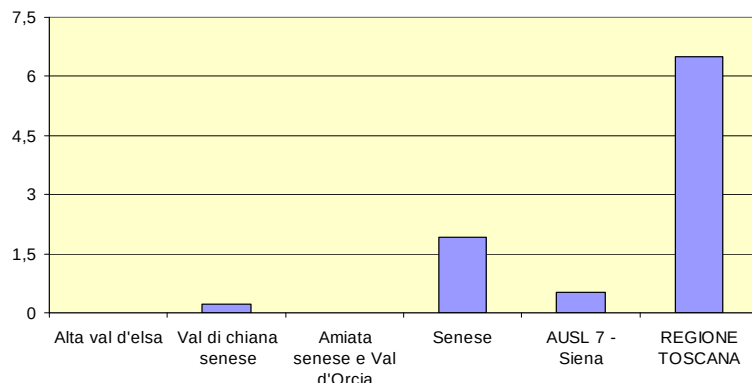
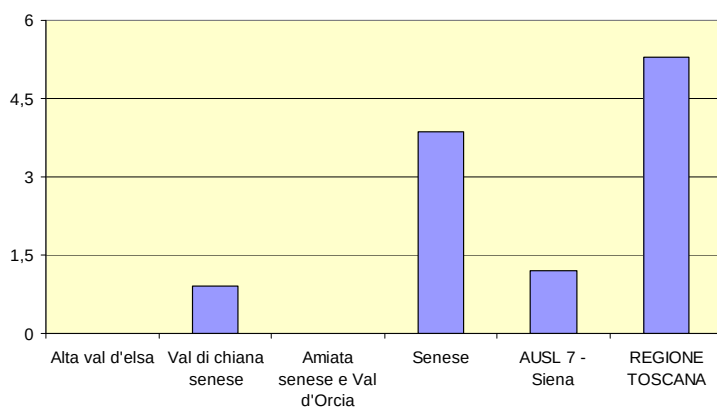


Fig 2.31 – Spesa pro-capite per strutture residenziali in convenzione per minori. Anno 2008 (Fonte: Fondazione Zancan)



Infine per i temi relativi all'ambito socio-educativo si prendono in esame prevalentemente i servizi educativi a domanda individuale. Tali indicatori rappresentano strumenti adeguati per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo della strategia dell'Unione Europea, secondo la quale i paesi membri dovrebbero dotarsi, entro il 2010, di una rete di servizi educativi per la prima infanzia tale da garantire una copertura per almeno il 33% dei bambini di età inferiore ai 3 anni (UE, 2008)

Il primo indicatore socio-educativo proposto è riferito al tasso di ricettività dei servizi educativi della prima infanzia, prende in considerazione il numero di posti disponibili, rapportandoli alla popolazione 0-2 anni di riferimento. Si nota come la AUSL presenti un valore in linea con la media regionale e leggermente superiore al 30 %. Fra le varie zone, tutte abbastanza in linea fra loro e leggermente al di sotto del valore di riferimento della regione, spicca la zona Senese che si avvicina alla soglia del 40% (Fig. 2.32). I trend sono in leggera crescita sia per la ASUL che per la regione nel confronto fra gli ultimi due bienni di registrazione. Una crescita più marcata si è registrata nella Zona Senese (con il superamento della soglia raccomandata UE del 33%) ma anche nella Valdichiana che partiva nel biennio 2008-09 da valori più bassi rispetto alle altre zone; l'unico trend in leggera flessione è quello della Valdelsa. In Valdichiana, come accennato, nonostante la crescita dell'ultimo periodo ci si attesta nel 2010/2011 su un valore che è leggermente inferiore alle altre zone (Fig. 2.33).

Fig 2.32 – Tasso di recettività dei servizi educativi per la prima infanzia (per 100). Biennio 2010-2011 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

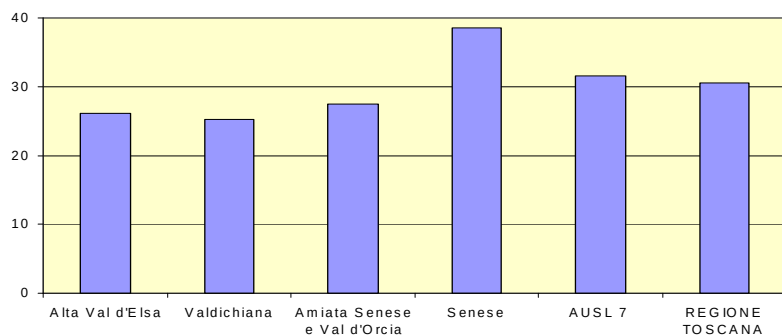
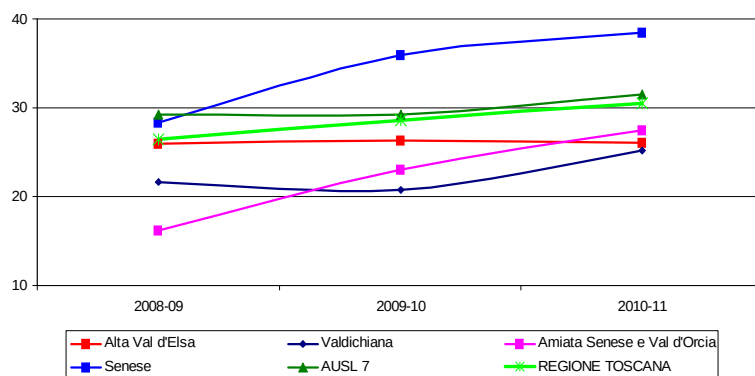


Fig 2.33 – Tasso di recettività dei servizi educativi per la prima infanzia (per 100). Trend 2008/9 – 2010/11 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



L'altro indicatore è relativo al tasso di accoglienza dei servizi educativi della prima infanzia (prende in considerazione il numero di bambini accolti contemporaneamente, rapportandoli alla popolazione 0-2 anni di riferimento). La AUSL mostra anche in questo caso un valore in linea con la media regionale, anche leggermente superiore a quest'ultima (attestandosi intorno al 30 % nel 201-11). Fra le varie zone anche in questo caso il Senese mostra il valore più elevato e la Valdichiana quello più contenuto (Fig. 2.34). I trend sono simili al precedente indicatore fatto salvo per la Zona Valdichiana dove in questo caso si va verso una diminuzione della percentuale di bambini accolti nell'ultimo biennio (Fig. 2.35).

Fig 2.34 – Tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (per 100). Biennio 2010-2011 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

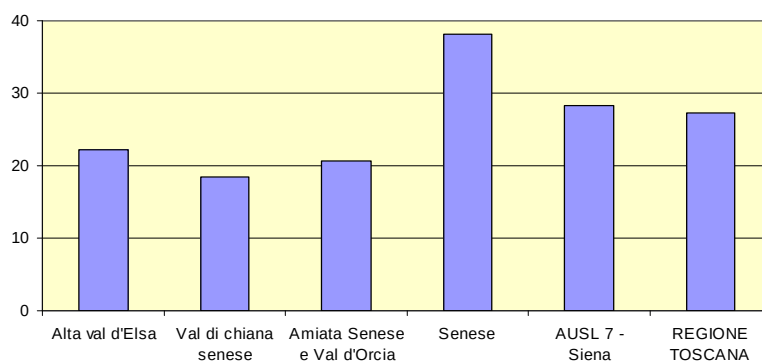
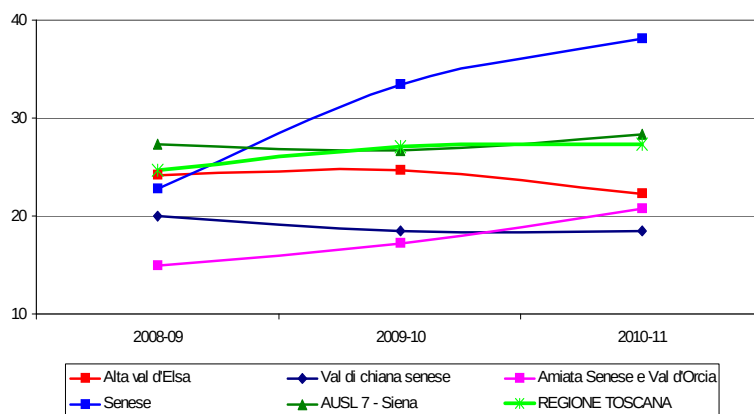


Fig 2.35 – Tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (per 100). Trend 2008/9 – 2010/11 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



3 - ANZIANI

Durante gli ultimi cinquant'anni in Italia l'invecchiamento della popolazione è stato tra i più rapidi dei paesi sviluppati. L'allungamento della vita media e la riduzione delle nascite hanno determinato, in molti Paesi, l'incremento della popolazione anziana e i trend di crescita indicano un aumento del fenomeno nei prossimi anni. In Italia circa il 20% della popolazione ha più di 65 anni e la proiezione al 2040 è che un italiano su tre sarà anziano.

Conseguentemente all'aumentare dell'età della popolazione è aumentata la frequenza delle malattie croniche e la complessità clinica dei pazienti anziani. Diventa dunque di cruciale importanza attuare politiche per la tutela e la promozione della salute dell'anziano.

La promozione della salute è importante in tutte le fasce d'età e dunque anche nell'anziano: attività come esercizio fisico e il consumare adeguate quantità di frutta e verdura devono essere promosse anche per i soggetti di età più avanzata.

L'Istat rileva che le malattie più diffuse negli ultrasessantacinquenni sono l'*artrosi*, l'*ipertensione arteriosa* e, per il solo genere femminile, l'*osteoporosi*. Il peso percentuale cresce all'aumentare dell'età ed è sensibilmente superiore ai corrispondenti valori per la popolazione generale. Considerando la salute dei soggetti anziani dobbiamo inoltre fronteggiare importanti problemi quali *depressione*, *cadute*, *incontinenza* e *disturbi cognitivi*. Un fenomeno frequente è la presenza di più malattie in un unico soggetto, l'anziano è sempre più portatore di pluripatologie e questo rischia di minare la sua autosufficienza (F. Lattanzio et al; 2011).

Tenendo presente questo quadro, l'OMS ha prodotto un documento di indirizzo a sostegno delle politiche di "invecchiamento attivo", definito come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita nell'invecchiamento delle persone".

La strategia delineata dall'OMS è fondata sulla *evidence* prodotta da studi effettuati in moltissimi Paesi, è basata sulla partecipazione, la salute e la sicurezza della popolazione anziana. Una società che investe su queste tre aree contribuisce a creare le condizioni in cui gli anziani diventano non più un target passivo dei sistemi sanitari o sociali, ma una risorsa per la società (A. Perra, L.Biscaglia, 2009; F. Lattanzio et al, 2011).

Cap 3.1: La situazione socio-demografica

La popolazione anziana in Italia, come precedentemente riportato, è in costante crescita, generalmente però non è presente un aumento della natalità tale da contrastare questo processo di invecchiamento. Un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione è l'*indice di vecchiaia* che si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione anziana di 65 anni e oltre alla popolazione di età inferiore a 15 anni. La AUSL 7 – Siena mostrava, al 2010, un valore medio lievemente superiore alla media regionale. La Valdichiana e la Amiata-Val d'Orcia risultavano le Zone con indici più elevati, soprattutto per ciò che riguarda quest'ultima; in Zona Senese si riscontravano valori in linea con la media AUSL 7 ed, infine, la Zona Alta Val d'Elsa risultava quella con indice di vecchiaia più basso dell'intera AUSL (Fig. 3.1). Il trend dal 2008 al 2009 per la Regione si mostra sostanzialmente stabile su valori costanti; il trend riferito alla AUSL 7, per lo stesso periodo, risulta lievemente in decrescita e caratterizzato da valori costantemente superiori ai corrispondenti regionali benché tendenti all'avvicinamento e quasi coincidenti nel 2010. La Valdichiana risultava la Zona con i valori costantemente più elevati (se si esclude l'Amiata) rispetto alle altre Zone ed al valore medio regionale, con un trend solo in leggera diminuzione nell'ultimo triennio di registrazione (Fig. 3.2).

Fig. 3.1 – Indice di vecchiaia (per 100). Anno 2010 (Fonte: ARS)

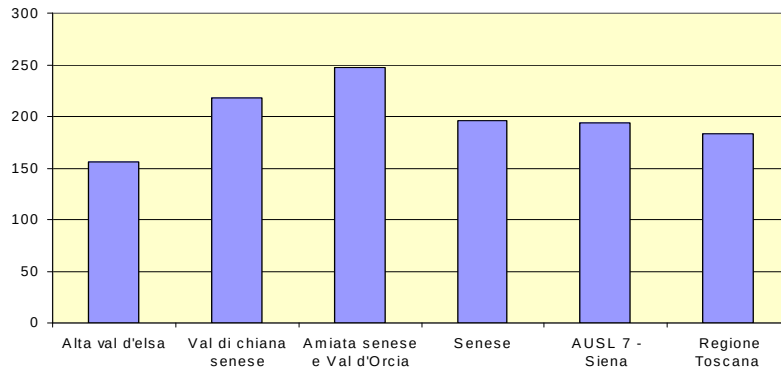
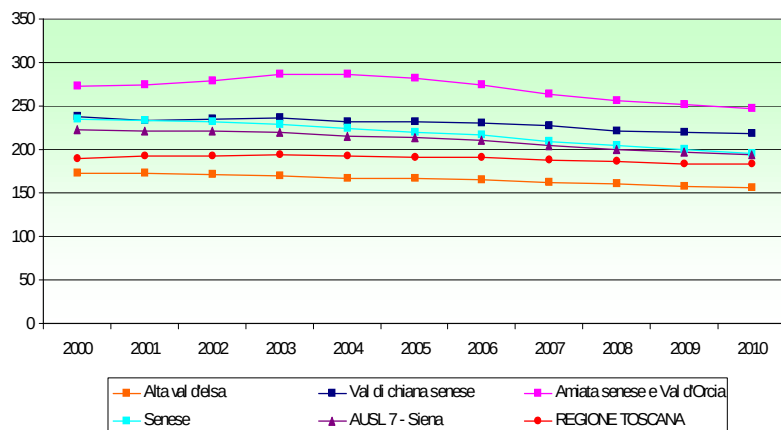


Fig. 3.2 – Indice di vecchiaia (per 100). Trend 2000-2009 (Fonte: ARS)



Un indicatore che integra l'indice di vecchiaia è l'*indice di dipendenza degli anziani*, calcolato come il rapporto tra la popolazione non più in età lavorativa e quella in età attiva (15-64 anni). Nel 2010, in AUSL 7 Siena si rilevava un valore lievemente superiore alla media regionale, soprattutto in conseguenza dei valori della Valdichiana e dell'Amiata Val d'Orcia; la Zona Senese e, soprattutto, la Alta val d'Elsa, mostravano invece valori più contenuti (Fig. 3.3). Tali dati sono coerenti con l'indice di vecchiaia e stanno ad indicare che, nelle Zone con indici più bassi, vi è una maggiore proporzione di popolazione in età attiva che possa "sostenere" le classi di età più anziane. Il trend relativo alla AUSL 7 Siena, dal 2000 al 2009, si mostrava sostanzialmente stabile, diversamente dal comportamento del trend regionale che, seppur con valori costantemente minori rispetto alla AUSL 7, riportava una tendenza all'incremento. Come accennato la Valdichiana mostrava valori molto elevati (circa 40 anziani da "mantenere" per ogni 100 persone in età lavorativa) con un trend costante nell'ultimo triennio di registrazione (Fig. 3.4).

Fig. 3.3 – Indice di dipendenza anziani(per 100). Anno 2010 (Fonte: ARS)

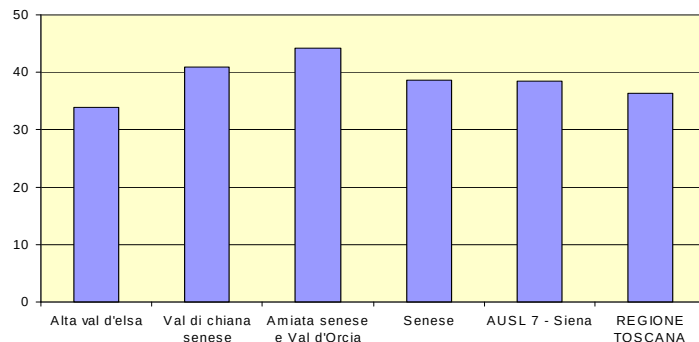
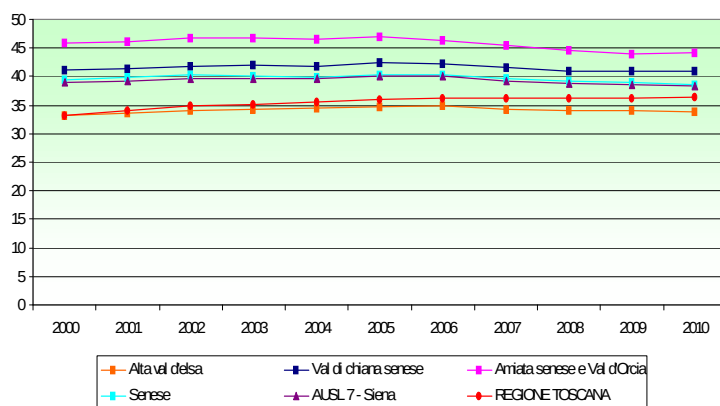


Fig. 3.4 – Indice di dipendenza anziani (per 100). Trend 2000 - 2010 (Fonte: ARS)



In Toscana e in Italia frequentemente è la popolazione adulta a farsi carico delle persone più anziane (i cosiddetti “grandi anziani”). Per misurare la ricaduta che i grandi anziani hanno sulla popolazione adulta si utilizza l'*indice di supporto ai grandi anziani* che è costituito dal rapporto tra gli ultraottantacinquenni e la popolazione fra i 50 e i 74 anni. Un suo eventuale incremento presuppone una scarsità relativa di popolazione adulta che possa sostenere i grandi anziani indicando così un possibile problema di natura sociale. In AUSL 7 Siena si registrava, al 2010, un indice di supporto ai grandi anziani superiore rispetto alla media regionale; i valori superiori si registravano in Zona Senese e, soprattutto, in Amiata-Val d'Orcia. Valori inferiori alla media AUSL erano presenti in Valdichiana e soprattutto in Alta Val d'Elsa; quest'ultima riportava un indice sostanzialmente analogo al valore medio regionale (Fig. 3.5). I trend relativi alla AUSL 7, alla Regione ed a tutte le Zone, mostravano un andamento analogo caratterizzato da valori in lieve diminuzione dal 2000 al 2003, seguiti da una sensibile crescita fino al 2010. La Amiata-Val d'Orcia risultava la Zona con valori costantemente superiori a tutte le restanti Zone e con tendenza ad una più rapida crescita a partire dal 2003; era seguita da Senese, Valdichiana e Alta Val d'Elsa che riportavano, nell'ordine, valori minori. La Valdichiana, per quanto concerne questo indice, risultava meno svantaggiata nel confronto con le altre zone rispetto ai precedenti due indicatori (Fig. 3.6).

Fig. 3.5 – Indice di supporto ai grandi anziani(per 100). Anno 2010 (Fonte ARS)

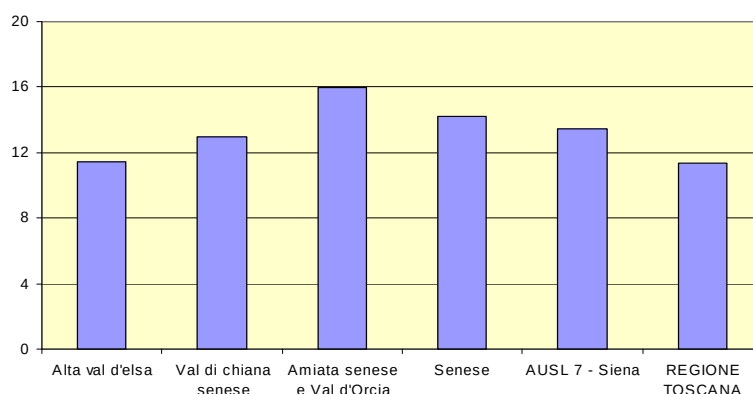
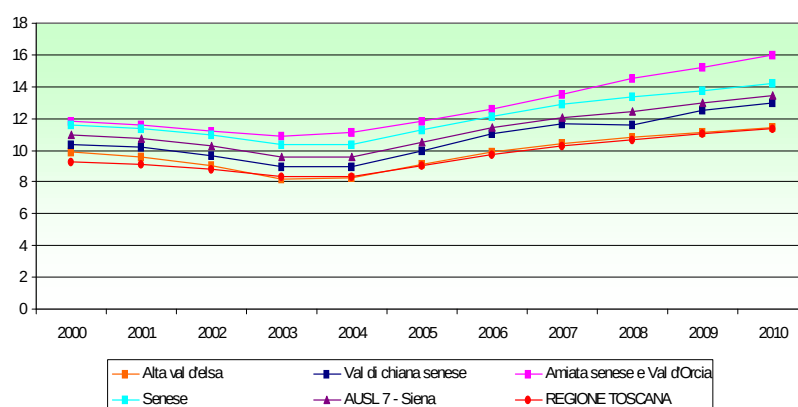


Fig. 3.6 – Indice di supporto ai grandi anziani(per 100). Trend 2000 - 2010 (Fonte ARS)



Contestualmente all'analisi epidemiologica della popolazione anziana, passiamo ora alla valutazione della speranza di vita. La *speranza di vita a 65 anni* nella AUSL 7 Siena risultava, al 2008, all'incirca analoga alla media regionale per il sesso maschile e lievemente superiore per quello femminile. Per quanto riguarda la popolazione maschile, all'interno delle diverse Zone si riscontravano valori molto ravvicinati con un risultato lievemente maggiore per la Zona Senese; valori molto ravvicinati si presentavano anche per la popolazione femminile, con un risultato leggermente peggiore rispetto alle altre Zone per la Valdichiana. Quest'ultima si caratterizzava comunque per un valore sostanzialmente analogo alla media regionale sia per i maschi che per le femmine (Fig. 3.7). I trend della speranza di vita a 65 anni per i maschi, dal 1998 al 2008, risultavano complessivamente in crescita sia per la regione che per la AUSL 7 che per tutte le Zone in essa presenti e caratterizzati da un andamento altalenante. In Valdichiana, a partire dal 2004, si registrava un trend in netta crescita, con un guadagno di circa 1,5 anni di speranza di vita (dal 2004

al 2008). Basti rilevare dalla sottostante figura che il dato per la regione toscana nello stesso periodo di tempo mostra un incremento inferiore ad 1 anno (Fig. 3.8).

La speranza di vita a 65 anni per la popolazione femminile, dal 1998 al 2008, nella AUSL 7 Siena appariva complessivamente in aumento. Gli anni guadagnati erano circa 1,8, valore lievemente superiore alla media regionale. Tutte le Zone mostravano trend in crescita, seppur, analogamente ai maschi, con andamenti altalenanti. In Valdichiana nell'ultimo triennio di registrazioni il trend si era assestato risultando leggermente in crescita (Fig. 3.9).

Fig. 3.7 – Speranza di vita a 65 anni (maschi e femmine). Anno 2008 (Fonte ARS)

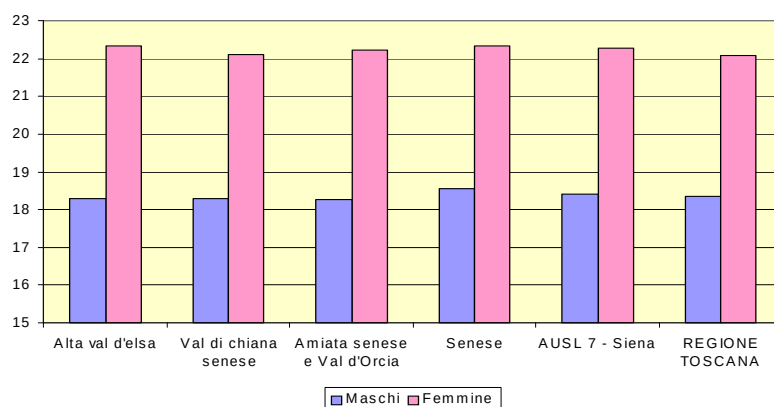


Fig. 3.8 – Speranza di vita maschi a 65 anni. Trend 1998 - 2008 (Fonte ARS)

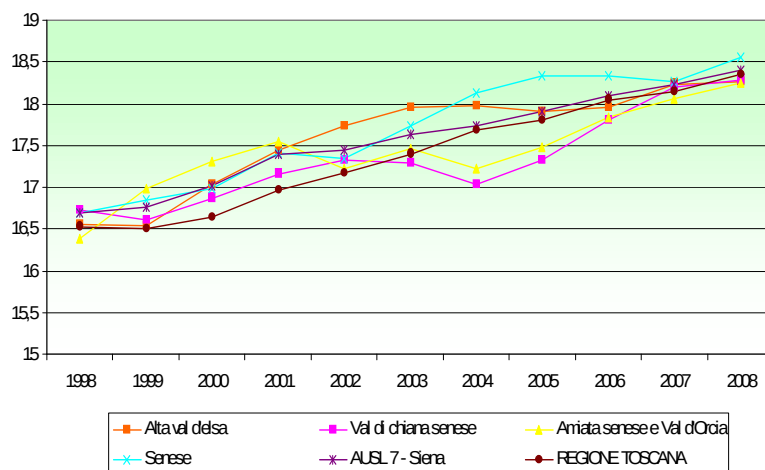
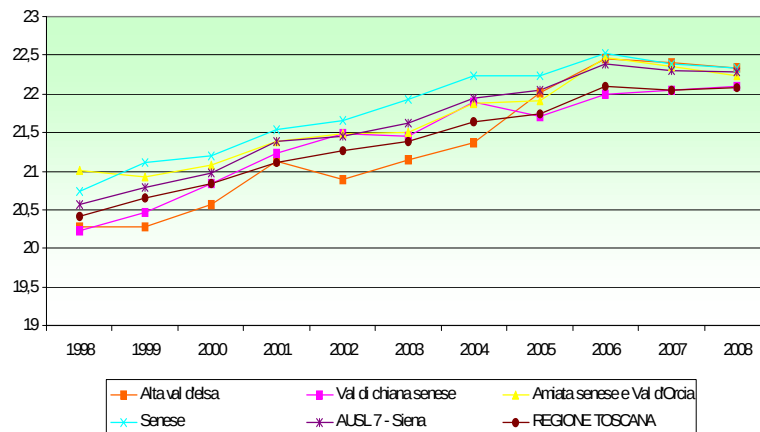


Fig. 3.9 – Speranza di vita femmine a 65 anni. Trend 1998 - 2008 (Fonte ARS)

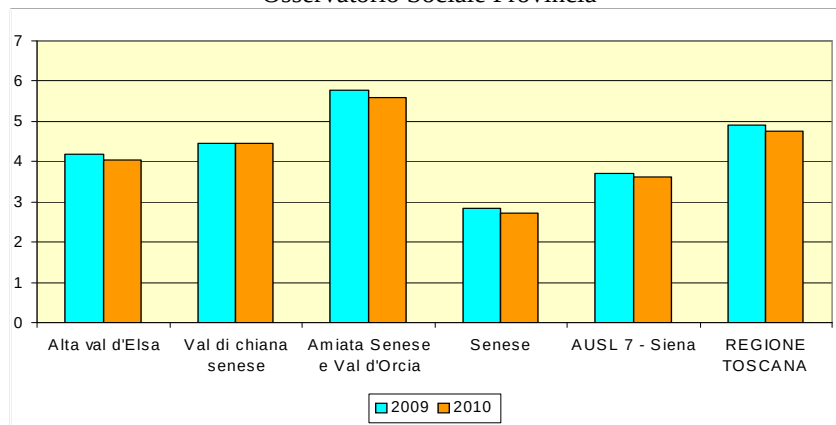


Un problema rilevante, specialmente nell'attuale momento storico, è quello degli anziani in condizioni economiche disagiate. Come forme di sostegno per la popolazione ultrasessantacinquenne sono stati istituiti la pensione sociale e l'assegno sociale.

La **pensione sociale** è una forma di assistenza che l'Inps eroga agli ultrasessantacinquenni, residenti in Italia, indigenti, cioè privi di reddito o con reddito inferiore a quello della stessa pensione sociale. Tale prestazione spetta solo a coloro che hanno maturato i requisiti con domanda presentata entro il 1995. Tutti quelli che, invece, hanno compiuto i 65 anni successivamente e hanno i requisiti necessari, hanno diritto all'**assegno sociale**.

Il *tasso di pensioni sociali e assegni sociali*, viene calcolato dividendo il numero di pensioni ed assegni sociali erogati per la popolazione con età superiore a 65 anni. Al 2010, il valore medio nella AUSL 7, risultava sensibilmente minore rispetto alla media regionale. La Zona Senese riportava un risultato particolarmente basso, seguita da Alta val d'Elsa, Valdichiana e Amiata-Val d'Orcia. I trend, dal 2009 al 2010, mostravano complessivamente lievi diminuzioni per la Regione e la AUSL in tutte le sue Zone con l'eccezione proprio della Valdichiana, che si configurava come l'unica a mantenere invariato l'indicatore nel biennio (Fig. 3.10).

Fig. 3.10 – Tasso di pensioni sociali e assegni sociali (per 100). Anni 2009 e 2010 (Fonte: Osservatorio Sociale Provincia)



Cap 3.2: L'assistenza socio-sanitaria agli anziani

Le sempre più favorevoli condizioni di sopravvivenza hanno portato ad un incremento del numero di persone di 65 anni e più i quali risultano essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie. Conseguentemente diventa necessario ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni sanitarie e la loro modalità di erogazione, favorendo l'integrazione tra prevenzione e cura da una parte e risposta ai bisogni sociosanitari dall'altra, con la consapevolezza che la continuità di cura ospedale-territorio e la multidisciplinarietà dell'assistenza territoriale siano fondamentali per garantire una adeguata efficacia degli interventi socio-sanitari. E' auspicabile che il sistema sociosanitario predisponga adeguate modalità di intervento sia nei confronti dell'anziano che vive una "sana" vecchiaia, sia nell'approccio all'anziano con patologia, generalmente di natura cronico-degenerativa, sia nell'approccio all'anziano con fragilità, con l'obiettivo di ridurre al minimo gli esiti negativi ottimizzando il funzionamento delle capacità residue (Ministero della Salute; 2011).

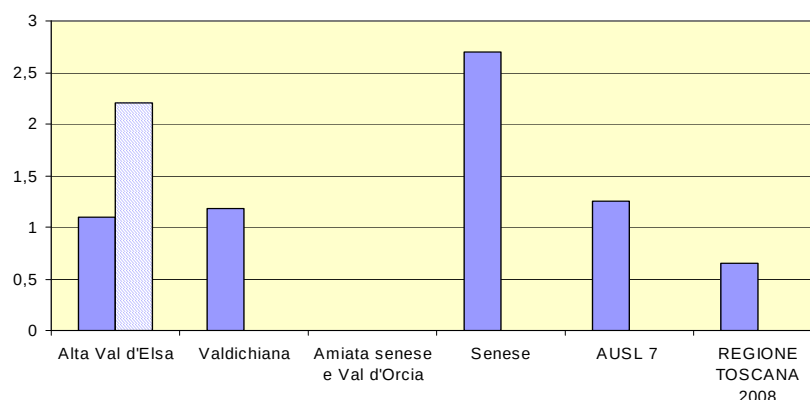
Molte prestazioni dirette alla popolazione anziana, soprattutto quelle relative alla riabilitazione, possono essere fornite dalle ASL, dalle strutture private accreditate, in ospedale o in strutture extraospedaliere attraverso i seguenti tipi di prestazione (R. Bottai, M. Menchini; 2009):

- residenziale, con permanenza di notte;
- diurna, semi-residenziale, limitata alle ore del giorno;
- ambulatoriale, in strutture territoriali delle aziende USL e in strutture extraospedaliere;
- domiciliare, a casa dell'utente.

Passiamo quindi ad una analisi degli indicatori correlati alle suddette prestazioni.

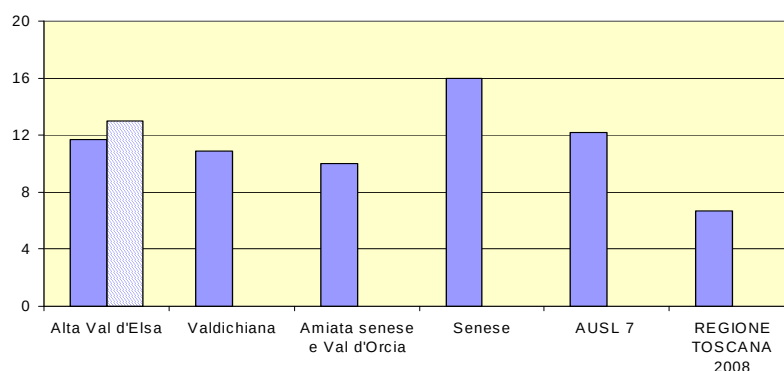
L'*indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per anziani* si calcola dividendo il numero di posti convenzionati in strutture semiresidenziali per anziani per la popolazione di età maggiore o uguale a 65 anni. In AUSL 7 Siena, al 2009, si registrava un valore superiore alla media regionale. Particolarmente elevato risultava il valore relativo alla Zona Senese (Fig. 3.11). In Valdichiana il valore era leggermente inferiore a quello AUSL ma superiore al dato regionale.

Fig. 3.11 – Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per anziani (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



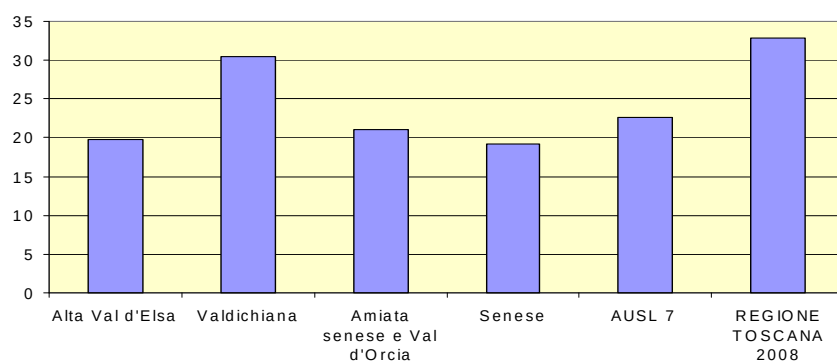
L'indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per anziani nella AUSL 7, al 2009, presentava un valore sensibilmente superiore alla media regionale. I valori più alti si registravano nelle Zone Senese e Alta Val d'Elsa. In Valdichiana il valore era comunque maggiore della media regionale (Fig. 3.12).

Fig. 3.12 – Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per anziani (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



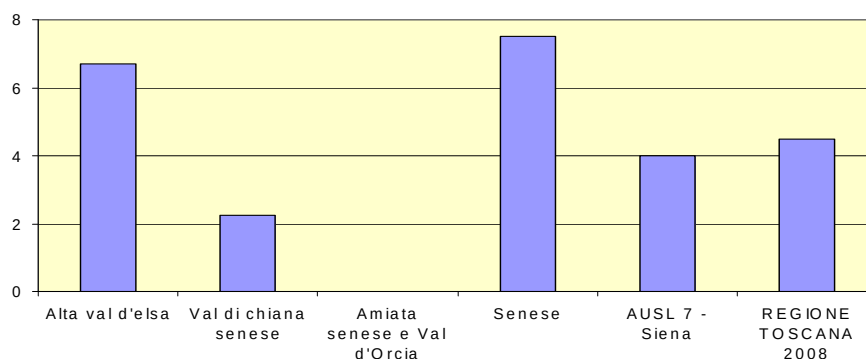
Il tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare degli anziani nella AUSL 7 risultava minore rispetto alla media regionale nel 2009. Le Zone Valdichiana e Amiata-Val d'Orcia presentavano i valori maggiori, seguite dai tassi relativi alla Zona Alta Val d'Elsa e la Senese (Fig. 3.13). La Valdichiana era l'unica zona che sfiorava il dato regionale di oltre 30 assistiti in ADI per 1000 ultra-sessantacinquenni (calcolati sul totale della popolazione ultra-sessantacinquenne).

Fig. 3.13 – Tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare anziani. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



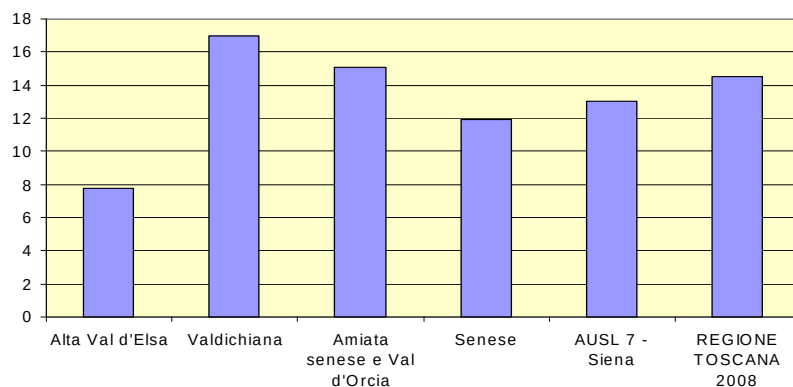
Passando ad una analisi relativa alla spesa pro-capite per i servizi (spesa totale per i servizi riferita alla popolazione residente) precedentemente analizzati. Per ciò che riguarda i costi pro-capite dei servizi semiresidenziali, si evince come la AUSL 7, al 2009, risultava in linea con la media regionale (il valore risultava, peraltro, fortemente condizionato dall'assenza dalla spesa zero relativa all'Amiata Val d'Orcia); i maggiori costi si riscontravano in Zona Senese, seguita da Alta val d'Elsa e Valdichiana. In quest'ultima si registrava una spesa pro-capite di circa 6 €, approssimativamente 2 € superiore alla media regionale (Fig. 3.14).

Fig. 3.14 – Spesa pro-capite per servizi semiresidenziali per anziani. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



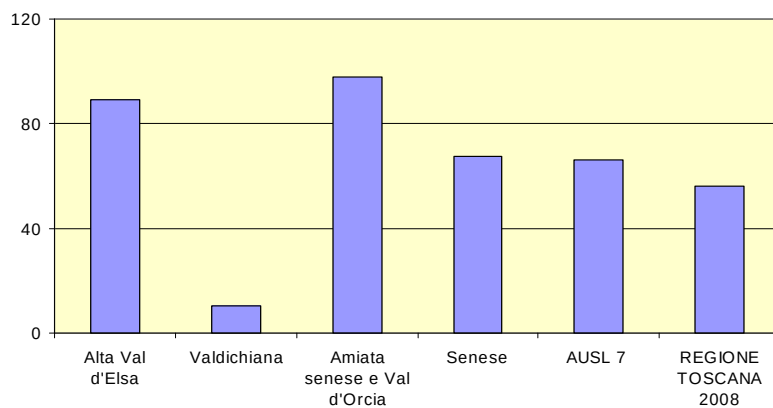
La spesa pro-capite per gli interventi domiciliari per gli anziani in AUSL 7, calcolata come la spesa totale per interventi domiciliari per anziani sulla popolazione residente, al 2009, risultava lievemente inferiore alla media regionale. Le spese maggiori si registravano, in ordine decrescente, in Valdichiana, Amiata-Val d'Orcia, Senese ed infine Alta val d'Elsa. Quindi la Valdichiana era la Zona con il dato più elevato, risultava avere un valore di circa 16 €, approssimativamente 2 € superiore rispetto alla media regionale (Fig. 3.15).

Fig. 3.15 – Spesa pro-capite per interventi domiciliari per anziani. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



La *spesa pro-capite* per i servizi residenziali per anziani in convenzione nella AUSL 7 risultava, al 2009, lievemente superiore a quella della Regione. I costi maggiori nell'ambito delle Zone si rilevavano nell'ordine in Amiata-Val d'Orcia, Alta Val d'Elsa, Senese e Valdichiana. Per quest'ultima i costi pro-capite si aggiravano su un valore pari a circa 10 €, ovvero approssimativamente 50 € in meno rispetto alla media regionale (Fig. 3.16).

Fig. 3.16 – Spesa pro-capite per servizi residenziali per anziani. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



4 – LA DISABILITA’

La disabilità, secondo l’orientamento prevalente e tradizionale nella comunità scientifica e delle organizzazioni internazionali è definita come la difficoltà o non autosufficienza nell’espletare le attività essenziali della vita quotidiana in modo autonomo. La definizione unitaria di disabilità approvata nel 2001 dall’OMS, collega gli aspetti biologici e sociali: la disabilità è il risultato di una complessa relazione tra salute, fattori personali e ambientali. Questo tipo di definizione non limita la disabilità alle capacità corporee, ma include anche fattori di contesto ambientale e personale che limitano o favoriscono le capacità individuali (Erickson, 2001).

Oltre un miliardo di persone, circa il 15% della popolazione mondiale, vive con qualche forma di disabilità. Almeno un quinto di questi è costretto ad affrontare importanti difficoltà nella vita di tutti i giorni. La disabilità colpisce maggiormente donne, anziani, bambini e adulti in condizione di povertà. Il problema è più urgente nei paesi a basso reddito ma è presente anche in paesi ad alto reddito come l’Italia. Le persone disabili rispetto alla popolazione generale hanno un peggior stato di salute, un livello di istruzione minore, maggiori difficoltà nel trovare lavoro ed una maggiore probabilità di essere povere.

Questa serie di problemi è fortemente correlata con la mancanza di servizi adatti ai disabili e con le numerose difficoltà che un disabile deve affrontare ogni giorno: discriminazione, mancanza di assistenza mirata e di riabilitazione, carenza di servizi di supporto ai disabili, barriere architettoniche. I giovani più svantaggiati e male integrati hanno più difficoltà a portare a termine gli studi. La carenza nel sistema integrativo della scuola si riflette ovviamente anche sulle realtà lavorative. Dati complessivi mostrano che le percentuali di lavoro sono più basse per uomini e donne disabili, rispetto a uomini e donne normodotati. Un ulteriore dato da considerare è che le percentuali di disabilità stanno aumentando, a causa dell’invecchiamento della popolazione e dell’aumento globale delle malattie croniche (OMS, 2011)

Cap 4.1: La popolazione disabile

Il tasso di soggetti disabili (calcolato come numero soggetti conosciuti portatori di handicap 0-64 sulla popolazione residente età compresa tra 0 e 64 anni) nell’anno 2010 nell’AUSL 7 è risultato leggermente superiore alla media regionale; il trend 2008/2010 è in crescita sia per la regione che per la AUSL (in quest’ultima la crescita è più marcata nel biennio 2009/10). In Valdichiana invece si è registrato il tasso **più basso** fra le varie zone e meno della metà della media regionale (Fig. 4.1), inoltre il trend nel triennio 2008/10 è in costante diminuzione (Fig. 4.2)

Fig. 4.1 – Tasso di disabilità (per 1000). Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

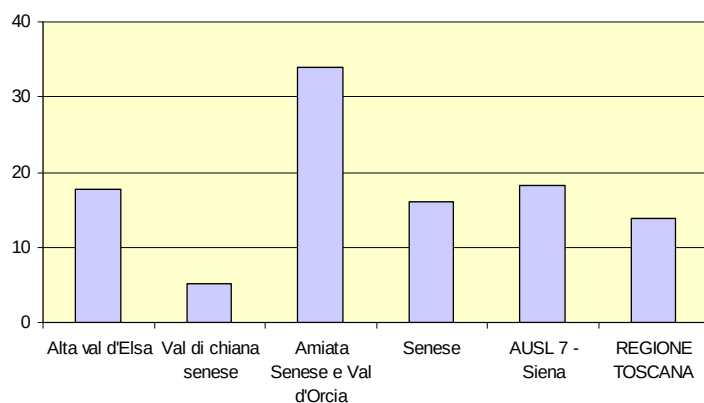
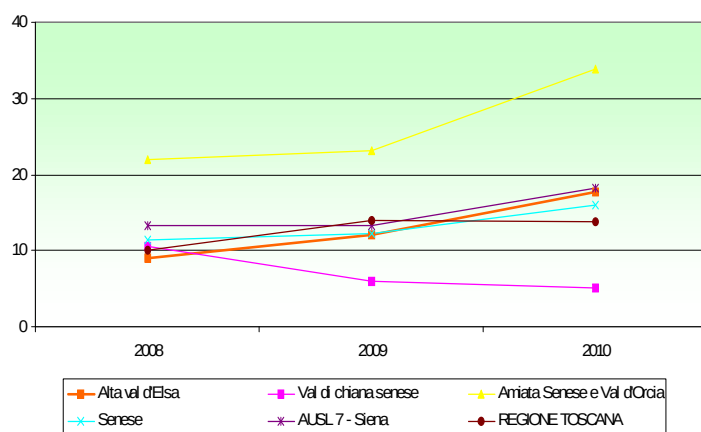


Fig. 4.2 – Tasso di disabilità (per 1000). Trend 2008-2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



All'interno del gruppo dei portatori di handicap è importante considerare i soggetti portatori di handicap in situazione di gravità. Un portatore di handicap in situazione di gravità è la persona affetta da una menomazione singola o plurima che abbia ridotto l'autonomia personale correlata all'età in modo da rendere necessario un intervento assistenziale "permanente, continuativo e globale" nella sfera individuale o in quella di relazione (Legge 104, 1992). La percentuale di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità nel 2010 nell'AUSL 7 è leggermente superiore alla media regionale (Fig. 4.3), il trend 2008/2010 nella regione Toscana è in sensibile calo, quello della AUSL 7 si mantiene costante, solo in leggera flessione. In Valdichiana questo indicatore mostra la percentuale più elevata fra le varie zone e anche rispetto alla media regionale (pochi casi ma molto complicati e bisognosi di assistenza complessa), con un trend solo in leggera diminuzione nell'ultimo biennio registrato (Fig. 4.4).

Fig. 4.3 – Percentuale di portatori di handicap in situazione di gravità. Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

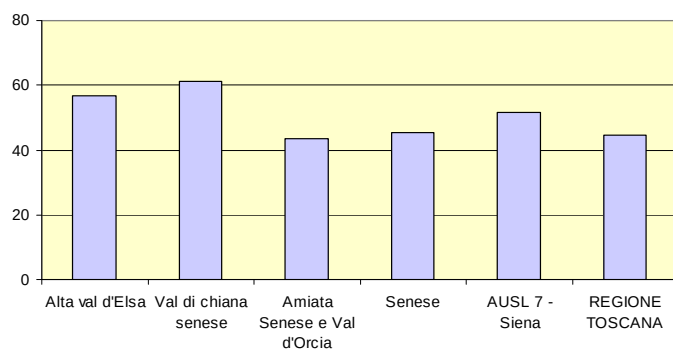
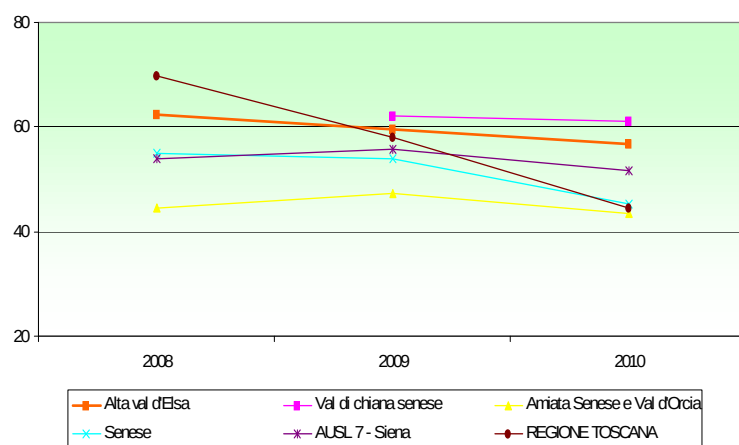


Fig. 4.3 – Percentuale di portatori di handicap in situazione di gravità. Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



Cap. 4.2: Contesto socio-assistenziale

Dal punto di vista del reticolo sociale atto a sostenere il soggetto disabile, ovvero l'insieme di interventi destinati alle persone con disabilità per promuovere a livello territoriale l'integrazione delle politiche sociosanitarie con quelle della formazione, del lavoro, dell'accessibilità (Legge 104, 1992) possiamo considerare diversi tipi di indicatori.

Il primo di questi è l'incidenza dei disabili disponibili al lavoro, che si calcola considerando il numero di disabili disponibili al collocamento mirato sul numero totale dei soggetti disponibili. Il punteggio dell'AUSL 7 nel 2009 è analogo a quello regionale ed entrambi mostrano un trend in leggera diminuzione nel biennio 2008/09. In Valdichiana si nota come l'incidenza di disabili disponibili a lavoro sia in linea con le altre zone (se si esclude l'Amiata) e con la media regionale (Fig. 4.4). Il trend però sembra in leggera diminuzione (Fig. 4.5).

Fig. 4.4 – Incidenza dei disabili disponibili al lavoro (per 100). Anno 2009 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

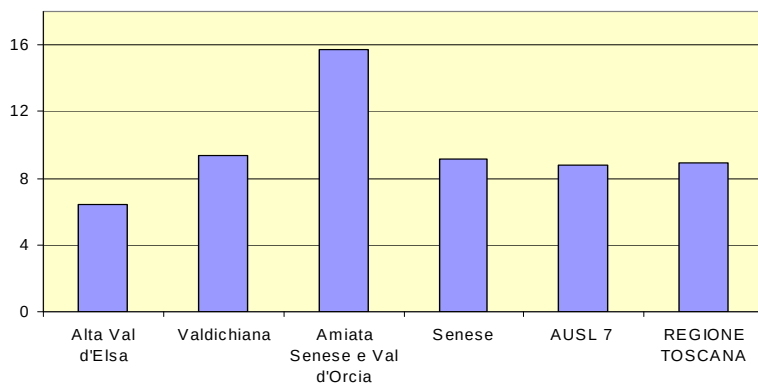
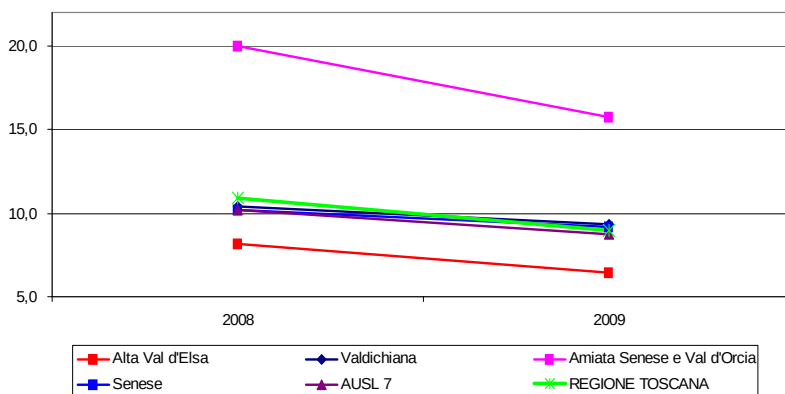


Fig. 4.5 – Incidenza dei disabili disponibili al lavoro (per 100). Trend 2008 - 2009 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



Altro aspetto da considerare, nell'ottica di favorire l'inserimento sociale del soggetto disabile, è l'aiuto personale, che indica la possibilità per una persona, con disabilità grave, di vivere a casa propria, senza dover ricorrere al ricovero in strutture protette. Il servizio di aiuto personale è diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi, e comprende il servizio di interpretariato per i cittadini non udenti. Il tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale nel 2010 nell'AUSL 7 è stato superiore alla media regionale (Fig. 4.6); il trend 2009/2010 è in leggero calo sia per la regione che per tutte le zone dell'AUSL 7. La Valdichiana ha presentato il tasso più alto di tutta l'AUSL, molto superiore alla media regionale, anche qui il trend è in diminuzione (più marcata che per le altre zone) nel biennio 2009/10 (Fig. 4.7).

Fig. 4.6 – Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (per 100). Anno 2010
(Fonte: Rete Osservatori Sociali)

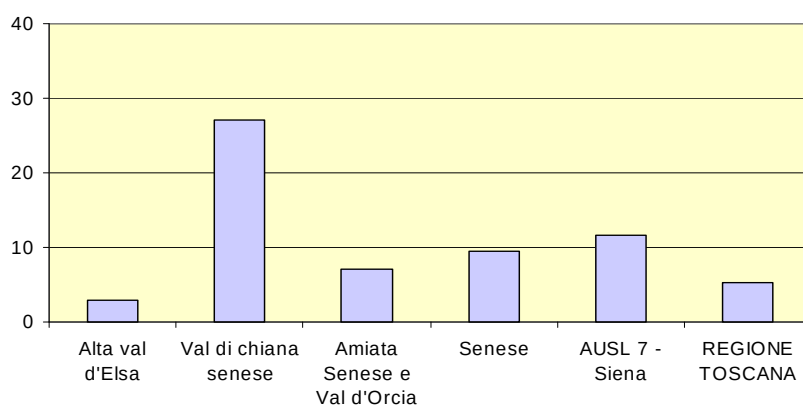
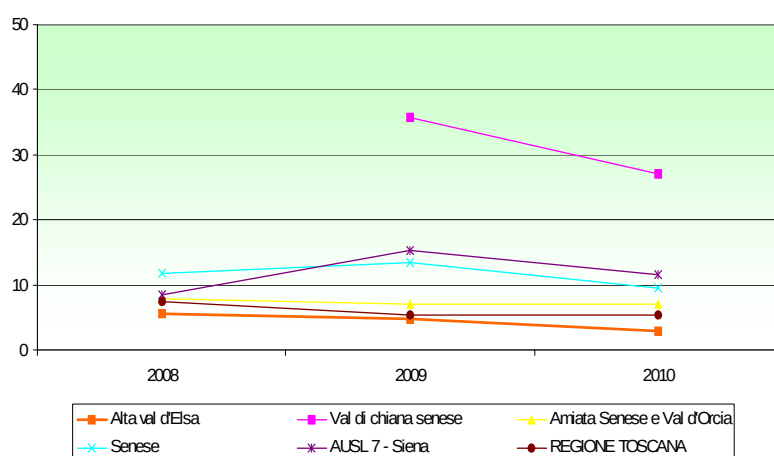


Fig. 4.7 – Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (per 100). Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



Infine, per quanto concerne l'indice di inserimento di soggetti disabili in attività performative e formative, nell'AUSL 7, nell'anno 2010, questo è risultato molto inferiore rispetto alla media regionale (Fig. 4.8); inoltre il trend per quest'ultima è stato in netta crescita nel biennio 2008/10, quello AUSL ha registrato solo un leggero incremento (Fig. 4.9). Anche in Valdichiana questo tasso è molto basso (anche qui il trend è in leggero aumento) e molto inferiore alla media regionale

Fig. 4.8 – Indice di inserimento di soggetti in attività di preformazione e formazione (per 100).
Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)

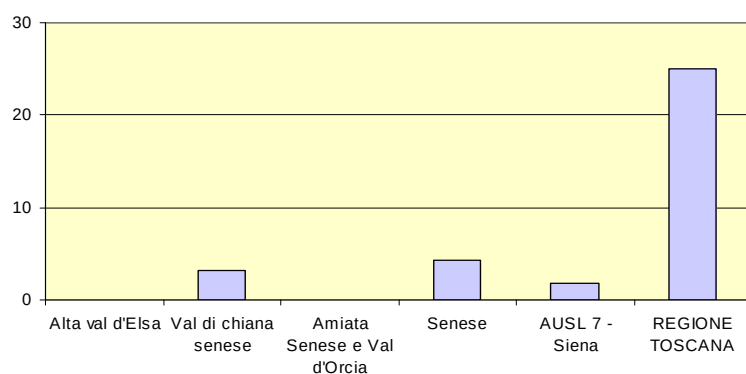
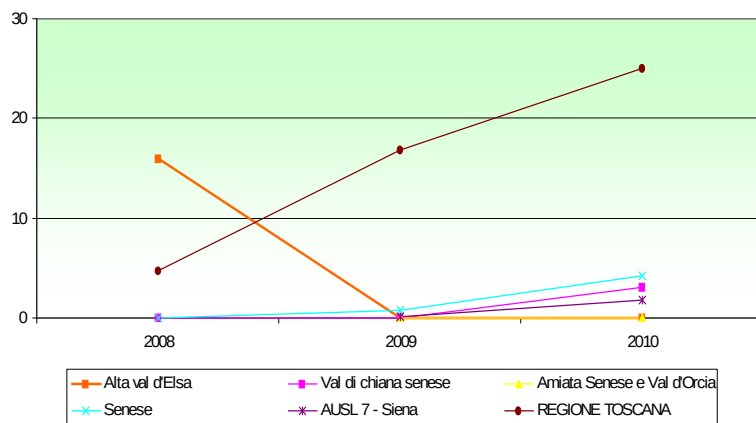


Fig. 4.9 – Indice di inserimento di soggetti in attività di preformazione e formazione (per 100).
Trend 2008 – 2010 (Fonte: Rete Osservatori Sociali)



Molto importante risulta anche esaminare gli indicatori in grado di misurare la capacità di risposta del sistema dei servizi residenziali in grado di rispondere a particolari bisogni assistenziali.

Da un lato si considera il tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture semiresidenziali a carattere diurno (numero di soggetti disabili sul totale dei soggetti residenti tra i 19 e i 64 anni) e che quindi rimangono comunque almeno parzialmente in carico alle famiglie. Questo dato nell'AUSL 7 è leggermente inferiore al valore regionale (Fig. 4.10), il trend dell'AUSL nel 2008/2010 è risultato analogo al trend regionale, presentando un calo tra 2008 e 2009 e un successivo aumento tra 2009 e 2010. In Valdichiana si nota come, nel 2010, ci sia il più alto tasso di disabili inseriti in strutture semiresidenziali, pressoché doppio rispetto alle altre zone ed alla media regionale. E' importante sottolineare che i numeri in questi casi sono esigui e piccole variazioni nei valori assoluti possono modificare molto l'incidenza, infatti c'è una differenza molto marcata nel trend in Valdichiana fra 2009 e 2010 (Fig. 4.11).

Fig. 4.10 – Tasso utenti con disabilità inseriti in strutture semiresidenziali (per 100). Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

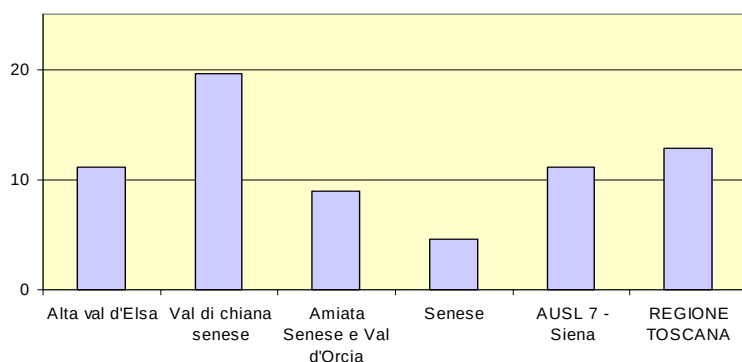
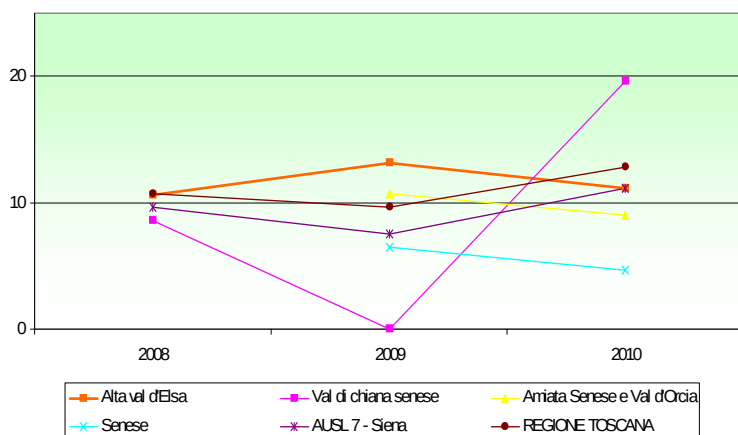


Fig. 4.11 – Tasso utenti con disabilità inseriti in strutture semiresidenziali (per 100). Trend 2008-2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



Dall'altro lato il tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali, che indica il numero di soggetti disabili inseriti in modo stabile in strutture socio-sanitarie e quindi non più gestiti dalla famiglia. Durante il 2010 nell'AUSL 7 questo indicatore è inferiore al valore regionale (Fig. 4.12); quest'ultimo mostra un trend in leggero aumento dal 2008 al 2010 con una flessione nel 2009, il trend dell'AUSL è anch'esso in aumento ma con un picco nell'anno 2009. In Valdichiana si registra il tasso più elevato sia fra le varie zone che rispetto al dato regionale, con un trend in crescita dal 2008 al 2010 (Fig. 4.13).

Fig. 4.12 – Tasso utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali (per 100). Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

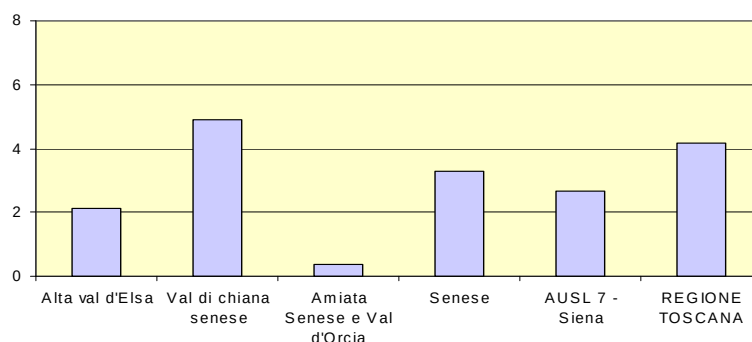
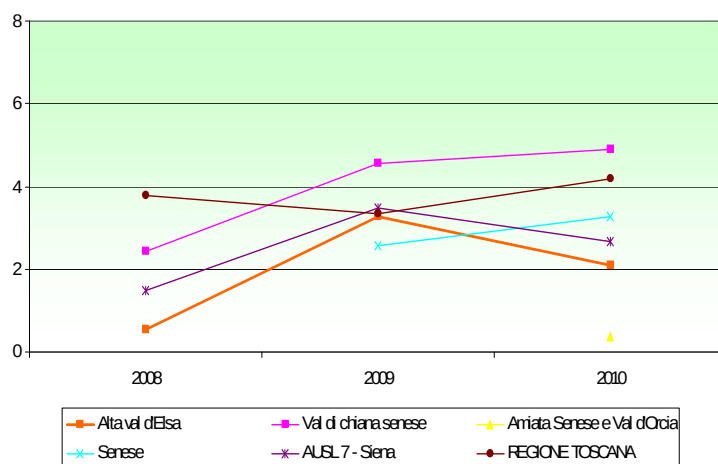


Fig. 4.13 – Tasso utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali (per 100). Trend 2008-2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



Un approfondimento particolare merita il tasso di utenti con disabilità inseriti in RSA, ovvero il numero di soggetti disabili inseriti in residenze sanitarie assistenziali, che certifica una situazione particolare di risposta, poiché le RSA sono strutture normalmente destinate ad utenza anziana (>65). La presenza di ospiti adulti con disabilità può essere indice di indisponibilità di risposte specifiche nel territorio o di inappropriata dell'intervento. Questo tasso durante il 2010 nell'AUSL 7 è leggermente superiore al valore regionale (Fig. 4.14); il trend regionale 2008/2010 è in leggero calo con un aumento tra il 2009 e il 2010. Il trend 2008/2010 dell'AUSL è in lieve ma costante aumento. In Valdichiana, come per il precedente indicatore, si registra il tasso più elevato sia fra le varie zone che rispetto al dato regionale (per le RSA almeno tre volte più elevato rispetto alle altre zone ed alla media regionale) ed entrambi con un trend in crescita dal 2008 al 2010 (Fig. 4.15).

Fig. 4.14 – Tasso utenti con disabilità inseriti in RSA (per 100). Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

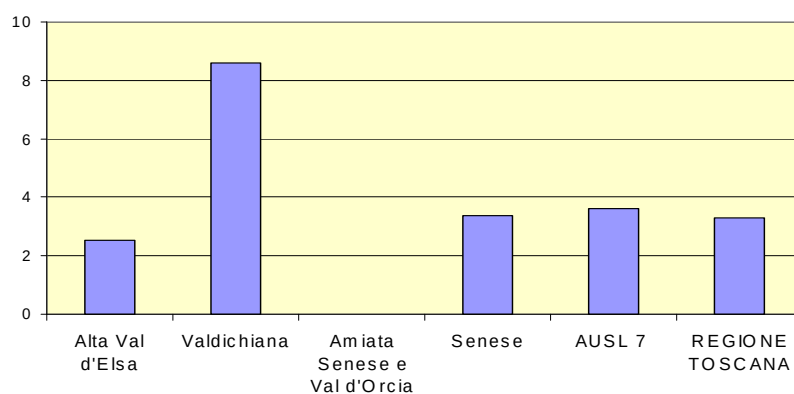
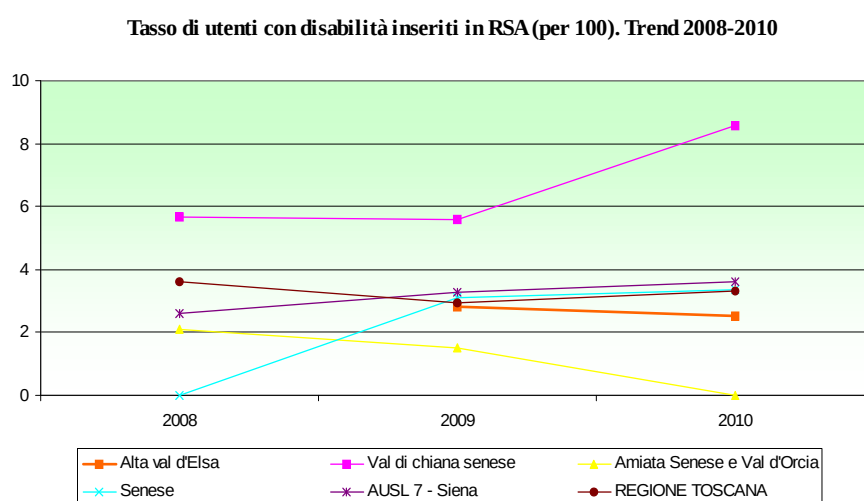


Fig. 4.15 – Tasso utenti con disabilità inseriti in RSA (per 100). Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



Dal punto di vista del costo sociale dell'assistenza fornita ai disabili abbiamo preso in considerazione diversi indicatori, ma è importante sottolineare come questi debbano essere inevitabilmente letti contestualmente all'offerta erogata e al bisogno espresso (n. disabili certificati nel territorio). La spesa procapite per assistenza personale e domestica, che indica il prezzo medio di trattamento di un singolo soggetto disabile assistito a domicilio in un anno, durante l'anno 2010 nell'AUSL 7 è stata leggermente superiore rispetto alla media regionale (Fig. 4.16); in Toscana il trend 2008/2010 ha presentato prima un calo tra 2008/2009 e quindi un successivo aumento tra 2009/2010 (l'AUSL 7 ha presentato un andamento simile). In Valdichiana, nel 2010, si ha il dato più basso della AUSL ed inferiore alla media regionale, si riscontra però un trend in salita dal 2008 al 2010 (Fig. 4.17).

Fig. 4.16 – Sepsa pro-capite per assistenza personale e domestica a favore di persone con disabilità. Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

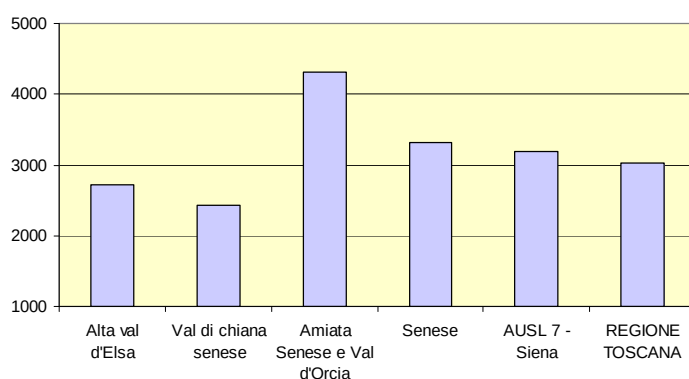
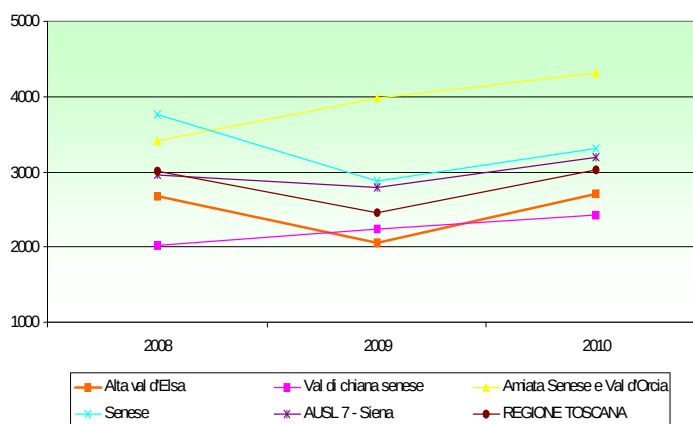


Fig. 4.17 – Sepsa pro-capite per assistenza personale e domestica a favore di persone con disabilità. Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



La spesa procapite per interventi semiresidenziali indica il prezzo medio di trattamento di un singolo soggetto disabile in struttura socio-sanitaria a carattere diurno per un anno. La spesa procapite dell'AUSL 7 nel 2010 è di poco superiore alla spesa regionale (Fig. 4.18), il trend 2008/2010 è in ascesa sia per la regione che per l'AUSL. Questo indicatore, nel 2010, in Valdichiana è risultato inferiore alla media AUSL ed in linea con il valore regionale. Il trend 2008/2010 è in molto altalenante registrando un brusco calo nel biennio 2008/09 e una altrettanto repentina risalita nel biennio 2009/10 (Fig. 4.19).

Fig. 4.18 – Spesa pro-capite per interventi semiresidenziali a favore di persone con disabilità. Anno 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

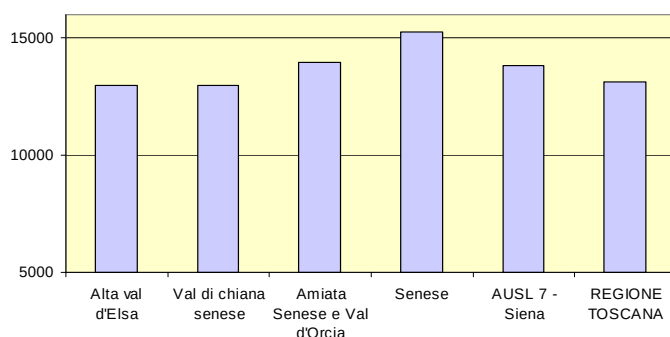
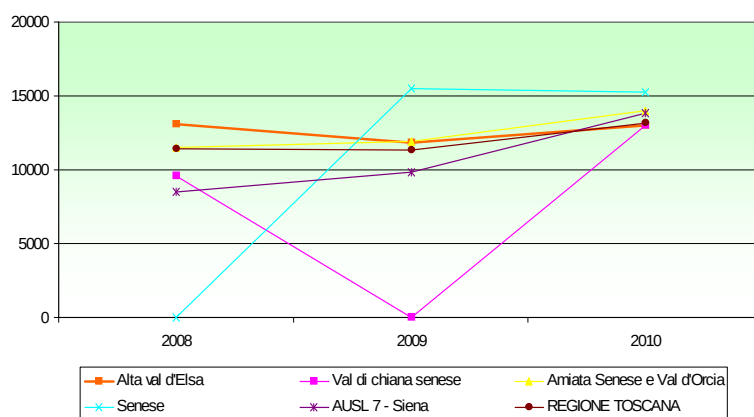


Fig. 4.19 – Spesa pro-capite per interventi semiresidenziali a favore di persone con disabilità. Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



La spesa procapite per interventi residenziali indica il prezzo medio di trattamento di un singolo soggetto disabile in struttura socio-sanitaria a carattere residenziale per un anno. La spesa procapite dell'AUSL 7 nel 2010 è stata analoga a quella regionale (Fig. 4.20), i trend 2009/2010 è in aumento sia per la regione che per l'AUSL. Per la Valdichiana il dato non è disponibile (Fig. 4.21).

Fig. 4.20 – Spesa pro-capite per interventi residenziali a favore di persone con disabilità. Anno 2010
(Fonte: Rete Osservatori Provinciali)

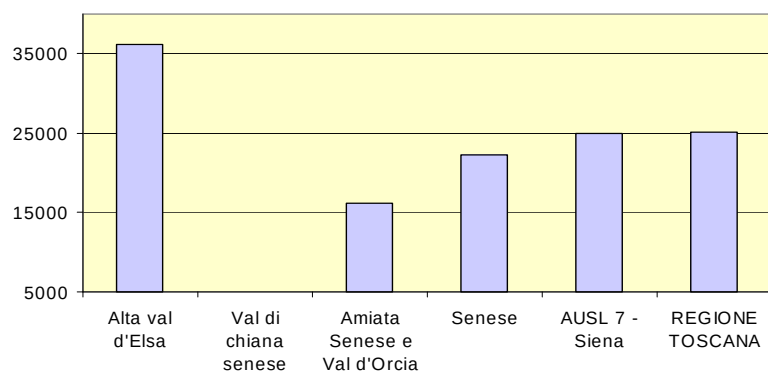
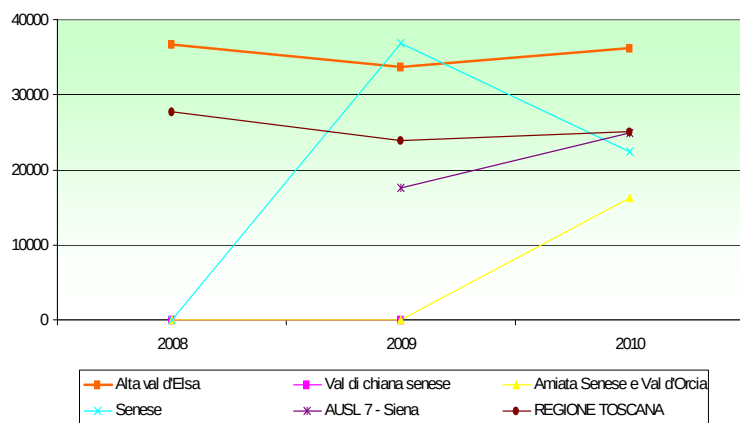


Fig. 4.21 – Spesa pro-capite per interventi residenziali a favore di persone con disabilità. Trend 2008 - 2010 (Fonte: Rete Osservatori Provinciali)



5 – SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ci si fa riferisce ad uno stato di benessere emotivo e psicologico che permette all'individuo di esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

La salute mentale «dipende da circostanze esterne (lavoro, reddito, condizioni di *sicurezza, possibilità di svago e di incontro, accettazione sociale*) e dall'*assetto genetico ma anche dalle modalità di approccio alla vita e di reazione alle difficoltà che ci presenta. La salute mentale influisce a sua volta sulle condizioni ambientali: le persone mentalmente sane sono, infatti, più capaci di migliorare il mondo per se stesse e per gli altri* » (Gigantesco, 2011).

Un recente studio dell'OMS ha evidenziato che i disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone colpite e per i loro familiari (Ministero della Salute, 2012).

Anche in Italia, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale (Piccione 2004).

Il tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche (indica il numero ricoveri per malattie psichiche sulla popolazione residente) durante l'anno 2010 nell'AUSL 7 – Siena presenta valori sopra la media regionale sia per i maschi che per le femmine. Tale risultato è influenzato dai valori presenti nell'area senese che risultano essere sensibilmente superiori rispetto alla media regionale. Alta val d'Elsa ed Amiata-Val d'Orcia presentano sia per i maschi che per le femmine valori inferiori rispetto alla media dell'AUSL 7 – Siena e alla media regionale (Fig. 5.1). Il trend dell'AUSL 7 è in salita rispetto al 2009, influenzato principalmente dalle zone Valdichiana, Alta vald'Elsa e Amiata-Val d'Orcia (Fig. . Nello specifico la Valdichiana presenta valori inferiori rispetto alla media dell'AUSL – 7 Siena, mentre se confrontata con la media regionale abbiamo valori superiori alla media per quanto riguarda la popolazione maschile e valori inferiori per quanto riguarda la popolazione femminile. In Valdichiana è presente, come detto, un trend in aumento iniziato nell'anno 2007, che l'ha portata nel confronto con le altre zone, dall'ultima posizione da cui partiva fino alla seconda alle spalle della sola zona Senese.

Fig. 5.1 – Tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche standardizzato per età (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

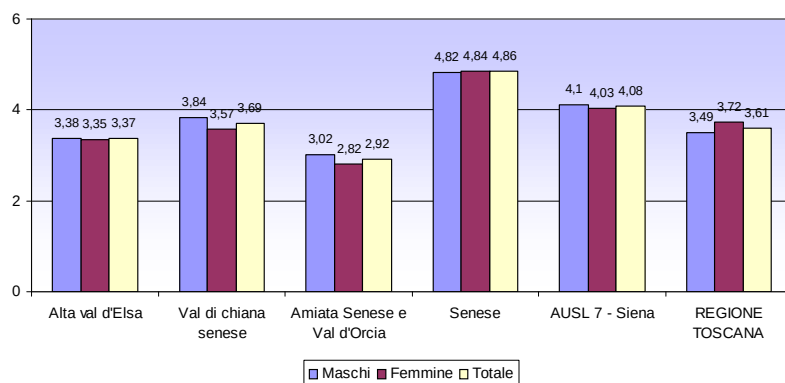
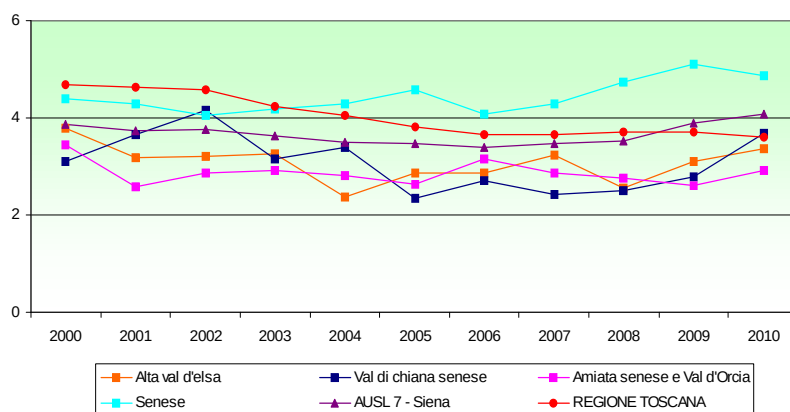


Fig. 5.2 – Tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche standardizzato per età (per 1000). Trend 2000-2010 (Fonte: ARS)



Un ulteriore dato per integrare il tasso di ospedalizzazione è il tasso di primo ricovero in reparto di psichiatria, tale tasso viene utilizzato per valutare i nuovi casi di malattia (cioè un proxy dell'incidenza di malattia).

Il tasso medio dell'AUSL 7 nel 2010 è superiore alla media regionale sia per i maschi che per le femmine. La zona del Senese è quella che presenta i valori più elevati mentre l'Amiata-Val d'Orcia presenta i valori più bassi ma comunque leggermente superiori alla media regionale (Fig. 5.3).

Tutte le zone presentano, sia per i maschi che per le femmine, valori superiori alla media regionale. Inoltre, escludendo la l'Amiata-Val d'Orcia, è presente un generalizzato trend in aumento dall'anno 2008 (Fig. 5.4). La Valdichiana nel 2010 presenta valori superiori alla media regionale sia per Maschi che per le Femmine, con un trend in salita dal 2008 al 2010.

Fig. 5.3 – Tasso di primo ricovero in reparto di psichiatria standardizzato per età (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

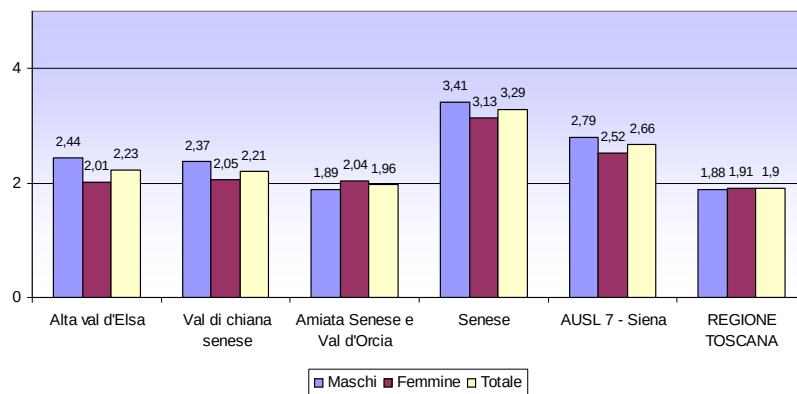
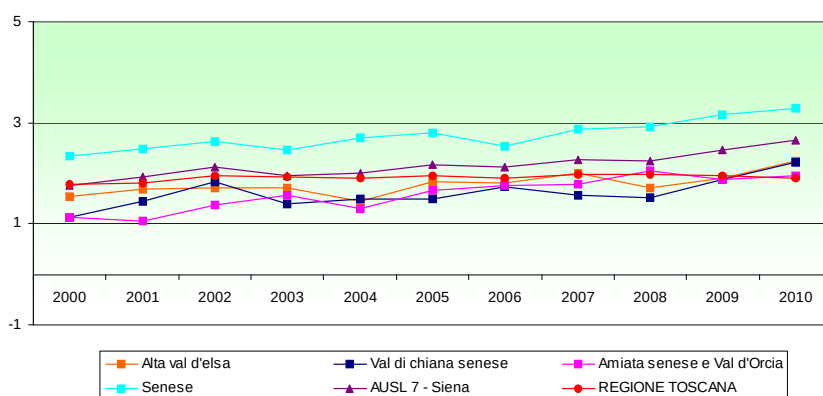
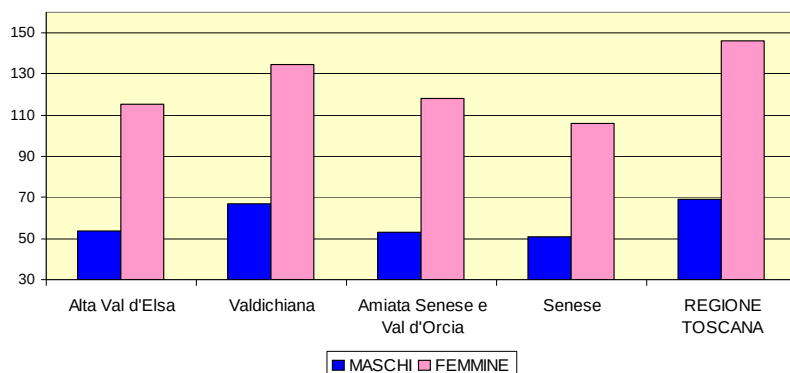


Fig. 5.4 – Tasso di primo ricovero in reparto di psichiatria standardizzato per età (per 1000). Trend 2000 - 2010 (Fonte: ARS)



Se osserviamo il tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi si nota come il dato medio della AUSL 7, al 2010, risulti inferiore allo standard regionale sia per i maschi che per le femmine. Fra le varie zone AUSL la Valdichiana mostra i valori più elevati (sia per i maschi che per le femmine, con una preponderanza netta in queste ultime). Sia a livello locale che regionale si denota una netta preponderanza delle femmine rispetto ai maschi (Fig. 5.5). Numerosi studi rivelano come il rapporto fra donne e uomini che soffrono di depressione sia di due a uno. La depressione non solo è donna ma, come lei, si qualifica secondo il ciclo riproduttivo, tanto da aggettivarsi come mestruale, puerperale o menopausale. Questo permette di confermare, con dati scientifici e biologici, quell'”interiorità naturale” che, sin dalla sua nascita, la psichiatria ha intuito essere costitutiva del genere femminile (*Salute e territorio*; 2006).

Fig. 5.5 – Tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)



Il mondo delle tossicodipendenze è complesso e articolato e interessa con sempre maggior prevalenza non solo il mondo giovanile ma l'intera popolazione del nostro paese. Dobbiamo porre molta attenzione al fenomeno delle tossicodipendenze soprattutto in questo periodo di crisi economica: numerosi articoli scientifici hanno rilevato una correlazione fra crisi economica ed aumento del numero di soggetti con dipendenze. L'agenzia Ue sulle droghe, l'Oedt, mette in guardia sul recente aumento di diagnosi di infezione da HIV fra i consumatori di droga per via iniettiva.

I SERT sono strutture di riferimento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, devono assicurare i trattamenti psicologici, socio-riabilitativi e medico-farmacologici; accolgono dipendenti da sostanze, da alcol, gambling (gioco d'azzardo).

La zona con il minor tasso di utenti SERT nel 2010 è il Senese, mentre il tasso più elevato si rileva nell'Alta Val d'Elsa (Fig. 5.6). Il trend 2008-2010 è relativamente stabile per quanto riguarda l'AUSL 7, si rileva un sensibile calo dal 2009 al 2010 nell'Amiata-Val d'Orcia ed un aumento sostanziale nella zona Alta Val d'Elsa (Fig. 5.7). La Zona Valdichiana presenta un tasso di utenti SERT inferiore rispetto alla media dell'AUSL 7, inoltre presenta un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente. Questo dato può rispecchiare sicuramente una situazione favorevole rispetto alle altre zone, ma anche una possibile difficoltà di reclutamento dell'utenza.

Fig. 5.6 – Tasso di primo utenti SERT (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

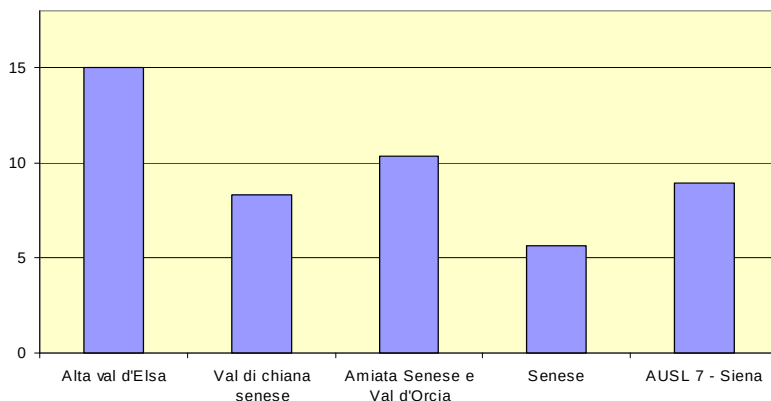
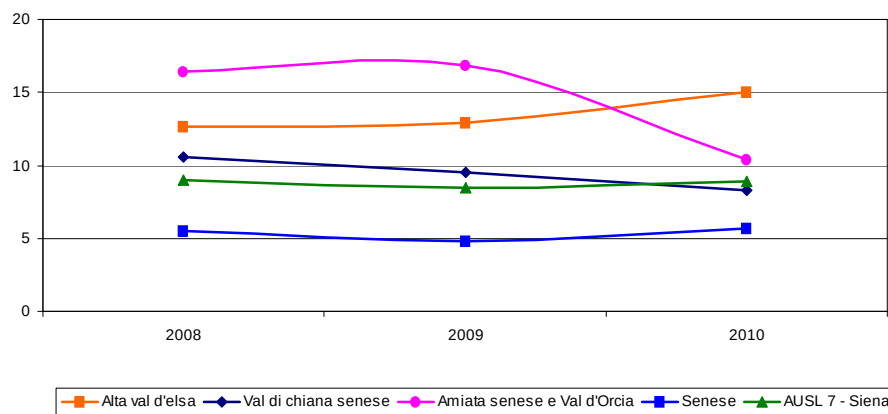
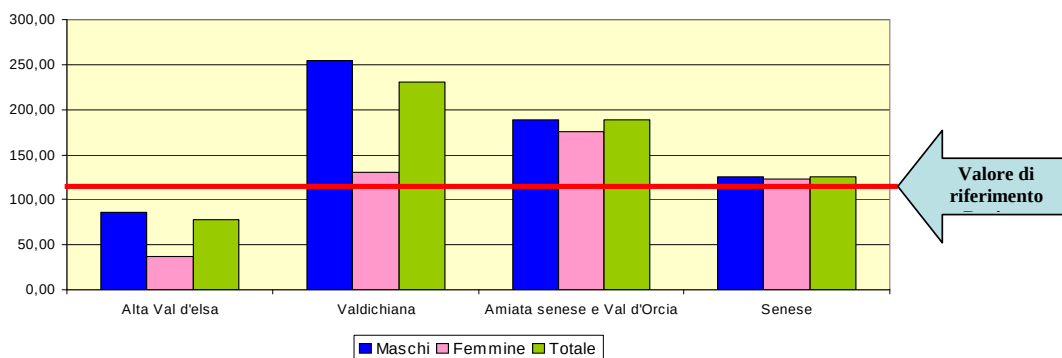


Fig. 5.7 – Tasso di primo utenti SERT (per 1000). Trend 2008 - 2010 (Fonte: ARS)



Il quadro sulla salute mentale della popolazione include inoltre una riflessione sui suicidi. Lo SMR per i suicidi, è di gran lunga il più elevato nella AUSL (con netta superiorità nei maschi) e più che doppio rispetto al valore di riferimento della regione (5.8). Le cause potrebbero essere molteplici, ad esempio la depressione (in Valdichiana c'è il più alto utilizzo di antidepressivi), la disoccupazione (valore più elevato nella AUSL), l'importo di pensioni INPS (anche questo il più basso nella AUSL), ma anche gli studenti con esito negativo (il tasso è il più elevato nella AUSL per studenti del II grado). Comunque un dato questo da approfondire.

Fig. 5.8 – Rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per suicidi. Triennio 2006-2008 (Fonte ARS)



6 – AREA IMMIGRATI

Da paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici. I dati disponibili non solo confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, ma evidenziano una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'abbondante letteratura scientifica e le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione.

Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso "capitale sociale" ovvero con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi; spesso inoltre ricevono cure di qualità scadente. Per gli immigrati, inoltre le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite (Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze, 2009).

Cap. 6.1: Demografia

Cominciamo analizzando il tasso di stranieri residenti. Nel 2010 la Regione toscana presentava un valore vicino a 100 stranieri per mille residenti, inferiore di circa 10 punti alla media della AUSL 7. Infatti in tutte le zone, con l'eccezione dell'Amiata-Val d'Orcia, notiamo valori superiori alla media regionale (Fig. 6.1). I trend dal 2000 al 2010 risultano in costante aumento sia nella realtà regionale che locale (Fig. 6.2). Nello specifico, il tasso di stranieri residenti in Val di Chiana nel 2010 risultava superiore alla media regionale ed in linea con i valori della Valdelsa.

Fig. 6.1 – Tasso di stranieri residenti (per 1000). Anno 2010. (Fonte Rete Osservatori Sociali)

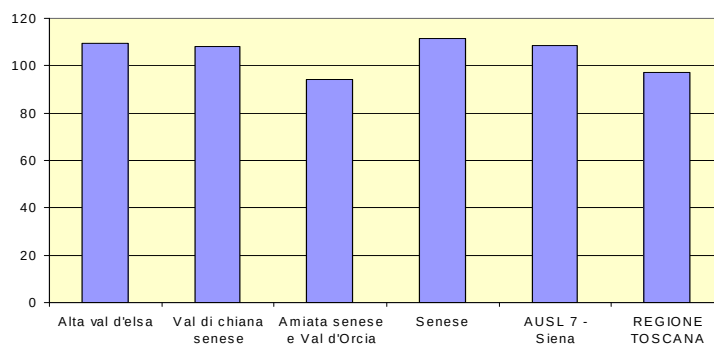
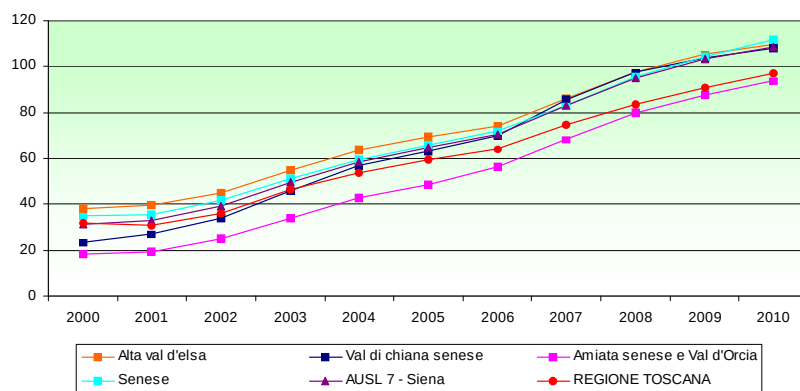
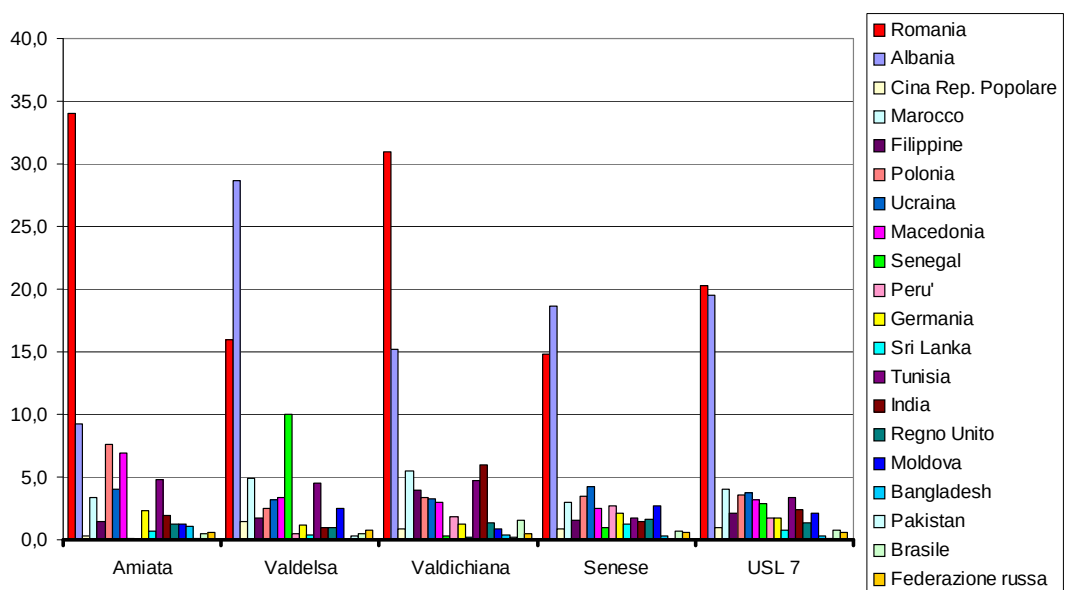


Fig. 6.2 – Tasso di stranieri residenti (per 1000). Trend 2000-2010. (Fonte Rete Osservatori Sociali)



Nell'analisi del fenomeno migratorio è molto importante conoscere la nazione di origine dei soggetti immigrati. Se analizziamo la AUSL 7 nel suo complesso vediamo come nel 2010 le due popolazioni maggiormente rappresentate sono la popolazione rumena e la popolazione albanese. Considerando le singole zone: in Amiata e Val di Chiana vi è preponderanza di rumeni mentre nel Senese e soprattutto in Alta Val d'Elsa la popolazione più rappresentata è quella albanese (Fig. 6.3). Un' analisi della distribuzione percentuale delle nazionalità straniere nella popolazione della Val di Chiana mostra come vi sia una decisa prevalenza di Rumeni (oltre il 30%), seguiti da Albanesi (circa il 15%) e da Indiani (di poco superiori al 5%).

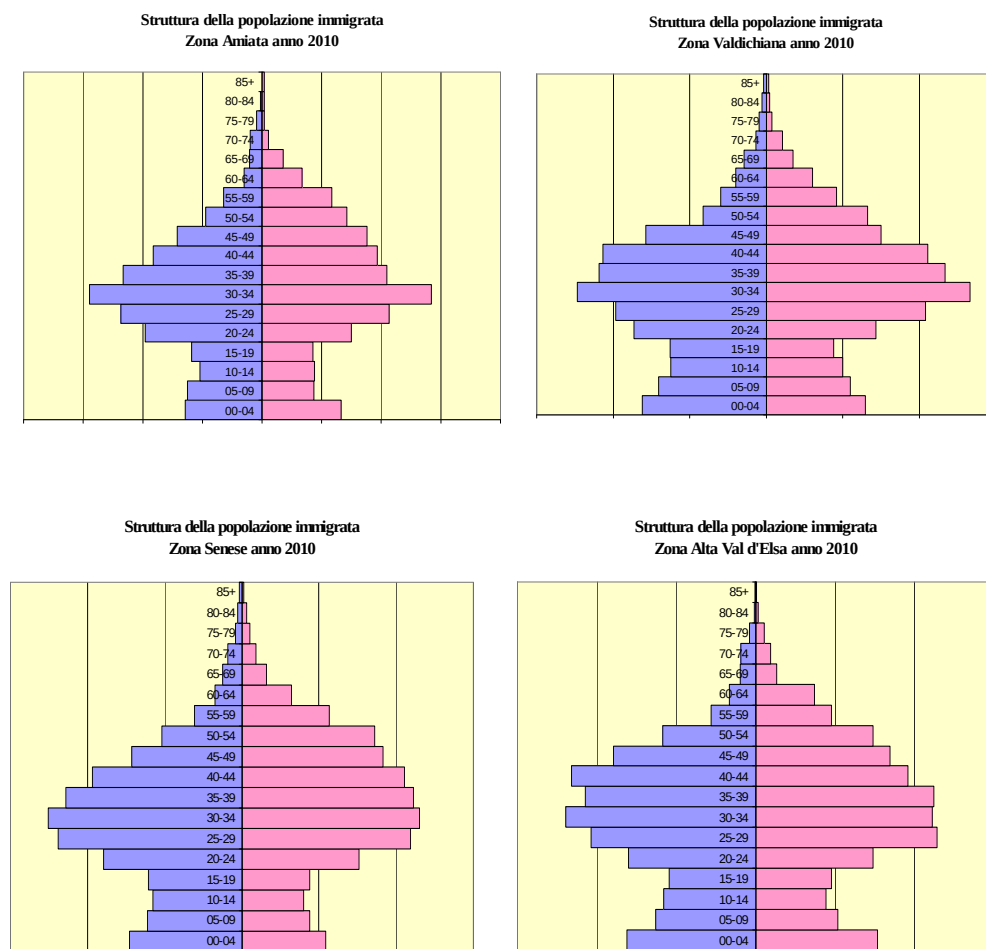
Fig. 6.3 – Distribuzione percentuale prime 20 nazionalità. Anno 2010. (Fonte Rete Osservatori Sociali)



La struttura della popolazione immigrata relativa al 2010 nelle quattro zone può essere analizzata con istogrammi che indicano la distribuzione delle differenti fasce di età (Fig. 6.4).

Nelle quattro zone la fascia di età più rappresentata è quella tra i 30 e i 34 anni indicando un'immigrazione giovane, in piena età lavorativa e riproduttiva. Uomini e donne sono più o meno equamente rappresentati tranne nelle fasce di età comprese tra i 55 e i 69 anni, che mostrano per tutta l'AUSL una netta prevalenza femminile. La popolazione giovane e giovanissima è ben rappresentata soprattutto in Alta Val d'Elsa e Valdichiana indicando la presenza di immigrati di seconda generazione. Nelle quattro zone il panorama sta diventando eterogeneo: comprende uomini e donne giovani arrivati da poco in Italia, famiglie stabilizzate e persone da più tempo presenti. Tali cambiamenti potrebbero modificare i bisogni e hanno anche conseguenze sulla domanda di servizi sanitari, ricordando comunque che la popolazione immigrata rimane ancora una popolazione relativamente giovane e generalmente in buona salute. La maggior parte della popolazione immigrata in Val di Chiana ha un'età compresa tra i 25 e i 45 anni, con uomini e donne approssimativamente equamente rappresentati. Notevole è anche la presenza di giovani e di giovanissimi, notandosi l'apporto importante dato dagli immigrati alle nascite. Al di sopra dei 50 anni prevale sempre di più la popolazione immigrata femminile rispetto a quella maschile.

Fig. 6.4 – Struttura della popolazione immigrata. Anno 2010. (Fonte Rete Osservatori Sociali)



La percentuale di nati da genitori entrambi di cittadinanza non italiana era nel 2010 nell'AUSL 7 superiore alla media regionale (Fig. 6.5). La Zona Senese presentava un valore analogo alla media regionale, le restanti tre Zone avevano valori superiori ($\geq 20\%$). I trend 2003-2010, pur con leggere oscillazioni, erano in aumento per tutte le Zone, anche se nell'ultimo biennio considerato in due Zone (Valdichiana e Alte Valdelsa) si assisteva ad una inversione dello stesso, che andava in leggera diminuzione. In Valdichiana i nati da genitori di cittadinanza non italiana rappresentavano il 20% dei nuovi nati al 2010, valore superiore rispetto alla media AUSL ed alla media regionale. Analizzando il trend relativo dal 2003 fino al 2010 si vede inoltre che la percentuale degli stessi ha evidenziato una crescita di circa 10 punti percentuali (Fig. 6.6).

Fig. 6.5 – Percentuale di nati di cittadinanza non italiana. Anno 2010. (Fonte: ARS)

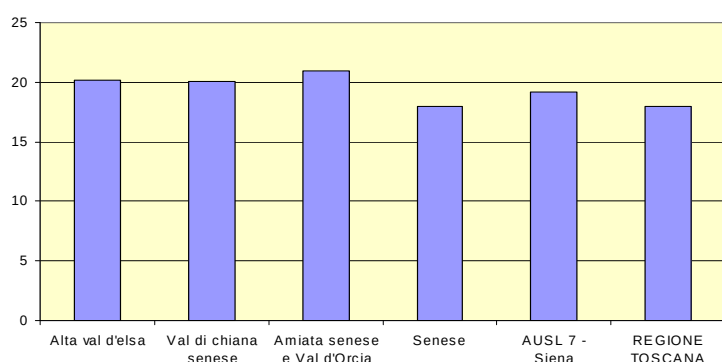
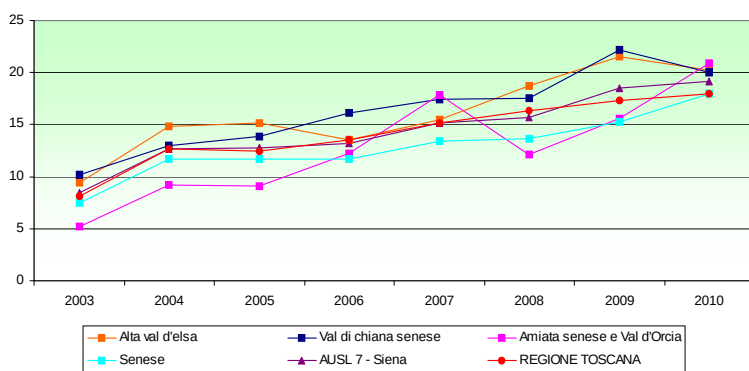
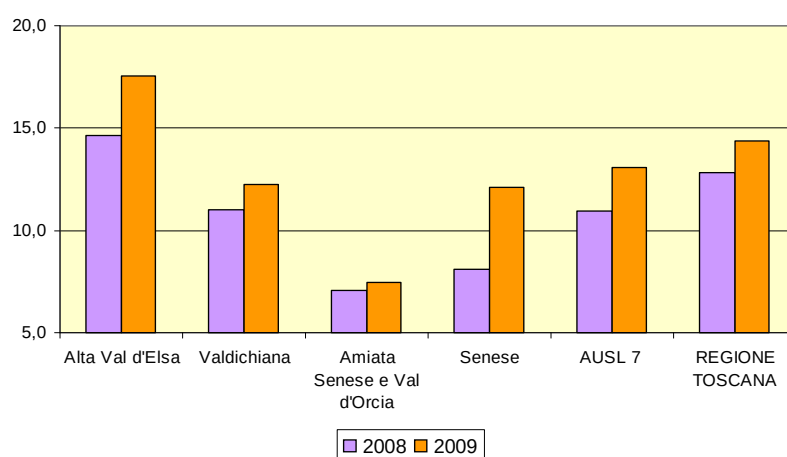


Fig. 6.6 – Percentuale di nati di cittadinanza non italiana. Trend 2003-2010. (Fonte: ARS)



Un aspetto sicuramente meritevole di attenzione è la possibilità degli immigrati di integrarsi nel mondo del lavoro, soprattutto se consideriamo la distribuzione per età della popolazione immigrata. Dall'analisi dei tassi grezzi di disoccupazione del 2008 e 2009 risulta un generale peggioramento per tutte le Zone dell'AUSL 7 e per la Regione, rispecchiando il momento di crisi economica. Il valore medio dell'AUSL è comunque inferiore alla media regionale. La Zona con la migliore performance è l'Amiata dove possiamo apprezzare il valore più basso dell'AUSL e l'aumento più contenuto. L'Alta Val d'Elsa presenta il valore peggiore dell'AUSL 7 superiore anche alla media regionale (Fig. 6.7). Nello specifico in Valdichiana, al 2010, si riscontra una situazione sostanzialmente favorevole rispetto al contesto di riferimento, con valori in crescita rispetto al 2009 ma in modo meno marcato rispetto alla media regionale e AUSL 7.

Fig. 6.7 – Tasso grezzo di disoccupazione stranieri. Anni 2008-2009 (Fonte Rete Osservatori Sociali)



Un elemento su cui porre attenzione è la presa in carico dei minori stranieri laddove risulti necessario. Una delle possibilità adottabili è l'accoglienza in strutture residenziali. Nel 2009 l'incidenza di minori stranieri accolti in strutture residenziali sul totale di minori accolti in strutture residenziali risultava nell'AUSL 7 molto inferiore alla media regionale (Fig. 6.8). Prendendo in considerazione le differenti Zone vediamo come la Zona Senese presentasse un valore superiore alla media regionale ed un trend 2002-2009 in ascesa; la Valdichiana aveva un'incidenza poco superiore al 15% ed un trend in leggera flessione (Fig. 6.9). Alta Val d'Elsa ed Amiata-Val d'Orcia presentavano valori pari a zero.

Fig. 6.8 – Incidenza di minori accolti in strutture residenziali (per 100). Anno 2009 (Fonte Rete Osservatori Sociali)

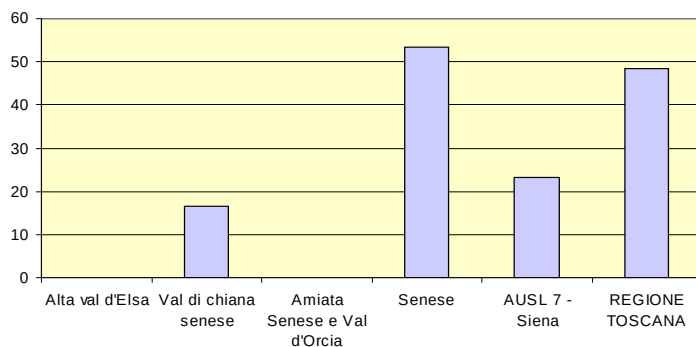
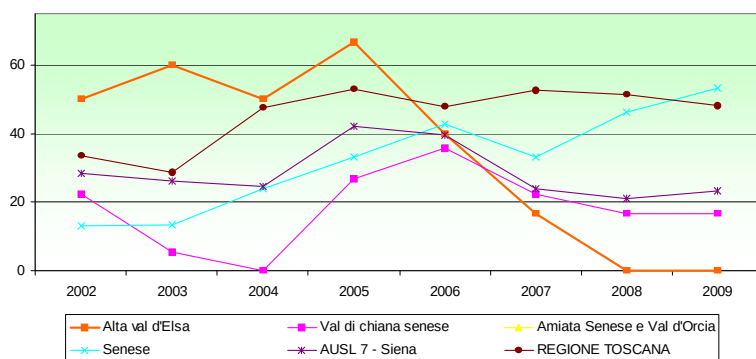


Fig. 6.9 – Incidenza di minori accolti in strutture residenziali (per 100). Trend 2002-2009 (Fonte Rete Osservatori Sociali)



Sempre nel 2009 l'incidenza di minori stranieri accolti in affido familiare (modalità preferibile secondo le indicazioni di presa in carico per il minore) sul totale di minori accolti in affido familiare è nell'AUSL 7 analoga al valore regionale.

La Zona con la percentuale maggiore risulta nuovamente essere la Zona Senese, presentando valori doppi rispetto alla media AUSL e regionale (Fig. 6.10), nonostante un trend 2002-2009 in diminuzione. Emerge come anche l'Alta Val d'Elsa abbia valori sensibilmente superiori alla media regionale, con un trend sostanzialmente costante con periodi di crescita dal 2002 al 2006 e dal 2008 al 2009, intervallati da una fase di riduzione. Inferiore alla media AUSL ed alla media regionale è l'incidenza riscontrata in Valdichiana, con un trend 2002-2009 caratterizzato da forti oscillazioni, a seguito delle quali dopo un periodo di flessione marcata (2005-2008) nell'ultimo biennio si è tornati a risalire (Fig. 6.11). L'Amiata-Val d'Orcia presentava un valore pari a zero.

Fig. 6.10 – Incidenza di minori accolti in affido familiare (per 100). Anno 2009 (Fonte Rete Osservatori Sociali)

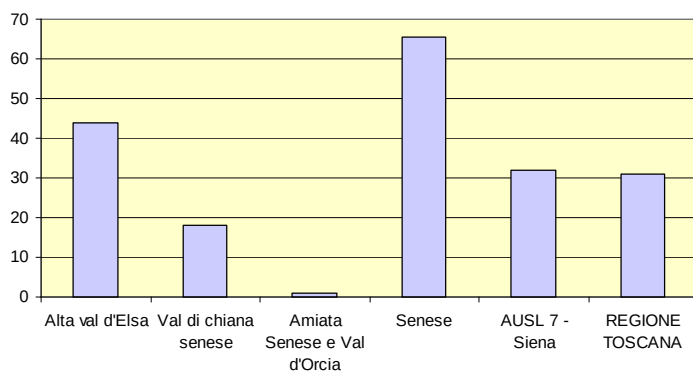
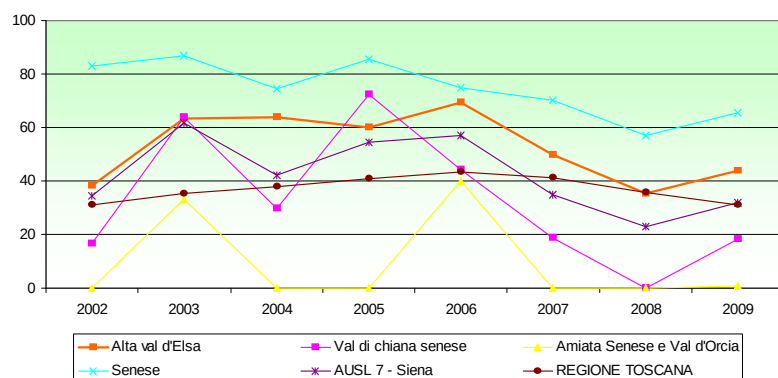


Fig. 6.11 – Incidenza di minori accolti in affido familiare (per 100). Trend 2002-2009 (Fonte Rete Osservatori Sociali)



Cap. 6.2: Lo stato di salute

Il tasso di ospedalizzazione totale di cittadini non italiani residenti era per l'AUSL 7 al 2010 è leggermente superiore alla media regionale. Se consideriamo separatamente la popolazione maschile e femminile vediamo come i maschi presentino un valore inferiore alla media regionale mentre le femmine un valore superiore (Fig. 6.12). Le differenti Zone presentano valori sostanzialmente simili. E' importante notare la differenza tra il tasso di ospedalizzazione femminile (sicuramente influenzata da ricoveri di carattere ginecologico) ed il tasso di ospedalizzazione maschile nelle diverse Zone; in tutta l'AUSL 7 e specialmente in Amiata-Val d'Orcia si nota una forbice più ampia rispetto ai valori medi regionali. Il trend temporale dal 2000 al 2010 non presenta notevoli divergenze tra le Zone, ci mostra un primo periodo tendenzialmente stazionario fino al 2005, seguito da un deciso aumento fino al 2010, pur presentando alcune Zone (fra cui la Valdichiana) un calo dal 2009 al 2010 (Fig. 6.13).

Fig. 6.12 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini non italiani residenti (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

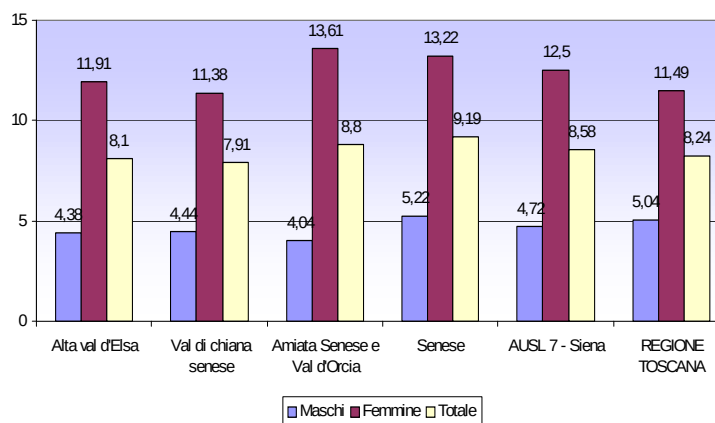
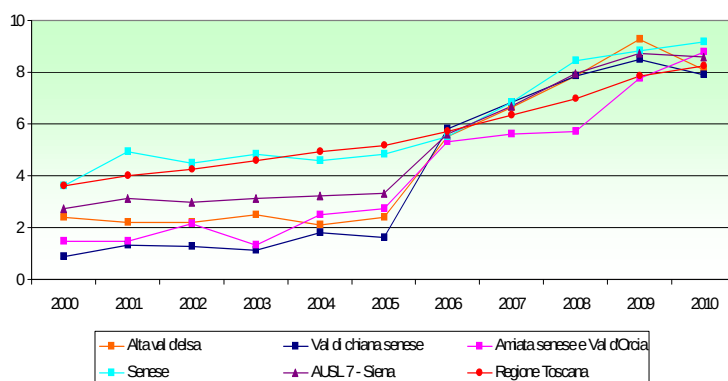


Fig. 6.13 – Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini non italiani residenti (per 1000). Trend 2000-2010 (Fonte: ARS)



La percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza in donne straniere nel triennio 2008-2010 era nell'AUSL 7 analoga al valore medio regionale. Nessuna delle Zone si discostava sensibilmente dalla media della Regione (Fig. 6.14). I trend dal triennio 2002-2004 al triennio 2008-2010 erano per tutte le Zone dell'AUSL 7 in forte aumento (Fig. 6.15).

Valutando la nazionalità delle donne straniere che avevano effettuato una interruzione volontaria di gravidanza nel triennio 2008-2010 vediamo come i dati rispecchino la struttura della popolazione immigrata nelle differenti Zone. A livello di AUSL 7 le donne immigrate che avevano effettuato una IVG nel periodo 2008-2010 erano principalmente di origine albanese e rumena. L'Alta Val d'Elsa era la Zona dell'AUSL con la più elevata percentuale di interruzioni di gravidanza in donne straniere nel triennio 2008-2010. La Valdichiana Senese (insieme all'Amiata) mostrava i valori più bassi nel confronto sincrono al 2010, con le donne rumene come categoria più rappresentata (Fig. 6.16).

Fig. 6.14 – Percentuale di IVG in donne straniere. Triennio 2008-2010 (Fonte: ARS)

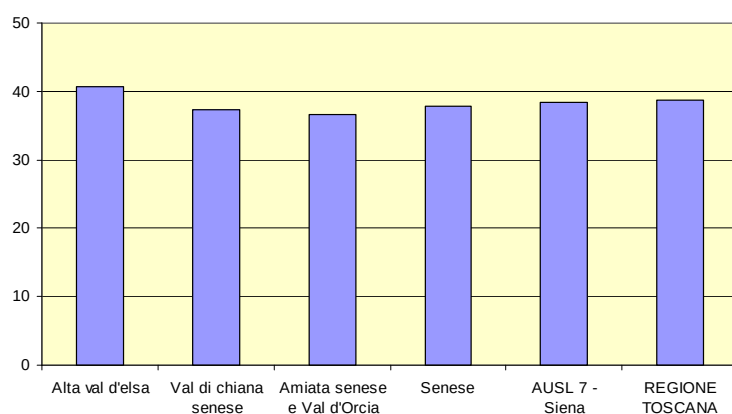


Fig. 6.15 – Percentuale di IVG in donne straniere. Trend 2002/4 – 2008/10 (Fonte: ARS)

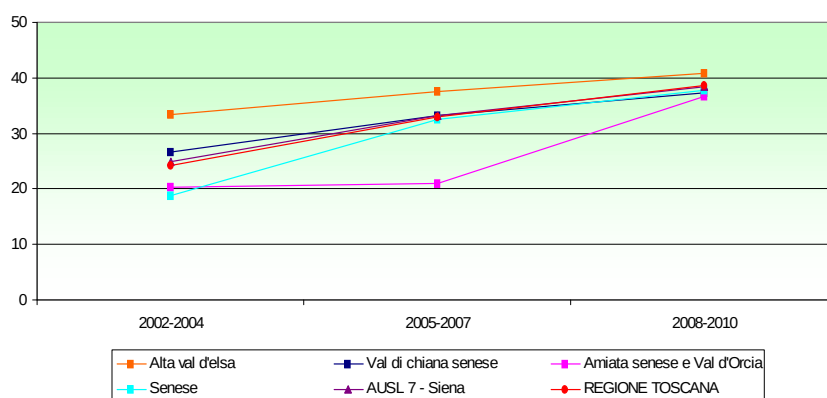
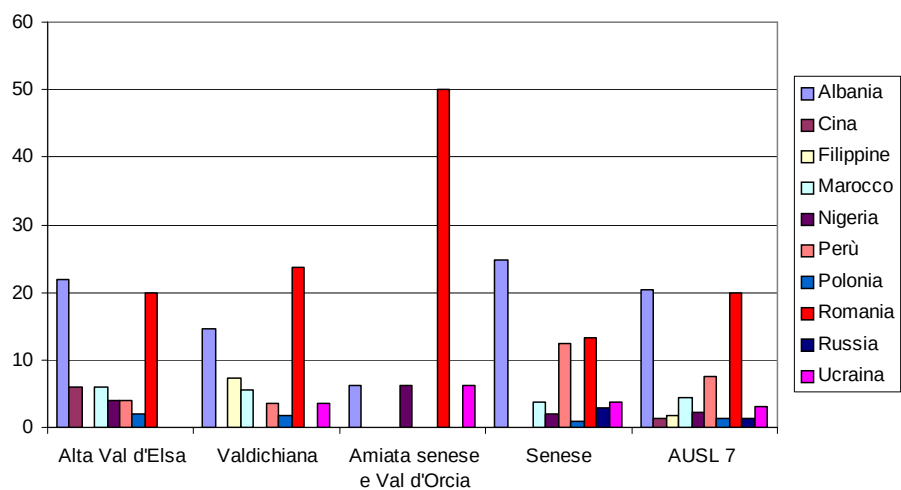


Fig. 6.16 – IVG in donne straniere: percentuale per principali nazionalità. Anno 2010 (Fonte: ARS)



7- ASSISTENZA TERRITORIALE, SANITARIA E SOCIALE

Cap.7.1: L'assistenza sanitaria

Le società della Salute, rappresentano una soluzione organizzativa inedita dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale, persegue la salute e il benessere sociale garantendo la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale e favorisce la partecipazione dei cittadini prevedendo forme di partecipazione con rappresentanze istituzionali e associative (Regione Toscana, "La salute prima di tutto").

Obiettivo dell'assistenza sanitaria territoriale, che deve essere garantita dal distretto della ASL, è la promozione della salute mediante attività di educazione alla salute, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello. I suoi settori di intervento sono pertanto: l'assistenza dalla medicina di base, il servizio di continuità assistenziale, le cure domiciliari, l'assistenza agli anziani e ai disabili. Le nuove dinamiche di evoluzione demografica ed epidemiologica della nostra popolazione ed il peculiare contesto economico, impongono nuove sfide per il sistema sanitario, che pone sempre più in evidenza il ruolo strategico della medicina generale, quale "collettore" di tutte le energie e risorse presenti sul territorio, chiamata ad evolvere sempre più verso forme di *associazionismo* e di *collaborazione*, per dar vita ad un sicuro e stabile riferimento per il paziente e per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano con un modello proposto che si fonda sulla "presa in carico" della persona (Ministero della Salute). Alcuni tipi di vantaggi ai quali si potrebbe andare incontro con questa nuova modalità organizzativa potrebbero essere sia di tipo culturale (scambi con i colleghi), che organizzativo (sostituzioni, ampio orario di visita, gestione informatica comune della scheda sanitaria) che economico (incentivi, condivisione di spese).

Nella Zona della AUSL 7 – Siena, si rilevava una situazione relativa all'associazionismo dei MMG al 2010 caratterizzata da valori sotto la media per la Valdichiana e Senese e superiori per Alta Val d'Elsa e Amiata Senese e Val d'Orcia. I trend dal 2009 al 2010 risultavano in diminuzione per Valdichiana e Senese ed in aumento per Amiata Senese e Val d'Orcia e Alta Val d'Elsa. Nello specifico la Valdichiana ha la percentuale più bassa di MMG in associazione, sia nel 2009 (pari a 52,9%) che nel 2010 (pari al 50,9 %), cioè di quasi 10 punti percentuali inferiore rispetto alla media AUSL. Inoltre il trend dal 2009 al 2010 mostra una tendenza alla diminuzione, pari al 2% , laddove la AUSL presentava un aumento pari al 7 % (Fig. 7.1).

Per ciò che riguarda l'associazionismo tra PLS, al 2010, la Zona Senese presentava una percentuale inferiore rispetto alla media AUSL 7, mentre Amiata Senese e Alta Val d'Elsa valori superiori. In quest'ultima si riscontrava un valore pari a 44,4 %, 5,3 punti percentuali superiore rispetto alla media AUSL di 39,9 % (peraltro notevolmente condizionata da un valore pari a 0 % proprio della Valdichiana). Il trend tra 2009 e 2010, sia a livello di AUSL, si dimostra assolutamente stabile, con valori invariati nei due anni considerati (Fig. 7.2).

Fig. 7.1 – Percentuale di MMG in associazione o gruppo. Anni 2009 e 2010 (Fonte: ASL)

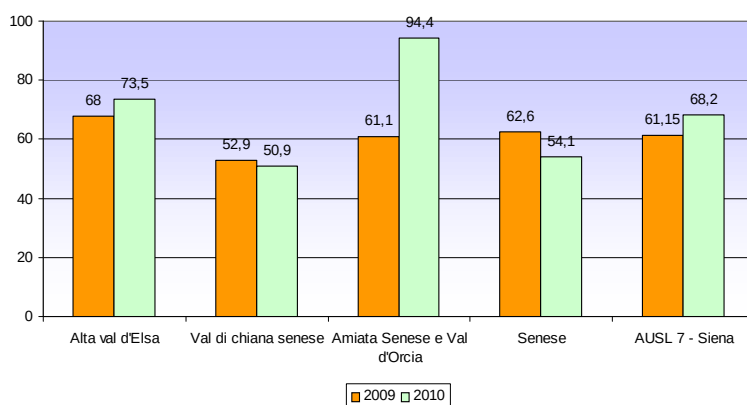
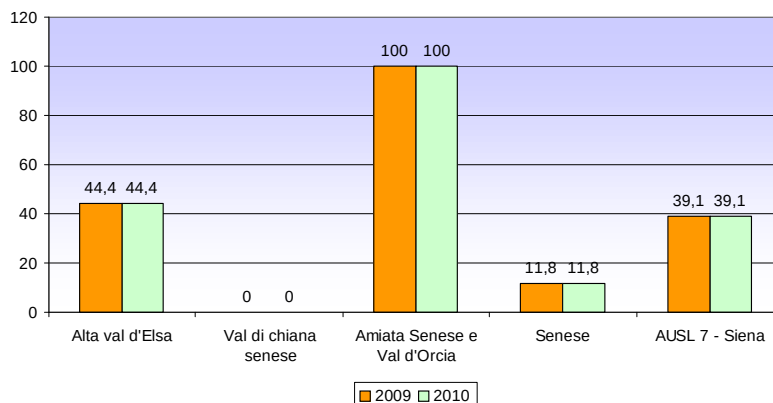
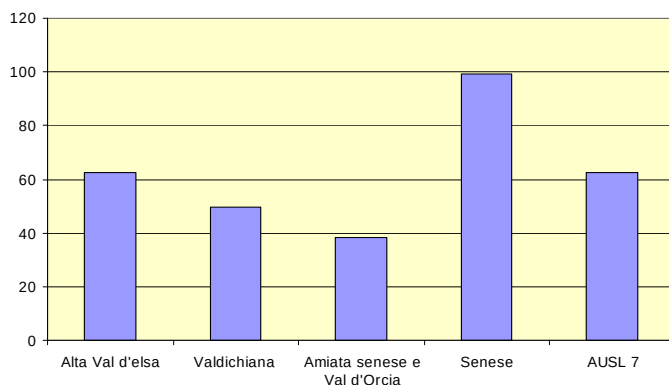


Fig. 7.2 – Percentuale di PLS in associazione o gruppo. Anni 2009 e 2010 (Fonte: ASL)



Uno strumento chiave per l'erogazione appropriata di prestazioni è sicuramente l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM): un gruppo di lavoro che si costituisce per la valutazione multidisciplinare dei bisogni sociosanitari complessi di un cittadino, rispetto ai quali è necessario rispondere con più servizi erogati da strutture organizzative diverse. Il fine è quello di garantire la pratica attuazione dell'integrazione tra i servizi distrettuali, dipartimentali sovradistrettuali, servizi ospedalieri, servizi residenziali e semiresidenziali ed i servizi sociali. Il tasso di valutazioni multidisciplinari, al 2010, risultava sensibilmente superiore alla media AUSL 7 per la Zona Senese ed inferiore per tutte le restanti Zone, con un valore minimo registrato in Amiata Val d'Orcia. Nello specifico la Zona Valdichiana mostrava, proprio dopo la zona Amiata Val d'Orcia, il tasso più basso della AUSL (Fig. 7.3)

Fig. 7.3 – Tasso di valutazioni multidisciplinari (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)



Il tasso di progetti di assistenza personalizzati (PAP) domiciliari diretti all'interno della AUSL 7, al 2010, si mostrava sensibilmente più elevato nella Valdichiana, seguita dalle Zone Alta Val d'Elsa, Amiata-Val d'Orcia ed infine Senese (Fig. 7.4).. Il tasso di PAP domiciliari indiretti, al 2010, risultava sensibilmente più elevato per la Zona Senese, seguita dalla Zona Alta Val d'Elsa e con valori molto ridotti per Valdichiana e Amiata-Val d'Orcia (Fig. 7.5)

Fig. 7.4 – Tasso di PAP domiciliari diretti (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

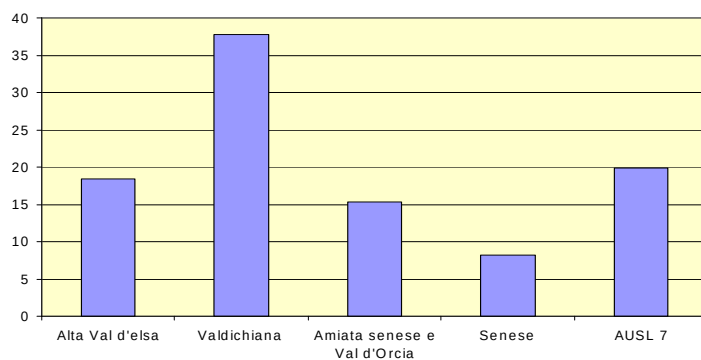
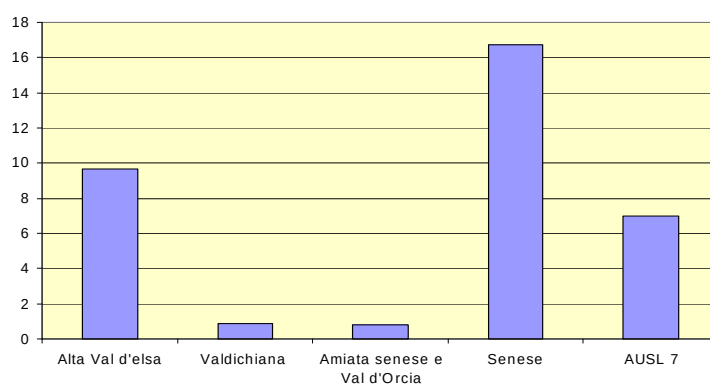
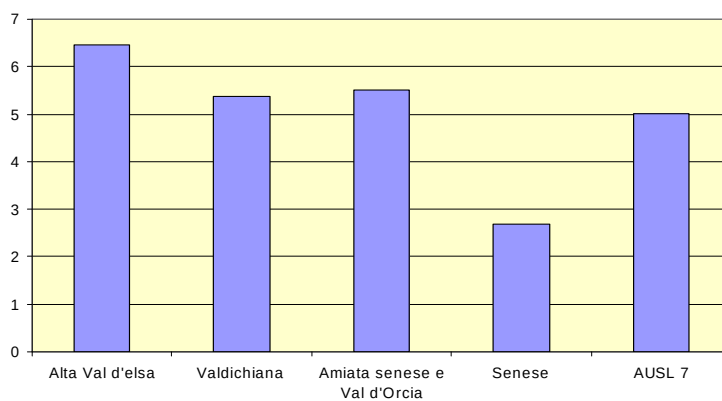


Fig. 7.5 – Tasso di PAP domiciliari indiretti (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)



Il tasso di PAP residenziali permanenti, al 2010, risultava essere superiore a tutte le altre Zone nelal Alta Val d'Elsa, seguita da Amiata-Val d'Orcia, Valdichiana e Senese, la quale, in particolare, riportava un valore sensibilmente più basso rispetto alla media (Fig. 7.6).

Fig. 7.6 – Tasso di PAP residenziali permanenti (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)



La domanda di assistenza in relazione all'età degli assistiti risulta essere un fattore determinante nell'aumento dei consumi e dei costi dell'offerta terapeutica accanto all'incremento della richiesta di salute e della richiesta di accesso a terapie innovative e costose da parte dei cittadini. Dal 2009, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha adottato importanti interventi di governo della spesa e di regolazione del settore farmaceutico e ha assunto iniziative di indirizzo nell'utilizzazione dei farmaci, volte a garantire la più attenta appropriatezza prescrittiva, che hanno consentito di tenere sotto controllo la spesa farmaceutica territoriale. Il coinvolgimento dei MMG è stato individuato quale elemento essenziale al fine di chiarire e divulgare il significato di farmaco equivalente, quale farmaco di qualità, sicuro ed efficace, liberando definitivamente il campo dall'equazione "minor costo, minor qualità (Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2009-2010). Premessa quindi l'importanza del contenimento della spesa farmaceutica, si rileva, al 2011, nella AUSL 7 ed in tutte le sue Zone una spesa pro-capite inferiore alla media regionale, con valori abbastanza uniformi compresi tra un massimo della Amiata Senese e Val d'Orcia e un minimo della Alta Val d'Elsa. I trend dal 2009 al 2011, rivelano un andamento complessivamente decrescente per la AUSL 7, la Alta Val d'Elsa, la Valdichiana e la Amiata Senese e Val d'Orcia, la quale mostra una notevole diminuzione dal 2009 al 2010. La Zona Senese mostrava valori in crescita dal 2009 al 2010 seguiti da una diminuzione nell'ultimo anno considerato. Nello specifico la Zona Valdichiana mostrava, al 2011, un valore di spesa pro-capite pari a circa 170 €, ovvero circa 10 € inferiore rispetto alla media regionale (Fig. 7.7). Il trend mostrava un andamento in lieve discesa nell'ultimo biennio 2010-2011 (Fig. 7.8).

Fig. 7.7 – Spesa farmaceutica pro-capite. Anno 2011 (Fonte: MeS)

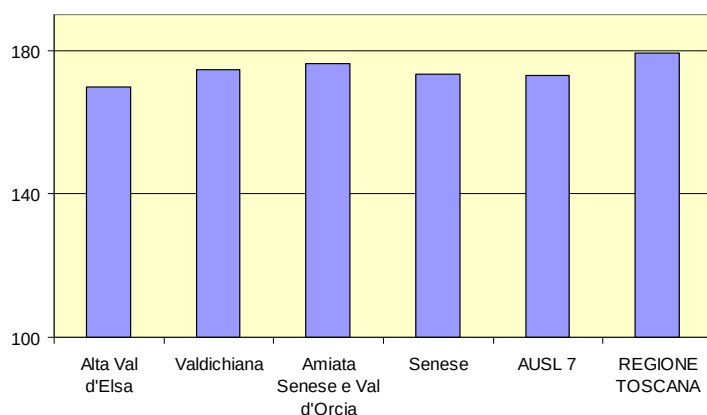
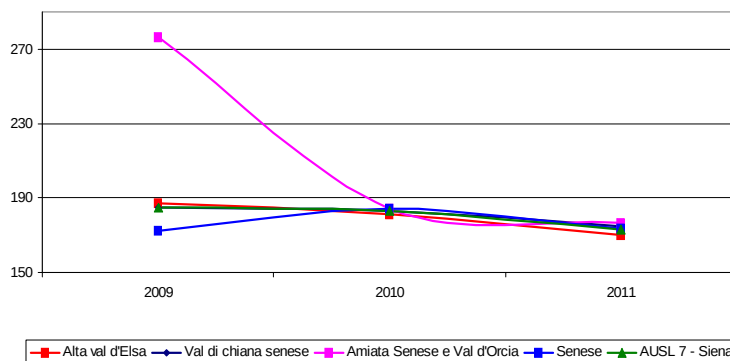


Fig. 7.8 – Spesa farmaceutica pro-capite. Trend 2009-2011 (Fonte: MeS)



Nell'ottica del potenziamento dei servizi sul territorio, del ruolo dei MMG e PLS e dell'accento posto sull'*appropriatezza* del ricorso alle visite specialistiche, risulta auspicabile un contenimento dei tassi relativi. I tassi di visite specialistiche standardizzati per età, relativi alla AUSL 7, risultavano superiori ai valori medi regionali nel 2010 sia per i maschi che per le femmine. All'interno della AUSL 7, Alta Val d'Elsa e Amiata Senese e Val d'Orcia avevano valori superiori alla media AUSL, mentre Valdichiana e Senese valori inferiori (Fig. 7.9). I trend dal 2001 al 2010 per la AUSL 7, sono in aumento così come per la Regione Toscana. La Valdichiana mostra tassi di visite specialistiche per le femmine superiori a quelle per i maschi, in linea con ciò che accade in tutte le Zone della AUSL 7. Per ciò che riguarda il confronto per sesso con la media regionale, si rilevano tassi superiori sia per i maschi che per le femmine. Per ciò che concerne il trend temporale, si nota, dal 2004 al 2010, un lieve ma costante aumento dei tassi soprattutto a partire dal 2007, in un quadro di un trend in crescita -sebbene probabilmente più contenuta- anche del valore medio regionale (Fig. 7.10).

Fig. 7.9 – Tasso di visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) standardizzato per età (per 1000. Anno 2010 (Fonte: ARS)

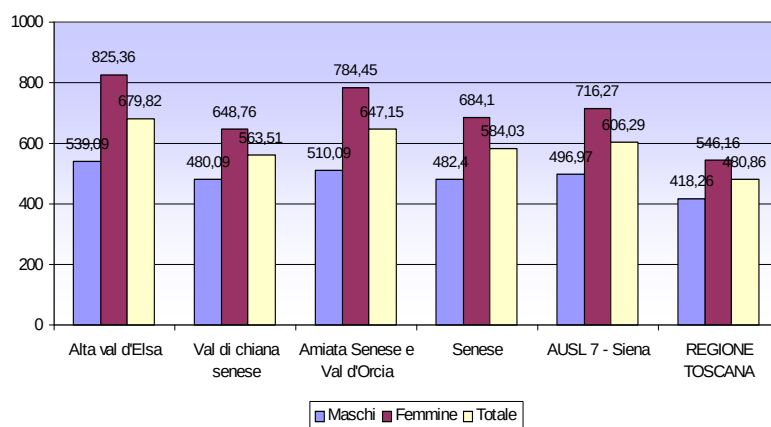
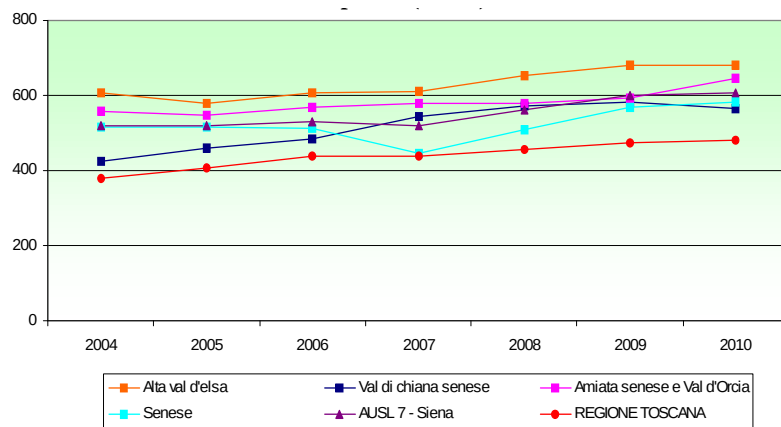


Fig. 7.10 – Tasso di visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) standardizzato per età (per 1000. Trend 2004-2010 (Fonte: ARS)



Altro aspetto cruciale da esaminare è il trend in notevole crescita della diagnostica per *imaging*, l'alta percentuale di referti negativi o parafisiologici, suggestiva di scarsa appropriatezza e che ben rappresentano il fenomeno della delega *alla diagnosi strumentale della diagnosi clinica* (Ministero della Salute). Il tasso di diagnostica strumentale standardizzato per età nella AUSL 7 al 2010, presentava valori superiori alla media regionale sia per i maschi, che per le femmine (Fig. 7.11). All'interno della AUSL 7, la Valdichiana risultava l'unica Zona con un valore totale superiore alla media. Il trend, dal 2004 al 2010, per la AUSL 7 appare in costante aumento, ad eccezione di una leggera flessione tra il 2006 e il 2007. I tassi costantemente maggiori, in ogni realtà analizzata, per il sesso femminile rispetto a quello maschile, sono probabilmente secondari alla superiore esecuzione di indagini strumentali per lo studio delle condizioni ginecologiche. Il trend, dal 2004 al 2010, mostra un andamento altalenante, con un aumento tra il 2004 e il 2007, seguito da una diminuzione nel 2008 e un nuovo leggero aumento fino al 2010 (Fig. 7.12).

Fig. 7.11 – Tasso di indagini di diagnostica strumentale – complessivo per radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RNM - standardizzato per età (per 1000). Anno2010 (Fonte: ARS)

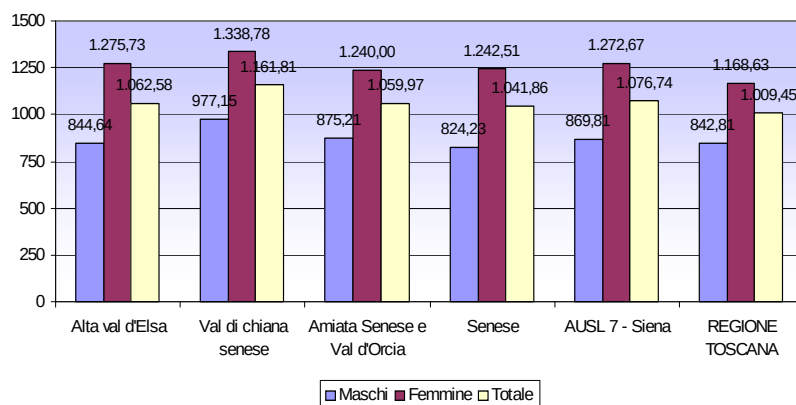
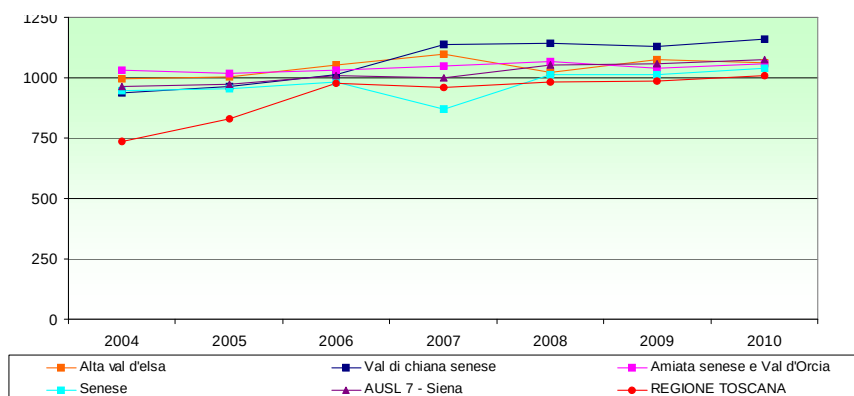


Fig. 7.12 – Tasso di indagini di diagnostica strumentale – complessivo per radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RNM - standardizzato per età (per 1000). Trend 2004-2010 (Fonte: ARS)



In Italia, ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale, di questi l'80% sono nuovi casi e la restante parte è costituita dalle recidive. Il 75% dei casi di ictus colpisce le persone con più di 65 anni e circa 10.000 eventi si manifestano in soggetti di età inferiore ai 55 anni. Il 10-20% dei soggetti colpiti da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento, mentre un altro 10% non sopravvive al primo anno. Della quota rimanente, un terzo dei pazienti sopravvive con un grado di disabilità elevato (non autonomia con necessità di ricovero in struttura protetta), un terzo presenta un grado di disabilità lieve o moderato (parziale autonomia con possibilità di assistenza domiciliare) e un terzo riacquista la totale autonomia (CCM - Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012). Secondo le Linee Guida Italiane per la prevenzione e il trattamento dell'ictus cerebrale (SPREAD, 2010), nei pazienti con ictus è indicato integrare, fin dalla fase acuta, l'attività di prevenzione della

disabilità (mobilitazione ed interventi riabilitativi precoci) con il programma diagnostico ed il trattamento di emergenza, potendo così ottimizzare il potenziale recupero del paziente riducendo il suo grado di dipendenza e favorendo le condizioni di una vita con il maggior grado di autonomia possibile. La Zona Valdichiana presentava, al 2010, una percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 giorni pari al 30,24 % per i maschi e 37,15 % per le femmine. I corrispondenti valori per la Regione Toscana erano rispettivamente pari a 22,1 % e 23,2 %, indicando una migliore performance da parte della Zona Valdichiana, con un vantaggio percentuale di circa l'8 % per il sesso maschile e circa il 14 % per quello femminile (Fig. 7.13). Il trend della percentuale di casi totali di ictus con riabilitazione entro 30 giorni, dal 2003 al 2010, è stato altalenante nella prima fase, per poi assestarsi su una decisa e costante crescita dal 2008 al 2010 (Fig. 7.14).

Fig. 7.13 – Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Anno 2010 (Fonte: ARS)

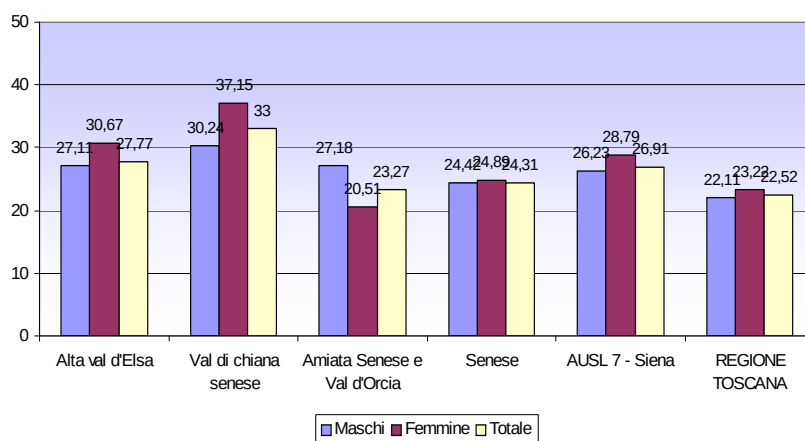
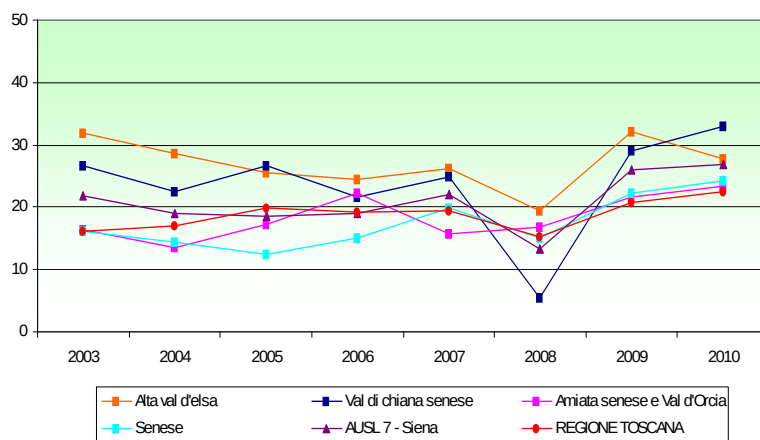


Fig. 7.14 – Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Trend 2003-2010 (Fonte: ARS)



Molte delle fratture da fragilità, tra cui gran parte delle fratture del femore nell'anziano, avvengono in soggetti a rischio moderato, che costituiscono un'ampia porzione della popolazione generale. Risulta quindi necessario promuovere stili di vita più corretti in larghi strati di popolazione ed in diverse età della vita. Secondo alcuni studi, dopo una frattura di femore da fragilità l'80% dei pazienti non entra in un percorso appropriato di diagnosi e cura per prevenire nuove fratture. Inoltre, dei pazienti che iniziano una terapia, solo il 50% la continua ancora dopo un anno (Quaderni della Salute, Dalle criticità alle prospettive di un migliore standard di cura per la riduzione delle fratture da fragilità). Una riabilitazione precoce riduce il grado di dipendenza e favorisce le condizioni di una vita con il maggior grado di autonomia possibile. La percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 giorni dalla dimissione per la popolazione superiore a 64 anni nella AUSL 7, al 2010, era pari al 37,4 % per i maschi e al 55,4 % per le femmine; tali valori risultavano lievemente inferiori alla media regionale per i maschi e sostanzialmente superiori per le femmine. Per quanto riguarda il sesso maschile, l'Alta Val d'Elsa, l'Amiata Senese e la Val d'Orcia, presentavano valori inferiori alla media AUSL 7; per le femmine, solo la Zona Senese presentava un valore inferiore alla media AUSL 7. Il trend per la AUSL 7, dal 2003 al 2010, appare altalenante e complessivamente in leggero aumento, mostrando però una flessione dal 2009 al 2010. In Zona Valdichiana la percentuale dei casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 giorni dalla dimissione, in pazienti con età superiore a 65 anni, risultava, al 2010, pari a 56,91 per gli uomini e al 71,68 per le donne; i corrispettivi valori medi regionali risultavano pari a, rispettivamente, 39,5 % e 41,9 %, rivelando una performance della Zona Valdichiana superiore a quella regionale per entrambi i sessi (Fig. 7.15). Il trend dal 2003 al 2010, rivelava però un andamento in lieve ma costante diminuzione a partire dal 2008, che non impediva comunque alla Valdichiana di registrar, anche nell'ultimo anno, la migliore performance USL (Fig. 7.16).

Fig. 7.15 – Percentuale di casi di frattura di femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Anno 2010 (Fonte: ARS)

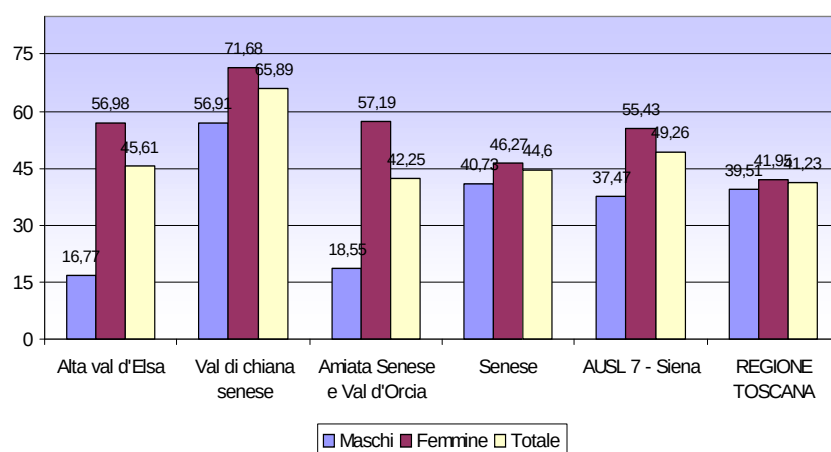
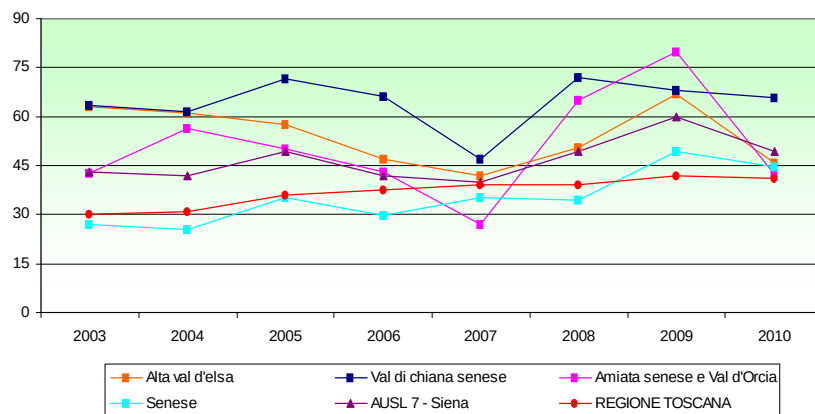


Fig. 7.16 – Percentuale di casi di frattura di femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Trend 2003 - 2010 (Fonte: ARS)



Per ciò che riguarda la percentuale di casi di ictus riabilitati entro 30 giorni dalla dimissione con riabilitazione erogata in regime ospedaliero, la AUSL 7 presentava, al 2010, valori inferiori alla media regionale sia negli uomini che nelle donne. Rispetto alla AUSL, la Zona Senese, la Valdichiana e l'Alta Val d'Elsa presentavano valori inferiori per gli uomini, mentre la Amiata Senese e Val d'Orcia si caratterizzava per una percentuale nettamente superiore alla media. Per le donne, erano invece l'Amiata Senese e la Valdichiana a mostrare valori inferiori alla media AUSL. Il trend dal 2003 al 2010 nella AUSL 7 si mostra in aumento, benché con andamento altalenante e in diminuzione dal 2008 al 2010. Per ciò che riguarda la percentuale di casi di ictus riabilitati entro 30 giorni dalla dimissione con riabilitazione erogata in regime ospedaliero per la popolazione superiore a 64 anni nella Zona Valdichiana, al 2010, essa risultava pari al 20 % per i maschi e al 8,52 % per le femmine, con un gap tra i generi pari al 11,48 %; i corrispettivi valori medi regionali risultavano essere pari a, rispettivamente, 46,5 % e 47,8 %, con un gap fra i generi pari al solo 1,3 % (Fig. 7.17). Il trend dal 2003 al 2010, mostra un andamento altalenante, ma con valori che mostrano una decisa flessione negli ultimi tre anni di registrazione (Fig. 7.18).

Fig. 7.17 – Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Anno 2010 (Fonte: ARS)

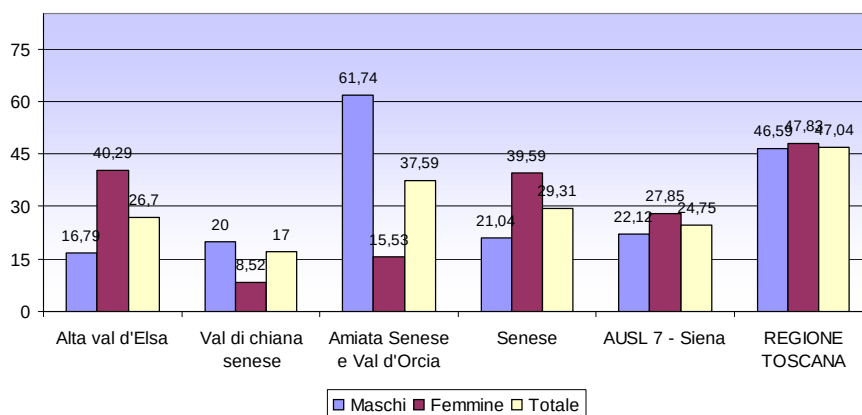
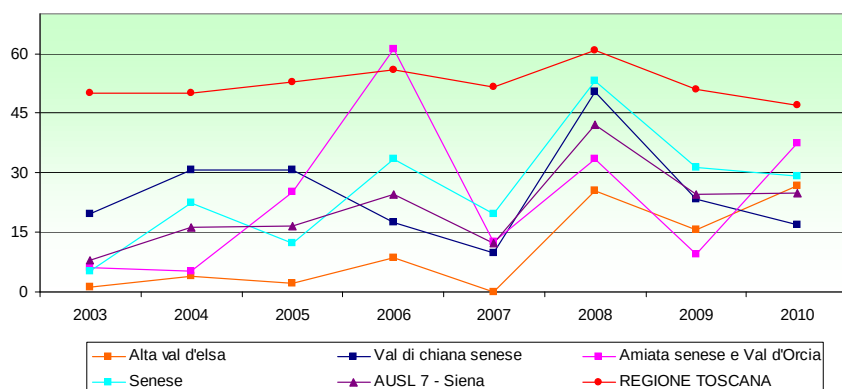


Fig. 7.18 – Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (>64aani). Anno 2010 (Fonte: ARS)



Per ciò che concerne le vaccinazioni, gli obiettivi di copertura, segnalati nel Piano Nazionale Vaccini, per tutti i gruppi target, sono i seguenti: il 75% come obiettivo minimo perseguibile; il 95% come obiettivo ottimale.

Il vaccino MPR è un unico vaccino valido contro morbillo, parotite e rosolia. E' sicuro ed efficace, presenta rischi minimi rispetto ai danni che provocano le malattie (Ministero della Salute). Il tasso di copertura vaccinale MPR nella AUSL 7 al 2010, appariva lievemente superiore a quello regionale. Le Zone presentavano livelli relativamente disomogenei, Valdichiana e Amiata-Val d'Orcia aventi valori sopra la media AUSL, Alta Val d'Elsa con un valore sostanzialmente ad essa

analogo e Senese con risultati minori sia alla media AUSL che a quella regionale. La Valdichiana, più specificamente, mostrava un tasso di copertura pari a circa il 94 %, approssimativamente maggiore di 2 punti percentuali rispetto a quello regionale. I trend nei tassi di copertura, dal 2008 al 2009, risultavano in aumento in Amiata-Val d'Orcia e Valdichiana, ma in diminuzione nella Zona Senese e nell'Alta Val d'Elsa (Fig. 7.19).

Per ciò che riguarda la prevenzione primaria dell'influenza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della relativa vaccinazione la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia (Ministero della Salute). Il tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per la popolazione superiore a 65 anni al 2010 per la AUSL 7, si presentava inferiore rispetto alla media regionale; ciò sembra essere dovuto soprattutto ad una bassa copertura della Zona Amiata Senese-Val d'Orcia. Il tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per la popolazione superiore a 65 anni in Valdichiana, al 2010, era abbastanza in linea con il valore medio regionale, anche se ancora inferiore al 70 %. Il trend nei tassi di copertura, dal 2008 al 2010, risulta solo lievemente in diminuzione in tutta la Regione; in AUSL 7 tale decremento risulta più evidente, in particolare per la sensibile diminuzione dal 2009 al 2010 verificatasi in Amiata-Val d'Orcia. Una debole diminuzione è rilevabile anche nella Zona Senese e Valdichiana, mentre l'Alta Val d'Elsa risulta l'unica a mostrare una crescita costante del trend nel periodo considerato. (Fig. 7.20).

Fig. 7.19 – Tasso di copertura vaccinale MPR (per 100) a 24 mesi. Anni 2008-2010 (Fonte: MeS)

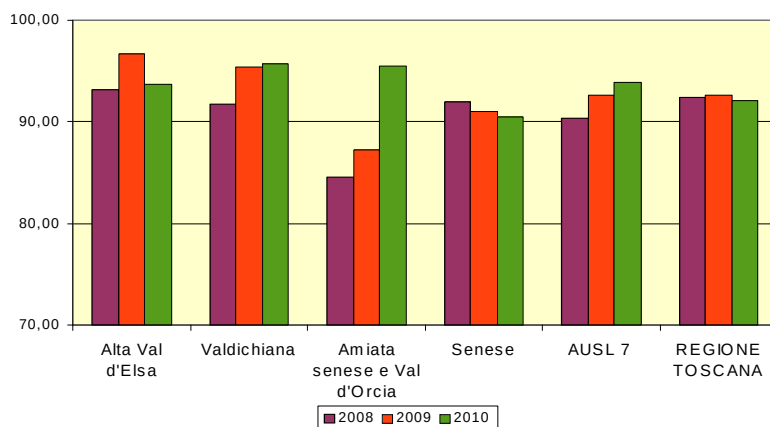
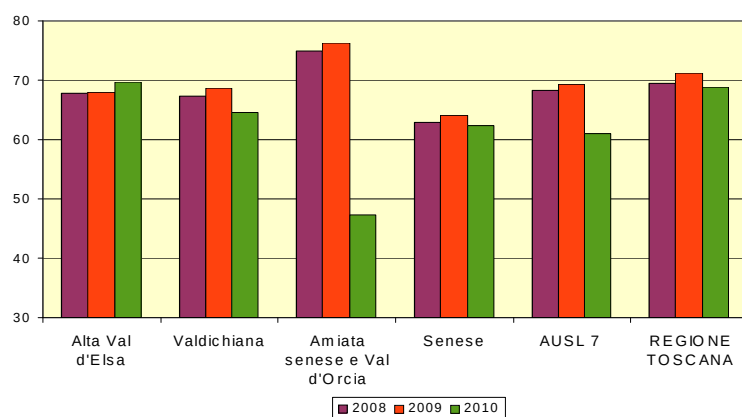
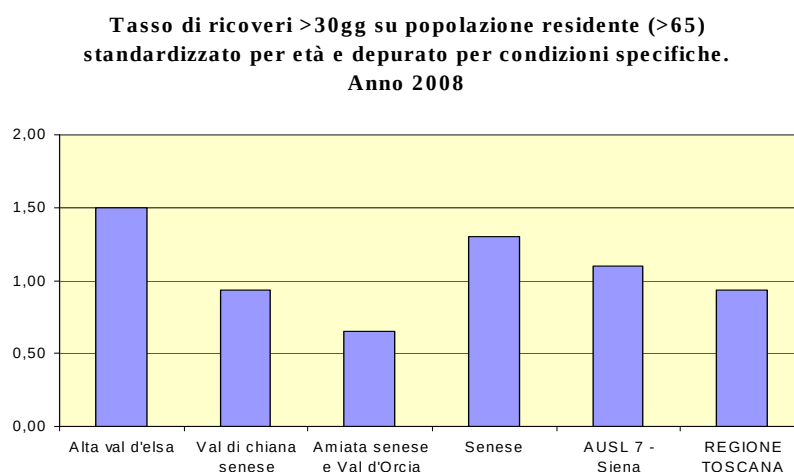


Fig. 7.20 – Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale >65 anni (per 100) . Anni 2008-2010 (Fonte: MeS)



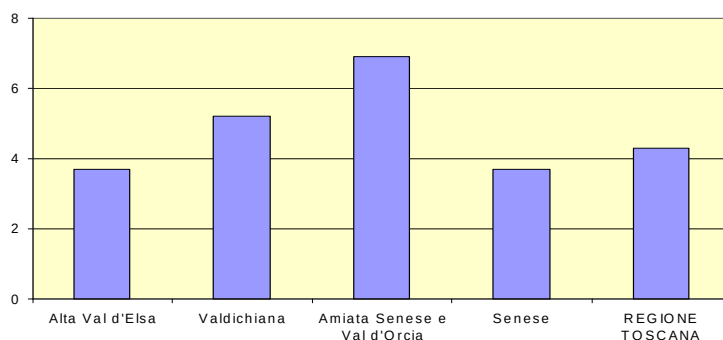
Sul fronte dei ricoveri ospedalieri, è importante analizzare in questo capitolo il tasso di ricoveri superiori a 30 giorni, che potrebbe indicare la presenza di una inappropriata gestione dei pazienti, causa appunto di una degenza anormalmente prolungata. Il tasso di ricoveri superiori a 30 giorni per la popolazione residente superiore a 65 anni standardizzato per età e depurato per condizioni specifiche, al 2008, nella AUSL 7, si presentava superiore alla media regionale; le zone con i tassi più alti erano l'Alta Val d'Elsa e la Senese, quelle con i più bassi Valdichiana e Amiata Senese Val d'Orcia (Fig. 7.21).

Fig. 7.21 - Tasso di ricoveri >30 giorni su popolazione residente (>65 anni) standardizzato per età e depurato per condizioni specifiche. Anno 2008 (Fonte: MeS)



Infine un accenno al consumo giornaliero di farmaci oppioidi per il dolore, al 2010, che risultava essere lievemente inferiore alla media regionale nella Zona Senese e Alta Val d'Elsa, e superiore per Valdichiana e, soprattutto, Amiata –Val d'Orcia (Fig. 7.22).

Fig. 7.22 – Consumo giornaliero di farmaci oppioidi (DDD 1000 abitanti/die). Anno 2010



Cap. 7.2: L'assistenza sociale e socio-sanitaria

Il potenziamento dell'assistenza primaria con le nuove reti di medici di famiglia, fa da piattaforma per un'operazione ancora più ambiziosa sull'integrazione socio-sanitaria. Perché una salute del territorio organizzativamente più robusta, permette di integrarsi in maniera più efficace con le reti territoriali dei servizi sociali (Ministero della Salute).

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) viene considerata un servizio di salute positivo, potendo comportare maggiore benessere per il paziente e minori costi di assistenza, ed è pertanto auspicabile un suo potenziamento. La Zona Valdichiana presentava, al 2010, un tasso inferiore alla media della AUSL 7; le altre Zone presentavano tassi molto simili, sebbene l'Alta Val d'Elsa mostrasse il tasso di nuovi utenti ADI, al 2010, superiore (Fig. 7.23). Il trend dal 2008 al 2010 rivela un andamento decrescente per la AUSL 7 e per tutte le altre Zone ad eccezione della Alta Val d'Elsa che, dopo una lieve flessione dal 2008 al 2009, mostra un incremento più deciso nell'ultimo anno dell'intervallo (Fig. 7.24).

Fig. 7.23 – Tasso nuovi utenti ADI (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ASL)

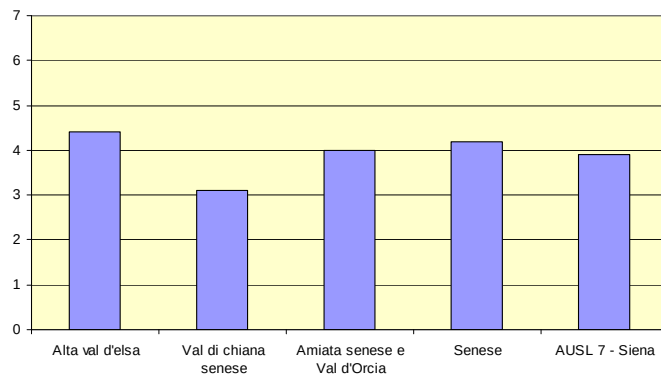
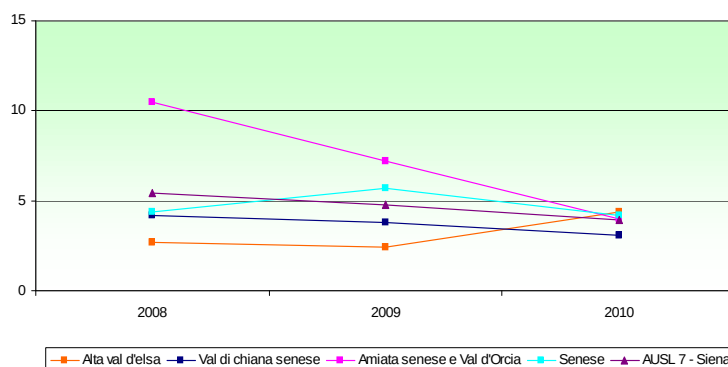


Fig. 7.24 – Tasso nuovi utenti ADI (per 1000). Trend 2008 - 2010 (Fonte: ASL)



Il massimo tasso di utenti ADI, nell'anno 2010, per le Zone della AUSL 7 era riferibile alla Zona Amiata Val d'Orcia; i valori minori alla Alta Val d'Elsa e proprio alla Valdichiana. Per quest'ultima, al 2010, si rilevava il valore più di circa l'1 per 1000 (Fig. 7.25).

Un aspetto da tenere in considerazione è che, in alcuni casi, il valore si basso si può spiegare anche a seguito dell'attuazione di specifiche strategie mirate al potenziamento del "training" alle famiglie, finalizzato ad educarle all'assistenza in autonomia del paziente, creando così i presupposti per un elevato "turn-over" dei soggetti che possono usufruire dei servizi ADI, esaminato attraverso il tasso di *nuovi* utenti ADI. Il trend dal 2008 al 2010, appariva in lieve diminuzione per la AUSL 7 e per la Zona AmiataVal d'Orcia, mentre si mostrava fondamentalmente stabile sui medesimi valori per tutte le altre Zone (Fig. 7.26).

Fig. 7.25 – Tasso di utenti ADI (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ASL)

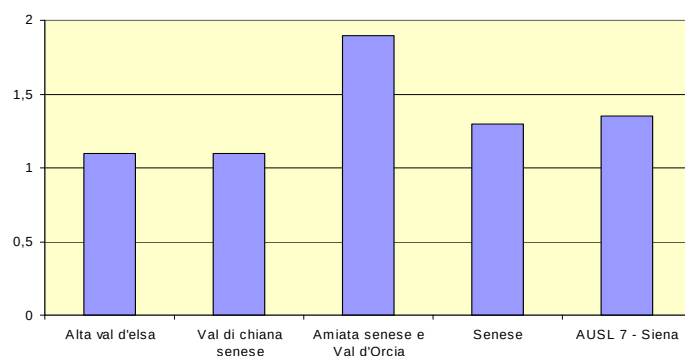
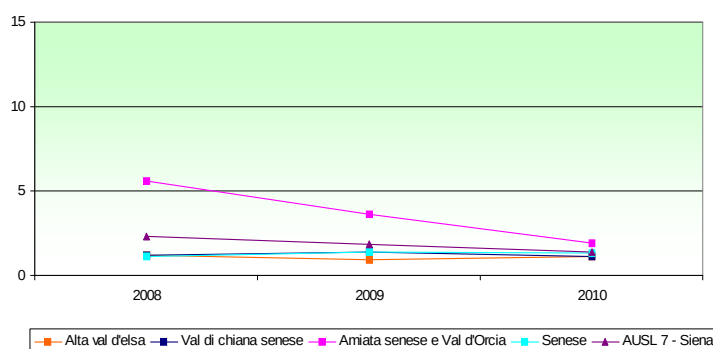


Fig. 7.26 – Tasso di utenti ADI (per 1000). Trend 2008 - 2010 (Fonte: ASL)



Un'altra tipologia assistenziale erogata a domicilio è l'assistenza domiciliare programmata, che viene svolta assicurando la presenza effettiva periodica del medico. E' rivolta a coloro che sono stabilmente nell'impossibilità di raggiungere lo studio del medico per patologie per le quali questo tipo di assistenza si presenta alternativa al ricovero. Il tasso di nuovi utenti in ADP all'interno della AUSL 7, al 2010, si presentava abbastanza eterogeneo, con il massimo valore relativo alla Zona Senese, il minimo alla Alta Val d'Elsa e con valori sostanzialmente intermedi ed analoghi per Valdichiana e Amiata senese Val d'Orcia (Fig. 7.27). Il trend, dal 2008 al 2010, per la AUSL 7, risulta in crescita; mentre per la Zona Valdichiana, dopo una lieve flessione nel biennio 2008-2009, si registra una risalita nel biennio 2009-2010 (Fig. 7.28).

Fig. 7.27 – Tasso di nuovi utenti ADP (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ASL)

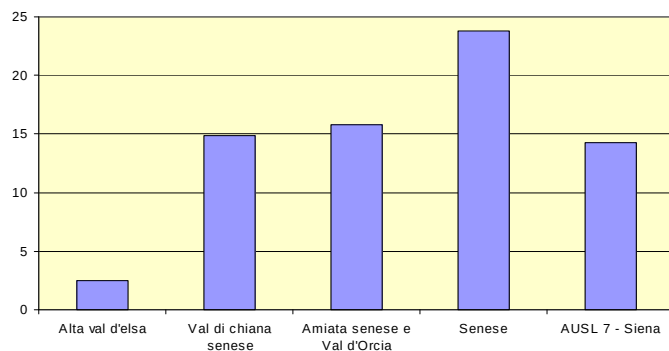
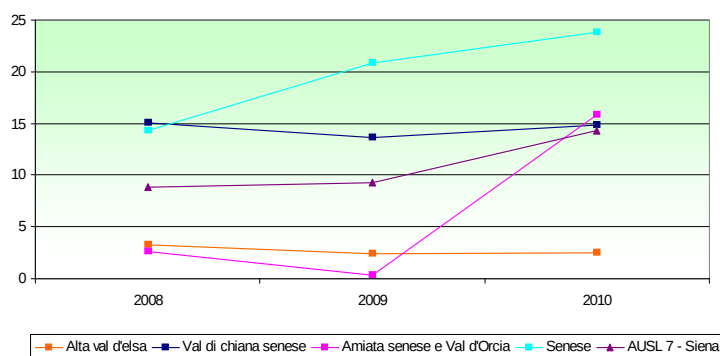


Fig. 7.28 – Tasso di nuovi utenti ADP (per 1000). Trend 2008 - 2010 (Fonte: ASL)



Complessivamente il tasso di utenti ADP all'interno delle Zone della AUSL 7, al 2010, rivelava il massimo valore prodotto dalla Zona Senese e valori gradualmente decrescenti per Amiata Senese Val d'Orcia, Valdichiana e Alta val d'Elsa. Il tasso di utenti ADP in Valdichiana, al 2010, risultava quindi molto inferiore alla media AUSL 7 (attestandosi a valori di circa la metà) (Fig. 7.29). Il trend relativo, dal 2008 al 2010, appare in costante crescita per la AUSL 7, mentre per la Valdichiana si registrava una leggera flessione nel triennio considerato (Fig. 7.30).

Fig. 7.29 – Tasso di utenti ADP (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ASL)

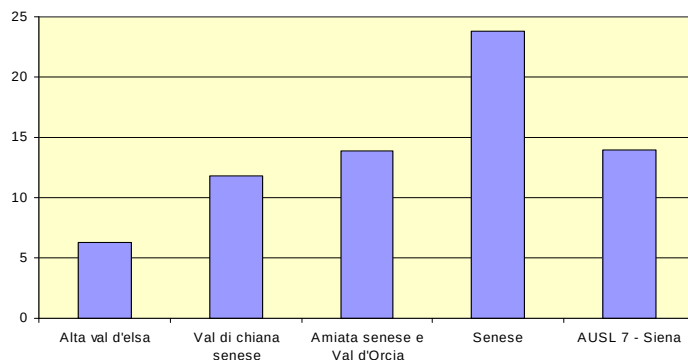
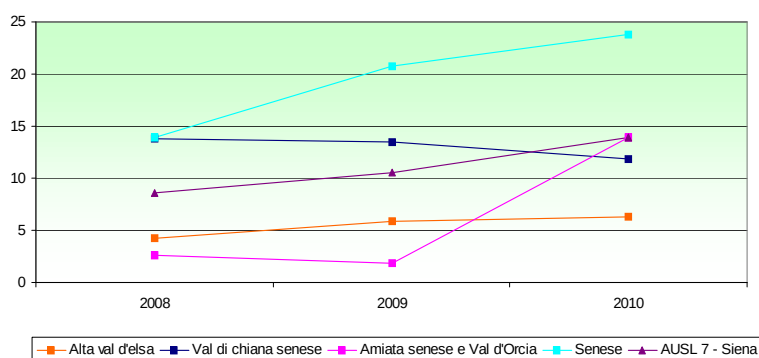


Fig. 7.30 – Tasso di utenti ADP (per 1000). Trend 2008 - 2010 (Fonte: ASL)



Un aspetto assistenziale importante è legato al segretariato sociale, ovvero una funzione del Servizio Sociale che costituisce la sede di “primo ascolto” e di accoglienza della domanda del cittadino, finalizzata a fornirgli informazioni e supporto. Il tasso di utenti del segretariato sociale in Valdichiana, al 2009, risultava essere il più basso della ASL e nettamente inferiore alla media regionale (Fig. 7.31).

Oltre a questo anche i punti di accesso svolgono questa funzione. L'indice di copertura zonale dei punti d'accesso in Valdichiana, nell'anno 2009, risultava essere all'incirca in linea con la media ASL e nettamente superiore al valore regionale del 2008 (Fig. 7.32)

Fig. 7.31 – Tasso di utenti del segretariato sociale (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

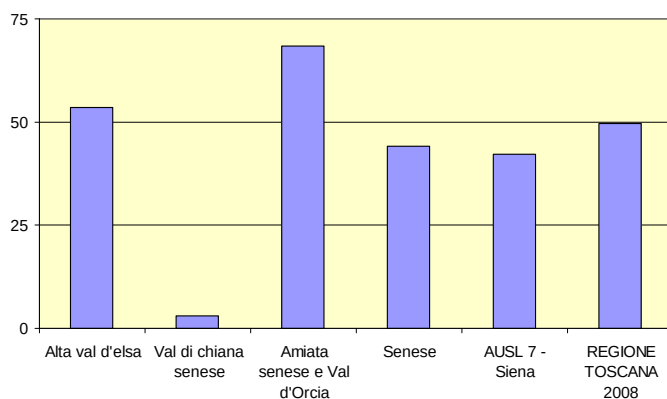
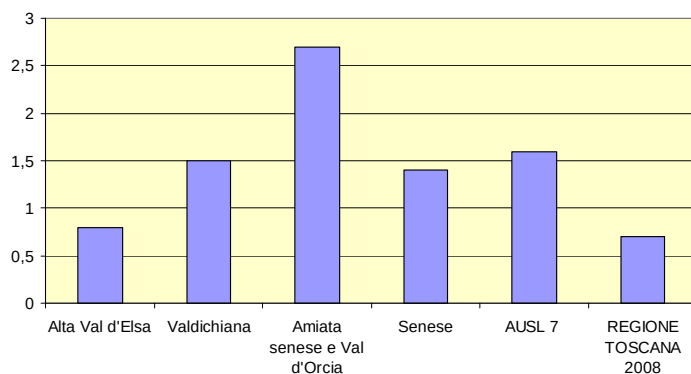
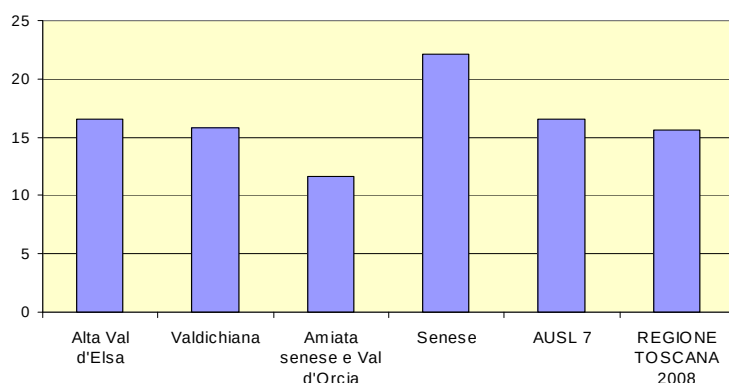


Fig. 7.32 – Indice di copertura zonale dei punti di accesso (per 10.000) Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



Il tasso di utenza nei punti di accesso al 2009, per la AUSL 7 Siena, risultava lievemente superiore alla media regionale del 2008. All'interno della AUSL 7, la Zona Senese appare quella con il valore maggiore e la Amiata Senese e Val d'Orcia quella con il valore minore. Il tasso di utenza nei punti di accesso al 2009 della Valdichiana, risultava in linea sia con il valore medio ASL che Regionale (Fig. 7.33).

Fig. 7.33 – Tasso di utenti dei punti di accesso (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



Il Servizio di Pronto Intervento Sociale risponde alla esigenza di soddisfare, temporaneamente, i bisogni primari del singolo e della famiglia (art. 85 Reg. Reg. n. 4/2007), quando si manifestino in circostanze emergenziali, e richiedano, per la gravità della situazione, o la specificità del contesto, interventi immediati e improcrastinabili. E' preposto al trattamento delle emergenze/urgenze sociali ed è in grado di assicurare interventi e prestazioni in tempi rapidi ed in maniera flessibile, in rete con gli attori sociali, pubblici e privati, del territorio dell'Ambito. Il tasso di utenza dei servizi di pronto intervento sociale, al 2009, nella AUSL 7, risultava essere superiore al dato medio regionale del 2008 (Fig. 7.34). Per ciò che riguarda le Zone, spicca l'elevato valore della Amiata e Val d'Orcia, che si contrappone ai bassi valori di Alta Val d'Elsa e Senese ed al valore nullo relativo alla Valdichiana. In Valdichiana infatti non era disponibile né il dato 2009 relativo al tasso di utenza né quello relativo all'indice di copertura zonale (Fig. 7.35). La lettura di tali dati richiede quindi prudenza, sia per i valori numerici molto piccoli, sia in quanto le modalità di rilevazione possono variare da zona a zona.

Fig. 7.34 – Tasso di utenti dei servizi di pronto intervento (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

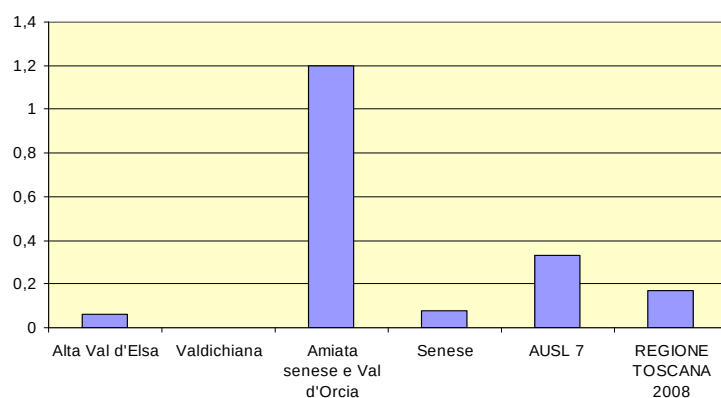
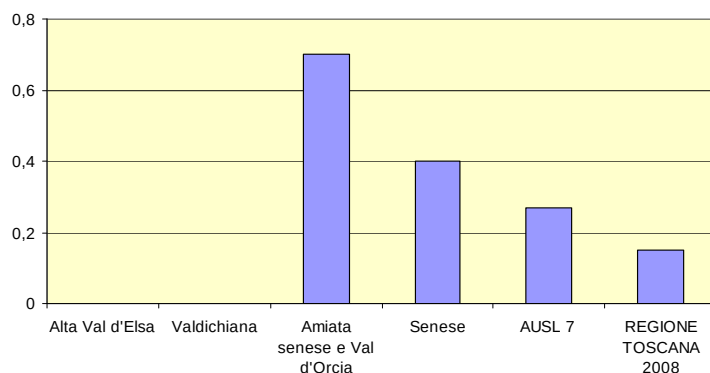


Fig. 7.35 – Indice di copertura zonale dei servizi di pronto intervento (per 10.000). Anno 2009
(Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



Infine analizziamo la spesa pro-capite che tali servizi hanno determinato per i cittadini, anche questa però notevolmente influenzata dalle difficoltà di registrazione prima discusse. Per i punti d'accesso, al 2009, della AUSL 7, risultava superiore al dato medio regionale. I valori delle relative Zone si presentavano abbastanza difforni, con un massimo appartenente alla Amiata Senese e Val d'Orcia ed il minimo riferibile alla Valdichiana. La spesa pro-capite per punti d'accesso in Valdichiana, nell'anno 2009, risultava di circa 2 €, tra le più basse della AUSL 7 e lievemente inferiore rispetto alla media regionale al 2008 (Fig. 7.36). La spesa pro-capite per i servizi di segretariato sociale in AUSL 7, al 2009, risultava leggermente superiore al valore medio regionale. Il valore della zona Senese risultava decisamente superiore agli altri, seguito dal risultato di Amiata-Val d'Orcia e, ultima, la Valdichiana (Fig. 7.37).

Fig. 7.36 – Spesa pro-capite per punti di accesso. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)

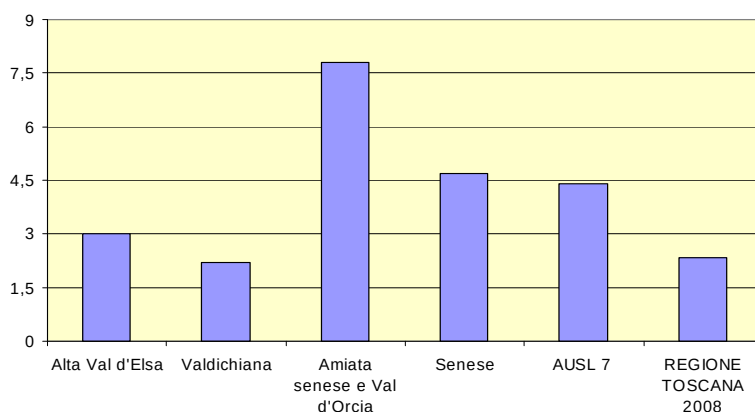
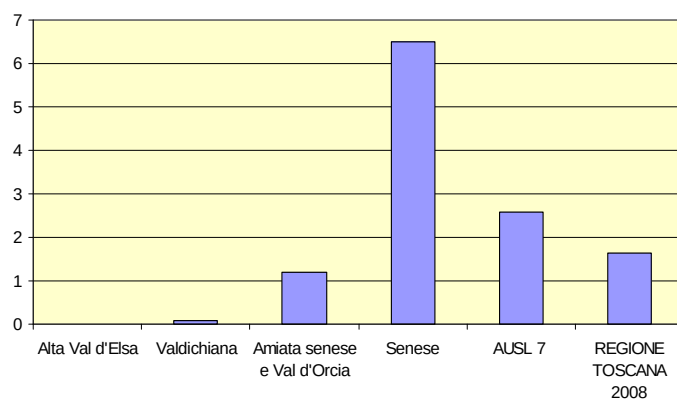


Fig. 7.36 – Spesa pro-capite per servizi di segretariato sociale. Anno 2009 (Fonte: ASL/Fondazione Zancan)



8 – SANITA' D'INIZIATIVA

Quando si parla di assistenza fornita al cittadino, si intende misurare le modalità con cui il si risponde ai fabbisogni sanitari dei propri cittadini residenti, indirizzando gli utenti verso il setting assistenziale più appropriato rispetto alla tipologia di bisogno, garantendo sempre volumi e mix di prestazioni adeguati. In particolare l'attenzione è rivolta all'utilizzo dell'ospedale, che è il livello organizzativo più elevato e quindi più dispendioso. Se una condizione può essere soddisfatta ad un livello organizzativo più basso (ambulatorio MMG) ma viene intercettata in uno stadio troppo avanzato, spesso si ricorre alla struttura inappropriata dal punto di vista dei costi ma che soddisfa comunque la necessità. Il PSR infatti dichiara che per appropriatezza in ambito socio sanitario si intende la capacità di erogare attività e prestazioni efficaci ed adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza, e di non erogare attività e prestazioni inefficaci e dannose. Per efficacia si intende la capacità, erogando un'attività o prestazione, di modificare positivamente la storia naturale della malattia e lo stato di salute obiettivo e soggettivo dell'utente che si rivolge al servizio. Per adeguatezza si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio-beneficio per il cittadino e con tempi congrui rispetto al bisogno.

In questo contesto, anche alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione che evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, si inserisce la sanità di iniziativa. Questo modello assistenziale, a differenza di quello classico della "medicina d'attesa", è in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Tale modello, mirando sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario e si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi che già li connotano per le rispettive finalità, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità stessa del sistema sanitario (Regione Toscana, 2009).

Gli elementi costitutivi di questo modello sono rappresentati da:

- la valutazione dei bisogni assistenziali della comunità attraverso l'analisi dei fattori che determinano le condizioni di salute;
- la organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche;
- il coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse;
- la programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi. Questa programmazione è alla base della cosiddetta "sanità di iniziativa": in essa gli operatori non si limitano ad attendere che le persone con malattie croniche si rivolgano alle strutture sanitarie al momento del bisogno ma operano in modo da prevenire la comparsa delle malattie e, quando esse si manifestino, in modo da gestirle al meglio e prevenirne le complicanze.
- La definizione di percorsi assistenziali per le malattie croniche indicate nel PSR (scompenso cardiaco, diabete mellito, ictus, BPCO, ipertensione arteriosa medio-grave). Nel percorso assistenziale i diversi operatori concordano il tipo di intervento e le modalità di attuazione (chi fa che cosa, come e quando). Inoltre il cittadino informato (empowerment del paziente) condivide e partecipa attivamente alla definizione del percorso assistenziale.
- il supporto, in ogni fase del percorso, dei sistemi informatici per ottimizzare la raccolta e la gestione dei dati clinici.

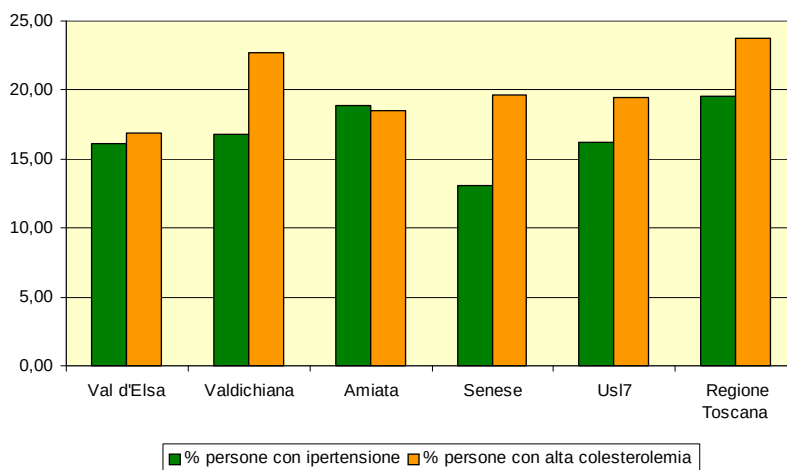
Cap. 8.1: L'epidemiologia

Le malattie cardiovascolari comprendono patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (*Disability Adjusted Life Years*). La gran parte delle malattie del sistema circolatorio sono imputabili alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus). I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, ipercolesterolemia, diabete, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta.

In particolare, per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa, essa è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale nella dieta, obesità e inattività fisica. La sua insorgenza è quindi prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione. In ogni caso, è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Il medesimo approccio vale anche per l'ipercolesterolemia, in cui spesso, anche a causa della diagnosi tardiva, è necessario ricorrere al trattamento farmacologico. Se approciata in fase precoce, invece, è possibile contrastare l'ipercolesterolemia attraverso maggior consumo di frutta e verdura, un minor consumo di carne e formaggi, controllando il peso e facendo regolare attività fisica.

Entrambi questi fattori di rischio concorrono in modo sostanziale a determinare il rischio cardiovascolare della popolazione. All'interno della ASL 7, la percentuale di persone che presenta ipertensione si attesta intorno al 16%, a cui si aggiunge una quota di circa il 19% che dichiara di soffrire di ipercolesterolemia. Questi valori sono inferiori alla media Regionale (entrambi di circa il 4%) e configurano un quadro epidemiologico sostanzialmente positivo. All'interno della ASL 7 la Zona Valdichiana mostra i valori più elevati per quanto concerne la percentuale di soggetti con ipercolesterolemia (superiore al 20%) mentre la percentuale di soggetti con ipertensione è in linea con i valori delle altre Zone (Fig. 8.1)

Fig. 8.1 – Rischio cardiovascolare. Anno 2008 (Fonte: PASSI)



Andando ad analizzare nello specifico l'incidenza delle singole patologie cardiovascolari, possiamo osservare come, per ciò che riguarda l'infarto acuto del miocardio (IMA), la ASL 7 mostri un tasso molto inferiore rispetto al valore regionale sia per i maschi (con una differenza di 60 casi per 100.000) sia per le femmine (anche se con uno scarto minimo). La Valdichiana all'interno della ASL mostrava valori fra i più elevati, risultando in linea con la media regionale (Fig. 8.2). Importante verificare il trend, infatti mentre nella ASL sembra leggermente in flessione nel confronto fra gli ultimi due trienni di registrazione, in Valdichiana si registra una lieve crescita nello stesso periodo (Fig. 8.3).

Fig. 8.2 – Tasso di incidenza di IMA standardizzato per età (per 100.000). Triennio 2006-2008 (Fonte: ARS)

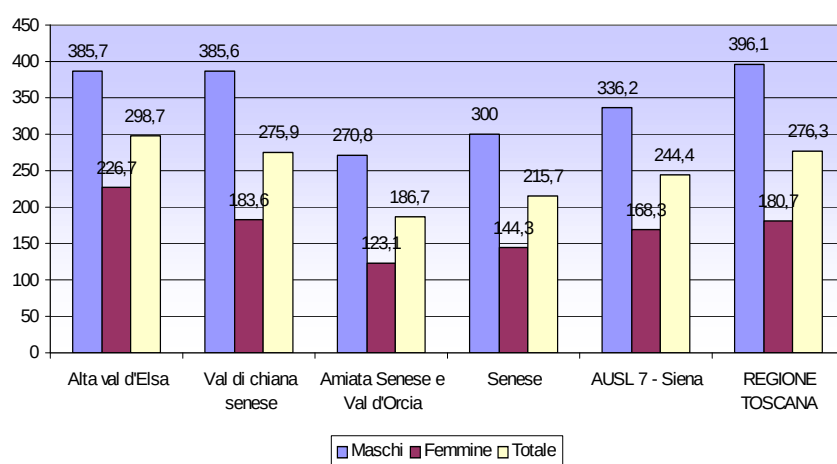
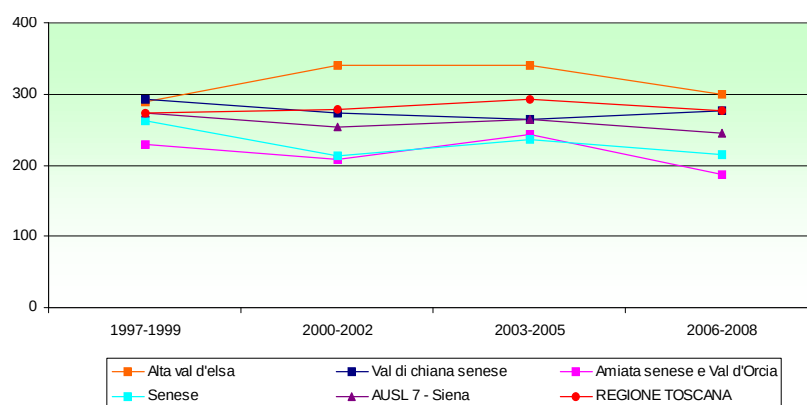


Fig. 8.3 – Tasso di incidenza di IMA standardizzato per età (per 100.000). Trend 1997/99 - 2006/8 (Fonte: ARS)



Spostando l'attenzione sul tasso di incidenza di ictus si hanno risultati analoghi ai precedenti all'interno della ASL 7. Infatti il valore della Valdichiana risulta il più elevato fra le varie zone ASL, con un picco rilevante fra i maschi (403 casi per 100.000, molto superiore alla media regionale). Invece la media ASL risulta in linea con il tasso regionale sia per le femmine che per i maschi, con quest'ultimi che hanno una preponderanza netta dei casi registrati (Fig. 8.4). Inoltre, analizzando i trend, la Valdichiana è l'unica zona con un andamento costante ma in leggera crescita, tutte le altre zone, compresa la media ASL e regionale, mostrano trend in leggera diminuzione (Fig. 8.5).

Fig. 8.4 – Tasso di incidenza di ictus standardizzato per età (per 100.000). Triennio 2006-2008 (Fonte: ARS)

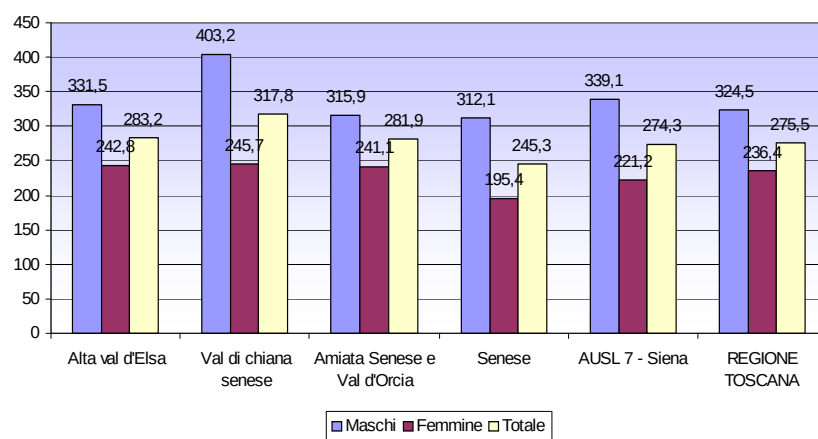
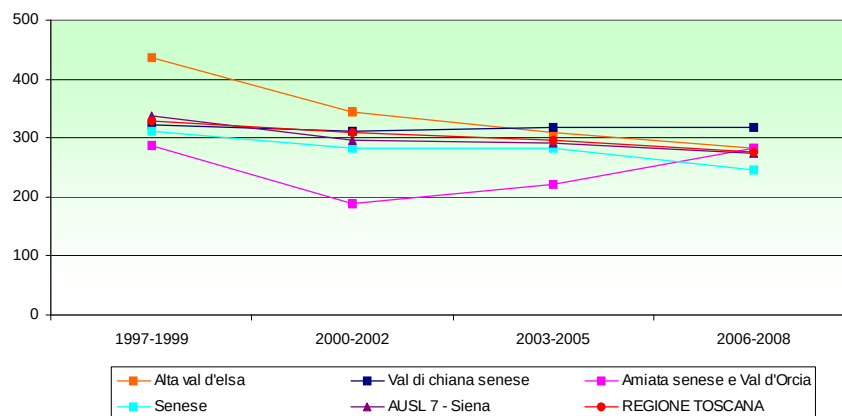


Fig. 8.5 – Tasso di incidenza di ictus standardizzato per età (per 100.000). Trend 1997/99 - 2006/8 (Fonte: ARS)



La prevalenza dello scompenso cardiaco mostra una fotografia istantanea della popolazione, comprendendo sia i nuovi casi registrati nell'anno monitorato (2009) che quelli degli anni precedenti. Il valore della ASL è inferiore alla media regionale nei maschi (circa 3 casi ogni 1000) mentre è in linea con quello regionale per le femmine. All'interno della ASL 7, la Valdichiana mostra un valore in linea con le altre zone (Fig. 8.6). Sia per la ASL 7 nel suo complesso, che nello specifico per la Zona Valdichiana, il trend in leggera crescita impone comunque delle riflessioni da fare (Fig. 8.7).

Fig. 8.6 – Tasso di prevalenza dello scompenso cardiaco standardizzato per età (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ARS)

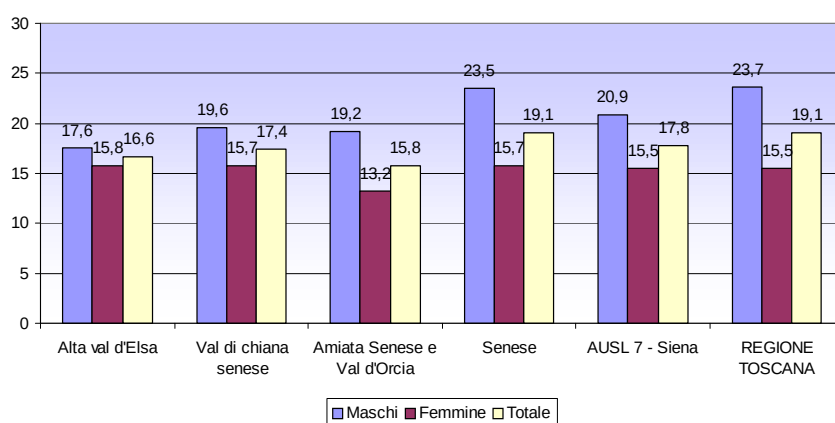
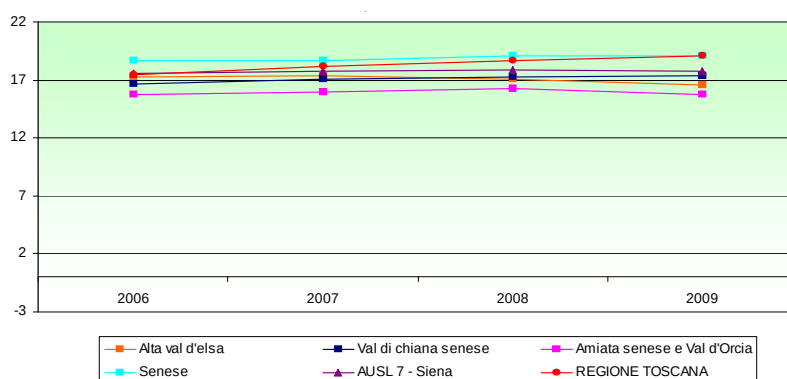


Fig. 8.7 – Tasso di prevalenza dello scompenso cardiaco standardizzato per età (per 1000). Trend 2006 - 2009 (Fonte: ARS)



Spostando l'attenzione dalle patologie cardiovascolari alle altre patologie croniche inserite all'interno del Cronich Care Model, è importante analizzare il dato relativo alla BPCO. Il tasso di prevalenza della BPCO della ASL 7 è inferiore al dato medio regionale sia per i maschi che per le femmine (rispettivamente di 6 e 3 casi per 1000). All'interno della ASL il valore registrato nelle varie zone è sostanzialmente analogo (Fig. 8.8). Analizzando il trend, si nota come vi sia un costante aumento sia a livello della varie zone ASL che a livello regionale (Fig. 8.9). A questo incremento può essere data una duplice lettura: un aumento effettivo del numero dei casi sul territorio (legata ad esempio all'aumento del numero dei fumatori presenti); un difetto nella diagnosi dei casi effettivamente presenti al quale, nel corso degli anni, soprattutto i MMG hanno saputo porre rimedio (tra l'altro questo è uno degli ultimi moduli attivati). Anche qui si registra una differenza sostanziale fra femmine e maschi (con quest'ultimi particolarmente colpiti).

Fig. 8.8 – Tasso di prevalenza della BPCO standardizzato per età (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ARS)

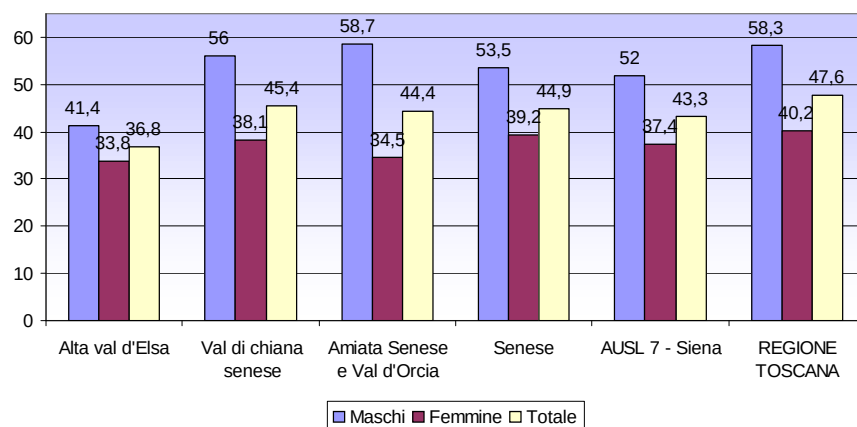
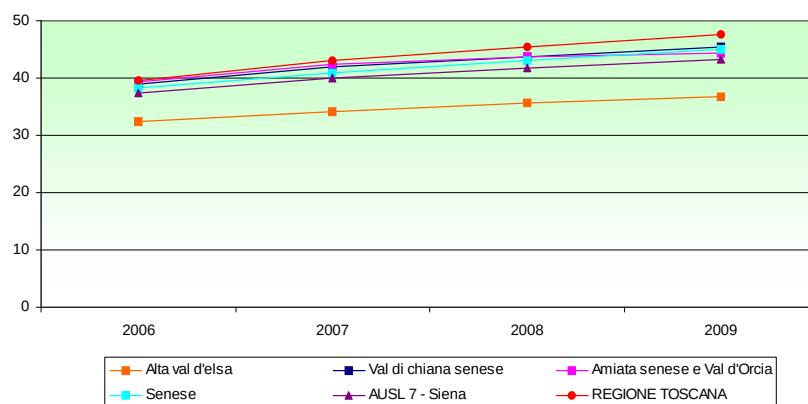


Fig. 8.9 – Tasso di prevalenza della BPCO standardizzato per età (per 1000). Trend 2006 - 2009 (Fonte: ARS)



Infine, l'altra patologia cronica che fa parte dei moduli attivi nel Cronich Care Model è il diabete. La prevalenza del diabete all'interno della ASL 7 è inferiore alla media regionale in entrambi i sessi ed in particolare per i maschi (con una differenza di circa 6 casi per 1000). All'interno della ASL, la Valdichiana mostra i valori più bassi (insieme all'Amiata) e molto inferiori alla media regionale. Si registra inoltre una importante differenza fra i due sessi, con i maschi che incorrono di più in questa patologia (Fig. 8.10). Il dato per la Valdichiana è sicuramente positivo (ad esempio come effetto lungo di campagne sui corretti stili alimentari), ma occorre comunque ricordare come la prevalenza sia inevitabilmente legata alla capacità di diagnosticare o di identificare come soggetti a rischio coloro che ancora non hanno sviluppato i sintomi della patologia. Attenzione ai trend registrati nell'ultimo quadriennio, che mostrano un crescita lenta ma costante del dato sulla prevalenza sia a livello delle varie Zone che a livello regionale (Fig. 8.11).

Fig. 8.10 – Tasso di prevalenza del diabete standardizzato per età (per 1000). Anno 2009 (Fonte: ARS)

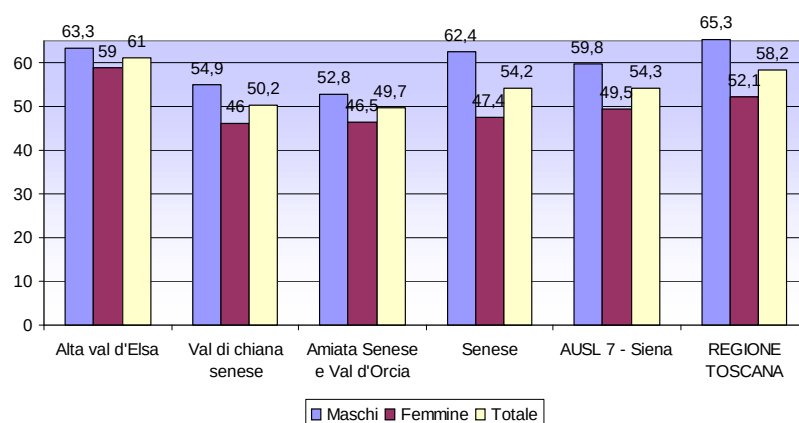
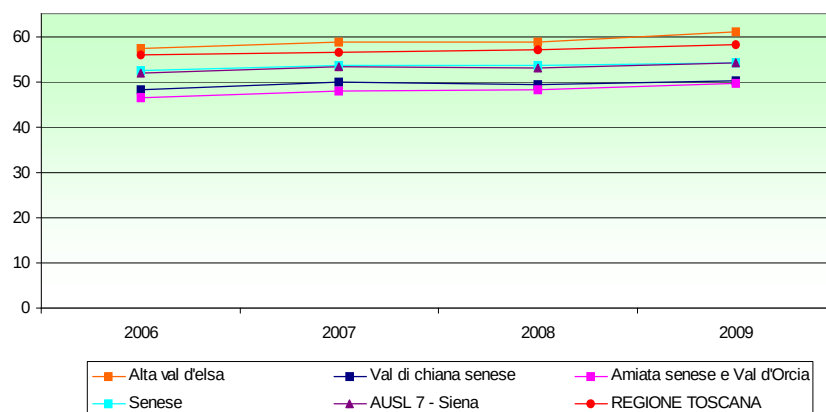


Fig. 8.11 – Tasso di prevalenza del diabete standardizzato per età (per 1000). Trend 2006 - 2009 (Fonte: ARS)



Cap. 8.2: La performance

Analizzando la performance della sanità di iniziativa, gli indicatori concordati con la regione, di processo e di esito, sono finalizzati a misurare il grado di implementazione della metodologia dell'*expanded CCM* nella gestione di pazienti affetti dalle patologie croniche prima discusse. Queste elencate sono forme di prevenzione secondaria, che racchiudono tutti quegli interventi che vengono utilizzati, a livello individuale, per impedire il verificarsi di un nuovo evento

In particolare, il follow up di laboratorio nello scompenso in Valdichiana registra la percentuale più elevata sia nell'ambito della AUSL che rispetto media regionale (fino a 15 punti percentuali) (Fig. 8.12). Se osserviamo il trend nel tempo, questo indicatore si mantiene sostanzialmente costante, con solo una leggera tendenza all'aumento (Fig. 8.13).

Fig. 8.12 – Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow up di laboratorio. Anno 2010 (Fonte: ARS)

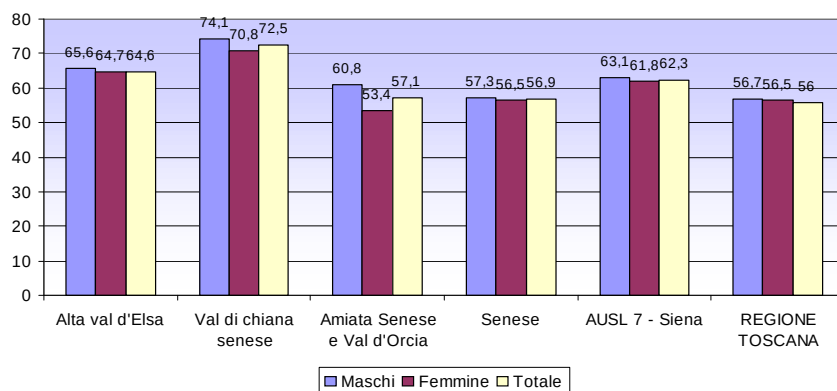
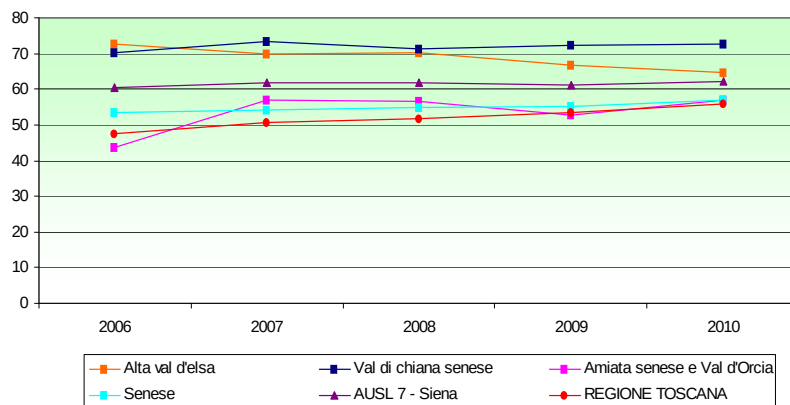


Fig. 8.13 – Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow up di laboratorio. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



La percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ace inibitori è in linea fra le varie zone e fra queste ed il dato regionale di riferimento, non mostrando scostamenti rilevanti (Fig. 8.14). Il trend è in diminuzione negli ultimi 3 anni registrati.

Fig. 8.14 – Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ace-inibitori. Anno 2010 (Fonte: ARS)

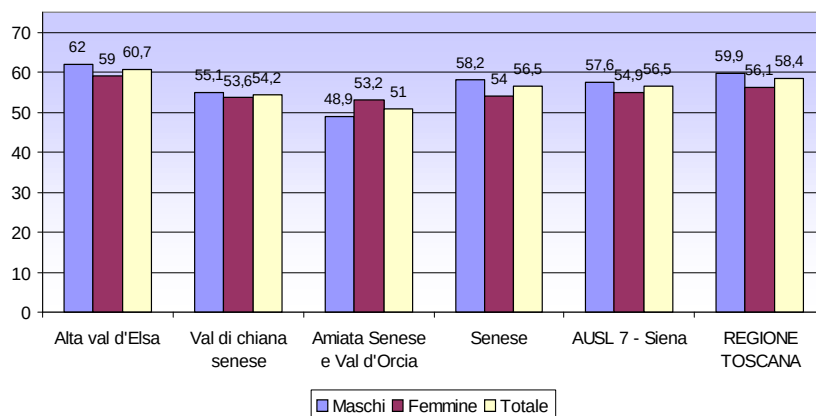
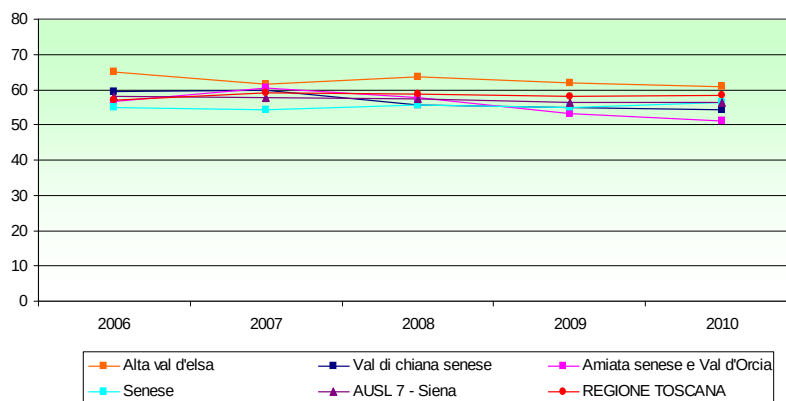


Fig. 8.15 – Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ace-inibitori. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



Il dato sulla percentuale di pazienti con almeno un test dell'emoglobina glicata è in linea fra le varie zone, se si esclude l'Amiata. La media ASL è solo leggermente inferiore a media regionale (Fig. 8.16). Il trend in aumento ha portato all'incremento di circa 15 punti percentuali dal 2006 al 2010 e questo è un segnale molto positivo che la medicina territoriale della Valdichiana ha dato (Fig. 8.17). Tutti i trend sia ASL che regionali sono in sostanziale incremento.

Fig. 8.16 – Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test di emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi. Anno 2010 (Fonte: ARS)

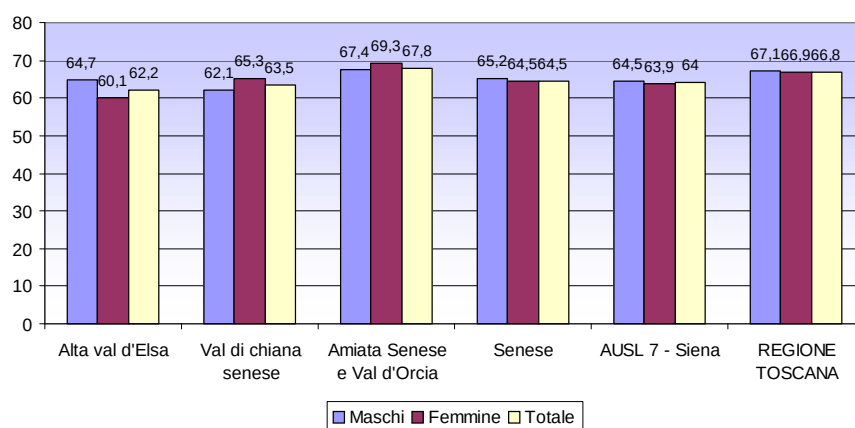
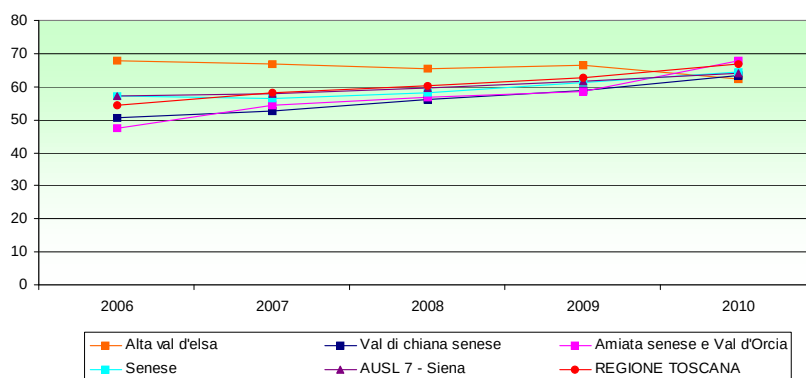


Fig. 8.17 – Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test di emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



Il dato sulla percentuale di pazienti con BPCO che hanno effettuato una spirometria è leggermente più basso rispetto alle altre zone (se si esclude l'Amiata). Però è meno della metà del dato regionale (Fig. 8.18). Inoltre molta attenzione va posta sul trend in diminuzione, oltre che nella Valdichiana specificamente anche a livello ASL e a livello regionale, che deve far alzare la soglia di guardia sull'utilizzo di questo importante presidio diagnostico (Fig. 8.19). Una diagnosi precoce di BPCO è essenziale per un efficace trattamento della patologia, bloccandola sul nascere.

Fig. 8.18 – Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometria negli ultimi 12 mesi. Anno 2010 (Fonte: ARS)

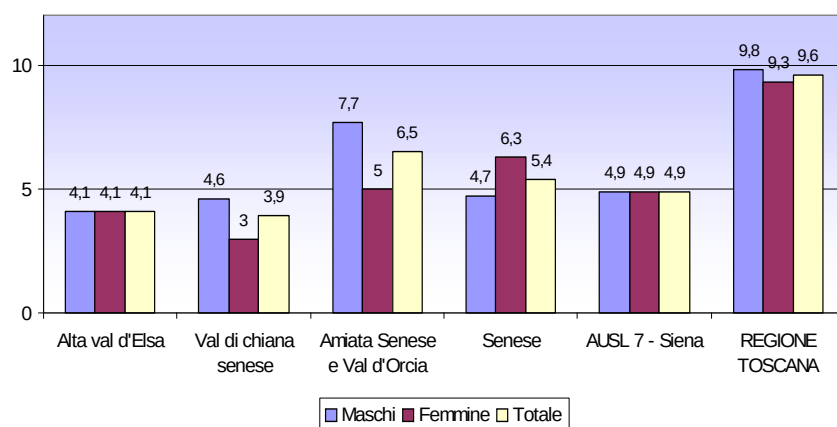
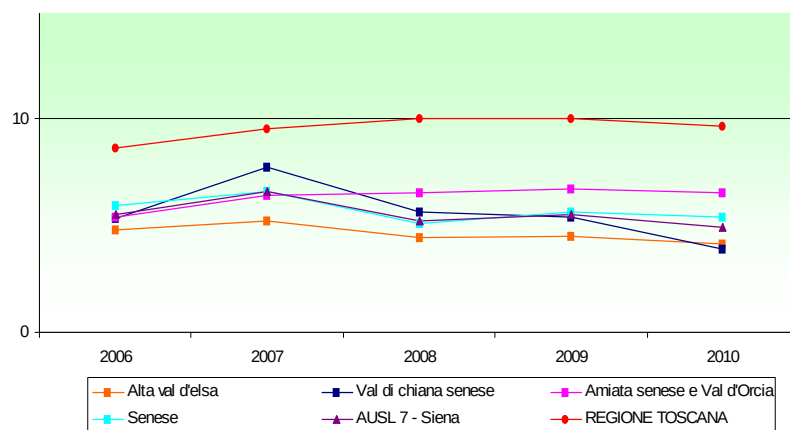


Fig. 8.19 – Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometria negli ultimi 12 mesi. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



Per quanto concerne la percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione del colesterolo totale negli ultimi 12 mesi, la ASL 7 mostra un valore superiore al dato regionale sia per i maschi che per le femmine. In Valdichiana si ha la più alta percentuale ASL di pazienti con ictus o TIA con terapia antiaggregante (Fig. 8.20). Il trend sostanzialmente costante negli ultimi due anni registrati dimostra un buon risultato della medicina territoriale nella direzione della sanità di iniziativa (Fig. 8.21)

Fig. 8.20 – Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione del colesterolo totale negli ultimi 12 mesi. Anno 2010 (Fonte: ARS)

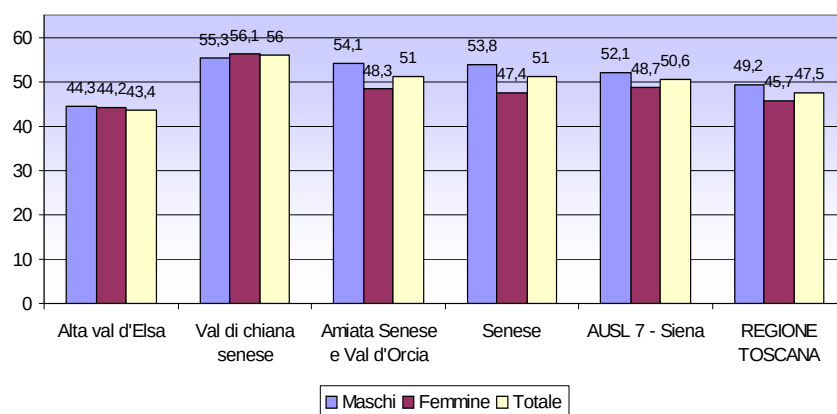
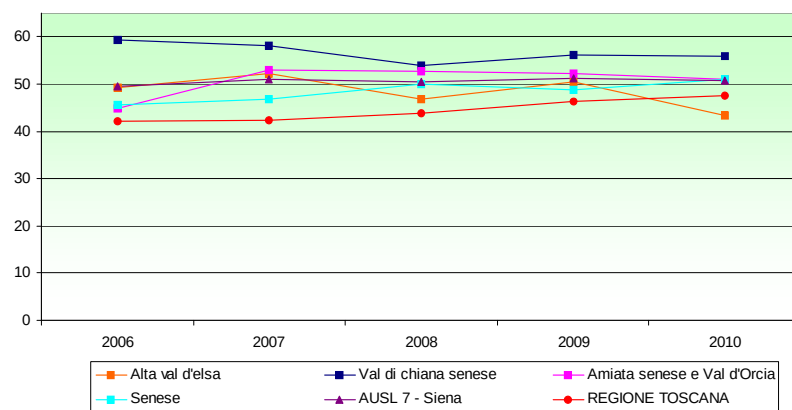


Fig. 8.21 – Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione del colesterolo totale negli ultimi 12 mesi. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



Analizzando la percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica, si nota come il dato ASL sia leggermente inferiore al dato regionale sia per i maschi che per le femmine. In Valdichiana si ha il dato più elevato sulla determinazione del profilo lipidico (dai 5 ai 10 punti percentuali superiore rispetto altre zone e media regionale) (Fig. 8.22). Il trend sostanzialmente è salita sia per le varie Zone ASL che per la regione, mostra un'area di successo dell'assistenza territoriale da mantenere nel tempo (Fig. 8.23).

Fig. 8.22 – Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica. Anno 2010 (Fonte: ARS)

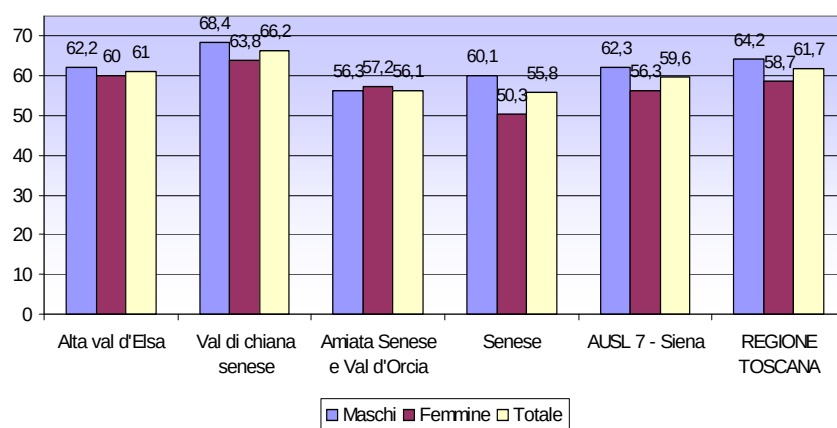
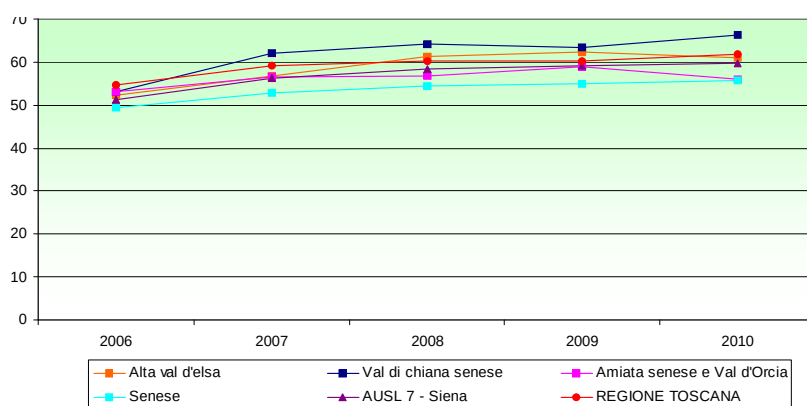


Fig. 8.23 – Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



E' inoltre importante analizzare la percentuale di pazienti ipertesi con monitoraggio della creatinina negli ultimi 12 mesi. La ASL mostra valori superiori al dato regionale sia per le femmine che per i maschi. La Valdichiana, a sua volta, mostra la percentuale più elevata di pazienti con ipertensione con monitoraggio profilo lipidico (superiore anche al dato regionale) fra le varie zone (Fig. 8.24). Il trend sembra abbastanza costante nel tempo, con un leggero miglioramento sia a livello delle Zone ASL che a livello regionale (Fig. 8.25).

Fig. 8.24 – Percentuale di pazienti ipertesi con monitoraggio della creatinina negli ultimi 12 mesi. Anno 2010 (Fonte: ARS)

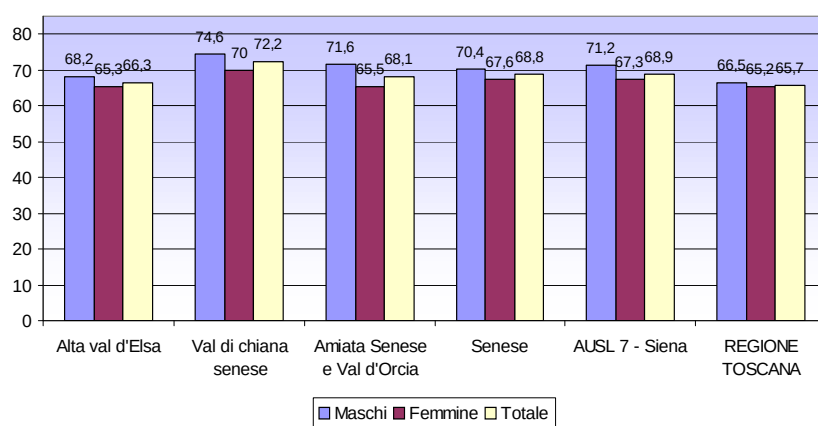
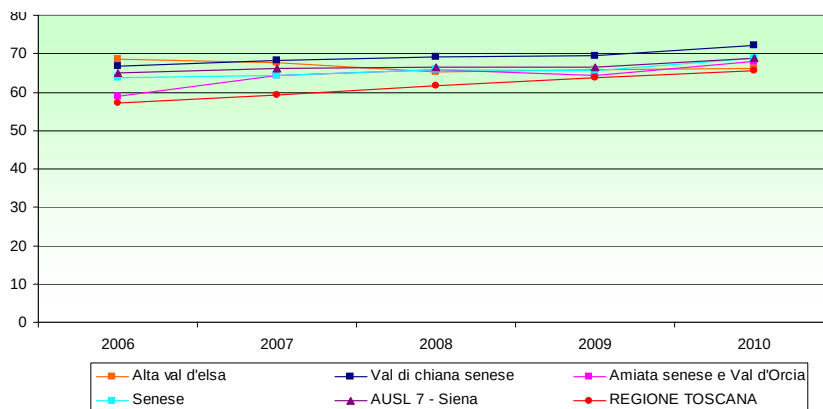


Fig. 8.25 – Percentuale di pazienti ipertesi con monitoraggio della creatinina negli ultimi 12 mesi. Trend 2006 - 2010 (Fonte: ARS)



Cap. 8.3: L'esito

Analizzando l'esito della medicina attiva sul territorio, ci si focalizza in particolare sull'ospedalizzazione elevata e impropria per questo tipo di patologia cronico-degenerative. Infatti in molti casi, non avendo a disposizione farmaci risolutivi, è di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio.

Partendo dalla BPCO è importante anche l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico: è possibile, infatti, ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e percorsi ottimali di diagnosi e trattamento. Il tasso di ospedalizzazione per BPCO della ASL risulta solo leggermente superiore al dato regionale. Anche fra le varie zone non si registrano oscillazioni particolari, ad eccezione della Zona Amiata che mostra valori molto elevati (Fig. 8.26). Il trend nel tempo è in diminuzione sia a livello della Zona Valdichiana che a livello dell'intera ASL. Il dato è in linea con l'andamento medio regionale (Fig. 8.27)

Fig. 8.26 – Tasso di ospedalizzazione per BPCO standardizzato per età (per 1000). Anno 2010
(Fonte: ARS)

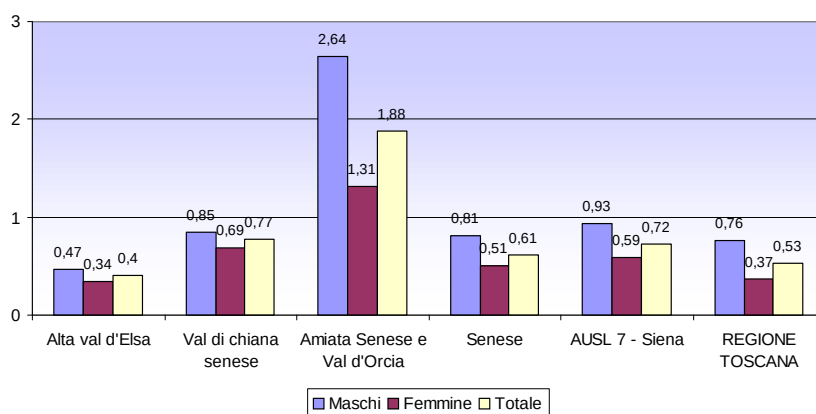
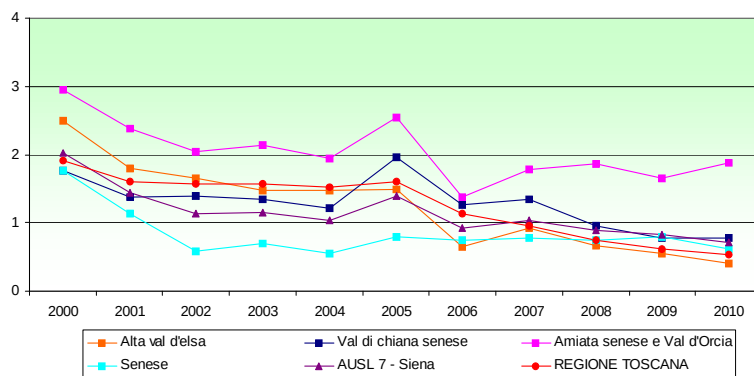


Fig. 8.27 – Tasso di ospedalizzazione per BPCO standardizzato per età (per 1000). Trend 2000 – 2010 (Fonte: ARS)



Passando al percorso assistenziale del paziente diabetico, anche questo può essere limitato all'interno della rete dei servizi territoriali (riducendo il ricorso ai ricoveri ospedalieri solo a casi particolari) laddove sia presente un'appropriata assistenza territoriale che integri le attività di prevenzione, diagnosi e cura. Il tasso di ricovero per diabete può essere considerato una variabile proxy dell'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali. Il dato della ASL 7 risulta in linea con quello regionale nell'ultimo anno di registrazione, mentre il valore della zona Valdichiana è leggermente superiore sia per i maschi che per le femmine (Fig. 8.28). Il trend nel tempo presenta notevoli oscillazioni, risultando però abbastanza costante nell'ultimo biennio sia a livello della Zona Valdichiana, che a livello ASL (Fig. 8.29).

Fig. 8.28 – Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età (per 1000). Anno 2010
(Fonte: ARS)

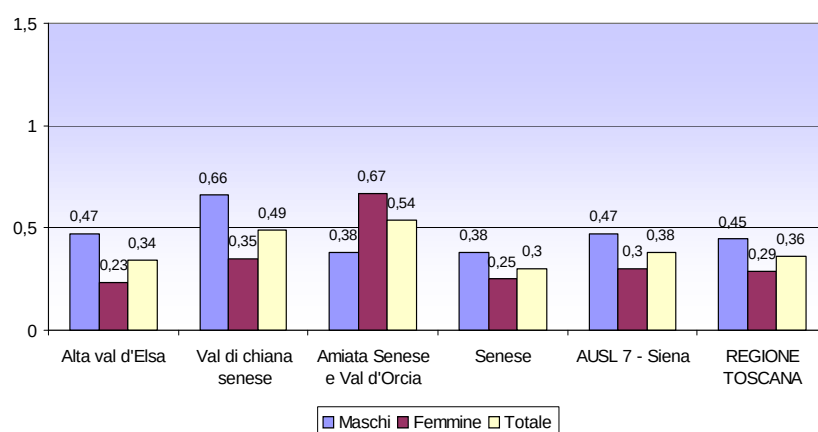
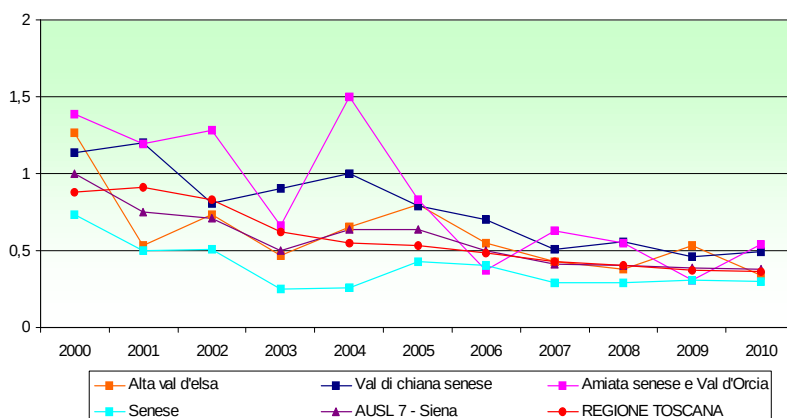


Fig. 8.29 – Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età (per 1000). Trend 2000 - 2010 (Fonte: ARS)



Infine, analizzando lo scompenso, va considerato come la prevalenza dello scompenso è andata progressivamente aumentando nei pazienti, in relazione anche al miglioramento della sopravvivenza per le malattie cardiovascolari, ma il numero di ricoveri potenzialmente prevenibile potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente e nel tutelarlo dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero e soprattutto i ricoveri ripetuti per pazienti tra i 50 e 74 anni vengono considerati come il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. Va comunque ricordato che essendo una patologia cronico-degenerativa un certo numero di ospedalizzazioni possono essere adeguate per i casi più gravi e complessi. Il dato ASL risulta superiore al dato di riferimento regionale sia nei maschi che nelle femmine. All'interno dell'azienda, la Valdichiana mostra valori in linea con le altre zone (se si esclude la Zona Amiata Val d'Orcia) (Fig. 8.30). Il trend registra nel tempo delle oscillazioni continue, in particolare a livello delle varie zone, con la Valdichiana che mostra nell'ultimo biennio una riduzione importante (Fig. 8.31).

Fig. 8.30 – Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età (per 1000). Anno 2010 (Fonte: ARS)

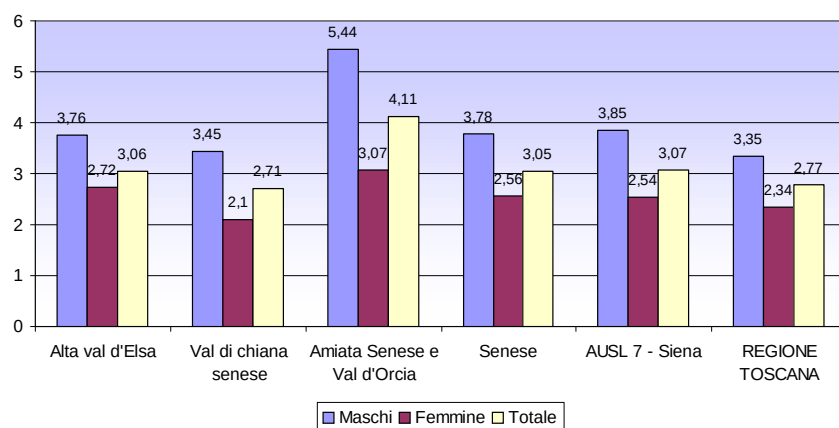
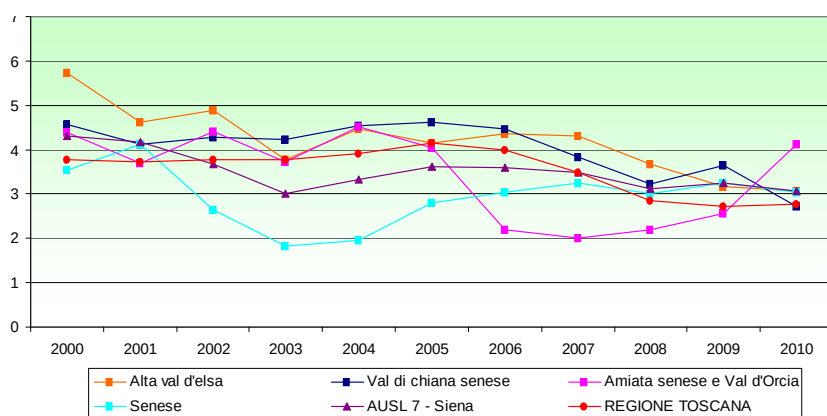


Fig. 8.31 – Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età (per 1000). Trend 2000 - 2010 (Fonte: ARS)



9 - PROGETTI

Cap. 9.1: Stili di vita e ben-essere: uscire dalla crisi con stili di vita migliori

TITOLO

Stili di vita e ben-essere: uscire dalla crisi con stili di vita migliori

IDENTIFICATIVO AREA TEMATICA

Popolazione Generale, anziani, minori

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere comportamenti e stili di vita migliori in un momento storico in cui le istituzioni vivono una contrazione di risorse e la popolazione sente il peso di una economia in fase recessiva ancora più evidente in un territorio come la Valdichiana storicamente non certamente più ricco di altri. Adottare stili di vita attivi fra i soggetti anziani per contrastare l'insorgenza delle malattie croniche (diabete, obesità, malattie cardiovascolari, tumori).

Probabilmente la ridotta disponibilità di risorse non è un vincolo se riusciamo a coinvolgere i vari attori in obiettivi comuni condivisi recuperando energie mal utilizzate per carenza di comunicazione.

Riorientare tutti gli obiettivi tenendo conto delle mutate condizioni economiche dei cittadini soprattutto delle fasce più deboli ma anche delle nuove fasce deboli (quella che era prima la classe media si adagia verso soglie di povertà) diventa l'obiettivo generale.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Guida ad una spesa orientata ad acquistare i “migliori” prodotti alimentari:
 - 1.1 Promuovere una alimentazione equilibrata nella popolazione e nelle fasce più a rischio (anziani e minori), in cui spesso si verificano squilibri nutrizionali sia quantitativi che qualitativi
Indirizzare verso una spesa che garantisca la migliore qualità in termini di contenuto ad un prezzo più vantaggioso e maggior tutela della salute
2. Nutrizione ed educazione alimentare:
 - 2.1. Assicurare azioni di promozione ed educazione a stili di vita sani ed equilibrati
 - 2.2. Promuovere un modello di agricoltura più vicino alle esigenze del territorio, dei suoi abitanti e dell'ambiente, guardando con attenzione alla responsabilità ed all'impegno dei consumatori nella selezione dei propri comportamenti di acquisto e nell'uso delle risorse
3. Promozione di stili di vita attivi nella lotta alla sedentarietà:
 - 3.1. Promuovere l'attività motoria dei minori, adulti ed anziani costituendo gruppi di cammino che si ritrovano, secondo un calendario prestabilito, per camminare lungo un percorso urbano o extraurbano guidati da un accompagnatore.
 - 3.2. Modificare gli stili di vita di soggetti ultrasessantacinquenni che presentino condizioni dolorose ricorrenti e/o riduzione delle capacità funzionali da malattie pregresse per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità non autosufficienza attraverso l'AFA a bassa disabilità
4. Educazione alla sicurezza e salute in ambiente non lavorativo:
 - 4.1. Creare una cultura in tema di sicurezza stradale, mirando alla prevenzione degli incidenti stradali
 - 4.2. Educare alla sicurezza e salute in ambiente non lavorativo, con riferimento agli incidenti domestici
5. Implementare la vaccinazione antinfluenzale stagionale in tutte le categorie previste dalla circolare ministeriale specifica tramite un'azione di sensibilizzazione, diffusione corretta dell'informazione sanitaria, educazione alla salute rivolta alla popolazione generale.
 - 5.1. Promuovere attivamente fra MMG e PLS la vaccinazione a tutti gli assistiti
 - 5.2. Informazione e promozione della vaccinazione fra gli Operatori Sanitari

SOGGETTI/STRUTTURE COINVOLTI

MMG, PLS, Ufficio Stampa ASL, Medici e Infermieri, U.F.Igiene e Sanità Pubblica, U.F. Prevenzione Igiene e Sicurezza, Educazione alla Salute, AUSER, Vigili Urbani, Istituzioni Scolastiche, esperti in materia di infortunistica stradale, associazioni di volontariato e /o culturali del territorio, centri commerciali, associazioni di categoria, alunni delle scuole primarie e secondarie, persone svantaggiate coadiuvate da uno o più tutor, operatori vari (agricoli, sociali, terapeutici, educativi etc.), amministrazioni comunali

COORDINATORE DEL PROGETTO

Ing. Roberto Pulcinelli

BENEFICIARI DEL PROGETTO

Popolazione generale, ragazzi in età scolastica, genitori, anziani

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

La parte più cospicua delle attività non prevede finanziamento: le attività saranno svolte dagli operatori in orario di servizio.

Per alcuni soggetti coinvolti (per esempio i MMG e PLS) esistono accordi pregressi che prevedono una remunerazione specifica.

L'Azienda Macetona ha redatto un apposito progetto per accedere a contributi pubblici mediante la partecipazione alla Misura 311 del PSR 2007/2013 per la realizzazione di alcuni investimenti a supporto di attività specifiche.

BREVE DESCRIZIONE GENERALE

1 - Spesa orientata ad acquistare meglio

Sono previsti incontri informativi sulle caratteristiche degli alimenti, con particolare attenzione alla lettura delle etichette dei prodotti in commercio, al fine di orientare le scelte nella spesa verso prodotti migliori al minor prezzo.

Al fine di evitare sprechi, si indirizzeranno i partecipanti alla pianificazione della spesa attraverso la compilazione di un menù settimanale, che rispecchi le caratteristiche di una corretta alimentazione in relazione alle fasce d'età considerate.

Ogni piccolo gruppo verrà guidato da tutor esperti sia nella lettura dell'etichetta che nella associazione tra i vari gruppi alimentari, nel confronto tra qualità, prezzo e pubblicità

Si daranno inoltre indicazioni sulla corretta conservazione degli alimenti e delle modalità di cottura più adeguate.

Si introdurranno i concetti di porzione e di frequenza dei consumi degli alimenti di uso più comune.

Infine si tenterà di coinvolgere direttamente i partecipanti al processo di "rivisitazione" dei piatti tradizionali del territorio tesa a mantenere le caratteristiche di gusto ma migliorandone nel contempo le proprietà salutistiche

2 - Nutrizione ed educazione alimentare

La filosofia del "sociale" in cui crede e vuole investire l' Azienda Agricola Tenuta Macetona insieme al mondo rurale in cui l'azienda ne è parte integrante sono un connubio che genererà capacità di offrire servizi di carattere sociale per la comunità circostante, producendo benefici di integrazione a favore di persone svantaggiate che entreranno in contatto con la realtà aziendale. L' Azienda Agricola Tenuta Macetona col suo Progetto desidera, tramite l'agricoltura, offrire alle persone l'opportunità di partecipare ai processi produttivi e interagire con i cicli delle piante e degli animali, facilitando il riappropriarsi dei ritmi della natura. L' Azienda Agricola Tenuta Macetona, oltre a valorizzare le potenzialità co-terapeutiche dell'interazione con le persone, mette a disposizione luoghi e facilita l'incontro con gruppi di persone dove

potenziare le capacità individuali e la vita di relazione delle persone coinvolte. L'agricoltura sociale svolta all'interno dell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona* consentirà di assicurare azioni di promozione di stili di vita sani ed equilibrati e, allo stesso tempo, renderà disponibili servizi utili per innalzare la qualità della vita locale degli abitanti nelle aree rurali.

In merito alle specifiche iniziative nel campo dell'educazione e nella formazione che si svolgeranno all'interno dell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona* si precisa che nell'azienda saranno invitati specialisti portatori di competenze diverse (agricole, sociali, sanitarie, educative, di gestione dei gruppi) che difficilmente possono ritrovarsi in una sola persona. Al contrario, sarà compito del Progetto dell'Agricoltura Sociale dell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona* ad individuare quei professionisti con competenze distinte per farli partecipare alla gestione dei progetti educativi-formativi e socio-assistenziali senza improvvisare competenze diverse da quelle possedute.

Nondimeno, sarà necessario che gli operatori che entreranno in contatto con il Progetto dell'Agricoltura Sociale dell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona*, indipendentemente dal loro campo di provenienza (agricolo, sociale, terapeutico, educativo, etc) possano acquisire nel loro bagaglio di competenze un minimo di conoscenze diverse da quelle inizialmente possedute.

A tale riguardo sarà utile, per l' *Azienda Agricola Tenuta Macetona*, continuare sviluppare progetti, interventi di educazione e di formazione per guidare gli operatori più preparati che potranno migliorare e sviluppare le pratiche di Agricoltura Sociale nell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona* e nei suoi singoli progetti. Allo stesso tempo, sarà necessario che i progetti dell' *Azienda Agricola Tenuta Macetona* siano attentamente tutorati e monitorati nei loro esiti da parte degli Enti gestori responsabili dei servizi sul territorio.

3 - Promozione di stili di vita attivi nella lotta alla sedentarietà

3.1 E' prevista la creazione di gruppi di cammino, ovvero gruppi di persone che si ritrovano per camminare lungo un percorso urbano o extraurbano guidati da un accompagnatore. Si organizzerà un calendario di escursioni a carattere storico-naturalistico alla scoperta del territorio della Valdichiana con la collaborazione degli utenti che frequentano le numerose associazioni fra i quali ci sono esperti conoscitori di questi luoghi. Il fine è quello di praticare in compagnia una attività fisica di intensità leggera/moderata, stando a contatto con la natura e conoscendo luoghi del nostro territorio che, se pur vicini, sono spesso sconosciuti. In queste passeggiate i nonni o gli zii possono essere accompagnati dai propri nipoti con l'obiettivo di trasmettere il senso di appartenenza al territorio e l'impegno al rispetto per lo stesso anche ai più giovani. Per garantire una partecipazione adeguata, si è pensato al coinvolgimento dei mmg per inviare i loro assistiti al gruppo di cammino, a prevedere dei momenti di incontro presso le associazioni per la presentazione del progetto ed anche alla predisposizione di poster.

3.2 L'AFA è un'attività non sanitaria I cui corsi sono erogati in strutture del territorio (palestre, associazioni di volontariato, ecc) e condotti da istruttori laureati in scienze motorie o fisioterapia. In particolare l'AFA a "bassa disabilità" è specifica per le "sindromi croniche che non limitano le capacità motorie di base o della cura del sè" (sindromi algiche da ipomobilità, osteoartrosi, osteoporosi): l'invio ai corsi può avvenire da parte del MMG (sulla base delle conoscenze che ha dello stato di salute del proprio assistito), dai medici specialisti, dai fisioterapisti e dalle équipes di riabilitazione. L'obiettivo è quello di modificare gli stili di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità. E' essenziale implementare il coinvolgimento dei MMG per aumentare l'adesione dei malati cronici ai programmi AFA.

4 - Educazione alla sicurezza e salute in ambiente non lavorativo

4.1 - Si intende sviluppare una cultura della sicurezza stradale attraverso incontri con i gruppi di classi quarte delle scuole medie di secondo grado in procinto di prendere la patente di guida. La scelta è motivata dai dati statistici che evidenziano come la causa di morte tra 12 e 25 anni sia provocata proprio da incidenti stradali. In particolare si intende riflettere con i ragazzi su alcuni concetti: la riserva di sicurezza, il risk management applicato alla guida, l'uso di dispositivi di sicurezza passivi, i fattori che sono più frequentemente alla base

degli incidenti, norme di comportamento in caso di incidente, la normativa vigente ed il rispetto della medesima. Un punto su cui intendiamo lavorare è ottenere dai ragazzi la diffusione delle competenze apprese sia all'interno che all'esterno della scuola peer education.

4.2 – Si intende sviluppare una cultura della sicurezza in particolare in ambito domestico, dal momento che risulta essere il luogo dove in assoluto avviene il più alto numero di infortuni. Se teniamo conto che le statistiche si riferiscono solo agli incidenti che hanno necessità di intervento sanitario, ci possiamo facilmente immaginare un sommerso enorme di incidenti che vengono “medicati” in casa e di cui non si hanno registrazioni

Acquista pertanto una rilevanza importante intervenire sulle persone che maggiormente sono esposte al rischio con un intervento educativo mirato ad aumentare le competenze delle persone e le conoscenze sui dispositivi di sicurezza esistenti.

5 - Implementare la vaccinazione antinfluenzale

L'Influenza è una malattia virale acuta caratterizzata da altissima contagiosità, ad incidenza maggiore nella stagione invernale. Pur presentando una bassa letalità (N° morti/N° ammalati) nella popolazione generale, presenta una non trascurabile mortalità (N° morti/popolazione generale %) a causa del numero elevato di casi di malattia. Da precisare che anche la letalità si presenta alta nelle categorie esposte al rischio di complicanze come anziani e soggetti di qualunque età affetti da patologie croniche.

Il vaccino antinfluenzale rappresenta un'efficace prevenzione nei confronti della malattia, ed è raccomandato e gratuito per numerose categorie, esplicitate nella Circolare di Promozione della Campagna antinfluenzale, elaborata annualmente dal Ministero della Salute. La finalità della vaccinazione è duplice: da una parte la protezione dei singoli individui vaccinati, dall'altra la protezione della popolazione generale attraverso la cosiddetta immunità di gregge, cioè la riduzione della circolazione dell'agente infettante. Tale secondo obiettivo è primariamente da perseguire per i contatti familiari di soggetti a rischio e per il personale sanitario: il contrarre l'influenza da parte del personale sanitario espone infatti i pazienti, spesso fragili per la patologia di base o per età, al rischio di contrarre l'infezione, oltre a determinare perdite di giornate di lavoro da parte di addetti ad attività di pubblica utilità.

AZIONI SPECIFICHE E/O LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

1 - Spesa orientata ad acquistare meglio

N.	AZIONE
1	Contattare i supermercati per acquisire l'eventuale disponibilità ad aderire al progetto
2	Sensibilizzare le amministrazioni comunali sul progetto per una eventuale collaborazione e coinvolgere i mmg per inviare i loro assistiti
3	Prevedere incontri informativi presso le associazioni su tematiche di prevenzione e promozione della salute in occasione delle quali presentare il progetto
4	Predisporre poster che pubblicizzino i riferimenti telefonici e web (sito usl 7 , sds , comune etc) dove gli interessati possono ottenere informazioni, da mettere a disposizione di MMG, strutture sanitarie, amministrazioni pubbliche, luoghi di aggregazione
5	Concordare il calendario degli incontri presso i supermercati in cui ogni piccolo gruppo viene guidato da tutor esperti sia nella lettura dell'etichetta che nella associazione tra i vari gruppi alimentari, nel confronto tra qualità , prezzo e pubblicità
6	Predisporre un questionario di gradimento e di modifica dello stile di vita da somministrare all'inizio e alla fine dell' attività
7	Organizzare una gara finale di cucina su ricette della tradizione culinaria del nostro territorio presso l'Istituto Alberghiero di Chianciano con la partecipazione della delegazione dell' Accademia italiana della cucina di Chianciano

2 - Nutrizione ed educazione alimentare

N.	AZIONE
1	Presentazione Domanda di Aiuto Mis.311 PSR 2007/2013
2	Ristrutturazione per ricettività
3	Riconoscimento FATTORIA DIDATTICA
4	Partenza attività di formazione in Fattoria Didattica

3 -Promozione di stili di vita attivi nella lotta alla sedentarietà:

3.1 Gruppi di cammino

N.	AZIONE
1	Ottenere dalle associazioni la disponibilità di accompagnatori per il gruppo di cammino
2	Selezionare a tavolino una serie di percorsi sicuri e praticabili
3	Sensibilizzare le amministrazioni comunali ed i Mmg sul progetto
4	Prevedere dei momenti di incontro presso le associazioni per la presentazione del progetto e la creazione di poster per pubblicizzarlo con riferimenti telefonici e web (sito usl 7 , sds , comune etc) dove gli interessati possono ottenere informazioni
5	Predisporre il calendario degli incontri che preveda almeno una passeggiata al mese che per il primo anno, in via sperimentale, potrebbe interessare una determinata zona distretto
6	Predisporre un questionario di gradimento e di modifica dello stile di vita da somministrare all'inizio e alla fine dell' attività svolta nell'anno

3.2 AFA a bassa disabilità

N.	AZIONE
1	Coinvolgere la riabilitazione all'interno del Dipartimento Tecnico Sanitario, le associazioni di volontariato e di categoria, le scienze motorie, le società sportive
2	Implementare il coinvolgimento dei MMG per aumentare l'adesione dei malati cronici ai programmi AFA, creando una mailing list di MMG da fornire al centro di coordinamento per favorire le comunicazioni
3	Prevedere momenti formativi/informativi sull'AFA ai MMG
4	Preparazione di poster con definizioni delle sedi, tempi, modalità di accesso da inviare via mail ai MMG e da appendere presso gli studi medici e strutture sanitarie
5	Predisporre un numero di corsi AFA in grado di coprire tutti i comuni della Valdichiana
6	Comunicazione al MMG la partecipazione dei propri assistiti, ed eventuali segnalazioni di eventi avversi

4 - Educazione alla sicurezza e salute in ambiente non lavorativo

4.1 – Sicurezza stradale

N.	AZIONE
1	presentazione alle scuole del progetto al fine dell'inserimento nel POF e coinvolgimenti di almeno un insegnante per scuola che faccia da referente interno(per questo anno come si fa il pof è a giugno massimissimo primi di settembre)
2	preparazione di un questionario di apprendimento da somministrare prima e dopo gli interventi
3	formazione del gruppo docenti e suddivisione degli argomenti da trattare tra vigili urbani ed esperti in sicurezza e PS
4	programmazione degli incontri della durata di o 12 ore totali (4 incontri di 3 ore ciascuno), con vigili, esperti e ragazzi
5	somministrazione questionario pre intervento
6	elaborazione dei questionari avvalendosi della collaborazione degli alunni delle classi che nei loro programmi scolastici studiano informatica
7	interventi nelle classi secondo un calendario stabilito con gli insegnanti
8	somministrazione questionario post intervento
9	elaborazione questionari

4.2 – Sicurezza domestica

N.	AZIONE
1	censire le associazioni
2	programmare con i responsabili delle associazioni che vorranno aderire gli interventi scaglionandole negli anni
3	preparazione di un questionario di apprendimento da somministrare prima e dopo gli interventi
4	realizzare incontri con i gruppi condotti in modo da facilitare la partecipazione (brain storming, role playing guidati
5	Elaborare un Piano formativo regionale per gli operatori sanitari al fine di rendere più efficiente la sorveglianza degli infortuni domestici
6	attivare un sistema di sorveglianza in collaborazione con i servizi di PS

5 - Implementare la vaccinazione antinfluenzale

N.	AZIONE
1	Intorno al mese di Aprile o comunque appena disponibili i dati, inviare ai MMG e PLS il riepilogo della vaccinazione antinfluenzale conclusa nell'anno, sia relativa alla nostra Zona di riferimento che alla ASL e alla Regione Toscana.
2	Nel corso del mese di Settembre inviare ai MMG e PLS una comunicazione con l'invito a promuovere attivamente la vaccinazione a tutti gli assistiti riconducibili alle categorie previste nella Circolare Ministeriale di promozione della Campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale.
3	Dal mese di Ottobre provvedere all'inserimento in Intranet, con il supporto dell'Ufficio Stampa e Comunicazione della ASL, di idonea informazione e promozione della vaccinazione agli Operatori Sanitari, che rappresentano una categoria nella quale l'adesione è ogni anno criticamente al di sotto del minimo accettabile
4	Raccogliere i dati di vaccinazione dai MMG ed inviare i dati aggregati al Dipartimento di Prevenzione, entro la scadenza prevista e comunicata dal Dipartimento stesso

RISULTATI ATTESI

1 - Spesa orientata ad acquistare meglio

- Riduzione della spesa evitando gli sprechi e acquisizione di un corretto stile alimentare.
- Ottenere dai partecipanti un modello di pianificazione della spesa attraverso la compilazione di un menù settimanale, che rispecchi le caratteristiche di una corretta alimentazione in relazione alle fasce d'età considerate.
- Rendere comuni i concetti di porzione e di frequenza dei consumi degli alimenti quali frutta e verdura
- Attivare un processo di “rivisitazione” dei piatti tradizionali del territorio, con la riscoperta e l'avvicinamento agli stessi.

2 - Nutrizione ed educazione alimentare

- Integrazione a favore di persone svantaggiate che entreranno in contatto con la realtà aziendale
- Assumere stili di vita sani ed equilibrati attraverso l'agricoltura sociale svolta all'interno dell'Azienda
- Acquisizione di un corretto stile alimentare
- Riduzione degli sprechi
- Diffusione delle informazioni trasmesse durante le giornate di formazione.

3- Promozione di stili di vita attivi nella lotta alla sedentarietà

3.1 Gruppi di cammino

- Ridurre i fattori di rischio legati alle cadute e alle fratture,
- Diminuire il livello di ansia e depressione dei soggetti soli, favorendo la socializzazione e aumentando il senso di sicurezza e di autostima

c) Conoscere e riscoprire i luoghi del nostro territorio che se pur vicini sono spesso sconosciuti

3.2 AFA a bassa disabilità

- a) Prevenzione secondaria e terziaria della disabilità attraverso l'AFA
- b) Implementare la comunicazione e la collaborazione fra centri di coordinamento delle attività AFA e Mmg, spesso scollegati, attraverso la Creazione di una mailing list di MMG da fornire al centro di coordinamento per favorire le comunicazioni
- c) Coprire tutti i comuni della Valdichiana attualmente sprovvisti di corsi AFA

4 - Educazione alla sicurezza e salute in ambiente non lavorativo

4.1 – Sicurezza stradale

- a) Partecipazione di almeno 4 istituti
- b) Aumento di consapevolezza dei ragazzi attraverso i contenuti forniti
- c) Ricaduta a cascata sugli altri alunni promuovendo un'azione di peer education
- b) Formazione del gruppo docenti in grado di protrarre negli anni il progetto

4.2 – Sicurezza domestica

- a) Formare/sensibilizzare gruppi di soggetti esposti a rischi specifici (coltivatori diretti, hobbisti, trattoristi, olivicoltori, anziani soli, ecc.)
- b) Ridurre il numero di incidenti domestici
- c) attivare un sistema di sorveglianza basato sui Servizi di PS
- d) Formare il personale sanitario addetto alla sorveglianza degli infortuni domestici

5 - Implementare la vaccinazione antinfluenzale

- a) Migliorare l'azione di coordinamento dei servizi di vaccinazione offerti a famiglie, minori ed immigrati a garanzia dell'unitarietà dell'intervento anche se affidato a soggetti erogatori molteplici e differenti.
- b) Aumentare il tasso di individui vaccinati nella zona Valdichiana
- c) Aumentare il tasso di operatori sanitari vaccinati nella zona Valdichiana

INDICATORI DI PROCESSO E DI SALUTE

1 - Spesa orientata ad acquistare meglio

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra valutazioni di conduzione del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (% obesi, assunzione frutta)	Misure, valutazioni, Progetto PASSI	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

2 - Nutrizione ed educazione alimentare

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra valutazioni di conduzione del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (N di corsi effettuati, N. di ore, N. di soggetti partecipanti)	Registrazione	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

3.1 Gruppi di Cammino

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra lo stato di avanzamento del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (%popolazione consigliata, % popolazione che pratica, n. cittadini coinvolti, km percorsi)	Registrazioni interne, Progetto PASSI	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

3.2 AFA bassa disabilità

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra lo stato di avanzamento del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (n. corsi, n. partecipanti, comuni coperti, n. corsi ai MMG)	Registrazioni interne, Progetto PAS	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

4.1 – Sicurezza stradale

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra lo stato di avanzamento del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (n. incid, % uso casco, % bevitori alla guida, % uso disp secur) Outcome di salute - (morti x incid strad)	Registrazioni interne, questionario	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

4.2 – Sicurezza domestica

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra lo stato di avanzamento del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di attività - quota popolaz che ha ricevuto informazioni, incontri a tema. Di efficacia – consapevolezza rischio, quota popolaz che ha modificato comportamenti. Outcome di salute - % dichiarati infortunati, infortuni arti inferiori e bacino.	Registrazioni interne	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

5 - Implementare la vaccinazione antinfluenzale

INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Di Processo – Report periodico del progetto	Registrazioni interne al processo	Il report illustra lo stato di avanzamento del processo e valutazioni di efficacia		Annuale + Finale
Di efficacia – Indicatori specifici (giornate di lav perse per influenza, ricoveri per influenza)	Registrazioni interne, Progetto PASSI	Vari (vedi scheda specifica)		Annuale + Finale

Cap. 9.2: La rete dei servizi a famiglie, minori e immigrati

TITOLO

La rete dei servizi a famiglie, minori e immigrati

IDENTIFICATIVO AREA TEMATICA

Immigrati, Famiglie e Minori

OBIETTIVO GENERALE

Potenziare la rete di comunicazione tra i soggetti istituzionali e sociali per il migliore uso delle risorse disponibili.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Costituire il censimento dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di famiglie, minori e immigrati;
 - 1.1. Individuare i soggetti sul territorio;
 - 1.2. Individuare le modalità e gli strumenti di comunicazione in essere;
 - 1.3. Individuare i bisogni, le carenze, i punti deboli della rete di comunicazione.
2. Definire la banca dati dei soggetti:
 - 2.1. Predisporre lo strumento informativo/informatico e le modalità di manutenzione e aggiornamento
 - 2.2. Sostenere incontri strutturati tra i soggetti istituzionali e sociali che si occupano di servizi a famiglie, minori e immigrati
3. Favorire l'uso dello strumento informatico come strumento di comunicazione tra i soggetti istituzionali e sociali ma anche tra questi e l'utenza.
4. Individuare le modalità di comunicazione e di divulgazione sulla rete dei servizi
5. Vaccinazione epatite A
 - 5.1. Elaborare una comunicazione scritta per i Pediatri di libera scelta con esplicitazione del progetto e coinvolgimento attivo degli stessi.
 - 5.2. Utilizzare gli accessi routinari all'ambulatorio vaccinale da parte dei minori per informare i genitori sull'opportunità di eseguire la vaccinazione antiepatite A
6. Garantire la massima efficacia nelle attività di sorveglianza della Tubercolosi, allo scopo di evitare il manifestarsi di casi secondari di infezione tubercolare.
 - 6.1. Avvio di inchiesta epidemiologica tempestiva in seguito a notifica di Tubercolosi polmonare in soggetto residente e/o domiciliato nella nostra Zona di competenza.
 - 6.2. Individuazione dei contatti del caso indice e identificazione degli stessi come "stretti, regolari o occasionali".
 - 6.3. Valutazione del rischio di contrarre la malattia nelle varie classi di contatti individuati
 - 6.4. Invito all'avvio di una sorveglianza attiva in base al criterio dei cerchi concentrici
 - 6.5. Avvio dei soggetti sorvegliati ad indagini di secondo livello, secondo necessità.
 - 6.6. Prosecuzione della sorveglianza attiva fino alla conclusione, variabile a seconda delle caratteristiche del caso indice e dei contatti.

SOGGETTI/STRUTTURE COINVOLTI

Centro per l'impiego; Assessorati dei Comuni deputati ai servizi sociali; Sindacati ; Associazioni di Categoria; Associazioni di volontariato; Segretariato Sociale Az. USL7 di Siena, Attività Consultoriali Az. USL 7 di Siena, Cure Primarie Az. USL 7 di Siena, SERT Az. USL 7 di Siena, Dipartimento della Prevenzione Az. USL 7 di Siena, Amministrazione Provinciale, AUSER, CIA, CNA Pensionati, Misericordia, ACLI, Associazione Amica Donna, Associazione Astrolabio, Operatori (Medici ed Infermieri) del Servizio Vaccinale, Operatori Medici ed Infermieri Igiene Pubblica, U.O. MMI Universitarie Ospedale Le Scotte, MMG e/o PLS, U.O. Radiologia Ospedale Nottola.

COORDINATORE DEL PROGETTO

Ing. Roberto Pulcinelli

BENEFICIARI DEL PROGETTO

Diretti: i soggetti istituzionali e sociali che si occupano di servizi a famiglie, minori e immigrati.

Indiretti: famiglie, minori e immigrati.

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

Non previsto: le attività saranno svolte dagli operatori in orario di servizio. In futuro potrebbero rendersi necessari dei finanziamenti finalizzati a consulenze, attrezzature e iniziative di diffusione, formazione e addestramento.

BREVE DESCRIZIONE GENERALE

La Regione Toscana al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore individua per le Società della Salute ambiti specifici per soggetti sociali quali immigrati, famiglie e minori.

Concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle attività e dei servizi offerti, secondo il principio di sussidiarietà, differenti soggetti quali in particolare:

- a) i comuni, singoli ed associati, le province, le comunità montane e gli altri enti territoriali, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;
- b) le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;
- c) i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;
- d) gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e sociosanitario.

La complessità dell'utenza, dei servizi offerti e dei soggetti che si occupano di servizi a famiglie, minori e immigrati pone il problema di assicurare l'unitarietà dell'offerta sociosanitaria attraverso la programmazione, la corretta gestione, l'individuazione dello specifico soggetto erogatore, l'erogazione del servizio e il coordinamento.

Nell'ambito sopra descritto il Gruppo di Lavoro ha osservato la necessità di migliorare la comunicazione e la conoscenza reciproca dei vari soggetti erogatori attraverso la realizzazione di una rete di comunicazione dei servizi.

Strumento fondamentale di conoscenza reciproca tra i vari soggetti erogatori dei servizi è ritenuto il censimento dei soggetti istituzionali e sociali che operano nel settore. Tale censimento dovrà essere descritto e registrato in una banca dati articolata in tre livelli in relazione tra loro:

Livello 1 – Censimento dei soggetti istituzionali e sociali che operano nel settore

Livello 2.1 – Censimento delle modalità e degli strumenti di comunicazione da essi utilizzati

Livello 2.2 – Censimento dei bisogni, carenze e aspetti di debolezza rilevati.

Nella realizzazione del censimento il Gruppo di Lavoro individua la principale criticità nel riuscire ad assicurare continuità nell'aggiornamento e nella manutenzione della banca dati ma anche la continuità delle occasioni di confronto dei vari soggetti erogatori. A tal fine si prevede un'organizzazione come di seguito descritta:

1. Istituzione del “Comitato per la rete di comunicazione tra i servizi offerti a famiglie, minori, immigrati della Società della Salute” nominato con delibera che ratifichi anche il presente progetto.
2. Sottoscrizione da parte di tutti i soggetti sociali e operatori di un protocollo d'intesa che definisca compiti, strumenti e modalità di azione nell'ambito della rete di comunicazione e coordinamento.
3. La delibera e il protocollo dovranno stabilire:
 - Periodicità con cui il Comitato si riunisce e mantiene aggiornata la banca dati dei servizi a famiglie, minori e immigrati
 - Organizzazione della conferenza annuale dei servizi
 - Pubblicazione dell'annuario dei servizi
 - Modalità con cui il Comitato promuove e realizza iniziative di comunicazione, divulgazione, informazione e formazione

Schema tabelle banca dati

Livello 1 – Censimento dei soggetti istituzionali e sociali che operano nel settore

Codice Ente, Denominazione Ente, Codice Fiscale Ente, Indirizzo, CAP, Città, Provincia, Telefono, email, email certificata, Indirizzo Sede, CAP Sede, Città Sede, Provincia Sede, Telefono Sede, Scopo sociale

Livello 2.1 – Censimento delle modalità e degli strumenti di comunicazione da essi utilizzati

Descrizione sintetica strumento di comunicazione, Destinatario dello strumento, Beneficiario diretto, Beneficiario indiretto, Finalità, Media utilizzato, Fruizione attiva/passiva/polidirezionale

Livello 2.2 – Censimento dei bisogni, carenze e aspetti di debolezza rilevati.

Data rilevazione, Modalità rilevazione, Soggetto/operatore rilevatore, Descrizione sintetica del bisogno, soggetto destinatario dell'informazione, Risposta fornita nell'immediato all'utenza:

- non è possibile prenderla in carico e perché ...
- il soggetto che istituzionalmente se ne può far carico è ...
- la struttura ricevente se ne fa carico per cercare una soluzione.

Favorire l'uso dello strumento informatico come strumento di comunicazione tra i soggetti istituzionali e sociali ma anche tra questi e l'utenza

In occasione degli incontri del Gruppo di Lavoro che riunisce vari soggetti (servizi e associazioni) che si occupano di interventi e servizi a famiglie, minori e immigrati è emersa l'osservazione che lo strumento informatico viene troppo poco utilizzato al fine di migliorare la comunicazione tra i sopraccitati soggetti.

Considerando anche l'economicità dello strumento in un momento come l'attuale in cui è prioritario favorire la razionalizzazione della spesa nell'ottica del miglioramento dell'organizzazione, è risultato opportuno definire l'obiettivo di favorire l'uso dello strumento informatico nella comunicazione tra i soggetti istituzionali ma da parte della Società della Salute verso il mondo esterno.

La modalità individuata è così articolata:

- dismissione per quanto possibile delle modalità di comunicazione che prevedono il supporto cartaceo per rendere obbligatoria la digitalizzazione dei documenti in uso dei servizi e delle associazioni che aderiscono al progetto;
- rispetto della normativa in materia di comunicazioni tra enti per ciò che riguarda la posta elettronica e la posta elettronica certificata;
- predisposizione di mail list tra i soggetti partecipanti ma anche degli utenti e degli interlocutori esterni per la gestione strutturata di newsletter;
- gestione, aggiornamento e manutenzione puntuale della pagina web realizzata all'interno del sito www.sdsvaldichianasenese.it.

Vaccinazione Epatite A

L'Epatite A è una infezione virale acuta del fegato, a trasmissione prevalentemente entero-ambientale-orale. Spesso decorre in forma asintomatica o paucisintomatica, specialmente nei bambini, ma approssimativamente 1 caso su 1000 evolve in Epatite fulminante.

L'incubazione della malattia è variabile dai 15 ai 45 giorni e la contagiosità, cioè la possibilità di trasmissione del virus da parte del soggetto ammalato (caso indice), si verifica già negli ultimi giorni del periodo di incubazione, cioè quando la malattia non ha ancora provocato segni e/o sintomi.. Un bambino che si reca in Zone a più alta incidenza di Epatite A (Continente Africano, Continente Asiatico e Sud-America) è esposto al rischio di contrarre la malattia, specialmente se non vengono osservate in maniera rigorosa le norme igieniche finalizzate alla prevenzione comportamentale delle malattie a trasmissione entero-ambientale-orale, e, per i motivi precedentemente esplicitati, al ritorno dal viaggio può essere fonte di infezione. Tale probabilità è in particolare più alta nelle comunità infantili.

La prevenzione specifica dell'infezione attraverso la vaccinazione ha quindi lo scopo di proteggere non solo l'individuo, ma anche la comunità nei confronti della quale un soggetto ammalato rappresenterebbe il primo anello di una catena di contagio.

Il vaccino antiepatite A, offerto gratuitamente in Regione Toscana a bambini di età inferiore a 14 anni che si recano in Zone a rischio (Delibera 448 del 31/03/2010, che approva il Calendario vaccinale della Regione Toscana) ha un alto profilo di sicurezza e immunogenicità. Una dose, che è consigliabile somministrare almeno 3 settimane prima della partenza, è efficace per circa 1 anno. Con la seconda dose, da somministrare preferibilmente dopo 6-12 mesi, la protezione perdura per un periodo molto lungo (20 anni ed oltre).

Sorveglianza Tubercolosi

La tubercolosi è una malattia contagiosa che si trasmette per via aerea mediante un batterio, il *Mycobacterium tuberculosis*. Il contagio può avvenire per trasmissione da un individuo malato, tramite saliva, starnuto o colpo di tosse. Per trasmettere l'infezione bastano pochissimi bacilli anche se non necessariamente tutte le persone contagiate dai batteri della Tb si ammalano subito. Il sistema immunitario, infatti, può far fronte all'infezione e il batterio può rimanere quiescente per anni, pronto a sviluppare la malattia al primo abbassamento delle difese. Si calcola che solo il 10-15% delle persone infettate dal batterio sviluppa la malattia nel corso della sua vita. Un individuo malato, però, se non è sottoposto a cure adeguate può infettare, nell'arco di un anno, una media di 10-15 persone.

Nonostante sia una malattia prevenibile e curabile, la Tb costituisce oggi una delle emergenze sanitarie più drammatiche, tanto da essere stata dichiarata emergenza globale nel 1993 dall'Oms per l'enorme carico sanitario, economico e sociale che la accompagna. I sintomi della Tb sono tosse, perdita di peso, dolore toracico, febbre e sudorazioni. Nel tempo, la tosse può essere accompagnata da presenza di sangue nell'espettorato. Il test più utilizzato per evidenziare l'infezione tubercolare è quello di Mantoux, che si esegue inoculando nella cute del braccio una sostanza, la tubercolina. Una risposta positiva comporta la necessità di eseguire una radiografia toracica per verificare la presenza della malattia a livello polmonare.

Il vaccino è un vaccino vivo attenuato conosciuto con il nome di BCG (bacillo di Calmette-Guérin). Le categorie che risultano bersaglio primario della campagna vaccinale sono:

- neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni con test tubercolinico negativo che convivono o hanno contatti stretti con persone con tubercolosi in fase contagiosa;
- neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni con test tubercolinico negativo appartenenti a gruppi ad alto rischio di infezione (es: persone provenienti da paesi ad alta endemia con difficoltà di accesso ai servizi sanitari e in disagiate condizioni di vita);
- personale sanitario con test tubercolinico negativo che operi in ambienti ad alto rischio di esposizione a batteri multifarmaco-resistenti o presenti controindicazioni cliniche all'uso della terapia preventiva per cui non possa essere sottoposto a chemioprevenzione nel caso di
- positivizzazione del test tubercolinico.

AZIONI SPECIFICHE, TEMPI DI REALIZZAZIONE E/O LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

1- Costituire il censimento dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di famiglie, minori e immigrati

N°	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA
1	Scrittura della lettera di presentazione del progetto ed invio alla lista dei referenti.	Coordinatore del Progetto	Annuale
2	Riunione con i referenti, esplicativa delle finalità del progetto e di acquisizione delle disponibilità reali.	Coordinatore del Progetto	Annuale
3	Creazione di un gruppo operativo e revisione della lista dei referenti.	Direttore Società della Salute	Annuale
4	Invio ai referenti dello strumento di rilevazione adottato.	Coordinatore del progetto	Annuale
5	Riempimento dello strumento di rilevazione con l' indicazione anche delle carenze e dei bisogni.	Coordinatore del progetto	Annuale
6	Analisi dei dati ricevuti ed eventuali ripetizioni dell'azione 4 .	Coordinatore del progetto	Annuale
7	Effettuazione del censimento e relazione sui dati relativi a carenze e bisogni.	Coordinatore del progetto	Annuale
8	Diffusione dello stesso.	Direttore Società della Salute	Annuale
9	Riunioni periodiche di aggiornamento ed implementazione del censimento	Coordinatore del progetto	Annuale

2 - Definire la banca dati dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di famiglie, minori e immigrati

N.	AZIONE	RESPONSABILE	SCADENZA
1	Relazione tecnica di proposta per la definizione del “Comitato per la rete di comunicazione tra i servizi offerti a famiglie, minori, immigrati della Società della Salute”	Coordinatore del Progetto	Annuale
2	Istituzione del Comitato e nomina dei componenti tramite delibera che ratifichi anche il presente progetto.	Direttore Società della Salute	Annuale
3	Definizione di un protocollo d'intesa che definisca compiti, strumenti e modalità di azione nell'ambito della rete di comunicazione e coordinamento	Coordinatore del Progetto	Annuale
4	Sottoscrizione da parte di tutti i soggetti sociali e operatori del un protocollo d'intesa che definisca compiti, strumenti e modalità di azione nell'ambito della rete di comunicazione e coordinamento	Direttore Società della Salute	Annuale
5	Riunioni periodiche del Comitato	Coordinatore Comitato	Annuale
6	Conferenza annuale dei servizi e pubblicazione dell'annuario	Direttore Società della Salute	Annuale
7	Realizzazione di iniziative di comunicazione, divulgazione, informazione e formazione	Direttore Società della Salute	Annuale

3 - Favorire l'uso dello strumento informatico come strumento di comunicazione tra i soggetti istituzionali e sociali ma anche tra questi e l'utenza

N.	AZIONE	RESPONSABILITA'	SCADENZA
1	Utilizzo dello strumento informatico in modo esclusivo tra i soggetti partecipanti al progetto	Coordinatore del Progetto	Annuale
2	Utilizzo della PEC (posta elettronica certificata) e della firma elettronica come strumento di trasmissione ufficiale della documentazione informatico in modo esclusivo tra i soggetti partecipanti al progetto	Coordinatore del Progetto	Annuale
3	Predisposizione di mail list tra i soggetti partecipanti ma anche degli utenti e degli interlocutori esterni per la gestione strutturata di newsletter	Coordinatore del Progetto	Annuale
4	Realizzazione della pagina web specifica dei soggetti istituzionali e privati che si occupano di interventi e servizi a famiglie, minori e immigrati realizzata all'interno del sito www.sdsvaldichianasenese.it	Coordinatore del Progetto	Annuale
5	Formalizzazione e attuazione del regolamento per l'uso dello strumento informatico, la banca dati dei soggetti istituzionali e privati che si occupano di interventi e servizi a famiglie, minori e immigrati la gestione della pagina web	Coordinatore del Progetto	Annuale

5 - Vaccinazione epatite A

N.	AZIONE	RESPONSABILITA'	SCADENZA
1	Riunione del gruppo vaccini della Zona Val di Chiana con esplicitazione del Progetto e richiesta di adesione allo stesso	Coordinatore del Progetto	Annuale
2	Elaborazione di un documento con esplicitazione del progetto da inviare ai MMG e PLS	Coordinatore del progetto	Annuale
3	Invio del materiale predisposto ai MMG e PLS	Coordinatore del Progetto	Annuale
	Inizio della vaccinazione alle categorie a rischio	Coordinatore del progetto	Annuale
	Riunioni periodiche del Gruppo vaccini	Coordinatore del Progetto	Annuale

6 - Sorveglianza sulla tubercolosi

N.	AZIONE	RESPONSABILITA'	SCADENZA
1	Riunione del gruppo vaccini della Zona Val di Chiana con esplicitazione del Progetto e richiesta di adesione allo stesso	Coordinatore del Progetto	31/12/12
2	Elaborazione di un documento con esplicitazione del progetto da inviare ai MMG e PLS	Coordinatore del progetto	31/01/13
3	Invio del materiale predisposto ai MMG e PLS	Coordinatore del Progetto	28/02/13
4	Inizio della vaccinazione alle categorie a rischio	Coordinatore del progetto	31/03/12
5	Riunioni periodiche del Gruppo vaccini	Coordinatore del Progetto	Annuale

RISULTATI ATTESI

Miglioramento dell'azione di coordinamento dei servizi offerti a famiglie, minori ed immigrati a garanzia dell'unitarietà dell'intervento anche se affidato a soggetti erogatori molteplici e differenti.

INDICATORI DI PROCESSO E DI SALUTE

1- Costituire il censimento dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di famiglie, minori e immigrati

N°	AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' / SCADENZA
1	Scrittura della lettera di presentazione del progetto ed invio alla lista dei referenti.	Disponibilità della lettera Protocollo di invio	Atti SDS	SI		
2	Riunione con i referenti, esplicativa delle finalità del progetto e di acquisizione delle disponibilità reali.	Verbale Riunione Lista nomi	Atti SDS	SI		
3	Creazione di un gruppo operativo e revisione della lista dei referenti.	Verbale nomina gruppo e referenti	Atti SDS	SI		
4	Invio ai referenti dello strumento di rilevazione adottato.	Disponibilità del protocollo invio	Atti SDS	SI		
5	Riempimento dello strumento di rilevazione con l'indicazione anche delle carenze e dei bisogni.	Stampe invii telematici	Atti SDS	SI		
6	Analisi dei dati ricevuti ed eventuali ripetizioni dell'azione 4.	Relazione sui dati	Atti SDS	SI		
7	Effettuazione del censimento e relazione sui dati relativi a carenze e	Report finale con censimento e dati	Atti SDS	SI		

	bisogni.					
8	Diffusione dello stesso.	N°iniziative di informazione/divulgazione	Atti SDS	SI		
9	Riunioni periodiche di aggiornamento ed implementazione del censimento	N° riunioni/anno	Verbali delle riunioni	SI		

2 - Definire la banca dati dei soggetti istituzionali e sociali che si occupano di famiglie, minori e immigrati

AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Relazione tecnica di proposta per la definizione del "Comitato per la rete di comunicazione tra i servizi offerti a famiglie, minori, immigrati della Società della Salute"	Disponibilità della relazione	Atti SDS	SI		
Istituzione del Comitato e nomina dei componenti tramite delibera che ratifichi anche il presente progetto.	Ratifica della delibera	Atti SDS	SI		
Definizione di un protocollo d'intesa che definisca compiti, strumenti e modalità di azione nell'ambito della rete di comunicazione e coordinamento	Disponibilità del protocollo	Atti SDS	SI		
Sottoscrizione	Sottoscrizione del	Atti SDS	SI		

da parte di tutti i soggetti sociali e operatori del un protocollo d'intesa che definisca compiti, strumenti e modalità di azione nell'ambito della rete di comunicazione e coordinamento	protocollo				
Riunioni periodiche del Comitato	N. riunioni / anno	Verbalì delle riunioni	4		Da Gennaio 2014 a Dicembre2016
Conferenza annuale dei servizi e pubblicazione dell'annuario	N. conferenze / anno	Verbale della riunione	1		Da Gennaio 2014 a Dicembre2016
Realizzazione di iniziative di comunicazione, divulgazione, informazione e formazione	N. di iniziative di comunicazione all'utenza	Atti SDS	Monitoraggio	Tutto il periodo	Da Gennaio 2013 a Dicembre2016
	N. di corsi di formazione agli operatori	Atti SDS	Monitoraggio	Tutto il periodo	Da Gennaio 2013 a Dicembre2016

3 - Favorire l'uso dello strumento informatico come strumento di comunicazione tra i soggetti istituzionali e sociali ma anche tra questi e l'utenza

AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA'
Utilizzo dello strumento informatico in modo esclusivo tra i soggetti partecipanti al progetto	Risultati del rapporto di audit	Direzione SDS	Uso esclusivo		Semestrale
Utilizzo della PEC (posta elettronica certificata) e della firma elettronica come strumento di trasmissione ufficiale della documentazione informatico in modo esclusivo tra i soggetti partecipanti al progetto	Risultati del rapporto di audit	Direzione SDS	Uso esclusivo		Semestrale
Predisposizione di mail list tra i soggetti partecipanti ma anche degli utenti e degli interlocutori esterni per la gestione strutturata di newsletter	N. di mail list regolarmente utilizzate	Direzione SDS	>1		Semestrale

Realizzazione della pagina web specifica dei soggetti istituzionali e privati che si occupano di interventi e servizi a famiglie, minori e immigrati realizzata all'interno del sito www.sdsvaldichianasenesese.it	Disponibilità della pagina web	Sito SdS	SI		
	N. di verifiche sull'aggiornamento e la manutenzione della pagina web	Registro delle verifiche	9		Semestrale
Formalizzazione e attuazione del regolamento per l'uso dello strumento informatico, la banca dati dei soggetti istituzionali e privati che si occupano di interventi e servizi a famiglie, minori e immigrati la gestione della pagina web	Delibera del Direttore della SdS del regolamento per l'uso dello strumento informatico	Sito SdS	SI		
	N. di verifiche sull'attuazione del regolamento	Registro delle verifiche	9		Semestrale

5 – Vaccinazione Epatite A

AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Riunione del gruppo vaccini della Zona Val di Chiana con esplicitazione del Progetto e richiesta di adesione allo stesso	Verbale nomina gruppo e referenti	Direzione SDS			Annuale
Elaborazione di un documento con esplicitazione del progetto da inviare ai MMG e PLS	Disponibilità della relazione	Direzione SDS			Annuale
Invio del materiale predisposto ai MMG e PLS	Mailing list regolarmente utilizzate	Direzione SDS			Annuale
Inizio della vaccinazione alle categorie a rischio	N. vaccinazioni / anno	Registri vaccinali			Annuale
Riunioni periodiche del Gruppo vaccini	N. riunioni / anno	Verbalì riunioni			Annuale

6 – Sorveglianza tubercolosi

AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA' /SCADENZA
Riunione del gruppo vaccini della Zona Val di Chiana con esplicitazione del Progetto e richiesta di adesione allo stesso	Verbale nomina gruppo e referenti	Direzione SDS			Annuale
Elaborazione di un documento con esplicitazione del progetto da inviare ai MMG e PLS	Disponibilità della relazione	Direzione SDS			Annuale
Invio del materiale predisposto ai MMG e PLS	Mailing list regolarmente utilizzate	Direzione SDS			Annuale
Inizio della vaccinazione alle categorie a rischio	N. vaccinazioni / anno	Registri vaccinali			Annuale
Riunioni periodiche del Gruppo vaccini	N. riunioni / anno	Verbalì riunioni			Annuale

Cap. 9.3: Prevenzione, rilevamento e riduzione del disagio della popolazione della Valdichiana

TITOLO

Prevenzione, rilevamento e riduzione del disagio della popolazione della val di chiana senese

IDENTIFICATIVO AREA TEMATICA

Cittadini diversamente abili, affetti da disagio psichico, dipendenti e popolazione generale.

OBIETTIVO GENERALE

- Prevenire, rilevare e ridurre il “Disagio” della popolazione della Val di Chiana Senese, con particolare attenzione alle categorie fragili identificate dall'Area Tematica.
- Ampliamento delle reti esistenti e formazione di nuove.

OBIETTIVO SPECIFICO

1. Contribuire all'integrazione scolastica dei giovani con qualsiasi tipo di disabilità/difficoltà.
2. Incrementare gli interventi extrascolastici rivolti ad individui fragili di ogni età per promuoverne la socializzazione.
3. Interventi in età post-scolastica per l'acquisizione, il recupero o il mantenimento di abilità professionali finalizzate ad un percorso lavorativo mirato.
4. Lavoro: collaborazione più fattiva con il Centro per l'Impiego e rivalorizzazione delle Cooperative Sociali.
5. Abitare: sensibilizzare le Amministrazioni Comunali per prevedere nei regolamenti per l'assegnazione delle case pubbliche quote da riservare al Servizio di Salute Mentale Adulti.
6. Creazione di un Gruppo Appartamento per le fasi avanzate del reinserimento sociale per utenti della salute mentale adulti.
7. Trasporti: integrazione delle risorse in ambito sociale per favorire la mobilità intrazonale di soggetti svantaggiati (censire ed ottimizzare le risorse private, esaminare le possibilità di contribuire al costo carburante, richiedere una piccola modifica dell'itinerario seguito dal servizio pubblico nei pressi dell'Ospedale di Nottola).
8. Associazionismo: promuovere ed implementare un coordinamento tra le Associazioni presenti sul territorio.

SOGGETTI/STRUTTURE COINVOLTI

- U.F. Segretariato Sociale, U.F. DISM, U.F. SER.T., U.F. Consultorio.
- Istituti Scolastici.
- Amministrazioni Locali.
- Associazioni (Privato Sociale, di genitori, familiari, giovanili, sportive, contrade, ecc.).

COORDINATORE DEL PROGETTO

Dott. Massimo Paterni

BENEFICIARI DEL PROGETTO

Categorie individuate nell'Area Tematica (cittadini diversamente abili, affetti da disagio psichico, dipendenti), popolazione generale con particolare attenzione ad adolescenti ed anziani.

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

Isorisorse, con possibilità di accedere ad eventuali finanziamenti privati o (nel futuro) pubblici

BREVE DESCRIZIONE GENERALE

Il Progetto si riallaccia a quello sul Disagio Giovanile presente nel precedente P.I.S. e quindi conclusosi nel Dicembre 2011 e al P.I.S. 2006/2008 per quanto riguarda il Disagio Mentale. Rispetto a quanto fatto in passato, quest'iniziativa amplia i destinatari che non sono più solo giovani ma comprendono la popolazione generale con particolare riferimento alle categorie specificate nell'Area Tematica.

L'intento è quello di ridurre il disagio psico-socio-esistenziale, al fine di migliorare la qualità della vita della persona e della famiglia partendo dai punti di forza esistenti e promuovendo resilienza e costruttività.

AZIONI SPECIFICHE, TEMPI DI REALIZZAZIONE E/O LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

	AZIONE	RESPONSABILITA'	SCADENZA
1	Creazione di un Gruppo di Coordinamento del Progetto.	Responsabile progetto	
2	Creazione di un Gruppo di Lavoro Aziendale, con identificazione di nominativi e disponibilità oraria. Sarà richiesta la collaborazione di tutte le UU.FF. coinvolte nel Progetto e sopra specificate.	Responsabile progetto	
3	Allargamento del Gruppo di Lavoro ad operatori esterni disponibili a collaborare al Progetto anche frequentando i percorsi formativi specifici di cui al punto seguente.	Responsabile progetto	
4	Organizzazione di percorsi formativi comuni che coinvolgano come docenti/discenti sia il personale ASL che quello delle Associazioni	Responsabile progetto	
5	Presenza di operatori appropriati in ambiente scolastico per potenziare l'attività istituzionale dei C.I.C.	Responsabile progetto	
6	Impiego di volontari opportunamente formati	Responsabile progetto	
7	Riattivazione delle reti esistenti e costituzione di nuove, con il coinvolgimento aggiuntivo di agenzie formative e Centro per l'Impiego.	Responsabile progetto	
8	Costituzione di un coordinamento di tutte le iniziative rivolte agli adolescenti, con compiti di programmazione ed ottimizzazione.	Responsabile progetto	
9	Costituzione di un coordinamento tra le associazioni finalizzato alla mappatura di quanto disponibile ed all'ottimizzazione del suo impiego.	Responsabile progetto	

RISULTATI ATTESI

- Sostegno all'inserimento ed alla socializzazione;
- Prevenzione e rilevamento di disturbi alimentari, discontrollo degli impulsi, uso di sostanze
- ed altre dipendenze, prodromi di sofferenza psichica;
- Consulenza / presa in carico (ove necessario) attraverso l'invio alle Strutture di competenza
- Prosecuzione del Progetto "Ti ho chiamato per nome" finalizzato alla pedagogia dei genitori.
- Interventi domiciliari rivolti a persone diversamente abili, affetti da disagio psichico, anziani, che abbiano l'intento di stimolare un tempo libero qualificato.
- Organizzazione di laboratori professionali finalizzati all'acquisizione di abilità lavorative.
- Sensibilizzazione di Aziende Pubbliche e Private per l'affidamento di commesse alle Cooperative Sociali.

INDICATORI DI PROCESSO E DI SALUTE

AZIONE	INDICATORE	FONTE DATI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VALORE OSSERVATO	PERIODICITA'
Creazione Gruppo di Coordinamento	Delibera SDS	Direzione SDS			Annuale
Creazione del Gruppo di Lavoro Aziendale	Delibera del Direttore SDS	Direzione SDS			Annuale
Allargamento agli operatori del volontariato	N° associazioni coinvolte	Direzione SDS			Annuale
Organizzazione del percorso formativo comune	Testo prodotto	Direzione SDS			Annuale
Creazione del Gruppo di Coordinamento interventi sugli adolescenti	Delibera SDS	Registro apposito			Annuale
Raggiungimento degli Istituti Scolastici Superiori	N° istituti scolastici interessati	Direzione SDS	50% degli Istituti		Annuale
Raggiungimento degli Istituti Scolastici Inferiori	N° istituti scolastici interessati	Direzione SDS	50% degli Istituti		Annuale
Formazione dei volontari che lo avranno richiesto	Corsi formazione	Direzione SDS	50 % dei volontari		Annuale
Allargamento della formazione di reti ai Comuni della Val di Chiana	Corsi Formazione	Direzione SDS	60% dei Comuni della Val di Chiana		Annuale

Cap. 9.4: Manutenzione del set minimo di indicatori regionali

TITOLO:

Manutenzione del set minimo di indicatori regionali

IDENTIFICATIVO AREA TEMATICA:

Popolazione generale, anziani, disabili

OBIETTIVO GENERALE:

Approfondimento e ricerca di dati sullo stato di salute della popolazione della Valdichiana, al fine di definire, indirizzare ed avviare interventi di prevenzione e tutela della salute.

OBIETTIVI SPECIFICI:

Indagine sulla diffusione ambientale e incidenza dei tumori in Valdichiana

Indagine sugli incidenti domestici

Indagine sulle condizioni di comfort e benessere nelle RSA

SOGGETTI E STRUTTURE COINVOLTI:

Dipartimento di prevenzione, Organismi ed Associazioni di rappresentanza della popolazione

COORDINATORE DEL PROGETTO:

Dott. Fausto Scricciolo

BENEFICIARI DEL PROGETTO:

popolazione generale, ospiti delle RSA in particolare

FINANZIAMENTO DEL PROGETTO:

le attività saranno svolte dagli operatori in i servizio

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO:

9. Riportare su un sistema informativo geografico (strumento informatico che consente una rappresentazione ed analisi geografica dei dati raccolti) il registro tumori della Valdichiana al fine di individuare zone di incidenza prevalente ed indagare le possibili cause.
10. Raccolta ed elaborazione dei dati del Pronto Soccorso di Nottola al fine di valutare entità e tipologia dei casi
11. Indagine ambientale sui parametri di microclima in estate ed in inverno nelle strutture della Valdichiana

AZIONI SPECIFICHE, TEMPI DI REALIZZAZIONE, LOCALIZZAZIONE INTERVENTI:

Raccolta, elaborazione ed inserimento dei dati su sistema informativo geografico.

Analisi e valutazione delle evidenze. Comunicazione dei risultati

Definizione modalità di censimento, Organizzazione sistema e raccolta dei dati.

Analisi e valutazione delle evidenze. Comunicazione dei risultati

Individuazione delle strutture da indagare. Elaborazione metodo di indagine. Esecuzione indagine e rilievi strumentali. Adozione dei provvedimenti laddove necessari,. Comunicazione esito e risultati dell'attività

RISULTATI ATTESI:

1. Raccolta dati, eventuale individuazione di problematiche e/o aree di particolare interesse per la tutela della salute, aggiornamento indicatori.
2. Raccolta dati, eventuale individuazione di casistiche e/o problematiche di particolare interesse per la tutela della salute, aggiornamento indicatori.
3. Riscontro sulle condizioni di benessere e comfort delle RSA ed eventuale adeguamento laddove risultati necessario.

INDICATORI DI PROCESSO E DI SALUTE

- Numero casi rilevati e censiti / Numero casi annotati nel registro tumori.
- Numero casi rilevati e censiti / Numero casi annotati dalle strutture di soccorso.
- Numero di strutture indagate / Numero di strutture presenti

DI RISULTATO:
evidenze prodotte

10 - BIBLIOGRAFIA

Maddalena Colombo (2008); *Cittadini nel welfare locale. Una ricerca su famiglie, giovani e servizi per i minori*; in: Politiche e servizi sociali - Sociologia della famiglia; Franco Angeli, Milano.

Blangiardo G.C. (2010), *Una nuova fotografia dell'immigrazione straniera in Italia: aggiornamenti e prospettive*, in: Fondazione Ismu, Sedicesimo Rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli, Milano.

Rapporto Annuale: la situazione del Paese nel 2008. ISTAT. 2009.

Annamaria Urbano (2008); *Evoluzione e nuove tendenze dell'instabilità coniugale*; ISTAT - Argomenti n. 34

A. Donia Sofio, M. Meneguzzo, F.S. Mennini, F.Spondonaro *Evoluzione della Spesa Sanitaria in Italia e nei Paesi OCSE*, in Rapporto CEIS Sanità 2006, Health Communication, 2006.

UE - I Genitori risentono dell'insufficienza dei servizi per l'infanzia; Relazione dell'unione Europea; Bruxelles, 3 Ottobre 2008

F. Lattanzio, C. Mussi, E. Scafato, C. Ruggiero, G. Dell'Aquila, M.G. Cupido, C. Pedone, F. Mammarella, L. Galluzzo, G. Salvioli, U. Senin; P.U. Carbonin, R. Bernabei, A. Cherubini (2011); "Health care for older people in Italy: the U.L.I.S.S.E. project"; *G Gerontol*; 59:147-154.

A. Perra e L. Biscaglia (2009); "È partito il progetto Passi d'Argento: un occhio attento alla salute e al ruolo della terza età nella società italiana"; *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, Notiziario ISS Volume 22 numero 3. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, Notiziario ISS; Volume 22, Numero 3.

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario (2011);. "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010"; Ministero della Salute.

R. Bottai, M. Menchini (2009); *"La guida della salute 2009 - Siena"*; Regione Toscana – Servizio Sanitario.

BIBLIOGRAFIA

Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), Organizzazione Mondiale Sanità, Trento, Erickson, 2001.

Organizzazione Mondiale della Sanità, World report on disability 2011.

Articolo 3, Legge Quadro n° 104 del 5 Feb 1992

Antonella Gigantesco, Angelo Picardi "World Mental Health Day 2011: una politica per la promozione della salute mentale" Cnesps-Iss
Ministero della Salute; Direzione Generale della Prevenzione – Salute Mentale; 2012

Renato Piccione; "Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia: significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale"; Franco Angeli 2004

Regione Toscana; Salute e territorio; Anno XXVII - Maggio-Giugno 200).

Agenzia Sanitaria Regionale – Marche - Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze (2009)
La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi

Regione Toscana: “Indirizzi per l’attuazione della sanità d’iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio – ospedale – territorio”