



# **Profilo di salute**

## **2016**

Società della Salute Pistoiese

## Sommario

1.	Quadro socio-demografico.....	3
	Come cambia la popolazione. Un'analisi interna alla zona .....	3
	Popolazione residente: principali caratteristiche di struttura.....	3
	FOCUS: POPOLAZIONE MIGRANTE E SALUTE .....	6
	Famiglia e nuclei familiari .....	14
	FOCUS: LE SOLITUDINI CHE ATTRAVERSANO LE NOSTRE CITTÀ E I NOSTRI PAESI.....	16
	Casa non sempre dolce casa .....	25
2.	I determinanti di salute .....	26
	Il sistema socio economico e la struttura produttiva .....	26
	Le imprese.....	26
	Lavoro e occupazione .....	28
	Reddito e pensioni .....	30
	L'aumento delle povertà .....	31
	Stili di vita e comportamenti.....	33
	Abitudini alimentari.....	33
	Attività fisica.....	34
	Adolescenti e Stili di Vita.....	35
3.	Lo stato di salute .....	37
	I principali indicatori.....	37
	Speranza di vita .....	37
	Mortalità generale .....	38
	Principali cause di morte.....	39
	I tumori .....	45
	FOCUS: ASSISTENZA PAZIENTI ONCOLOGICI.....	48
	Malattie infettive e riemergenti .....	50
	Vaccinazioni.....	51
	FOCUS: LA CRONICITA'.....	53
	FOCUS: DISABILITA' .....	62
	FOCUS: SALUTE MENTALE .....	71
	Le demenze.....	75
	FOCUS: LA MALATTIA DI ALZHEIMER.....	75
4.	Il terzo settore e l'associazionismo.....	80

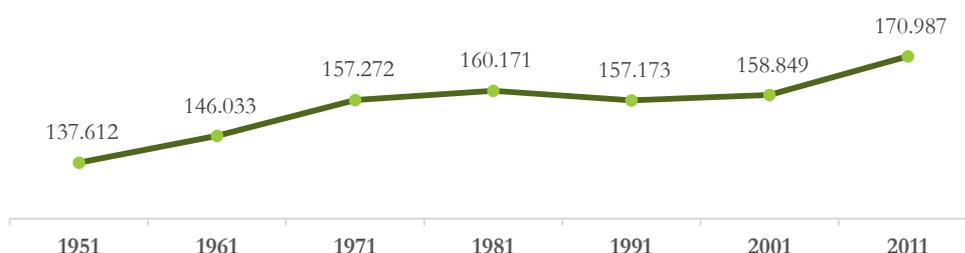
# 1. Quadro socio-demografico

## *Come cambia la popolazione. Un'analisi interna alla zona*

### **Popolazione residente: principali caratteristiche di struttura**

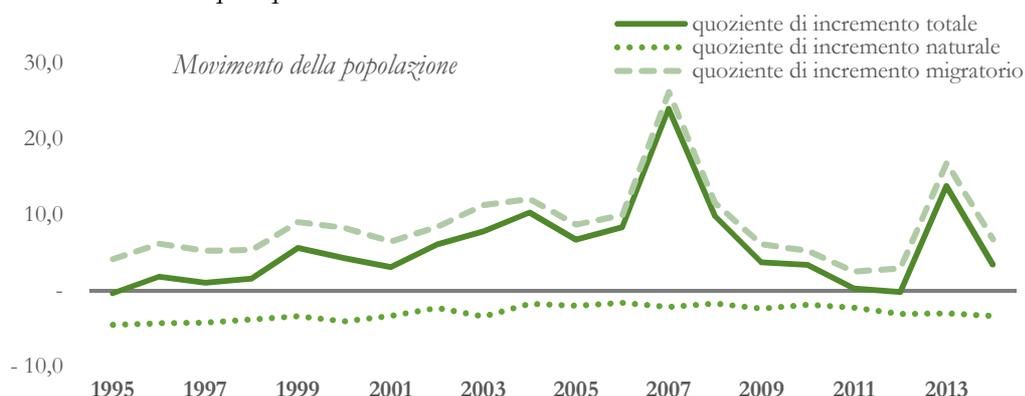
Al 31.12.2014 sono 171.883 i residenti nella zona pistoiese; rappresentano il 59% della popolazione della provincia di Pistoia e il 2,6% della popolazione dell'intera regione toscana.

*Popolazione residente ai censimenti 1951- 2011*

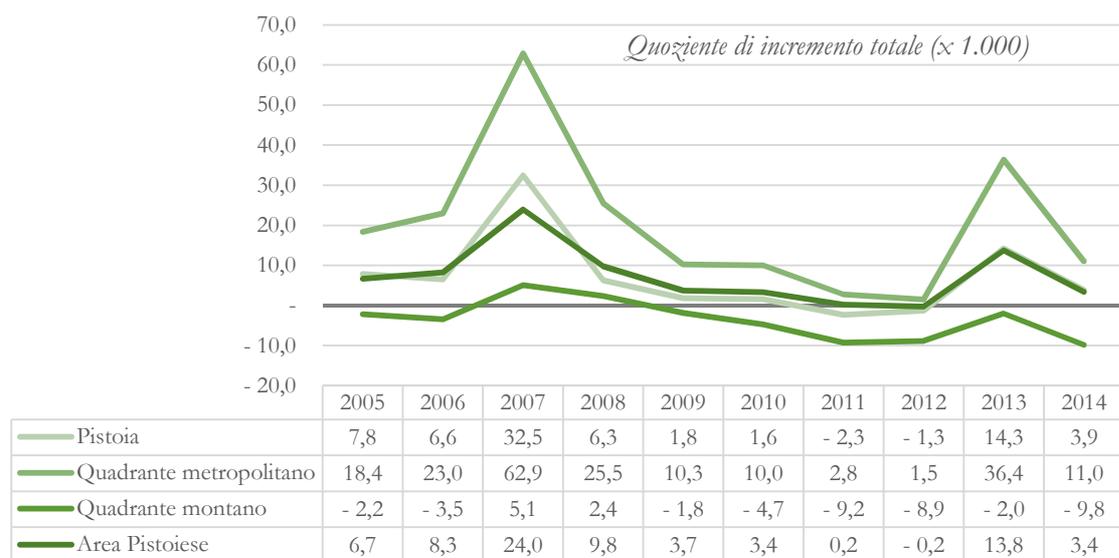


Osservando i risultati delle rilevazioni censuarie, dal dopoguerra la popolazione nella zona pistoiese è cresciuta di oltre 33.000 unità nonostante la flessione durata circa un ventennio che si è avuta, come in tutta la Toscana, dal 1981 al 2001. All'ultimo censimento la ripresa si è avuta grazie all'arrivo di oltre 12.000 residenti in massima parte di nazionalità straniera.

Il fenomeno migratorio è infatti in grado di contrastare l'ormai ventennale negatività del movimento naturale. Il quoziente di incremento totale, che dà la misura di quanto aumenta o diminuisce la popolazione ogni 1.000 residenti, ha mantenuto nella nostra zona sempre segno positivo anche se ha registrato un forte decremento nel quinquennio 2007-2012.

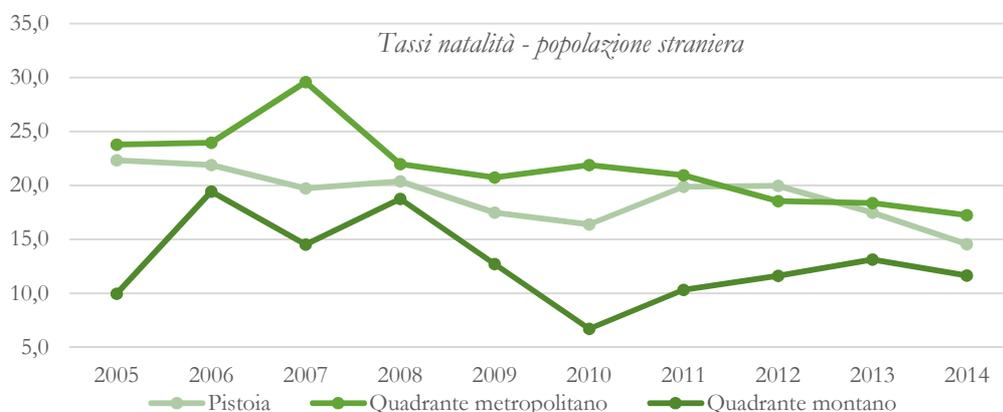
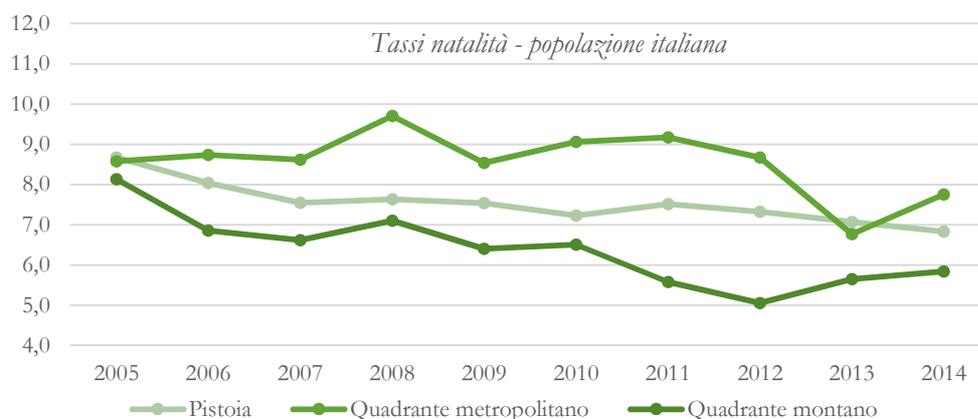


Se analizziamo la nostra zona vediamo sul territorio andamenti diversi all'interno dei quadranti che lo compongono e grande irregolarità negli anni, dovuta anche ai mutamenti legislativi in tema di immigrazione e alle decisioni europee in tema di ingresso di nuovi paesi nell'UE (vedi Bulgaria e Romania nel 2007). La crescita più sostenuta si è registrata nel quadrante metropolitano che comprende i comuni di Agliana, Montale, Quarrata e Serravalle Pistoiese; il quadrante montano, nel cui comprensorio sono stati considerati i comuni Abetone, Cutigliano, Marliana, Piteglio, Sambuca e San Marcello Pistoiese, invece sta registrando una graduale decrescita.



—●— Pistoia   
 —●— Quadrante metropolitano   
 —●— Quadrante montano   
 —●— Area Pistoiese

L'altro elemento che incide sul cambiamento della popolazione è il movimento naturale. Un fenomeno ampiamente conosciuto e studiato è quello della maggiore natalità straniera rispetto alla popolazione italiana. Si nota infatti anche nella nostra zona i tassi di natalità di gran lunga superiori tra la popolazione straniera. Il quadrante metropolitano ha tassi di natalità più alti rispetto agli altri sia tra la popolazione italiana che tra quella straniera.

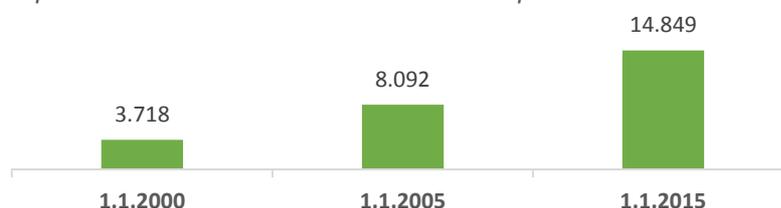


In generale la natalità sembra mantenersi costante più nelle famiglie italiane che in quelle straniere in cui il tasso di natalità pare avere un trend decrescente. Questo

potrebbe essere letto come un adeguamento dei nuovi venuti alla struttura sociale di accoglienza, vedendo un graduale adeguamento degli stranieri ai modelli e agli stili di vita della società ospitante.

L'incremento della presenza di cittadini stranieri è un fenomeno strutturale, stabile e costante ormai da venti anni sia sul territorio toscano che su quello nazionale.

*Popolazione residente straniera nella zona pistoiese*

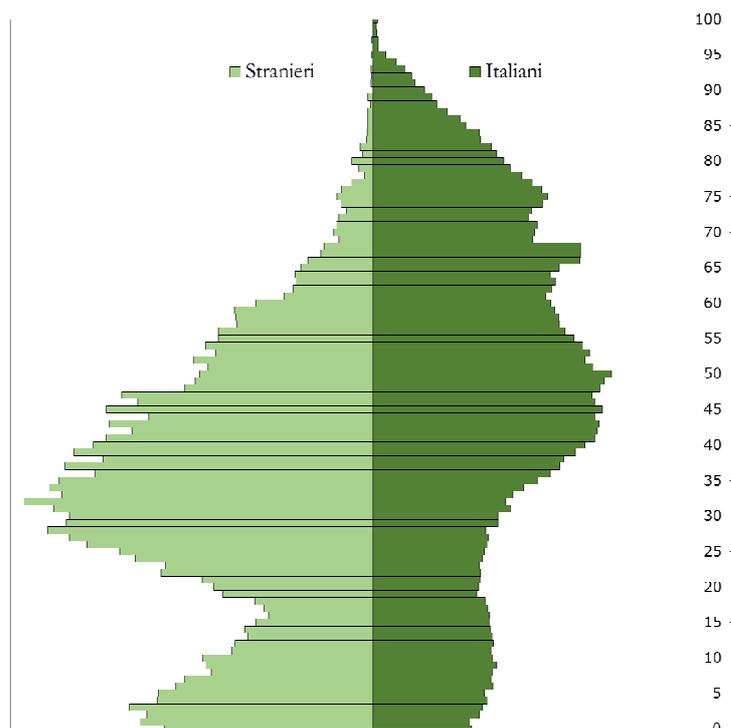


Dal 2000 ad oggi la presenza di stranieri nella nostra zona è quadruplicata, rappresenta circa il 9% della popolazione della zona con la maggioranza del genere femminile. Le nazionalità maggiormente presenti sul territorio della zona pistoiese sono prima fra tutte quella albanese che rappresenta poco meno della metà degli stranieri presenti (48%), seguite a distanza dai rumeni che sono circa il 19% e dai marocchini (9%).

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	Incremento dal 1.1.10	Incremento dal 1.1.00
<i>Albania</i>	3.653	3.464	7.117	1,1	4,4
<i>Romania</i>	947	1.802	2.749	1,0	19,6
<i>Marocco</i>	678	611	1.289	0,9	2,6
<i>Rep. Popolare Cinese</i>	196	196	392	1,9	3,8
<i>Nigeria</i>	168	174	342	3,1	7,8
<i>Filippine</i>	122	198	320	1,0	1,7
<i>Pakistan</i>	181	81	262	4,0	16,4
<i>Polonia</i>	52	201	253	0,7	5,1
<i>Ucraina</i>	39	186	225	1,2	14,1
<i>Moldova</i>	58	151	209	1,1	104,5
<i>Federazione Russa</i>	24	99	123	1,1	4,9
<i>Germania</i>	28	60	88	1,0	1,0
<i>Brasile</i>	17	70	87	0,9	2,0
<i>Cuba</i>	15	49	64	0,8	2,4
<i>Regno Unito</i>	21	40	61	0,7	0,9
<i>Altre nazionalità</i>	511	757	1.268	1,0	1,9
<i>Totale Area</i>	6.710	8.139	14.849	1,1	4,1

Tali evidenze fanno ben comprendere quanto già accennato a proposito dell'andamento della popolazione ossia circa l'apporto dei nuovi arrivi di cittadini stranieri sulla ripresa demografica generale registrata da oltre dieci anni.

E' ben evidente inoltre la differenza nella struttura per età tra italiani e stranieri:



L'età media della popolazione straniera è pari a 33 anni contro i 47 della popolazione italiana. E' chiaro quindi come la diversa struttura influisce sul ringiovanimento della popolazione residente e sul ricambio della popolazione in età attiva.

## ***FOCUS: POPOLAZIONE MIGRANTE E SALUTE***

### **PREMESSA**

Il diritto di accedere alle cure sanitarie in condizioni di effettiva parità per tutti, cittadini italiani e cittadini stranieri, è sancito dall'**art.32 della Costituzione repubblicana**, dall'**art.35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea** e dalla **legislazione ordinaria**. L'Italia di oggi attraversa profondi cambiamenti sociali e culturali, di fronte ai quali è necessario fornire risposte tempestive al fine di rendere concretamente esigibile tale diritto. Infatti esistono disparità di accesso ai servizi che mettono in luce le fragilità di alcuni gruppi di popolazione a rischio di emarginazione e fra questi le popolazioni migranti sperimentano situazioni specifiche di difficoltà nel comunicare i propri bisogni di salute. D'altro lato subiscono la presenza di stereotipi e pregiudizi che rendono ancora più complessa questa comunicazione. Manca inoltre una condivisione piena e consapevole presso gli operatori sanitari della complessità delle procedure che riguardano le persone migranti, soprattutto nell'ambito dell'applicazione concreta delle normative specifiche. Occorre dunque uno sforzo teso a migliorare l'erogazione delle prestazioni sanitarie rivolte a tutte le categorie di cittadini, con l'obiettivo di includere tutte le persone nel SSN in condizioni di effettiva parità e nella consapevolezza che lavorare per rispondere ai bisogni di salute delle categorie di popolazione più fragili significa migliorare il benessere collettivo, contribuendo nel contempo allo sviluppo di una cultura inclusiva e civile, che metta sempre al centro dei propri interessi la persona umana e la sua felicità.

Per la redazione del Profilo di Salute della zona socio-sanitaria pistoiese, che ha come scopo l'identificazione dei bisogni del territorio quale indagine propedeutica

alla successiva adozione del Piano integrato di Salute, sono stati realizzati dei focus tematici per approfondire i singoli argomenti. Il presente documento contiene le considerazioni emerse durante i focus dedicati alla salute delle popolazioni migranti e alcuni approfondimenti sulle principali questioni suggerite dai partecipanti.

## **DATI SULLA POPOLAZIONE**

### **Cittadini stranieri in Toscana (01/01/2015)**

Residenti stranieri in Toscana	Residenti stranieri in Italia	% residenti stranieri in Toscana
<b>395.573</b>	<b>5.014.437</b>	<b>10,54%</b>

### **Cittadini stranieri a Pistoia (01/01/2015)**

Residenti stranieri provincia	% stranieri provincia sul totale della popolazione residente	Residenti stranieri nell'area SdS pistoiese	% sul totale dei residenti stranieri in provincia
<b>27.510</b>	<b>9,40%</b>	<b>14.849</b>	<b>53,97%</b>

Secondo i dati ISTAT, al 1° gennaio 2015 erano **residenti in Italia 5.014.437** cittadini non italiani, compresi i cittadini comunitari, pari all'**8,2%** della popolazione residente.

La comunità più numerosa proviene dalla Romania. Seguono l'Albania e il Marocco.

Sempre secondo ISTAT, in **Toscana** risiedono alla stessa data **395.573 cittadini stranieri**, pari al **10,54%** sulla popolazione totale, con un incremento del +2,1% rispetto all'anno precedente. Anche qui la comunità più numerosa proviene dalla Romania (21,0% sul totale degli stranieri presenti), seguita dall'Albania (17,8%). In Toscana troviamo al terzo posto la comunità proveniente dalla Repubblica Popolare cinese (11%), concentrata soprattutto nelle province di Prato e Firenze.

I dati ISTAT relativi alla **provincia di Pistoia** conteggiano **27.510 persone straniere** regolarmente presenti, pari al **9,40%** sul totale della popolazione residente.

L'area geografica di riferimento della **SdS pistoiese**, di cui fanno parte undici comuni, compreso il capoluogo di provincia, ospita **14.849 stranieri residenti**, pari al 53,97% sul totale degli stranieri presenti in provincia. Esaminando i dati, emerge che le nazionalità più rappresentate in quest'area sono l'albanese, la romena e la marocchina, con una netta prevalenza della comunità romena nei comuni montani (Abetone, Cutigliano, Piteglio, San Marcello pistoiese) e della comunità albanese nell'area del capoluogo e della Piana (Pistoia, Agliana, Quarrata). L'incidenza percentuale maggiore della popolazione straniera sul totale dei cittadini residenti si registra nel comune di Quarrata, dove gli stranieri costituiscono il 10,8% della popolazione residente.

## **SERVIZI TERRITORIALI DEDICATI**

### **SPORTELLI INFORMATIVI PER MIGRANTI**

Ogni Comune, attraverso risorse proprie, ha realizzato Sportelli informativi per migranti che normalmente vengono gestiti in convenzione con il privato sociale.

Offrono informazioni e consulenza su tutte le questioni legate al fenomeno migratorio, svolgono attività di supporto al cittadino per la richiesta e il rinnovo dei titoli di soggiorno, consulenza legale, orientamento ai servizi del territorio, anche in ambito sanitario. Anche i Patronati e le Associazioni di volontariato presenti nel territorio dei vari comuni offrono servizi di ascolto, consulenza e orientamento, oltre che disbrigo pratiche relative ai permessi di soggiorno (Patronati) e prima accoglienza per i bisogni primari dei cittadini in condizioni di disagio socio-economico (Associazioni di volontariato).

### **SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE IN AMBITO SANITARIO**

Esiste un servizio di mediazione linguistico-culturale attivo presso l'Ospedale San Jacopo di Pistoia e presso il Centro Donna di Pistoia, oltre che a supporto delle attività del reparto materno-infantile dell'Ospedale stesso. Il servizio prevede la presenza fissa di mediatori e mediatrici delle principali lingue di riferimento dei migranti presenti sul territorio. Il servizio contiene anche la possibilità di avvalersi del cosiddetto *Help Voice*, un interpretariato telefonico in più di cento lingue al quale il personale sanitario può accedere attraverso un numero verde e un successivo codice.

### **ACCOGLIENZA DEI PROFUGHI, RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI**

Il territorio pistoiese, fin dalla primavera del 2014, si è mobilitato per venire incontro agli obblighi internazionali e interni che impongono il dovere di accoglienza nei confronti di profughi e richiedenti asilo, che proprio in quel periodo hanno cominciato a giungere in numeri di un certo rilievo.

I sistemi di accoglienza dei profughi e richiedenti asilo sono due: una prima accoglienza, la cui gestione è in capo alle Prefetture, e un'accoglienza di secondo livello (progetti SPRAR – Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) la cui gestione è in capo al Ministero dell'Interno e all'ANCI – Associazione Nazionale dei Comuni Italiani.

Fra Prima accoglienza e SPRAR, il territorio della provincia di Pistoia ospita circa 500 richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale. Tutti i soggetti ospitati, come da Protocollo della Regione Toscana, sono stati vaccinati con i richiami di polio-difterite-tetano e dotati fin dall'ingresso sul territorio di tesserino STP (tessera sanitaria riservata agli stranieri temporaneamente presenti), in attesa dei documenti (ricevuta della domanda di primo permesso di soggiorno e residenza) che consentono loro, dal momento del rilascio in poi, di usufruire dell'assistenza sanitaria al pari dei cittadini italiani.

### **CORSI DI LINGUA ITALIANA L2**

Il territorio pistoiese offre varie occasioni rivolte alla popolazione migrante per l'apprendimento dell'italiano come lingua seconda, attraverso l'attività delle Cooperative sociali esperte nel campo dell'intercultura, che lavorano con il supporto di insegnanti specializzati nell'insegnamento dell'italiano agli stranieri e offrono corsi di lingua italiana L2 sui vari livelli di competenza.

I corsi di lingua italiana per acquisire le competenze linguistiche richieste dall'Accordo di integrazione e dalla normativa relativa al rilascio del permesso di

soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo possono essere frequentati anche presso il Centro Territoriale Permanente (CTP) presente nel comune capoluogo. Alcune associazioni di volontariato, inoltre, offrono corsi di lingua italiana per stranieri, condotti su base volontaria.

### **FATTORI CHE INFLUISCONO SUI BISOGNI DI SALUTE DELLE PERSONE NON ITALIANE**

La disamina dei fattori emersi dai focus e dai colloqui in profondità che influiscono sui bisogni di salute delle persone migranti deve tener conto di una realtà variegata e complessa. Sul territorio abitano: cittadini non comunitari regolarmente presenti; cittadini non comunitari temporaneamente presenti; cittadini non comunitari familiari di cittadini comunitari; cittadini comunitari; profughi, richiedenti asilo, titolari di altre forme di protezione internazionale; rom con cittadinanza non italiana; apolidi; apolidi 'di fatto'. Ciascuno di questi gruppi è o può essere portatore di bisogni di salute diversificati, anche tenuto conto che per le varie categorie di cittadini sopra elencate vigono previsioni normative per alcuni aspetti diverse.

- **COMPLESSITÀ DELLA MATERIA:** il primo fattore che ostacola la concreta fruibilità dei diritti di salute della popolazione migrante è costituito dalle differenti situazioni/status individuali della persona e dalla complessità delle normative di riferimento, all'interno della quale le istituzioni non riescono a calarsi con la necessaria adeguatezza e curiosità.
- **SCARSA CONOSCENZA DELL'ITALIANO:** la competenza linguistica rappresenta un fattore cruciale. La capacità di comunicare adeguatamente nella lingua del Paese ospitante è infatti il primo tassello per costruire un percorso di inclusione virtuoso, nonché per comprendere le norme fondamentali sulle quali si fondano partecipazione e coesione.
- **DIFFERENZE CULTURALI NELLA PERCEZIONE DEI CONCETTI DI 'SALUTE'/'MALATTIA':** i concetti di 'salute', 'malattia' e 'cura' sono condizionati dalla cultura d'appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati. D'altro canto il personale medico non sempre è adeguatamente formato in materia di medicina transculturale.
- **SCARSA CONOSCENZA/CONSAPEVOLEZZA DEI PROPRI DIRITTI DI SALUTE:** l'adeguata conoscenza/scarsa conoscenza da parte degli immigrati dei propri diritti di salute e degli strumenti necessari per esercitare tale diritto è una variabile che incide sull'accesso alle cure. Non tutti i componenti della popolazione migrante presente in Italia, infatti, hanno piena consapevolezza di quello che è loro consentito chiedere ai servizi socio-sanitari territoriali. Hanno difficoltà, inoltre, a districarsi nelle procedure per l'accesso ai servizi, con i loro iter complessi e con tempi variabili per arrivare dalla prescrizione, alla prenotazione, alla fruizione.
- **PAURA/PREGIUDIZI RECIPROCI:** l'utente è circospetto di fronte a un sistema sanitario poco chiaro e di difficile comprensione, in certi casi molto diverso dal sistema sanitario del Paese di partenza. L'operatore, da parte sua, spesso non ha un approccio interculturale all'utente non italiano e si lascia guidare da idee preconcepite (a volte anche pregiudizi positivi, che però falsano la disamina del caso).
- **CONDIZIONI SOCIALI E PERSONALI:** per la popolazione migrante alcuni fattori determinanti, la cui presenza modifica

negativamente lo stato di salute, hanno carattere sociale: le condizioni di lavoro precarie, il disagio abitativo, l'esclusione sociale, le eventuali condizioni di disabilità, la mancanza della rete familiare, la presenza di situazioni di dipendenza, ecc. In generale, soprattutto (ma non soltanto) per le persone straniere, sono le barriere economiche a rappresentare il principale ostacolo per l'accesso alla salute in condizioni di parità.

- **DIFFICOLTÀ DI SPOSTAMENTO E RELATIVE AGLI ORARI DEI SERVIZI:** un fattore che indirettamente incide sull'accesso ai servizi è la difficoltà di spostamento, che riguarda soprattutto le donne migranti, le quali in percentuale maggiore rispetto alle native non hanno disponibilità di mezzi autonomi privati oppure non hanno conseguito la patente di guida. Gli orari di apertura al pubblico dei servizi, inoltre, mal si conciliano con gli impegni lavorativi e con le difficoltà che spesso le persone migranti incontrano nell'ottenere facilmente permessi dal lavoro.

## **BISOGNI DI SALUTE**

Il presente capitolo raccoglie le principali indicazioni emerse dai focus e relative ai bisogni di salute della popolazione migrante, seguite dalle proposte o azioni positive suggerite.

**Procedure non standardizzate.** Una delle maggiori criticità, sottolineata concordemente da tutti i soggetti consultati, riguarda la carenza di omogeneità nell'erogazione di determinati servizi. Spesso tale erogazione cambia con il cambiamento dell'operatore di turno, rendendo disomogenea la fruizione dei servizi stessi. Per intervenire sulla scarsa uniformità delle procedure, potrebbe essere istituito un gruppo di lavoro tecnico/giuridico che si occupi di approfondire la normativa rilevante, sulla base delle *Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana* del novembre 2014, e tenendo presenti le fonti di diritto primarie e la giurisprudenza di settore, e di creare degli strumenti (ad esempio una 'banca dati delle procedure' chiara e fruibile) che consentano di trasmettere informazioni/indicazioni univoche agli operatori, volte ad armonizzare gli interventi e dare risposte univoche all'utenza. In tale contesto si inseriscono, ad esempio, azioni positive volte alla promozione della conoscenza e del pieno e uniforme recepimento dell'*Accordo della Conferenza Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera*, siglato il 20 dicembre 2012 e confluito nelle *Linee Guida regionali* sopra richiamate.

**Formazione/aggiornamento degli operatori:** emerge in generale la carenza di una prevenzione e educazione alla salute in prospettiva interculturale. I vari operatori non devono per forza acquisire competenze in *tutte* le culture, ma è senz'altro necessario che acquisiscano la consapevolezza che il paziente eteroculturale rappresenta oggi un'occasione per recuperare una capacità di ascolto e una sensibilità che la medicina iperspecialistica degli ultimi decenni ha messo in secondo piano. Durante i focus le categorie di operatori sanitari o para-sanitari individuate come obiettivo prioritario di percorsi di formazione continua, volti ad un approccio interculturale, sono soprattutto: gli operatori amministrativi e in generale gli operatori che lavorano in prossimità del cittadino (accettazione, accettazione sanitaria, CUP, portieri); i pediatri di libera scelta; i medici di base. Viene rilevata come urgente la formazione/informazione sulle norme riguardanti

richiedenti asilo e rifugiati (esenzioni, assegnazione del medico di base, orientamento, salute mentale, ecc.), sull'applicazione delle procedure nella prassi amministrativa e sulle discriminazioni, con particolare attenzione alla discriminazione multipla.

**Criticità nell'ambito della mediazione linguistico-culturale.** Mentre tale supporto fondamentale è ben utilizzato nell'area materno-infantile, negli ambulatori consultoriali e in ambito ospedaliero, questa risorsa non viene attivata nelle forme adeguate in altri settori strategici, oppure l'utilizzo del servizio viene reso di difficile attivazione per carenze finanziarie e organizzative. Ad esempio il servizio di mediazione non viene attivato all'atto delle dimissioni ospedaliere, né dal medico di base o dal pediatra di libera scelta, e non viene attivato dai CUP per le visite specialistiche, laddove il ricorso al servizio di mediazione viene richiesto casomai successivamente, come urgenza, in sede della visita stessa e non programmato in sede di prenotazione. A ciò si potrebbe ovviare organizzando opportunamente il servizio presso i CUP, previa opportuna preparazione degli operatori chiamati a una veloce valutazione delle competenze linguistiche dell'utente interessato, predisponendo, per esempio, griglie di valutazione ad uso degli operatori che possano aiutarli nel giudizio delle competenze. La mediazione linguistico-culturale, in sintesi, continua ad essere considerata come una sorta di 'pronto soccorso' *ad adiuvandum* nel momento di difficoltà, ma manca continuità e pianificazione delle azioni: manca una prevenzione e educazione alla salute in prospettiva interculturale.

**Servizio pubblico di etnopsichiatria e etnopsicologia:** un servizio pubblico di etnopsichiatria e etnopsicologia potrebbe rivelarsi utilissimo, ad esempio, nell'ambito dell'accoglienza ai profughi e richiedenti asilo, per il sostegno a giovani soggetti portatori di disabilità provenienti da nuclei familiari immigrati da Paesi non occidentali, nonché per categorie fragili, quali ad esempio le donne vittime di violenza. Sarebbe utile pensare a utilizzare una sussidiarietà di area vasta a livello sovraprovinciale al fine di ottimizzare competenze e risorse, prevedendo l'ingresso di una o più figure professionali specializzate, che possano integrare, in collaborazione con i servizi di mediazione linguistica-culturale, i servizi di salute mentale già operativi sul territorio.

**Utilizzo improprio del Pronto Soccorso ospedaliero:** si tratta di una tendenza comune a tutta la popolazione, in parte motivata da un cambiamento nella percezione del bisogno di salute, che a sua volta risente di molteplici sollecitazioni: maggiori informazioni sulle diverse patologie che provoca maggiore apprensione, disgregazione delle reti familiari e conseguente insicurezza, medico di base che non svolge più la funzione di punto di riferimento esclusivo per i bisogni di salute dell'assistito, minore sensibilità/disponibilità dei pediatri di libera scelta.

Per quanto riguarda nello specifico la popolazione migrante, vi è da considerare che in generale gli immigrati conoscono poco i servizi sanitari e il loro funzionamento; hanno poi problemi di orario, in quanto spesso i loro impegni lavorativi mal si conciliano con la scansione oraria dei servizi pubblici (ad esempio con gli orari di ricevimento del medico di base) e frequentemente hanno difficoltà nell'ottenere permessi dal lavoro, incrementando fra l'altro l'accesso tardivo. La certezza di avere sempre a disposizione un Pronto Soccorso pediatrico incrementa poi la tendenza di alcuni genitori stranieri di rivolgersi direttamente in ospedale, evitando così l'iter necessario per l'appuntamento con il pediatra. A tal proposito sarebbero da attuare campagne informative e di educazione alla salute mirate alla popolazione migrante,

sia sulle opportunità di medicina diffusa presenti sul territorio, per incentivarne l'accesso, che sulla prevenzione di alcune malattie infettive e sull'utilizzo corretto dei farmaci, al fine di evitare gli abusi.

### **Difficoltà di accesso alle cure per specifiche categorie di cittadini.**

**Richiedenti asilo/titolari di protezione internazionale.** questa categoria di migranti incontra specifiche difficoltà, in parte dovute a incertezze nell'applicazione delle norme rilevanti o a scarsa conoscenza della materia da parte degli operatori, non solo dell'ambito sanitario (difficoltà nel vedersi riconosciuto il diritto alla residenza; problemi relativi al diritto all'esenzione dal ticket sui farmaci e sulle visite specialistiche, ecc.), in parte a carenze o disfunzioni (manca la storia sanitaria di chi arriva sul territorio dopo aver trascorso periodi medio/lunghi in altri luoghi d'accoglienza; manca una prassi strutturata per il rilascio di certificazioni o perizie relative a ferite, condizioni sanitarie pregresse, incidenti occorsi, postumi di percosse o torture, ecc., importanti in sede di disamina delle domande di asilo presso le Commissioni Territoriali deputate).

L'altro aspetto del problema messo ripetutamente in evidenza è che, a differenza dei primi mesi in cui i vari soggetti territoriali hanno lavorato all'accoglienza profughi afferente alle Prefetture (dunque dal marzo 2014 fino a circa la fine dell'estate) insieme agli operatori della ASL di Pistoia e della Valdinievole, adesso le visite preliminari ai nuovi arrivati vengono effettuate sbrigativamente, in locali inadeguati e non pertinenti, pregiudicando di fatto una puntuale disamina delle eventuali patologie, soprattutto di quelle che necessitano di una strumentazione adeguata e di locali idonei per essere diagnosticate con sufficiente accuratezza.

**Persone senza fissa dimora o temporaneamente presenti.** Risultano necessari chiarimenti e uniformità di trattamento per le persone migranti senza fissa dimora, in particolare in riferimento al tema della continuità delle cure post dimissioni ospedaliere. I migranti che appartengono a questa categoria, ancor più dei loro omologhi italiani, versano in condizioni di grave disagio socio-economico e abitativo e risultano particolarmente esposti al rischio di malattie legate a stile di vita, alimentazione e condizioni abitative precarie. Per quanto riguarda invece gli stranieri privi di titolo di soggiorno, che hanno comunque diritto alle cure così come previsto dalle norme nazionali e internazionali, risulta poco chiara la prassi attuale per i titolari di tesserino STP (stranieri temporaneamente presenti) e per i cittadini comunitari non residenti (cosiddetto codice ENI).

**Rom e sinti.** Il gruppo sociale dei rom e sinti è composto in gran parte da cittadini italiani, sebbene alcuni di loro siano stati in passato protagonisti di esperienze migratorie o vivano in contesti familiari che a loro volta hanno sperimentato migrazione, nomadismo o semi-nomadismo. Le comunità rom e sinte che oggi vivono sul territorio pistoiese sono tutte ormai stabili e radicate, in certi casi ormai da decenni. L'opportunità di dedicare a queste comunità un'attenzione specifica nel contesto di un *Profilo di salute* delle persone migranti deriva da alcune specificità e criticità che interessano una parte dei componenti delle comunità rom stesse: tratti socio-culturali specifici, condizioni abitative precarie (una parte dei componenti della comunità vive in alloggi di edilizia residenziale pubblica, mentre altri vivono in maniera più o meno precaria all'interno dei cosiddetti 'campi nomadi', dislocati in tre aree tutte ubicate nel comune capoluogo), marginalità sociale ed economica, nuclei familiari numerosi, gravidanze precoci, difficoltà di inclusione nel tessuto sociale del territorio. Si tratta di un gruppo sociale che ha difficoltà di accesso ai percorsi di salute. Spesso si verificano accessi inopportuni al Pronto Soccorso ospedaliero e al Pronto Soccorso pediatrico, perché è un servizio per loro più

accessibile, che non richiede organizzazione né rispetto di orari particolari. Sono carenti monitoraggio di salute e prevenzione. Molti componenti della comunità soffrono di crisi epilettiche e depressione, oltre a malesseri legati alle condizioni di vita e abitative (per esempio moltissimi casi di bronchite, anche nei bambini). È frequente l'uso improprio o l'abuso di farmaci. È quasi assente la prevenzione delle nascite, si verificano molte gravidanze in età giovanile e frequenti ricorsi all'IVG, sebbene la comunità apparentemente stigmatizzi l'aborto come una condotta inaccettabile.

La situazione da un punto di vista sanitario risulta nettamente migliore nei rom e sinti che vivono negli alloggi ERP, mentre peggiora progressivamente negli abitanti dei cosiddetti 'campi nomadi', a dimostrazione del fatto che molte di queste criticità dipendono in gran parte dalle condizioni socio-abitative.

### **Bisogni di salute dei migranti in condizioni di disabilità.**

Si tratta di una categoria di cittadini particolarmente fragile ed esposta a problemi di discriminazione multipla e di isolamento. Gli incidenti sul lavoro per esempio, in situazioni dove spesso mancano punti di riferimento e reti familiari in Italia, hanno catastrofiche ricadute sul progetto migratorio immaginato dai cittadini stranieri quando hanno abbandonato la propria terra: impossibilità di svolgere la propria attività lavorativa, interruzione delle rimesse ai familiari rimasti in patria, difficoltà per accedere ai benefici previsti, ad esempio pensioni e assegni di accompagnamento.

Per quanto riguarda la situazione dei minori stranieri, assistiamo a ulteriori e specifiche problematiche, e in particolare un'integrazione scolastica resa ostica da difficoltà di comunicazione e, in certi casi, problemi nell'accettazione parziale o totale della disabilità da parte dei familiari del minore, nonché un numero insufficiente di insegnanti specializzati affinché tutti i bambini disabili possano accedere a un'istruzione completa e di elevata qualità.

### **Necessità di migliorare le competenze linguistiche delle persone migranti nella lingua del Paese d'accoglienza.**

L'ultimo aspetto sottolineato nei focus, e trasversale a ogni percorso di inclusione delle persone migranti nel tessuto sociale del Paese d'accoglienza, riguarda l'importanza delle competenze linguistiche. Tali competenze, lo ricordiamo, vengono individuate come uno dei principali fattori che influiscono sui bisogni di salute delle persone non italiane.

Premesso che, ancora oggi, in Italia manca una seria e sistematica azione, promossa a livello centrale, nel campo dell'integrazione linguistica, è possibile comunque incentivare a livello locale la partecipazione ai vari corsi di lingua italiana L2 organizzati sul territorio nonché sollecitare il reperimento di risorse per ampliare/diversificare l'offerta in tal senso, pensando anche a specifici percorsi di educazione alla salute inseriti, dove possibile, all'interno di alcuni di questi percorsi formativi.

L'effetto del fenomeno migratorio può solo in parte contrastare nel breve periodo il fenomeno dell'invecchiamento progressivo della popolazione nella nostra zona come a livello nazionale ed europeo. Negli ultimi venti anni si è notevolmente affievolito il ricambio generazionale con una sostanziale tenuta dei giovani 0-14 anni ed una costante erosione della popolazione in età attiva a vantaggio della classe anziana. L'età media della popolazione residente nella zona pistoiese è 46 anni, ogni

100 residenti abbiamo 13 ragazzi di età compresa tra 0 e 14 anni, 62 persone in età attiva e 25 anziani ultrasessantacinquenni.

*Residenti al 01.01.2015 per grandi classi d'età*



Anche in questo caso è il quadrante metropolitano che ha caratteristiche distintive: è il quadrante che ha in media la popolazione più giovane con media inferiore anche alla media provinciale; per ogni 100 abitanti registra 10 anziani in meno rispetto al quadrante montano.

Altri indicatori ci possono aiutare nella lettura della struttura della popolazione.

Zona di residenza	Età media	Indice di vecchiaia (a)	Indice di dipendenza strutturale (b)	Indice di dipendenza anziani (c)
Pistoia	46,5	208,4	63,0	42,6
Quad. metropolitano	44,0	154,5	56,5	34,3
Quadrante montano	50,4	319,3	72,6	55,3
Area Pistoiese	45,9	193,3	61,2	40,3
Area Valdinievole	45,2	183,3	57,1	37,0
Provincia di Pistoia	45,6	189,2	59,5	38,9
Regione Toscana	45,8	192,9	60,2	39,7

(a) Rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100

(b) Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

(c) Rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

L'indice di vecchiaia ci dice che ci sono attualmente nella zona pistoiese quasi 2 anziani ultrasessantacinquenni per ogni ragazzo fra 0 e 14 anni; oltre la zona montana anche il comune di Pistoia supera la media della zona. L'indici di dipendenza danno una misura del carico sociale ed economico delle classi inattive sulla popolazione in età lavorativa: l'indice di dipendenza strutturale evidenzia che ci sono più di 6 inattivi ogni 10 attivi ed in particolare di questi 4 sono anziani. Anche per questi due indicatori sia il comune capoluogo che il quadrante montano superano la media della zona.

### Famiglia e nuclei familiari

Siamo ormai consapevoli che nella società contemporanea una delle sfere della vita che ha subito più trasformazioni e all'interno della quale si possono determinare condizioni che conducono l'individuo in una situazione di vulnerabilità sociale è quella delle relazioni familiari. Le trasformazioni hanno prodotto sensibili cambiamenti nella consistenza della struttura familiare, nella riorganizzazione e nella conciliazione dei tempi di vita.

Questa nuclearizzazione delle famiglie cioè il processo che ha condotto alla semplificazione delle strutture familiari si vede in primo luogo dall'aumento dei nuclei familiari e dalla diminuzione del numero medio dei componenti.

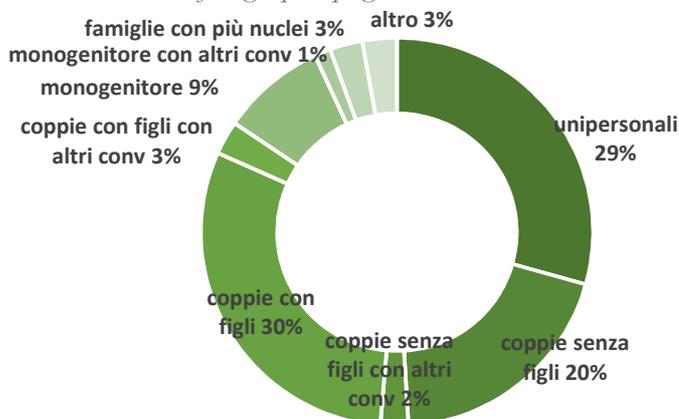
Nella zona pistoiese al 31/12/2014 risiedono 74.248 famiglie composte mediamente da 2,3 componenti.

Zona di residenza	N° famiglie	Numero medio componenti
Pistoia	40.938	2,2
Quad. metropolitano	25.668	2,6
Quadrante montano	7.642	2,0
Area Pistoiese	74.248	2,3
Area Valdinievole	50.320	2,4
Provincia di Pistoia	124.568	2,3
Regione Toscana	1.643.040	2,3

Le famiglie più numerose sono presenti nel quadrante metropolitano dove il numero medio supera anche il dato regionale.

La trasformazione dell'organizzazione all'interno dei nuclei familiari ha fatto sì che si siano affermate una serie di tipologie familiari che fino ad una decina di anni fa erano da considerarsi residuali. Il dato provinciale rilevato all'ultimo censimento evidenzia che la tipologia familiare prevalente è quella del nucleo composto dalla coppia con figli pari al 30% delle famiglie residenti in provincia; abbiamo ben il 29% di persone che vivono sole che per quasi la metà dei casi sono anziani che superano i 65 anni di età.

Provincia di Pistoia - famiglie per tipologia - censimento 2011



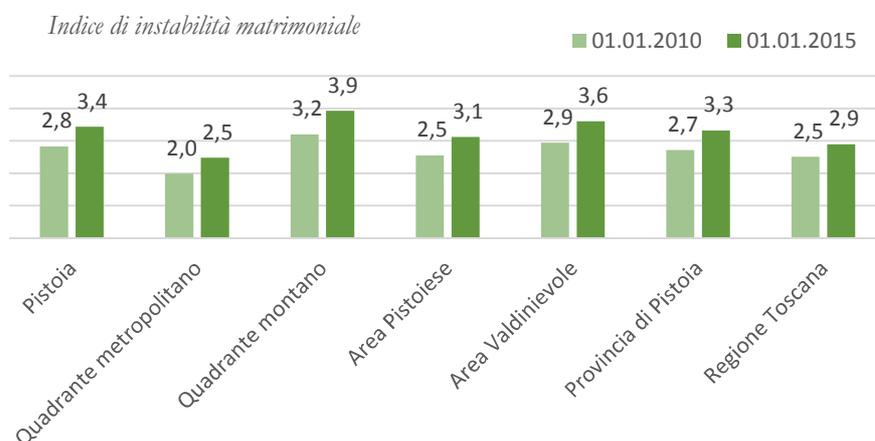
Famiglie unipersonali

Classe di età del componente	N° famiglie	%
fino a 24 anni	444	1%
25-34 anni	3265	9%
35-44 anni	4951	14%
45-64 anni	9172	26%
65 e più	17186	49%
Totale	35018	100%

L'altro dato che possiamo evidenziare è da un lato assottigliamento della presenza di famiglie cosiddette estese quelle cioè dove coabitano più nuclei familiari e

dall'altro la presenza rilevante ed in aumento di nuclei con un solo genitore con netta prevalenza di madri con figli (82%).

Il moltiplicarsi delle famiglie con un solo genitore, legato al diffondersi dell'esperienza della separazione e del divorzio, è confermato anche dai dati relativi alla divorzialità. In soli cinque anni i residenti divorziati nella zona pistoiese sono passati da 3.690 a 4.538 con un incremento pari al 23%.



L'indice di instabilità matrimoniale che è misurato come rapporto tra numero di residenti divorziati e popolazione maggiorenne, è più alto a Pistoia e nel quadrante montano che superano di non poco la media regionale.

## ***FOCUS: LE SOLITUDINI CHE ATTRAVERSANO LE NOSTRE CITTÀ E I NOSTRI PAESI***

### **PREMESSA**

Un focus per certi versi anomalo. Eppure, probabilmente, incentrato su un tema trasversale che è uno dei centri nevralgici del benessere sociale. Troverete di seguito un insieme di dati, riflessioni, suggestioni che vogliono contribuire a sottolineare l'importanza dell'attivazione e della ricostruzione di forme di relazione in contesti di vita "spezzati", legati a eventi in qualche modo traumatizzanti o spiazzanti. Più un promemoria che un ambito di intervento. Le tipologie individuate sono quelle ritenute più eclatanti, sebbene non esaustive. Il tema della fragilizzazione dei legami e della disaffiliazione come caratteristica della nostra società contemporanea è stato ampiamente trattato in questi decenni a livello sociologico, filosofico e anche in ambito socio-sanitario. L'ambivalenza della condizione solitaria non va mai sciolta ma sempre tenuta nella sua duplice veste di percorso di ricerca di spazi di autonomia e di ricerca individuale di senso, in una società caratterizzata dalla massificazione dei comportamenti, e degenerazione dei legami, anticamera di problematiche distruttive del benessere. Nella logica dell'integrazione, non è possibile affrontare la tematica relegandola all'ambito dell'intervento sociale o sanitario ma mettendola in stretto raccordo con i temi dello spazio pubblico, dell'abitare, della diffusione della cultura e dell'istruzione, della costruzione di possibilità di socializzazione diffuse e adeguate ai vari momenti della vita individuale e comunitaria. Gli spunti emersi dal focus,<sup>1</sup> non molto partecipato quantitativamente ma che ha costituito un momento di riflessione profonda e intelligente da parte dei partecipanti, vengono quindi posti all'attenzione in vista del percorso di programmazione, perché ogni azione abbia

<sup>1</sup> Durante il focus sono stati distribuiti materiali e spunti di riflessione che in parte sono stati poi utilizzati in questo documento.

come elemento costitutivo la necessità di non isolare gli individui, di creare opportunità relazionali e di rete, di connettere vite, esperienze, progettualità.

## **LA SOLITUDINE DEI BAMBINI E DEI RAGAZZI TRA ROTTURE E RICOSTRUZIONI**

Cresce il numero dei minori fuori famiglia in Toscana, soprattutto per l'aumento dei minori stranieri non accompagnati. Nel 2014 i minori fuori famiglia in Toscana erano circa 2.000 (1.204 in affidamento familiare e 792 accolti in strutture residenziali) e di questi ultimi ben 319 (circa il 16 per cento) erano minori stranieri non accompagnati.

Nel 2014 i maschi incidono per il 56 per cento del totale degli affidamenti familiari e per il 62 per cento del totale degli accolti in struttura residenziale (tra gli stranieri la percentuale aumenta fino al 76%). Sempre nel 2014 si sposta in avanti l'età media dei fuori famiglia con i 15-17enni che pesano per il 28% tra gli affidamenti familiari e per il 52% tra gli accolti in struttura residenziale (per questi ultimi, tra gli stranieri, l'incidenza dei 15-17enni sale fino al 66%).

Negli ultimi 5 anni di rilevazione (2010-2014), i minori in carico ai servizi territoriali collocati in affidamento familiare passano da 1.138 a 1.204, con un incremento percentuale del 6%. L'aumento più consistente si registra tra il 2013 e il 2014 (+8%). In quest'ultimo anno aumentano gli italiani, che passano da 782 a 814 (+4 per cento); cresce il numero degli stranieri: da 266 a 290 (+9%); aumentano i minori stranieri non accompagnati: da 67 a 100 (+49%).

L'aumento sostanziale dei minori fuori famiglia è da attribuire soprattutto alla quota degli accolti in strutture residenziali, che tra il 2010 e il 2014, passano da 608 a 792 (+30%). Nel solo 2014 gli accolti in struttura sono aumentati del 15%. L'accoglienza non riguarda solo i minori stranieri non accompagnati ma anche gli italiani che passano, negli ultimi 5 anni, da 348 a 418 (+20%); gli stranieri rimangono sostanzialmente invariati (da 171 a 155), mentre i minori stranieri non accompagnati passano da 89 a 219 (+ 146%).

In definitiva la lettura dei dati conferma l'emergenza dei minori stranieri non accompagnati e la necessità, già affrontata da alcuni provvedimenti regionali, di ampliamento della capacità ricettiva delle strutture nonché la possibilità di realizzare tipologie sperimentali di struttura come i gruppi appartamento per i ragazzi della fascia alta dell'età minorile.

A questi dati si aggiunge il numero di minori scomparsi in Toscana (ultimo dato disponibile al 30 giugno 2013) pari a 42 di cui 35 stranieri.

### **LA ZONA PISTOIESE**

Per quanto riguarda la zona sociosanitaria pistoiese, nel 2014, sono 1.585 i minori affidati al Servizio sociale (il 40,2% stranieri) con un tasso medio del 6% sui residenti di età inferiore ai 18 anni (in Toscana è il 5,2%).

Sono 55 i minori in affidamento familiare (25 stranieri), 21 di questi (6 stranieri) sono affidati al servizio sociale. I minori stranieri non accompagnati in affidamento intra-familiare sono 17.

Sono 36 i minori (o con prolungamento al 21esimo anno di età) collocati presso strutture residenziali (di cui 15 stranieri), di questi, 24 sono affidati al servizio sociale (6 stranieri).

I minori seguiti con l'Autorità giudiziaria minorile od ordinaria sono 454 di cui 123 stranieri. Quelli per i quali sono stati organizzati Incontri protetti sono 52 (14 stranieri).

I bambini e ragazzi vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli organi giudiziari) sono stati 99 (34 stranieri) di cui 42 presi in carico e affidati al servizio sociale.

Per completare il quadro è da notare che, nella nostra zona, sempre al 31/12/2014, erano 175 i minori che frequentavano strutture di tipo semiresidenziale (di cui 90 stranieri); 142 invece quelli coinvolti in attività di educativa domiciliare.

### **LA SOLITUDINE DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA**

Dal 2010 al 2014 i centri antiviolenza della Regione Toscana hanno registrato oltre 11.000 richieste di aiuto da parte di donne. L'incremento è costante nel periodo 2010-2012 mentre si registra una flessione nel 2014. Complessivamente vi sono state 6,4 richieste di aiuto ai centri antiviolenza ogni 1000 donne residenti con più di 15 anni (una richiesta ogni 155 donne).

Nel 2013 e nel I semestre 2014 gli accessi di donne al Codice Rosa sono stati circa 3.300, di cui circa 300 riguardanti minori. A questo si aggiunga che, nel periodo 2009-2013, si sono avuti più di 6.000 accessi ai consultori nell'area 'abuso e maltrattamento', in continua crescita.

Secondo l'Osservatorio Sociale Regionale, dal 2006 al 2013 ci sono stati in Toscana 63 femicidi, di cui 19 riguardanti donne straniere (25,4%).

La violenza di genere è però un fenomeno trasversale, non facilmente tipizzabile: il 69% delle vittime è italiano; il 60% è concentrato nella fascia 30-49 anni; quasi la metà delle vittime è coniugata, il 20% ha alle spalle una relazione interrotta e circa 1/3 è nubile; 1/3 ha un livello di istruzione medio (34%) e circa il 60% un livello superiore o laurea; oltre la metà è occupata stabilmente (45%) o in modo precario (8%) o è pensionata (5%), il 33% è 'non occupata'.

Si tratta in gran parte di 'violenza domestica' (8 casi su 10) e il principale tipo di maltrattamento (41%) è quello psicologico, seguito da quello fisico (32%) ed economico (privazione o controllo). In 6 casi su 10 i figli, spesso minorenni, assistono alla violenza e solo 1 donna su 4 (27%) presenta denuncia alle autorità.

Naturalmente nell'aumento diffuso della registrazione degli episodi di violenza vi è sempre l'ambivalenza tra l'indicazione di un aumento del fenomeno e quella di un aumento della capacità/possibilità di emersione dello stesso. Secondo il parere degli operatori e di chi studia il settore, ambedue le ipotesi hanno un loro fondamento ovvero sembra emergere un incremento sia degli episodi sia del coraggio e della possibilità, attraverso i percorsi attivati, di denunciare gli stessi.

E' dunque necessario continuare a perseguire percorsi di messa in rete degli attori e delle informazioni nonché ampliare la diffusione dei centri specializzati e lo sviluppo di professionalità specifiche. Sul territorio toscano si può contare ad oggi su oltre 300 strutture, centri e servizi che si occupano a vario titolo di supporto alle vittime di violenza e di azioni a contrasto del fenomeno: centri antiviolenza (26), sportelli/centri ascolto (27), consultori (218), pronto soccorso (39). Sono presenti inoltre 8 case rifugio in cui la donna vittima di violenza può trovare protezione.

### **LA ZONA PISTOIESE**

Le donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza della provincia di Pistoia sono state 179 (erano 141 nel 2010) con un'incidenza del 6x1.000 sulle donne residenti con più di 14 anni (l'incidenza regionale è del 6,4).

Il numero dei femicidi nel periodo 2006-2013 è stato di 6 pari a un tasso standardizzato di 1,8 per milione di donne residenti (il tasso regionale è pari a 1,6). Negli anni 2013-2014 (primo semestre), il numero dei Codici Rosa attivati sul territorio della ex Asl 3 è stato pari a 96 di cui 2 riguardanti minorenni. Il dato

relativo alla tipologia di maltrattamento fornito non risulta attendibile rivelando comunque una presenza di violenza di tipo sessuale.

#### **LA SOLITUDINE DELLE PERSONE SENZA FISSA DIMORA**

I dati relativi alle persone senza fissa dimora scontano la carenza di indagini e di rilevazioni accurate e continuative. Questo vale soprattutto per territori come il nostro caratterizzati dall'assenza di agglomerati urbani metropolitani.

L'ultima indagine nazionale dell'Istat (2014)<sup>2</sup> rivela come queste persone costituiscano una popolazione ancora giovane, con capacità lavorative e relazionali significative e, nella maggior parte dei casi, con storie di vita "normali". Si tratta, soprattutto, di uomini (86,9%), giovani (il 57,9% ha meno di 45 anni a l'età media è di 42,2 anni) e stranieri (59,4%). In media, sono senza dimora da 2,5 anni e oltre i due terzi, prima di essere senza dimora, viveva nella propria casa. Inoltre, oltre un quarto lavora in modo saltuario e poco sicuro, il 3,8% ha un lavoro stabile e solo il 6,7% non ha mai lavorato. Questo dice molto di come sia cambiata la tipologia di queste persone e di come il fenomeno non possa essere trattato tramite i soliti stereotipi. Si diventa senza dimora, nella maggior parte dei casi, a seguito della perdita di un lavoro stabile o per una separazione o per eventi legati all'insorgere di malattie: il 62% ha infatti perso un lavoro stabile, il 60% si è separato dal coniuge e/o dai figli e il 16% ha cattive condizioni di salute.

#### **LA ZONA PISTOIESE**

I dati dell'Albergo popolare di Pistoia ci parlano di 68 persone accolte per vari periodi nell'anno 2014. Il servizio è ampliato durante il periodo invernale (26 posti nel 2014 e 23 nel 2015). Collegato a questo servizio, con accesso anche indipendente dallo stesso, vi è poi la mensa sociale gestita dalla Caritas diocesana che distribuisce annualmente più di 20.000 pasti.

#### **LA SOLITUDINE DELLE PERSONE ANZIANE**

Sono molti gli studi che evidenziano l'importanza dell'integrazione per la salute delle persone anziane con particolare riferimento alla preservazione delle funzioni cognitive e a una migliore qualità di vita.<sup>3</sup> Spesso, col progredire dell'età, sia per gli eventi della vita (ad esempio la morte di un genitore o di un coniuge), sia per le modificazioni psicosociali, gli anziani si trovano a fronteggiare la progressiva diminuzione della propria rete sociale. Poiché questo decremento non è sempre compensato dalla creazione di nuovi rapporti, che sostituiscono quelli inevitabilmente persi, possono manifestarsi isolamento e sentimenti di solitudine, due aspetti non necessariamente coincidenti.

L'isolamento (*aloneness*) è uno stato esistenziale a cui non corrisponde un'emozione. La solitudine (*loneliness*) è invece un sentimento spiacevole o inaccettabile che implica una sensazione di discrepanza tra il numero e/o la qualità delle relazioni sociali realizzate e quelle desiderate. La solitudine, inoltre, non è solo un sentimento negativo ma è anche un'emozione positiva di separazione che può produrre un arricchimento personale (*solitude*).

Da varie ricerche si evidenzia anche che un cambiamento nella condizione abitativa e soprattutto il ricovero in istituto, possono provocare la percezione di carenza

---

<sup>2</sup> ISTAT, La ricerca nazionale sulla condizione delle persone senza dimora in Italia, a cura di Alessandra Masi e Nicoletta Pannuzi, 2014.

<sup>3</sup> Le considerazioni che seguono sono tratte da: P. CAVALLERO, M.G. FERRARI, B. BERTOCCHI, "La solitudine degli anziani autosufficienti", Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 2006;54:24-27.

quantitativa e qualitativa di relazioni. L'inserimento nell'istituzione può influire sul numero e sulla qualità delle relazioni interpersonali comportando una ridefinizione dei rapporti familiari e amicali.

Spesso gli anziani si sentono poco soli se inseriti in una rete sociale che li protegge dall'emarginazione. Inoltre, pur ammettendo che la solitudine talvolta provochi sofferenza, tale malessere può essere superato con il frequentare amici, con una relazione affettiva, con una famiglia numerosa o con un impegno sociale. Questi risultati della ricerca empirica non favoriscono l'immagine stereotipata dell'invecchiamento ma testimoniano il crescente numero di anziani attivi e volitivi che, nonostante le problematiche psico-sociali, logistiche e di salute, si dedicano ad attività ricreative, facilitando le relazioni con gli altri e alimentando il crearsi di legami che danno un supporto emotivo e strumentale.

Gli anziani, quindi, possono sviluppare strategie personali, che consentono di tollerare le frustrazioni derivanti dalla solitudine e di apprezzare la crescita e lo sviluppo personale.

Vi sono poi, naturalmente, differenze relative alla residenza, al genere ed all'età sia nella percezione della solitudine, sia nella sua valutazione rispetto alle diverse problematiche.

Tra tali difformità, un dato rilevante riguarda la percezione delle relazioni sociali e la capacità di stare da soli negli anziani istituzionalizzati. Sembra infatti che chi risiede nelle Case di riposo, rispetto a chi non ci vive, abbia un ugual numero di relazioni ma un minor quantità di rapporti intimi. Inoltre, questi soggetti valorizzano maggiormente gli aspetti positivi della solitudine. Anche se a prima vista questo risultato non rispecchia le aspettative, si potrebbe ipotizzare che gli anziani viventi nelle istituzioni, stando insieme ad altre persone, abbiano bisogno di avere spazi individuali in cui coltivare i propri interessi.

Gli anziani vengono considerati i soggetti più esposti al rischio della solitudine, sia perché con la cessazione dell'età lavorativa essi subiscono una perdita di ruolo sociale che, a sua volta, genera un forte senso di inutilità e di frustrazione, sia perché la perdita del coniuge e l'allontanamento dei figli ormai adulti fa sì che gli anziani perdano dei punti di riferimento fondamentali all'interno del nucleo familiare e si sentano spaesati in una società così estranea e diversa da quella in cui un tempo sono cresciuti ed in cui hanno trascorso gran parte della loro esistenza.<sup>4</sup>

Quando ci si appresta a fare i conti con la solitudine degli anziani è bene tener presente che oltre alla solitudine subita e sofferta per una svariata tipologia di cause (pensionamento, vedovanza, povertà, malattia etc.), esiste anche una solitudine cercata e voluta che è più positiva e vantaggiosa del vivere in mezzo alla gente.

La situazione che vive l'anziano istituzionalizzato poi, è ben diversa da quella che sperimenta quotidianamente l'anziano che vive ancora in casa propria. La solitudine che caratterizza l'anziano istituzionalizzato è una solitudine più profonda, meno evidente ma forse più intima, più spirituale. Gli anziani che vivono da soli in casa propria manifestano invece una solitudine diversa da quella degli anziani istituzionalizzati, la loro solitudine è una solitudine a cui molto spesso si fa l'abitudine, è una solitudine che spesso si preferisce al caos del mondo contemporaneo, è una solitudine che in alcuni casi diventa rifugio, protezione, tranquillità.

---

<sup>4</sup> Le considerazioni che seguono sono tratte da: E. LANDI, La solitudine tra scelta e condanna: due gruppi di anziani a confronto, documento reperibile sul sito della Fondazione Leonardo, Documentazione Formazione e Ricerca sulla Condizione Anziana, <http://www.fondazioneleonardo.it/>

Entrando a diretto contatto con gli anziani istituzionalizzati, la realtà non è sempre quella che i luoghi comuni vorrebbero dipingere; l'Istituto non è sempre una prigione, una gabbia che intrappola gli anziani e li emargina dal mondo sociale, l'Istituto spesso è anche una salvezza, un luogo sicuro, un riparo per gli anziani che si ritrovano improvvisamente in situazioni difficili, che si trovano a dover affrontare da soli la miseria, la malattia, l'emarginazione.

Non esiste infatti un solo tipo di solitudine ma tante, innumerevoli solitudini racchiuse tutte in un unico concetto. La positività o la negatività del concetto di solitudine deriva in prima istanza da come gli anziani la interpretano e la vivono giorno dopo giorno. Ci sono infatti dei momenti in cui essi prediligono la solitudine come momento di riflessione, di introspezione e di meditazione personale su di sé e sul senso della propria esistenza, e altri momenti in cui la solitudine è fuggita e bandita per immergersi profondamente nella socialità e nel contatto diretto con il mondo esterno.

La vita di ciascun individuo, giovane o anziano che sia, si trova in bilico tra due tipi di atteggiamento: la voglia di solitudine e l'ansia di socialità. Ci sono dei momenti in cui la solitudine dunque è riscoperta e rivalutata come momento essenziale della vita individuale e altri momenti in cui alla solitudine l'individuo preferisce il contatto e l'interazione con i suoi simili.

Entrambi questi momenti sono importanti ed essenziali per l'individuo, a nessuno di questi due momenti in realtà l'uomo come individuo sociale potrebbe mai rinunciare.

La solitudine quindi è un concetto dagli svariati volti e dai molteplici significati. Può assumere la forma della nostalgia o della malinconia ma può invece anche assumere l'aspetto della compagna di vita, può essere anche riconosciuta in tutta la sua positività ed essenzialità.

La solitudine negativa è un sentimento che si manifesta negli anziani autosufficienti che vengono privati della loro identità, del ruolo sociale e che si sentono messi ai margini della società perdendo tutti i legami relazionali con le generazioni che li precedono. Ed è proprio grazie al mantenimento di questi rapporti che si possono preservare le percezioni cognitive ed emotive dell'anziano migliorando la qualità della sua vita. Se una persona in età senile perde i vecchi legami relazionali e non ha la possibilità di costruirne di nuovi, il suo stato emotivo verrà naturalmente compromesso, facendolo percepire come un "peso" per la società, facendolo sentire emarginato e isolato, ampliando il suo senso di inutilità e la sua frustrazione. Gli anziani possono sviluppare da soli modi e strategie per recuperare questi legami attraverso attività e impegni sociali, ma bisogna cercare di incentivare la percezione che la società ha di loro come elementi "attivi e utili" per aiutarli a riscoprire e ricrearsi un ruolo all'interno della collettività e permettere un'ulteriore crescita personale e della società intera.

*I contributi dei partecipanti al focus*

#### **LA SOLITUDINE DELLE PERSONE CON DISTURBI PSICHICI**

Il problema dell'abitare per persone affette da disturbi psichici è molto complesso perché correlato ad altri aspetti. Innanzi tutto il distacco dalla famiglia è un elemento importante nel percorso di cura verso l'emancipazione e la collocazione nella propria comunità, con diritti e responsabilità come tutti i cittadini. Purtroppo la maggior parte di queste persone, proprio a causa dei disturbi invalidanti, o non ha mai avuto lavoro o lo ha perso proprio a causa di essi. Il rischio è per qualcuno l'infantilizzazione, per altri l'accentuazione dei conflitti familiari e il peggioramento dello stato di salute di tutto il nucleo familiare, nonché il conseguente isolamento

dalla rete sociale. Il risultato è l'aumento della solitudine di tutti i componenti della famiglia. Se le persone abitano in zone montane la situazione peggiora ulteriormente.

Serve quindi un cambiamento dell'approccio di cura degli operatori dei servizi di salute mentale (da ambulatoriale a comunitario), che porterà a un incremento delle richieste di abitazioni per persone affette da disturbi psichici; un maggior numero di abitazioni per i percorsi riabilitativi: abitare supportato; un ampliamento dei criteri per l'assegnazione delle case ERP, con riserva per single e disabili; le case per la vita (il durante per il dopo di noi): una ampia progettualità per l'abitare che possa contemplare anche contributi di privati come i familiari, le fondazioni, le persone stesse; possibilità di usufruire di trasporti nei periodi estivi e nel dopo cena grazie al supporto del volontariato; creazione di centri polivalenti per la socializzazione (possibilmente gestiti da associazioni).

#### **LA SOLITUDINE DEI "SENZA LAVORO"**

Nell'ambito dei progetti d'inclusione sociale e lavorativa, realizzati in questi anni sul territorio della zona sociosanitaria pistoiese, si incontrano molte persone connotate da un marcato senso di solitudine e dalle conseguenze che essa comporta.

Vi sono vari "tipi" di solitudine: economica, culturale, relazionale, lavorativa, ecc. spesso generata dall'insorgenza di fratture esistenziali e di eventi traumatici (ad es. separazione, perdita lavoro, lutti, ecc.). Generano spesso chiusura in sé stessi, scarsa cura di sé e del proprio corpo, mancanza di fiducia in sé e negli altri, scoraggiamento verso il futuro, ecc.

Esiste anche una solitudine che potrebbe definirsi auto-arrecata, poiché anche socialmente viene riconosciuta quale conseguenza dei propri "errori": è il caso dei detenuti che sono soli seppur costretti a vivere nella comunità penitenziaria oppure dei "senza fissa dimora" che sono soli pur vagando a frequentando tanti posti (dai dormitori alle mense).

E' fondamentale ascoltare le persone, dare loro fiducia, far sperimentare loro esperienze nuove, immetterle in contesti accoglienti che al tempo stesso siano capaci di favorire il cambiamento.

E' importante che vi siano percorsi individualizzati, che prevedano una funzione di "accompagnamento", nel corso dei quali aiutare le persone a individuare i propri punti di forza, svolgendo un lavoro di *empowerment*, capace di innalzare il loro livello di autostima e di fiducia nelle proprie capacità.

In questo senso potrebbero essere sviluppati contesti accoglienti ed educativi, nei quali favorire l'acquisizione di competenze relazionali, ma anche professionali, in relazione all'età e alle caratteristiche delle persone, per poi "ripartire", ad esempio, nella ricerca di un lavoro. Tra questi ci sono i laboratori di educazione al lavoro che, nella loro dimensione di gruppo, favoriscono quanto detto sopra. Altre tipologie di inserimento sono contemplate nei progetti d'inclusione sociale e necessiterebbero di essere rafforzate come proposte valide per un numero maggiore di cittadini rispetto a quanto è adesso.

Inoltre potrebbero essere organizzati percorsi che prevedano incontri di gruppo, testimonianze, iniziative con associazioni dei consumatori, con associazioni di volontariato e tutto quanto possa favorire l'ampliamento delle reti sociali.

#### **LE SOLITUDINI NASCOSTE**

Tra le solitudini reali e percepite e quelle manifeste vi sono solitudini che invece sfuggono e che forse hanno ancora maggior bisogno di essere scovate e accolte, non sulla base di bisogni esplicitati ma proprio in virtù della forza attrattiva che esercita la solitudine stessa, con la necessità di scappare, di non essere trovati, di rifugiarsi in contesti bui: quelli quindi che "ci cercano, che hanno bisogno di noi"

ma ancor più quelli invisibili, quelli che non chiedono, che non appaiono e che sono ancora più preoccupanti. La solitudine quindi del contesto depressivo, la solitudine da accogliere e da indirizzare come elemento di prevenzione prima che dia sfogo a situazioni conclamate o patologiche quando le risorse necessarie saranno molte di più.

La solitudine dei bambini che non possono vivere nel proprio contesto familiare e che devono intraprendere percorsi di tutela. Per questi bambini resta indispensabile l'opportunità di attivare servizi come affidi etero familiari, strutture residenziali, incontri protetti che comunque devono essere costantemente ripensati e ri-adequati ai contesti per garantirne l'efficacia e, forse, debbono essere ulteriormente potenziati sotto alcuni aspetti.

Ma ancor più la solitudine di quei bambini che, nonostante l'accertata debolezza o fragilità della situazione familiare, continuano a vivere in quegli stessi contesti familiari, magari supportati e monitorati dai vari servizi educativi e di sostegno (affidi part-time, educativa domiciliare, centri socio educativi, percorsi di socializzazione, proposte estive od invernali quando la scuola è chiusa) e che devono sempre bilanciare i bisogni dei bambini coinvolti, la necessità di essere supportati adeguatamente nella loro crescita, i bisogni dei familiari coinvolti nei loro stessi processi evolutivi e in quelli dei loro figli, della loro relazione reciproca, e che comunque sono direttamente al centro dell'intervento educativo, talvolta rischiando di porre troppo l'accento sulle loro carenze più che sulle loro potenzialità o sulle loro evoluzioni.

La solitudine dei servizi che operano in questo senso, spesso carenti sotto il profilo del sostegno, della sinergia di rete, degli interventi a loro completamento (cabine di regia, sostegni psicologici ai minori, agli adulti, supervisione agli operatori, mediazioni familiari).

La solitudine delle famiglie che si separano, delle neofamiglie, dei familiari di malati cronici o terminali che non trovano sufficienti sostegni per poter andare avanti nel loro percorso, finendo poi per costituirsi come nuovi utenti (terapie del divorzio, terapie di coppia, terapie familiari, accompagnamento alla crescita dei figli, spazi di incontro per neo mamme e neo papà).

La solitudine degli individui, dei ragazzi che si rifugiano sempre più spesso in mondi virtuali fatti apposta per loro, sicuri e fuori delle relazioni ma che in realtà nascondono molte più insidie di quante ne prospettino.

La solitudine dei quartieri, dei palazzi, delle persone in generale sempre meno propense al contatto ma che, al contempo, patiscono di questo. Necessari in questo senso sarebbero interventi volti a favorire la riappropriazione degli spazi cittadini, la consapevolezza di sé, la responsabilizzazione, il senso civico, il vivere gli spazi comuni per non lasciare "spazio" agli usi, agli abusi, alle discriminazioni, al degrado. La solitudine delle associazioni, dei gruppi più o meno informali, che hanno energie per le attività di animazione territoriale ma necessitano di una regia che curi una più capillare e continuativa attività, che supporti le organizzazioni o che metta in relazione i bisogni territoriali con le offerte presenti.

#### **SPUNTI EMERSI NELLA DISCUSSIONE**

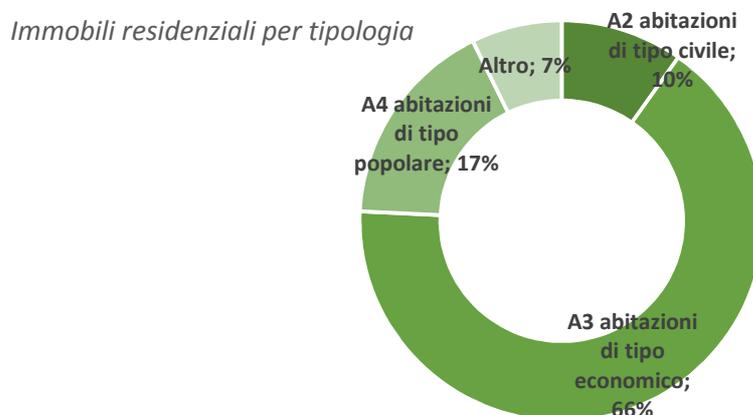
*Di seguito, per punti, alcuni elementi emersi durante la discussione che possono costituire spunti di riflessione per la fase di programmazione.*

- Porre attenzione a servizi di orientamento e supporto nella fase di passaggio dalla scuola al lavoro

- Sviluppare percorsi per le famiglie e i *caregiver* per evitare la solitudine di coloro che si trovano a sostenere persone in condizione di bisogno sociale e sanitario
- Supportare le reti familiari e parentali nell'accesso e nell'attivazione delle risorse disponibili
- Potenziare i luoghi di ascolto e indirizzo verso servizi appropriati alle diverse esigenze
- Investire nei percorsi di prevenzione all'interno dei contesti familiari a rischio, per evitare poi il successivo ricorso a soluzioni di frattura e allontanamento
- Investire nei percorsi di prevenzione nella scuola con particolare riferimento al fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo
- Organizzare servizi di mediazione che aiutino le persone a integrare l'offerta di servizi evitando l'effetto di "rimpallamento" da un servizio all'altro
- Formare operatori domiciliari capaci di affrontare non solo gli aspetti sanitari ma anche le problematiche esistenziali e relazionali che determinano il senso di solitudine e abbandono
- Investire in servizi per le famiglie nel periodo successivo alla fine dell'anno scolastico
- Porre il tema della solitudine al centro dei percorsi individualizzati, sia domiciliari che residenziali, per gli anziani, facendone un elemento di valutazione importante nell'individuazione delle risposte
- Mappare lo stato delle abitazioni degli anziani soli con particolare riferimento alla disponibilità di servizi primari
- Sviluppare forme di comunicazione e di intercettazione dei bisogni non espressi con particolare riferimento alle situazioni di separazione e alla condizione degli uomini fuori famiglia che vengono individuati come soggetti a rischio impoverimento materiale e deprivazione relazionale
- Rafforzare i servizi di accompagnamento per piccoli spostamenti quotidiani (spesa, visite mediche, pagamenti, ecc.) tramite le realtà di volontariato in grado anche di raccordarsi con le reti informali di vicinato in un'ottica di monitoraggio delle situazioni di rischio isolamento e fragilità
- Favorire e sviluppare interventi per le persone detenute, fuori e dentro la struttura penitenziaria, e per favorire il reinserimento e le relazioni nel contesto territoriale
- Intervenire sui beneficiari dei servizi non solo con prestazioni ma anche con azioni di promozione, sostegno all'autonomia e prevenzione di forme di stigmatizzazione sociale
- Mappare le risorse e le opportunità, in una logica di quartiere, non solo in termini di servizi ma anche di luoghi dove svolgere attività di volontariato o comunque di socializzazione, pubblica utilità, relazione significativa
- Porre particolare attenzione alla fascia delle persone che attualmente non rientrano nelle tipizzazioni di utenza previste per i servizi attivi e che corrono il rischio di non essere intercettate nei loro bisogni portandole all'isolamento.

## Casa non sempre dolce casa

In provincia di Pistoia le unità immobiliari di tipo residenziale cioè quelle che fanno parte della categoria catastale A (al netto della categoria A10: uffici e studi privati) sono 157.305 al 31/12/2014.



A livello toscano la categoria catastale più diffusa è quella delle abitazioni di tipo civile che rappresentano il 45% dello stock residenziale regionale, seguita da quella delle abitazioni di tipo economico con il 29,3%. La provincia di Pistoia evidenzia a livello toscano una propria peculiarità rispetto alle tipologie catastali registrate: è la provincia con la percentuale più alta di immobili di tipo economico (ben il 66% della totalità) e la percentuale più bassa di immobili in categoria A2 definito di tipo civile.

La dotazione di immobili residenziali nella nostra provincia è di circa 1,3 per famiglia esattamente in linea con il dato regionale.

L'aumento del numero di immobili residenziali dal 2008 nella provincia di Pistoia è stato del +5,4 % in linea con l'andamento toscano che ha registrato un rallentamento del tasso di crescita rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+8,5%).

Un altro dato che possiamo evidenziare è quello relativo alle compravendite di immobili tramite l'accensione di un mutuo ipotecario.

Tra il 2008 e il 2014 il numero di abitazioni acquistate in provincia di Pistoia da persone fisiche attraverso il ricorso a un mutuo ipotecario si è ridotto del 45% (da 1.318 unità a 725 unità), a fronte di un calo regionale del 37,4% e nazionale del 40,5%.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Var. % 2008/ 2014
<i>PISTOLA</i>	1.318	1.174	1.345	1.171	681	658	725	-45,0%
<i>TOSCANA</i>	17.808	16.810	18.852	16.816	10.396	9.701	11.147	-37,4%
<i>ITALIA</i>	271.775	242.544	265.439	253.405	155.466	143.572	161.842	-40,5%

Dopo la buona ripresa avvenuta nel 2010, l'anno successivo si è verificata una nuova contrazione di tale tipologia di acquisto immobiliare (che a Pistoia e in Toscana ha, di fatto, "annullato" la crescita dell'anno precedente) e nel 2012 un vero e proprio "crollo".

Un dato interessante per completare il quadro della situazione abitativa, è quello relativo agli sfratti forniti dal Ministero degli Interni e relativi all'anno 2013. Di seguito il riepilogo.

	<i>Provvedimenti di sfratto emessi</i>		<i>Sfratti eseguiti</i>
	<i>Di cui per morosità</i>		
<i>Pistoia</i>	175	168	nd
<i>Provincia di Pistoia</i>	589	565	169
<i>Toscana</i>	5978	5593	2877

Un interessante indicatore per misurare l'impatto delle procedure di rilascio su un determinato territorio è rappresentato dal rapporto tra le famiglie residenti ed il numero dei provvedimenti emessi. A livello provinciale questo rapporto posiziona Pistoia al terzo posto nazionale con uno sfratto ogni 212 famiglie, dietro a Varese (1/206) e a Rimini (1/154). La provincia di Pistoia è quella che, insieme a quella di Prato, nell'arco dei sei anni esaminati ha registrato valori peggiori del dato medio regionale, segno di due contesti territoriali con un'elevata tensione abitativa.

Sfratti emessi

	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<i>Pistoia</i>	100	136	137	132	147	175
<i>Provincia di Pistoia</i>	417	506	584	523	548	589
<i>Toscana</i>	4.177	6.411	4.906	5.402	5.942	5.978

## 2. I determinanti di salute

I determinanti di salute sono quei fattori che hanno un'influenza sulla salute dell'individuo e della collettività.

Possono essere raggruppati in diverse categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali, fattori genetici.

L'elencazione dei determinati di salute può essere incrementata o ristretta, resa più analitica o sintetica, sicuramente i determinanti giocano ruoli diversi, ed hanno pesi diversi, in senso positivo e/o negativo, nelle diverse popolazioni.

### *Il sistema socio economico e la struttura produttiva*

#### **Le imprese**

Attraverso i dati di fonte camerale prendiamo in esame l'evoluzione della struttura imprenditoriale pistoiese.

Nel periodo considerato, che inizia nel 2009, il tasso di crescita del numero delle imprese nella zona pistoiese è stato sempre pressoché vicino allo zero; nel comune capoluogo la crescita è stata lieve ma costante dal 2010 in quanto la natalità dell'imprese è sempre stata superiore alle cessazioni.

*Tasso di crescita*

	<i>2014</i>	<i>2013</i>	<i>2012</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>2009</i>
<i>Pistoia</i>	0,1	0,2	0,2	0,1	0,8	- 0,4
<i>Quad. metropolitano</i>	0,4	- 0,9	- 0,2	0,8	0,8	- 1,1
<i>Quad. montano</i>	- 0,6	- 2,6	- 1,0	- 1,6	0,8	- 0,8
<i>Area Pistoiese</i>	0,2	- 0,4	- 0,0	0,2	0,8	- 0,7

<i>Area Valdinievole</i>	0,4	- 0,7	- 0,3	0,5	- 0,1	- 1,1
<i>Provincia di Pistoia</i>	0,3	- 0,6	- 0,2	0,3	0,4	- 0,9
<i>Regione Toscana</i>	0,6	0,0	0,0	1,0	1,2	0,4

Nella zona pistoiese il saldo tra iscrizioni e cessazioni nel 2014 torna ad essere positivo se pur con un tasso di crescita quasi a zero (+31 unità, per un tasso di crescita dello 0,2%) e porta a 18.336 il numero delle imprese registrate alla fine del 2014 al Registro della Camera di Commercio di Pistoia.

<i>Sede dell'impresa</i>	<i>Al 31.12.2014</i>				<i>Anno 2014</i>		
	<i>Registrate</i>	<i>Attive</i>	<i>Iscrizioni</i>	<i>Cessazioni</i>	<i>tasso di natalità</i>	<i>tasso di mortalità</i>	<i>tasso di crescita</i>
<i>Pistoia</i>	9.833	8.557	594	583	6,0	5,9	0,1
<i>Quad. metropolitano</i>	7.017	6.243	480	451	6,8	6,4	0,4
<i>Quad. montano</i>	1.486	1.340	61	70	4,0	4,6	- 0,6
<i>Area Pistoiese</i>	18.336	16.140	1.135	1.104	6,2	6,0	0,2
<i>Area Valdinievole</i>	14.395	12.360	888	824	6,1	5,7	0,4
<i>Provincia di Pistoia</i>	32.731	28.500	2.023	1.928	6,1	5,9	0,3
<i>Regione Toscana</i>	412.415	356.351	26.372	23.961	6,4	5,8	0,6

Per quanto è riconducibile ai singoli settori, la disaggregazione del tasso di crescita evidenzia comportamenti diversi fra loro. Secondo quanto riportato nel rapporto anno 2014 dell'Ufficio di Studi e Statistica della CCIAA di Pistoia abbiamo a livello provinciale in flessione il settore "costruzioni" ascrivibile per la maggior parte alla componente artigiana che nel settore registra una flessione pari a -2,3%; diminuisce anche l'"agricoltura, silvicoltura e pesca" con 139 imprese cessate a fronte di 110 imprese nuove iscritte da inizio anno. Anche il settore del "commercio" - primo per presenza sul territorio - registra un tasso di crescita negativo pari a -1,3%.

Tra i comparti in negativo anche le "attività manifatturiere"; fra i settori più significativi nel determinare l'andamento del totale imprese manifatturiere vi sono la fabbricazione dei mobili (-5,8%), la fabbricazione di prodotti in metallo (-4,5%), la fabbricazione di prodotti chimici (-2,9%), l'industria del legno (-2%) e tutto il sistema moda. I settori in positivo sono invece: il settore riparazione, manutenzione e installazione (7,6%), la fabbricazione di altri prodotti della lavorazione dei minerali (3,4%), e l'industria alimentare (2,3%).

Nei servizi continua la flessione del settore "trasporto e magazzinaggio", i settori turistici legati agli alloggi (-1,8%) e le attività immobiliari (-1,8%).

Positivo l'andamento delle attività di servizi di informazione e comunicazione legati alle tecnologie del web (+3,1%) e della sanità privata e assistenza sociale (+2,7%). Le imprese giovanili<sup>5</sup> al 31 dicembre 2014 risultano pari a 3.317 e costituiscono il 10,1% del totale imprese. La maggioranza delle iscrizioni appartiene al settore del commercio (139), seguono le imprese delle costruzioni (97) e quelle del manifatturiero (40). Si segnalano anche 35 nuove attività nel settore turistico (alloggio e ristorazione) e 29 nuove imprese in agricoltura.

Infine le imprese straniere<sup>6</sup> sono pari a 3.336 unità e costituiscono il 10,2% del totale imprese. I settori maggiormente interessati dalle nuove iscrizioni di imprese

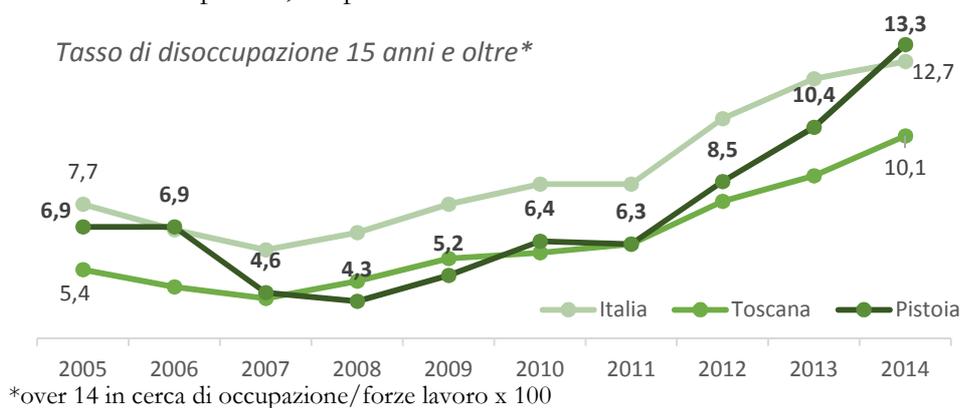
<sup>5</sup> Sono tali le imprese in cui la partecipazione di persone "under 35" risulta complessivamente superiore al 50% mediando le composizioni di quote di partecipazione e cariche attribuite

<sup>6</sup> Sono tali le imprese in cui la partecipazione di persone non nate in Italia risulta complessivamente superiore al 50% mediando le composizioni di quote di partecipazione e cariche attribuite

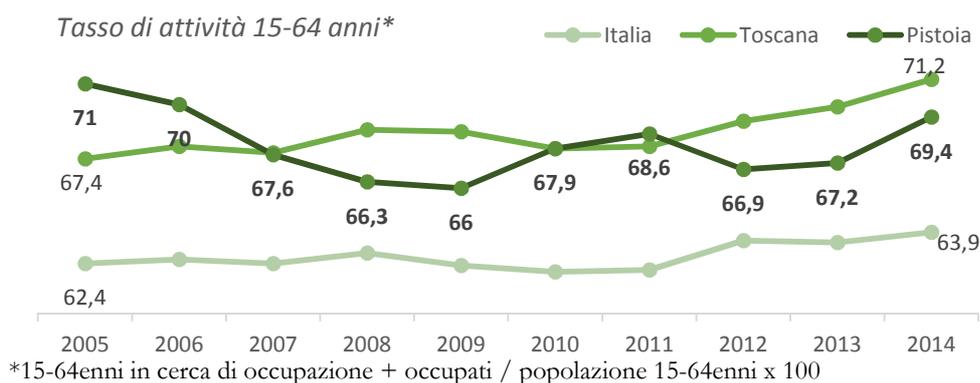
straniere sono stati le costruzioni (132) ed il commercio all'ingrosso e al dettaglio (88).

## Lavoro e occupazione

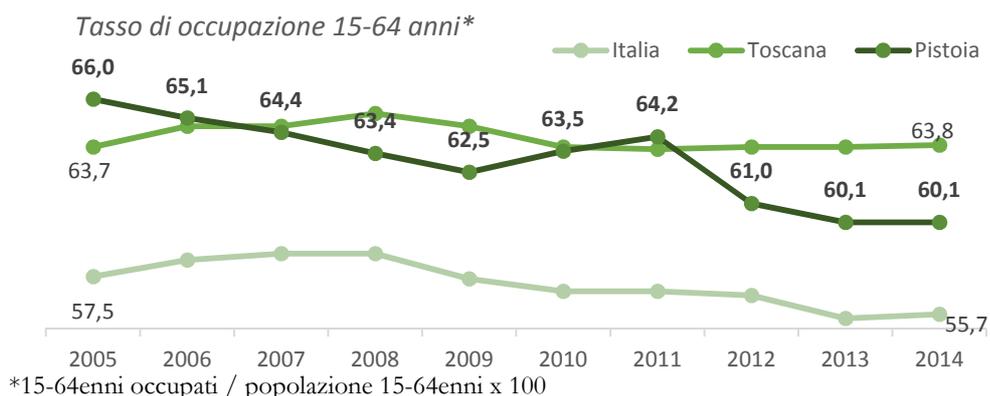
I dati ufficiali sul mercato del lavoro raccolti dall'Istat attraverso l'indagine sulle forze di lavoro forniscono informazioni su occupati e persone in cerca di lavoro, nonché informazioni sui principali aggregati dell'offerta di lavoro, professione, ramo di attività economica, ore lavorate, tipologia e durata dei contratti, formazione. Le evidenze ricavate da questa indagine mostrano che se da un lato la Toscana ha risentito mediamente meno di molte altre zone d'Italia della contrazione di lavoro, in particolare la provincia di Pistoia ha raggiunto un tasso di disoccupazione nell'anno 2014 pari 13,3 superiore alla media nazionale.



Ciò che fa crescere numeri e tassi di disoccupazione è anche la crescita delle forze lavoro, ossia l'ingresso nella popolazione attiva di fasce (soprattutto donne e giovani) che fino a qualche tempo fa erano inattive e che adesso fanno aumentare la numerosità delle persone in cerca di lavoro. Questo fenomeno è evidente per Pistoia a partire dal 2008: il tasso di attività è cresciuto di 6 punti percentuali e la crescita si è avuta soprattutto grazie alla componente femminile.



Il tasso di occupazione in provincia di Pistoia aveva avuto una buona ripresa dopo l'anno della crisi ma a partire dal 2011 sta registrando una decrescita importante con una perdita di circa 7.400 occupati rispetto al 2011.



Un'altra importante fonte informativa sulla situazione occupazionale è il sistema informativo IDOL dei Centri per l'Impiego. Secondo quanto riportato nel rapporto dell'Osservatorio provinciale del mercato del lavoro sui dati al III trimestre del 2014, nei primi nove mesi del 2014 coloro che si sono recati ai Centri per l'Impiego Provinciali per iscriversi allo stato di disoccupazione sono stati 7.137, tale flusso appare stabile rispetto al 2013 (-1,8%). Le iscrizioni di cittadini stranieri sono state 1.481, circa il 21% del totale.

Rispetto al 2013 sono aumentate in maniera considerevole, pur restando un valore esiguo, le iscrizioni dei giovanissimi, che passano da 7 a 40, ed anche le iscrizioni dei giovani tra i 18 ed i 24 anni (+4% circa). Sembrano contrarsi le iscrizioni per le altre fasce di età, soprattutto con riferimento alla componente maschile, eccezione fatta per gli over 55 anni (+2,6%).

Al 30 settembre 2014 il totale delle persone iscritte allo stato di disoccupazione presso i Centri per l'Impiego nella provincia (dati di stock) supera le 52 mila unità (31.038 donne, il 60% e 21.010 uomini).

Gli stranieri iscritti sono 10.431, rappresentano circa il 19%, e provengono per la quasi totalità (10.002) da Paesi a forte pressione migratoria (ai primi posti Romania, Albania, Marocco costituiscono il 68%).

La coorte di età più numerosa è quella tra i 30 ed i 44 anni, con 19.155 iscritti (37%). I giovani under 30 rappresentano circa il 21% (10.925 persone).

Prendiamo in esame i dati contenuti nell'archivio delle comunicazioni obbligatorie degli avviamenti e delle cessazioni di rapporti di lavoro effettuate da aziende con sede nella provincia di Pistoia. Si tratta, è opportuno ricordarlo, di contratti di lavoro e non di lavoratori: nel corso di un anno una stessa persona può infatti avere più di un avviamento.

I contratti di lavoro stipulati nei primi nove mesi del 2014 sono circa 26.300 mila, valore in leggero aumento (+4%) su quanto registrato al terzo trimestre dello scorso anno (25.309). Da rilevare un incremento degli avviamenti più accentuato per la componente maschile, +6,6%, contro un + 2% per le assunzioni femminili. Si incrementano leggermente (+2%) anche gli avviamenti al lavoro della manodopera straniera: 5.772 avviamenti nei primi 9 mesi del 2014 contro i 5.656 del 2013.

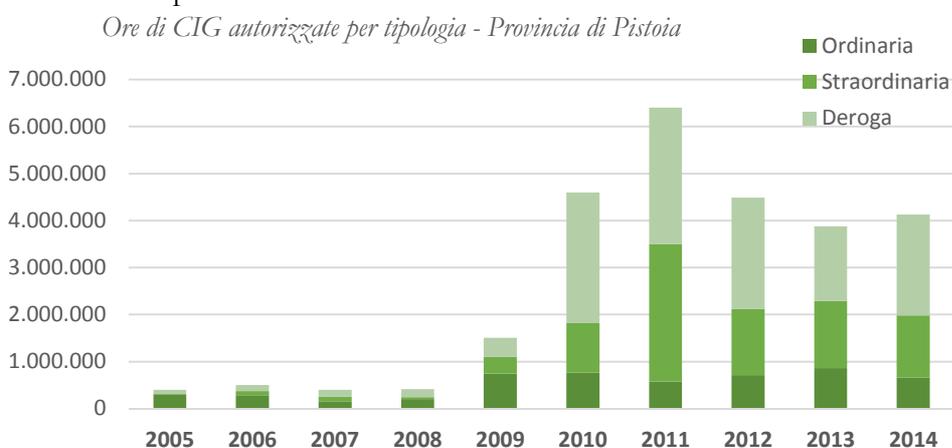
Considerando le fasce di età si registra un forte incremento (+30% circa) senza rilevanti differenze di genere per le assunzioni di giovani in particolare della fascia di età tra i 18 ed i 24 anni, mentre appaiono stabili le assunzioni tra i 25 ed i 44 anni. Si incrementa anche la ricollocazione lavorativa dei lavoratori tra i 45 ed i 55 anni, negativo invece il trend per gli over 55, le cui assunzioni scendono di un 9%.

Il 40% degli avviamenti riguarda la fascia di età 30 – 44 anni, gli avviamenti dei giovani under 30 sono stati circa 7.227, circa il 28% del totale.

Oltre la metà dei contratti (54%) è stata stipulata a tempo determinato, mentre il tempo indeterminato da diversi anni copre ormai stabilmente circa il 10% del totale avviamenti (2.584 inserimenti). Rilevante l'utilizzo della somministrazione lavoro (11,4%, circa 3 mila contratti). Seguono il lavoro domestico (5,8%) ed il lavoro intermittente o "a chiamata" con 1.322 contratti, il 5% circa del totale.

Rispetto al 2013 si nota la compensazione tra la variazione negativa del 7,2% dei tempi indeterminati ed il +6% dei tempi determinati, il calo di lavoro a chiamata (-19%) a cui è stata preferita la somministrazione lavoro (+22%). L'aumento di assunzioni dei giovani tra i 18 ed i 24 anni (+29,6%) si concretizza nel corrispondente incremento inserimenti in tirocinio (+30%). In crescita anche l'apprendistato (+10,3%).

La crisi economica ed occupazionale ha avuto un ovvio effetto anche sui principali ammortizzatori sociali quali la cassa integrazione guadagni istituto che ha la funzione di integrare i guadagni dei lavoratori per le ore non lavorate a causa di una riduzione o sospensione del lavoro.

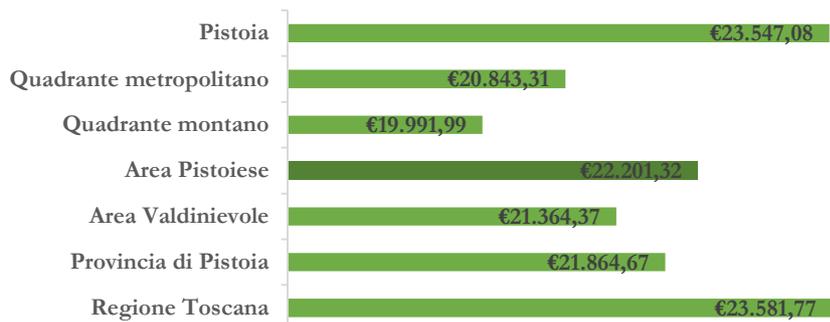


Dai dati INPS risulta che per l'anno 2014 sono state 4.126.270 le ore di CIG autorizzate alle unità produttive della provincia di Pistoia. Le ore totali stanno registrando un andamento decrescente; ancora molto elevato è comunque il numero delle ore autorizzate in deroga (52% del totale) che sono quelle che riguardano misure di sostegno a difficoltà aziendali di medio/lungo periodo o addirittura situazioni di vera e propria emergenza.

## Reddito e pensioni

Gli ultimi dati resi disponibili dal Dipartimento delle Finanze sulle statistiche fiscali dell'Irpef, relative alla totalità delle persone fisiche per l'anno d'imposta 2013 (dichiarazioni 2014) rilevano che l'importo medio del reddito dichiarato al fisco per la zona pistoiese è pari a 22.2012 euro superiore alla media provinciale.

*Reddito medio - Anno 2013*



All'interno dei quadranti, i redditi più alti si registrano a Pistoia e quelli più bassi in montagna.

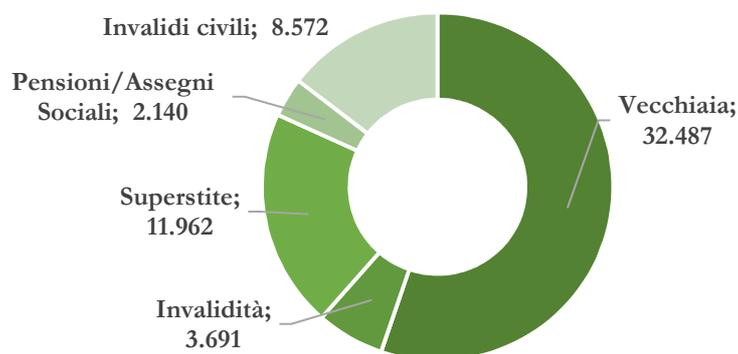
Per quanto riguarda i redditi da pensione, l'importo medio delle pensioni erogate dall'Inps per la zona pistoiese è più basso di 31 euro circa rispetto alla media regionale.

*Importo medio mensile pensioni erogate - al 01.01.2015*



Le pensioni di vecchiaia (anzianità, vecchiaia, prepensionamenti) sono complessivamente 32.487 e sono la categoria più numerosa, per un importo medio mensile pari a 1.071 euro. Le pensioni ai superstiti, erogate in favore dei superstiti di pensionato (pensione di reversibilità) o di lavoratore (pensione indiretta) sono 11.962, per un importo medio mensile pari a 600 euro.

*Pensioni erogate al 01.01.2015 - Area pistoiese*



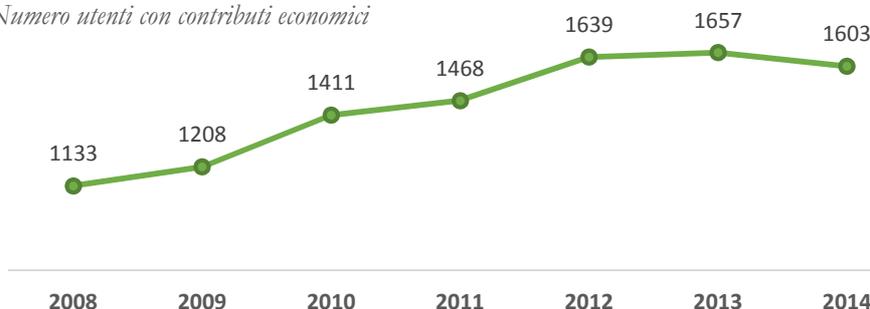
L'assegno sociale (che sostituisce la pensione sociale di cui comunque continuano a beneficiare le persone che l'abbiano ottenuta prima del 31 dicembre 1995) è una prestazione di carattere assistenziale che prescinde pertanto da requisiti assicurativi o contributivi; l'assegno può essere erogato solo dal compimento dei 65 anni di età e spetta ai cittadini che si trovino in particolari condizioni reddituali previste dalla legge. Nella zona pistoiese sono erogate 2.140 pensioni/assegni sociali, per un importo medio mensile pari a 405 euro. Il tasso medio di pensioni sociali e assegni sociali è pari al 5%, a fronte di un valore medio regionale pari al 4,1%.

### **L'aumento delle povertà**

Una delle modalità che abbiamo a disposizione per verificare l'andamento del fenomeno povertà, nella sua versione di carenza di reddito, è l'analisi dei contributi economici pubblici e delle persone che vi hanno accesso. Tale analisi è stata effettuata utilizzando i dati del Sistema Informativo locale Integrato (SILI) dei Comuni della Zona Pistoiese.

Abbiamo considerato tutti gli interventi di tipo economico erogati dai servizi sociali dei comuni della zona pistoiese finalizzati a integrare il reddito dei beneficiario per il periodo che va dall'anno 2008, che viene individuato come l'anno di inizio della crisi economica, fino all'anno 2014, ultimo anno completo a disposizione.

*Numero utenti con contributi economici*



Come si può vedere, è stato costante l'incremento in termini di beneficiari che hanno usufruito di un contributo economico. Dal 2008 al 2012 abbiamo avuto un aumento del 12% nel numero di beneficiari che negli ultimi tre anni sembra invece essersi stabilizzato.

Un punto di osservazione particolarmente interessante del fenomeno “povertà”, e quello attualmente più in grado di fornire spunti di riflessione e analisi, è l'annuale rapporto della Caritas diocesana che elabora i dati dei diversi Centri di Ascolto sparsi sul territorio. Sebbene l'ambito territoriale diocesano non corrisponda perfettamente alla zona sociosanitaria, in esso sono compresi i principali comuni. E' necessario inoltre tenere presente che chi si rivolge ai punti Caritas talvolta, ma non necessariamente, si può rivolgere anche al servizio pubblico, non è quindi possibile “sommare” semplicemente queste informazioni con quelle in possesso delle amministrazioni comunali, di cui abbiamo evidenziato alcuni interventi in precedenza (cittadini che hanno ricevuto contributi economici). Infine, la Caritas accoglie anche richieste di ascolto provenienti da persone non ufficialmente residenti.

Tutto ciò premesso riportiamo alcune informazioni di sintesi estratte dal dossier 2015 della diocesi di Pistoia.

*“Anche in Toscana, dopo anni di crescita costante, la povertà sembrerebbe aver segnato una battuta d'arresto. O almeno è ciò che si evince guardando all'indice di povertà relativa, l'unico diffuso nel report dell'Istat del 15 luglio 2015 che fa riferimento anche alla situazione nei diversi contesti regionali: nel 2014, infatti, i “toscani” al di sotto della soglia di povertà relativa sono stati pari al 5,1% di tutta la popolazione residente, 1,6 punti percentuali in meno rispetto all'anno precedente che fanno parlare l'Istat di sostanziale stabilità. Il carico delle situazioni di povertà anche in Toscana rimane, comunque, pesante: quel 5,1%, infatti, concretamente significa che sono circa 191mila i residenti nel territorio regionale che vivono al di sotto della soglia di povertà relativa.*

*Anche nella nostra diocesi i numeri ci parlano di una leggerissima flessione rispetto allo scorso anno per quanto riguarda i dati raccolti sulla povertà dai centri d'ascolto. Tuttavia la situazione resta tutt'altro che rosea: possiamo dire che dal 2013 non vediamo una ripresa, sebbene la situazione sembri essersi stabilizzata. Dal 2008 il numero delle persone che si sono rivolte ai centri d'ascolto sono aumentate di anno in anno, e anche il numero dei centri d'ascolto è più che raddoppiato rispetto al 2008. Aumenti che sono stati registrati fino al 2013 anno in cui i numeri hanno avuto incrementi minori o addirittura (come quest'anno) una leggera flessione. Restiamo però sui livelli più alti mai registrati nella nostra diocesi.*

*All'inizio della crisi nel 2008 le persone ascoltate erano 1225, nel 2014 sono state 2300. I contatti, cioè in totale, le volte che le persone si sono rivolte ai centri di ascolto, nel 2008 erano*

4000 adesso siamo arrivati a 24.000. Gli italiani erano il 28% e adesso sono il 50%. Questi sono alcuni dati che ci fanno capire come la crisi ha colpito duramente la popolazione pistoiese.

Le persone che si rivolgevano ai Centri d'ascolto, fino al 2008, erano in maggioranza stranieri, oltre il 70%. Le motivazioni risiedevano nelle difficoltà ad affrontare l'inserimento nella società a fronte dell'arrivo in Italia, nella mancanza di rete familiari di supporto che potevano sostenerli nei momenti di difficoltà e nella difficoltà di orientarsi tra i servizi e le normative vigenti in Italia, ad esempio, per la questione dei documenti.

La crisi economica che si è espressa gravemente sulla possibilità di occupazione ha portato ai centri molti italiani, ma anche molti stranieri e tutti con gli stessi problemi riguardanti la difficoltà del vivere quotidiano. Ad oggi la maggior parte degli stranieri viene ai centri in cerca di un supporto per affrontare la vita di tutti i giorni senza, nella maggior parte dei casi, problemi specifici di inserimento nella società. Molte famiglie sono tornate ai centri e con aggravanti, rispetto agli italiani, dovute a quella mancanza di relazioni familiari che come ben sappiamo supportano molte famiglie italiane, se pensiamo ai genitori pensionati che sostengono i figli. Un'altra tendenza che si è riscontrata è stata il ritorno nei paesi d'origine, ma in maniera molto minore rispetto a quello che potevamo aspettarci, poiché le famiglie riconoscono il valore del vivere qui in termini di servizi ed opportunità per la famiglia ed in particolare per il futuro dei figli.”

## ***Stili di vita e comportamenti***

### **Abitudini alimentari**

Per quanto riguarda gli stili alimentari, secondo l'Istat, nel 2009, il pranzo continua a rappresentare il pasto principale per il 62,4% dei toscani (la media nazionale è del 69,3%), anche se negli anni si rileva la tendenza a differire alla cena il pasto più importante della giornata. La maggior parte dei toscani (74,5%) è solita pranzare in casa; questa abitudine, tuttavia, tende ad essere progressivamente meno diffusa nel corso degli anni. Nello stesso anno, l'abitudine di fare una colazione adeguata è seguita dall'87,0% dei toscani (l'80,6% in Italia).

Nella nostra regione il 66,1% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, l'8,2% non fa colazione e il 25,7% non la fa qualitativamente adeguata. Inoltre solo una piccola parte di bambini (27,4%) consuma una merenda adeguata di metà mattina. La maggior parte dei bambini (69,0%) la fa inadeguata e il 3,6% non la fa per niente. Relativamente poi al consumo di frutta e verdura, il 30,0% dei bambini mangia frutta meno di “una volta al giorno” o “mai” nell'intera settimana e il 46,8% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. Infine, il 5,8% dei bambini assume bevande gassate “una volta” e il 3,4% “più volte al giorno”.

Se si considerano i consumi alimentari, la quota di popolazione che, in Toscana, consuma pasta, pane e riso una o più volte al giorno è del 90,4%, valore che risulta più alto rispetto a quello italiano (86,8%).

Il consumo di carne, soprattutto suina, risulta tendenzialmente più alto rispetto all'Italia. La percentuale di soggetti che consuma del pesce almeno una volta a settimana è invece in aumento e in linea con i valori nazionali.

Il consumo di frutta, almeno una volta al giorno, riguarda l'80,1% dei toscani, valore in linea con quello italiano (78,1%). La quota di soggetti che ha l'abitudine di consumare verdure almeno una volta al giorno in Toscana (56,3%) è superiore a quella nazionale (51,2%); lo stesso si osserva per il consumo di ortaggi (Toscana 51,2%; Italia: 43,0%). In Toscana, inoltre, solo il 3,4% della popolazione consuma cinque o più porzioni al giorno di frutta, verdura e ortaggi (il 4,0% in Italia) e quasi il 70% ne consuma da 2 a 4 porzioni, valore più alto rispetto a quello italiano (64,0%).

Secondo i dati riportati dal sistema di sorveglianza PASSI riferiti al triennio 2007 - 2009, inoltre, l'abitudine al consumo di almeno 5 porzioni/die di frutta e verdura negli adulti di età 18-69 anni è del 9,9%; e più diffusa tra le persone oltre i 50 anni, tra le donne e tra chi ha un alto livello di istruzione.

Il consumo di dolci almeno qualche volta a settimana riguarda il 52,5% dei toscani, dato di poco superiore rispetto a quello italiano. Il 19,8% dichiara di mangiare, con la stessa frequenza, snack (il 26,2% in Italia).

I dati di OKkio alla Salute relativi alla terza raccolta effettuata nel 2012 e diffusa nel 2013, dimostra che è in diminuzione la percentuale di bambini tra gli 8 e i 9 anni in eccesso ponderale: è questo il dato più incoraggiante che emerge dalla terza raccolta dati di OKkio alla salute, condotta nel 2012 su un campione di 2622 classi della scuola primaria, 46.483 bambini e 48.668 genitori, distribuiti in tutte le Regioni italiane. Infatti, i dati rilevati nel 2012 indicano che il 22,2% dei bambini è in sovrappeso e il 10,6% obeso, valori che nelle precedenti rilevazioni erano rispettivamente 23,2% (2008-09) e 23,0% (2010) per il sovrappeso e 12,0% (2008-09) e 11,2% (2010) per l'obesità.

Tuttavia, nonostante questo aspetto positivo, la presentazione dei risultati della terza raccolta dati avvenuta nel corso del convegno "Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute: risultati 2012" (Roma, 20 febbraio 2013) ha confermato livelli elevati di eccesso ponderale infantile in Italia osservati nelle prime due raccolte (2008-09, e 2010), collocandola tra i primi posti in Europa, e quindi la necessità di aumentare gli sforzi comuni per contrastare tale fenomeno.

La situazione Toscana risulta migliore rispetto alla media nazionale ma rimane comunque il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Tuttora, il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia la dimensione molto grave del fenomeno.

I dati forniti dal progetto Okkio alla salute relativamente ai bambini frequentanti la III elementare risultano confermati dai risultati dello studio HBSC del periodo 2009-2010, che evidenziano, nella parte del campione italiano di 11, 13 e 15 anni costituita da ragazzi toscani, il 2,4% degli undicenni, il 2% dei tredicenni e l'1,6% dei quindicenni affetti da obesità, mentre i ragazzi in sovrappeso sarebbero, rispettivamente, il 14,4%, il 12,5% e l'11,3%.

Relativamente invece alla popolazione adulta, il sistema di sorveglianza PASSI 2009 stima che in Toscana quasi la metà delle persone di età 18-69 anni presenta un eccesso ponderale: in particolare circa un terzo (30,2%) è in sovrappeso ed una su dieci (9,5%) è obesa. Questa stima corrisponde a circa un milione di cittadini in sovrappeso/obesi nella fascia di età 18/69 anni. L'eccesso di peso è una condizione che aumenta con l'età (50-69 anni), colpisce di più gli uomini e le persone con basso livello di istruzione. PASSI rivela che le persone in eccesso ponderale spesso non hanno una corretta percezione del proprio peso. Quattro persone su dieci in sovrappeso ritengono infatti il proprio peso giusto e un soggetto obeso su dieci lo percepisce come adeguato. Relativamente poi ai consumi alimentari, la maggioranza degli intervistati sostiene di mangiare alimenti che fanno bene alla propria salute, anche se sono sovrappeso ed obesi. L'abitudine a mangiare frutta e verdura è comune e quasi la totalità degli intervistati (97%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno ma solo 10 persone ogni cento ne consumano più di 5 porzioni al giorno.

### **Attività fisica**

I dati si riferiscono al periodo 2010-12. La fonte è costituita dallo studio PASSI.

L'attività fisica regolare rappresenta un fattore protettivo per le malattie cardiovascolari, il diabete (sia in termini di mortalità che di morbilità), ipertensione e obesità, alcuni tipi di tumore (in particolare cancro del colon e della mammella). In particolare, agisce abbassando la pressione arteriosa e i valori dei trigliceridi nel sangue, aumentando il colesterolo HDL e migliorando la tolleranza al glucosio. La vita sedentaria si configura quindi come una condizione predisponente, insieme ad una cattiva alimentazione, di importanti patologie croniche soprattutto cardiovascolari. Uomini e donne di qualsiasi età possono trarre vantaggio anche solo da 30 minuti di moderato esercizio quotidiano e non è necessario dedicarsi ad una attività specifica: l'attività fisica infatti può essere di tipo sportivo oppure connessa con la vita quotidiana, ad esempio spostarsi a piedi o in bicicletta per andare a lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore.

In Toscana poco più di una persona intervistata su 3 (35%) riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definita "attiva"; poco più del 38% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 27% è completamente sedentario. In particolare svolgono poca o nessuna attività fisica le donne, le persone anziane e quelle con maggiori difficoltà economiche. Da tener presente che quasi una persona sedentaria su cinque percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

E' interessante notare, inoltre, come la presenza di altre condizioni di rischio si associ a percentuali più elevate di sedentarietà. In particolare, il 30% dei soggetti sovrappeso/obesi riferisce di essere sedentario, contro il 25% delle persone normopeso/sottopeso. La sedentarietà è quindi più diffusa tra le persone che invece beneficerebbero in modo particolare dell'attività fisica svolta in modo regolare.

Nella AUSL 3 la percentuale dei sedentari si discosta leggermente dalla media regionale accentuando la differenza nei generi.

### **Adolescenti e Stili di Vita**

Riguardo agli stili di vita recentemente la Fondazione ONLUS Attilia Pofferi, Pistoia e Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze hanno realizzato nella città di uno studio sugli adolescenti della Città di Pistoia <sup>7</sup>

Lo studio parte dal presupposto che l'adolescenza è un periodo cruciale per lo sviluppo e sarebbe un momento ideale per acquisire la consapevolezza delle scelte, soprattutto quelle di salute e che negli adolescenti sono presenti dei comportamenti a rischio, quali il fumo, l'abuso di alcol, la sedentarietà e una cattiva alimentazione mentre ci sono poche informazioni sul consumo dei farmaci antidolorifici o FANS. Lo studio ha indagato rispetto agli stili di vita degli adolescenti della provincia di Pistoia al fine di valutare, in questo campione, il consumo di sigarette, alcolici, farmaci antidolorifici o FANS, e l'attitudine alla sedentarietà. Dal 2013 al 2015 la Fondazione ONLUS Attilia Pofferi ha effettuato incontri sulla prevenzione primaria e secondaria dei tumori nelle scuole pistoiesi. Prima degli incontri è stato somministrato agli studenti un

---

<sup>7</sup> Sandra Fabbri<sup>1</sup> e <sup>2</sup>, Iliaria Ermini<sup>2</sup>, Andrea Querci<sup>1</sup>, Valentina Millarini<sup>1</sup> Giovanna Masala<sup>2</sup>  
Valutazione degli stili di vita e correlazione fra comportamenti a rischio in un campione di studenti delle scuole medie superiori della provincia di Pistoia

<sup>1</sup>Fondazione ONLUS Attilia Pofferi, Pistoia

<sup>2</sup>Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

questionario anonimo creato ad hoc per valutare il consumo di sigarette, di alcol, l'uso di farmaci antidolorifici o FANS, le abitudini alimentari e attività fisica. Hanno aderito nove istituti superiori su quindici presenti nella provincia, sono stati coinvolti 2587 studenti, di età compresa fra 14 e 18 anni. Hanno risposto al questionario 2234 alunni (86%), 53% maschi e 46% femmine. E' stato chiesto ai ragazzi "*Hai mai fumato almeno una volta nella vita?*" e "*Se sì, fumi attualmente?*": il 46% dei maschi ed il 52% delle femmine ha provato a fumare almeno una volta nella vita ( $p=0,005$ ) e circa il 27% dei primi ed il 30% delle seconde fuma attualmente. Il 12% dei maschi e il 14% delle femmine dichiara di fumare tutti i giorni. In media più del 90% degli studenti è consapevole che il fumo fa male e indica correttamente quali danni può provocare all'organismo. E' stato chiesto agli studenti "*Consumi bevande alcoliche?*" (si/no/occasionalmente): il 68% dei maschi e il 64% delle femmine dichiara di bere alcolici occasionalmente e il 30% di entrambi non beve alcolici. Quando escono la sera con gli amici (la domanda era: "*Se consumi alcolici quando esci la sera con le amiche e gli amici, in una serata tipo, quanto e cosa bevi?*") i ragazzi preferiscono bere birra o superalcolici (48% e 45% rispettivamente) piuttosto che il vino (24%). Le ragazze invece preferiscono i superalcolici (49%) rispetto a birra (36%) o vino (22%). Solamente il 17% dei maschi e l'8% delle femmine beve alcolici ai pasti. E' stato chiesto ai ragazzi se utilizzano (spesso, qualche volta o mai) farmaci antidolorifici o antinfiammatori (FANS), che tipo di farmaci usano (è stato dato loro un elenco dei più comuni antidolorifici e antinfiammatori, indicandoli sia col nome commerciale che con il principio attivo), se secondo loro questi farmaci hanno o meno gli stessi effetti collaterali e se, chi li utilizza, lo fa a seguito di una prescrizione medica. Il 58% dei ragazzi e l'82% delle ragazze utilizza farmaci antidolorifici o FANS mentre il 40% dei primi ed il 17% delle seconde dichiara di non utilizzarli mai ( $p<0,001$ ). Nello specifico, il 14% delle ragazze ed il 6% dei ragazzi dichiara di utilizzarli spesso ( $p<0,001$ ) mentre il 68% delle prime ed il 51% dei secondi dichiara di utilizzarli qualche volta ( $p<0,001$ ). Il 59% delle ragazze e il 56% dei ragazzi dichiara che i farmaci che assume sono stati prescritti dal medico mentre il 40% di entrambi li assume senza il parere del medico. Le femmine fanno più dei maschi che i farmaci non hanno gli stessi effetti collaterali (55% vs 48%) (statisticamente non significativo). Il farmaco più usato, fra quelli da noi indicati, è il ketoprofene: il 71% sia dei maschi che delle femmine ne fa uso. Poi, in ordine di preferenza, paracetamolo, ibuprofene, acido acetil salicilico, nimesulide e diclofenac per le femmine mentre i maschi dopo il ketoprofene preferiscono paracetamolo, acido acetil salicilico, ibuprofene e per ultimi anche in questo caso, il nimesulide e il diclofenac. E' stata indagata l'abitudine dei ragazzi a praticare attività sportiva extra le ore di educazione fisica a scuola, con la domanda "*Nell'ultimo anno hai praticato qualche attività sportiva, a parte le ore di educazione fisica a scuola?*"; inoltre è stato chiesto se i ragazzi fossero favorevoli all'uso di integratori per lo sport, con la domanda "*Secondo te, è accettabile prendere qualche integratore o medicinale per migliorare le proprie prestazioni sportive?*" L'81% dei maschi e il 62% delle femmine ha praticato attività sportiva nell'ultimo anno. Il 28% dei primi ed il 21% delle seconde è favorevole all'uso di integratori per migliorare le prestazioni sportive. L'8% del campione passa più di due ore al giorno alla tv e più di due ore al pc o videogiochi e il 55% passa meno di due ore al giorno sia alla tv che al pc o videogiochi. E' stata valutata la relazione tra i comportamenti a rischio e è possibile osservare che tra chi beve alcolici, rispetto a chi non li

beve, è maggiore la percentuale dei fumatori; in particolare chi dichiara di fumare tutti i giorni, (maschi 17% vs 3%;  $p<0,001$ ) (femmine 19% vs 4%;  $p<0,001$ ). Tra chi fuma, è maggiore la percentuale di chi beve alcolici, rispetto ai non fumatori (91% vs 61% maschi e 86% vs 57% femmine;  $p<0,001$  entrambi). Chi fuma, quando esce la sera, beve quantità significativamente maggiori sia di birra, che vino o superalcolici. Sia chi fuma che chi beve alcolici tende a consumare più farmaci antidolorifici o FANS rispetto a chi non fuma o non beve. Chi consuma farmaci antidolorifici o FANS beve o fuma in percentuale significativamente maggiore rispetto a chi non li usa ed è più favorevole all'uso di integratori per migliorare le performance sportive. Chi passa più di 2 ore alla tv e al pc o videogiochi fuma e beve di più di chi ci passa meno tempo, ha un'alimentazione più scorretta e pratica meno sport. Concludendo da questo studio è possibile affermare che avere un comportamento a rischio, nell'adolescenza, influenza anche altri comportamenti non corretti, per il mantenimento futuro della propria salute. E' fondamentale quindi agire sempre più informando i ragazzi sui rischi che potenzialmente corrono ed educarli a prevenirli.

### 3. Lo stato di salute

#### *I principali indicatori*

##### **Speranza di vita**

La speranza di vita alla nascita, ossia il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita, è un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione. Il miglioramento delle condizioni generali di vita e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria hanno, infatti, portato ad un progressivo aumento della vita media sia in Italia che in Toscana.

Nel 2012, ultimo anno disponibile, la speranza di vita alla nascita è risultata nella AUSL di Pistoia pari a 80,69 anni nei maschi e di 85,16 nelle femmine.

	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>
<i>AUSL 3 - Pistoia</i>	80.69	85.16
<i>AUSL 4 - Prato</i>	80.52	85.42
<i>AUSL 10 - Firenze</i>	80.87	85.38
<i>AUSL 11 - Empoli</i>	80.62	84.91
<i>CENTRO</i>	80.76	85.29
<i>REGIONE TOSCANA</i>	80.31	85.03

Nel confronto con i dati medi toscani, i valori sia dei maschi che delle femmine pistoiesi sono simili se pur leggermente più alti di quelli toscani.

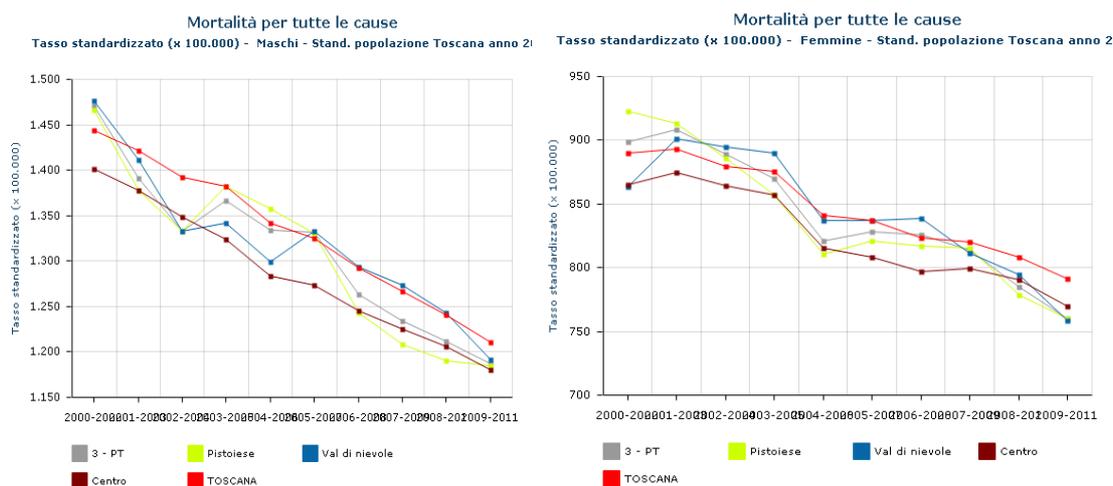
## Mortalità generale

### Mortalità per tutte le cause (x 100.000) - anni 2009-2011

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	9191	1.049,48	934,5	915,14	953,86
Z/D Pistoiese	5535	1.082,79	934,84	909,87	959,81
Z/D Valdinievole	3656	1.002,78	934,05	903,38	964,73
Area Vasta Centro	51189	1.068,01	936,9	928,66	945,14
Regione Toscana	124732	1.114,90	963,01	957,58	968,43
Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	4426	1.052,19	1.187,24	1.151,67	1.222,82
Z/D Pistoiese	2655	1.080,23	1.184,87	1.139,02	1.230,73
Z/D Valdinievole	1771	1.012,78	1.191,19	1.134,76	1.247,62
Area Vasta Centro	24464	1.060,39	1.179,84	1.164,80	1.194,88
Regione Toscana	59507	1.104,02	1.210,94	1.201,04	1.220,84
Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	4765	1.046,98	759,67	737,49	781,86
Z/D Pistoiese	2880	1.085,17	760,35	731,76	788,95
Z/D Valdinievole	1885	993,57	758,51	723,34	793,68
Area Vasta Centro	26725	1.075,08	769,65	760,14	779,16
Regione Toscana	65225	1.125,01	791,2	784,93	797,46

I tassi standardizzati di mortalità della Azienda USL3 sono inferiori a quelli medi regionali, nelle donne tale riduzione è statisticamente significativa. La mortalità risulta, invece, sostanzialmente allineata con quella della Area Vasta Centro, anche se, rispetto a quest'ultima, è lievemente minore nelle donne e maggiore negli uomini. Il relativo trend temporale è in costante riduzione, come in Toscana (ed Italia); tale riduzione è più accentuata e costante negli uomini, che, comunque, registrano tassi superiori a quelli delle donne.

Nell'ultimo triennio esaminato (2009-2011) i valori delle due Zone/Distretto sono sostanzialmente sovrapponibili, sia negli uomini sia nelle donne.



**Mortalità prematura (x 100.000) - anni 2009-2011**

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	925	136,48	134,72	126,01	143,44
Z/D Pistoiese	546	139,32	135,9	124,45	147,35
Z/D Valdinievole	379	132,59	133,03	119,58	146,49
Area Vasta Centro	5329	144,03	142,04	138,21	145,87
Regione Toscana	13059	152,11	148,19	145,63	150,74
Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	570	169,04	170,67	156,59	184,74
Z/D Pistoiese	342	174,82	175,04	156,4	193,69
Z/D Valdinievole	228	161,07	164,23	142,81	185,66
Area Vasta Centro	3278	177,46	180,27	174,06	186,48
Regione Toscana	8154	189,88	190,03	185,88	194,18
Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	355	104,23	100,67	90,17	111,18
Z/D Pistoiese	204	103,93	98,87	85,25	112,48
Z/D Valdinievole	151	104,64	103,22	86,69	119,75
Area Vasta Centro	2051	110,7	105,99	101,39	110,6
Regione Toscana	4905	114,31	108,38	105,33	111,42

La mortalità prematura è calcolata riferendosi ai decessi che si verificano prima dei 65 aa, sottintendendo che tali morti potrebbero esser evitate.

La mortalità prematura nella Azienda USL 3 è inferiore sia a quella media regionale che a quella di Area Vasta Centro; la riduzione nei confronti della media regionale raggiunge la significatività statistica.

I valori riscontrati sono più contenuti nei maschi rispetto alle femmine e nella Zona/Distretto Valdinievole rispetto a quella Pistoiese.

**Principali cause di morte**

La mortalità proporzionale esprime la proporzione tra le morti dovute alla singole cause rispetto alle morti complessive: fornisce, quindi, un'indicazione sintetica di quali siano le più ricorrenti cause di decesso. Nella Provincia di Pistoia oltre due morti su tre (70,35%) sono determinate dalle malattie circolatorie e dai tumori, confermandosi un trend ormai pluriennale. Da sottolineare che tale dato è superiore a quello che si riscontra in Toscana e nella Area Vasta Centro. Sia i decessi per malattie circolatorie che per tumori sono superiori alla media regionale e tra i più elevati nella nostra Area Vasta. Di poco superiori alla media toscana anche le morti per malattie endocrine e per malattie del sistema nervoso.

Distribuzione principali cause di morte - 2009-2011			
Residenza	Causa	Casi	Percentuale
AUSL 3 - Pistoia	Malattie del sistema circolatorio	3685	40,18
AUSL 3 - Pistoia	Tumori	2767	30,17
AUSL 3 - Pistoia	ALTRO	1287	14,04
AUSL 3 - Pistoia	Malattie dell'apparato respiratorio	639	6,97
AUSL 3 - Pistoia	Malattie del sistema nervoso	415	4,52
AUSL 3 - Pistoia	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	379	4,13
AUSL 4 - Prato	Malattie del sistema circolatorio	2704	38,51
AUSL 4 - Prato	Tumori	2173	30,95
AUSL 4 - Prato	ALTRO	1046	14,9
AUSL 4 - Prato	Malattie dell'apparato respiratorio	495	7,05
AUSL 4 - Prato	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	304	4,33
AUSL 4 - Prato	Malattie del sistema nervoso	300	4,27
AUSL 10 - Firenze	Malattie del sistema circolatorio	9701	35,43
AUSL 10 - Firenze	Tumori	8157	29,8
AUSL 10 - Firenze	ALTRO	4736	17,3
AUSL 10 - Firenze	Malattie dell'apparato respiratorio	2401	8,77
AUSL 10 - Firenze	Malattie del sistema nervoso	1257	4,59
AUSL 10 - Firenze	Traumatismi e avvelenamenti	1125	4,11
AUSL 11 - Empoli	Malattie del sistema circolatorio	3063	40,92
AUSL 11 - Empoli	Tumori	2067	27,61
AUSL 11 - Empoli	ALTRO	1201	16,04
AUSL 11 - Empoli	Malattie dell'apparato respiratorio	574	7,67
AUSL 11 - Empoli	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	291	3,89
AUSL 11 - Empoli	Malattie del sistema nervoso	290	3,87
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema circolatorio	47611	38,28
REGIONE TOSCANA	Tumori	36340	29,22
REGIONE TOSCANA	ALTRO	20847	16,77
REGIONE TOSCANA	Malattie dell'apparato respiratorio	9256	7,44
REGIONE TOSCANA	Malattie del sistema nervoso	5417	4,36
REGIONE TOSCANA	Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	4904	3,94

### Mortalità per tumori (x 100.000) - anni 2009-2011

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	2767	315,95	293,7	282,6	304,8
Z/D Pistoiese	1687	330,02	297,63	283,21	312,04
Z/D Valdinievole	1080	296,23	287,73	270,34	305,12
Area Vasta Centro	15164	316,38	291,37	286,65	296,08
Regione Toscana	36340	324,82	293,67	290,6	296,74

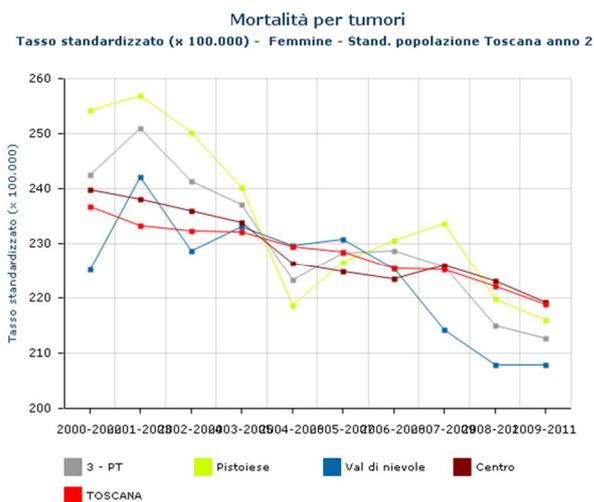
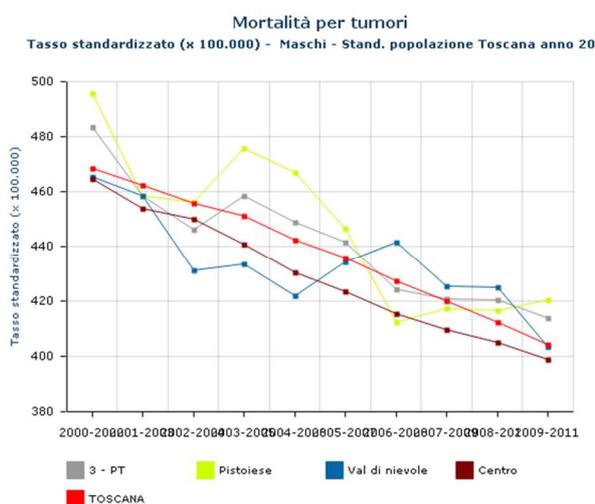
per tumori - numero decessi, tasso grezzo, tasso standardizzato e intervallo di confidenza al 95% (x 100.000) -

Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1584	376,56	413,77	393,11	434,44
Z/D Pistoiese	967	393,44	420,23	393,36	447,1
Z/D Valdinievole	617	352,84	403,53	371,24	435,82
Area Vasta Centro	8474	367,3	398,69	390,07	407,3
Regione Toscana	20427	378,98	404,16	398,54	409,79

per tumori - numero decessi, tasso grezzo, tasso standardizzato e intervallo di confidenza al 95% (x 100.000) -

Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1183	259,93	212,62	200,13	225,11
Z/D Pistoiese	720	271,29	215,98	199,7	232,26
Z/D Valdinievole	463	244,04	207,79	188,3	227,27
Area Vasta Centro	6690	269,12	219,2	213,77	224,62
Regione Toscana	15913	274,47	218,81	215,3	222,33

La mortalità per tumori è sostanzialmente in linea con le medie regionale e di AVC e consolida un trend in riduzione. Si conferma anche la differenza di genere con tassi pressoché doppi negli uomini rispetto alle donne. Da monitorare l'andamento della mortalità nei maschi della Zona/Distretto Pistoiese che da vari anni si pone al di sopra dei valori regionali e di Area Vasta.



### Mortalità per malattie del sistema circolatorio (x 100.000) - anni 2009-2011

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	3687	421	365,1	353,18	377,02
AUSL 4 - Prato	2708	363,99	362,4	348,59	376,21
AUSL 10 - Firenze	9717	395,66	317,36	310,95	323,76
AUSL 11 - Empoli	3067	427,57	385,12	371,31	398,93
Area Vasta Centro	19179	400,15	341,47	336,57	346,36
Regione Toscana	47670	426,09	358,28	355,02	361,54

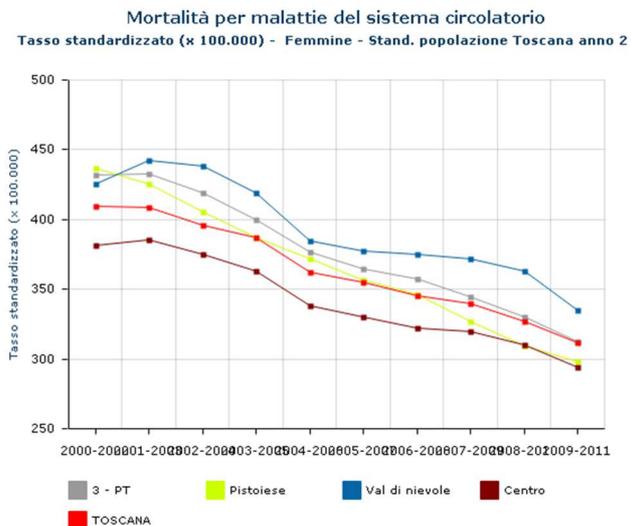
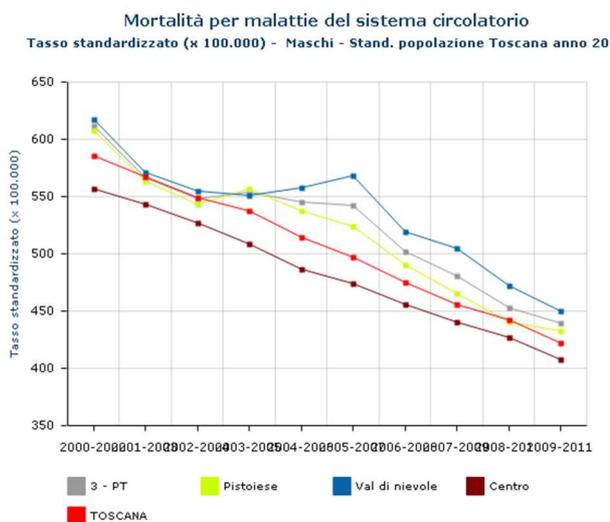
  

Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1595	379,18	439,62	417,65	461,58
AUSL 4 - Prato	1219	335,56	436,33	411,25	461,41
AUSL 10 - Firenze	4153	354,17	377,82	366,15	389,5
AUSL 11 - Empoli	1329	379,12	449,49	424,83	474,14
Area Vasta Centro	8296	359,59	407,34	398,42	416,26
Regione Toscana	20310	376,81	422,16	416,24	428,07

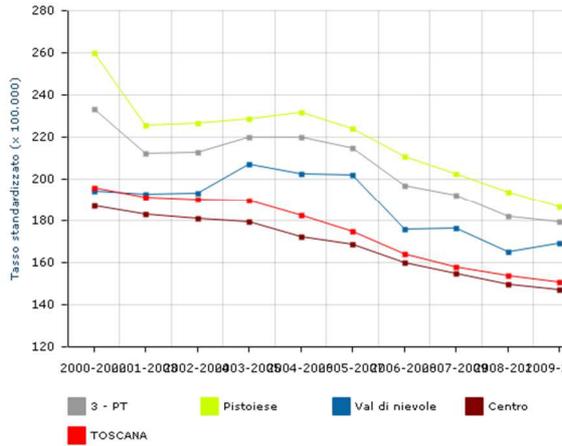
  

Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	2092	459,66	312,55	298,9	326,21
AUSL 4 - Prato	1489	391,11	304,48	288,75	320,21
AUSL 10 - Firenze	5564	433,58	274,5	267,1	281,9
AUSL 11 - Empoli	1738	473,89	337,45	321,28	353,62
Area Vasta Centro	10883	437,8	293,83	288,19	299,47
Regione Toscana	27360	471,91	311,59	307,81	315,36

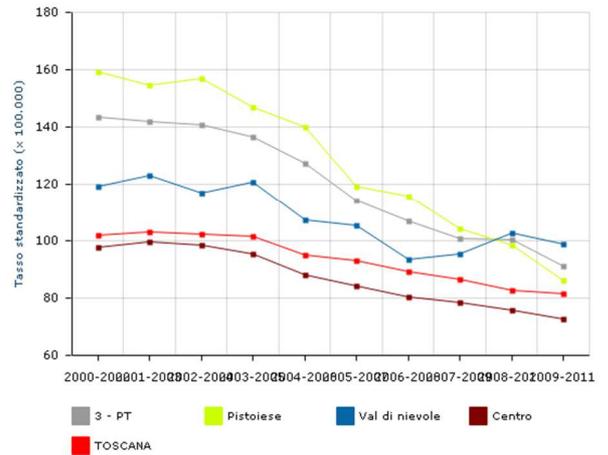
Nell'ambito di un trend complessivamente in riduzione, la mortalità per le malattie del sistema circolatorio è significativamente più elevata nella Zona Distretto Valdinievole rispetto alle aree di confronto; tale eccesso interessa sia gli uomini che le donne ed è un dato che si conferma da vari anni. Nella Zona/Distretto Pistoiese i valori riscontrati sono leggermente più elevati di quelli regionali negli uomini e nelle donne sovrapponibili ai tassi dell'Area Vasta Centro.



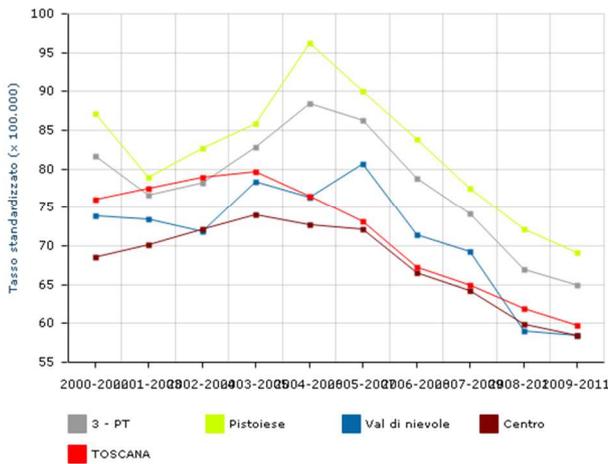
Mortalità per cardiopatia ischemica  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Maschi - Stand. popolazione Toscana an



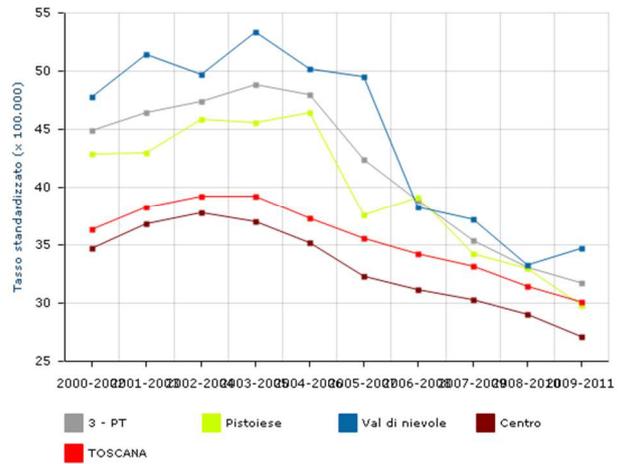
Mortalità per cardiopatia ischemica  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Femmine - Stand. popolazione Toscana anno 2



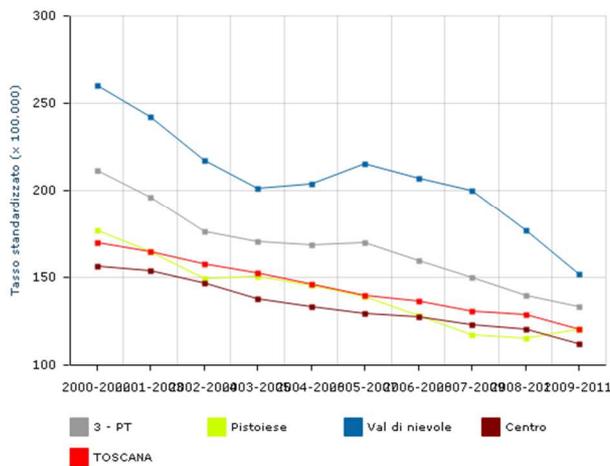
Mortalità per infarto del miocardio  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Maschi - Stand. popolazione Toscana anno 20



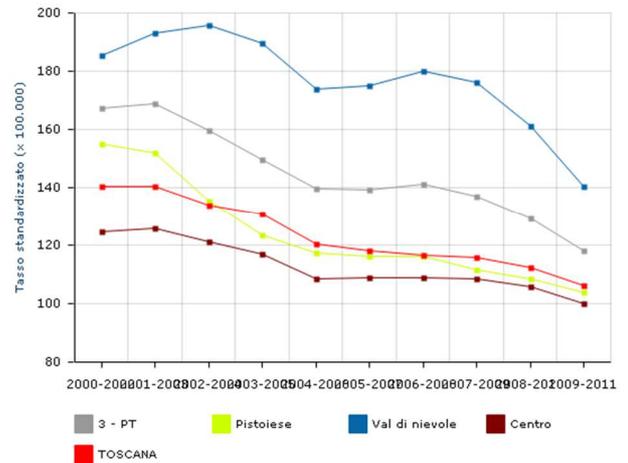
Mortalità per infarto del miocardio  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Femmine - Stand. popolazione Toscana anno 21



Mortalità per malattie cerebrovascolari  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Maschi - Stand. popolazione Toscana anno 20



Mortalità per malattie cerebrovascolari  
Tasso standardizzato (x 100.000) - Femmine - Stand. popolazione Toscana anno 2



Nell'ambito delle malattie circolatorie si registrano, in entrambe le Zone/Distretto, eccessi di mortalità per le cardiopatie ischemiche e, nella Zona/Distretto Valdinievole, per le malattie cerebrovascolari.

**Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (x 100.000) - anni 2009-2011**

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	641	73,19	62,94	58	67,87
Z/D Pistoiese	405	79,23	65,93	59,43	72,44
Z/D Valdinievole	236	64,73	58,36	50,81	65,9
Area Vasta Centro	4114	85,83	72,81	70,56	75,07
Regione Toscana	9264	82,8	69,18	67,75	70,61
Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	360	85,58	99,59	89,11	110,08
Z/D Pistoiese	210	85,44	96,41	83,11	109,7
Z/D Valdinievole	150	85,78	104,52	87,49	121,55
Area Vasta Centro	2219	96,18	109,85	105,19	114,51
Regione Toscana	5205	96,57	108,59	105,58	111,6
Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	281	61,74	42,42	37,35	47,49
Z/D Pistoiese	195	73,47	48,24	41,33	55,15
Z/D Valdinievole	86	45,33	33,43	26,19	40,67
Area Vasta Centro	1895	76,23	51,82	49,43	54,22
Regione Toscana	4059	70,01	47,07	45,58	48,56

La mortalità per malattie respiratorie nella AUSL 3 è inferiore a quelle delle aree di riferimento sia negli uomini sia nelle donne.

**Rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per overdose (x 100.000) - 2009-2011**

Residenza	Totale			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1	40,73	0,54	226,59
CENTRO	10	75,04	35,93	138,02
Residenza	Maschi			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1	50,89	0,67	283,12
CENTRO	7	65,29	26,16	134,53
Residenza	Femmine			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	0	0	0	0
CENTRO	3	116,23	23,37	339,59

**Rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per suicidi (x 100.000) - 2010-2012**

Residenza	Totale			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	61	97,89	74,88	125,75
CENTRO	338	99,17	88,88	110,33
Residenza	Maschi			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	50	98,17	72,86	129,43
CENTRO	281	100,82	89,37	113,32
Residenza	Femmine			
	N° Decessi	Rapporto Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	11	97,28	48,5	174,08
CENTRO	57	92,2	69,83	119,46

I dati relativi alle overdose sono sensibilmente più bassi rispetto all'AVC; il numero degli eventi estremamente contenuto suggerisce molta prudenza nella valutazione dei dati.

Il rapporto standardizzato relativo ai suicidi negli uomini è pressoché perfettamente sovrapponibile a quello della Area Vasta Centro; nel genere femminile si riscontra, invece, un lieve eccesso; anche in questo caso è necessario tener presente che la scarsa numerosità degli eventi può determinare nel tempo ampie fluttuazioni.

**I tumori**

Esaminando i dati dei residenti della Provincia di Pistoia si rileva che nel corso del 2014 sono stati ricoverati in Toscana per tumore 3.773 soggetti, di questi 1.783 gli uomini (pari al 47,2% del totale); mentre ci sono stati 5.403 ricoveri per neoplasie, di cui 2.611 relativo ad uomini (pari al 48,25 % del totale).

I relativi tassi di ospedalizzazione riferiti ai soggetti ricoverati in Toscana sono più contenuti rispetto alle aree di confronto, nelle donne tale divario è statisticamente significativo come evidenziato dalla tabella sottostante.

**Soggetti ricoverati**

Residenza	Totale				
	N° Casi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	3.774	12,93	12,25	11,86	12,65
Z/D Pistoiese	2.252	13,15	12,34	11,82	12,86
Z/D Valdiniievole	1.523	12,64	12,15	11,53	12,76
Area Vasta Centro	22.379	13,82	13,24	13,06	13,41
Regione Toscana	51.697	13,78	12,98	12,87	13,1
Residenza	Maschi				
	N° Casi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1.783	12,74	12,82	12,22	13,42
Z/D Pistoiese	1.069	12,98	12,87	12,09	13,65
Z/D Valdiniievole	714	12,39	12,77	11,83	13,72
Area Vasta Centro	10.317	13,27	13,55	13,29	13,82
Regione Toscana	24.061	13,34	13,36	13,19	13,53
Residenza	Femmine				
	N° Casi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1.991	13,12	12,18	11,63	12,72
Z/D Pistoiese	1.183	13,3	12,3	11,58	13,01
Z/D Valdiniievole	809	12,87	12,01	11,16	12,85
Area Vasta Centro	12.062	14,32	13,43	13,19	13,68
Regione Toscana	27.636	14,19	13,11	12,95	13,27

Il numero stimato di nuovi casi tumori per il 2014 è pari a 1.859, dei questi 955 sono maschi (51,4% del totale).

Negli uomini i cinque tumori più frequenti, in ordine decrescente, sono quelli che interessano prostata, colon retto, polmone, vescica e rene. I relativi tassi sono allineati con quelli medi regionali e di poco più elevati rispetto a quelli della Area Vasta Centro.

Mentre nelle femmine i cinque tumori più frequenti, in ordine decrescente, sono quelli che interessano mammella, colon retto, polmone, corpo utero, tiroide e melanomi. I relativi tassi sono perfettamente allineati con quelli della Area Vasta Centro e risultano inferiori a quelli medi regionali.

I tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause della nostra Azienda ASL sono inferiori a quelli medi regionali, nelle donne tale riduzione è statisticamente significativa.

Nella Provincia di Pistoia oltre due morti su tre (70,35 %) sono determinate dalle malattie circolatorie e dai tumori, confermandosi un trend ormai pluriennale.

### Mortalità per tumori (x 100.000) - anni 2009-2011

Residenza	Totale				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	2767	315,95	293,7	282,6	304,8
Z/D Pistoiese	1687	330,02	297,63	283,21	312,04
Z/D Valdinievole	1080	296,23	287,73	270,34	305,12
Area Vasta Centro	15164	316,38	291,37	286,65	296,08
Regione Toscana	36340	324,82	293,67	290,6	296,74

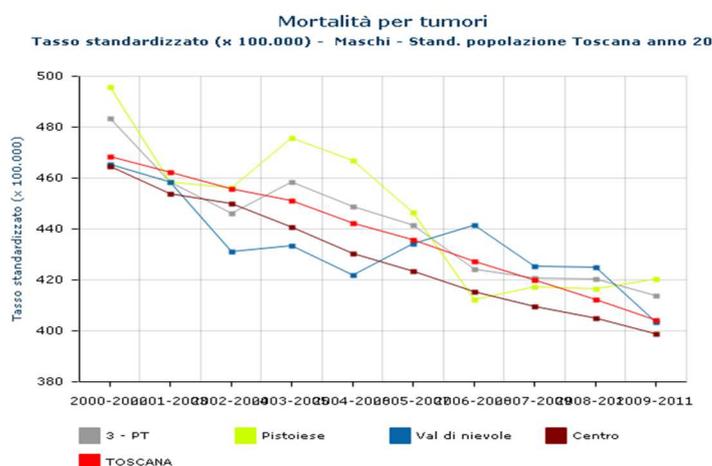
per tumori - numero decessi, tasso grezzo, tasso standardizzato e intervallo di confidenza al 95% (x 100.000) -

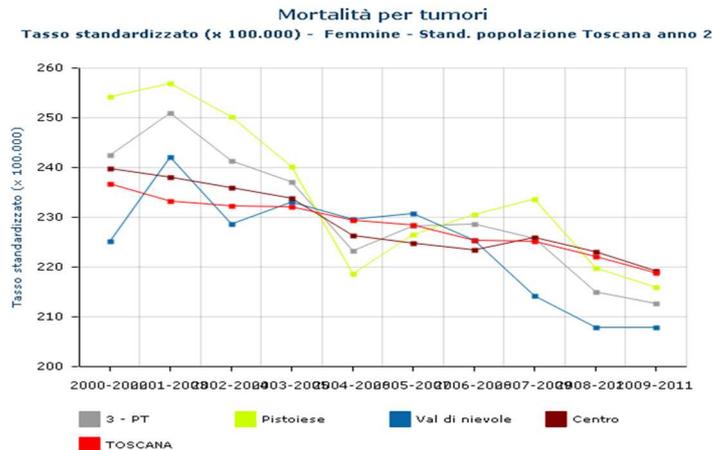
Residenza	Maschi				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1584	376,56	413,77	393,11	434,44
Z/D Pistoiese	967	393,44	420,23	393,36	447,1
Z/D Valdinievole	617	352,84	403,53	371,24	435,82
Area Vasta Centro	8474	367,3	398,69	390,07	407,3
Regione Toscana	20427	378,98	404,16	398,54	409,79

per tumori - numero decessi, tasso grezzo, tasso standardizzato e intervallo di confidenza al 95% (x 100.000) -

Residenza	Femmine				
	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1183	259,93	212,62	200,13	225,11
Z/D Pistoiese	720	271,29	215,98	199,7	232,26
Z/D Valdinievole	463	244,04	207,79	188,3	227,27
Area Vasta Centro	6690	269,12	219,2	213,77	224,62
Regione Toscana	15913	274,47	218,81	215,3	222,33

La mortalità per tumori è sostanzialmente in linea con le medie regionale e di Area Vasta Centro; si consolida il trend improntato alla riduzione. Si conferma anche la differenza di genere con tassi pressoché doppi negli uomini rispetto alle donne.





### ***FOCUS: ASSISTENZA PAZIENTI ONCOLOGICI***

L'impatto della malattia neoplastica sul nucleo familiare ha implicazioni enormi: l'intera famiglia, insieme al paziente, viene investita dall'evento con conseguenti ripercussioni sia al suo interno, nelle relazioni e sull'equilibrio della struttura familiare, sia nelle interazioni con le risorse esterne.

I nuovi assetti sociali, quali la riduzione delle dimensioni della famiglia e delle reti di parentela, il progressivo invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle patologie oncologiche, la crisi economica sono alcuni fattori determinanti che favoriscono la nascita di nuovi bisogni più articolati e complessi per famiglie che si trovano ad affrontare un evento critico quale la patologia oncologica.

Risulta importante che le Istituzioni cerchino risposte diverse costruendo servizi assistenziali in considerazione dei bisogni emergenti, soprattutto in quei contesti in cui la patologia oncologica entra in realtà già fragili ed in cui la fragilità familiare pregressa all'evento risulta un fattore di rischio psico-sociale, come ad esempio nell'anziano, in paziente con plurimorbilità e nei soggetti in età pediatrica.

Appare importante un'analisi sugli aspetti psico-sociali legati alla patologia oncologica dichiarando la necessità di promuovere strategie di intervento basate su un approccio multidisciplinare che preveda un'assistenza globale rivolta inoltre non solo al paziente ma alle loro famiglie.

Nella patologia oncologica l'intera famiglia viene progressivamente investita dall'esordio della stessa rappresentando un evento fortemente stressante per l'intero contesto familiare. Infatti accanto alla problematica clinico-fisica vi è una importante componente emotiva che ha un profondo impatto sul clima familiare seppur con caratteristiche diverse a seconda delle varie fasi quali diagnosi, terapia o reinserimento sociale.

Va inoltre considerato che le variabili strettamente dipendenti dalle peculiarità di ogni nucleo familiare hanno pesi diversi come ad esempio i dati socio-anagrafici, la composizione del nucleo stesso, le variabili culturali, il sostegno sociale più o meno presente.

Tutti i componenti della famiglia si confrontano direttamente con la patologia con un conseguente variabile processo di adattamento e spesso la relazione di coppia in particolare è quella che ne risente maggiormente. Da prevedere comunque anche azioni sul parenting valutando l'impatto della patologia e della sua gestione con particolare riferimento a situazioni più fragili quali quella su nuclei familiari ristretti. Inoltre nei paesi occidentali oltre un quarto dei pazienti oncologici ha figli di età

minore con un inevitabile impatto quindi sulla genitorialità ed anche comportando talvolta disagio psico-sociale nei figli.

In ambito sanitario la fragilità ha due caratteristiche rilevanti ovvero in primo luogo si riferisce ad una condizione multi-determinata caratterizzata da fattori che si influenzano a vicenda, in secondo luogo la fragilità è centrata sulla condizione di rischio del singolo.

Occorre rilevare i bisogni e procedere con la progettazione di interventi anche sulla sfera psicologica volti al sostegno psicologico e sociale, creando servizi specifici di assistenza globale alle famiglie con particolari fragilità quali la presenza di bambini e/o adolescenti, nuclei familiari ristretti, fasce di marginalità sociale.

Infatti considerare la fragilità familiare in un'ottica sistemica ci permette di non focalizzare troppo l'attenzione sulla ricerca di standard predefiniti che possono non tenere di conto della realtà contestuale unica di ogni nucleo. Pertanto sul piano della progettazione gli interventi sulla famiglia devono essere ideati non solo sul singolo perché solo se l'intera rete dei servizi è in grado di supportare tutta la famiglia nelle varie fasi potrà essere stato creato realmente un progetto generatore benessere. Inoltre gli interventi non dovranno essere totalmente sostitutivi bensì capaci di fornire strumenti idonei a valorizzare la capacità della famiglia quale insostituibile unità di servizi sviluppandone l'empowerment, mantenendo una stretta collaborazione tra chi riceve e chi offre servizi mediante la creazione di una rete territoriale in cui tutti gli attori portatori di benessere sono strettamente connessi. L'obiettivo deve essere garantire una rete tra servizi sanitari, sociali e terzo settore in cui il paziente ed il proprio nucleo familiare ricevano interventi supportivi di varia natura e possano essere in maniera sinergica accompagnati nei giusti percorsi al fine di evitare l'isolamento. La rete territoriale dei servizi deve garantire di poter agire simultaneamente su più fronti a supporto del paziente oncologico, del suo nucleo familiare e dei caregivers con lo scopo di supportare dal punto di vista sanitario, assistenziale e psicologico nonché favorire l'inserimento all'interno di percorsi definiti e la presa in carico.

Sono necessari interventi di socializzazione tra componente sanitaria territoriale (sia infermieristica che medica quali medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) ed ospedaliera e terzo settore ed anche l'implementazione di punti di riferimento territoriali che possano veicolare le corrette informazioni ed indirizzare il paziente nei percorsi predefiniti anche tramite l'introduzione di figure di rappresentative di raccordo.

Si auspica un potenziamento nella gestione del paziente oncologico e del proprio nucleo familiare sia come garanzia di corretta presa in carico infermieristica che assistenziale e psicologica sul versante domiciliare e residenziale, con una visione di approccio globale alla salute, come impatto sul caregiving ed interventi psico-educativi, di potenziamento del self-care ma anche creazione di interventi supportivi sulla sfera relazionale interna ed esterna.

Risulta opportuno prevedere interventi di sostegno psicologico sul paziente finalizzati a favorire e stimolare la metabolizzazione interna della malattia al fine di evitare l'isolamento sociale che talvolta ne consegue.

Al fine di favorire l'attività ed il supporto da parte del terzo settore si ritiene importante informare la popolazione relativamente alle attività ed alla presenza sul nostro territorio delle associazioni di volontariato che operano nel settore affinché possano essere ancor più veicolo di informazioni e punto di riferimento per i pazienti ed i familiari ed anche allo scopo di incentivare l'adesione attiva da parte della popolazione alle attività svolte per la collettività.

Particolare riferimento deve essere volto alla garanzia della presa in carico territoriale del paziente oncologico in età pediatrica favorendo sia la continuità con centri specialistici ospedalieri di riferimento sia i servizi sul territorio che vadano a sostenere il ruolo di caregiving dei genitori e dei familiari più ristretti, prevedendo inoltre personale specificamente formato per gestire tali pazienti nonché interventi di supporto sugli operatori stessi.

Nel caso del paziente pediatrico inoltre risulta importante la valutazione del profilo scolastico al fine di garantire la continuità del percorso educativo in piena collaborazione con il settore scolastico ed in considerazione delle diverse esigenze del paziente nelle varie fasi della patologia.

Altro aspetto da considerare risulta quello di prevedere un'attenta esamina dei soggetti ex esposti ad amianto con azioni mirate a favorire la sorveglianza sanitaria in accordo con le disposizioni di legge (L 51/2013).

Particolare interesse deve essere posto anche ad interventi di prevenzione primaria con programmi educativi dedicati a tutta la popolazione e volti ad incentivare corretti stili di vita (attività fisica, educazione alimentare, ecc) mediante anche iniziative di gruppo veicolate anche dai massmedia.

Concludendo si intende sottolineare l'importanza di investire in progettualità coinvolgenti tutti gli attori presenti nel nostro territorio perché si crei una rete di servizi che possa accogliere, guidare e supportare il paziente oncologico nelle varie fasi della patologia essendo in grado di rispondere alle esigenze che lo stesso presenta nelle diverse fasi della patologia.

## Malattie infettive e riemergenti

### Tubercolosi (x 100.000) - anno 2012

Residenza	N° casi	Tasso di notifica
AUSL 3 - Pistoia	15	5,21
Area Vasta Centro	149	9,49
Regione Toscana	276	7,52

Nel 2012 i casi di TBC sono stati 15 ed il relativo tasso di notifica risulta più contenuto rispetto ad entrambe le aree di confronto, in particolare di quello della Area Vasta Centro.

### Casi di AIDS – anno 2011/13

### AIDS (x 100.000) - anno 2012

Residenza	N° Casi	Tasso Incidenza
AUSL 3 - Pistoia	13	1,5
Area Vasta Centro	105	2,2
Regione Toscana	239	2,15

Nel corso degli anni 2011- 2013 i casi di AIDS verificati tra i residenti nella Provincia di Pistoia sono stati complessivamente 13, il relativo tasso di incidenza è più basso rispetto alla media regionale ed a quello della Area Vasta Centro.

## Vaccinazioni

Copertura vaccinale a 24 mesi per la vaccinazione antipolio - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	98,41
Area Vasta Centro	95,99
Regione Toscana	95,83

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-DPT - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	98,41
Area Vasta Centro	96,14
Regione Toscana	95,86

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-epatite B - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	98,37
Area Vasta Centro	96,01
Regione Toscana	95,65

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-Hib - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	98,33
Area Vasta Centro	95,84
Regione Toscana	95,65

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni MPR - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	93,33
Area Vasta Centro	91,18
Regione Toscana	90,04

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-Meningococco C - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	91,35
Area Vasta Centro	90,94
Regione Toscana	90,2

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-Pneumococco - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	94,57
Area Vasta Centro	94,36
Regione Toscana	94,01

Copertura vaccinale a 24 mesi per le vaccinazioni anti-varicella - Proporzione (x 100) - 2013

Residenza	Indicatore
AUSL 3	74,67
Area Vasta Centro	82,5
Regione Toscana	77,56

Copertura vaccinale a 12 anni per le vaccinazioni contro l'HPV - Proporzione (x 100) - 2014

Residenza	Indicatore
AUSL 3	82,54
Regione Toscana	75,81

Copertura vaccinale contro l'influenza negli anziani - Proporzione (x 100) - 2014-2015

Residenza	Indicatore
AUSL 3	48,3
Area Vasta Centro	51,6
Regione Toscana	50,6

Le coperture vaccinali riportate nelle tabelle evidenziano come, in controtendenza con il dato nazionale e regionale, nell'az. USL 3 fino al 2014, vi sia stata ancora una buona tenuta della profilassi vaccinale. Le anagrafi vaccinali sono efficaci nel mantenere le diverse coperture vaccinali e ridurre conseguentemente l'incidenza delle malattie infettive prevenibili da vaccino attraverso interventi efficaci come la chiamata attiva. Gli obiettivi del "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014" sono in gran parte rispettati. Siamo ancora un po' indietro rispetto all'obiettivo del raggiungimento e il mantenimento di coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per una dose di vaccinazione antivaricella entro i 2 anni di età, e per due dosi nei bambini di 5-6 anni di età e negli adolescenti, a partire dalla coorte 2014. Il motivo principale è il differimento, spesso suggerito dal pediatra di libera scelta e condiviso dal medico vaccinatore, della vaccinazione rispetto alla contemporanea somministrazione del vaccino insieme al vaccino MPR. La disponibilità del vaccino quadrivalente, se adeguatamente supportata dai pediatri di libera scelta sicuramente porterebbe ad un miglioramento della *compliance* e quindi ad un innalzamento delle coperture. Relativamente alla vaccinazione antinfluenzale sono ormai diversi anni che non si raggiunge il 75% di copertura vaccinale (obiettivo minimo di copertura stabilito dall'Oms). La campagna vaccinale della stagione 2014-2015, probabilmente condizionata dalle notizie riguardanti il ritiro di alcuni vaccini ad inizio stagione, ha mostrato un andamento ancor meno soddisfacente degli anni precedenti. Queste basse coperture vaccinali hanno messo a maggior rischio proprio le persone che, sia per età, sia perché affette da patologie croniche risultano più predisposte alle complicanze gravi della malattia influenzale. Per quanto riguarda i dati relativi al 2015, stante il forte impegno di risorse impegnate nella campagna di vaccinazione straordinaria nei confronti del meningococco C per la fascia di età 11-20 anni e 20-45 (quest'ultima prevista fino al 31.12.2015), si rilevano forti criticità nelle coperture vaccinali del MPR (soprattutto nelle coorti 2012 e 2013) con un trend della copertura vaccinale in queste coorti al di sotto del 90% (dato provvisorio al settembre 2015). Dati di copertura che sono già al di sotto della soglia di rischio per la comparsa di casi di morbillo o rosolia. Situazioni di riduzione della copertura vaccinali si registrano anche per i dati provvisori, sempre al 30 settembre 2015, relativi alla vaccinazione contro l'HPV.

## ***FOCUS: LA CRONICITA'***

### **PREMESSA**

La gestione della cronicità e della disabilità rappresentano la sfida principale per il Sistema Sanitario Nazionale nei prossimi anni, sia in termini di bisogni di salute, di assistenza, sia di miglioramento della qualità di vita.

Le malattie croniche rappresentano e rappresenteranno ancora per anni non solo la principale causa di morte, ma anche l'origine diretta o indiretta di disabilità e dipendenza.

Le evidenze scientifiche mostrano con estrema chiarezza che in questo campo gli ambiti di miglioramento sono enormi e che disponiamo di metodi e mezzi efficaci per ottenere, prevenendo l'insorgenza e la progressione di malattia, una inversione di tendenza del "sistema salute".

Già dal secondo dopoguerra la transazione demografica ha iniziato a impattare in modo molto forte sui sistemi sanitari dei paesi industrializzati, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, portando a un graduale aumento delle patologie croniche e delle cosiddette "fragilità", che non trovano più a livello ospedaliero una risposta socio-sanitaria congruente alla misura del fenomeno.

Le più recenti stime degli Istituti di ricerca mostrano che entro il 2050 la quota di anziani sarà del 34-40% della popolazione italiana e si verificherà in tal modo l'inversione della piramide demografica.

Se consideriamo poi il costante miglioramento delle cure, probabilmente l'aumento della sopravvivenza e il numero di casi prevalenti potrebbe essere maggiore di quello stimato. Il fenomeno lo si può notare anche dalla osservazione delle figure di seguito riportate:

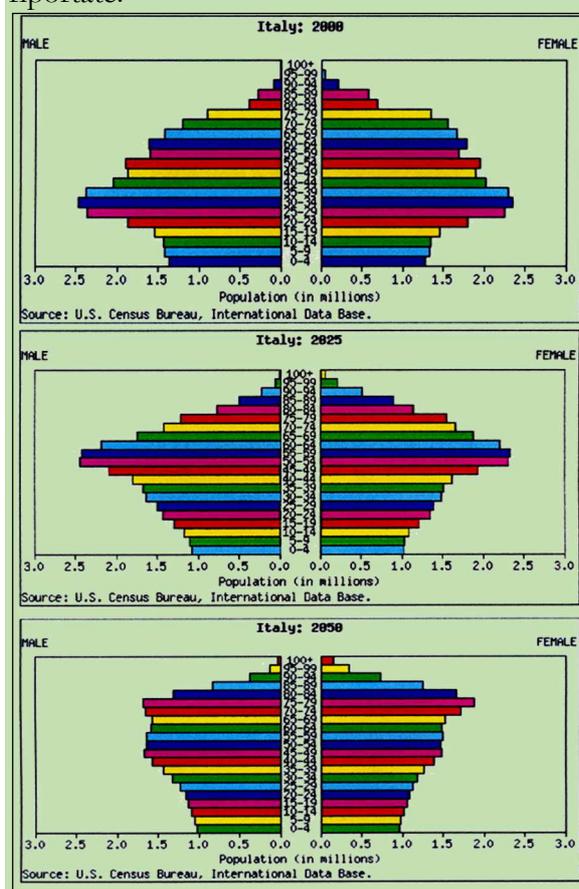


Figura : piramidi di popolazione - Italian longitudinal study of aging ILSA

Una delle caratteristiche principali della popolazione anziana è la comorbilità. Lo studio longitudinale ILSA, ha evidenziato che al di sopra dei 75 anni almeno un terzo degli anziani ha due patologie.

*“...Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l’incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”*

La transizione epidemiologica nel resto del mondo, ed in particolare nei paesi a medio e basso livello di reddito, è molto diversa.

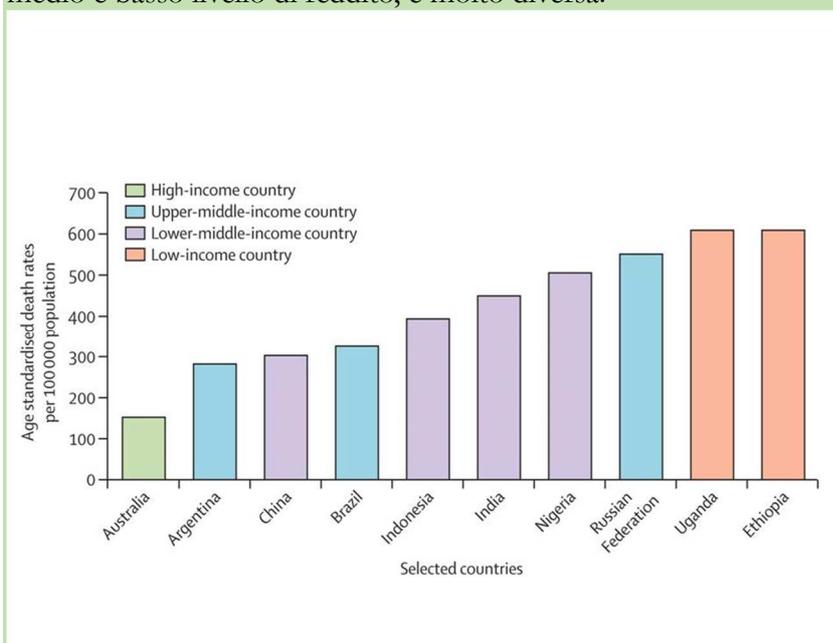


Figura : Globalizzazione e malattie croniche

Fonte: Global status report on noncommunicable disease, 2010. WHO

La Figura mostra come nei paesi più poveri (come Uganda e Etiopia) la mortalità prematura per malattie croniche sia 3-4 volte superiore a quella dei paesi a più alto reddito (come l’Australia).

La transizione epidemiologica nei paesi a medio e basso livello di reddito ha subito una forte accelerazione a causa della globalizzazione (e dell’urbanizzazione). L’irruzione del mercato del cibo (le catene commerciali del fast-food) e del tabacco ha favorito il dilagare stili di vita insani, soprattutto tra i gruppi più poveri della popolazione (es: maggiore propensione al consumo di cibi ad alto contenuto calorico – junk food – perché più economici).

Un circolo vizioso che né la sanità pubblica né tanto meno la politica sono stati finora in grado di disinnescare.

### **Le più frequenti malattie croniche**

Nell’ambito delle malattie croniche, il diabete, lo scompenso cardiaco, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (di seguito BPCO) e l’ictus sono individuate come patologie ad alto impatto sulla popolazione e per la loro caratteristica di prevenibilità, alta prevalenza e assorbimento di risorse sono oggetto di grande interesse per tutti i sistemi socio sanitari. Il tracciante comune del rischio

“cronicità”, secondo le evidenze scientifiche, di tutte le patologie sopracitate, risulta essere il “rischio cardiovascolare” (CV).

Nell’ambito delle malattie circolatorie, nel territorio della SdS Pistoiese, si registrano eccessi di mortalità per le cardiopatie ischemiche e insufficienza cardiaca mentre per le malattie cerebrovascolari la mortalità risulta sostanzialmente in linea con il dato regionale.

La mortalità per malattie respiratorie nella AUSL 3 è inferiore a quelle delle aree di riferimento sia negli uomini che nelle donne.

Nel 2014 il numero di ricoverati per malattie dell’apparato respiratorio è stato pari a 2.954, di questi 1.599 i maschi (54,1% del totale). I relativi tassi di ospedalizzazione nella zona Pistoiese sono significativamente superiori al dato regionale.

#### SCOMPENSO CARDIACO

Il numero stimato di soggetti affetti da scompenso cardiaco residenti nella Provincia di Pistoia è pari a 3.781, di questi 1.866 sono maschi (49,3 % del totale). In entrambe i sessi i rapporti standardizzati sono lievemente più alti nella SdS Pistoiese rispetto a quella Valdinievole. Il confronto con l’Area Vasta Centro e la media regionale evidenzia che sia nei maschi che nelle femmine la prevalenza stimata è significativamente più bassa.

Tasso di prevalenza scompenso cardiaco standardizzato per età. (x 1000) - 2013

Residenza	Totale					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	3781	247721	15,3	14	13,5	14,4
Zona Pistoiese	2312	145591	15,9	14,2	13,6	14,7
Zona Val di Nievole	1469	102130	14,4	13,7	13	14,4
AV Centro	25892	1362613	19	17,3	17,1	17,5
Toscana	63460	3186489	19,9	18	17,9	18,2
	Maschi					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1866	117381	15,9	17	16,2	17,7
Zona Pistoiese	1143	69055	16,6	17,4	16,4	18,4
Zona Val di Nievole	723	48326	15	16,4	15,2	17,5
AV Centro	13238	644500	20,5	21,8	21,5	22,2
Toscana	32618	1511806	21,6	22,7	22,5	23
	Femmine					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1915	130340	14,7	11,5	11	12,1
Zona Pistoiese	1169	76536	15,3	11,7	11	12,3
Zona Val di Nievole	746	53804	13,9	11,4	10,5	12,2
AV Centro	12654	718113	17,6	13,8	13,6	14
Toscana	30842	1674683	18,4	14,3	14,2	14,5

#### ICTUS

Nel triennio 2008-2010 nella Provincia di Pistoia si stima che si siano verificati 2.263 ictus, con una media annua pari a 754 eventi. Gli ictus che hanno interessati gli uomini sono stati 1.064 pari al 47,0% del totale. Il tasso standardizzato complessivo risulta significativamente più contenuto nella Zona/Distretto Pistoiese rispetto alle aree di confronto.

I soggetti residenti nella Provincia di Pistoia che hanno avuto un ictus (stima 2013) sono 3.209, di cui 1.646 maschi (51,3% del totale).

Tasso di prevalenza ictus standardizzato per età. (x 1000) - 2013						
Residenza	Totale					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	3209	247721	13	12,1	11,7	12,5
Zona Pistoiese	1869	145591	12,8	11,8	11,2	12,3
Zona Val di Nievole	1340	102130	13,1	12,6	11,9	13,2
AV Centro	17630	1362613	12,9	12	11,8	12,2
Toscana	42003	3186489	13,2	12,1	12	12,2
Residenza	Maschi					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1646	117381	14	14,7	14	15,4
Zona Pistoiese	978	69055	14,2	14,6	13,7	15,5
Zona Val di Nievole	668	48326	13,8	14,9	13,8	16
AV Centro	9058	644500	14,1	14,7	14,4	15
Toscana	21795	1511806	14,4	15	14,8	15,2
Residenza	Femmine					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 - Pistoia	1563	130340	12	10,1	9,6	10,6
Zona Pistoiese	891	76536	11,6	9,5	8,9	10,2
Zona Val di Nievole	672	53804	12,5	10,8	10	11,6
AV Centro	8572	718113	11,9	9,8	9,6	10,1
Toscana	20208	1674683	12,1	9,9	9,8	10

## BPCO

Il numero stimato di soggetti affetti da BPCO nella Provincia di Pistoia è di 13.372, di questi 6.988 sono maschi (52,3%). I rapporti standardizzati relativi agli uomini sono significativamente più elevati rispetto a quelli delle aree di confronto; nelle femmine si registrano rapporti sensibilmente più contenuti tra le residenti nella Zona/Distretto Pistoiese mentre quelli relativi alla Valdinievole sono in linea con le aree di confronto.

Tasso di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva standardizzato per età. (x 1000) - 2013						
Residenza	Totale					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	13372	247721	54	51	50,2	51,8
Zona Pistoiese	7801	145591	53,6	49,8	48,8	50,9
Zona Val di Nievole	5571	102130	54,5	52,8	51,5	54,1
AV Centro	70926	1362613	52,1	49,3	49	49,6
Toscana	170073	3186489	53,4	50,1	49,9	50,3
Residenza	Maschi					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	6988	117381	59,5	61,7	60,4	63
Zona Pistoiese	4128	69055	59,8	61,1	59,3	62,8
Zona Val di Nievole	2860	48326	59,2	62,7	60,6	64,8
AV Centro	35311	644500	54,8	56,6	56,1	57,2
Toscana	86100	1511806	57	58,5	58,2	58,9
Residenza	Femmine					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	6384	130340	49	43,4	42,3	44,4
Zona Pistoiese	3673	76536	48	41,9	40,6	43,2
Zona Val di Nievole	2711	53804	50,4	45,6	43,9	47,2
AV Centro	35615	718113	49,6	44,2	43,7	44,6
Toscana	83973	1674683	50,1	44,2	43,9	44,5

## DIABETE

Nella Provincia di Pistoia si stima che i portatori di diabete siano 14.896, di cui 7.494 uomini (50,9% del totale).

I relativi tassi evidenziano in una netta differenza tra le due Zone/Distretto: in quella Pistoiese i tassi sono più contenuti rispetto alla Area Vasta Centro e significativamente più bassi rispetto alla Regione Toscana.

Per quanto riguarda le ospedalizzazioni riferite alle principali malattie croniche sopradescritte, gli indicatori evidenziano la necessità di migliorare la condivisione e l'applicazione dei PDTA relativi alle patologie sensibili alle cure territoriali favorendo il dialogo tra specialisti ospedalieri e MMG ed operando un attento monitoraggio degli indicatori stessi.

Tasso di prevalenza diabete standardizzato per età. (x 1000) - 2013						
Residenza	Totale					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	14896	247721	60,1	57,9	57	58,7
Zona Pistoiese	8639	145591	59,3	56,2	55,1	57,4
Zona Val di Nievole	6257	102130	61,3	60,2	58,8	61,7
AV Centro	79893	1362613	58,6	56,3	55,9	56,7
Toscana	195124	3186489	61,2	58,4	58,1	58,6
	Maschi					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	7594	117381	64,7	65,8	64,4	67,2
Zona Pistoiese	4292	69055	62,2	62,5	60,7	64,2
Zona Val di Nievole	3302	48326	68,3	70,7	68,5	72,9
AV Centro	40401	644500	62,7	64	63,4	64,6
Toscana	98933	1511806	65,4	66,4	66	66,7
	Femmine					
	Numeratore	Denominatore	Rapporto	Rapp. Standard.	Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3	7302	130340	56	51,1	50	52,2
Zona Pistoiese	4347	76536	56,8	50,9	49,4	52,3
Zona Val di Nievole	2955	53804	54,9	51,4	49,6	53,2
AV Centro	39492	718113	55	49,9	49,4	50,4
Toscana	96191	1674683	57,4	51,7	51,4	52

### Cronicità e malattie mentali

Da considerare anche che maggior parte delle malattie mentali ha caratteristiche di cronicità e il concetto stesso di guarigione si riferisce al raggiungimento della capacità di riuscire a vivere tenendo sotto controllo i sintomi con farmaci e altri sostegni socio-sanitari, senza aspettative di guarigione intesa come ritorno allo stato di salute precedente alla malattia. C'è, inoltre, evidenza che le persone affette da disturbi psichici cronici soffrono di ipertensione, diabete, obesità e che una grossa percentuale muore in età molto inferiore alla media. Fra le malattie croniche degne di nota è da considerare anche la depressione; patologia che genera, peraltro, la perdita di molte giornate di lavoro (secondo il sistema di rilevazione DALY: Vedi piano socio-sanitario regionale 2010-2012). Eppure fra l'elenco delle patologie croniche non risulta la salute mentale: raramente si pone attenzione alle malattie fisiche dei loro pazienti, mentre nel progetto terapeutico individuale personalizzato è previsto dagli indicatori per l'accreditamento dei servizi di salute mentale e dal piano sociosanitario della regione toscana. Lo stesso piano raccomanda lo stretto contatto con il medico di medicina generale. Sarebbe molto utile la stesura di protocolli di collaborazione fra unità operative specialistiche come diabetologia e cardiologia per la formulazione di progetti specifici finalizzati alla prevenzione e alla formazione di operatori, utenti e familiari.

Per quanto riguarda le ospedalizzazioni, nel corso dell'anno 2014 i residenti nella AUSL 3 che sono stati ricoverati in reparti psichiatrici sono stati 472, di cui 233 maschi (49,3% del totale). I relativi tassi standardizzati sono inferiori a quelli delle aree di confronto in entrambi i generi ed in entrambe le Zone/Distretto, nel caso delle donne residenti in quella Pistoiese la differenza è statisticamente significativa. Ancor più netta differenza relativa ai ricoveri ripetuti, sempre significativamente inferiori a quelli di Area Vasta Centro ed a quelli medi regionali.

I dati regionali e in particolare quelli relativi alla zona pistoiese, come mostrato nella figura seguente, rilevano il consumo al di sopra della media nazionale di farmaci antidepressivi.

La prevalenza nell'uso dei farmaci antidepressivi risulta elevata sia nei maschi che nelle femmine anche per il 2014, confermando un dato "storico" per il nostro territorio.

**Prevalenza di uso farmaci antidepressivi (x100) - anno 2014**

Residenza	Maschi	Femmine	Totale
AUSL 3 - Pistoia	7,25	15,51	11,55
Area Vasta Centro	6,47	13,27	10
Regione Toscana	6,25	13,13	9,82

Nell'ambito della salute mentale, sia nel contesto delle cure per gli adulti sia per l'infanzia adolescenza, analizzando la domanda/bisogno di salute è assolutamente importante che la presa in carico sul territorio sia continuativa e che le regole siano chiare e i percorsi ben definiti. E' opportuno applicare un modello di sanità proattiva, che diviene necessario per "il miglioramento della continuità assistenziale e della presa in carico del cittadino con particolare attenzione alla fase di accesso ai servizi specialistici che deve essere garantita in tutti i punti della rete " e per la formazione del paziente e il familiare esperto: figura attiva molto utile in salute mentale che potrebbe essere principalmente svolto dal volontariato se inserito in un percorso strutturato.

**Stili di vita e Disturbi metabolici**

La letteratura nazionale e internazionale suggerisce, ormai con evidenza scientifica che l'insorgenza di malattie croniche è fortemente influenzata dagli stili di vita; corretti stili di vita cioè possono rallentare l'insorgenza e ne rallentano la progressione. Riferendosi ai soli fattori di rischio che possono essere modificati, possiamo stimare che la variazioni degli stili di vita che influiscono significativamente sulla salute riguardino:

- n. 86.697 soggetti sedentari
- n. 26.611 soggetto sovrappeso
- n. 38.675 bevitori a rischio
- n. 83.834 fumatori

E' principio accettato e condiviso che, fra gli stili di vita, l'alimentazione costituisca un aspetto fondamentale della salute e del ben-essere delle persone in tutte le epoche della vita. Essere in sovrappeso o obesi, aumenta il rischio di sviluppare patologie croniche quali infarto del miocardio, ictus, ipertensione, diabete mellito, osteoartrosi e alcune tipologie di tumori.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite sulla base dell'indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI), e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30). In Toscana il 3% dei soggetti è sottopeso, il 58% normopeso, il 30% sovrappeso e meno del 9% obeso. Complessivamente quindi, circa 2 adulti su 5 presentano un problema di eccesso ponderale (includendo sia sovrappeso che obesità); questi dati sono in linea con quanto emerge a livello nazionale. La prevalenza di eccesso ponderale aumenta in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Gli obesi sono ugualmente rappresentati nei due sessi, mentre il sovrappeso è prevalente nel sesso maschile (37,4% vs 22,8%). I dati relativi alla nostra Provincia non si discostano molto da quelli medi regionali, si segnala comunque una maggiore prevalenza dei soggetti in sovrappeso nelle donne ed una minore prevalenza degli obesi nei maschi.

Andando ad esaminare il mondo dell'adolescenza si rileva che nella nostra AUSL la situazione è più problematica che nel resto della regione.

Nell'ambito dei soggetti sottopeso si riscontra una maggior frequenza nel genere femminile che rappresenta la quasi totalità dei casi.

**Stato nutrizionale - Abitudini alimentari**

		N° Casi	Percentuale	Limite inf.	Limite sup.
Sottopeso M e F	ASL 3	30	2,66	1,72	3,6
Sottopeso M e F	RT	492	3,09	2,79	3,4
Sovrappeso M e F	ASL 3	329	30,86	28,15	33,57
Sovrappeso M e F	RT	4630	29,61	28,82	30,41
Sovrappeso M	ASL 3	198	37,92	33,86	41,98
Sovrappeso M	RT	2869	37,3	36,07	38,52
Sovrappeso F	ASL 3	131	24,07	20,48	27,66
Sovrappeso F	RT	1761	22,12	21,11	23,14
Obesi M e F	ASL 3	84	7,86	6,25	9,48
Obesi M e F	RT	1333	8,38	7,89	8,86
Obesi M	ASL 3	38	7,03	4,85	9,2
Obesi M	RT	675	8,57	7,87	9,26
Obesi F	ASL 3	46	8,67	6,28	11,05
Obesi F	RT	658	8,19	7,52	8,87
5 porz. frutta/verdura M e F	ASL 3	81	7,62	6,02	9,22
5 porz. frutta/verdura M e F	RT	1574	10,15	9,61	10,68
Sottopeso adolescenti M e F	ASL 3		2,2		
Sottopeso adolescenti M e F	RT		2		
Sottopeso adolescenti M	ASL 3		0,4		
Sottopeso adolescenti M	RT		1,2		
Sottopeso adolescenti F	ASL 3		4,2		
Sottopeso adolescenti F	RT		3		
Sovrappeso adolescenti M e F	ASL 3		17		
Sovrappeso adolescenti M e F	RT		15,2		
Sovrappeso adolescenti M	ASL 3		15,8		
Sovrappeso adolescenti M	RT		9,9		
Sovrappeso adolescenti F	ASL 3		16,4		
Sovrappeso adolescenti F	RT		12,7		
Obesi adolescenti M e F	ASL 3		3,8		
Obesi adolescenti M e F	RT		3,3		
Obesi adolescenti M	ASL 3		3,3		
Obesi adolescenti M	RT		2		
Obesi adolescenti F	ASL 3		3,5		
Obesi adolescenti F	RT		2,7		

fonte è costituita dallo studio PASSI.

Nella nostra Provincia, rispetto alla media regionale, si riscontra nelle donne una maggior percentuale di soggetti obesi ed in sovrappeso; nei maschi dei soggetti obesi ma non di quelli in sovrappeso.

L'eccesso ponderale in Toscana risulta abbastanza diffuso (due intervistati su cinque sono in sovrappeso o obesi) e costituisce quindi un problema di sanità pubblica non trascurabile. Oltre agli interventi di prevenzione secondaria nei confronti delle persone obese, particolare attenzione nei programmi preventivi va posta anche alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge, infatti, una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: poco meno del 58% dei soggetti sovrappeso percepisce il proprio peso "troppo alto" e questo si verifica prevalentemente nelle donne; inoltre quasi una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo da una persona in eccesso ponderale su quattro, così come circa un sovrappeso/obeso su tre è sedentario.

In quest'ottica il riconoscimento precoce e la presa in carico di situazioni di malnutrizione (per eccesso e per difetto) rappresentano interventi di prevenzione ad elevato impatto costo-efficacia, sia in termini di risorse materiali, sia di riduzione potenziale del carico assistenziale.

### **Cronicità e malattie neurodegenerative**

Anche le malattie neurodegenerative, che rappresentano un insieme variegato di malattie del sistema nervoso centrale, sono accomunate da un processo cronico e selettivo di morte cellulare dei neuroni. A seconda del tipo di malattia, il deterioramento neuronale può comportare deficit cognitivi, demenza, alterazioni

motorie, disturbi comportamentali e psicologici che, insorgendo in maniera più o meno lenta, assumono la caratteristica comune di “malattia cronica”.

I cittadini affetti da questo tipo di patologie, pur trattandosi di condizioni morbose talvolta rare, sono in costante aumento sul territorio; fenomeno questo, legato, non tanto all'aumento dell'incidenza quanto, all'aumento della prevalenza di malattia.

Il quadro sopra definito vista l'alta complessità della patologia vede a Pistoia una presa in carico globale con un PDTA definito e studiato per il malato di SLA.

Nel territorio Pistoiese risulta in essere ad oggi efficace il processo di presa in carico del paziente SLA . Sarebbe opportuno affiancare alla figura del case manager una **nurse coach** in grado di alleviare il carico di lavoro del medico responsabile e coordinare il percorso assistenziale. Sarebbe inoltre auspicabile riprendere il servizio di gda (gruppo di aiuto), attualmente assente, con la finalità di migliorare la qualità della vita del malato e delle famiglie che si trovano ad affrontare questa devastante patologia e che ha l'obiettivo di far confrontare esprimere contenuti emozioni proprio per definire e creare una rete di sostegno intorno al cittadino malato e alla sua famiglia.

### **Indagine del bisogno percepito**

In seguito all'incontro tra le varie associazioni e l'ufficio di piano della SdS Pistoiese è stato intervistato un campione di familiari di pazienti cronici; le problematiche emerse e più evidenti sono risultate le seguenti:

- Forte blocco della comunicazione da parte di enti pubblici per quanto riguarda le informazioni sullo stato di salute dei parenti e dei percorsi da intraprendere specie per la riabilitazione.
- Un problema serio è rappresentato dallo scarso aiuto/supporto nella gestione domiciliare da parte dei MMG, sovente non è indicato ai familiari come possono ottenere gli ausili di supporto che li aiutino nella gestione della quotidianità e l'ottenimento dell'invalidità e l'accompagnamento.
- Mancano le indicazioni e l'aiuto per comprendere qual è il percorso migliore per il loro caso specifico.
- Mancano le informazioni sulle associazioni del territorio che possono aiutarli e supportarli dal punto di vista pratico e morale.
- Più volte è stato marcato il disagio nel non sapere “come muoversi” e il bisogno di uno sportello informativo a 360° che conosca il territorio, le associazioni e le competenze territoriali. Sarebbero necessari maggiori incontri informativi rivolti alle famiglie per creare una maggiore diffusione delle indicazioni riguardanti i bisogni presenti sul territorio e i relativi PDTA.
- per le malattie neurovegetative spesso è riscontrata una gestione delle emergenze troppo complessa
- riferita la mancanza di mezzi adeguati messi a disposizione per il trasposto
- il contributo economico alle famiglie (FNA) la Regione Toscana prevede interventi che attualmente sono erogati sotto forma di sperimentazione", quindi non permanente;
- risulta scarsa la percezione di coordinamento fra il livello territoriale e le cure ospedaliere

### **Conclusioni**

“L'esplosione” della cronicità, sia essa rappresentata da malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, neurovegetative o mentali, costringe quindi a sperimentare nuovi modelli organizzativi, centrati sulle cure territoriali e domiciliari,

certamente più appropriati rispetto all'assistenza ospedaliera nell'approccio alle malattie croniche, così da riservare quest'ultima ai casi acuti/complessi e non gestibili dal sistema delle cure primarie.

La presa in carico del paziente cronico, l'adesione al percorso di cura e la "adherence" ai trattamenti sono tutte esigenze che il sistema di sanità pubblica indirizza in modo sempre più urgente alle Cure Primarie, sollecitando in ciò le amministrazioni locali.

La risposta a queste richieste è sicuramente la riprogettazione di una medicina territoriale "forte" e ben organizzata, in grado non solo di gestire al meglio i problemi acuti quotidiani ma di prevedere e programmare con precisione la propria attività in relazione ai bisogni della popolazione assistita e alle risorse disponibili, ma anche in grado di verificare, in modo continuo e sistematico, l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate, contestualizzandole all'interno della sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Anche il contesto locale regionale ricalca la tendenza globale all'aumento della prevalenza delle patologie croniche. In Toscana oltre 150.000 pazienti sono in trattamento con antidiabetici, un quinto dei quali trattati con insulina; circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci antipertensivi; si verificano circa 11.000 infarti miocardici acuti; ogni anno, poco meno di 11.000 ictus cerebrali; i pazienti con più di 65 anni affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono stimati in circa 100.000; gli anziani sopra 65 anni affetti da scompenso cardiaco sono stimati circa 60.000.

Tuttavia, gli algoritmi applicati sono uguali in tutta la regione, quindi le eventuali differenze osservate tra territori possono essere considerate validi indizi di differenze tra le prevalenze delle patologie.

Per alcune delle patologie, nell'ambito del territorio pistoiese, nella misura di circa il 60% della popolazione assistita, la cronicità viene già affrontata con il modello assistenziale c.d. Chronic Care Model (di seguito CCM) che ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza delle prestazioni e l'empowerment del paziente e/o del care giver. In questo modo si possono evitare ripetuti ricorsi ad esami e prestazioni specialistiche, si riducono i tempi di accesso e i percorsi amministrativi ridondanti, garantendo al Paziente cronico una presa in carico globale.

La Sanità di Iniziativa attraverso l'applicazione del modello CCM garantisce un diverso approccio culturale alla cronicità sia sul versante terapeutico sia su quello dell'organizzazione e della tipologia dei servizi coinvolti, aumentando le competenze del cittadino affetto da patologia cronica sostenuto dall'azione di figure sanitarie non solo mediche.

Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa di morte e cronicità nel mondo occidentale; sia una migliore gestione dei percorsi diagnostici terapeutici sia, soprattutto, una maggiore attenzione alle azioni di prevenzione e modifica, secondo metodologie strutturate di supporto al self management ed empowerment del cittadino, dei determinanti trasversali delle 80 malattie cardiovascolari (fumo, dieta, attività fisica, alcol ...), rappresentano l'ambito più indicato per spostare il focus dalla malattia all'individuo.

E' quindi adesso possibile superare l'approccio utilizzato in prima fase dal progetto della Sanità di Iniziativa del PSR 2008-2010, mettendo al centro del sistema di attenzione e cura delle Cure Primarie il "rischio cardiovascolare" (CV), in quanto vero tracciante della condizione di rischio di cronicità e driver naturale per il recupero di un forte ruolo delle prevenzione primaria e secondaria (evoluzione e complicanze anche a lungo termine).

E' necessario dunque potenziare un sistema di cura proattivo *che assuma il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate. Essa affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, prendendo come riferimento il modello operativo dell'Expanded Chronic Care Model, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri e operatori sociosanitari.*

Peraltro nella provincia di Pistoia i residenti con un età maggiore di 64 anni superano infatti le 71000 unità e, proprio a tale proposito, molti autori hanno evidenziato come tale epifenomeno richieda la progettazione di soluzioni di sanità pubblica non orientate secondo gli usuali paradigmi della diagnosi e cura ma richiedano piuttosto un chiaro ripensamento delle risposte sanitarie.

Non possiamo infatti ignorare, fra gli stili di vita, come adeguate abitudini alimentari e nutrizionali dei soggetti anziani *free living* e istituzionalizzati rappresenti una delle vie percorribili sul piano del contenimento dei costi sanitari (riduzione delle ospedalizzazioni reiterate, riduzione del ricorso ai servizi sanitari in genere, possibilità di conservazione dell'autosufficienza e del proprio ruolo sociale).

Vi è la necessità di individuare strategie e mezzi per promuovere una maggiore consapevolezza dell'importanza di una corretta alimentazione nella tutela della salute, attraverso gli operatori sanitari e non solo.

Inoltre, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative, che richiedono interventi ad elevata complessità clinico assistenziale, pone l'esigenza di organizzare risposte integrate, centrate sui bisogni dei pazienti e di chi li assiste. In questo specifico ambito, la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) rappresenta una di queste risposte – in evasione nel territorio pistoiese – in quanto strumento terapeutico insostituibile in grado di migliorare il decorso clinico e la prognosi di numerose malattie riducendone la morbilità e la mortalità con un impatto positivo sui costi sanitari generali.

### ***FOCUS: DISABILITA'***

La Società della Salute Pistoiese intende promuovere, di concerto con tutti i protagonisti coinvolti, un approccio integrale alla disabilità che rimetta al centro la persona nella sua globalità e l'ambiente con il quale si confronta, valutando le diverse tipologie di disabilità, l'intensità dei bisogni educativi, relazionali, lavorativi ed assistenziali presenti e articolando le risposte nelle varie fasi della vita di una persona disabile.

Tale approccio è stato sostenuto dalla Regione Toscana con il "Primo Rapporto regionale sulla disabilità", reperibile sul portale web regionale di recentissima introduzione dedicato al tema della disabilità all'indirizzo [www.toscana-accessibile.it](http://www.toscana-accessibile.it).

Tale documento è stato ispirato a sua volta dai due atti ufficiali che hanno ribadito l'impegno prioritario di fornire risposte eque ed efficaci ai bisogni delle persone con disabilità: l'International classification of functioning, disability and health (ICF), redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, e la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, redatta il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia con la legge 18/2009.

Lo scenario economico degli ultimi anni ha portato a modesti incrementi, quando non al mantenimento, dello stanziamento di fondi rivolti alla non autosufficienza, sia a livello nazionale sia regionale (Rapporto Caritas Italiana, 2014). Tutto questo a fronte di una problematica emergente dal punto di vista epidemiologico, come vedremo in seguito.

La SdS Pistoiese si impegnerà ad aderire a tutti i progetti istituzionali, anche sperimentali, promossi nel nostro territorio e a massimizzare l'utilizzo delle risorse finalizzate alla questione della non autosufficienza che le vengono conferite. Nell'attesa di un incremento dei finanziamenti a disposizione, richiesto a gran voce da più parti, si rende necessaria la razionalizzazione delle risorse impiegate e la collaborazione fra tutti gli attori coinvolti, istituzionali e non, pubblici o privati, con l'obiettivo di dare risposta a tutti i soggetti e le famiglie che devono affrontare il problema della disabilità.

### **Quanti sono i cittadini disabili sul nostro territorio?**

Secondo il 49esimo Rapporto del CENSIS sono 3.167.000 le persone non autosufficienti in Italia, pari al 5,5% della popolazione (Fig. 1). Tra questi, le persone con non autosufficienza grave, in stato di confinamento, cioè costretti in via permanente a letto, su una sedia o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici, sono 1.436.000.

	Persone con limitazioni funzionali (1)		Confinamento (2)	
	val. %	v.a. (mgl.)	val. %	v.a. (mgl.)
Nord-Ovest	4,2	695	1,8	315
Nord-Est	4,8	556	1,9	226
Centro	5,2	625	2,4	293
Sud	6,9	860	3,3	412
Isole	7,0	430	3,1	191
<b>Italia</b>	<b>5,5</b>	<b>3.167</b>	<b>2,4</b>	<b>1.436</b>

(1) Per persone con limitazioni funzionali si intendono coloro che hanno difficoltà permanenti (e non temporanee) nelle funzioni della vita quotidiana, del movimento e della locomozione, e della comunicazione)

(2) Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici

*Fig.1 – Persone di 6 anni o più con limitazioni funzionali e in confinamento, 2013 (elaborazione Censis su dati ISTAT)*

L'indagine campionaria ISTAT stima in 203.253 le persone con limitazioni funzionali di sei anni e più non ospitate in istituti che vivono in Toscana. INAIL quantifica in 66.262 i soggetti titolari di rendite dirette a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale. INPS indica pari a 98.631 gli invalidi totali beneficiari di indennità di accompagnamento. ARS Toscana stima in 75.105 i soggetti disabili con 65 anni e più non ospitati in residenze assistenziali. L'indagine annuale effettuata dalla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana quantifica nel 2013 in 73.547 i soggetti con età inferiore a 65 anni conosciuti dai servizi pubblici, di cui 9.806 nuovi ingressi nell'anno considerato.



Fig. 2 – La disabilità in Toscana - Primo Rapporto regionale sulla disabilità, 2015

	ISTAT (2015)*	INAIL (2014)**	INPS (2015)***	ARS TOSCANA (2014)****
Massa Carrara	10.867	4.907	5.681	4.196
Lucca	21.367	10.901	11.994	7.680
Pistoia	15.837	4.560	9.333	5.731
Firenze	54.772	10.584	21.459	21.239
Livorno	18.424	7.131	8.628	6.918
Pisa	22.757	9.197	12.584	7.502
Arezzo	18.766	7.877	8.602	6.801
Siena	14.626	3.783	7.967	6.044
Grosseto	12.232	3.191	7.638	4.738
Prato	13.605	4.131	4.745	4.256
<b>Regione Toscana</b>	<b>203.253</b>	<b>66.262</b>	<b>98.631</b>	<b>75.105</b>

Fonti e note:

\* i dati riportati sono frutto di una stima realizzata applicando i tassi di limitazione funzionale per età riportati in Istat (2014). Tali tassi sono stati relativizzati al contesto toscano secondo il rapporto tra il tasso totale nazionale e quello toscano, e successivamente applicati alla popolazione residente suddivisa per classi di età nelle varie Province al 1 gennaio 2015. I dati riportati riguardano esclusivamente i soggetti con 6 anni e più non ricoverati in residenza. Per un approfondimento sulla metodologia utilizzata da Istat per la stima dei tassi di limitazione funzionale qui utilizzati si veda Istat (2014).

\*\* si tratta dei soggetti titolari di rendita INAIL al 31 dicembre 2014. La fonte dei dati è la banca dati disabili INAIL.

\*\*\* si tratta dei soggetti titolari di indennità di accompagnamento agli invalidi totali al 2015. La fonte dei dati è l'Osservatorio sulle pensioni INPS, osservatorio sulle prestazioni vigenti, prestazioni agli invalidi totali (database consultato il 25 giugno 2015).

\*\*\*\* i dati riportati comprendono solo i soggetti con 65 anni e più non ricoverati in residenze. La fonte è l'archivio ParsIS di ARS Toscana. Poiché tale archivio riporta le informazioni con dettaglio massimo alla zona socio-sanitaria, i dati sono stati aggregati associando ad ogni zona la Provincia di riferimento se unica. Altrimenti la numerosità dei disabili è stata ripartita in proporzione alla popolazione residente al 1 gennaio 2014 nei Comuni appartenenti ai diversi contesti provinciali.

Fig. 3 – Numerosità dei soggetti con disabilità per provincia - Primo Rapporto regionale sulla disabilità, 2015

### **Il contesto scolastico: gli alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES)**

Anche in ambito scolastico è stata sperimentata negli ultimi anni una riformulazione del concetto di svantaggio, in passato legato quasi esclusivamente agli alunni certificati ai sensi della legge 104/1992 e oggi invece comprendente anche gli studenti con disturbi specifici di apprendimento (DSA) e quelli con altre difficoltà educative e apprenditive. Il concetto di BES rappresenta una macro-categoria che ingloba sia gli ambiti di svantaggio già precedentemente riconosciuti (disabilità e disturbi specifici dell'apprendimento) sia altri, afferenti a tutte le situazioni

problematiche dell'alunno che possono causargli permanentemente o temporaneamente delle difficoltà educative e apprenditive.

A metà 2015 gli alunni con disabilità in provincia di Pistoia erano 1.368, mentre i posti di sostegno 684. Per gli alunni DSA, come per gli altri alunni con difficoltà educative ed apprenditive, non è prevista l'assegnazione del docente di sostegno ma la predisposizione di un Piano Didattico Personalizzato che preveda l'uso di misure compensative e/o dispensative per il conseguimento degli obiettivi della classe.

Per la creazione di una rete territoriale di supporto agli istituti scolastici sul tema dei BES la Regione Toscana ha promosso la realizzazione dei Centri Territoriali di Supporto (l'Istituto Professionale Einaudi di Pistoia) - ai quali si collegano i più diffusi Centri Territoriali per l'Inclusione (l'Istituto Alberghiero Martini di Montecatini)- quali strutture appoggiate amministrativamente su istituzioni scolastiche che offrono consulenza, informazione, formazione, fornitura di materiale e ausili in comodato d'uso, attività di ricerca, sperimentazione. In generale tali centri rappresentano principalmente l'interfaccia tra l'amministrazione e gli istituti scolastici in relazione al tema dei Bisogni Educativi Speciali.

Le azioni attivate a favore degli alunni con difficoltà educative ed apprenditive non si limitano a quelle enunciate. I Progetti Educativi Zonali (PEZ) ad esempio, strumenti pensati quale risposta integrata ai bisogni -espressi dai vari territori- per mettere in atto azioni rivolte a bambini e ragazzi di età compresa tra i tre mesi e i 18 anni, comprendono un 25% di risorse vincolate alla promozione dell'inclusione scolastica di alunni disabili. Altro strumento adottato dalla Regione Toscana è rappresentato dai Piani di Gestione della Diversità, ossia da progetti sovra provinciali finanziati con risorse del Fondo Sociale Europeo 2007-2014 ed aventi come finalità la promozione di modelli educativi all'interno delle scuole di ogni ordine e grado che siano capaci di valorizzare le diversità dei propri ragazzi. Concretamente, i Piani di Gestione della Diversità hanno contribuito a realizzare una rete sistematica di interventi formativi su tutto il territorio regionale, promuovendo la collaborazione fra diversi soggetti: scuole, agenzie formative, università, associazioni e altri soggetti. Il terzo intervento è il Protocollo di Intesa stipulato nel 2011 da Regione Toscana e dall'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana per la sperimentazione di azioni di sistema per l'inclusione degli alunni disabili, che ha visto uno stanziamento di un milione di euro. Il progetto ha una triplice finalità: dare una risposta alle esigenze immediate ed urgenti delle scuole (in parte data con l'assegnazione di personale di sostegno); avviare un cambiamento nelle modalità di intervento in aiuto alle autonomie scolastiche per le azioni di inclusione e per il successo formativo di tutti gli alunni; costruire un nuovo sistema di *governance*, inteso come la capacità delle istituzioni di coordinare e orientare l'azione dei diversi attori del sistema sociale e formativo.

### **L'inserimento lavorativo di persone con disabilità**

L'accesso al mondo del lavoro da parte delle persone con disabilità è regolato in Italia dalla Legge 68/1999 sul Collocamento mirato. Per la provincia di Pistoia nel 2014 il numero di iscritti al Servizio ha toccato più di 3.500 unità, in aumento rispetto al 2008, segnale di una maggiore partecipazione alla vita civile e lavorativa e di una migliore conoscenza delle opportunità offerte dai Centri per l'impiego. Sempre nel 2014 il numero di avviamenti attivati dal Collocamento mirato è stato pari a 151 unità, mentre le cessazioni sono state 43. Il numero relativamente ridotto di assunzioni rispetto allo stock di iscritti al Servizio è da ricondurre al fatto che non tutti gli utenti risultano effettivamente attivi nella ricerca del lavoro, ma al contempo

è da sottolineare come la crisi economica abbia impattato negativamente sul numero di posti di lavoro riservati per legge ai lavoratori con disabilità.

Accanto ai servizi del Collocamento mirato, già da alcuni anni sono nati a Pistoia progetti legati all'agricoltura sociale. In queste realtà i ragazzi coinvolti, seguiti dai volontari, partecipano ad attività produttive agricole per quanto consentito dalle proprie capacità e ricevono mensilmente un voucher di importo proporzionato alla frequenza del lavoro svolto.

Possibili linee di sviluppo future riguarderanno il consolidamento e l'ampliamento di queste realtà. Tutti questi progetti, in collegamento non solo con le istituzioni pubbliche e le cooperative sociali ma anche con il mondo dell'imprenditoria locale, potrebbero creare nuove ed interessanti possibilità di inserimento lavorativo per soggetti svantaggiati, in particolar modo nell'area montana.

Gli sviluppi di queste attività potrebbero riguardare:

- Produzione di alimenti, quali ad esempio ortaggi, cereali, miele e olio d'oliva da commercializzare a mense scolastiche, comunali e vendere al dettaglio (anche tramite forme di acquisto solidale);
- Manutenzione aree verdi pubbliche e private;
- Produzione di cippato e pellets.

### **L'autonomia delle persone con disabilità e libertà di scelta**

Il punto cardine del bisogno percepito dalle persone con disabilità verte nell'incentivazione delle forme di autonomia. Per questo sono delineati come bisogni in merito ai quali sviluppare progettualità:

- Potenziamento delle forme di assistenza domiciliare;
- Riconoscimento del lavoro compiuto dai caregivers;
- Sviluppo di forme di mobilità autonoma a tutti i livelli: eliminazione delle barriere architettoniche, servizio ausili, automezzi per la mobilità;
- Potenziamento del servizio di terapie fisiche per incrementare le capacità motorie.

### **Il distacco dalla famiglia di origine: vita indipendente, durante e dopo di noi**

Sul territorio regionale sono messi in campo alcuni interventi, sia da soggetti istituzionali che del Terzo Settore, rivolti a favorire l'autonomia di persone con disabilità, anche finalizzati a preparare il passaggio al cosiddetto Dopo di noi. Tali interventi riguardano principalmente l'autonomia abitativa, l'integrazione lavorativa, attività sportive e/o ludiche, soggiorni vacanza e altre attività svolte anche all'interno dei centri diurni. Favorire nel disabile una gestione autonoma della propria vita costituisce un'opportunità non solo per l'individuo e la sua famiglia, ma anche per le istituzioni e l'intera comunità: la soluzione a tale questione, votata interamente all'istituzionalizzazione del disabile, rischia di creare un sistema difficilmente sostenibile dal punto di vista economico, oltre che meno sensibile alle caratteristiche individuali della persona.

È importante, al contempo, che tale autonomia venga sviluppata già all'interno del Durante noi, predisponendo così le basi per una vita autonoma e quanto più possibile indipendente in una prospettiva a lungo termine che accompagni i processi evolutivi delle persone con disabilità e delle famiglie, nello scenario di quando queste ultime non saranno più presenti o in grado di occuparsi dell'assistenza dei figli con disabilità.

“Vita Indipendente” è un progetto regionale, partito nel 2004 e entrato a regime dal 2012, che promuove l'autodeterminazione delle persone con disabilità, al fine di ottenere il raggiungimento di pari opportunità e garantirne la piena integrazione nella società.

I destinatari sono persone disabili, con età superiore ai 18 anni, che si trovano nelle condizioni di poter realizzare il proprio progetto di vita individuale, svolgendo un ruolo attivo nel determinare sia il livello di prestazioni, sia i tempi e le modalità di attuazione degli interventi programmati.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) valuta il progetto assistenziale personalizzato (PAP) sulla base della gravità funzionale, degli obiettivi e della rete di relazioni sociali e può decidere di approvare l'erogazione di un contributo economico per sostenere l'interessato nella realizzazione del progetto.

A ciascun progetto approvato viene attribuito un punteggio in base ai criteri suesposti, in modo da costruire una graduatoria, rivalutata periodicamente dall'UVM, che ha anche la funzione di graduare l'entità dei contributi in funzione della disponibilità delle risorse economiche.

I contributi sono finalizzati primariamente alla definizione di un regolare rapporto di lavoro con assistente personale/assistenti personali, che aiuterà il beneficiario nella cura della persona, l'assistenza nelle attività domestiche e la mobilità ed al sostegno delle altre misure previste dall'atto di indirizzo per la predisposizione di progetti di vita indipendente, approvato con DGRT n° 1329/2015.

Il “Progetto Vita Indipendente” è attualmente sostenuto da uno stanziamento regionale ordinario di circa 550.000€, con i quali si finanziano circa 50 progetti individuali, i cui beneficiari hanno un'età media di 49 anni e ricevono un contributo medio di circa 1100€ mensili.

### **Qual è l'attuale offerta di servizi per i cittadini disabili del territorio della SdS Pistoiese?**

La presa in carico della persona disabile viene garantita dal sistema socio-sanitario, attraverso i servizi presenti sul territorio, con un approccio multidisciplinare che permette di mettere a punto una progettualità personalizzata e attenta alle necessità del soggetto.

Preso in carico il soggetto e valutate le sue necessità, oltre alle prestazioni puramente professionali legate alla progettualità dell'equipe professionale, all'interno di questa SdS possono essere attivate prestazioni sia a carattere domiciliare, sia residenziale o semiresidenziale.

Le prestazioni a carattere domiciliare prevedono l'assistenza domiciliare diretta, erogata attraverso operatori SdS o di cooperative convenzionate, e l'assistenza domiciliare indiretta, con contributo alle persone per i servizi assistenziali.

I servizi semiresidenziali offerti si distinguono in due diverse tipologie: centri socio-riabilitativi e centri diurni di socializzazione.

Nel territorio della SdS Pistoiese si trovano i due centri socio-riabilitativi Casa di Alice e Panta Rei (rispettivamente con 20 e 18 posti): le attività di questi sono rivolte al recupero delle capacità residue e al mantenimento delle autonomie di soggetti gravemente compromessi da un punto di vista fisico e/o psichico; all'interno dei centri vengono svolte attività di socializzazione sia interne (musicoterapica, psicomotricità) sia esterne (nuoto e ippoterapia).

All'interno dei centri diurni disabili Piccolo Principe e Villaggio a Punta le attività sono rivolte soprattutto a giovani disabili che hanno terminato la scuola dell'obbligo ed hanno difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro, mentre il centro diurno

OAMI ospita disabili adulti che necessitano di assistenza alla persona in un contesto di socializzazione e di stimolazione.

Le prestazioni a carattere residenziale prevedono:

- Comunità alloggio protette
- Residenze sanitarie per disabili (RSD)

Le Comunità alloggio protette sul territorio sono: OAMI (20 posti), Villa Nesti (18 posti) e MAIC (16 posti); sono servizi residenziali che accolgono disabili adulti in stato di necessità offrendo un ambiente protetto e di supporto al mantenimento e al recupero delle autonomie. Contemporaneamente svolgono un'azione di sostegno alle famiglie di origine che hanno difficoltà nell'accudimento del familiare con disabilità per motivi anagrafici o di salute.

La Residenza sanitaria per disabili I Prati può ospitare fino a 48 persone disabili ed ha caratteristiche socio-sanitarie e socio-assistenziali con un approccio globale alle esigenze dell'ospite e allo sviluppo e mantenimento delle sue autonomie. Si distingue dalla comunità alloggio per un maggiore investimento in termini di riabilitazione motoria.

Recentemente, ai sensi della Delibera RT 594/2014 che offre la possibilità di sperimentare progetti innovativi nell'ambito di soluzioni residenziali di vita autonoma per soggetti disabili adulti, sono stati istituiti sperimentalmente tre nuovi servizi:

- "Asilo Duchessa" che offre soluzioni residenziali di breve durata (dal venerdì alla domenica) per dare risposta alle difficoltà della famiglia del disabile nel periodo di chiusura dei servizi a ciclo diurno e per far sperimentare alla persona percorsi di autonomia e socializzazione (8 posti per fine settimana).
- "Progetto ARPA Accoglienza Residenziale e Percorsi per l'Autonomia per persone con disabilità" che si configura come proposta innovativa al fine di garantire alla persona disabile il mantenimento e lo sviluppo dell'indipendenza, produttività, integrazione con la comunità e soddisfazione dei propri valori e bisogni (6 posti).
- "Progetto Gruppo appartamento per la preparazione al dopo di noi" pensato per la graduale preparazione alla vita al di fuori dal nucleo familiare originario per il disabile e la propria famiglia (7 posti).

Nel territorio locale opera da anni una associazione dedicata alle persone con sindrome di Down, che svolge attività di socializzazione, ricreazione e perseguimento della autonomia.

Altro importante presidio è il Laboratorio Aziendale Ausili per l'apprendimento e la comunicazione. Il laboratorio, che ha sede presso l'Istituto professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente di Pistoia opera attraverso la valutazione, la prescrizione, la fornitura, le indicazioni all'uso e la progettazione di percorsi di utilizzo e verifica di ausili hardware e software.

E' riconosciuto e finanziato a livello regionale, e fa parte come centro Associato della Rete italiana dei Centri Ausili (GLIC).

Si basa su un accordo fra Azienda USL3 di Pistoia, Provincia di Pistoia, Società della Salute Pistoiese, Società della Salute della Valdinievole, Istituzioni scolastiche della provincia e Ufficio Scolastico Provinciale.

Si caratterizza per la sinergia progettuale ed operativa fra il Consiglio del Laboratorio, il Comitato Tecnico Scientifico e l'Equipe Operativa attraverso la

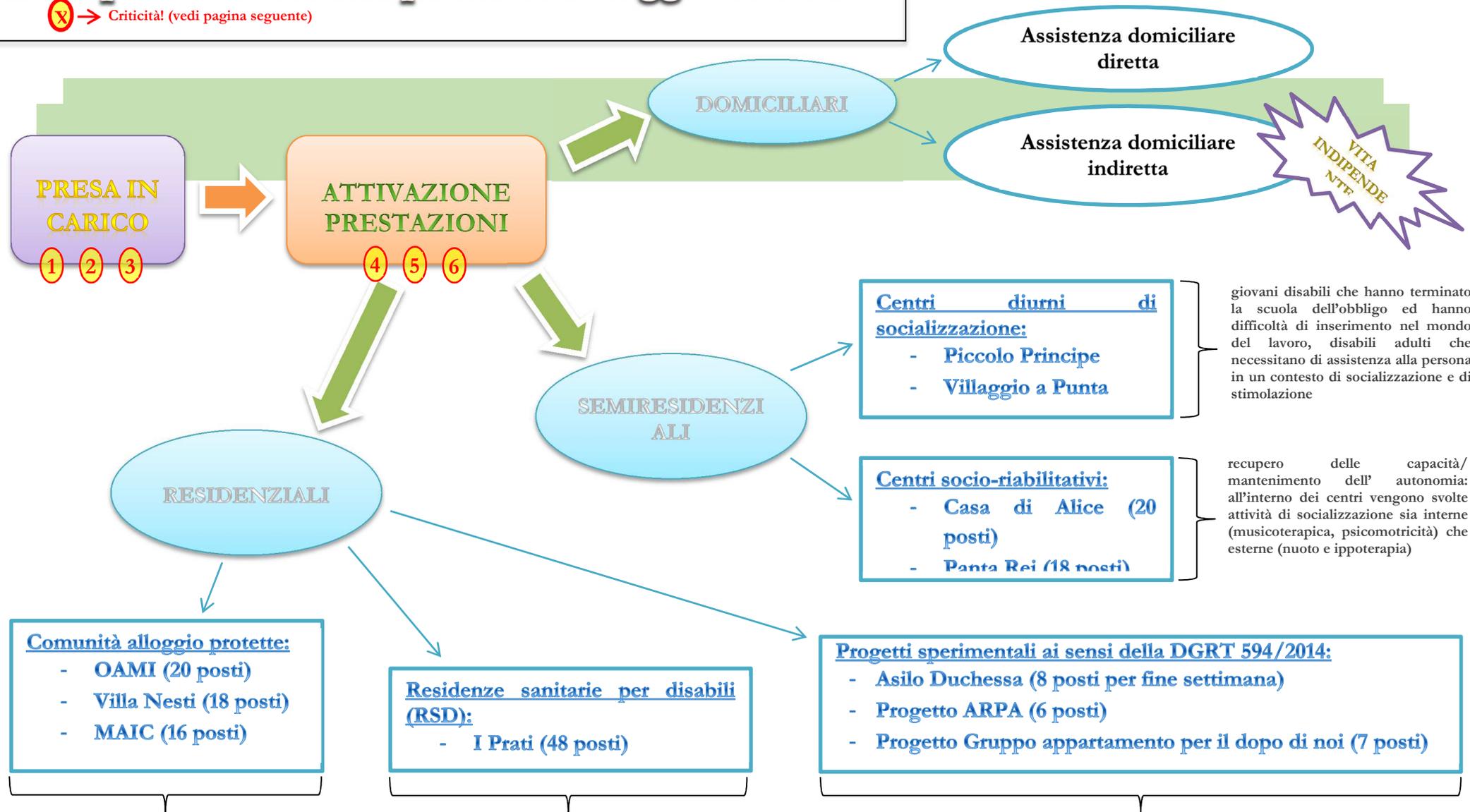
collaborazione fra i professionisti dell'Azienda e le rappresentanze politiche e tecniche delle Istituzioni e degli Enti.

Esempi di ausili ad alta tecnologia ordinati e/o assegnati: puntatori oculari, comunicatori simbolici, comunicatori alfabetici, campanelli di allarme, sensori, Personal Computer, tastiere speciali, telefoni speciali, telecomandi, mouse speciali, software.

Accedono persone con patologie diverse: sensoriali, malattie neurodegenerative (SLA, Sclerosi Multipla), Paralisi Cerebrali Infantili, Traumi Cranici e cerebro lesioni acquisite, malattie disgenetiche, psichiche.

# Le risposte del sistema pistoiese ai soggetti disabili

**X** → Criticità! (vedi pagina seguente)



accolgono disabili adulti in stato di necessità offrendo un ambiente protetto e di supporto al mantenimento e al recupero delle autonomie. Contemporaneamente svolgono un'azione di sostegno alle famiglie di origine che hanno difficoltà nell'accudimento del familiare con disabilità per motivi anagrafici o di salute.

caratteristiche socio-sanitarie e socio-assistenziali con un approccio globale alle esigenze dell'ospite e allo sviluppo e mantenimento delle sue autonomie. Si distingue dalla comunità alloggio per un maggiore investimento in termini di riabilitazione motoria.

soluzioni residenziali, anche di breve durata, finalizzate ad offrire una risposta ad eventuali difficoltà della famiglia del disabile e a far sperimentare alla persona disabile percorsi di autonomia, socializzazione, integrazione con la comunità al fine di prepararla gradualmente ad una vita indipendente dalla famiglia

### **Criticità esistenti:**

- 1) Necessità di estensione della presa in carico personalizzata, globale e integrata fra i vari servizi per permettere fin da subito un migliore inquadramento del soggetto disabile ed un utilizzo efficace degli strumenti di lavoro;
- 2) Va migliorata la diffusione dell'informazione riguardo ai servizi e alle loro finalità;
- 3) E' necessario rendere più agevole l'accesso e il rapporto con tutti gli uffici coinvolti (SdS, servizi sociali, INPS, commissioni mediche) e tra tutti gli uffici;
- 4) Necessità di distinguere percorsi per:
  - a. Soggetti disabili che possono raggiungere un grado più o meno elevato di autonomia;
  - b. Soggetti disabili che hanno e avranno sempre bisogno di un importante aiuto assistenziale;
- 5) Favorire il passaggio tra i servizi per i minori e quelli per gli adulti nel momento in cui alcuni riferimenti del giovane disabile vengono meno, come ad esempio l'ambiente scolastico;
- 6) Investire sulla relazione comunità/giovane disabile migliorando l'autonomia, la socializzazione, e l'integrazione attraverso:
  - a. la partecipazione di persone con disabilità ad occasioni di socialità e di aggregazione;
  - b. l'inserimento dei soggetti disabili idonei nel mondo del lavoro, anche attraverso esperienze quali l'agricoltura/allevamento sociale;
  - c. l'implementazione di servizi residenziali come abitare supportato e case famiglia;
  - d. interventi per favorire la mobilità rivolti ai soggetti con disabilità di tipo motorio.

Un buon inserimento del disabile nella società permetterà di limitare i problemi che sorgono nel momento del cosiddetto "dopo di noi" quando, cioè, vengono a mancare le figure familiari che costituiscono un riferimento fondamentale per il soggetto disabile.

### ***FOCUS: SALUTE MENTALE***

#### **Area \_ SALUTE MENTALE INFANZIA ADOLESCENZA e delle DIPENDENZE nei MINORI**

Sono stati individuati i seguenti punti sui quali lavorare in futuro:

- ✓ Diagnosi precoce dei disturbi con particolare attenzione allo sviluppo del bambino primi anni di vita (es. ADHD).
- ✓ Presa in carico da parte della SMIA dei bambini quando segnalati dalle scuole e per i quali si evidenzia un disturbo, perché famiglia – scuola non restino sole ad affrontare il percorso.
- ✓ Formulazione di progetti individualizzati dei minori seguiti dalla SMIA, unica titolare della presa in carico, per superare il modello di "delega alle convenzionate".
- ✓ Rete dei servizi (socio-sanitari) più integrata, per evitare troppi attori nella presa in carico delle famiglie complesse e multiproblematiche.
- ✓ Per le situazioni di passaggio dalla SMIA alla SMA si ravvisa la carenza di spazi e momenti istituzionali di incontro tra i vari professionisti.
- ✓ "Spazi di intercettazione" per accogliere il disagio dell'età adolescenziale che va ad alimentare anche il fenomeno delle dipendenze in età sempre più precoce. Tale fenomeno necessita di un intervento mirato e coordinato tra i servizi per le dipendenze e di salute mentale infanzia ed adolescenza.

Diventa pertanto fondamentale un approccio multiprofessionale (aspetto farmacologico, psicologico, educativo).

- ✓ L'inserimento in comunità di un minore è un percorso assistenziale di particolare delicatezza, che richiede un'attenzione specifica rispetto a problematiche quali lo sradicamento dal territorio di appartenenza, la difficoltà di seguire percorsi scolastici, l'avviamento al lavoro, ecc. Per tale motivo si evidenzia la necessità di rafforzare il coordinamento tra i servizi SMIA, SERT e Privato sociale.
- ✓ Risorse personale nettamente inferiori rispetto alle altre asl dell'area vasta centro.
- ✓ Mancanza di alcuni profili professionali all'interno del servizio (educatori e tecnici riabilitazione) per cui si alimenta esternalizzazione dei progetti che rischiano di tradursi in "pacchetti di prestazione".
- ✓ Informazione e attenzione all'equità di accesso al servizio per le famiglie/minori provenienti da contesti culturali differenti.
- ✓ Necessità di definire un progetto riabilitativo-abilitativo individualizzato.
- ✓ Gestione dei soggetti con autismo, soprattutto nel passaggio da età minore ad età adulta, al fine di garantire la continuità di presa in carico.

### **Area \_ SALUTE MENTALE ADULTI e delle DIPENDENZE**

Per questo ambito il gruppo ha lavorato riconducendo i bisogni prevalenti alla dimensione sanitaria e sociale, addivenendo ad una sintesi degli aspetti più rilevanti espressa nei punti esplicitati di seguito.

#### **Dimensione Sanitaria**

- ✓ Ascolto e supporto della rete familiare e/o amicale nella presa in carico degli utenti in tutte le fasi del percorso, es. nella individuazione dei segnali di crisi e nel momento della crisi stessa.
- ✓ Personalizzazione dei bisogni, progettazione individualizzata e condivisa con definizione di obiettivi ed in cui si tenga conto anche della "salute fisica". Lo strumento principe è il progetto personalizzato che deve essere finalizzato al cambiamento dei comportamenti disfunzionali in cui la persona è al centro.
- ✓ Strutture intermedie/appartamenti da modulare per intensità assistenziale al fine di favorire una co-abitazione che sia "risorsa di aiuto" evitando di alimentare lo stigma nel tessuto sociale che accolgono le persone inserite negli appartamenti.
- ✓ Verifica dell'efficacia dei percorsi seguiti presso le strutture residenziali comunitarie attraverso la valutazione di dati oggettivi quali PTR-I, ingressi e dimissioni dalla struttura, ricoveri ed esiti percorso.
- ✓ La dotazione di risorse umane e di budget deve essere adeguata alla crescente domanda di salute, storicamente a Pistoia inferiori rispetto alle altre aziende di area vasta (situazione drammatica soprattutto per gli psicologi).
- ✓ Poche risultano le informazioni che passano dall'interno dei servizi sull'esistenza di rete di supporto esterne, sulle associazioni presenti sul territorio e che potrebbero essere di aiuto per le famiglie e più in generale manca allo stato attuale una vera e propria carta dei servizi.
- ✓ Nel piano di formazione degli operatori, aziendali e convenzionati, uno spazio dovrebbe essere dedicato alle tecniche di psicoeducazione.
- ✓ La valutazione dei fornitori esterni ai servizi, requisito previsto dalla

- L.51/2009 di accreditamento, deve prevedere indicatori/parametri condivisi con i fornitori nell'ottica di miglioramento della qualità dei servizi.
- ✓ Una questione di rilievo riguarda la gestione dei cittadini con problematiche di "doppia diagnosi" il cui presupposto alla cura è l'integrazione dei percorsi-delle risorse e di personale tra la salute mentale e il SerT; quanto tracciato sul protocollo che i due servizi hanno condiviso negli anni scorsi, deve essere oggetto di applicazione condivisa e di monitoraggio.
  - ✓ Dai dati MeS (indicatori C9.4 e C9.5) emerge che nella ASL 3 il consumo di Antidepressivi è molto elevato da diversi anni ed ancora oggi oggetto di analisi.
  - ✓ Risulta indaginoso, costoso (con aggravio spesso sulle famiglie), l'iter di rinnovo "patenti di guida".
  - ✓ Una problematica non ancora risolta a livello più ampio (regionale) è la questione del CUP per le visite specialistiche, una "barriera" all'accesso a questi servizi nati e normati come "*servizi a bassa soglia*".
  - ✓ Sicuramente un approfondimento è necessario per il fenomeno del gioco d'azzardo patologico. La dipendenza vera e propria in Toscana riguarda il 2.2% della popolazione (fonte ARS), si stima che nel giro di pochi anni questo dato sarà raddoppiato. Fra i giovani risulta maggiormente diffuso il gioco d'azzardo tramite internet, TV digitale e/o interattiva.
  - ✓ Una riflessione va posta sul ruolo dei MMG nell'informazione dell'offerta dei servizi e delle associazioni presenti sul territorio, nella condivisione dei PTR-I e nelle attività di prevenzione e co-gestione della salute "fisica" dei pazienti. D'altra parte "salute fisica e mentale" sono strettamente collegate: spesso le persone con malattie fisiche gravi o croniche hanno problemi di salute mentale e le persone con gravi malattie mentali o problemi derivanti dall'abuso di sostanze hanno patologie di carattere fisico che non vengono rilevate o trattate in ritardo. Questa frequente associazione ai disturbi mentali ha pesanti ricadute, soprattutto per quanto riguarda la vita socio-lavorativa e familiare.
  - ✓ Sia per la Salute Mentale Adulti che per il SerT permangono le criticità logistiche legate ad alcune sedi e difficoltà a mettersi in contatto con gli operatori, soprattutto nella fascia oraria di maggiore affluenza).
  - ✓ Molto rimane da fare su "Empowerment utenti e sostegno all'auto-mutuo aiuto" per carenza di operatori dedicati
  - ✓ Infine in relazione all'amministrazione di sostegno, il gruppo ha evidenziato che, accanto all'opera di "informazione (compito della Provincia), emerge anche la necessità di "rafforzare e sviluppare questo istituto così come descritto nel Patto della Salute, soprattutto laddove si parla di "sostegno agli utenti e le loro famiglie che necessitano del supporto di un amministratore, nonché reperimento di questi ultimi e la loro formazione nello specifico ambito della salute mentale".

## **Dimensione Sociale**

### ***Area abitare***

- ✓ Ricercare condivisione fra operatori, utenti, familiari e enti su: empowerment, autonomia e ruolo dell'abitare in autonomia nei percorsi riabilitativi
- ✓ Sistemare le vecchie questioni: appartamenti in via Tomba, appartamento in Viale Adua, appartamento UFSMA su progetto finanziato dalla Regione
- ✓ Stabilire regole chiare e trasparenti sulle differenze fra l'abitare nei percorsi

riabilitativi e le abitazioni per la vita: criteri di scelta degli ospiti, regolamenti su tempi di permanenza, compartecipazione ai costi, progetti personalizzati dinamici, inclusione sociale (casa e lavoro, attività sociali).

- ✓ Ricercare nuove soluzioni abitative anche con l'intervento di privati, ma puntare in particolare sulle case SPES (nuovo regolamento della legge regionale).

### **Area lavoro**

Le disabilità mentali associate o meno a contestuali problematiche di uso/abuso alcool e/o sostanze possono associarsi a tassi di disoccupazione fino al 90%: le opportunità di istruzione e formazione professionale per gli individui con questi disturbi sono ancora molto ridotte. Gli strumenti sui quali occorre lavorare per cercare di superare questa situazione sono:

Inserimenti socio terapeutici: parte integrante del progetto, con obiettivi da raggiungere e verificare prevedendo una sorta di restituzione alla persona sull'andamento del percorso intrapreso (almeno annualmente) e degli obiettivi raggiunti. Evitare di concentrare più inserimenti nello stesso posto, compatibilmente con le disponibilità del mercato. Trovare altre possibilità anche con piccoli artigiani. Gli inserimenti socio-terapeutici sono uno strumento irrinunciabile, da potenziare e affinare nella scelta del posto di lavoro adeguato, del tutoraggio, delle verifiche delle competenze acquisite e/o mantenute, degli obiettivi da condividere con la persona, senza mai cadere nella "formula" dell'inserimento socio-terapeutico come "contributo economico a vita".

Assunzione disabili da parte dell'ASL: rivedere convenzione e proporre revisione di modalità concorsuali con limiti di tempo entro i quali concretizzare tutte le fasi

#### Lavoro retribuito:

-sfruttare al massimo il protocollo d'intesa con il centro per l'impiego, rivedere convenzione rispetto alle modalità concorsuali per ottemperare all'obbligo di assunzione

-costruire un tavolo di confronto e collaborazione con le realtà locali sensibili all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati

-lavori socialmente utili: progetti a tempo, insieme ad altre fasce deboli

-sperimentare, se fattibile, il metodo IPS (Individual Placement Support) per gli utenti più motivati

-riproporre la questione dei facilitatori sociali, studiarne le potenzialità alla luce delle esperienze di Massa, Pisa, Empoli

-sulle cooperative B: fare una mappatura delle cooperative esistenti e del numero di soggetti svantaggiati che attualmente vi sono inseriti, costruire un tavolo di lavoro con i referenti al fine di favorire la comunicazione ed evitare le situazioni di "abbandono", monitorarne l'efficacia, ed inserire la "clausola sociale", nonché riproporre alle istituzioni la formula degli "affidamenti diretti" nei modi e nei tempi consentiti dalle normative vigenti, nazionali ed europee, per evitare l'estinzione della cooperazione sociale di tipo B nel prossimo futuro.

### **Area Socialità**

- ✓ I tempi da dedicare alle attività ludico-ricreative non sempre conciliano con la gestione del profilo orario dei dipendenti (es. nelle attività di accompagnamento alle uscite fuori sede, soggiorni, ecc); a norma contrattuale invariata, queste attività vengono realizzate sempre più spesso da operatori delle cooperative in convenzione con la ASL3 alle quali sono

appaltati parte dei servizi alla persona, perché hanno maggiore flessibilità oraria.

- ✓ Nella riorganizzazione dell'area del Ceppo e delle strutture afferenti predisporre un grande spazio multifunzionale per incontri, convivialità, spettacoli, eventi musicali

In chiusura i componenti del tavolo di lavoro vedono nella SdS un “canale di contatto diretto” con il cittadino per favorire la partecipazione attiva. Vanno individuati e strutturati i canali di accesso diretto e/o mediato da figure professionali inserite ad hoc (facilitatori e counsellor).

## Le demenze

Stima del numero di ultra65enni residenti in Toscana affetti da demenza - 2014

Residenza	Totale			
	Classe età 65+	Classe età 65-74	Classe età 75-84	Classe età 85+
AUSL 3 - Pistoia	6913	507	2968	3438
Z/D Pistoiese	4183	306	1792	2085
Z/D Valdinievole	2730	201	1176	1353
Area Vasta Centro	38577	2793	16375	19409
Regione Toscana	91022	6632	38851	45539
Residenza	Maschi			
	Classe età 65+	Classe età 65-74	Classe età 75-84	Classe età 85+
AUSL 3 - Pistoia	2306	193	1299	814
Z/D Pistoiese	1399	116	792	491
Z/D Valdinievole	907	77	507	323
Area Vasta Centro	12901	1053	7147	4701
Regione Toscana	30386	2521	16942	10923
Residenza	Femmine			
	Classe età 65+	Classe età 65-74	Classe età 75-84	Classe età 85+
AUSL 3 - Pistoia	4607	314	1669	2624
Z/D Pistoiese	2784	190	1000	1594
Z/D Valdinievole	1823	124	669	1030
Area Vasta Centro	25676	1740	9228	14708
Regione Toscana	60636	4111	21909	34616

La tabella precedente riporta la stima dei soggetti di età eguale o superiore a 65 anni affetti da demenza residenti nella Provincia di Pistoia. Come atteso la prevalenza aumenta con l'età ed è più elevata nel genere femminile in relazione alla maggiore longevità femminile.

### ***FOCUS: LA MALATTIA DI ALZHEIMER***

La Società della Salute al fine di analizzare in modo più approfondito i bisogni socio-assistenziali correlati alla malattia di Alzheimer ha previsto all'interno del Profilo di Salute della Zona Distretto Pistoiese uno specifico focus. Al fine di elaborare un documento completo e condiviso è stato costituito un Gruppo di lavoro il cui obiettivo è stato quello di elaborare un approfondimento sul problema, descrivendo i bisogni di questa condizione, emergente dal punto di vista epidemiologico, attraverso una valutazione effettuata in modo integrato dai professionisti e dai diversi portatori di interessi (servizi specifici e del terzo settore)

#### **1. Descrizione del problema**

La demenza è una malattia caratterizzata dall'interazione fra problemi cognitivi e

comportamentali e rappresenta la principale causa di disabilità nell'anziano. E' una patologia complessa, età correlata, con forti risvolti sociali, della durata media di 8/10 anni, progressiva fino alla difficoltà delle cure di fine vita; necessita di un costante tutoraggio.

I disturbi del comportamento presenti nella malattia scompensano l'intero ambiente di vita della persona, impediscono o complicano le normali attività familiari e determinano una forte domanda di istituzionalizzazione. Ogni tipo di supporto, dal ricorso privato alle cosiddette badanti alla domanda di ricovero in RSA, viene investito dal progressivo aumento delle demenze.

Una presa in carico precoce del malato e dei propri familiari, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale e quindi possono favorire la permanenza del malato nel proprio ambiente, con un supporto di servizi assistenziali commisurato al suo grado di disabilità.

## 2. Rilevazione dei bisogni: epidemiologia e valutazione dei bisogni socio-assistenziali

### 2.1 Descrizione epidemiologica

- *Regione Toscana*

Nella tabella seguente sono presentati i valori di incidenza e prevalenza di demenza in persone ultrasessantenni, emersi dalla stima effettuata dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

	Incidenza %		Prevalenza %	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
60 - 64	0,2	0,2	0,4	0,4
65- 69	0,2	0,3	1,6	1,0
70 - 74	0,6	0,5	2,9	3,1
75 - 79	1,4	1,8	5,6	6,0
80 - 84	2,8	3,4	11	12,6
85 - 89	3,9	5,4	12,8	20,2
90+	4	8,2	22,1	30,8

Per l'incidenza, nei paesi occidentali, sembra essere in atto una tendenza recessiva. Ciò nonostante, la prevalenza, ossia a dire il numero totale dei soggetti affetti da demenza, dopo i 60 anni, aumenta in maniera esponenziale all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 30% delle persone con 90 anni e più. La prevalenza nella popolazione femminile è quasi il doppio rispetto a quella maschile, a causa della maggiore longevità delle donne (mediamente vivono 5 anni più a lungo degli uomini), ed in piccolissima parte al fatto che l'incidenza della malattia di Alzheimer (50-70% di tutte le forme di demenza) è lievemente maggiore nel sesso femminile.

- *Zona Distretto Pistoiese*

Nei seguenti grafici sono presentati, relativamente agli ultimi 3 anni, i valori di prevalenza e di incidenza di demenza in persone ultrasessantenni, raccolti dallo studio Parsis svolto dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

In particolare la tabella e la figura 1 rappresentano la stima di prevalenza nella Zona Distretto Pistoiese negli anni 2012-2014 confrontata con la stima di prevalenza sul territorio regionale; la figura 2 rappresenta la stima di prevalenza di Demenza nella Zona Distretto Pistoiese suddivisa per gravità di malattia.

Nella figura 3 è rappresentata la stima di incidenza di Demenza, negli anni 2012-2014, nella Zona Distretto Pistoiese, confrontata con i dati della Regione Toscana.

*Tabella 1*

	2012	2013	2014
Regione Toscana	78976	80643	83100
Zona Distretto Pistoiese	3600	3687	3821

Figura 1

Confronto stima prevalenza di demenza nella Zona Distretto Pistoiese rispetto alla stima di prevalenza nella regione

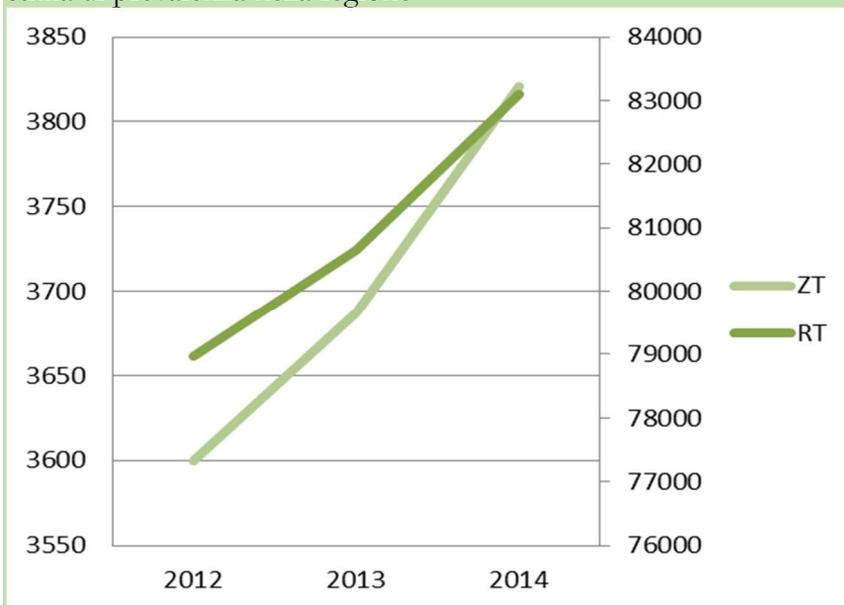


Figura 2

Stima prevalenza di Demenza, negli anni 2012-2014, nella Zona Distretto Pistoiese suddivisa per gravità di malattia

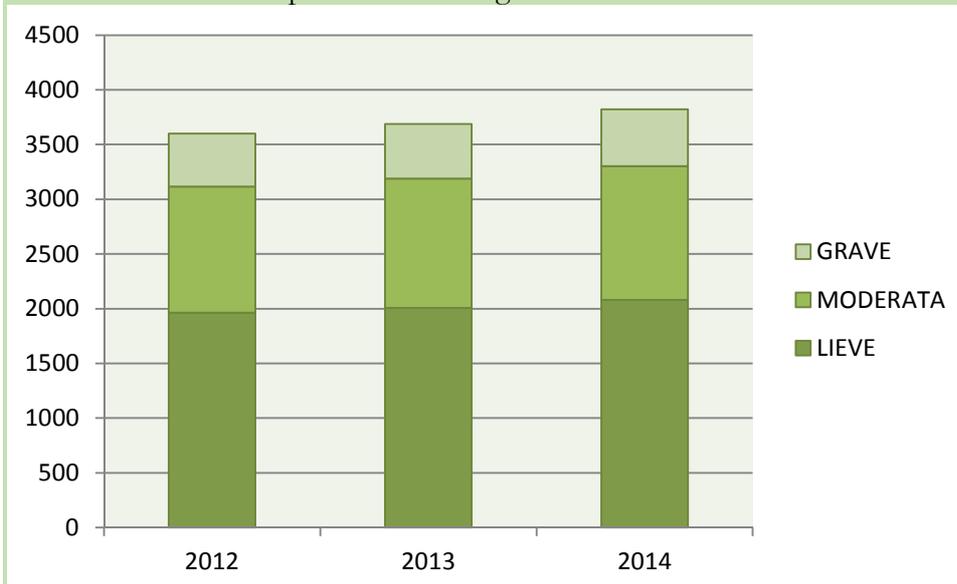


Figura 3

Stima incidenza di Demenza nella Zona Distretto Pistoiese rispetto alla stima di incidenza nella regione



Concludendo, riferendoci al 2015, si può affermare che per la Zona Distretto di Pistoia:

- la stima di prevalenza della demenza negli ultrasessantenni, ossia a dire il numero totale dei soggetti affetti, ammonta a circa 4000 persone;
- la stima dell'incidenza, ossia il numero dei nuovi casi all'anno, tenuto conto dei recenti studi internazionali che sembrano rilevarne una riduzione nei paesi occidentali, oscilla fra 470 e 500

## 2.2 Valutazione integrata dei bisogni socio-sanitari delle persone affette da malattia di Alzheimer

Al fine di valutare i bisogni riferendosi alla realtà territoriale è stato costituito un gruppo di lavoro il quale ha coinvolto tutti i soggetti che per specificità dovevano essere presenti –associazioni dei malati, servizi specifici e specialistici- e comunque il tavolo era aperto a tutto il terzo settore, alle amministrazioni e a tutte le persone che avevano un interesse da rappresentare.

I componenti del tavolo tecnico, in modo sintetico, hanno riportato i seguenti bisogni:

- garantire una diagnosi tempestiva ed una presa in carico precoce potenziando il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD, ex Unità Valutativa Alzheimer – UVA) della Geriatria;
- creare una presa in carico continuativa del malato e dei suoi familiari da parte della rete dei servizi e del terzo settore;
- creare un'offerta di servizi maggiormente qualificata (monitorando la qualità dell'assistenza) che offra al malato (ed ai suoi familiari) un approccio assistenziale volto a garantire la migliore qualità di vita possibile, a mantenere il più possibile le sue capacità cognitive e funzionali e, per quanto possibile, prevenire e trattare in modo non farmacologico i disturbi del comportamento;
- attivare, nella rete dei servizi socio-sanitari, tecniche comunicative, di stimolazioni cognitive e di terapie occupazionali, che possano ottimizzare nell'immediato la "performance" cognitiva e funzionale e, nel tempo, rallentare il decorso della malattia, ritardando il declino dell'autonomia nelle attività di vita quotidiane;
- incrementare e differenziare l'offerta dei servizi in modo che l'attuale rete dei servizi permetta di utilizzare i servizi specialistici (Centro Diurno Alzheimer e Nucleo Alzheimer in RSA) come luogo di cura e assistenza temporanea, finalizzata al trattamento intensivo dei disturbi del comportamento di livello significativo, non gestibili con altre modalità assistenziali;

- diffondere il più possibile servizi a basso costo ma ad alta capacità di contatto come i caffè Alzheimer ed i centri di ascolto in stretta collaborazione con le associazioni dei malati (AIMA);
- facilitare le modalità di accesso al servizio infermieristico in modo da garantire la dovuta tempestività nei casi in cui è necessario;
- incrementare l'offerta dei servizi socio-sanitari domiciliari;
- garantire l'implementazione e l'adeguato supporto formativo al progetto "Pronto badante"; al contempo promuovere l'istituzione sul territorio di un'assistente familiare, adeguatamente formata, che svolga il ruolo di "badante di condominio e/o quartiere", da attivare al bisogno per la presa in carico limitata e temporanea (2-3 ore giornaliere), in attesa di una soluzione definitiva, con la caratteristica di essere un servizio d'urgenza e non continuativo;
- soddisfare il bisogno informativo/educativo delle famiglie soprattutto nelle prime fasi di malattia (aspetti pratici e relazionali), anche attraverso il contributo delle associazioni dei malati, le quali svolgono già un ruolo in tal senso (AIMA);
- fornire, alle Associazioni che entrano in contatto con gli utenti e le loro famiglie, informazioni minime per riuscire a indirizzare le persone nel percorso di cura più adeguato;
- diffondere le informazioni relative alla malattia, alla sua prevenzione ed ai servizi esistenti attraverso interventi educativi di comunità, al fine di rendere le persone consapevoli ed informate;
- impegnare fini di un tirocinio professionalizzante di studenti con formazione sociale e psicologica in attività che riguardano i malati di Alzheimer e le loro famiglie.
- migliorare il percorso di accesso e permanenza in ospedale garantendo allorquando disponibile la presenza di in familiare
- formare:
  - Medici di Medicina Generale; integrare le competenze della medicina generale e dei servizi specialistici per la cura delle demenze;
  - operatori sociali e sanitari: tale azione dovrebbe andare a sviluppare le competenze e motivare gli operatori che lavorano nei servizi domiciliari, residenziali e semi-residenziali;
  - assistenti familiari; formazione relativa sia agli aspetti assistenziali pratici che relazionali; creare dei percorsi formativi di lingua italiana per gli stranieri; formazione da estendere ad altri settori della vita collettiva (scuole, vigili, forze dell'ordine...) in modo da creare una specifica sensibilità e attenzione verso chi è colpito da demenza e chi di lui si prende cura (sperimentare un modello di "Città amica della persona affetta da demenza").

Inoltre, il gruppo tecnico:

- rappresenta difficoltà significative nel riconoscere da parte delle Commissioni Invalidi l'impatto funzionale che la demenza comporta e della conseguente assenza di erogazione di "assegno di accompagnamento"; per superare tale difficoltà ritiene necessaria una maggiore collaborazione fra Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) della Geriatria e Commissione Invalidi;
- sottolinea l'importanza del rispetto, nella gestione dei percorsi socio-sanitari, di quanto espresso alla raccomandazione 19 della Linea Guida Regionale sulla Demenza (attualmente in press): "Quando il medico riscontra nel paziente una capacità decisionale compromessa, consiglia al fiduciario (familiare o persona vicina all'interessato) di attivare un istituto di tutela giuridica (Amministratore

di Sostegno) nell'interesse esclusivo del paziente stesso.” Nelle stesse condizioni, qualora vi sia impossibilità a identificare un fiduciario, il medico, e/o il team socio sanitario, dovrebbe richiedere la nomina dell'Amministratore di Sostegno direttamente al Giudice Tutelare;

- sottolinea l'importanza della verifica e monitoraggio della qualità dell'assistenza all'interno di tutti i luoghi di cura dei soggetti affetti da demenza (domicilio, residenze, ecc.), al fine di ottimizzare la “performance” cognitiva e funzionale, prevenire situazioni cliniche ad aumentato rischio di mortalità (malnutrizione, cadute, ecc.) ed evitare pratiche che aggravino la condizione e/o ne limitino la libertà (come ad es. le contenzioni).

## 4. Il terzo settore e l'associazionismo

‘Terzo settore’ è la denominazione attribuita alle organizzazioni di natura privatistica non commerciale che svolgono funzioni pubbliche in ambito socio-assistenziale, educativo, socio-sanitario, culturale, ambientale, etc.. In questa accezione, quindi, esso comprende una pluralità di soggetti diversi per origini, storia, ambiti di attività e disciplina normativa (le cooperative sociali, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le fondazioni) accomunati dalla volontà di perseguire finalità d'interesse generale e utilità sociale.

Il terzo settore e l'associazionismo sono da sempre elemento integrante della società pistoiese e testimonianza ne è anche l'alta partecipazione alla vita della SdS Pistoiese, dove la rappresentanza si è rivelata non solo numerosa, ma anche attiva e partecipativa. Le associazioni si inseriscono, con la loro voce e la loro esperienza, nei percorsi di miglioramento delle relazioni tra gli enti locali, l'azienda sanitaria e la popolazione, quale espressione dei bisogni.

In particolare, la partecipazione, la condivisione e la mediazione fra i cittadini ed i servizi socio-sanitario sono percorsi che l'associazionismo conduce come propria crociata. L'importanza del volontariato quale veicolo comunicativo ed informativo nei confronti di tutta l'utenza ed in particolare di quella così detta “fragile”, può essere uno strumento fondamentale per una concreta integrazione ospedale-territorio-volontariato. Questa piattaforma contribuirà sicuramente a facilitare il percorso necessario per il raggiungimento dei prossimi obiettivi del sistema socio sanitario.

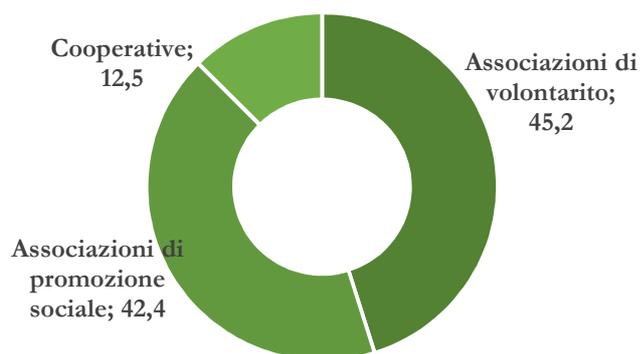
Per dare conto della presenza del Terzo settore più formalizzato e più strutturato sul territorio della zona pistoiese abbiamo come fonte informativa i registri provinciali delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale e l'albo delle cooperative sociali<sup>8</sup>.

Risultano registrate 361 organizzazioni nella zona pistoiese al 31/12/2014 di cui 163 organizzazioni di volontariato, 153 associazioni di promozione sociale e 45 cooperative sociali

---

<sup>8</sup> Le tre tipologie di organizzazione sono oggetto di specifiche leggi regionali che ne riconoscono il ruolo e istituiscono i rispettivi registri/albi. L'iscrizione non è obbligatoria, tuttavia dà diritto ad agevolazioni di natura economica, amministrativa e gestionale, consente all'organizzazione di acquisire la qualifica di onlus ed è condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici e stipulare convenzioni con le istituzioni.

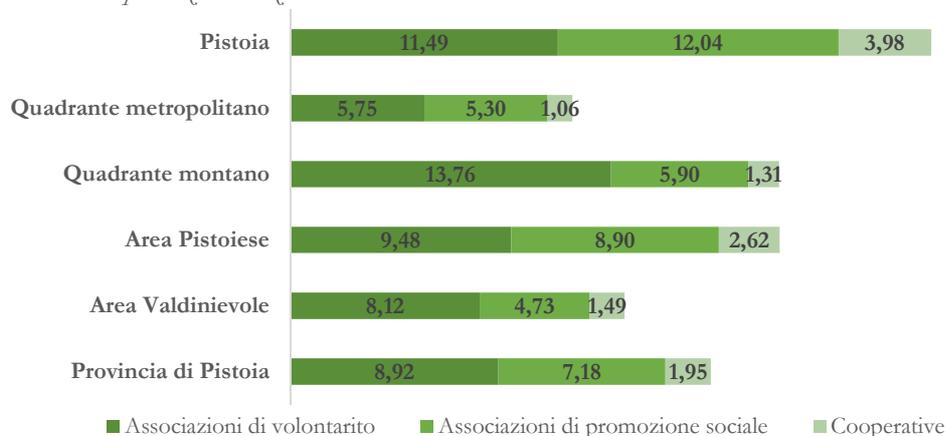
Organizzazioni del terzo Settore registrate al 31.12.2014 - Area pistoiese



Zona	Associazioni di volontariato	Associazioni di promozione sociale	Cooperative	Totale
Pistoia	104	109	36	249
Quad. metropolitano	38	35	7	80
Quadrante montano	21	9	2	32
Area Pistoiese	163	153	45	361
Area Valdinievole	98	57	12	167
Provincia di Pistoia	261	210	57	528

L'indice di presenza del terzo settore (organizzazioni iscritte/pop. residente x 10.000) dà una misura della diffusione della rete di organizzazioni.

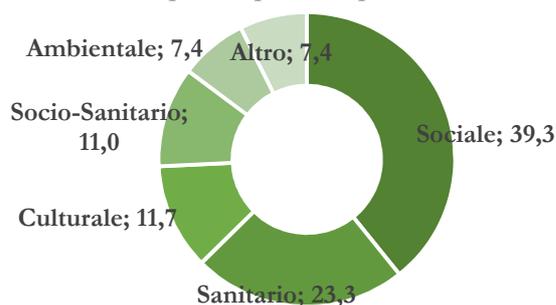
Indice di presenza del terzo settore al 31.12.2014



Se osserviamo la distribuzione nei diversi quadranti del nostro territorio vediamo come nel quadrante montano abbiamo una buona presenza del terzo settore con un valore totale di 21 organizzazioni ogni 10 mila residenti ed in particolare si ha il valore più alto dell'intera provincia per quanto riguarda in particolare la presenza di associazioni di volontariato (13,8).

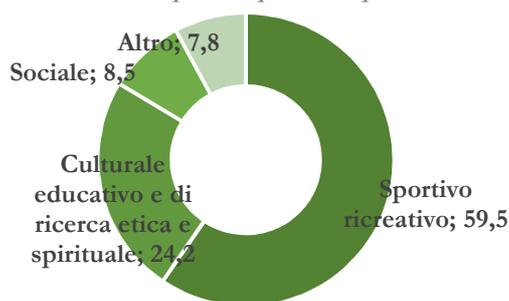
Le 163 organizzazioni di volontariato sono attive principalmente nel settore sociale con ben il 40% delle associazioni operanti in questo settore; il 23 % delle associazioni operano nel sanitario.

*Associazioni di volontariato nell'area pistoiese per settore prevalente*



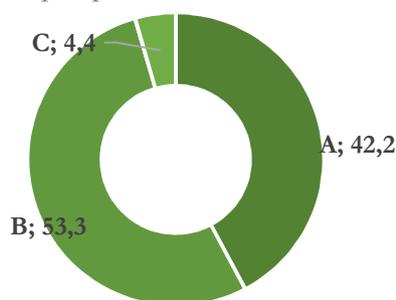
Se a questi si uniscono le associazioni che cooperano nel ramo sociosanitario, si può evincere che lo spettro di attività di più diretta attinenza con le politiche sociali e socio-sanitarie copre oltre il 73% del volontariato. Ad una analisi di dettaglio dei vari settori, si rileva poi che le attività prevalenti e i target di riferimento sono principalmente l'assistenza agli anziani, la disabilità, e immigrati e profughi. Tra le associazioni di promozione sociale l'attività prevalente è quella sportivo-ricreativa con ben il 60% delle associazioni impegnate in questo tipo di attività, seguite da quelle impegnate in attività culturale educative (24%) e da quelle nel sociale (8,5).

*Associazioni di promozione sociale nell'area pistoiese per settore prevalente*



Le cooperative sociali sono i soggetti del terzo settore maggiormente protagonisti nella erogazione di servizi sociali e socio-sanitari. Il crescente processo di esternalizzazione della gestione di servizi ha infatti coinvolto sempre più tali soggetti, che rappresentano dunque anche le realtà tendenzialmente più strutturate e professionalizzate nel panorama del no profit.

*Cooperative sociali nell'area pistoiese per tipo*



Le 45 cooperative sociali presenti nella zona pistoiese (di cui 36 hanno sede nel comune capoluogo) operano prevalentemente nel settore B (53%) cioè nel settore dell'integrazione lavorativa di soggetti svantaggiati; al settore sociosanitario e educativo (tipo A) fanno parte circa il 42% delle cooperative iscritte. Il tipo C è quello in cui si hanno consorzi di cooperative che nella nostra zona (2 in termini assoluti). Nella nostra provincia si ha la maggiore diffusione di cooperative sociali rispetto al territorio toscano.