



Colline dell'Albegna



Servizio Sanitario della Toscana



SdS Colline Metallifere



PROVINCIA di GROSSETO



OSSERVATORIO  
POLITICHE SOCIALI

# ***ELEMENTI PER IL PROFILO DI SALUTE DELLE ZONE-DISTRETTO GROSSETANE***

***Quadro propedeutico per i Piani Integrati di Salute***

**Relazione introduttiva e sintesi per area tematica**

# SOMMARIO

<b>1</b>	<b>PREFAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>7</b>
2.1	Il mandato .....	7
2.2	La metodologia .....	7
2.3	Guida alla consultazione .....	8
<b>3</b>	<b>SINTESI PER AREA TEMATICA .....</b>	<b>9</b>
3.1	Premessa .....	9
3.2	Il contesto socio-economico e gli obiettivi di salute .....	9
3.3	Andamento demografico e invecchiamento della popolazione .....	25
3.4	Immigrazione, minori e salute riproduttiva.....	27
3.5	Gli stili di vita e le malattie.....	33
3.6	Lesività e mortalità per traumatismi .....	40
3.7	Cronicità.....	43
3.8	La partecipazione ai programmi di prevenzione.....	50
3.9	La non autosufficienza.....	52
3.10	La disabilità .....	54
3.11	La famiglia nel sistema di welfare .....	56
3.12	La performance della Ausl9 Grosseto.....	59

## 1 PRAFAZIONE

Questo documento, vero e proprio **Profilo di salute** provinciale (Pds), rappresenta l'avvio del processo partecipato di governo della salute del territorio grossetano su cui l'Azienda sanitaria 9, le **Società della salute** (Sds) Grosseto, Amiata Grossetana, Colline Metallifere) e la Zona-distretto delle Colline dell'Albegna, con l'Amministrazione Provinciale (Osservatorio delle Politiche Sociali), hanno lavorato in questi mesi. Si tratta di una scelta originale e significativamente innovativa delle stesse disposizioni regionali.

In esso ritroviamo una prima sintesi del quadro della salute (epidemiologico) della nostra popolazione, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più fragili per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali.

Un processo di partecipazione complesso e impegnativo, come stabilisce la legge regionale, che dovrà portare, indicativamente tra aprile e giugno 2012, comunque dopo la approvazione del primo **Piano sociosanitario integrato regionale toscano** (Pssir), alla approvazione dei quattro **Piani integrati della salute** (Pis) zionali grossetani

Il Pis è l'atto principale attraverso cui si realizza la *mission* delle Società della Salute - o delle zone distretto lì dove questi consorzi non sono presenti - cioè quella di mantenere in buona salute la popolazione di cui è chiamata a farsi carico:

- riducendo/ prevenendo i rischi di ammalarsi,
- recuperando lo stato di salute dopo una malattia,
- creando le condizioni sociali, economiche e sanitarie eque e sostenibili per tutta la popolazione, con particolare riguardo ai gruppi più fragili.

Si può anche definire come la sintesi tra quello che si intende fare e quanto si può effettivamente ottenere in un determinato periodo, in termini di miglioramento della salute della popolazione ed adeguamento dell'offerta dei servizi predisposti: una "mappa" attraverso cui si individuano gli obiettivi, si pensa a come raggiungerli e si rende esplicita la possibilità di verificare se siano stati poi raggiunti.

Le sue articolazioni rispondono alle funzioni proprie delle Società della Salute (Sds) così come stabilite dalla legge:

- la definizione degli obiettivi di salute e benessere;
- la definizione delle azioni attuative;
- l'attivazione di strumenti di valutazione.

Il Pis rappresenta quindi :

- il documento di riferimento programmatico quinquennale con cui vengono enunciate, coerentemente con i principi e gli indirizzi regionali, le scelte strategiche alle quali si fa riferimento nella elaborazione della politica sociosanitaria territoriale;
- il luogo di attuazione e di elaborazione dei programmi di miglioramento della salute basati sui diversi fattori e categorie di determinanti sociali;
- lo strumento di programmazione di politiche integrate locali.

Per fare ciò è necessario che si conosca in modo adeguato lo stato di benessere/malessere dei cittadini, l'evoluzione nel tempo dei bisogni di salute e gli eventuali bisogni non soddisfatti, scopo per l'appunto prioritario di questo documento.

In prima fila nella preparazione e attuazione dei Pis abbiamo quindi le Sds e la Zona distretto, ma essendo i quattro Pis parte integrante della programmazione aziendale, il lavoro comune continuerà nei prossimi mesi – integrazione vuol dire anche questo - ponendo particolare attenzione al sistema delle cure primarie, al rafforzamento della consapevolezza dei pazienti nella corresponsabilità della propria salute, alla strumentazione delle politiche di salute che non riguardano direttamente l'intervento sanitario.

Concretamente, da questo primo profilo di salute provinciale si elaboreranno i quattro Profili zonali. Essi dovranno mettere in condizione le diverse realtà che concorrono alla salute del proprio territorio, di:

- disporre di informazioni efficaci e prospettiche sullo stato di salute delle diverse popolazioni
- identificare i problemi di salute
- individuare le aree prioritarie di intervento
- favorire la presa di coscienza e la partecipazione della comunità.

Sarà indispensabile che, una volta definiti questi 4 Profili, ci possa essere un nuovo momento aziendale di messa in comune affinché la comprensione delle problematiche favorisca le necessarie sinergie, utili ad ogni zona e alla programmazione aziendale, affinché i progetti di intervento siano il più possibile efficaci rispetto agli obiettivi stessi, realizzandoli in modo efficiente ed economico.

Non è poi da dimenticare che i Pis dovranno essere pensati in stretto collegamento con le altre programmazioni locali (quelle afferenti agli Enti Locali, dalle politiche scolastiche, all'urbanistica) e questo potrà essere meglio ottenuto se sarà frutto di uno sforzo corale tra Ausl, Sds, EE.LL.

Grande attenzione è quindi posta sulla partecipazione, chiave del governo della salute di una comunità ed essa stessa fattore di salute. Essa si svilupperà sia a livello istituzionale (Consigli comunali), che degli organi propri delle Sds (Giunta, Comitato di partecipazione, Consulta del Terzo settore), delle comunità professionali, delle rappresentanze dei cittadini e della cittadinanza tutta (Agorà)

### Lo sviluppo del Pis

<p><i>a. definire il profilo epidemiologico delle comunità locali (Pds);</i></p>	<p>Si fa riferimento alla predisposizione dei Profili di salute: sintesi della salute della popolazione di riferimento e dell'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Caratteristica fondamentale dei Pds è la particolare attenzione da dedicare ai gruppi di popolazione più fragili per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali.</p>
<p><i>b. definire gli obiettivi di salute e di benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali;</i></p>	<p>Dal Profilo di salute si evidenziano i bisogni di salute della popolazione e le conseguenti priorità di intervento a cui devono essere legati, tenendo presente gli indirizzi e le strategie regionali, gli obiettivi di miglioramento della salute e di benessere della popolazione.</p>
<p><i>c. individuare le azioni attuative;</i></p>	<p>Ogni obiettivo stabilito deve essere legato ad azioni attuative al fine di soddisfare l'obiettivo previsto.</p>

d. individuare le risorse messe a disposizione;	Si fa riferimento alle risorse messe a disposizione sia dai Comuni, sia quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, sia quelle messe a disposizione dal Fondo sanitario regionale.
e. definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio;	Una programmazione integrata efficace necessita che la rete dei servizi sia evidente e che gli interventi siano conosciuti da tutti gli attori chiamati a partecipare alla sua attuazione.
f. definire il fabbisogno di strutture residenziale e semiresidenziali;	La considerazione, in sede di programmazione, di tali strutture, essendo uno dei capitoli più rilevanti di spesa sociosanitaria, è capitolo fondamentale del Pis e, proprio per questo, da definire in base ai fabbisogni che le popolazioni interessate presentano.
g. attivare strumenti di valutazione	Al fine di garantire un'efficace processo di programmazione, è necessario disporre di strumenti di valutazione sia dell'intero documento Pis, sia degli obiettivi di miglioramento individuati alla lettera b, sia nella fase finale di impatto reale sulla salute della popolazione.

La salute di una comunità dipende certamente dallo sforzo che il sistema dei servizi sanitari e sociali è in grado di esprimere: risorse economiche, risorse umane, competenze e *know how*, assetti organizzativi, ecc. sono fattori determinanti, ma non unici. Come abbiamo sopra accennato. Essa dipende infatti da un insieme di altri fattori – quelli che tecnicamente vengono definiti i “determinanti sociali della salute”: contesto economico e culturale, livello di istruzione della popolazione, gestione del territorio, forme della socialità, stili di vita salubri, sicurezza, capitale sociale, ecc.; la cui responsabilità e protagonismo, come si intuisce, sono in capo a diversi attori pubblici e privati: dalle singole persone alle organizzazioni sociali, agli enti locali, ecc.

A partire da questa consapevolezza, ribadita in molte e autorevoli sedi internazionali e fatta propria dalla Regione Toscana, il Profilo di salute provinciale si è concentrato su alcune condizioni sociosanitarie e fenomeni sanitari ritenuti particolarmente rilevanti: quella anziana, quella giovanile, la vita familiare, le condizioni di disabilità, le popolazioni immigrate, i traumatismi, le malattie acute e croniche, quelle oncologiche, quelle dell'apparato respiratorio e cardiocircolatori, ecc.

I dati raccolti, a cui si rinvia, sono sistematicamente confrontati sia a livello regionale che tra le diverse zone grossetane, questo per meglio comprendere la portata dei valori che vengono presentati.

C'è un tema da sottolineare, che emerge e inquadra questi confronti. A livello sociale ed economico, negli ultimi anni, Grosseto ha ridotto il *gap* che aveva con il resto della Toscana, recuperando molte posizioni in diversi ambiti, anche se non in tutti. Alcuni di questi caratteri pesano soprattutto sulle generazioni più anziane o più giovani, altri colpiscono in modo indifferenziato tutte le generazioni, concorrendo complessivamente a determinare indicatori di salute mediamente peggiori rispetto alla media regionale.

Il fatto che gli obiettivi di salute definiti a livello regionale debbano essere perseguiti in un contesto territoriale, socio-economico e culturale, meno favorevole determina “vincoli non sanitari” che dovrebbero, almeno in parte, essere compensati da maggiori investimenti, in base a un criterio di equità, al fine di colmare le disuguaglianze e dare pari opportunità a tutti i cittadini.

In altri termini, Grosseto presenta, congiuntamente o separatamente:

- una speranza di vita alla nascita e un reddito pro-capite inferiori, e un indice di deprivazione superiore alla media regionale

- una diffusione della povertà più elevata rispetto alla media regionale, con un livello di bassa istruzione nella popolazione anziana più diffuso
- un indice di dotazione infrastrutturale stradale inferiore alla media regionale ed il più alto tasso di mortalità per incidenti stradali della Toscana
- un tasso di mortalità evitabile superiore alla media regionale ed una dotazione di infrastrutture telematiche inferiore alla stessa media
- tassi di prevalenza di broncopatia cronica e diabete superiori alla media regionale.

Tutto ciò rende evidente che solo dallo sforzo congiunto di più politiche, e quindi di più attori, si può migliorare effettivamente la condizione di salute dei nostri concittadini e quindi di noi tutti.

Uno sforzo integrato, per riprendere il lessico della programmazione regionale, è pure condizione imprescindibile per ridurre l'impatto, non indifferente, che i tagli alla spesa sociale e sanitaria subiti in questi mesi ma già iniziati da tempo, avranno sulla capacità di rispondere in modo "giusto" ai legittimi diritti delle nostre comunità.

Dicevamo all'inizio che il percorso programmatico si inquadra dentro gli indirizzi stabiliti dal primo Piano Sociale e Sanitario Integrato Regionale Toscano, in fase di approvazione. Avendo come Azienda, come Società della Salute, come Amministrazione Provinciale e come Comuni, partecipato in più occasioni alle discussioni preparatorie, sappiamo che le preoccupazioni – le rilevanze, direbbero gli esperti - che abbiamo messo alla base di questo nostro lavoro sono in forte sintonia con quanto complessivamente la Regione Toscana sta decidendo.

Basta scorrere le diverse bozze del PSSR che via via sono state predisposte che cogliamo come le questioni relative alla salute in tutte le politiche, agli stili di vita, alla partecipazione attiva, al vivere bene in famiglia e nel contesto socio-relazionale, alla sicurezza, alla immigrazione come cifra di una società che cambia e si rinnova, al contrasto delle forme di discriminazione, alle politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio, al sostegno alla famiglia e alla genitorialità, ai giovani protagonisti del proprio futuro, alla non autosufficienza, alla prevenzione delle patologie più gravi, solo per citarne alcune, ritornano sistematicamente nel nostro Profilo di Salute Provinciale, premessa perché anche i prossimi Pis zonali le possano fattivamente considerare e declinare in termini di sanità di iniziativa, continuità assistenziale, centralità della persona, prevenzione, ecc.

Consegniamo quindi alle comunità grossetane, e alle istituzioni pubbliche e civili che le rappresentano, alle parti sociali, questo lavoro con l'augurio che la volontà di migliorare le condizioni di salute e di difendere e promuovere il diritto alla salute di ogni residente diventi, in tempi difficili come quelli che si prospettano davanti a noi, sentire comune e si traducano in atti conseguenti.

Il Direttore Generale Azienda USL 9

Dr. Fausto Mariotti

## **2 INTRODUZIONE**

### ***2.1 Il mandato***

Alla fine di marzo 2011 la Direzione aziendale, con apposita deliberazione n° 118/2011, ha costituito un Gruppo di lavoro col mandato di elaborare dei documenti che raccogliessero gli elementi di conoscenza epidemiologica e sociosanitaria del territorio provinciale e che potessero servire come strumento base per le SdS/Zone distretto dell'Azienda USL9 nell'elaborazione dei rispettivi Pis (in conformità agli indirizzi emanati con delibera G.R. n. 243/2011 da parte della Regione Toscana). La Direzione aziendale, sin dal primo momento, ha ritenuto opportuno che il Gruppo di lavoro costituito fosse integrato da esperti esterni, provenienti dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e membri del progetto regionale "Analisi e valutazione dei Piani Integrati di Salute".

### ***2.2 La metodologia***

Per la stesura del lavoro di analisi sono state individuate le informazioni a disposizione nelle varie banche dati a livello aziendale, regionale e nazionale avendo a riferimento il *set* di indicatori adottato da Regione Toscana (con delibera G.R. n. 488/2011). La peculiarità del metodo di lavoro è stata quella di raffrontare ed integrare dati e fonti di diversa natura (statistica ufficiale, dati amministrativi, evidenze tratte da indagini su determinati target di popolazione sul territorio), al fine di fornire una lettura multidimensionale dei fenomeni.

Attraverso l'analisi di tali indicatori e la rilettura delle relazioni sanitarie aziendali degli ultimi anni, sono state individuate nove aree tematiche per le quali la provincia di Grosseto nel suo insieme, e alcune zone in particolare, mostra delle criticità rispetto al resto della Regione.

Successivamente, sono stati costruiti dei grappoli di indicatori che potessero rappresentare nella forma più sintetica possibile ciascuna area tematica, le problematiche ad essa relative e, allo stesso tempo, suggerire ipotesi interpretative sulle cause di tali criticità e correlazioni con altri fenomeni misurati.

Poiché la sola misura dei fenomeni non è sufficiente per la loro completa comprensione, sono stati scelti e rappresentati dove possibile dati che potessero permettere raffronti tra la provincia e la regione e le zone interessate. Tale metodo ha permesso di focalizzare le criticità dell'intera provincia, delle singole zone e, in qualche caso, di specifiche aree.

Le criticità sono state rilevate ed evidenziate ponendo particolare attenzione alla peculiarità della zona rispetto alle altre e alla correlazione tra gli indicatori, considerando inoltre la conoscenza del territorio da parte di alcuni componenti del gruppo .

## 2.3 Guida alla consultazione

I risultati del lavoro sono riconducibili a 3 tipologie di documenti:

- la presente *Relazione* che, oltre a fornire una lettura ai materiali prodotti, rappresenta la sintesi delle evidenze emerse per le aree tematiche individuate, anche facendo riferimento a conoscenze acquisite tramite la letteratura sull'argomento e/o rilevazioni su base regionale o nazionale.
- una sorta di *Quadro conoscitivo*, sotto forma di presentazione in *power point*, che permette di entrare nei dettagli di ciascuna area tematica attraverso grafici e quadri sintetici degli indicatori dai quali trarre spunti per la programmazione. E' questa la parte che più di ogni altra deve servire alla definizione dell'immagine di salute e poi dei Pis.
- una *Base informativa statistica* contenente i grappoli degli indicatori utilizzati nel corso dell'intero lavoro di analisi, suddivisi per area tematica, con il valore dell'ultimo dato disponibile per Sds/Zona e con approfondimenti (fogli di lavoro con serie storiche, *trend*, raffronti) consultabili attraverso collegamenti ipertestuali.

Al fine di facilitare la comprensione dei materiali prodotti, favorire l'orientamento del lettore tra gli stessi e consentire una loro visione integrata, sono stati predisposti all'interno dei tre elaborati alcuni collegamenti ipertestuali sia interni che trasversali, in modo da permettere una navigazione verticale all'interno del medesimo documento e una navigazione orizzontale tra i diversi documenti. Una corretta lettura dei materiali, dovrebbe partire dalla presente *Relazione*, e scorrendo poi le aree tematiche accedere ai relativi approfondimenti disponibili nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.



## **3 LE AREE TEMATICHE**

### ***3.1 Premessa***

Di seguito, dopo un inquadramento relativo al contesto socio-economico provinciale ed agli obiettivi di salute, vengono riportate in maniera sintetica le principali evidenze emerse in ogni area tematica durante il lavoro di analisi. I contenuti qui esposti rappresentano uno spaccato di tutte le elaborazioni e valutazioni sviluppate. Per una visione completa si raccomanda perciò una lettura integrata tra il presente documento, il [\*Quadro conoscitivo\*](#) e la [\*Base informativa statistica\*](#).

### ***3.2 Il contesto socio-economico e gli obiettivi di salute***

La salute di una popolazione è determinata in gran parte da fattori extra-sanitari, legati in particolare agli stili di vita e alle condizioni ambientali che caratterizzano una comunità. Le politiche sanitarie solo negli anni hanno cominciato a prendere seriamente in considerazione questi fattori e, anche se la gran parte delle spese e degli investimenti riguarda ancora aspetti meramente sanitari, la consapevolezza che occorra agire soprattutto sugli stili di vita per migliorare la salute della popolazione è ormai universalmente riconosciuta.

Gli stili di vita di una popolazione sono a loro volta influenzati da un complesso intreccio di fattori sociali e economici, i cosiddetti “determinanti distali”, che possono essere solo marginalmente determinati dalle politiche sanitarie. Ne consegue che il raggiungimento degli obiettivi di salute è, in ultima analisi, fortemente condizionato dal contesto ambientale e socio-economico generale. Una determinata politica sanitaria può avere, a parità di investimenti e di efficienza amministrativa, risultati molto diversi a seconda del contesto economico e sociale nel quale viene attuata. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è dovuto all’esposizione a fattori ambientali.

Nella tabella sottostante, è illustrata la proporzione di responsabilità e di “meriti” preventivi attribuibili ai più significativi gruppi di determinanti di salute nella riduzione della mortalità in soggetti di età inferiore ai 75 anni.

Risulta molto chiaramente come il “peso” attribuito all’assistenza sanitaria sia di gran lunga inferiore a quello degli altri determinanti.

Cause di morte	Eliminazione completa dei fattori di rischio			Contributo dovuto all'assistenza sanitaria
	Biologici genetici	Comportamentali	Ambientali	
1-Tumori	30	40	20	10
2-Cardiopatía ischemica	20	50	20	10
3-Cerebrovasculopatie	25	50	20	5
4-Altre cardiopatie	35	37	20	8
5-Bronchite, enfisema, asma	25	35	30	10
6-Polmonite	15	30	35	20
7-Tutti gli incidenti	5	50	35	10
8-Incidenti d'auto	5	65	25	5
9-Diabete mellito	45	40	5	10
10-Suicidi	15	55	25	5

Fonte: Gunning-Shepers L.J. "Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health?" Soc.Sci. Med. 1987, 24, 945-51.

La provincia di Grosseto si caratterizza, rispetto alle altre province toscane, per una serie di peculiarità che possono giocare un ruolo negativo sulle condizioni di salute e che possono determinare, quindi, una sorta di "svantaggio di partenza" nel raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria.

Grosseto, infatti, è stata per lungo tempo l'area più arretrata della Toscana. Negli ultimi anni però ha recuperato molte posizioni, attenuando in molti ambiti il *gap* con il resto della regione, ma molti ritardi persistono quantomeno a livello di reddito, di dotazione infrastrutturale e di livello di istruzione. Alcune di queste caratteristiche pesano soprattutto sulle generazioni più anziane, mentre le generazioni più giovani hanno colmato alcuni di questi *gap*, a partire dal livello di istruzione. Altre invece colpiscono in modo indifferenziato tutte le generazioni, concorrendo complessivamente a determinare una condizione di salute mediamente peggiore rispetto alla media regionale.

Il fatto che gli obiettivi di salute definiti a livello regionale debbano essere perseguiti in un contesto territoriale, socio-economico e culturale meno favorevole determina vincoli esterni che dovrebbero, almeno in parte, essere compensati da maggiori investimenti, in base a un criterio di equità che abbia come fine ultimo quello di colmare le disuguaglianze e dare pari opportunità a tutti i cittadini.

Benché, soprattutto a livello locale, la possibilità di incidere sui determinanti sia molto limitata, è comunque importante, per procedere alla redazione del Pis, prendere consapevolezza delle possibili correlazioni tra alcuni indicatori del contesto socio-economico e i principali indicatori delle condizioni di salute della popolazione, con particolare attenzione sulle possibilità di prevenzione.

Senza ambire ad una trattazione esaustiva (e conclusiva) della questione<sup>1</sup>, nelle pagine successive metteremo in relazione due tipologie di indicatori:

<sup>1</sup> Le associazioni semplici tra variabili statistiche aggregate (non individuali) sono condizionate da distorsioni statistiche (distorsioni ecologiche) che possono evidenziare correlazioni dove non ci sono, o addirittura evidenziare correlazioni opposte a quelle reali. Per un'analisi più corretta delle relazioni tra fenomeni andrebbero applicati modelli di regressione multipla che permettano di tenere conto delle relazioni nette tra variabili, tenendo costanti una serie di ulteriori variabili che possono essere a loro volta associate tra loro.

- indicatori relativi al contesto socio-economico: reddito pro-capite, povertà, livello di istruzione, dotazione di infrastrutture;
- indicatori delle condizioni di salute: speranza di vita alla nascita, mortalità prematura, mortalità per incidenti stradali, prevalenza di alcune malattie croniche (diabete e broncopatie croniche).

Ogni grafico confronta una coppia di indicatori misurati per le dieci province toscane in relazione alla media regionale, al fine di apprezzarne le (eventuali) correlazioni. Gli indicatori sono stati tutti calcolati come numeri indice, fatto 100 il valore medio regionale.

Gli indicatori utilizzati sono i seguenti:

#### **A) Indicatori di contesto:**

- Reddito disponibile pro-capite (in euro, anno 2009) (Fonte: stime Istituto Tagliacarne)
- Diffusione della povertà: percentuale di famiglie residenti al di sotto della soglia di povertà, anno 2003 (Fonte: stima Irpet-Università di Siena)
- Livello di istruzione degli anziani: persone in età 65 anni e più che hanno raggiunto al massimo la licenza media per 100 persone della stessa età (2009, fonte: Istat, Rilevazione Continua sulla Forza Lavoro)
- Indice di dotazione della rete stradale (2009, fonte: Istituto Tagliacarne)
- Indice di dotazione delle strutture e reti per la telefonia e la telematica (2009, fonte: Istituto Tagliacarne)
- Indice di deprivazione: Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate<sup>2</sup> (2001, Istat)

#### **B) Indicatori di salute:**

- Speranza di vita alla nascita maschi e femmine (2009, Istat)
- Tasso di mortalità prematura e per cause potenzialmente evitabili standardizzato per età (2006-2008, fonte: ARS Toscana)
- Tasso di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva standardizzato per età. (2009, fonte: fonte: ARS Toscana)
- Tasso di prevalenza diabete standardizzato per età. (x 1000) (2009, fonte: ARS Toscana)
- Rapporto di mortalità degli incidenti stradali (x 1.000) (2009, fonte: ARS Toscana)

Gli accoppiamenti di indicatori che abbiamo rappresentato graficamente sono i seguenti:

- Reddito e speranza di vita alla nascita
- Povertà e speranza di vita alla nascita
- Istruzione e speranza di vita
- Incidenti stradali e speranza di vita
- Rete stradale e speranza di vita alla nascita
- Rete stradale e incidenti stradali
- Deprivazione e speranza di vita alla nascita
- Mortalità evitabile e speranza di vita
- Mortalità evitabile e reddito
- Mortalità evitabile e istruzione
- Mortalità evitabile e dotazione infrastrutture telefoniche e telematiche
- Malattie croniche e reddito
- Malattie croniche e istruzione

---

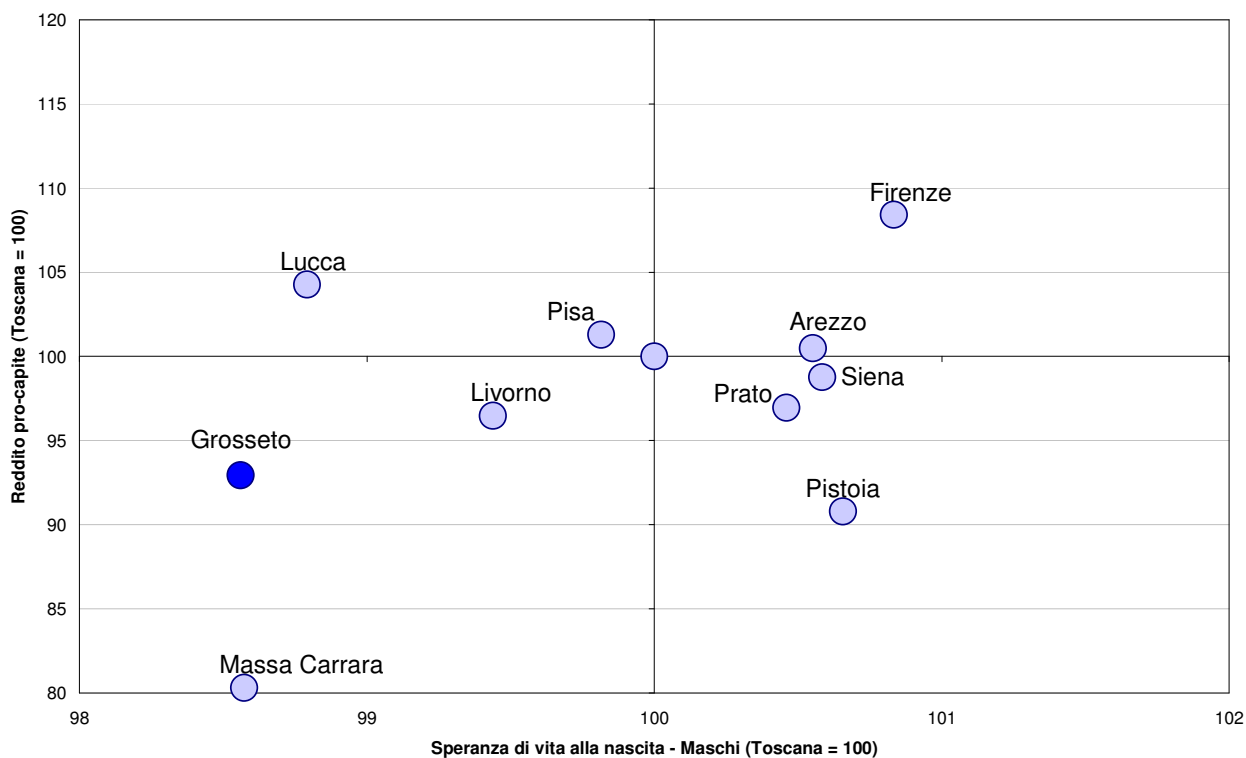
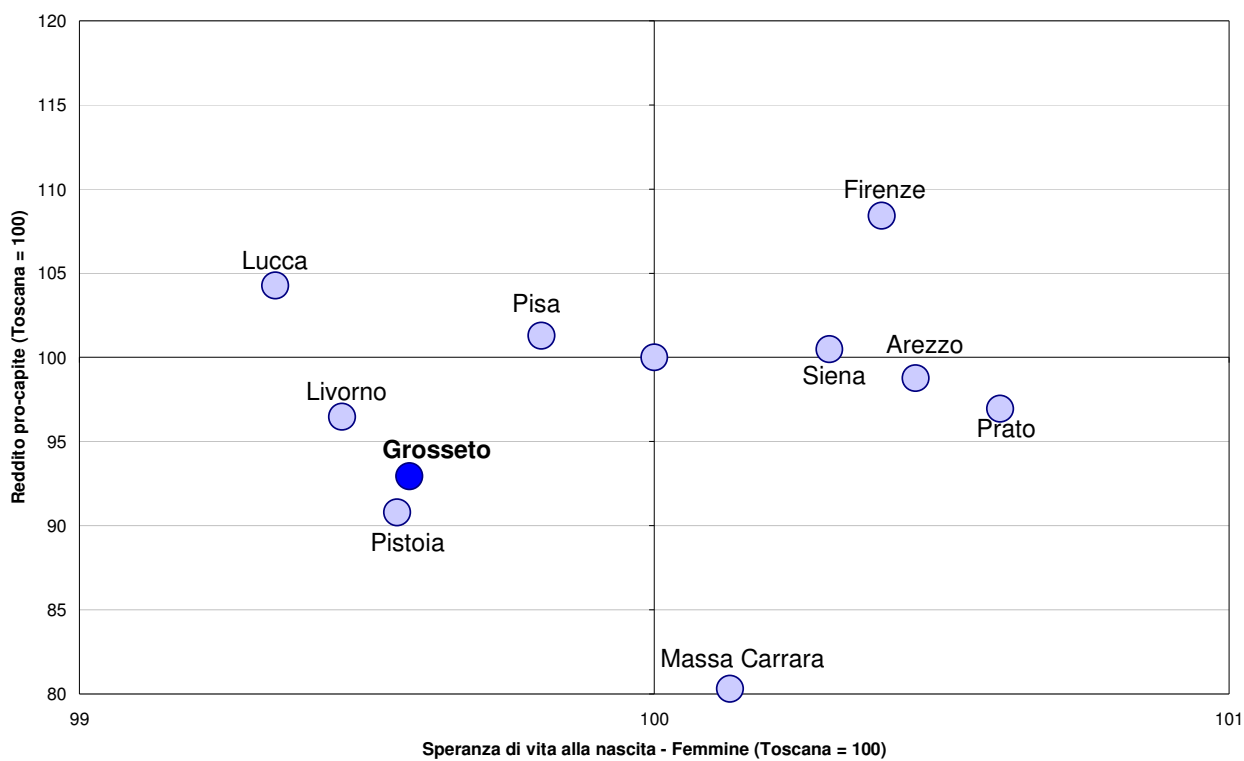
<sup>2</sup> Si tratta di un indice sintetico, derivato dai dati del censimento 2001, del livello socio-economico dell'area, basato su 5 variabili censuarie (% popolazione con licenza elementare, disoccupata, in cerca di prima occupazione; % abitazioni occupate in affitto; % famiglie monogenitoriali; n° occupanti abitazioni per 100 mq).

## I dati

Indicatore	Massa Carrara	Lucca	Pistoia	Firenze	Livorno	Pisa	Arezzo	Siena	Grosseto	Prato	Toscana
<b>1) Indicatori di contesto</b>											
Reddito disponibile pro capite (2009)	22.816	29.626	25.796	30.807	27.410	28.780	28.064	28.551	26.408	27.548	28.414
Persone in età 25-64 anni che hanno raggiunto al massimo la licenza media per 100 persone della stessa età (2009)	43,7	55,0	54,4	41,0	45,6	41,6	47,7	46,4	45,4	48,0	46,0
Persone in età 65 anni e più che hanno raggiunto al massimo la licenza media per 100 persone della stessa età (2009)	84,3	88,5	89,6	81,7	84,8	84,1	88,1	88,2	87,5	86,9	85,5
Indice di dotazione della rete stradale (Toscana=100) (2009)	146,7	181,8	135,7	115,8	95,0	59,0	103,2	89,1	48,0	40,8	100,0
Indice di dotazione delle strutture e reti per la telefonia e la telematica (Toscana=100) (2009)	104,2	117,3	135,3	132,9	142,6	102,1	72,3	53,8	39,3	186,2	100,0
Diffusione della povertà (2003)	22,3%	19,0%	19,3%	13,5%	22,5%	18,7%	17,8%	15,0%	20,5%	19,3%	17,7%
<b>2) Indicatori di salute</b>											
Speranza di vita - F (2009)	84,6	83,9	84,1	84,8	84,0	84,3	84,8	84,7	84,1	85,0	84,5
Speranza di vita - M (2009)	78,3	78,5	80,0	80,1	79,0	79,3	79,9	79,9	78,3	79,8	79,4
Tasso standardizzato di mortalità evitabile (2006-2008)	176,7	173,0	162,8	155,7	164,6	152,7	150,8	155,3	171,3	154,8	160,4
Tasso di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva standardizzato per età. (x 1000) (2009)	67,7	48,2	44,9	48,1	45,9	50,7	43,6	43,3	49,7	47,3	47,6
Tasso di prevalenza diabete standardizzato per età. (x 1000) (2009)	69,8	69,8	64,9	62,7	73,2	69,7	61,3	59,8	70,6	61,3	65,3
Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate (2001)	59,1	34,1	38,9	37,3	54,2	37,8	23,6	32,7	48,0	41,4	40,1
Rapporto di mortalità degli incidenti stradali (x 1.000) (2009)	16,06	15,64	13,52	10,56	16,76	22,24	25,6	28,68	29,84	9,18	16,18

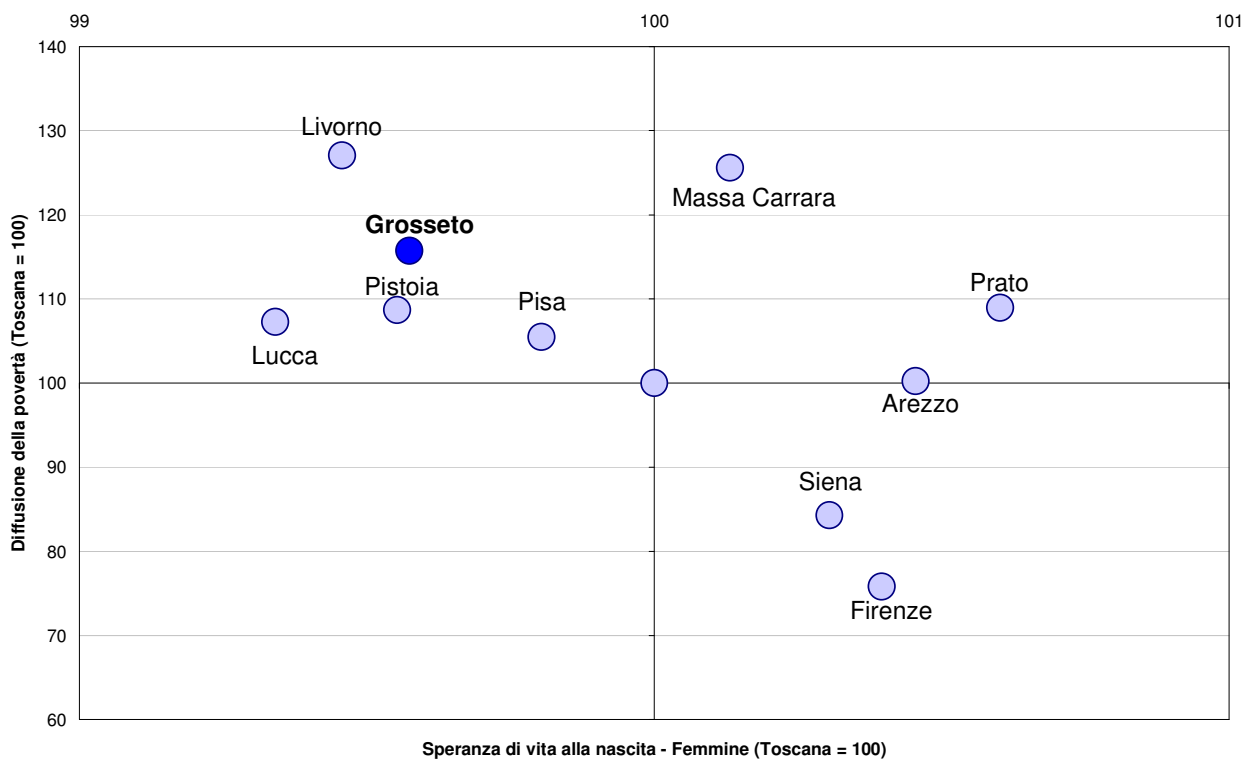
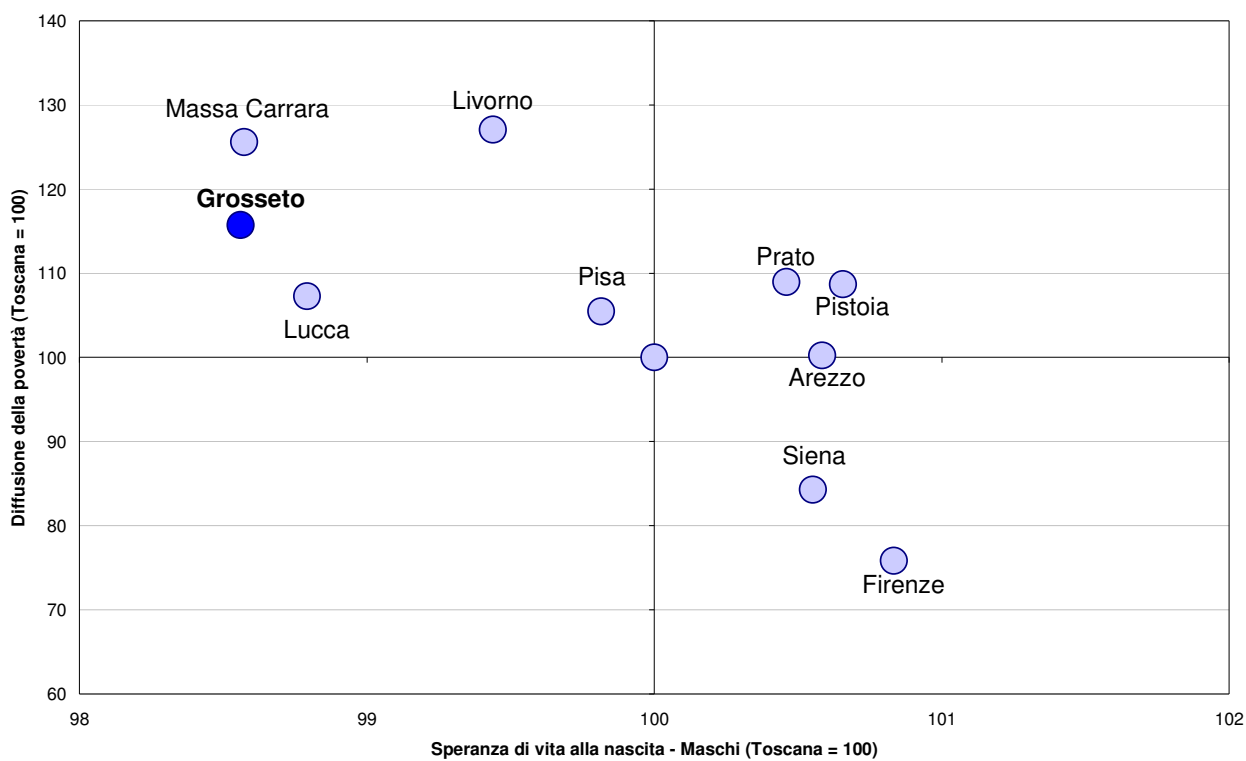
### Reddito e speranza di vita alla nascita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita ed un reddito pro-capite inferiori alla media regionale



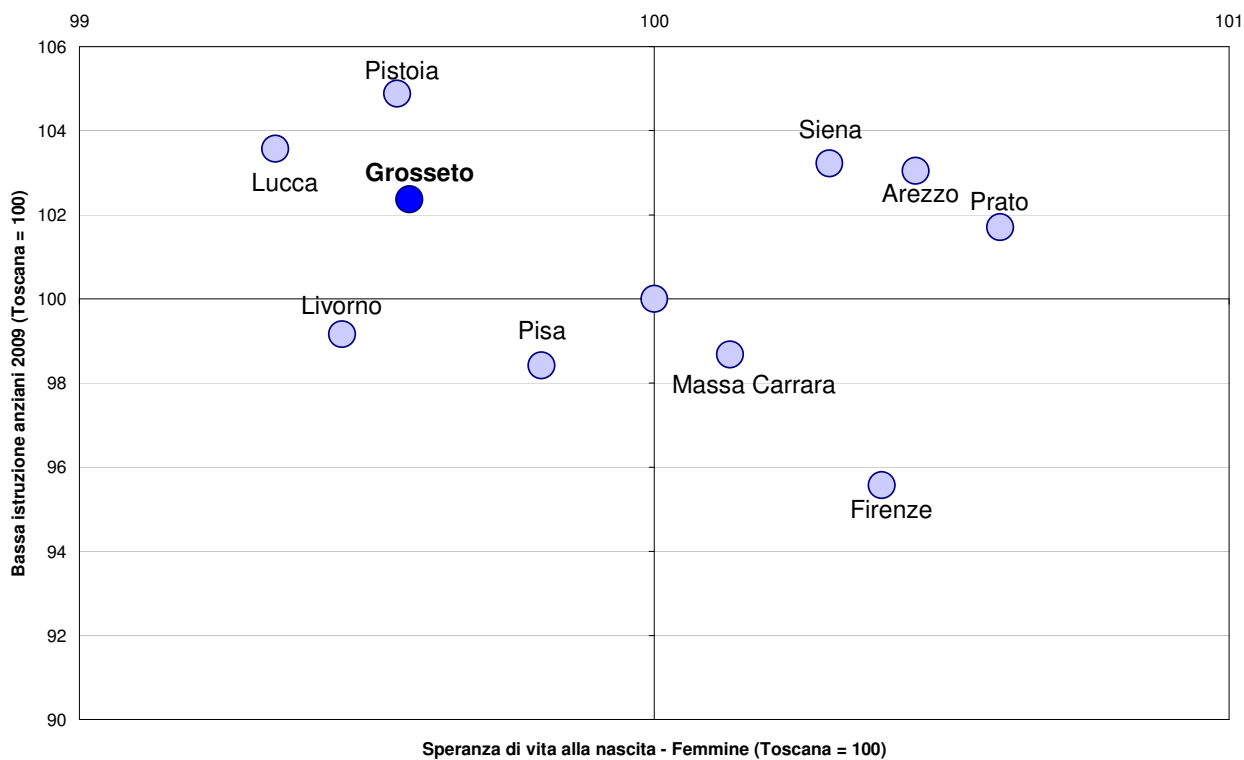
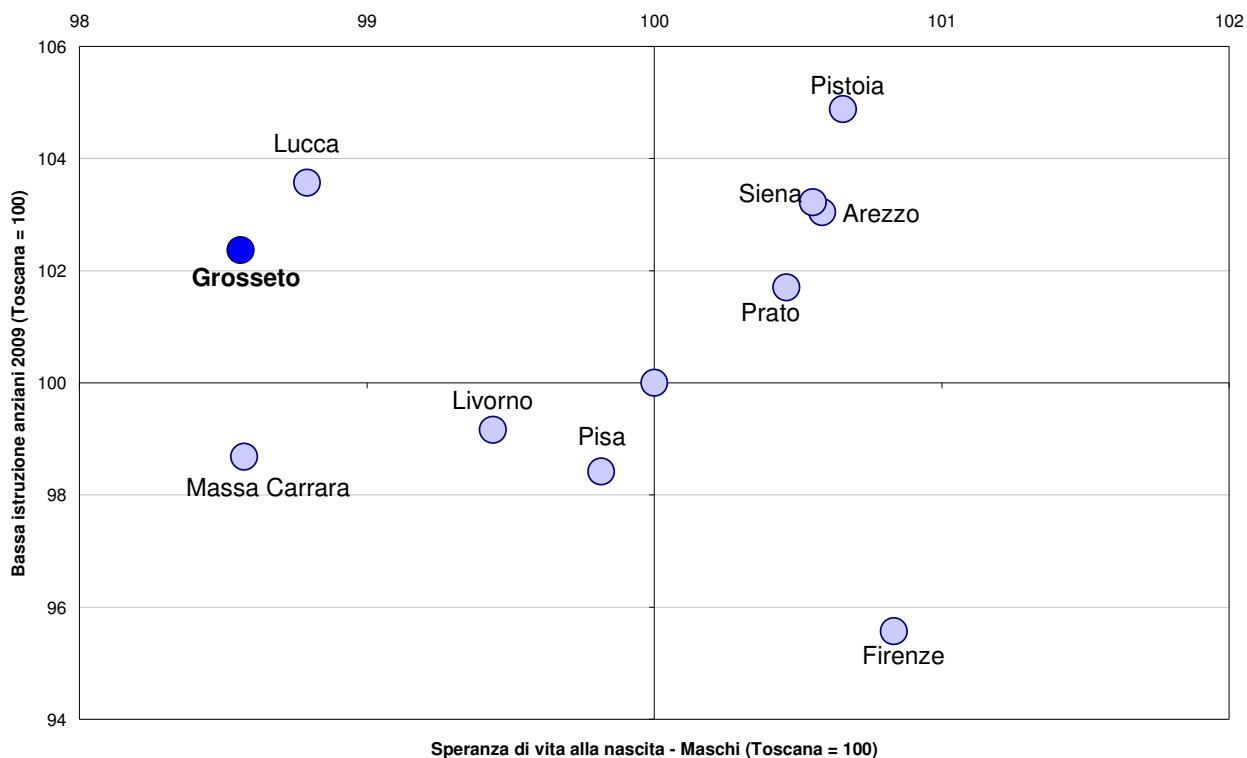
### Povert  e speranza di vita alla nascita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita inferiore alla media regionale ed una diffusione della povert  pi  elevata rispetto alla media regionale



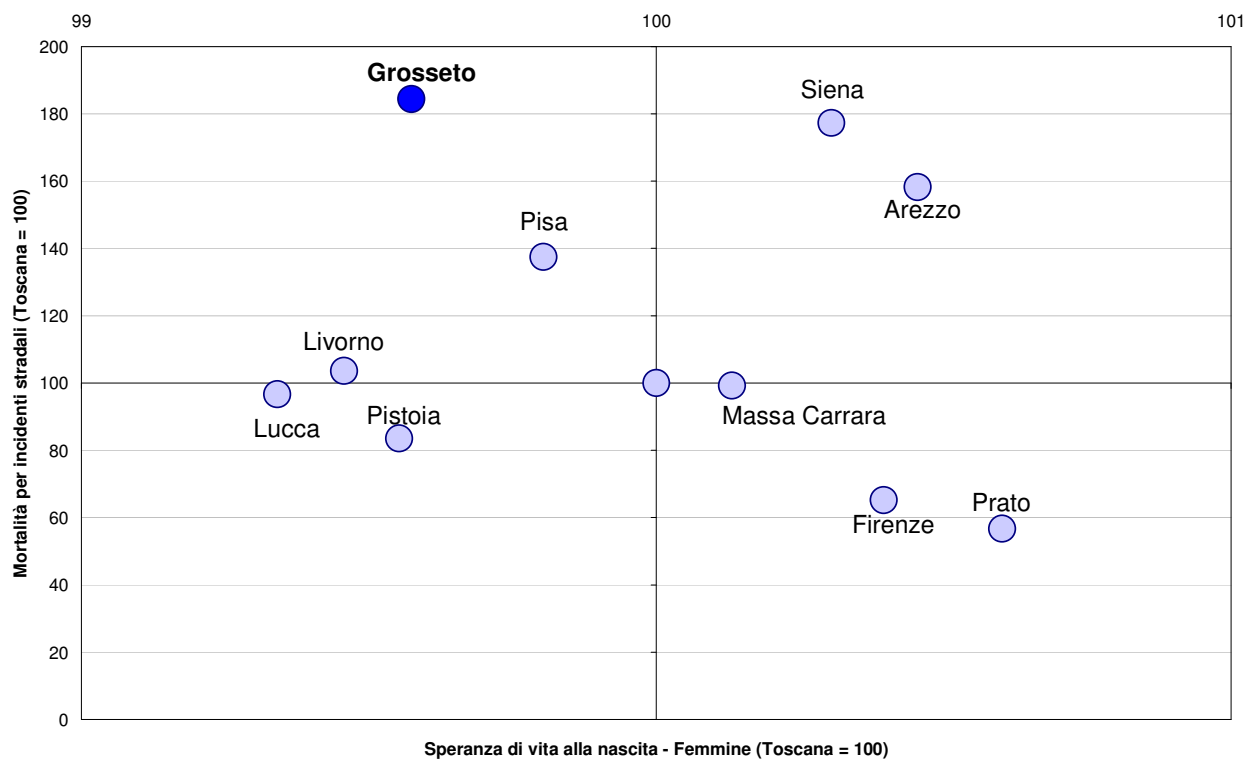
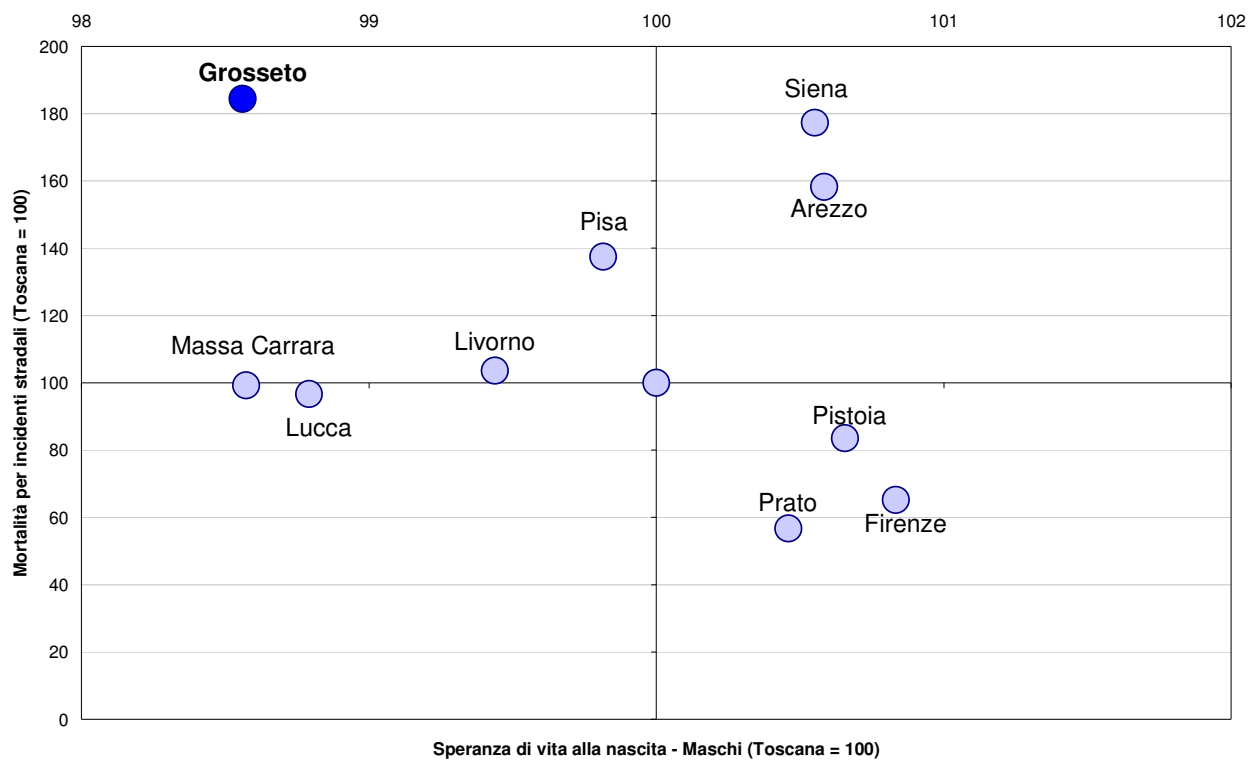
### Istruzione e speranza di vita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita inferiore alla media regionale ed un più diffuso livello di bassa istruzione della popolazione anziana



### Incidenti stradali e speranza di vita

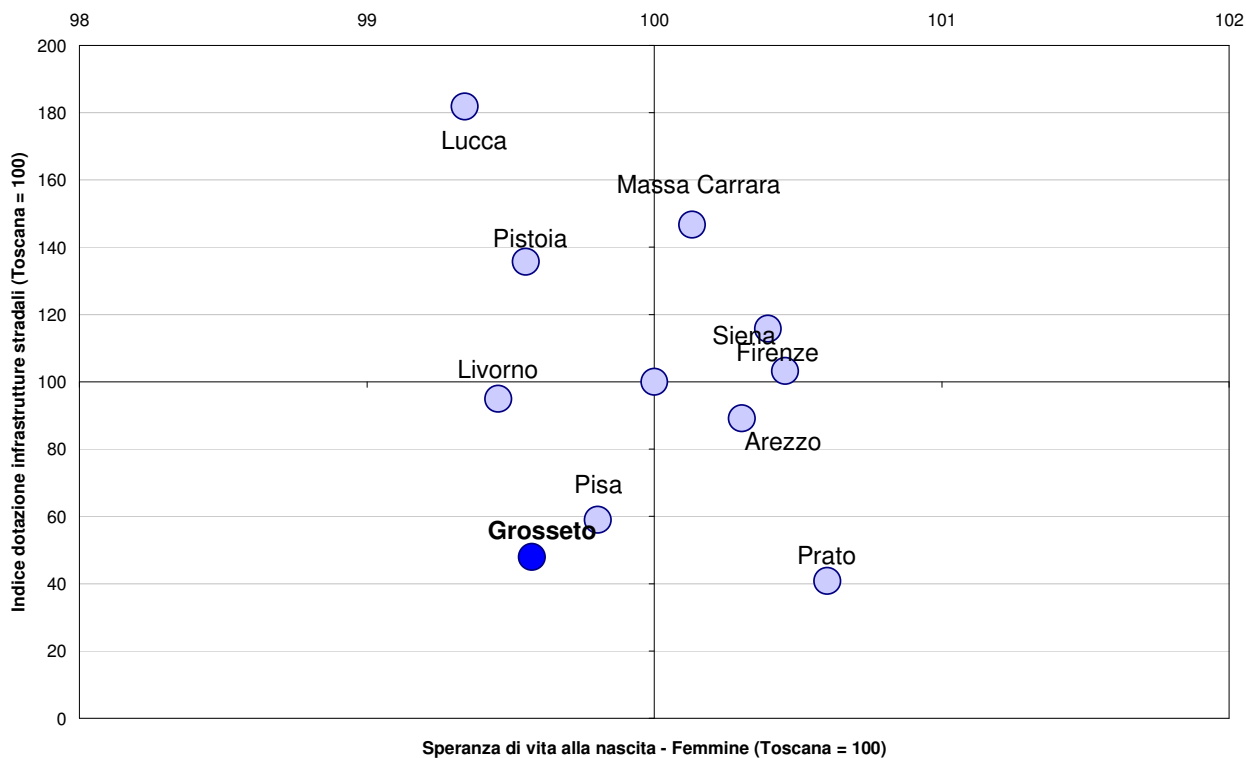
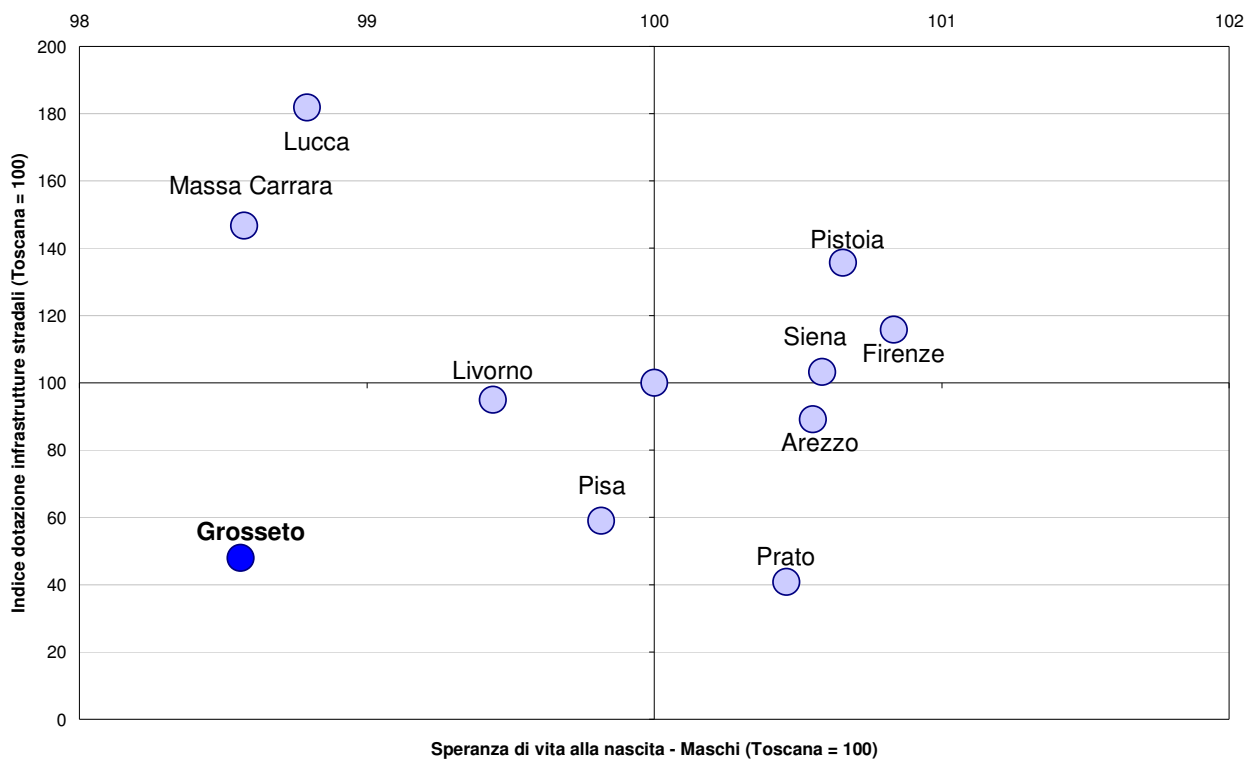
Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita inferiore alla media regionale ed il più alto tasso di mortalità per incidenti stradali della Toscana





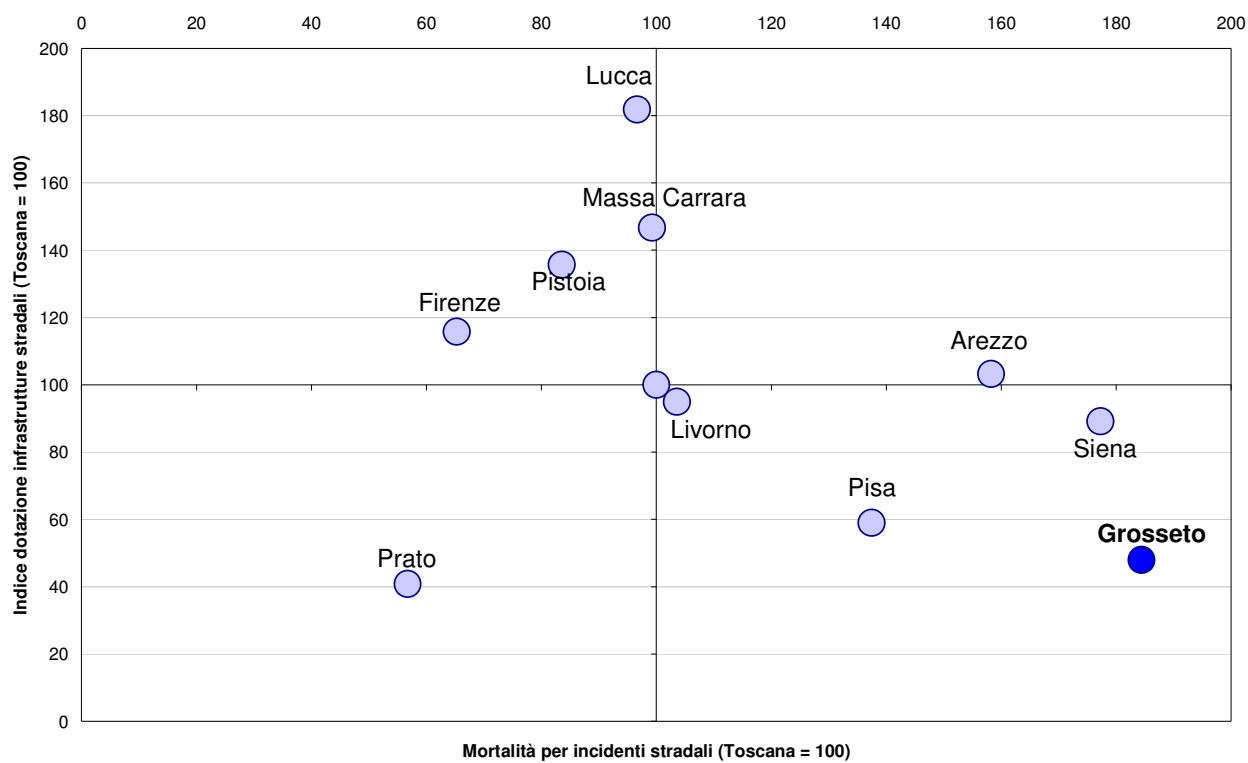
### Rete stradale e speranza di vita alla nascita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita ed un indice di dotazione infrastrutturale stradale inferiori alla media regionale



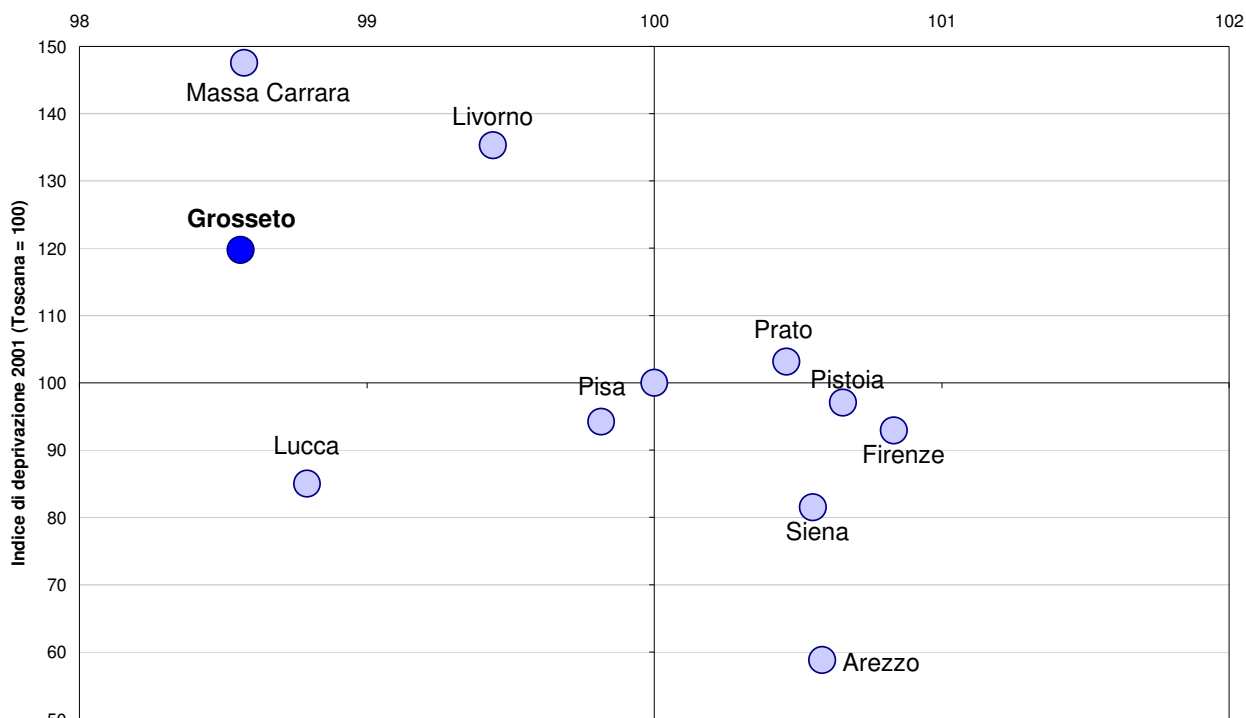
### Rete stradale e incidenti stradali

Grosseto mostra congiuntamente un indice di dotazione infrastrutturale stradale inferiore alla media regionale ed il più alto tasso di mortalità per incidenti stradali della Toscana

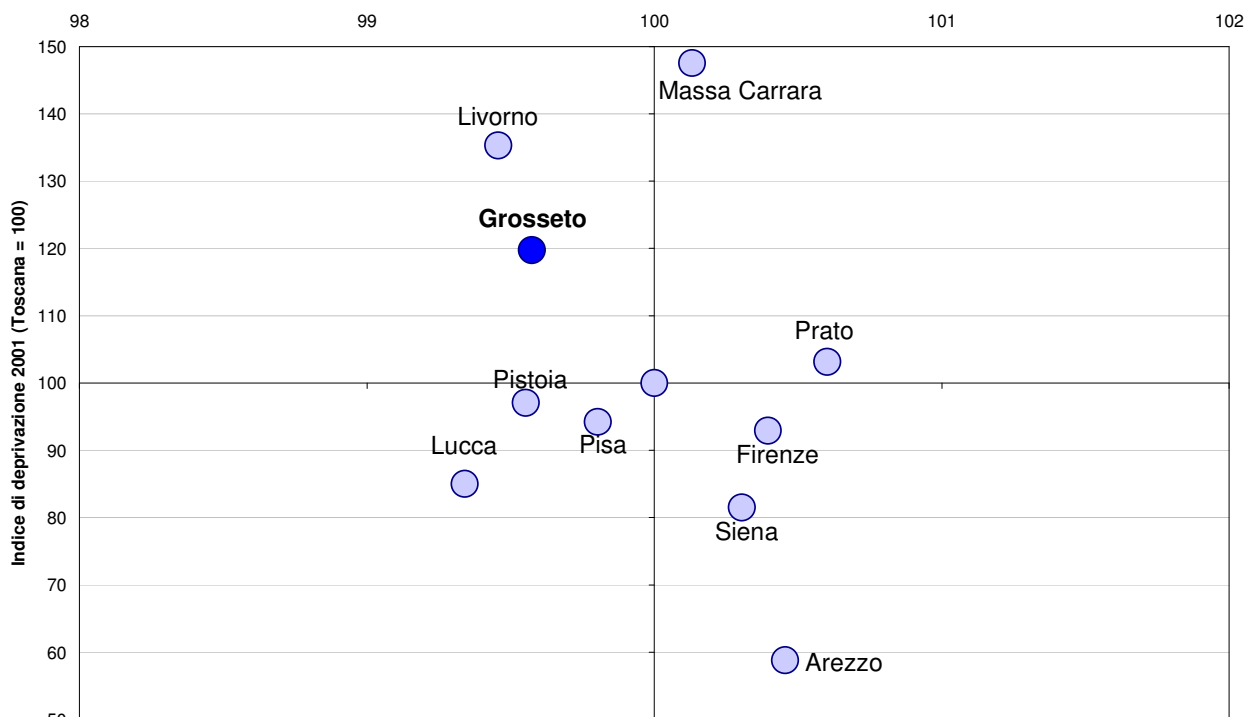


### Deprivazione e speranza di vita alla nascita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita inferiore alla media regionale ed un indice di deprivazione superiore alla media regionale



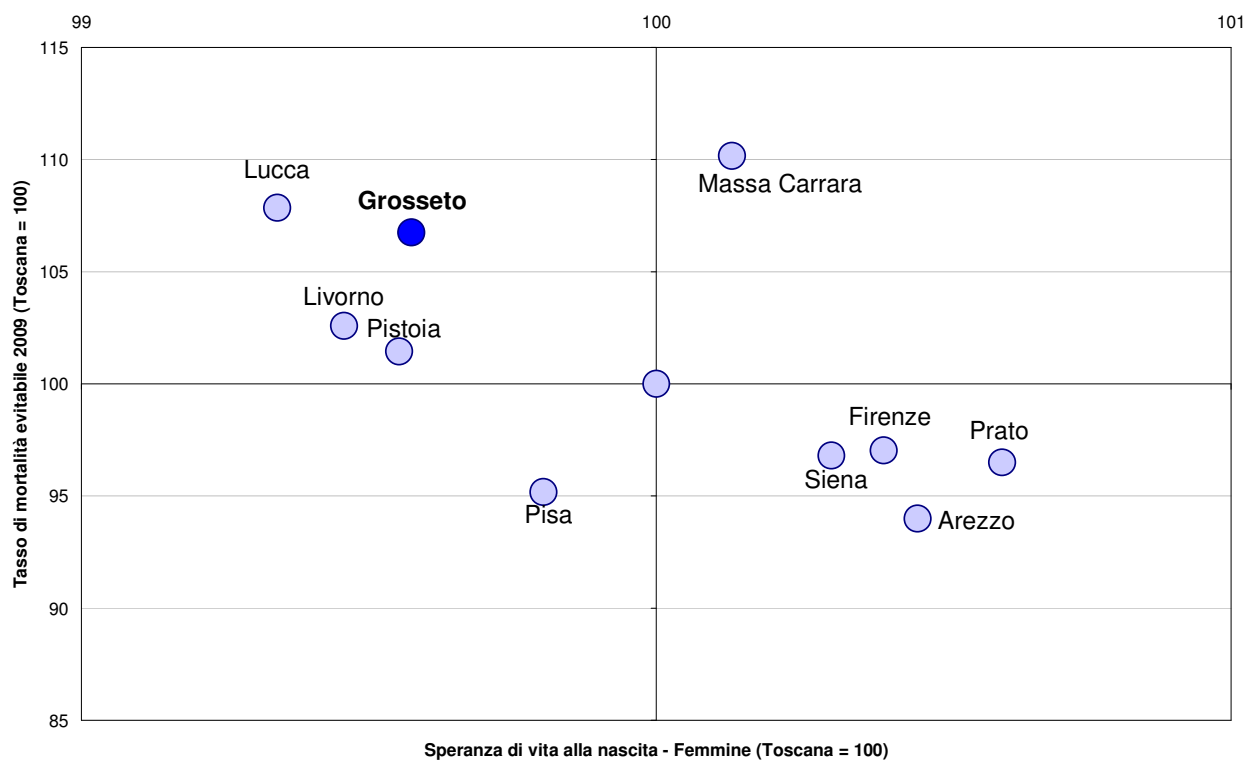
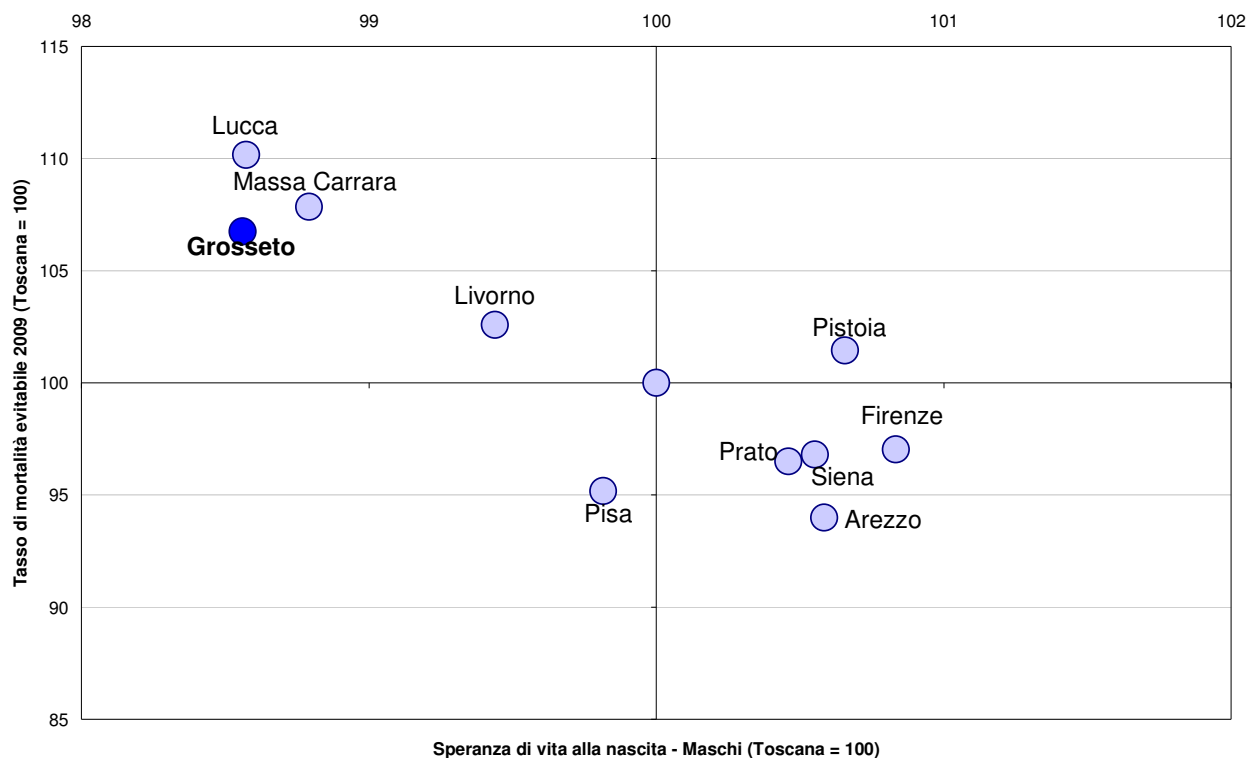
Speranza di vita alla nascita - Maschi (Toscana = 100)



Speranza di vita alla nascita - Femmine (Toscana = 100)

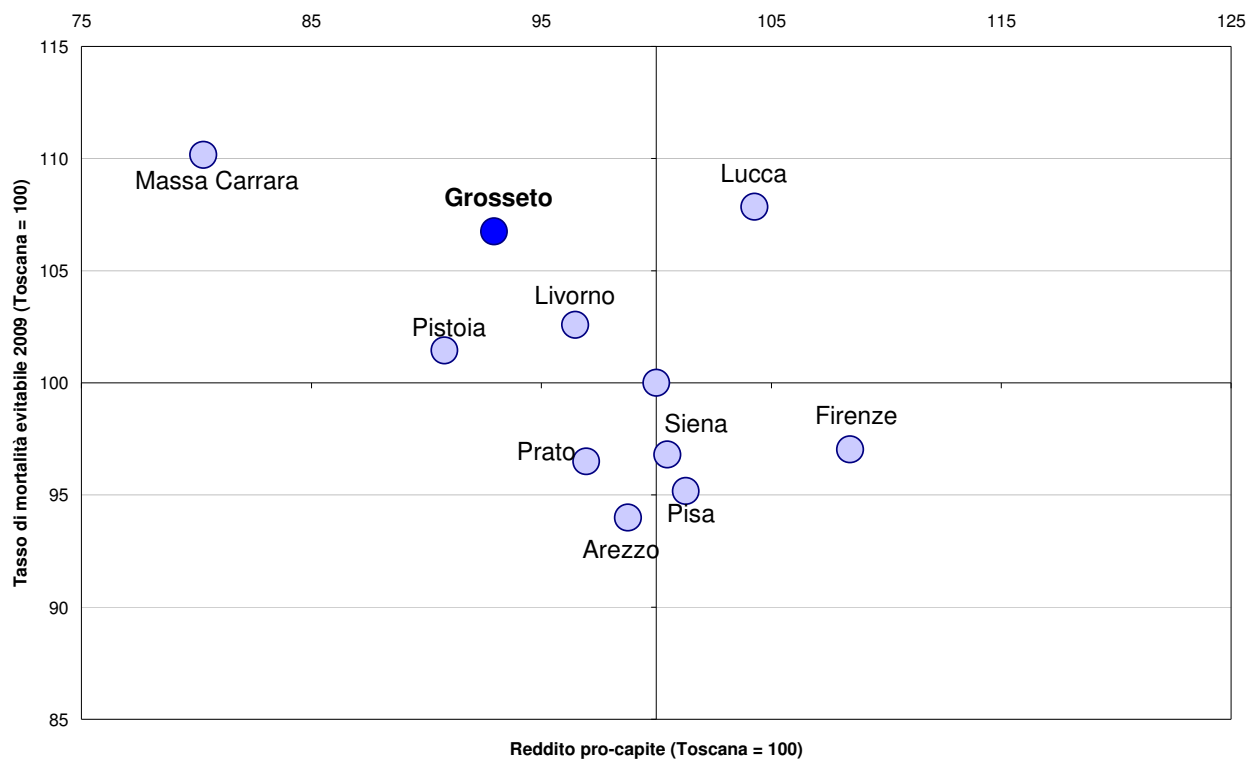
### Mortalità evitabile e speranza di vita

Grosseto mostra congiuntamente una speranza di vita alla nascita inferiore alla media regionale ed un tasso di mortalità evitabile superiore alla media regionale



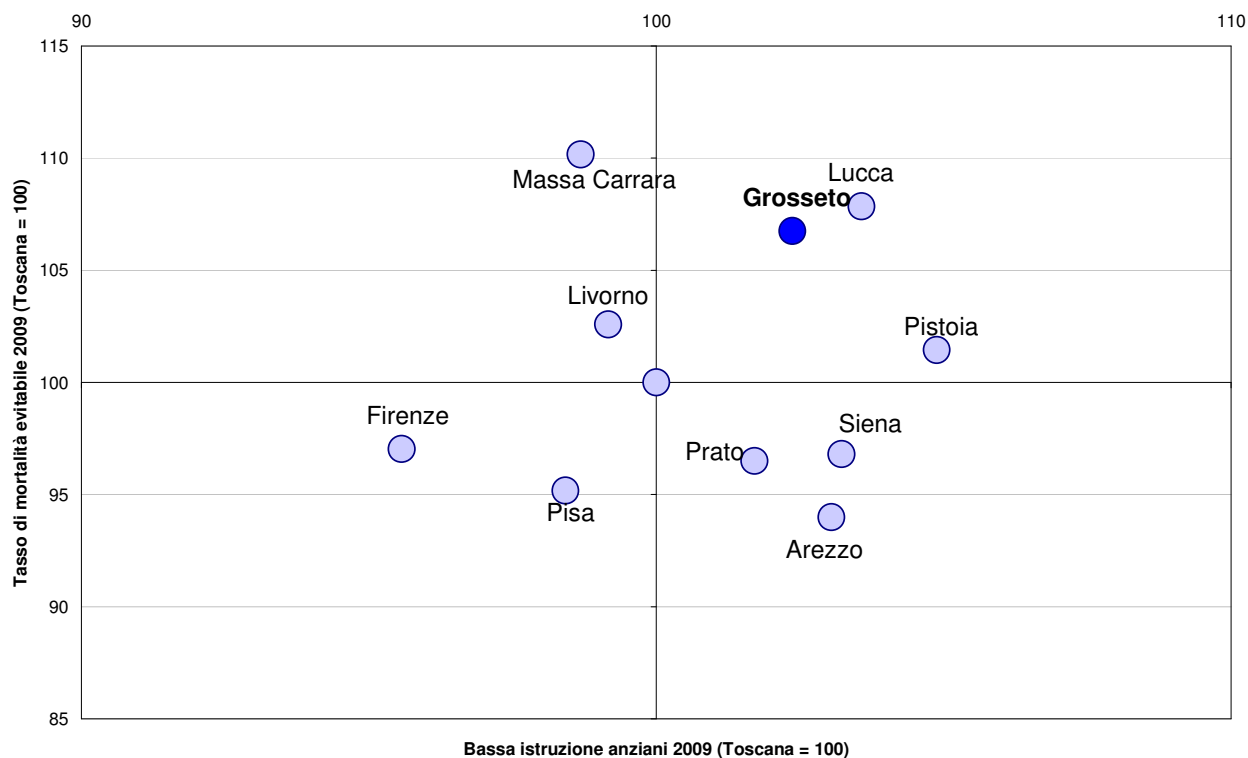
### Mortalità evitabile e reddito

Grosseto mostra congiuntamente un tasso di mortalità evitabile superiore alla media regionale ed un reddito procapite inferiore alla media regionale



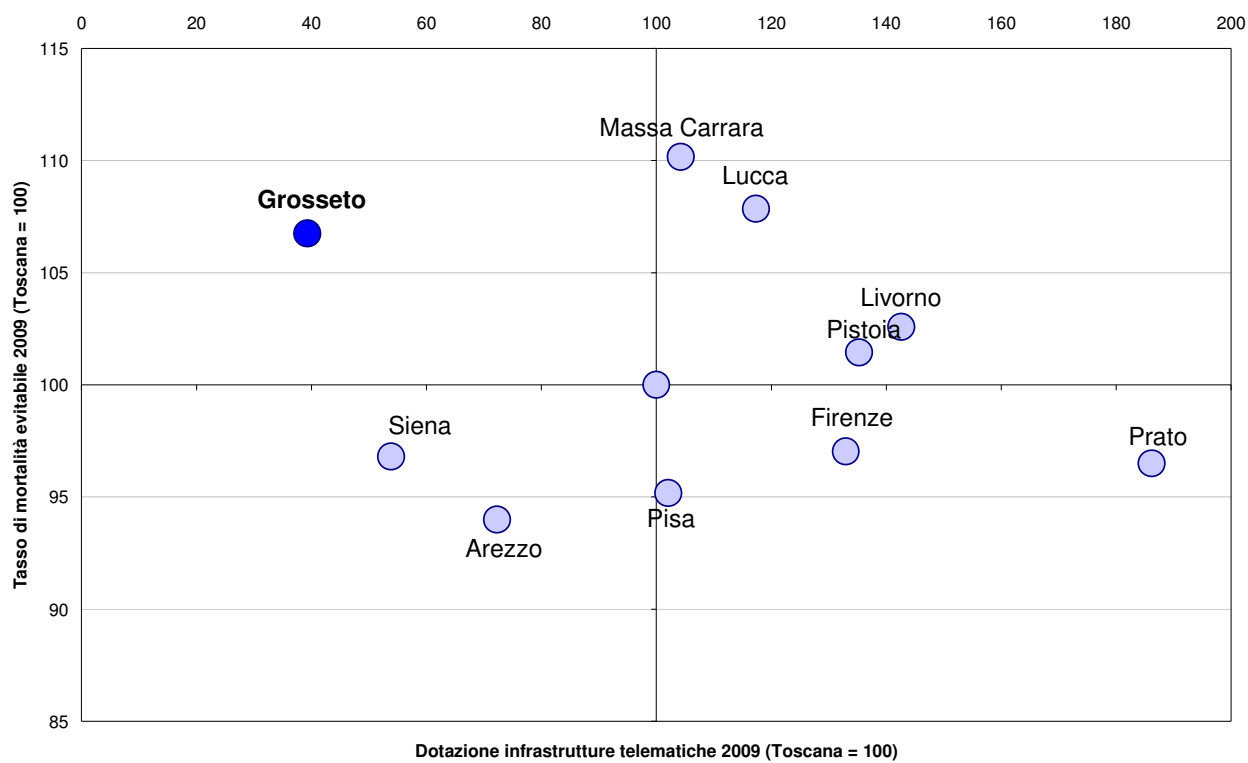
### Mortalità evitabile e istruzione

Grosseto mostra congiuntamente un tasso di mortalità evitabile ed una presenza di bassa istruzione della popolazione anziana superiori alla media regionale



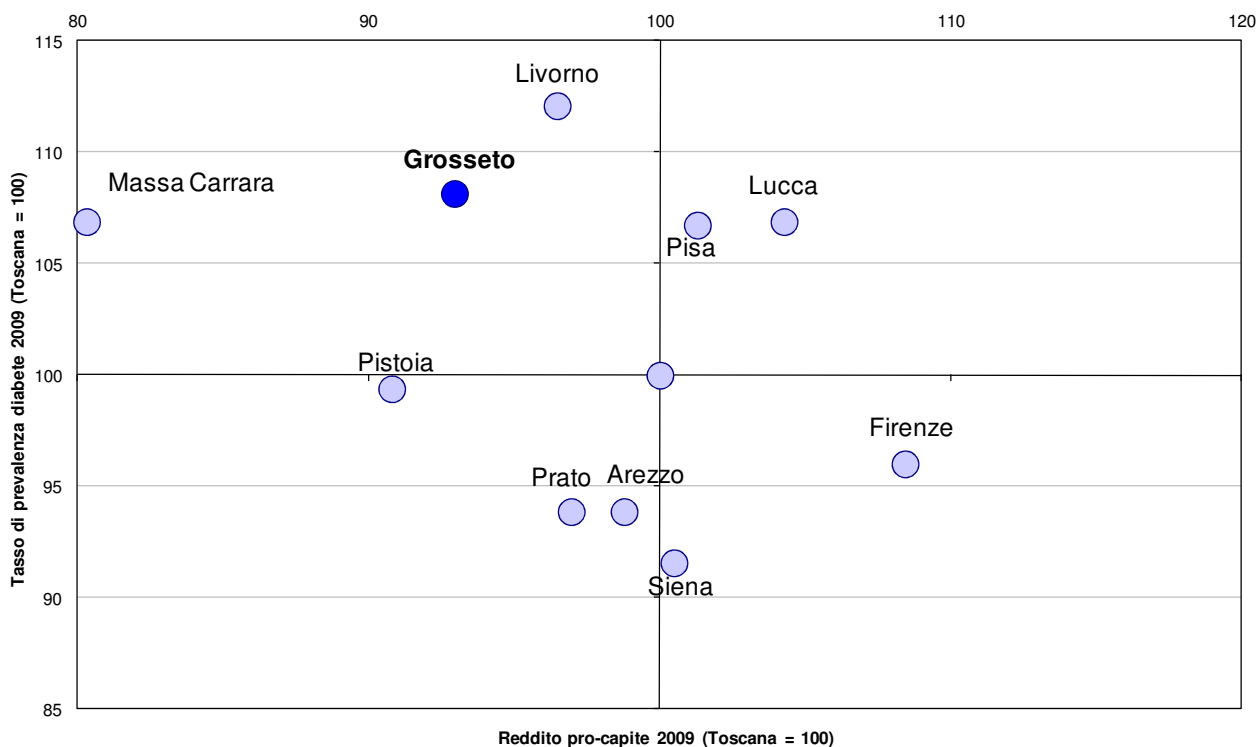
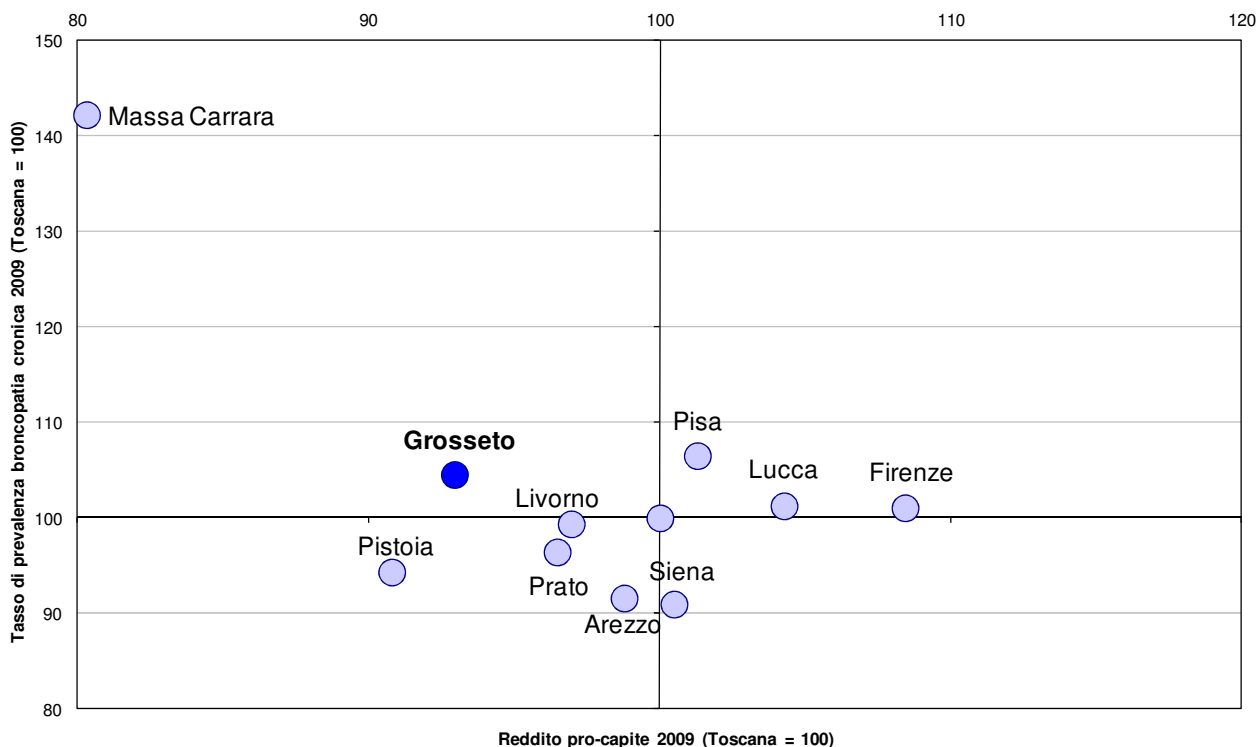
### ***Mortalità evitabile e dotazione di infrastrutture telefoniche e telematiche***

Grosseto mostra congiuntamente un tasso di mortalità evitabile superiore alla media regionale ed una dotazione di infrastrutture telematiche inferiore alla media regionale



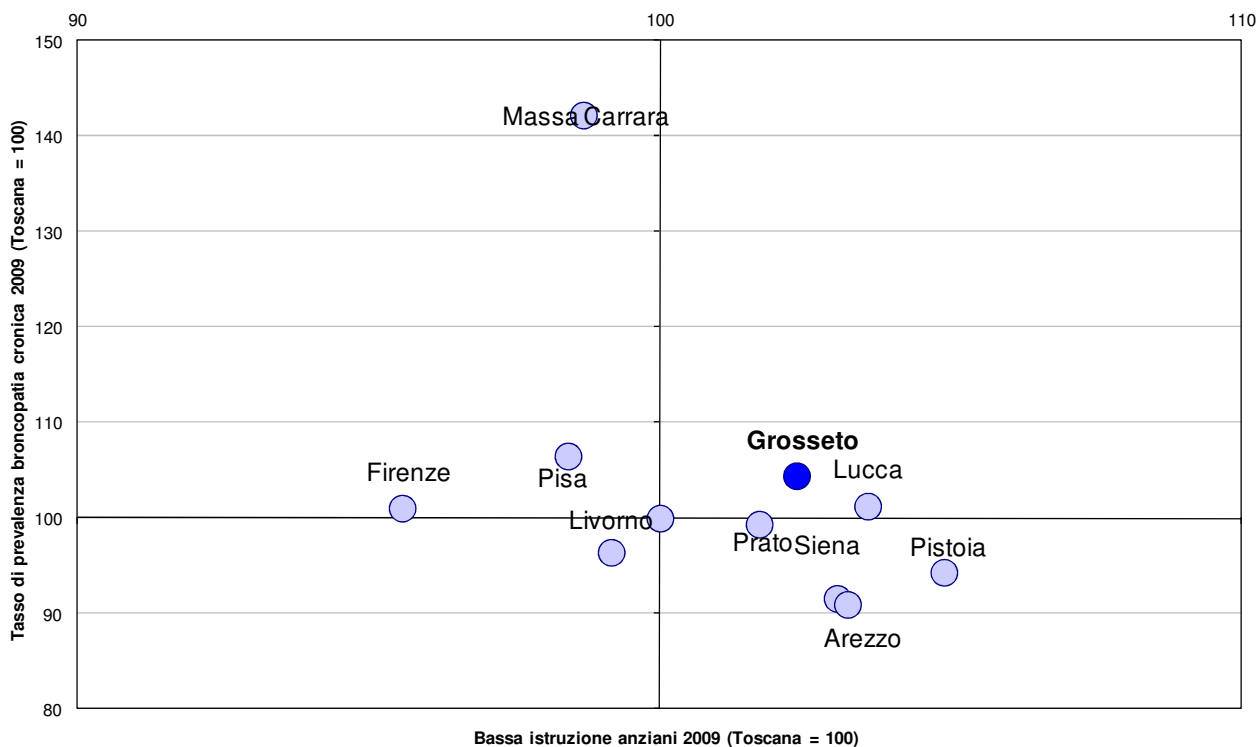
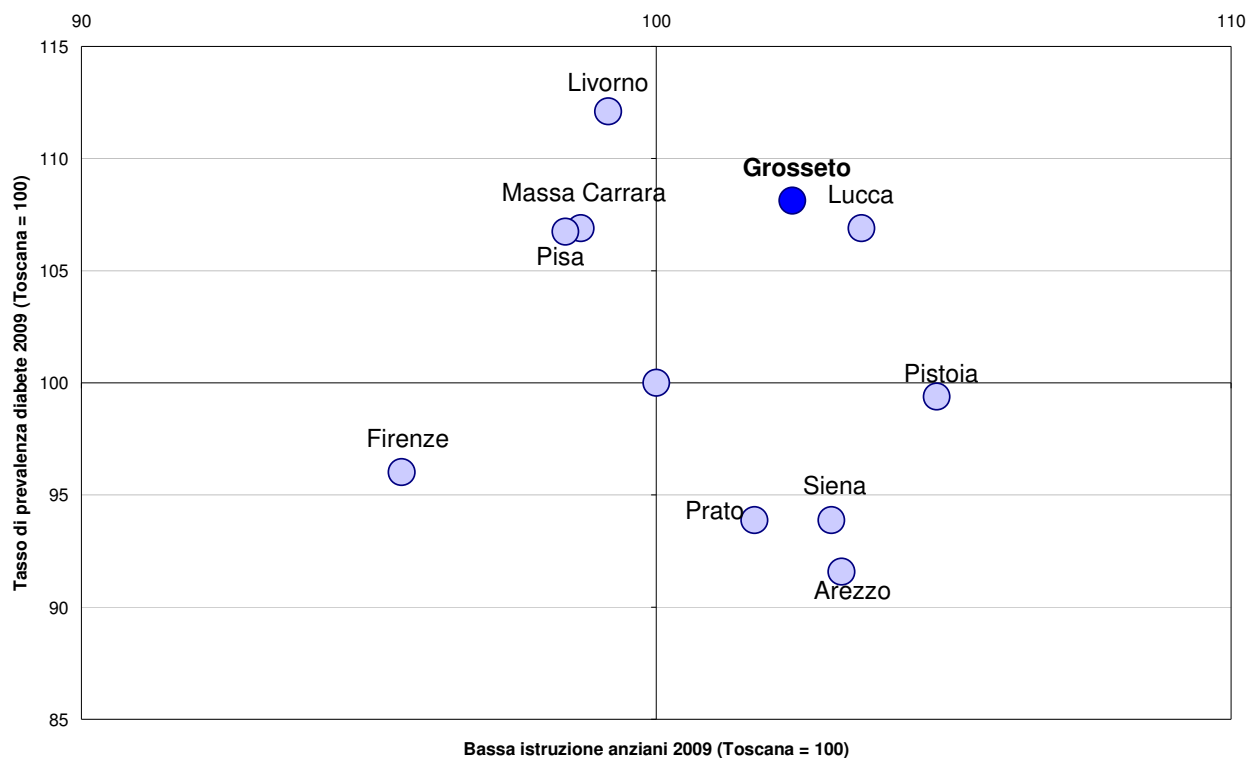
### Malattie croniche e reddito

Grosseto mostra congiuntamente tassi di prevalenza di broncopatia cronica e diabete superiori alla media regionale ed un reddito pro-capite inferiore alla media regionale



### Malattie croniche e istruzione

Grosseto mostra congiuntamente tassi di prevalenza di broncopatia cronica e diabete ed una diffusione di bassa istruzione della popolazione anziana superiori alla media regionale





### **3.3 Andamento demografico e invecchiamento della popolazione**

Le criticità legate alla numerosità della popolazione autoctona molto anziana, nei prossimi anni saranno accentuate per effetto dell'aumento della speranza di vita.

La crescita della popolazione provinciale, visto che il quoziente di incremento naturale (nascite e morti) è e sarà probabilmente ancora negativo, verrà sostenuta esclusivamente dall'immigrazione.

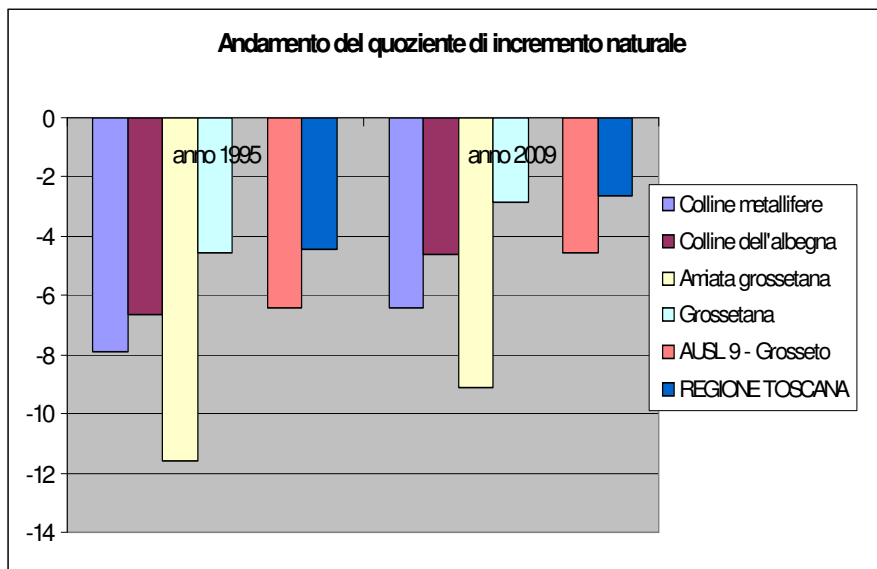
Si stima che il 1 gennaio del 2015 (fonte ISTAT) la popolazione provinciale ammonterà a circa 230.000 abitanti rispetto a 227.063 al 1 gennaio 2010, con un aumento di circa l'1,1%. Calerà la popolazione in età lavorativa di circa 1500 unità (circa 1,1%), mentre aumenterà quella al di sotto dei 15 anni di circa 1300 unità (circa + 5,2%). La popolazione ultra64enne passerà dai 55.857 a circa 59.400 con un incremento del 6,4% mentre quella ultra84enne passerà da 8.046 a oltre 9.700 con un incremento del 21%. La popolazione tra i 50 e i 74 anni passerà da 74.380 a oltre 76.000 con un incremento di circa il 2,2%.

L'indice di supporto ai grandi anziani, che indica quanti grandi anziani vi sono ogni 100 persone che potrebbero curarsi della loro assistenza (50-74anni), nel 2015 passerà da 10,8 a 12,8.

Dunque il problema degli anziani e dei grandi anziani, quasi esclusivamente italiani affetti da malattie croniche e non, andrà intensificandosi. Questo anche perché la popolazione meno anziana, sia quella ancora produttiva sia quella a riposo, in grado di dare un supporto ai più fragili, sarà proporzionalmente minore soprattutto tra la popolazione autoctona.

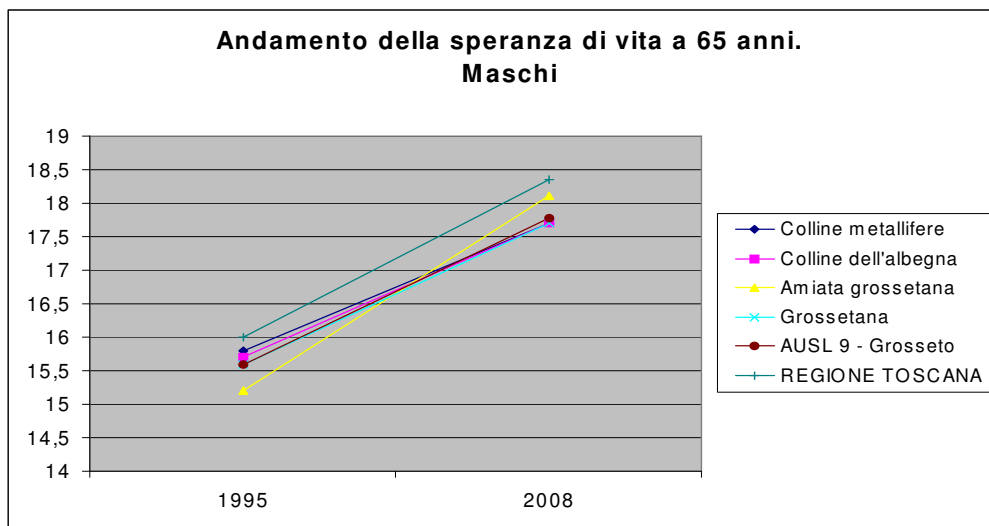
Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel Quadro conoscitivo, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel [Quadro conoscitivo](#) e nella [Base informativa statistica](#).

Andamento demografico e invecchiamento della popolazione: i dati



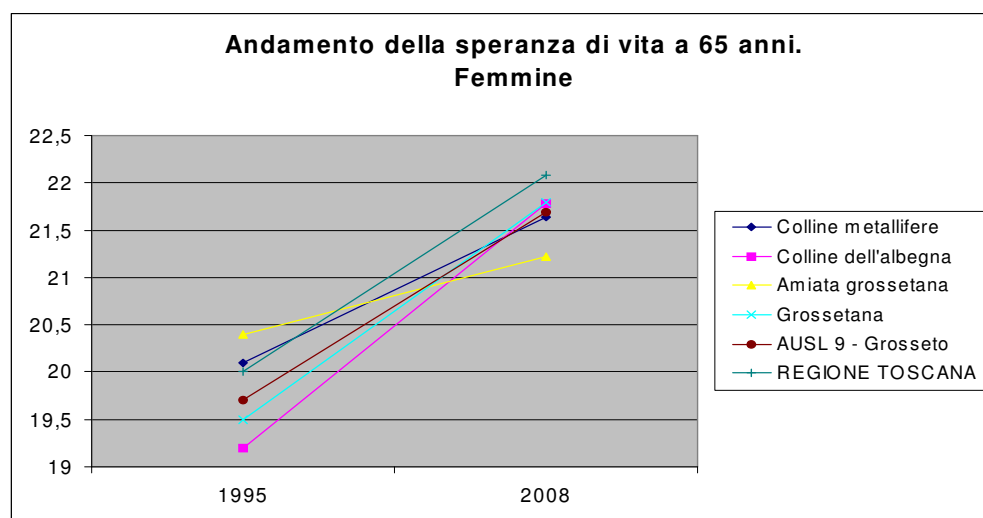
Quanto aumenta o diminuisce la popolazione ogni 1.000 residenti grazie al saldo naturale

Andamento demografico e invecchiamento della popolazione: i dati



Numero medio di anni che una persona a 65 anni può aspettarsi di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento

## Andamento demografico e invecchiamento della popolazione: i dati



Numero medio di anni che una persona a 65 anni può aspettarsi di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno di riferimento

*Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto*

### 3.4 Immigrazione, minori e salute riproduttiva

La presenza straniera è un fattore strutturale anche nel territorio grossetano, ambito in cui il fenomeno migratorio ha tardato ad arrivare ma che ora si sta allineando al resto della Toscana.

Il numero di residenti stranieri è quadruplicato nell'ultimo decennio ed è prossimo alle 20.000 unità, pari al 8,4% della popolazione provinciale.

I segnali di radicamento sono chiari ed evidenti da più parti: il 10% delle famiglie grossetane ha almeno uno straniero residente, il 9% degli iscritti nelle scuole grossetane è straniero, ci sono 4.500 stranieri iscritti ai Centri per l'Impiego provinciali e oltre 2.000 imprenditori stranieri, 50 ricoveri ogni mille sono di stranieri, sono iscritti al SSN 13.500 stranieri. Tutto ciò evidenzia come tale segmento di popolazione non rappresenti un gruppo di passaggio quanto piuttosto una parte integrante e stabile del tessuto demografico locale e, dunque, anche dell'universo di riferimento dei servizi, con in più le specificità socio-sanitarie tipiche della condizione migrante.

Una recente indagine ha mostrato come nel territorio grossetano gli stranieri abbiano un maggiore livello di utilizzo dei servizi socio-sanitari ed un più alto livello di soddisfazione degli stessi rispetto alle altre province. Tale evidenza ha senza dubbio un collegamento diretto con la capillare diffusione sul territorio degli Sportelli Infoimmigrati, e alla basilare funzione di orientamento da essi svolta.

Una punto problematico emerge in relazione all'inserimento scolastico: gli indicatori di dispersione scolastica (ritardo, insuccesso e abbandono) degli stranieri sono molto critici, in sensibile peggioramento e con una forbice italiani-stranieri che tende ad allargarsi con il tempo.

L'immigrazione con le sue peculiarità demografiche pone e porrà problematiche relative soprattutto ai bisogni socio-sanitari dell'area materno-infantile. Sicuramente la scelta, dettata da criteri relativi alla maggior tutela della salute delle partorienti e dei nati, di unificare i punti nascita dell'ASL

9, ha intensificato il bisogno di una maggior presa in carico e gestione di questa parte di popolazione a livello territoriale. In questo ambito i consultori assumono un ruolo importantissimo, specie per le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria che trovano esclusivamente nell'ambito pubblico le risposte ai loro bisogni socio-sanitari.

La stabilizzazione dei residenti stranieri accentuerà le dinamiche relative anche all'inserimento scolastico di bambini nati da madri immigrate, che tendono ad aumentare sia per la crescita dell'immigrazione sia per il maggior tasso di natalità di queste popolazioni, così come quelle legate all'accesso ai servizi di prevenzione, tra i quali quelli relativi alle vaccinazioni e agli screening oncologici. Attraverso questi è possibile monitorare le differenze rispetto alla popolazione autoctona nella capacità di "usare" la prevenzione per la tutela della propria salute.

*"In Toscana, come nel resto d'Italia, l'assistenza alla nascita rappresenta l'intervento assistenziale più frequente delle strutture sanitarie, in particolare per le donne straniere. Il parto vaginale senza complicazioni e il taglio cesareo senza complicazioni costituiscono rispettivamente il secondo e il settimo dei primi dieci DRG degli acuti in regime ordinario. Il numero dei parti di donne straniere in Toscana negli ultimi 10 anni è più che raddoppiato. Nel 2010 il 25,5 % dei parti è da attribuire a donne di nazionalità straniera di cui il 95,3% delle madri straniere proviene dai PFPM (paesi a forte pressione migratoria) e il 4,7% dai PSA (paesi a sviluppo avanzato). Le straniere PFPM sono mediamente più giovani delle italiane (28,1 vs 33,2): ciò a causa della differente distribuzione dell'età e del differente comportamento riproduttivo, anticipato di circa un quinquennio. In Toscana sono i consultori che seguono prevalentemente le donne straniere: 65,6 % contro l'11,8% delle italiane. Mentre quasi tutte le donne italiane eseguono in gravidanza almeno le indagini previste dal protocollo regionale il 13,1% delle straniere PFPM dichiara di non averlo fatto. Questa proporzione sta comunque diminuendo negli ultimi 10 anni. Tra gli esami di gravidanza le straniere eseguono meno visite e meno ecografie rispetto alle italiane anche se queste risultano in aumento. Quello che emerge come elemento critico dell'assistenza alle donne straniere è il ritardo con il quale esse effettuano il primo controllo: il 16,4% delle straniere rispetto al 2,5% delle italiane lo effettua alla 12° o più settimane di gravidanza. Il ricorso a tecniche di diagnosi prenatale è decisamente più basso nelle straniere rispetto alle italiane e le straniere ricorrono in maniera minore al cesareo. Alcuni studi hanno dimostrato che la presenza di una persona di fiducia nel momento del parto ha effetti benefici sullo svolgimento dello stesso e sulla riduzione delle compiacenze ad esso associate. Dei dati CAP emerge che le donne straniere hanno accanto a se una persona di fiducia in percentuale minore rispetto alle italiane (84,1% vs 93,1%). Nella nostra Regione, negli ultimi 10 anni si è verificata una costante diminuzione del numero assoluto di IVG con un decremento dell'8% dal 2000 al 2009. Accanto a questa riduzione generale però, abbiamo assistito ad un aumento delle interruzioni di gravidanza fra le donne straniere che, mentre nel 2001 rappresentavano il 22,4% del totale, nel 2009 hanno superato il 40%. Questo fenomeno è da imputare all'aumento della popolazione femminile straniera in età feconda: infatti se consideriamo il tasso di abortività volontaria (n° di IVG su 1000 nati vivi) vediamo che esso, pur rimanendo maggiore nelle donne straniere, è diminuito, addirittura più marcatamente, in quest'ultime rispetto alle italiane. L'età media in cui le straniere PFPM fanno ricorso all'IVG è leggermente inferiore a quella delle italiane ( 29,3 vs 30,7) tuttavia le IVG nelle minorenni e nella fascia di età 18-24 anni sono più frequenti nelle italiane, fenomeno che si inverte nelle età materne più elevate a testimonianza dei diversi progetti riproduttivi dei due gruppi. La certificazione, ovvero il documento con il quale si attesta lo stato di gravidanza della donna e la sua intenzione ad interromperla viene rilasciata sempre più frequentemente dai consultori proprio perché è ad essi che afferiscono maggiormente le donne straniere. Il tempo di attesa fra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo nelle donne straniere indicando un problema di accessibilità ai servizi".(da "Immigrazione e salute in Toscana" - Agenzia Regionale di Sanità).*

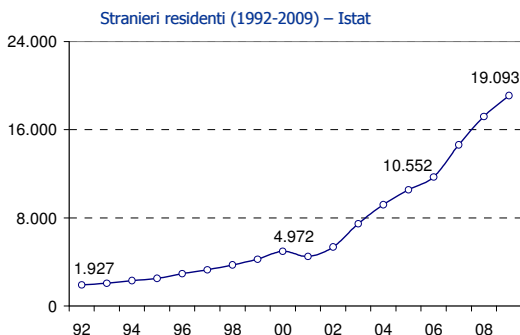
I dati disponibili fanno pensare che la realtà grossetana non si discosti sostanzialmente con quanto descritto per il livello regionale. Nell'ambito provinciale la zona dell'Amiata si caratterizza per una più forte natalità da stranieri; la zona delle Colline Metallifere e delle Colline d'Albegna per una più alta percentuale di IVG in donne straniere.

Il tasso di mortalità infantile e neonatale è simile alla media regionale e il tasso di vaccinazioni "facoltative" non sembra essere diverso tra i bambini stranieri e italiani, anche se le zone Colline Metallifere e d'Albegna nell'insieme mostrano performance meno brillanti.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori

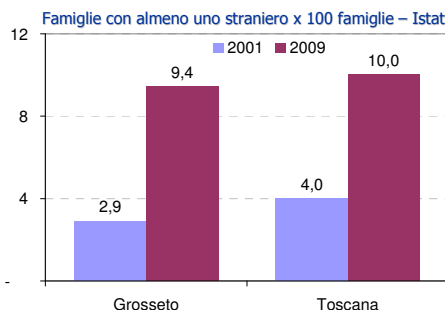
analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.

### Immigrazione: un fenomeno strutturale e in crescita

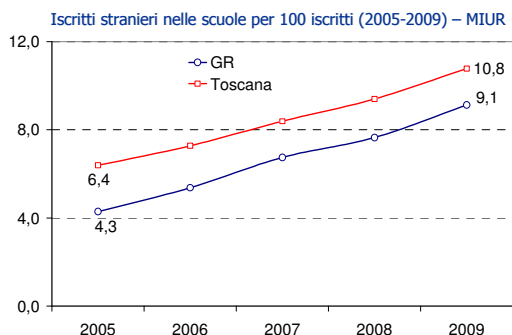


**Gli stranieri residenti (19 mila) sono raddoppiati nel corso di pochi anni. Sono l'8,4% della popolazione. Si deve a loro la quasi totalità della crescita demografica provinciale.**

**Le famiglie con almeno uno straniero sono circa 9.750 (nel 2001 erano 2.500), di cui circa l'80% con capofamiglia straniero. Sono quasi il 10% delle famiglie residenti.**



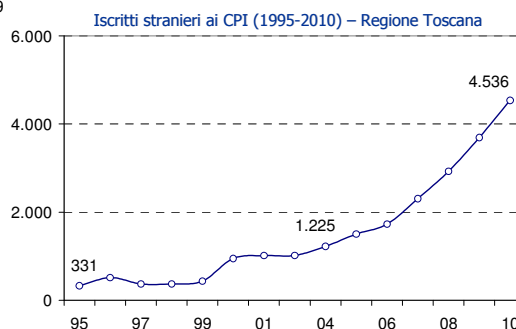
### Immigrazione: segnali di stabilizzazione (scuola e lavoro)



**Cresce l'incidenza degli stranieri nelle scuole (2.500 iscritti, 9% del totale).**

**Gli indici di ritardo e di insuccesso scolastico sono molto alti e la forbice con gli italiani tende ad allargarsi: la scuola riesce a rimuovere gli ostacoli all'integrazione?**

**4.500 stranieri iscritti ai CPI al 31/12/2010 (23 ogni 100 residenti). Oltre 2.000 imprenditori stranieri, circa il 5,5% del totale provinciale.**

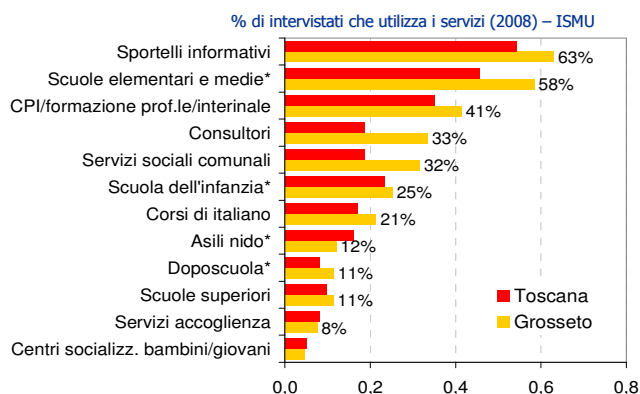


## Immigrazione: l'utilizzo dei servizi

**A livello provinciale si è passati in 10 anni da 8 a oltre 50 ricoveri di stranieri ogni 1000 ricoveri**

**Al 31/12/2009 risultavano iscritti al Servizio Sanitario Nazionale oltre 13.500 stranieri, circa il 75% degli stranieri residenti.**

**Una recente indagine ha messo in evidenza come nel territorio grossetano gli stranieri abbiano un livello di accesso e di soddisfazione dei servizi socio-sanitari ben più alti della media regionale...**



**...e come questo sia indissolubilmente legato alla presenza capillare di punti informativi sul territorio (sportelli Infoimmigrati)...**

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Minori e salute riproduttiva: i parti

**2010 -% parti da madri straniera per zona**

	Italia	P.F.P.M.	P.S.A.	N.D.
Zona dell'Amiata Grossetana	62,71	26,27	1,69	9,32
Zona delle Colline dell'Albegna	76,69	19,94	0,00	3,37
Zona delle Colline Metallifere	76,92	18,73	1,67	2,68
Zona Grossetana	75,54	18,47	0,72	5,28

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Salute riproduttiva:

### Bambini nati da madri con cittadinanza straniera: pretermine e di basso peso alla nascita

Cittadinanza M	pretermine	nati vivi	% pretermine
Italia	99	1181	8,4
PFPM	38	305	12,5
PSA	0	13	0

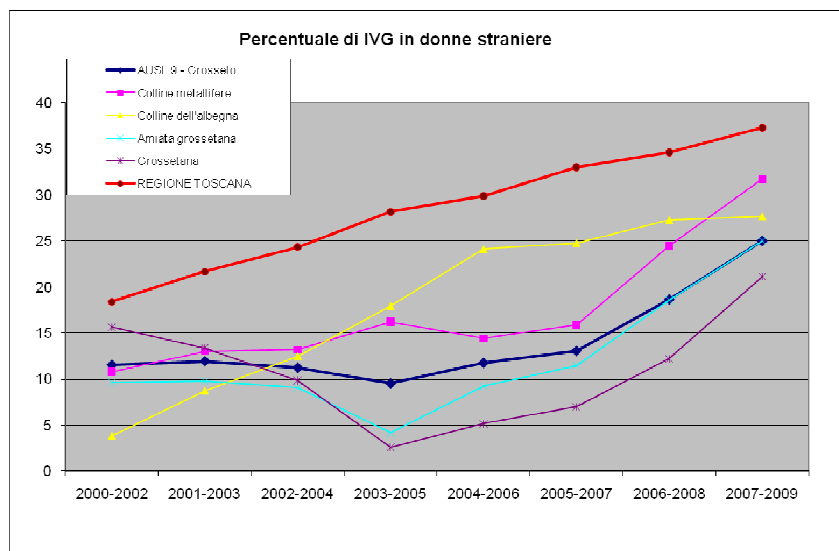
Cittadinanza M	basso peso alla nascita	totale	percentuale
PFPM	23	306	7,52
PSA	1	13	7,69
ITALIA	82	1184	6,93

P.F.P.M. = paesi a forte pressione migratoria

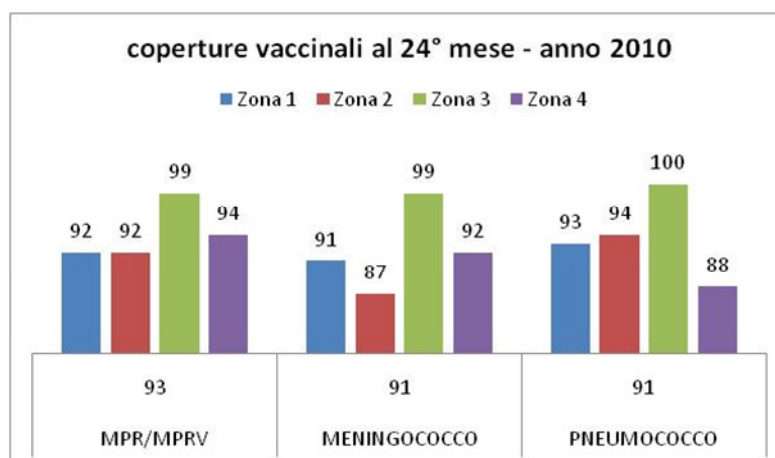
P.S.A = paesi a sviluppo avanzato

## Salute riproduttiva: criticità

### Interruzione volontaria di gravidanza



## Minori: criticità



Da una analisi della coorte del 2007 vaccinata presso il centro di Grosseto non emergono differenze tra bambini italiani e stranieri questi i dati:

Vaccinazione esavalente : stranieri = 98% italiani 98%  
 vaccinazione antimeningococco : stranieri = 93% italiani 93%  
 Vaccinazione MPR stranieri = 99% italiani 98%

MPRV = morbillo -parotite- rosolia- varicella



### **3.5 Gli stili di vita e le malattie**

Gli stili di vita sono fondamentali per mantenere un buon livello di salute. Numerose malattie cardiovascolari, pneumologiche, dell'apparato digerente e molti tumori sono strettamente correlati con gli stili di vita e le abitudini.

Nel periodo giugno 2007 - dicembre 2009, attraverso il progetto "PASSI", sono state intervistate 1.012 persone, tra 18 e 69 anni, iscritte nelle liste dell'anagrafe assistiti della ASL 9. Le risposte raccolte sono così sintetizzabili:

- il 61% si considera in buona salute
- l' 8% ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- il 29% ha il colesterolo alto
- il 30% è sedentario
- il 34% è in sovrappeso
- il 10% è obeso
- il 15% è un bevitore "a rischio"
- il 30% fuma
- il 6% ha guidato "sotto l'effetto dell'alcol"

Rispetto alla precedente indagine si registra:

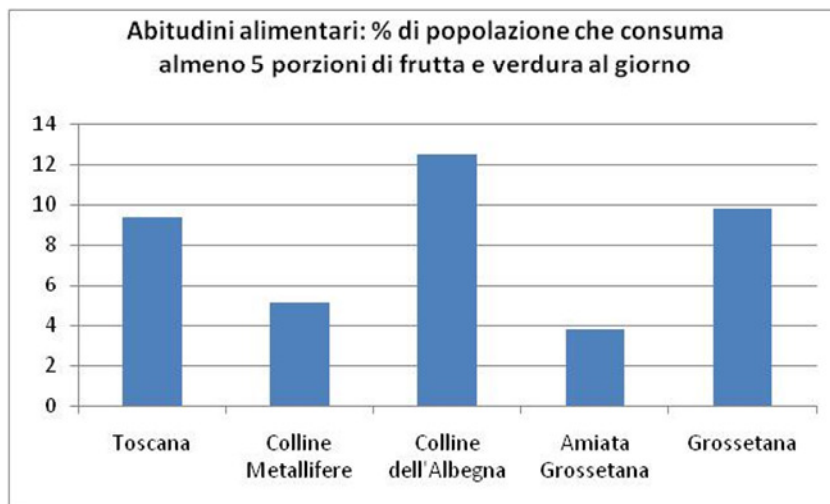
- una diminuzione dei residenti che si considerano in buona salute (-1%),
- un aumento di coloro che riferiscono sintomi di depressione (+1%),
- una diminuzione dei soggetti in sovrappeso (-1%) e dei fumatori (-3%),
- ma un aumento dei bevitori a rischio (+2,3%) e di chi ha guidato sotto l'effetto dell'alcol (+3%).

Questi dati sollecitano un maggiore impegno nel promuovere corretti stili di vita, la prevenzione dei comportamenti a rischio e l'educazione alla salute. Il fumo di sigaretta è ancora diffuso, specie nelle classi di età compresa tra i 18 ed i 35 anni, e sono ancora pochi coloro che riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Uno intervistato su tre è sedentario e solo 1/3 può essere considerato fisicamente attivo. L'eccesso ponderale (sovrappeso od obesità) cresce in modo significativo con l'età, ed è più frequente negli uomini.

Sebbene il calcolo del rischio cardiovascolare sia un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, è ancora poco diffuso e interessa meno di una persona su dieci tra 35 e 69 anni. In provincia di Grosseto vi è la possibilità/necessità di un ampio margine di miglioramento rispetto alla modifica salutare degli stili di vita. La letteratura scientifica internazionale mette in evidenza il ruolo fondamentale dei medici e degli operatori sanitari. In particolare il medico di medicina generale influisce positivamente sulla decisione dell'assistito di modificare i propri comportamenti "a rischio" per la salute. Si sono dimostrati efficaci: il *counselling* breve per la disassuefazione dal fumo di tabacco, gli interventi mirati per ridurre il consumo di alcol, la prescrizione dell'attività fisica, il consiglio di perdere peso, il consiglio di partecipare ai programmi di prevenzione (*screening* e vaccinazioni). Dai risultati invece emerge una scarsa attività da parte degli operatori sanitari nel consigliare abitudini e stili di vita adeguati attraverso un approccio di "salutogenesi", cercando di individuare le "cause della salute" più che le cause della malattia (patogenesi).

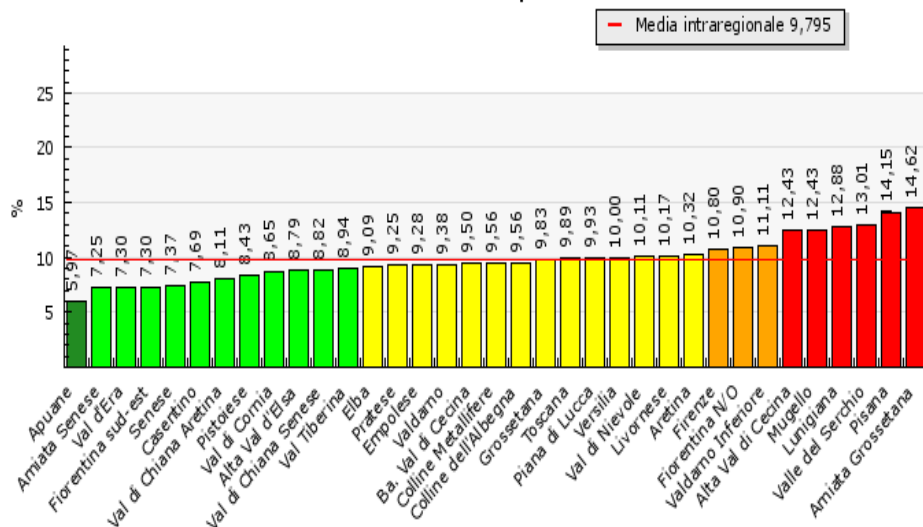
Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si è esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.

### Stili di vita: consumo di frutta e verdura

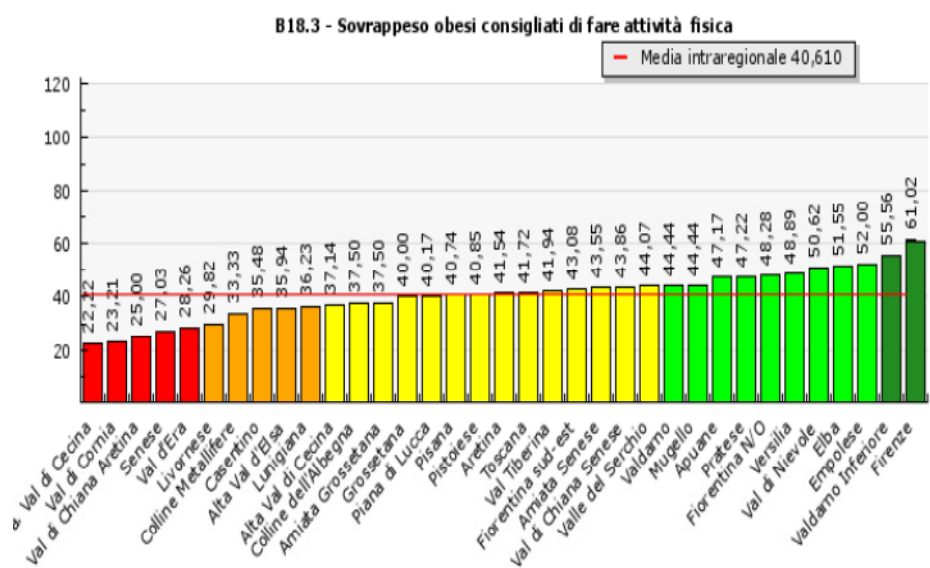


### Stili di vita: obesità

B18.1 - Percentuale persone obese



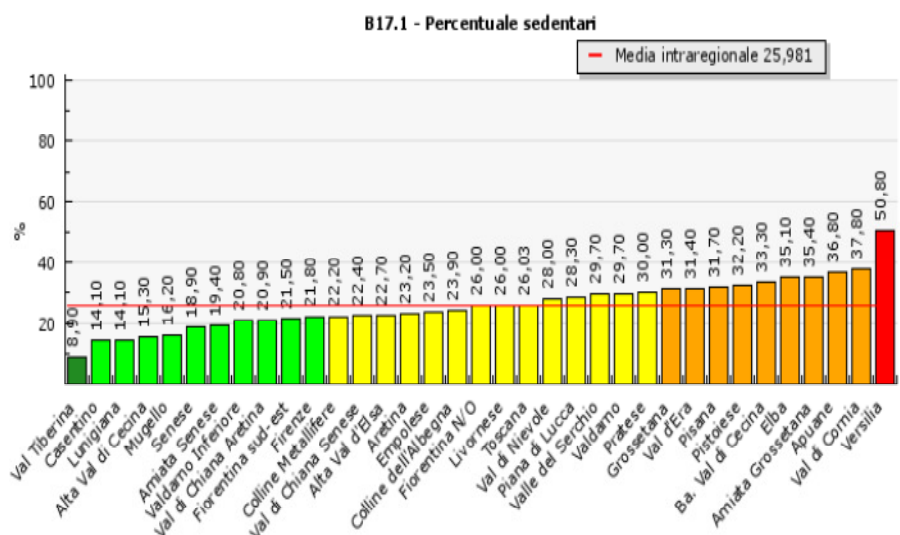
## Stili di vita: obesità



Copyright Laboratorio Mes

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Stili di vita: sedentarietà

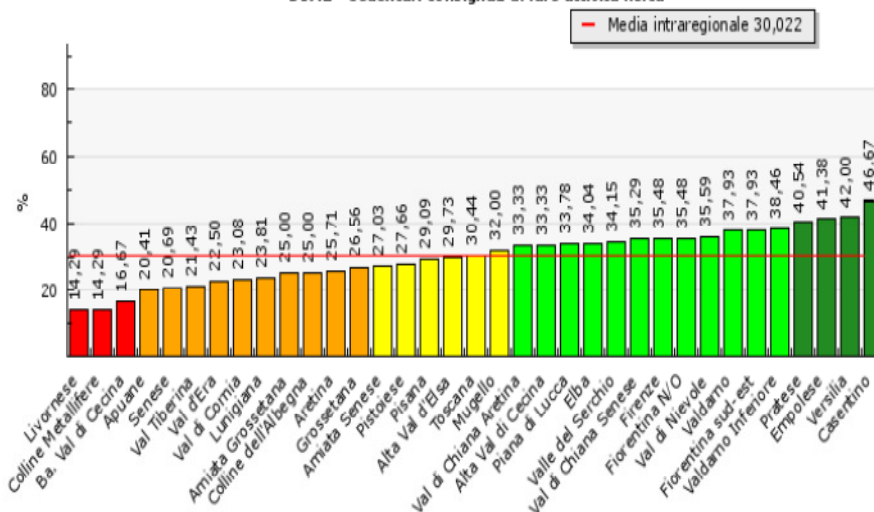


Copyright Laboratorio Mes

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Stili di vita: sedentarietà

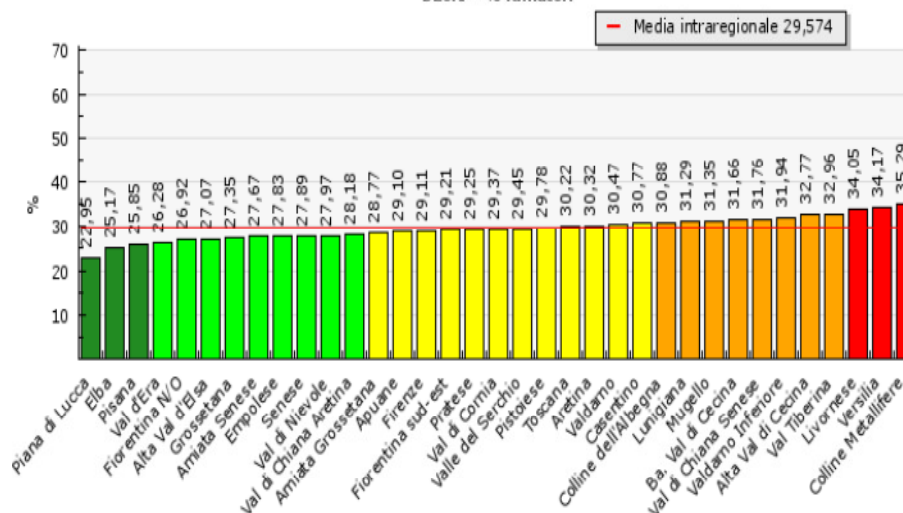
B17.2 - Sedentari consigliati di fare attività fisica



Copyright Laboratorio Mes

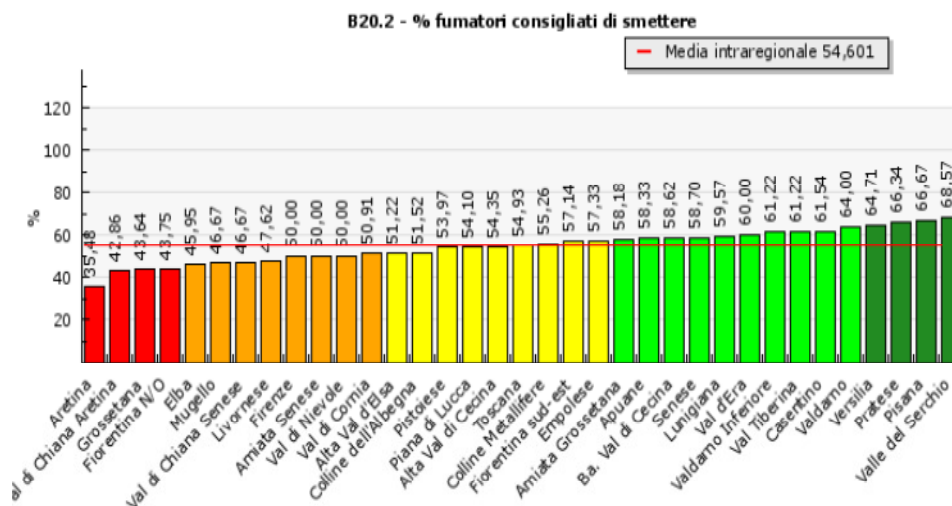
## Stili di vita: fumo

B20.1 - % fumatori



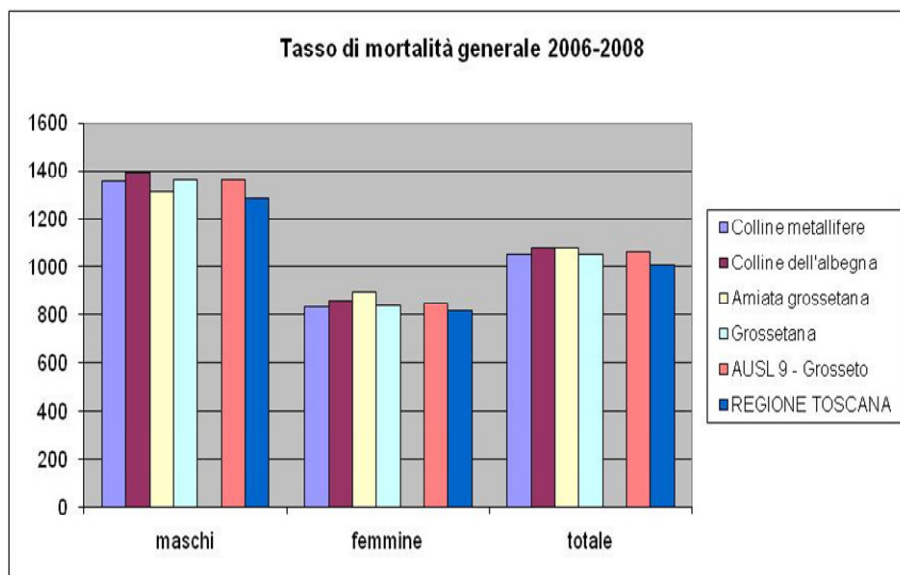
Copyright Laboratorio Mes

## Stili di vita: fumo

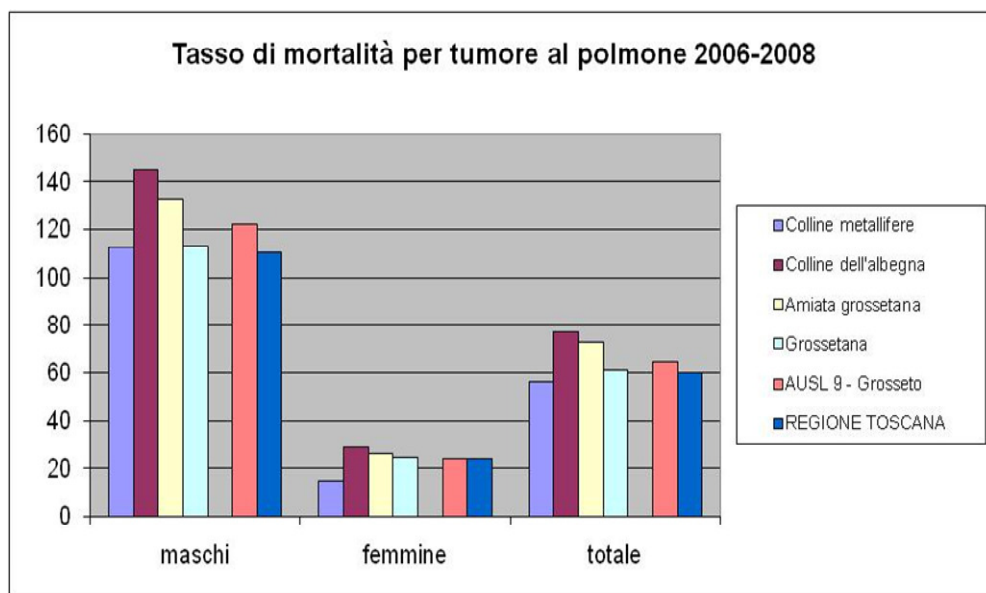


Copyright Laboratorio Mes

## Stili di vita: mortalità generale

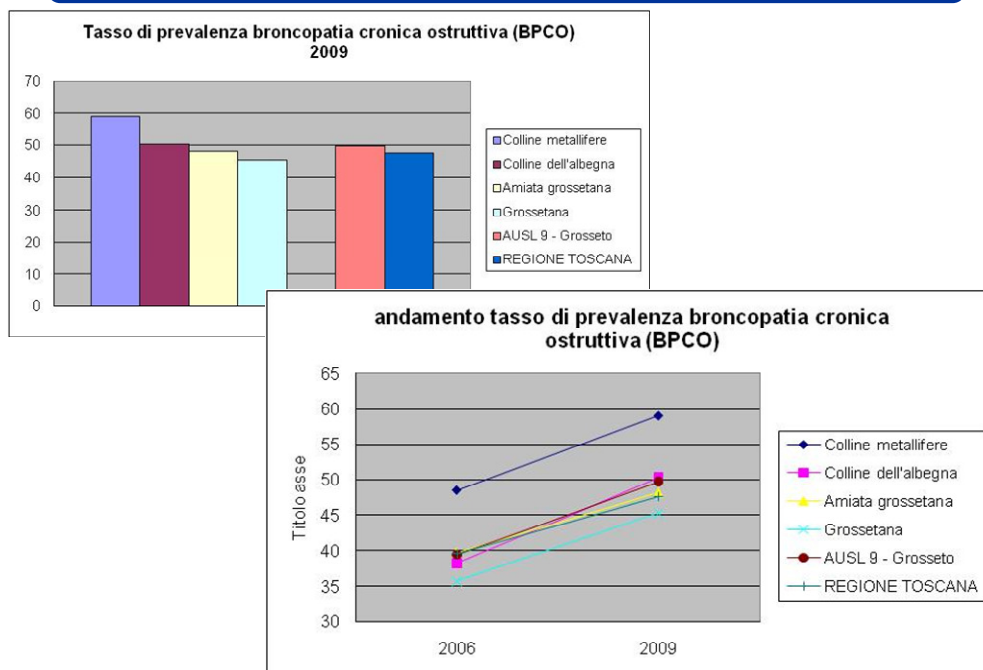


## Stili di vita e tumori



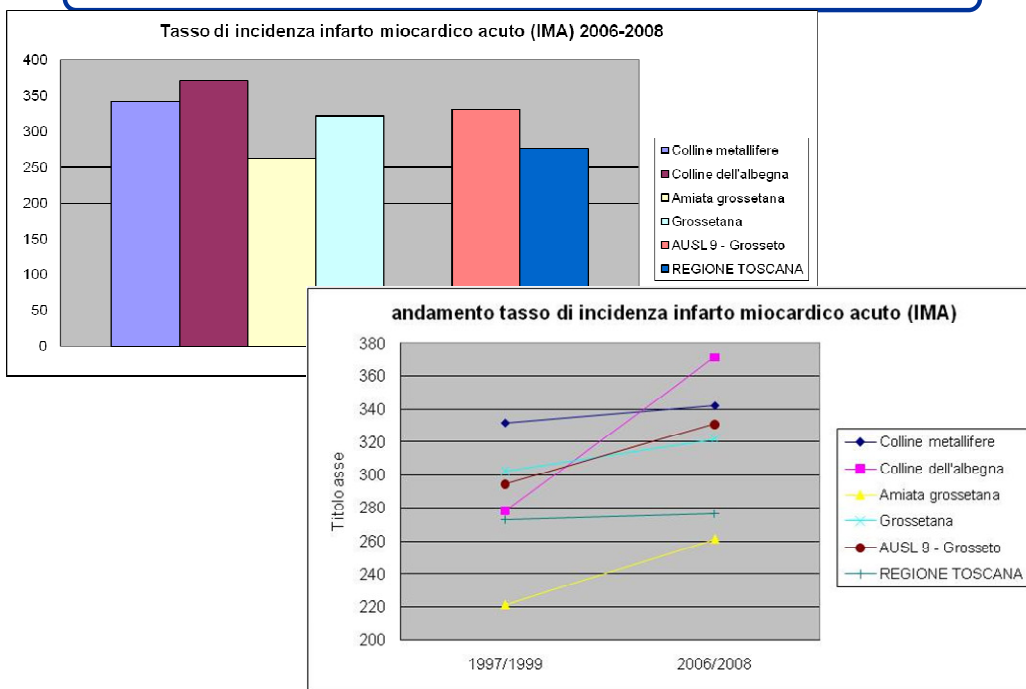
Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Stili di vita e malattie



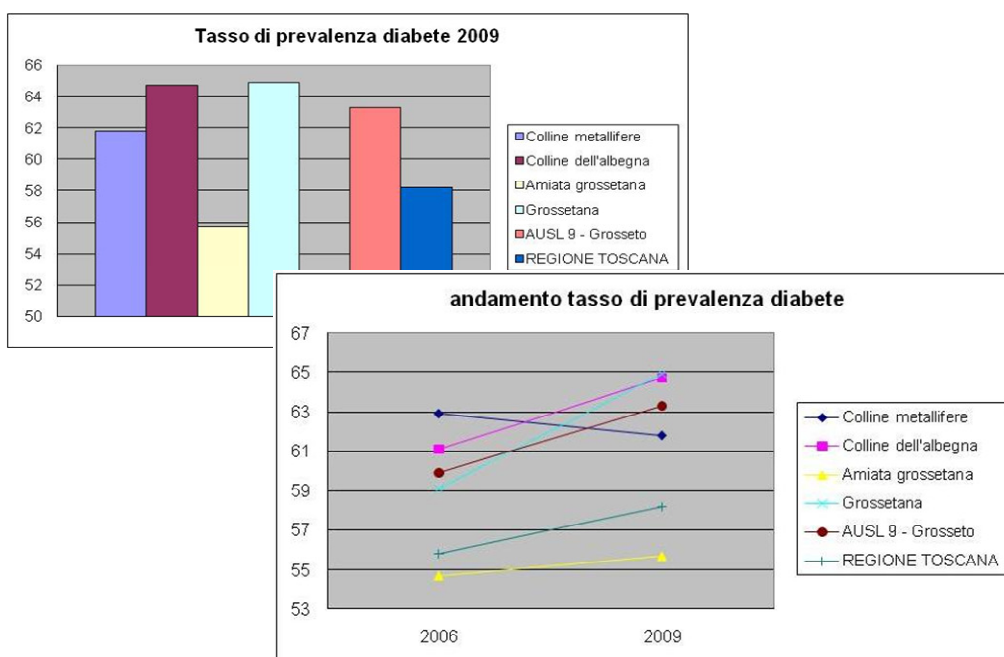
Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

### Stili di vita e malattie



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

### Stili di vita e malattie



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto



### 3.6 Lesività e mortalità per traumatismi

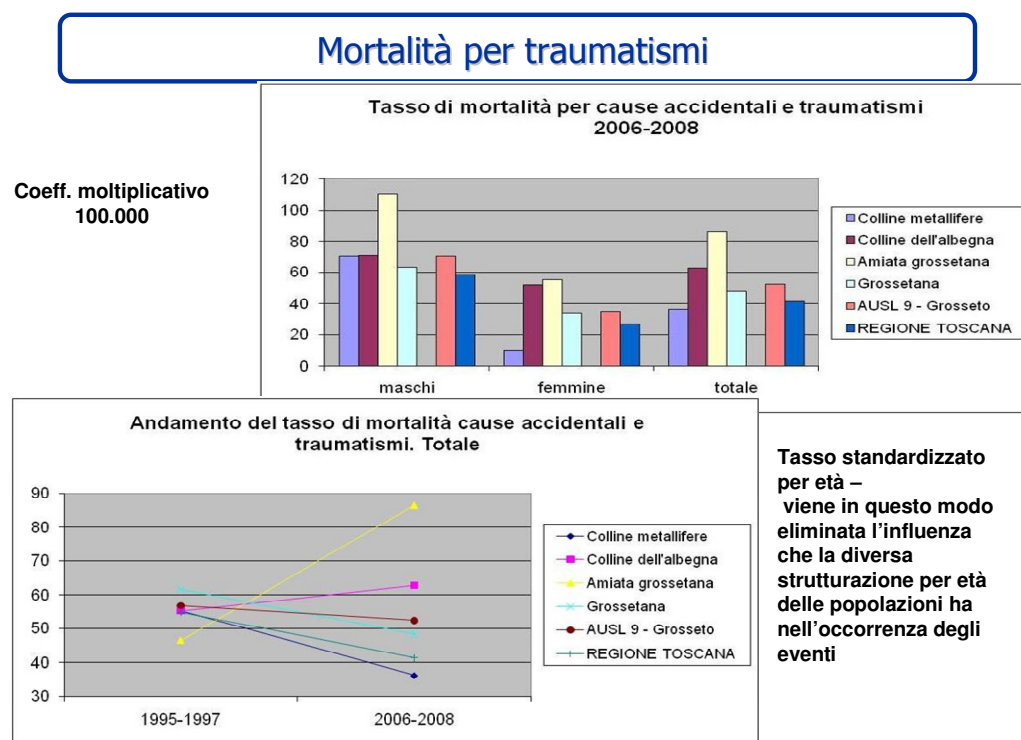
Grosseto, nel periodo 2006-2008, ha avuto il triste primato della provincia con il più alto tasso standardizzato di anni di vita persi a causa della mortalità per traumatismi. La mortalità prematura per queste cause contribuisce sensibilmente ad abbassare la speranza di vita alla nascita, che risulta inferiore di circa un anno rispetto alla media toscana.

Per quanto riguarda gli incidenti stradali le cause sono da ricercarsi nella viabilità, nella sicurezza dei mezzi e nella idoneità psicofisica dei guidatori. Le zone più a rischio sono quelle dell'Amiata e delle Colline d'Albegna: nella prima il rischio è più alto nel periodo invernale e primaverile, mentre nelle Colline D'Albegna aumenta nel periodo estivo autunnale.

Le zone interne, ed in particolare la zona amiatina, i comuni di Massa Marittima, Roccastrada e Civitella Paganico per citare alcuni tra i più grandi, hanno fatto registrare alti tassi di suicidio soprattutto nei maschi anziani. Anche le morti sul lavoro sono una criticità a livello provinciale, e gli infortuni indennizzati dall'Inail sono più frequenti negli stranieri.

Dai dati a livello toscano emerge come la prima causa di morte tra gli stranieri da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) vi sia il gruppo dei traumatismi e avvelenamenti, nel quale notevole importanza rivestono gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.





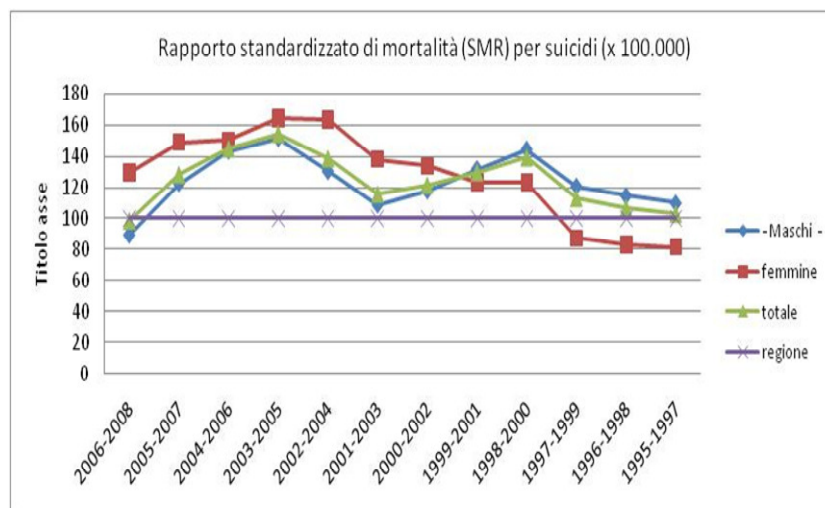
## Mortalità per traumatismi

AZIENDE USL	TS PYLL -2006-2008			
	TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI	INFORTUNI SUL LAVORO	INCIDENTI STRADALI	CADUTE ACCIDENTALI
	maschi			
USL 9 Grosseto	<b>1108,1</b>	<b>69,3</b>	<b>793,0</b>	<b>32,8</b>
REGIONE	<b>684,7</b>	<b>26,0</b>	<b>375,2</b>	<b>36,9</b>
	femmine			
USL 9 Grosseto	<b>265,4</b>	-	<b>169,6</b>	<b>30,9</b>
REGIONE	<b>174,7</b>	-	<b>88,4</b>	<b>8,1</b>

Tasso standardizzato per età – anni di vita potenziali persi-  
 Gli anni di vita potenziali persi rappresentano il numero di anni di vita vivibili e persi per una determinata causa prima di raggiungere i 65 anni, indipendentemente dalla diversa distribuzione per classe di età delle popolazioni

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## I suicidi



SMR: valuta la differenza di rischio di morire rispetto al valore regionale – fonte ARS -

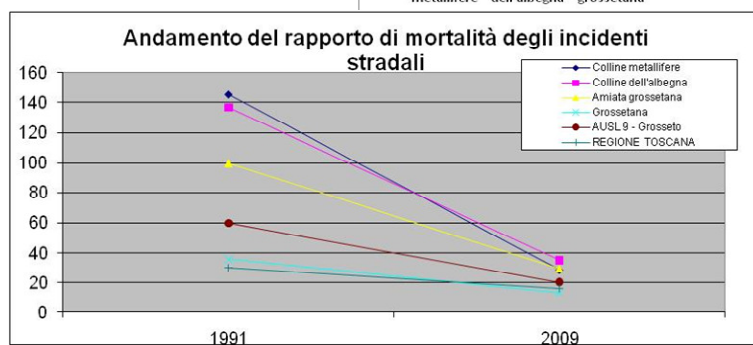
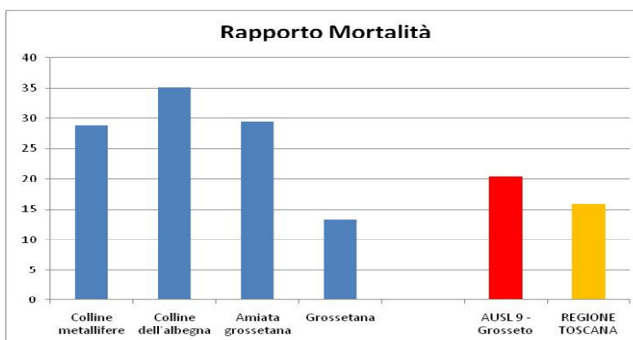
Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Gli incidenti stradali

rapporto di mortalità (numero di decessi ogni 1000 incidenti per luogo di accadimento).

Morti: "Persone decedute sul colpo o entro il trentesimo giorno a partire da quello in cui si è verificato l'incidente." (Fonte: Istat)

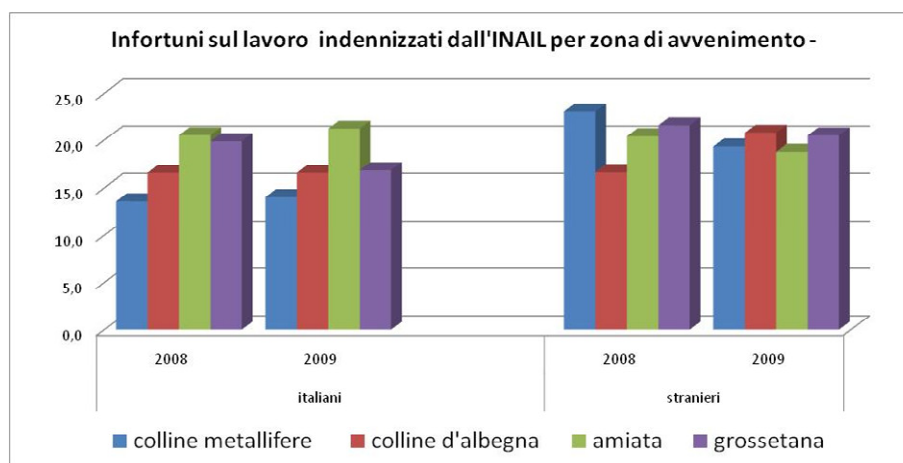
Coeff. moltiplicativo 1.000



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Gli infortuni sul lavoro

Quanti infortuni indennizzati si verificano ogni 1.000 adulti in età lavorativa



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

### 3.7 Cronicità

Nel contesto socio-economico provinciale la variabile territoriale gioca un ruolo primario e la situazione è fortemente differenziata da zona a zona. A livello generale si può sostenere che Grosseto, pur partendo da una condizione svantaggiata rispetto ad altri contesti provinciali ha avuto negli ultimi anni performance migliori che nel resto della Toscana. Soprattutto in questi anni di crisi, la struttura economica tradizionale, a basso tasso di innovazione e a basso grado di apertura alle esportazioni, ha consentito una tenuta più solida, perché meno soggetta agli andamenti esterni. Per quanto riguarda la condizione lavorativa, il tasso di disoccupazione provinciale, dopo un periodo di calo, è tornato a crescere costantemente dal 2007 fino ad oggi (come nel resto della regione e del paese) anche se si mantiene al di sotto della media regionale.

Dall'analisi della situazione reddituale (redditi IRPEF e pensioni) si evince che Grosseto è mediamente più povera rispetto alla Toscana, e gli indicatori di sofferenza economica di anziani e famiglie la collocano in una posizione più critica rispetto al dato regionale. Dal quadro territoriale sembra che Albegna (in particolar modo il quadrante interno) e Amiata siano le zone in cui si registrano le maggiori sofferenze economiche.

Un campanello di allarme giunge sicuramente dall'universo giovanile: gli indicatori scolastici e i recenti dati sui c.d. NEET (*not in employment, education and training*) evidenziano criticità crescenti.

Lo stato di salute della popolazione è influenzato dalla struttura demografica e dai determinanti socio-economici. A fronte di un invecchiamento della popolazione dovuto sia a un diminuito tasso di natalità che all'aumento della vita media, si registra la crescita della prevalenza delle patologie cronico-degenerative e dei loro esiti. La prevalenza di una patologia, infatti, è il risultato dei *trend* temporali dell'incidenza, della sopravvivenza e della mortalità generale nella popolazione considerata.

Le patologie cronico-degenerative più frequenti e rilevabili sono la BPCO (broncopneumopatia cronico ostruttiva), il diabete, lo scompenso cardiaco, le malattie cerebrovascolari, oltre alle demenze e i tumori. Per le caratteristiche demografiche della popolazione locale, non stupisce il fatto che la provincia di Grosseto abbia per molte delle patologie sopracitate una prevalenza tra le più alte in rapporto al resto della regione (dati 2009). È da considerare, invece, che anche valutando i tassi standardizzati (al netto del fattore età) la prevalenza di alcune patologie rimane tra le più alte della Toscana.

Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, la differenza rispetto alla media regionale è importante sia per l'intera provincia che per le zone delle Colline Metallifere e dell'Albegna.

I dati di letteratura provenienti dagli studi di popolazione evidenziano una stabilità dell'incidenza. Il bilanciamento tra i fattori responsabili della riduzione (miglior trattamento dell'infarto miocardico, diffusione della terapia antipertensiva, prevenzione della malattia coronarica, maggior utilizzo di beta-bloccanti ed ACE - inibitori) e i fattori che ne dovrebbero determinare un aumento (il progressivo invecchiamento della popolazione e la diminuzione della mortalità per eventi cardiovascolari acuti), è la spiegazione più probabile della stabilità nel tempo dell'incidenza di scompenso cardiaco. Poiché gli ultra80enni, dove si concentra il maggior numero di persone affette da scompenso cardiaco, aumenteranno sensibilmente, anche il numero di pazienti con scompenso cardiaco crescerà. La lotta alle condizioni cliniche predisponenti come il diabete, l'ipertensione o l'obesità sarà determinante nel contrastare questo possibile *trend*.

Anche per la BPCO si registrano tassi di prevalenza standardizzati decisamente elevati e dovuti quasi esclusivamente all'elevato numero di malati tra i residenti delle Colline Metallifere. La prevalenza è in costante aumento tra il 2006 e 2009 e l'Organizzazione Mondiale della Sanità

prevede un ulteriore incremento nei prossimi anni. L'elevata prevalenza, a tutt'oggi, di fumatori al di sotto dei 45 anni di età, sottolinea la necessità di migliorare la qualità della prevenzione. Per modificare il *trend* di questa malattia è fondamentale spostare l'accento dalla medicina diagnostico-terapeutica alla medicina preventiva, con l'impegno degli specialisti di sanità pubblica e di pneumologia unito a quello dei medici di medicina generale

Per il diabete, ad eccezione della Zona Amiatina, i dati indicano una forte prevalenza nella nostra provincia. La zona delle Colline dell'Albegna è su livelli decisamente alti, in considerazione anche della relativa più giovane età della popolazione. Anche in questo caso l'andamento degli ultimi anni indica una costante crescita, che proseguirà in maniera consistente anche in futuro .

La prevalenza dei residenti con pregresso ictus è simile a quella media toscana, ad eccezione del dato delle Colline Metallifere dove il tasso di prevalenza standardizzato è stato, nel 2009, più alto in maniera statisticamente significativa. Uno degli aspetti caratterizzanti dell'ictus cerebrale è quello di essere una patologia fortemente età-correlata. Passando dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte. In assenza di misure in grado di ridurre l'incidenza, l'ictus cerebrale aumenterà anche per effetto dell'andamento demografico.

Le demenze comprendono molte patologie (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, frontotemporale, ecc.), con un forte impatto dal punto di vista socio-sanitario, sia perché viene coinvolto un numero sempre maggiore di famiglie, sia perché i servizi sanitari e socio-assistenziali devono essere altamente integrati e qualificati. Il progressivo invecchiamento della popolazione determinerà un aumento della rilevanza di queste patologie in termini di sanità pubblica. In Europa si stima che la demenza da Alzheimer rappresenti il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza nella popolazione ultra65enne del 4,4%.

Per quanto riguarda i tumori, in confronto al dato regionale Grosseto registra una prevalenza (età 0 - 84 anni) più alta, in particolare nei maschi. Ciò è conseguenza della diversa struttura per età della popolazione, in particolare per tumori come quelli dello stomaco, del colon retto (la prevalenza nella popolazione di oltre 75 anni è 10 volte più alta rispetto a quella nella fascia di età 45 - 59) e della prostata (circa 2,6% tra 60 - 74 anni e circa 6% oltre i 75 anni). In oltre il 43% dei maschi affetti da tumore, la sede è lo stomaco, il colon-retto, il polmone e la prostata (che rappresenta il 20%). Sono queste patologie neoplastiche per le quali, ad eccezione di quella polmonare, il periodo di sopravvivenza è influenzato fortemente dalla diagnosi precoce.

Per il tumore della prostata, si rileva come i dati di incidenza e sopravvivenza siano fortemente influenzati dall'intensità dello screening opportunistico mediante PSA. A questo riguardo, ci sono evidenze sufficienti su come l'intervento possa essere associato ad una quota di sovra-diagnosi (diagnosi di cancro che non sarebbe mai stato scoperto).

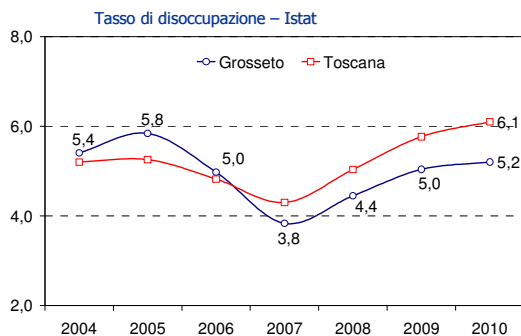
Nelle femmine, la prevalenza totale dei tumori è molto simile a quella media regionale, mentre è più alta la prevalenza per il tumore dell'ovaio. Va sottolineato che, circa una donna su due, tra le portatrici di tumore, è affetta da tumore della mammella.

La popolazione con tumore è eterogenea, include persone con bisogni sanitari differenti in relazione alla patologia e alla distanza dalla diagnosi, con problematiche socio-assistenziali di lungo periodo, che investono la società nel suo complesso. L'ulteriore incremento di prevalenza che si verificherà in futuro, anche grazie alla diagnosi precoce e alle nuove terapie, porrà problemi sia di organizzazione dei servizi sanitari che di gestione della spesa.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori

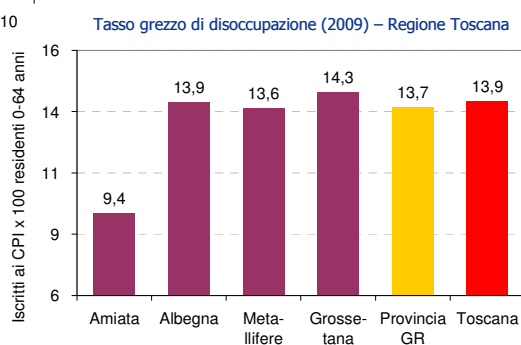
analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.

**Cronicità: caratteristiche demografiche e socio-economiche (disoccupazione)**



**Il tasso di disoccupazione provinciale è stabilmente in crescita dal 2007 ma negli ultimi anni si mantiene al di sotto del dato regionale**

**I dati dei Centri per l'Impiego indicano una più forte ricerca di lavoro (e presumibilmente una peggior situazione occupazionale) nella Grossetana, seguita da Albegna, Metallifere e Amiata**



**Cronicità: caratteristiche demografiche e socio-economiche (criticità dal mondo giovanile)**

**Istruzione:**

**tutti gli indicatori relativi alla dispersione scolastica (esiti scolasti, ritardo scolastico e abbandono scolastico) mostrano dati in peggioramento ed evidenziano alcune situazioni di criticità soprattutto nella scuola secondaria**

**Formazione e lavoro:**

**una recente indagine individua tra i giovani grossetani un 13,6% di cosiddetti NEET (Not in Employment, Education and Training): oltre 4 mila giovani tra 15 e 29 anni (di cui oltre 3 mila femmine) che si trovano contemporaneamente fuori dai percorsi formativi e privi di occupazione**

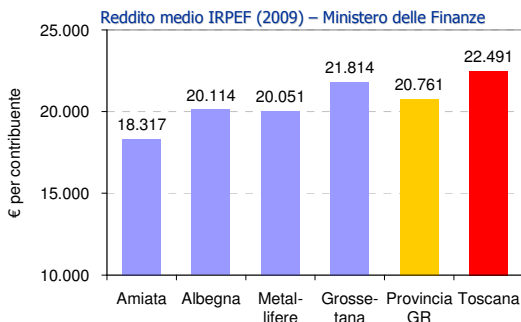
Tasso di giovani NEET (15-29 anni) sul totale della popolazione di riferimento – 2009

Provincia	% NEET		
	M	F	Totale
Arezzo	10,6	17,4	13,9
Firenze	10,3	11,1	10,7
<b>Grosseto</b>	<b>6,0</b>	<b>21,5</b>	<b>13,6</b>
Livorno	16,3	24,2	20,2
Lucca	7,4	8,1	7,7
Massa-Carrara	18,4	25,6	21,9
Pisa	11,5	19,1	15,3
Pistoia	8,8	20,9	14,8
Prato	8,3	23,0	15,5
Siena	13,2	22,0	17,5
<b>Toscana</b>	<b>10,8</b>	<b>17,3</b>	<b>14,0</b>

Fonte: Italia Lavoro

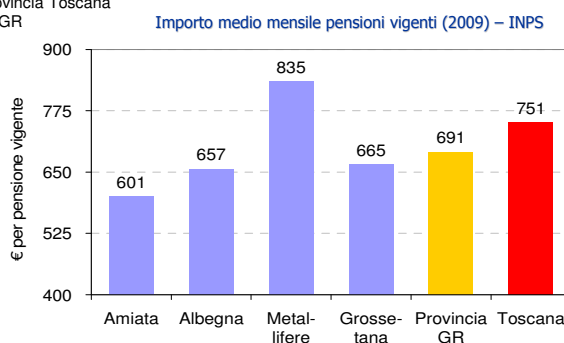
([http://bancadati.italialavoro.it/BDD\\_WEB\\_CONTENTS/bdd/publishcontents/bin/C\\_21\\_DocStatistica\\_213\\_documenti\\_itemName\\_0\\_documento.pdf](http://bancadati.italialavoro.it/BDD_WEB_CONTENTS/bdd/publishcontents/bin/C_21_DocStatistica_213_documenti_itemName_0_documento.pdf))

**Cronicità: caratteristiche demografiche e socio-economiche (reddito e pensioni)**



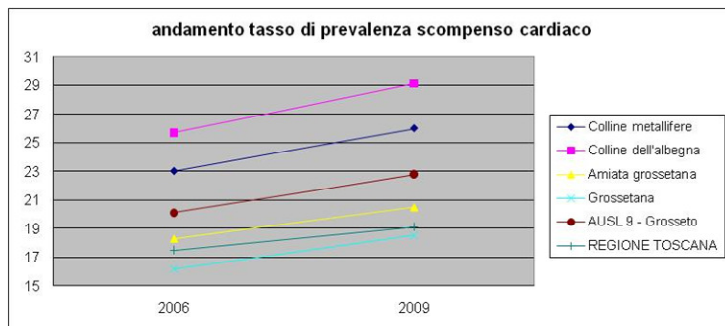
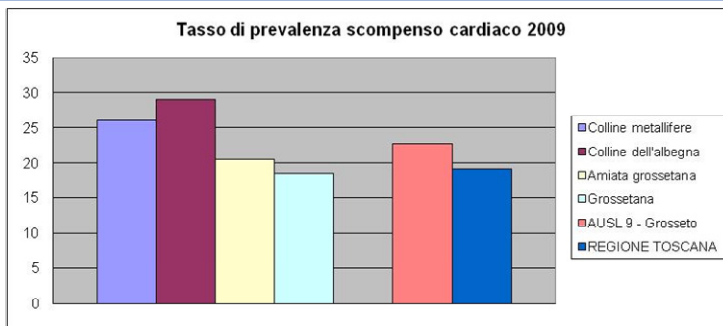
**Il reddito medio di Grosseto è inferiore a quello regionale. La Grossetana ha il reddito più alto, l'Amiata quello più basso.**

**A Grosseto l'importo medio delle pensioni è inferiore a quello toscano. Spicca il dato delle Metallifere.**



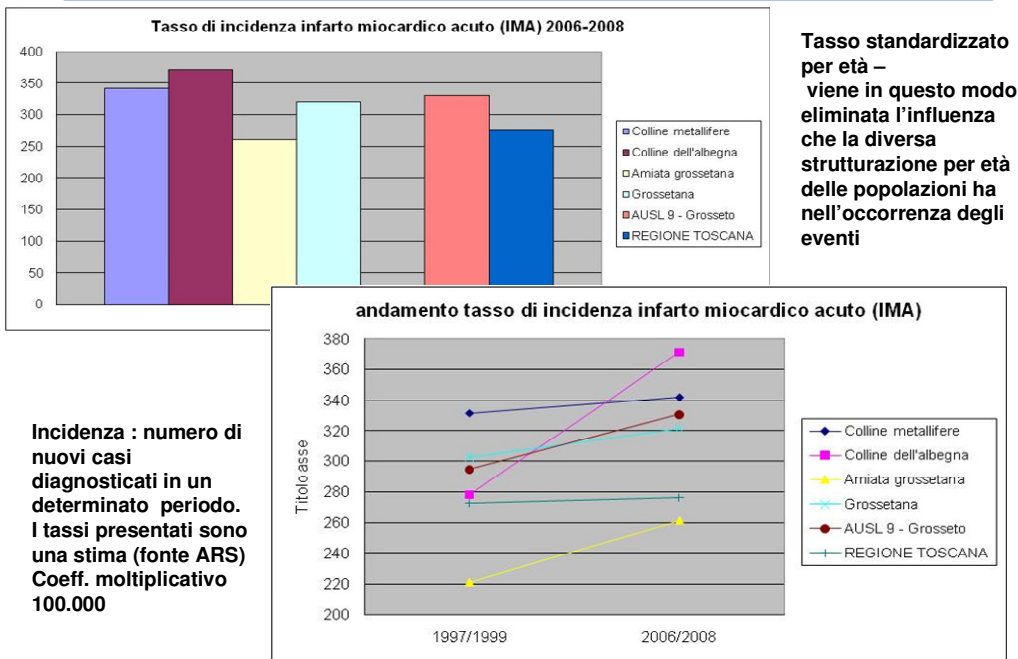
**Cronicità: le malattie**

**Prevalenza :** numero di casi presenti in un determinato periodo. Età 16+  
I tassi presentati sono una stima (fonte ARS)  
Coeff. moltiplicativo 1.000



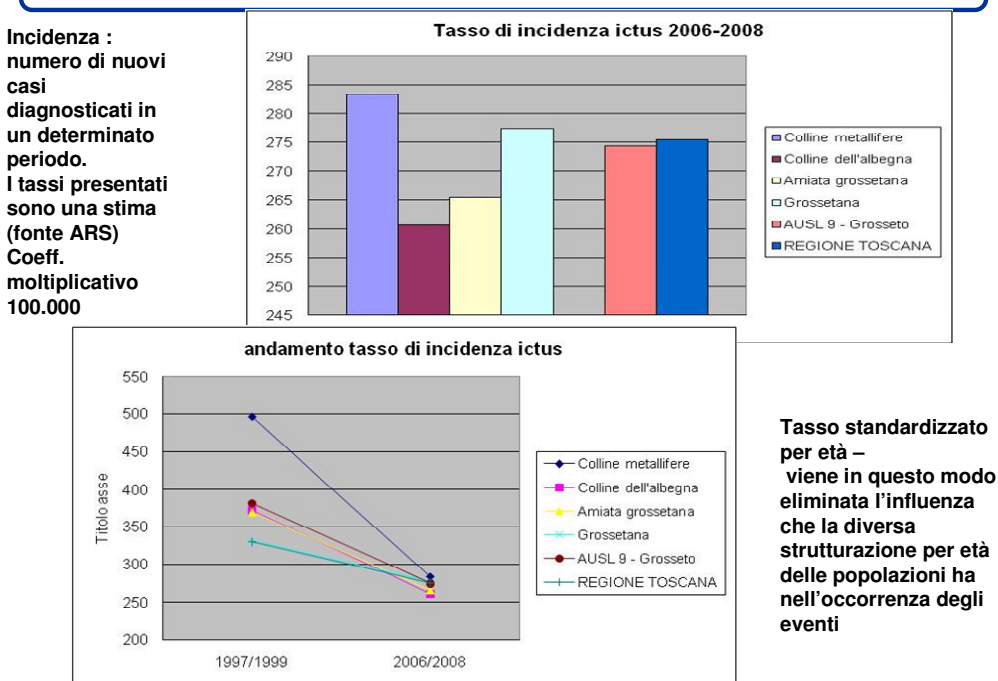
**Tasso standardizzato per età – viene in questo modo eliminata l'influenza che la diversa strutturazione per età delle popolazioni ha nell'occorrenza degli eventi**

### Cronicità: le malattie



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

### Cronicità: le malattie

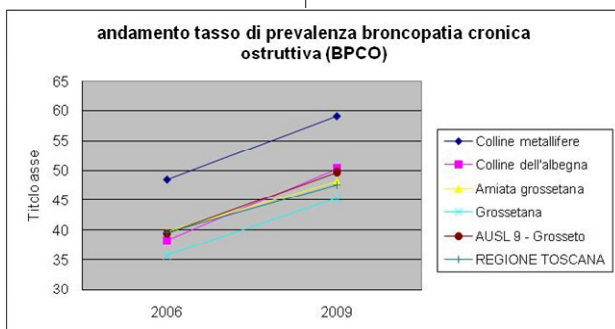
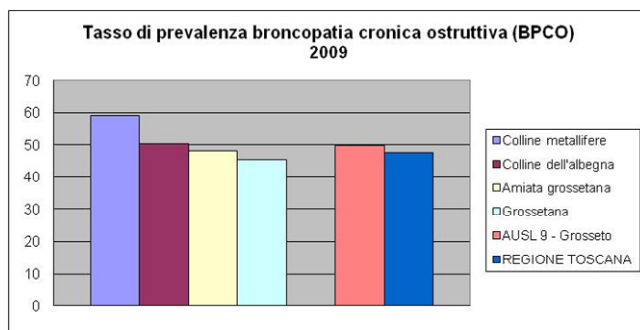


Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto



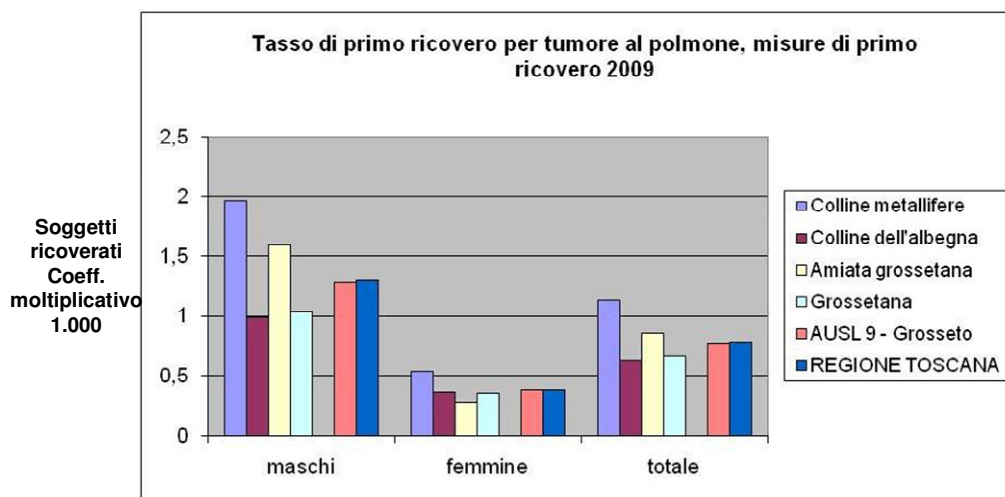
### Cronicità: *le malattie*

**Prevalenza :**  
**numero di casi**  
**presenti in un**  
**determinato**  
**periodo. Età 16+**  
**I tassi presentati**  
**sono una stima**  
**(fonte ARS)**  
**Coeff.**  
**moltiplicativo**  
**1.000**



**Tasso standardizzato per età –**  
**viene in questo modo**  
**eliminata l'influenza**  
**che la diversa**  
**strutturazione per età**  
**delle popolazioni ha**  
**nell'occorrenza degli**  
**eventi**

### Cronicità: *le malattie*



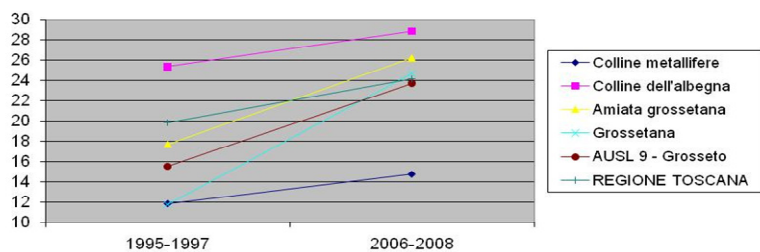
**Tasso standardizzato per età –**  
**viene in questo modo eliminata l'influenza**  
**che la diversa strutturazione per età delle**  
**popolazioni ha nell'occorrenza degli eventi**



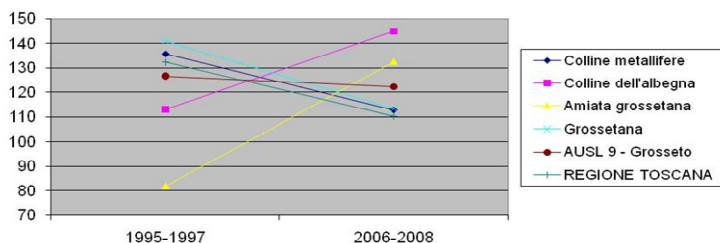
### Cronicità: le malattie

Decessi  
Coeff.  
moltiplicativo  
100.000

Andamento del tasso di mortalità per tumore al polmone.  
Femmine



Andamento del tasso di mortalità per tumore al polmone.  
Maschi

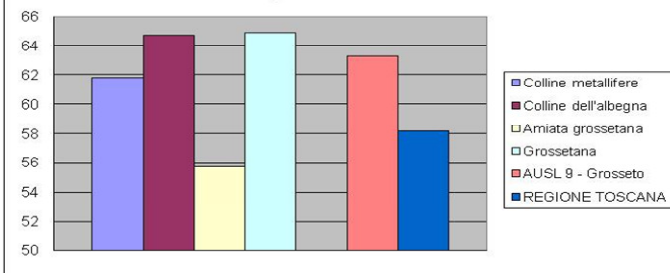


Tasso standardizzato per età – viene in questo modo eliminata l'influenza che la diversa strutturazione per età delle popolazioni ha nell'occorrenza degli eventi

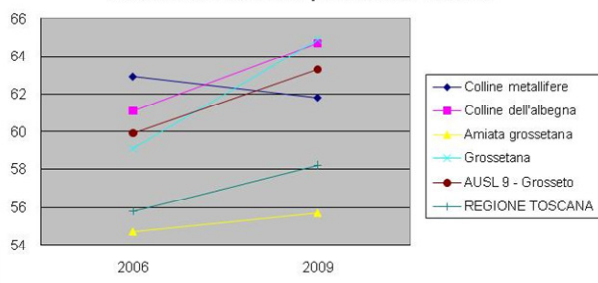
### Cronicità: le malattie

Prevalenza :  
numero di casi  
presenti in un  
determinato  
periodo- età 16 +  
I tassi presentati  
sono una stima  
(fonte ARS)  
Coeff.  
moltiplicativo  
1.000

Tasso di prevalenza diabete 2009



andamento tasso di prevalenza diabete



Tasso standardizzato per età – viene in questo modo eliminata l'influenza che la diversa strutturazione per età delle popolazioni ha nell'occorrenza degli eventi

### **3.8 La partecipazione ai programmi di prevenzione**

I programmi di screening e le vaccinazioni rappresentano un basamento dei sistemi di prevenzione. Per il mantenimento di un buon stato di salute dell'intera comunità devono essere mantenuti a livelli adeguati il tasso di copertura vaccinale nei nuovi nati, negli adolescenti, ma anche negli adulti e anziani. Se per le prime due categorie l'immunità di "gregge", ovvero il raggiungimento di determinate percentuali di copertura della popolazione bersaglio, rappresenta una condizione necessaria per garantire la protezione anche a coloro che non possano vaccinarsi, per gli adulti e gli anziani le vaccinazioni sono un forte strumento per evitare malattie che mettono direttamente in pericolo di vita (es. tetano), o che possono determinare gravi scompensi nella popolazione affetta da patologie croniche

D'altra parte la prevenzione secondaria attraverso gli screening oncologici è un presidio fondamentale che può permettere, insieme alle nuove terapie, di guarire da patologie tumorali. A riguardo un maggior numero di cittadini dovrà essere convinto ad aderire ai programmi organizzati.

Nella nostra provincia si è raggiunto un buon livello di copertura vaccinale per quanto riguarda i nuovi nati e gli adolescenti, anche se resta da aumentare il tasso di copertura per la vaccinazione contro il morbillo-rosolia-parotite-varicella.

Più critica la vaccinazione negli anziani ultra65 contro il virus influenzale, dove non è stato ancora raggiunto (a parte la zona dell'Amiata) il tasso ottimale del 70%. Anche nei malati cronici dovrà essere aumentato il tasso di copertura.

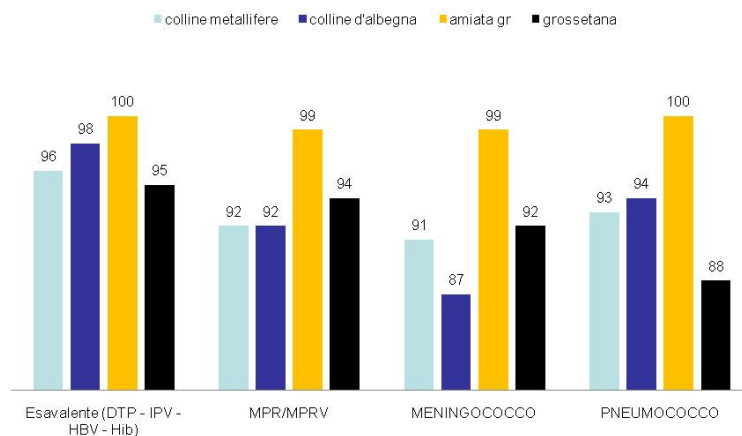
A seguito dell'introduzione della vaccinazione contro il papilloma-virus i programmi vaccinali e quelli di screening (per la prevenzione del cancro della cervice) dovranno necessariamente essere integrati al fine di garantire un periodo temporale ottimale per la ripetizione dello screening oncologico evitando inutili, costose, e alle volte dannose, ripetizioni anticipate.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.

## La partecipazione ai programmi di prevenzione: copertura vaccinale

- report al 31 /12 /2010 -

### copertura vaccinale al 24° mese anno



Da una analisi della coorte del 2007 vaccinata presso il centro di Grosseto non emergono differenze tra bambini italiani e stranieri

Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## La partecipazione ai programmi di prevenzione: copertura vaccinale

### percentuale di copertura antinfluenzale 2010/2011 (> 64 anni)

Anno	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Asl 9
2009/2010	65,7 %	65,5 %	71,0 %	67,3 %	67,0 %
2010/2011	66,0 %	63,0 %	70,0 %	64,0 %	65,0 %

### **3.9 La non autosufficienza**

Il fenomeno della non autosufficienza nell'età anziana è uno dei punti nevralgici nel sistema di welfare. Date le attuali dinamiche demografiche e il *trend* sulla speranza di vita, si può presumere che nel prossimo futuro ci sarà una crescita della presenza di non autosufficienti, in particolar modo sul territorio grossetano, la cui popolazione ha una struttura mediamente più anziana rispetto alle altre della Toscana.

In chiave programmatoria, la prima esigenza è quella di conoscere l'universo di riferimento per una determinata tipologia di servizi. La non autosufficienza però sconta una tradizionale criticità in termini di misurazione del fenomeno. La domanda "quanti sono gli anziani non autosufficienti nella provincia di Grosseto?" non ha ad oggi risposte univoche e la quantificazione del fenomeno può avvenire soltanto attraverso stime. Incrociando alcuni dati amministrativi (indennità di accompagnamento INPS e Piani di assistenza personalizzati) con alcune stime derivate da indagini nazionali (ISTAT), regionali (ARS) e locali (Osservatorio Sociale Provinciale) si è arrivati a stimare in circa 8.000 il numero complessivo di anziani non autosufficienti (con differenti gradi di non autosufficienza) presenti sul territorio provinciale (circa il 14,5% della popolazione anziana).

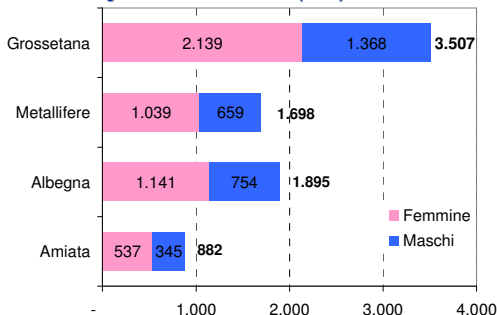
Per migliorare i livelli di approssimazione alla reale consistenza del fenomeno sono necessari approfondimenti specifici e monitoraggi costanti su dati amministrativi, quali le risultanze delle commissioni per l'invalidità civile (per elaborare le indennità di accompagnamento erogate dall'INPS) e la mole informativa contenuta nel Sistema informativo regionale sulla non autosufficienza (peraltro alimentato dalle stesse SdS/Zone).

L'aver individuato un orizzonte di riferimento non è comunque elemento di per sé sufficiente ad impostare politiche socio-sanitarie strategiche e ad ampio raggio. Il dato che più di altri servirebbe per tale scopo è quello relativo agli anziani fragili, ossia a quello spaccato di over 65 che si trova a rischio di non autosufficienza, in una condizione cioè di debolezza (fisica, economica, relazionale, etc) che rischia di farlo scivolare da uno stato di autonomia (piena o parziale) a una condizione di bisogno di assistenza.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.

## Non autosufficienza: quale universo?

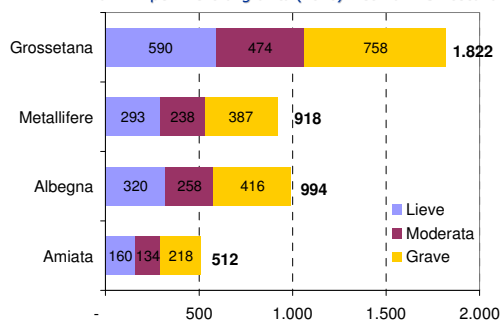
Anziani fragili ad altissimo rischio NA (2010) – stima ARS Toscana



**L'ARS stima per il territorio grossetano circa 8 mila anziani fragili ad altissimo rischio di non autosufficienza...**

**...e circa 4.250 anziani non autosufficienti, di cui 1.800 gravi**

Anziani NA per livello di gravità (2010) – stima ARS Toscana



## Non autosufficienza: un tentativo di misurazione del fenomeno

**Quanti sono gli anziani NA sul territorio grossetano?**

- ARS**  
4.250 anziani NA
- Osservatorio Sociale**  
8.000 anziani NA
- INPS**  
8.000 indennità di accompagnamento over 65
- ISTAT**  
10.000 anziani NA

**Un raffronto sommario delle stime con i dati relativi ai PAP attivati sembra avvalorare l'ipotesi di un universo di anziani non autosufficienti sull'ordine degli 8 mila soggetti**

### 3.10 La disabilità

Analogamente a quanto riportato in relazione alla non autosufficienza, anche per quanto riguarda la disabilità (0-64 anni) esiste la difficoltà di riuscire a definire in maniera certa l'entità dell'universo di riferimento.

Prendendo a base i dati delle commissioni di accertamento dell'handicap (ex L. 104/92), e raccordando queste informazioni con altri dati amministrativi (inserimenti scolastici e collocamento mirato) e con stime nazionali (Istat), si è arrivati a definire complessivamente uno spaccato di circa 3.000 soggetti disabili 0-64 anni (17‰), di cui circa la metà in condizioni gravi.

La distribuzione territoriale sembra delineare una maggiore presenza nelle Metallifere (21‰), seguita dalla Grossetana (17,5‰), dall'Amiata (14,6‰) e dall'Albegna (13,5‰). Si tratta comunque di informazioni da sottoporre ad adeguati approfondimenti. A tale proposito, per capire le dinamiche del fenomeno occorre senza dubbio tenere sotto stretto monitoraggio i dati più attendibili (indennità di accompagnamento INPS) e migliorare/ottimizzare i dati delle commissioni handicap.

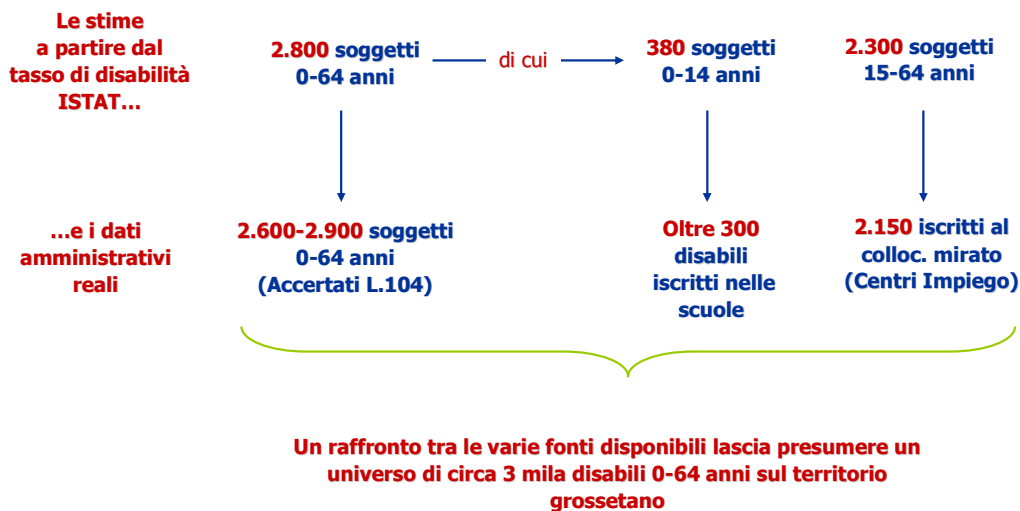
Una recente indagine sulla disabilità a Grosseto (639 famiglie con disabili) ha fatto emergere alcuni elementi molto significativi in merito ai bisogni delle famiglie e alla consistenza delle reti di protezione, tra i quali:

- il 59% ha difficoltà economiche
- il 22% non ha alcuna rete di aiuto non retribuito al di fuori del nucleo familiare
- il lavoro di cura grava in gran parte sulla famiglia
- quasi il 7% delle famiglie si avvale di badanti

In relazione agli aspetti di programmazione, occorre dire che tutte le informazioni analizzate (accertamenti handicap, indennità di accompagnamento, inserimenti scolastici e collocamento mirato) sembrano mostrare un progressivo aumento del numero dei soggetti disabili. Se ad un primo sguardo tali evidenze potrebbero far pensare ad una crescita del fenomeno, ad un'analisi più attenta si può ragionevolmente ipotizzare soprattutto una dinamica di emersione dello stesso: non tanto, dunque, una crescente incidenza di condizioni di disabilità, quanto piuttosto una crescita sia nelle capacità di individuazione dei soggetti da parte dei servizi che nel livello di conoscenza da parte della popolazione.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel [Quadro conoscitivo](#) e nella [Base informativa statistica](#).

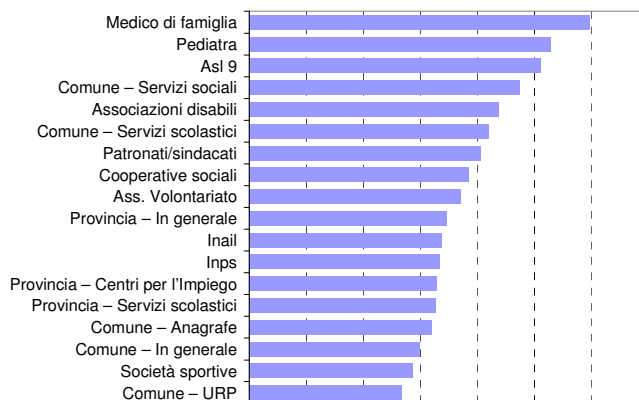
## Disabilità: quale universo?



## Disabilità: alcune cose che già sappiamo

**Aspetti segnalati da 639 famiglie di disabili intervistate:**

- **Il 59% ha difficoltà economiche**
- **Il 22% non ha alcuna rete di aiuto non retribuito al di fuori del nucleo familiare**
- **Il lavoro di cura grava in gran parte sulla famiglia**
- **Quasi il 7% delle famiglie si avvale di badanti**
- **I servizi/enti ritenuti più importanti:**



Fonte: Vivere la disabilità a Grosseto (2007) - Osservatorio Sociale

### **3.11 La famiglia nel sistema di welfare**

La famiglia è da sempre considerata il perno del nostro sistema di welfare ma negli ultimi venti anni ci sono stati una serie di mutamenti che ne hanno trasformato la consistenza di rete primaria di riferimento. Il fenomeno di semplificazione strutturale in atto, determinato da diversi fattori concomitanti (ritardata formazione della famiglia, calo della fecondità, aumento dell'instabilità familiare, etc), ha assottigliato le maglie delle reti familiari, indebolendo presumibilmente le capacità di cura delle stesse. Se la famiglia, dunque, pur rimanendo ad oggi il principale riferimento in termini di protezione e assistenza, è sottoposta a tali tensioni, quali possono essere le sue future possibilità di tenuta? E quali politiche mettere in campo per rafforzare tali capacità?

Esplorando i dati relativi alle situazioni familiari potenzialmente più fragili, si sa che attualmente quasi 1/3 delle famiglie grossetane sono di tipo unipersonale (la maggior parte composta da anziani soli) e che, date le dinamiche di separazioni e divorzi, sono presumibilmente in aumento le famiglie c.d. monogenitore (erano quasi 8.000 al censimento 2001), soprattutto madri sole con figli.

Il supporto che arriva dai servizi educativi alla prima infanzia, seppur cresciuto negli anni, non sembra ancora sufficientemente strutturato per assicurare livelli adeguati di copertura del fabbisogno. In particolare si nota una forte differenza territoriale nella presenza dei servizi che penalizzano Albegna e Metallifere.

Il Terzo settore grossetano mostra un buon radicamento su territorio e i dati degli ultimi anni indicano una certa crescita delle organizzazioni. Il livello di presenza è in linea con il dato regionale, il che assicura, almeno nei numeri, una buona rete di supporto (e integrazione) per i servizi pubblici. Su questo versante non va poi dimenticato il tessuto del settore informale (soggetti non iscritti agli albi regionali), che rappresenta comunque una risorsa per il territorio. Così come per i servizi all'infanzia, la provincia denota evidenti differenze territoriali a svantaggio di Albegna e Metallifere.

Un altro punto di riferimento per i cittadini grossetani è rappresentato dal lavoro domestico di cura (assistenti familiari, badanti, etc) e questo lo dicono sia i dati amministrativi, con una impennata del numero di lavoratori domestici provinciali (INPS), che le evidenze di due recenti indagini locali su anziani e disabili.

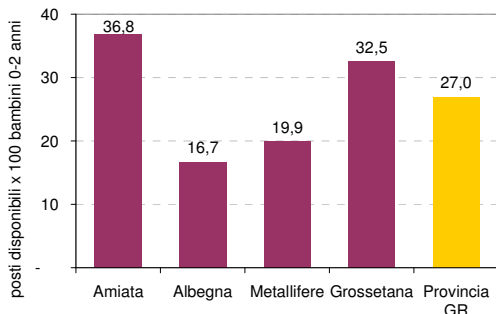
Infine, rimane senza dubbio da evidenziare la risorsa informale costituita dagli anziani del territorio, che mostrano un protagonismo sociale molto marcato, unendo ad una buona propensione associazionistica il tradizionale ruolo di supporto alla famiglia, sia in termini di aiuto giornaliero nell'organizzazione delle attività che nella fondamentale cura dei nipoti.

Al fine di rappresentare sinteticamente quanto si qui esposto, si propone di seguito un estratto delle slides contenute nel *Quadro conoscitivo*, con gli indicatori giudicati di maggior interesse. Tuttavia, per una visione d'insieme di tutti i dati e gli indicatori analizzati per questa area tematica, si raccomanda la consultazione dell'intera sezione contenuta nel *Quadro conoscitivo* e nella *Base informativa statistica*.



## Famiglia e welfare: i servizi per la prima infanzia

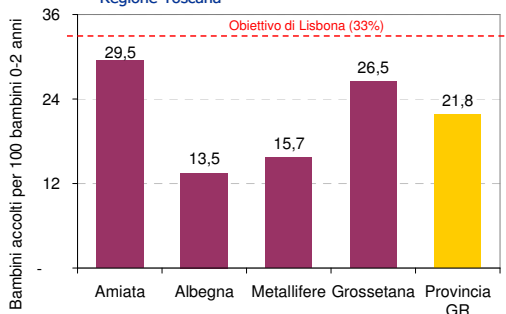
Tasso di ricettività dei servizi per la prima infanzia (2009) – Regione Toscana



**La copertura del fabbisogno potenziale per i servizi alla prima infanzia (nidi e servizi integrativi) è inferiore alla media toscana e vede penalizzate soprattutto Albegna e Metallifere**

**Anche il tasso di accoglienza riflette la medesima situazione e colloca Grosseto sensibilmente al di sotto dell'obiettivo di Lisbona.**

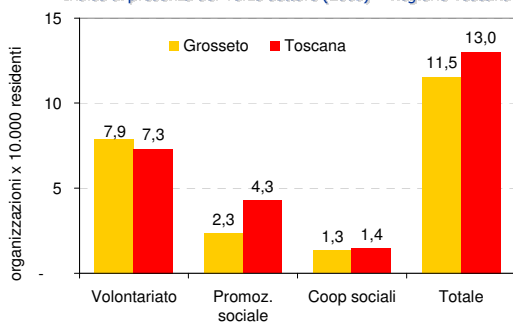
Tasso di accoglienza dei servizi per la prima infanzia (2009) – Regione Toscana



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Famiglia e welfare: il supporto del Terzo settore formale

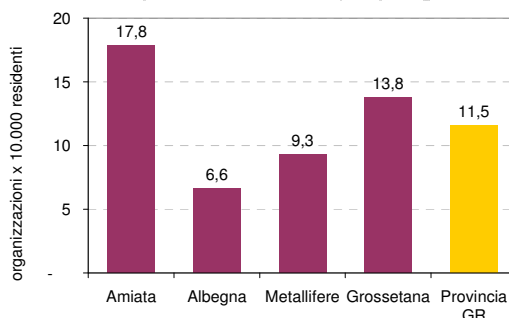
Indice di presenza del Terzo settore (2009) – Regione Toscana



**La consistenza del Terzo settore è in crescita. Le tipologie più tradizionalmente legate all'offerta di servizi (volontariato e coop sociali) sono in linea con la media regionale**

**Considerevole presenza del Terzo settore nell'Amiata e nelle Grossetana (sopra la media toscana), minore consistenza nelle Metallifere e nell'Albegna**

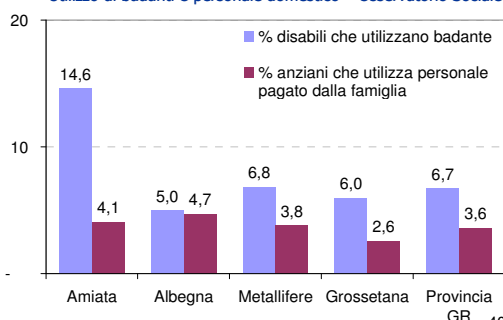
Indice di presenza del Terzo settore (2009) – Regione Toscana



Elementi per il profilo di salute della provincia di Grosseto

## Famiglia e welfare: il ruolo del lavoro domestico di cura

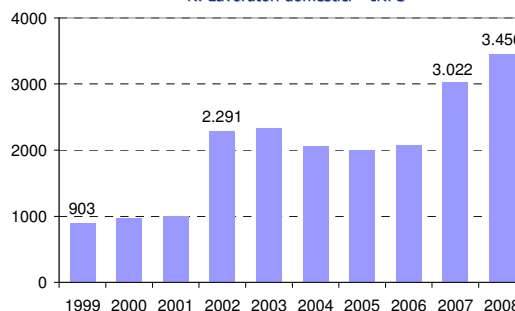
Utilizzo di badanti e personale domestico – Osservatorio Sociale



**La domanda:**  
due recenti indagini dell'Osservatorio Sociale ci dicono che il 6,7% delle famiglie con disabili utilizzano stabilmente badanti ed il 3,6% degli anziani in caso di bisogno utilizza personale pagato dalla famiglia

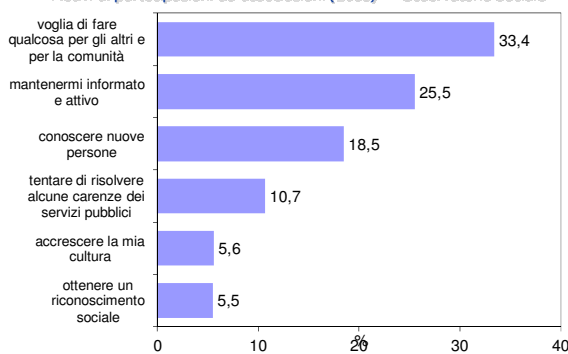
**L'offerta:**  
in 10 anni il numero di lavoratori domestici nella provincia di Grosseto è quadruplicato (3.456 al 2008). È rappresentato quasi interamente da donne e oltre l'80% sono di nazionalità straniera.

N. Lavoratori domestici – INPS



## Famiglia e welfare: il supporto degli anziani

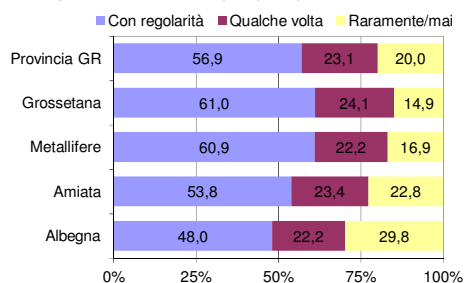
Motivi di partecipazioni ad associazioni (2005) – Osservatorio Sociale



**Il supporto alla famiglia:**  
oltre il 60% presta regolarmente aiuto a familiari/parenti e circa l'80% di chi ha nipoti si occupa della loro cura

**La propensione associazionistica:**  
quasi il 20% dei 1.500 anziani grossetani intervistati fa parte di un'associazione

Frequenza nella cura dei nipoti (2005) – Osservatorio Sociale

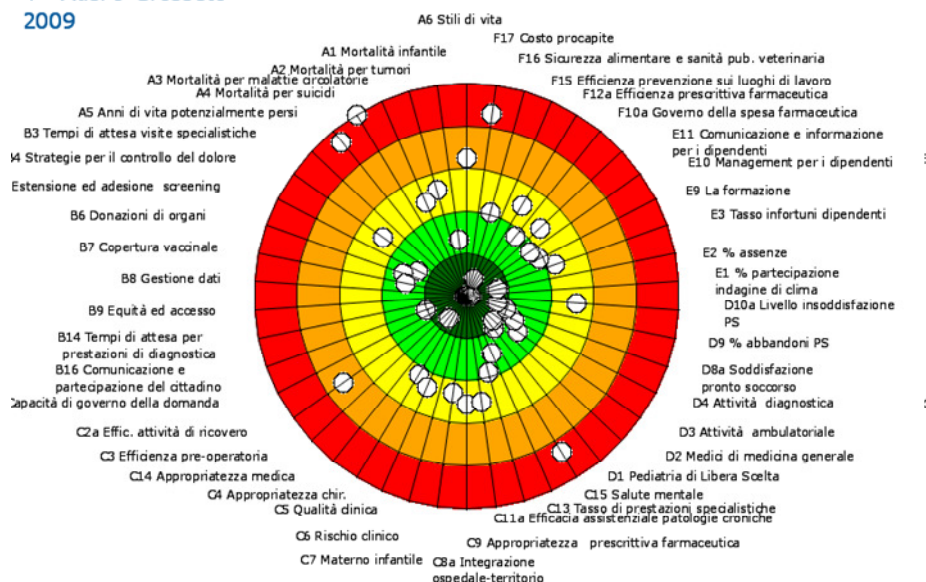


### 3.12 La performance della AUSL9 Grosseto.

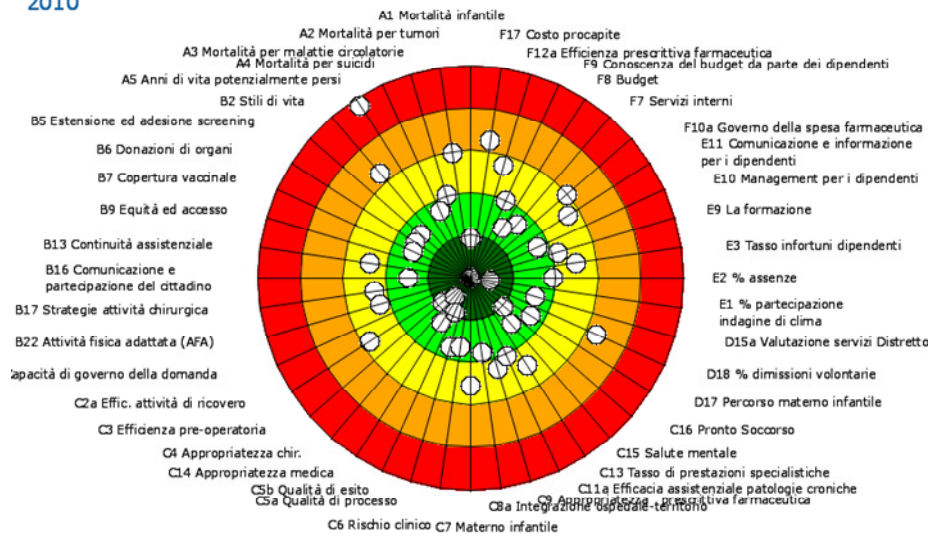
La performance della AUSL 9 riferita al sistema di valutazione MES è stata anche nel 2010 discreta: ben 28 indicatori si collocano in fascia buona-ottima, e solo 7 in fascia scarsa ( non sono stati considerati gli indicatori riferiti allo stato di salute della popolazione). L'azienda in particolare ha raggiunto un'ottima performance nella capacità di offrire servizi con equità. Nella prevenzione si registrano buoni risultati specie nella copertura vaccinale e nell'offerta dei programmi relativi agli screening oncologici. Si realizza anche una importante riduzione dei ricoveri ospedalieri con il più basso tasso a livello regionale. Contemporaneamente è migliorata anche l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri con una buona tenuta dell'assistenza territoriale, che è riuscita a farsi carico della maggior "pressione" senza perdita dell'efficacia assistenziale. La soddisfazione dei residenti sembra essere elevata se si considera che la percentuale di abbandoni da PS è la più bassa a livello regionale e che anche gli utenti dei servizi territoriali hanno espresso buone valutazioni dei servizi offerti. L'Ausl 9 è passata da essere la 12° nella graduatoria MES 2006 a prima nel 2009 denotando una capacità di miglioramento decisamente alta. Ovviamente anche la relazione tra le performance e costo pro-capite è migliorata: l'Azienda continua ad avere un costo pro-capite elevato anche se in questo gioca un ruolo importante lo stato di salute della popolazione che solo in piccola parte è determinata dai servizi sanitari erogati. In sintesi i punti di forza sono la capacità di governo della domanda, l'equità e l'accesso ai servizi, le attività di prevenzione, la gestione del rischio clinico oltre all'equilibrio economico reddituale.

I punti di debolezza sono soprattutto quelli che in maggior misura attengono alla sfera comportamentale della nostra popolazione, quali gli indicatori relativi agli stili di vita e all'adesione agli screening oncologici. Migliori performance dovranno essere ottenute anche nel campo dei percorsi materno infantili.

T - Ausl 9 Grosseto  
2009



T - Ausl 9 Grosseto  
2010



## **Il Gruppo di lavoro:**

- Cristina Buriani (Resp. Dipartimento di Pianificazione, programmazione e controllo Ausl 9)
- Maurizio Trifoglio (Direttore Sds Colline Metallifere)
- Fabio Falorni (Coordinatore Sanitario Distretto Colline Metallifere)
- Aldo Babbanini (Responsabile Zona-Distretto Colline dell'Albegna)
- Giulio Morganti (Direttore Sds Amiata Grossetana)
- Fabrizio Boldrini (Direttore Sds Coeso-Grosseto)
- Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche, in rappresentanza dell'Osservatorio Sociale della Provincia di Grosseto)
- Paolo Piacentini (Direttore U.O. Epidemiologia Ausl 9)
- Massimo Campedelli (Laboratorio Wiss/Dirpolis della Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa)
- Sara Barsanti (Laboratorio Mes della Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna di Pisa)
- Silvia Fiorentini (Esecutore amm. Coeso Sds Grosseto)
- Francesca Nisticò (specializzanda in Igiene e Medicina Preventiva Univ. Di Siena)