

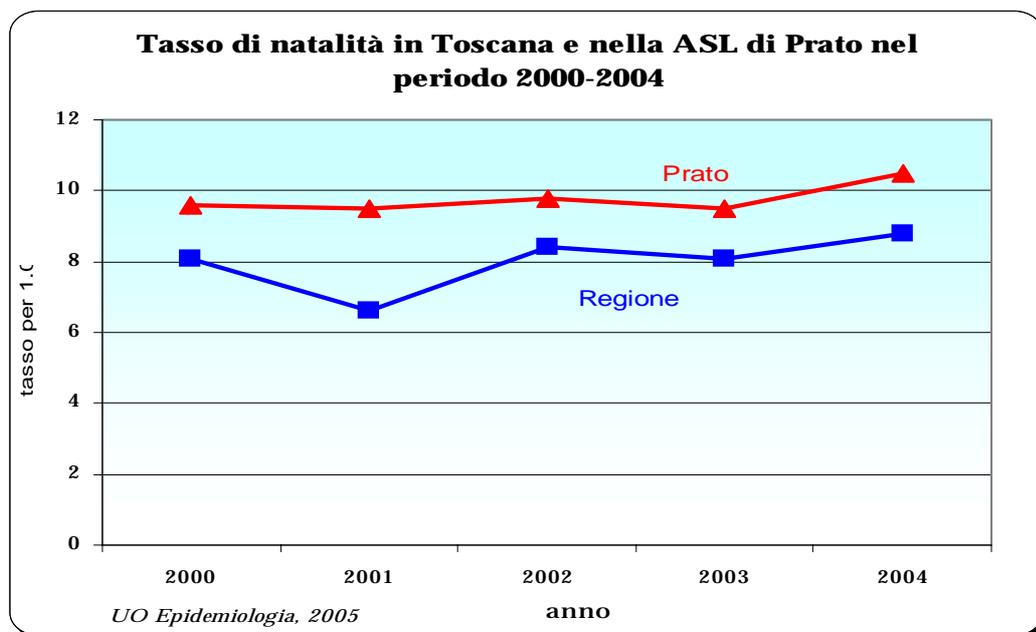
6. AMBITI DI INTERVENTO

6.1 Maternità e infanzia

6.1.1 La gravidanza ed il parto

Nel 2003, sulla base dei Certificati di Assistenza al Parto (CAP), nella Asl di Prato si sono verificati 2.766 parti, di questi l'85,0% (pari a 2.345) si sono verificati nell'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato (85,0%) ed il 15,0% (pari a 421) in altri presidi della Toscana, in particolare negli ospedali dell'Asl di Firenze (12,8%).

Considerando soltanto le donne residenti o domiciliate nella provincia di Prato i parti sono stati 2.549 (l'83,5% di questi si è verificato nel Presidio Ospedaliero aziendale), con un tasso di natalità (nati nell'anno/popolazione generale per 1.000) pari a 10,5 per 1.000 abitanti (ab.), valore superiore a quello medio toscano (8,8 per 1000 ab.) ed italiano (9,2 per 1000 ab.).

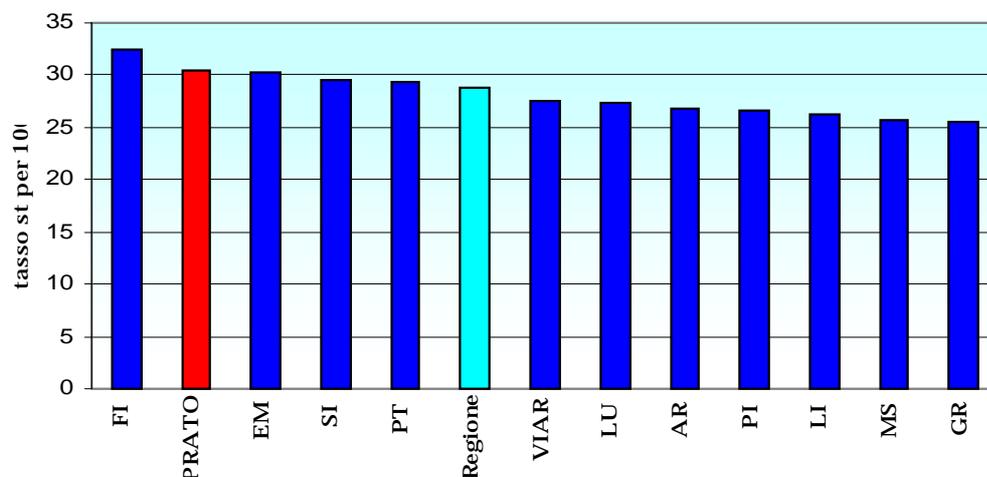


Il tasso di fecondità nello stesso anno (nascite/donne tra 15-49 anni) è risultato di 45,8 per 1.000 donne in età feconda, anche questo più elevato del tasso toscano (37,0 per 1.000) ed italiano (39,1).

La maggiore natalità di Prato si evidenzia anche osservando il trend del quinquennio 2000-2004: i tassi della Asl 4 risultano abbastanza stabili nel periodo e costantemente superiori a quelli della Toscana.

Ad ulteriore conferma, il confronto dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per gravidanza, parto e puerperio, elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità, dimostra che Prato ha presentato uno dei tassi più elevati (30,4 per 1.000 ab.), superiore alla media regionale (28,8 per 1.000 ab.) e secondo soltanto al tasso di ospedalizzazione di Firenze (32,4 per 1.000 ab.).

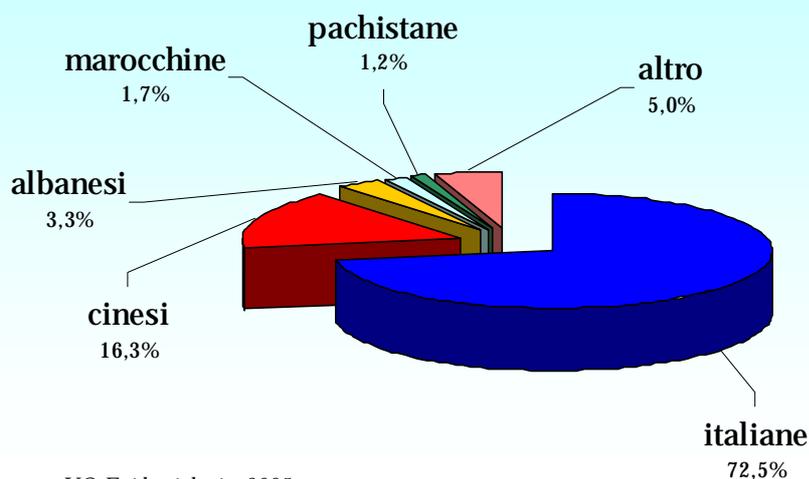
Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per età) per gravidanza, parto e puerperio nelle ASL della Toscana. Anno 2001



UO Epidemiologia, 2005

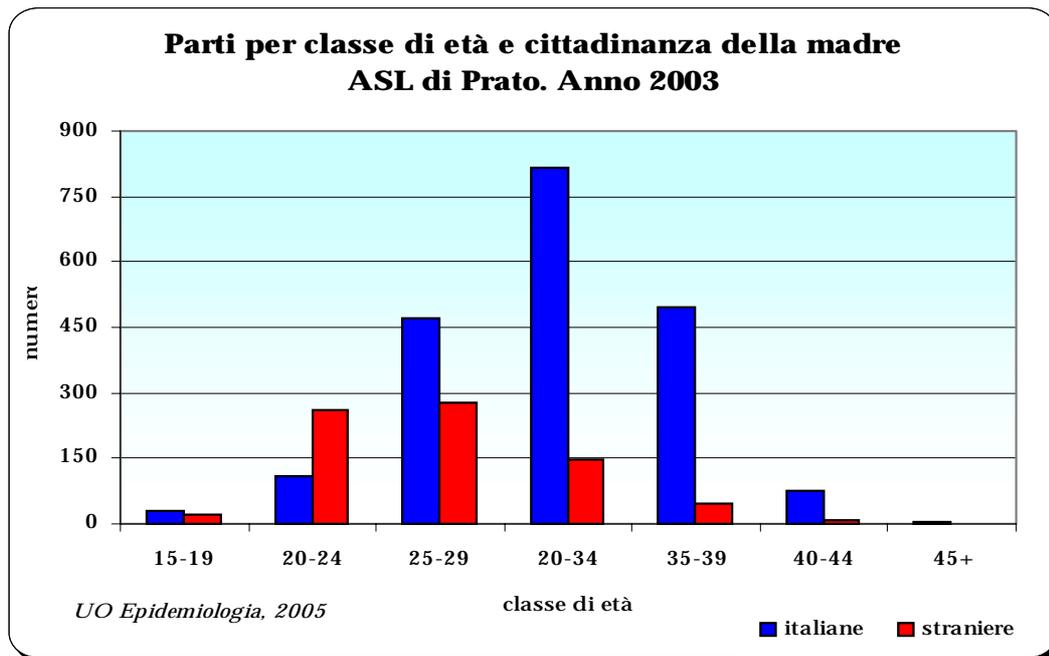
Delle donne che hanno partorito a Prato nel 2003, ben il 27,5% ha una cittadinanza diversa da quella italiana (in Toscana nel 2001 tale percentuale era del 12,6). I paesi di origine delle donne con cittadinanza estera nel 98,5% dei casi sono i cosiddetti Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), in particolare la Cina (16,3%), l'Albania (3,3%), il Marocco (1,7%) ed il Pakistan (1,2%).

Composizione percentuale dei parti per cittadinanza della donna. ASL di Prato. Anno 2003



UO Epidemiologia, 2005

L'età media della madre al momento del parto è risultata di 29,4 anni, valore lievemente inferiore rispetto a quello toscano (31,2 anni). Le donne italiane, in generale, presentano al momento del parto una maggiore età (31,4 anni) rispetto alle straniere (26,7 anni); se in media il 42,3% delle donne che hanno partorito nel 2003 ha meno di 30 anni, sono state quasi esclusivamente le straniere a partorire in questa fascia di età (73,6%), mentre il 69,5% delle italiane partoriscono dopo i 30 anni.



Oltre all'età, anche il titolo di studio e la condizione professionale influenzano il comportamento riproduttivo della donna. Nell'anno in esame il 51,5% delle partorienti ha presentato una scolarità medio-bassa (diploma di scuola media inferiore o elementare), soprattutto nel caso di cittadine straniere (79,2%); il 38,0% ha un diploma di scuola media superiore e soltanto il 9,1% è laureato. Al momento del parto il 70,9% delle donne è risultata occupata, il 24,9% casalinga, il 2,2% disoccupata e l'1,2% studentessa.

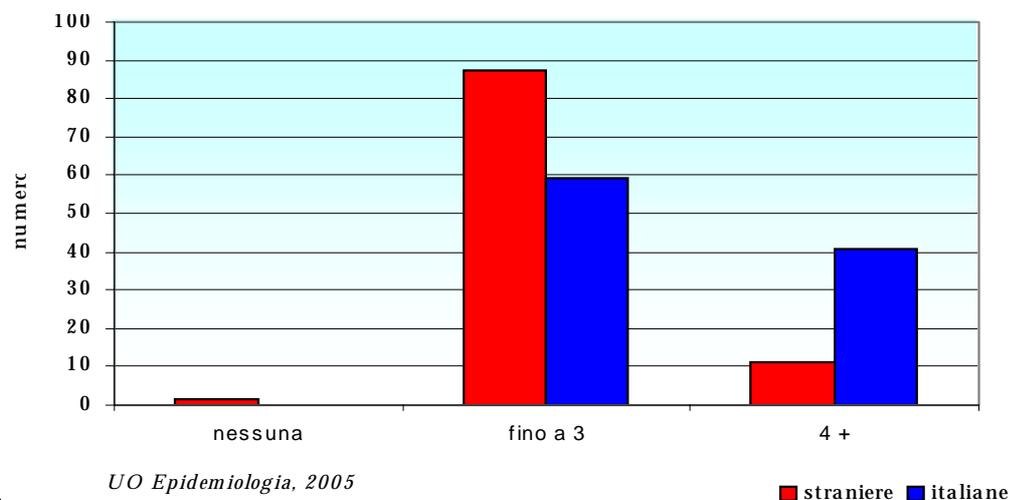
A conferma che il fare i figli nel nostro paese è ancora una prerogativa della coppia sposata, il 77,2% delle donne sono risultate coniugate (80,4% tra le italiane e 65,3% tra le straniere), mentre il 20,9% nubili. Il 61,7% delle donne che hanno partorito nel 2003 è al primo parto, il 33,2% aveva già un figlio, il 2,5% due figli e le restanti un numero di figli maggiore.

Il 95% delle donne non ha avuto precedenti aborti spontanei.

Abbastanza buona sembra essere l'assistenza alla donna in gravidanza, sebbene nell'archivio CAP dell'anno in esame non venga riportato il numero di visite che hanno eseguito le partorienti (dato mancante in 2.357 casi). La prima visita è stata comunque effettuata entro i primi tre mesi di gravidanza nel 73,6% dei casi. Sono essenzialmente le donne italiane a sottoporsi precocemente a visita (85,0% contro il 43,3% delle straniere), mentre più frequentemente sono straniere le donne che effettuano la prima visita nelle fasi avanzate della gravidanza (dopo la 24 settimana si sottopongono alla prima visita il 7,6% delle straniere contro lo 0,5% delle italiane).

Il numero medio di ecografie eseguite nel 2003 è stato di 3,3 ecografie per donna, inferiore al valore medio toscano (4,6), e con una modesta differenza tra le donne italiane (3,6 per donna) e le donne straniere (2,3 per donna).

Numero di ecografie effettuate nel corso della gravidanza per cittadinanza della madre. ASL di Prato. Anno 2003

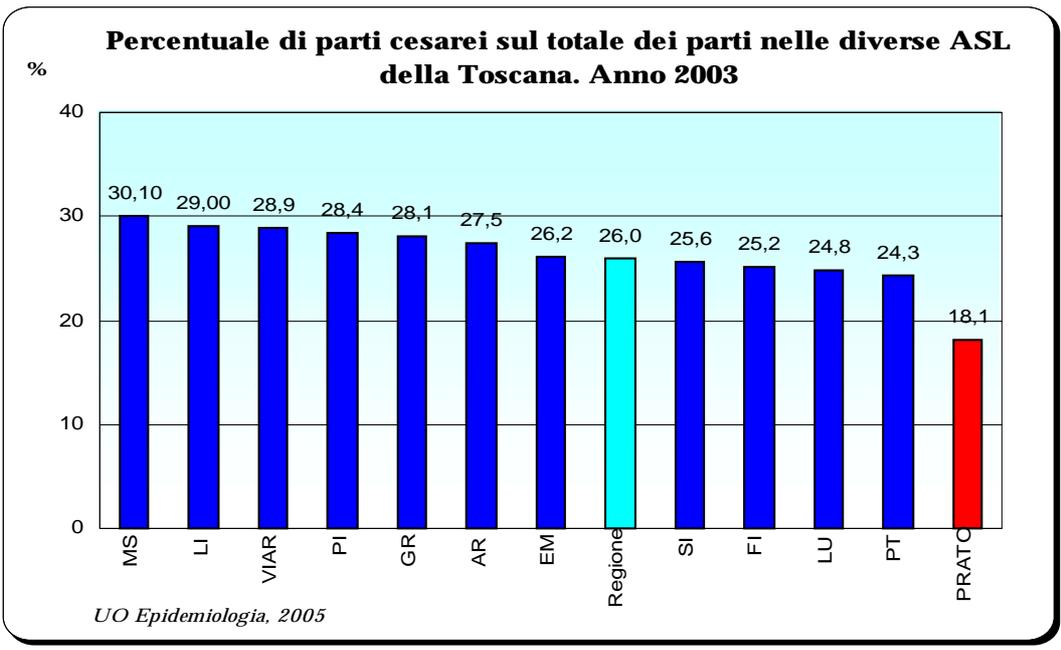


Una donna su due si è sottoposta alle tre ecografie raccomandate nel protocollo di assistenza alla donna in gravidanza previsto dalla regione Toscana; solo un numero trascurabile non ha effettuato questa indagine (0,5%), mentre il 34,7% ne ha eseguite quattro o più.

In linea generale l'88,8% delle donne ha aderito alle indicazioni previste nel protocollo regionale citato, con una notevole differenza tra le italiane (97,2%) e le straniere (66,5%).

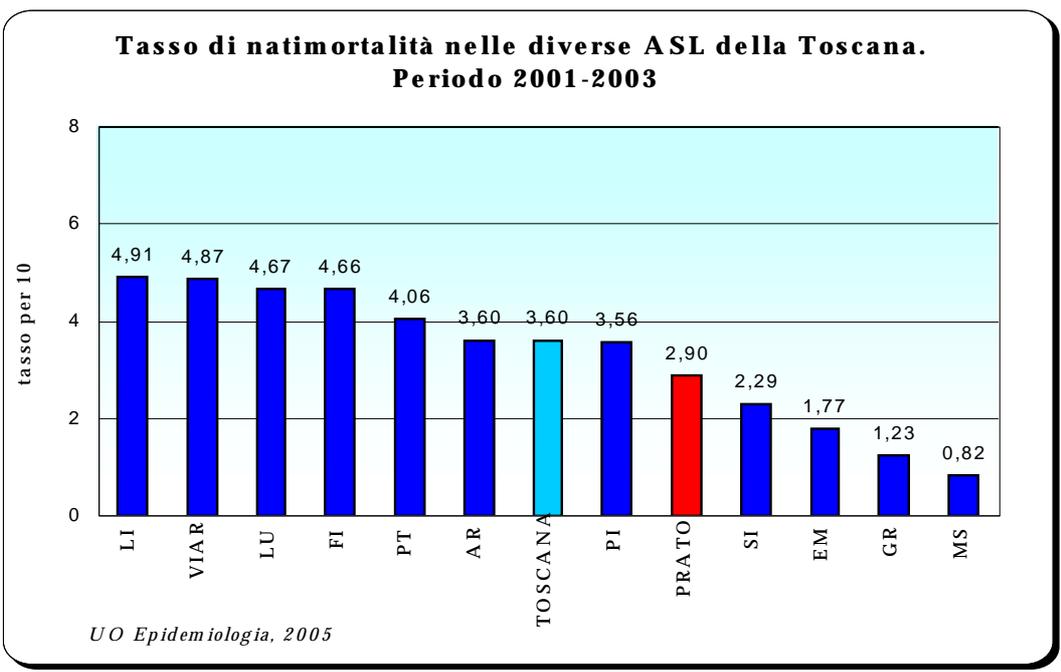
Sebbene la maggior parte delle donne nel corso della gravidanza sia seguita prevalentemente da un professionista privato (63,6%), soprattutto se italiana (83,2%), la sede preferita per il parto è nella quasi totalità dei casi (97,5%) una struttura pubblica. Si tratta per lo più di parti semplici (97,9%); la percentuale di parti plurimi osservata nel periodo 2001-2003 (per stabilizzare il dato registrato) ha evidenziato valori molto simili tra Prato e la regione Toscana (a Prato 2,8% vs 2,7% a livello regionale).

Nella maggioranza dei casi il parto avviene con modalità spontanea (7,9%). La percentuale di parti cesarei effettuata nell'Asl di Prato, come già osservato negli anni precedenti, è la più bassa tra le Asl toscane, nettamente inferiore (18,1%) al valore medio regionale (26,0%) ed in linea con l'obiettivo del 15-20% fissato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile del Piano Sanitario Nazionale.

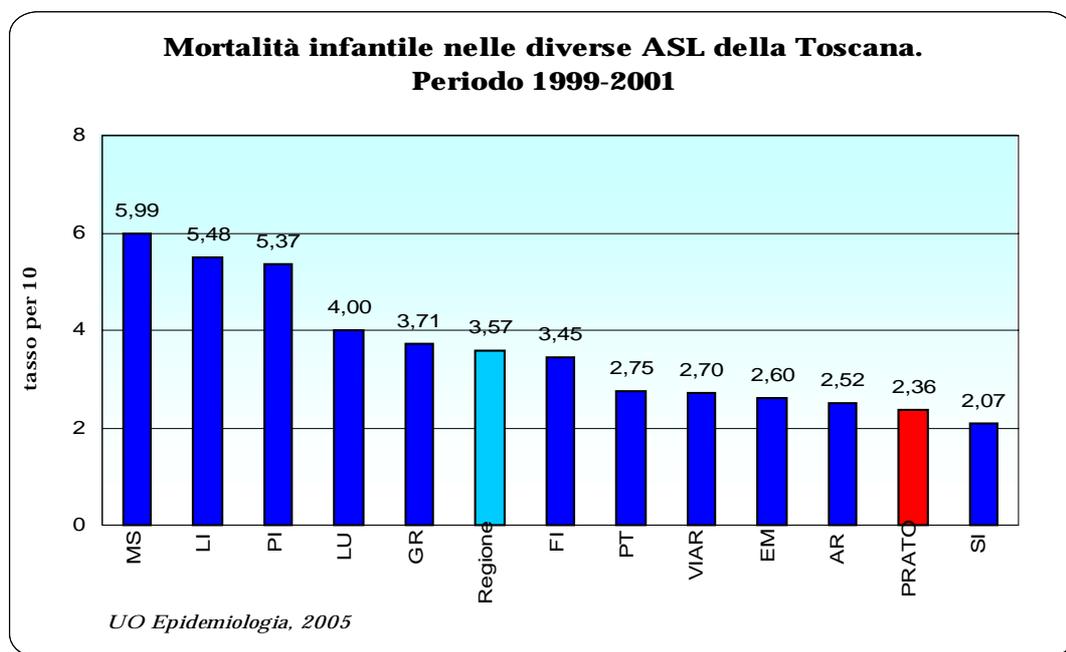


I nati morti nel triennio 2001-2003 sono stati 18 ed il relativo tasso di nati-mortalità (nati morti/nati) è risultato di 2,9 ogni 1.000 nati, inferiore al valore regionale che nello stesso periodo è stato di 3,6 per 1.000 nati. Nel confronto con le altre Asl della Toscana, Prato presenta un valore di natimortalità medio-basso, occupando nella graduatoria di frequenza il quintultimo posto.

Analogamente anche la mortalità perinatale (nati morti e morti nei primi sette giorni di vita) e neonatale (morti nel primo mese di vita) presentano valori molto bassi; nell'Asl di Prato nel triennio considerato le morti fetali o decessi nei primi sei giorni di vita sono stati circa 3 ogni 1.000 nati ed intorno ad 1 decesso si è verificato nel primo mese di vita (i valori rispettivi osservati nella Regione sono stati 4,54 e 2,35 per 1.000 nati).

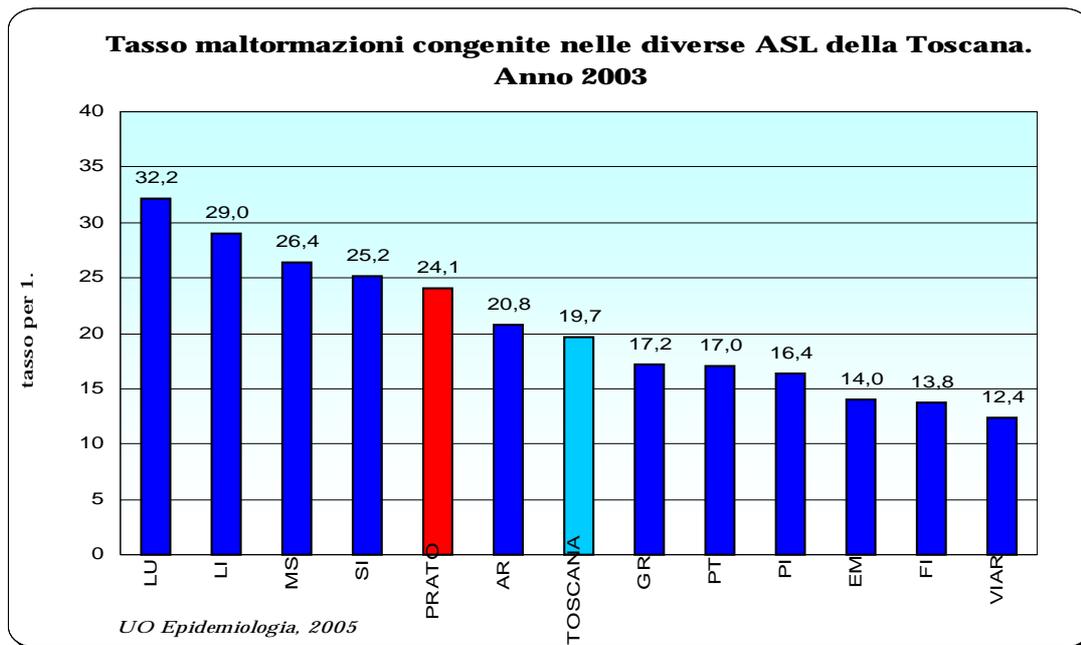


Il tasso di mortalità infantile (nati vivi morti nel primo anno di vita/nati vivi per 1.000) calcolato nel 2003 è uno dei più bassi della Toscana: 2,4 per 1.000 nati vivi. Tra le Asl toscane, Prato occupa il secondo posto dopo Siena (2,07).



Il tasso di mortalità infantile viene considerato un indicatore del livello di sviluppo di un Paese in quanto è influenzato essenzialmente dalle condizioni ambientali e di vita, dai progressi nelle tecniche diagnostiche e nell'assistenza alla gravidanza e al parto. La situazione di Prato rispetto a questi decessi può essere giudicata molto buona; il valore di mortalità infantile osservato è infatti uno dei più bassi della Toscana, che a sua volta ha un valore di mortalità infantile tra i più bassi delle regioni italiane (hanno valori migliori solo quattro regioni). Più complessa è l'interpretazione della natimortalità e della mortalità perinatale, che risentono maggiormente di fattori genetici e prenatali, in gran parte sconosciuti e scarsamente modificabili. Anche in questo caso la situazione dell'Asl pratese non si discosta dalla media toscana. A riprova della buona qualità e dell'efficacia dell'assistenza ostetrico-neonatale la percentuale di nati vivi di peso basso (inferiore a 2500 grammi) e di peso molto basso (inferiore a 1500 grammi) nel 2001-2003 a Prato è stata molto vicina (rispettivamente 6,0% e 0,8%) ai valori regionali (rispettivamente 6,2% e 0,8%).

L'archivio toscano delle malformazioni congenite segnala nel triennio 2000-2002 un tasso di malformazione congenite con esclusione dei "difetti minori", leggermente più elevato a (24,1 per 1,000 nati vivi) rispetto alla media regionale (19,7 per 1,000 nati vivi); un dato che va comunque considerato con cautela per la presenza di distorsioni legate alla sottotifica degli eventi.

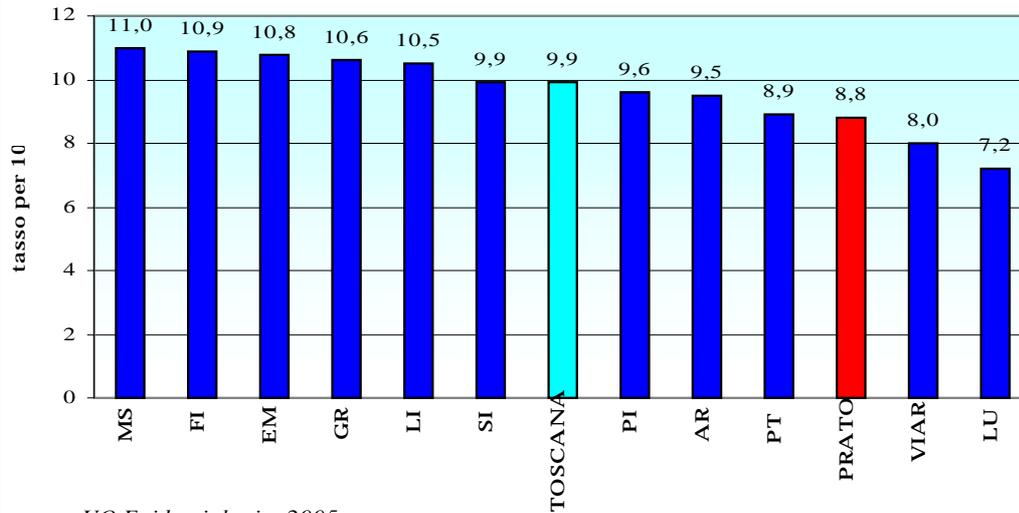


In conclusione il quadro che emerge dall'analisi mostra che la zona socio-sanitaria pratese presenta uno dei tasso di natalità e di fecondità più alti della Toscana. A questo contribuiscono in maniera determinante le straniere che costituiscono nel 2003 circa 1/3 delle puerpere. Esistono marcate differenze socio-demografiche tra le donne italiane (più anziane, maggiore scolarità e presenza di occupate) e le straniere (più giovani, meno secolarizzate e in prevalenza casalinghe), che verosimilmente influenzano il minore accesso ai servizi sanitari di queste ultime (minor numero medio di ecografie e una più alta percentuale di prime visite tardive) ma che non causano differenze per quanto riguarda gli esiti della gravidanza, sia nei termini di nati di basso peso né di nati morti.

6.1.2 Interruzione volontaria di gravidanza e aborto spontaneo

Nel 2003 le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nell'Asl di Prato sono state 594; di queste, 432 si sono verificate in donne residenti nel territorio aziendale (pari al 72,7%) e 158 in non residenti (26,6%). Per 4 donne la residenza non era riportata). Il tasso di abortività relativo è stato di 8,8 per 1.000 donne in età feconda (15-49 anni), inferiore al valore medio toscano (9,9 per 1.000 donne) ed al valore italiano (9,7 per 1.000 donne).

Tasso di ospedalizzazione per IVG nelle diverse ASL della Toscana. Anno 2003

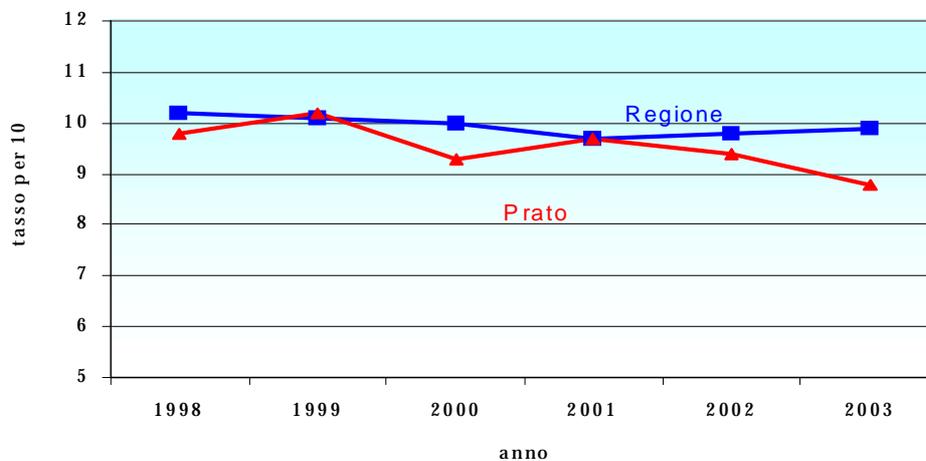


Rispetto alle altre Asl toscane, il tasso registrato a Prato è superiore soltanto a quello di Viareggio e Lucca.

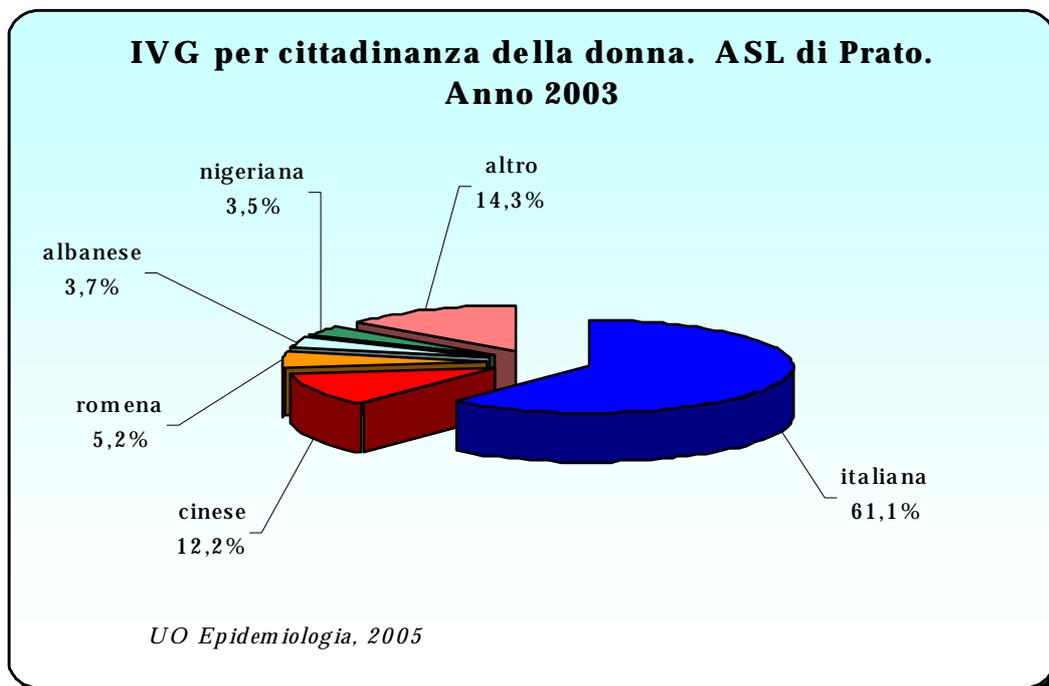
Il trend osservato nel periodo 1998-2003 ha mostrato un andamento in lieve riduzione (-0,1%), analogamente a quanto rilevato nell'ultimo decennio in Toscana e in Italia. Nella nostra area ancora non si è evidenziata la tendenza verso la stabilizzazione dei tassi registrata a partire dalla fine degli anni '90 in Italia e negli ultimi anni anche in Toscana, che è stata messa in relazione all'aumentata presenza di donne immigrate che sembrano avere un rischio maggiore di ricorrere all'IVG.

Nel 2003 il 38,9% delle donne che si sono sottoposte all'IVG hanno presentato una cittadinanza diversa dalla italiana, prevalentemente cinese (12,2%), romena (5,2%, albanese (3,7%) e nigeriana (3,5%).

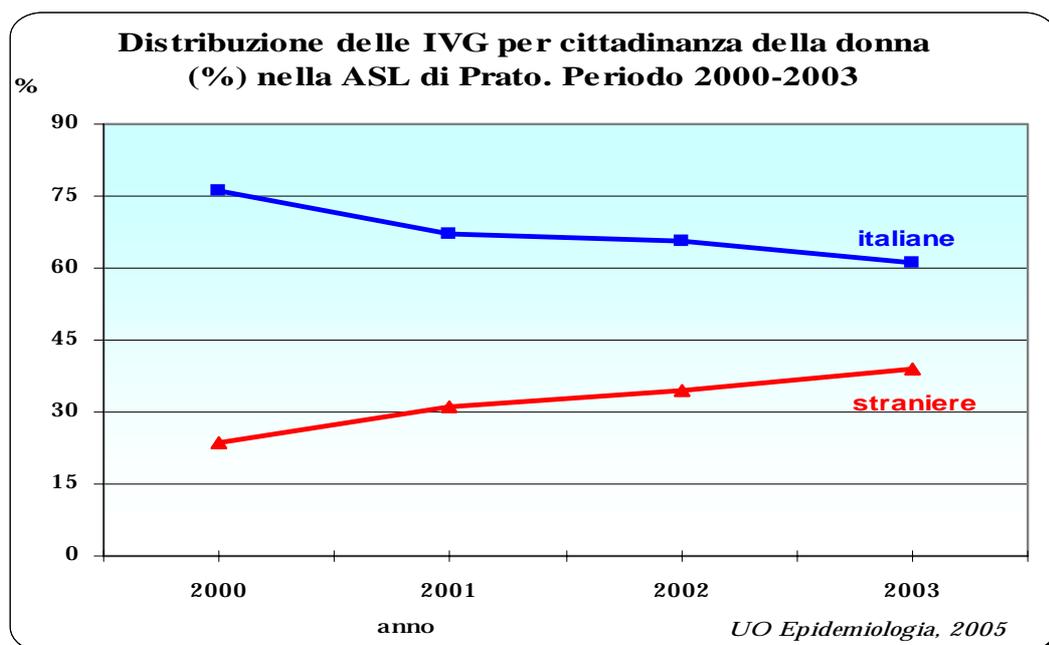
Tasso di ospedalizzazione per IVG nella regione Toscana e nella ASL di Prato. Periodo 1998-2003



Dal 2000 al 2003 la percentuale di cittadine straniere che si sono sottoposte all'IVG ha mostrato un costante aumento, passando dal 23,7% del 2000 al 38,9% del 2003.



L'età media delle donne che si sono sottoposte all'IVG è stata di 27,6 anni, lievemente più anziana nelle italiane (29,7 anni) e più giovane nelle straniere (26,5 anni). Mediamente una donna su due ha meno di 30 anni. Nell'anno in esame al momento dell'IVG erano minorenni 12 donne pari al 2,8% di tutte le donne, valore inferiore a quello toscano (3,3%); di queste, il 75% aveva la cittadinanza italiana.



L'esposizione al rischio di concepimento e quindi la probabilità di essere sottoposte all'IVG è naturalmente influenzato dallo stato civile. Nel 2003 hanno fatto ricorso all'IVG

soprattutto le nubili (45,8%), seguite dalle coniugate (40,8%) e quindi, a notevole distanza, dalle separate/divorziate (7,5%) e dalle vedove (5,9%).

La proporzione di donne nubili e coniugate è notevolmente diversa a seconda della cittadinanza: sono infatti coniugate il 36,2% delle italiane ed il 46,2% delle straniere (nubili rispettivamente il 48,6% ed il 42,6%). La tendenza alla riduzione della proporzione di donne coniugate che si sottopongono all'IVG è in accordo con quanto già osservato a livello nazionale e regionale; il tasso di abortività per le coniugate è infatti passato nel periodo 1981-2001 da 17,7 a 8,7 per 1.000 donne in età feconda in Italia e da 17,7 a 9,3 in Toscana.

Nonostante l'influenza che le modificazioni dei costumi sociali (riduzione dei matrimoni, aumento delle convivenze...) possano avere su questo fenomeno, si ritiene che la riduzione della quota di donne coniugate (nei primi anni '80 erano circa il 60%) sia verosimilmente conseguenza di una migliore pianificazione del comportamento riproduttivo della donna.

Distribuzione delle IVG (numero e percentuale) per stato civile della donna e cittadinanza (ASL Prato, 2003)						
	Italiane		Straniere		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Nubile	141	48,6	106	42,6	247	45,8
Coniugata	105	36,2	115	46,2	220	40,8
Separata/divorziata	27	9,3	13	5,2	40	7,5
Vedova	17	5,9	15	6,0	32	5,9
Totale	290	100	249	100	539	100
Non rilevato	27		28		55	

Rispetto al titolo di studio, la maggior parte delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2003 ha presentato una licenza di scuola media inferiore (58,4%), senza sostanziali differenze a seconda della cittadinanza (italiane 57,4% vs straniere 59,4%). Il titolo di scuola media superiore è posseduto dal 31,3% delle donne (italiane 32,8% vs straniere 29,5%), mentre le laureate sono state il 4,7% (italiane 4,2% vs straniere 5,1%).

La metà circa delle donne che si sono sottoposte all'IVG (47,6%) sono risultate occupate, soprattutto nel caso di italiane (52,3%); al secondo posto vi sono state le casalinghe (25,4%) e quindi le studentesse (5,9%). Sono disoccupate il 4,9% delle donne che si sottopongono all'IVG.

L'aver già raggiunto il numero di figli "desiderato" non sembra influenzare in maniera spiccata il ricorso all'IVG, se infatti il 52,4% delle donne ha già uno o più figli, ben il 47,6% non ha avuto parti precedenti.

La proporzione di donne che hanno fatto ricorso all'IVG per la prima volta nel 2003 è stata del 71,1%, mentre la percentuale di aborti ripetuti è stata del 28,9%, superiore al valore medio toscano (23,0%).

Distribuzione delle IVG ripetute per cittadinanza della donna e per numero delle IVG precedenti (ASL Prato, 2003)					
Cittadinanza	n.	Donne con almeno una IVG precedente		Donne con più di una IVG precedente	
		n.	%	n.	%
Italiane	322	70	21,7	17	5,3
Straniere	272	102	37,5	34	12,5
Totale	594	172	28,9	51	8,6

Sono soprattutto le donne straniere che ricorrono alle IVG ripetute (straniere 37,5% vs italiane 21,7%); in particolare due o più IVG sono state effettuate dal 12,5% delle straniere e dal 5,3% delle italiane. Secondo i dati di sorveglianza nazionali le donne straniere hanno un rischio di ricorrere all'IVG che circa tre volte maggiore rispetto a quello delle italiane¹. L'abortività ripetuta è comunque in lenta diminuzione dalla fine degli anni '90, era infatti del 30% nel 1989, a testimonianza che l'IVG come metodo di controllo della fecondità trova sempre meno consensi tra le donne.

Nell'anno in esame il 76,2% delle donne ha effettuato, come raccomandato dalle principali organizzazioni mondiali, l'intervento di interruzione entro la decima settimana di gestazione (italiane 82,1% e straniere 69,1%), negli altri casi l'interruzione è stata eseguita entro la dodicesima settimana. Nessuna interruzione è stata effettuata dopo i primi 90 giorni.

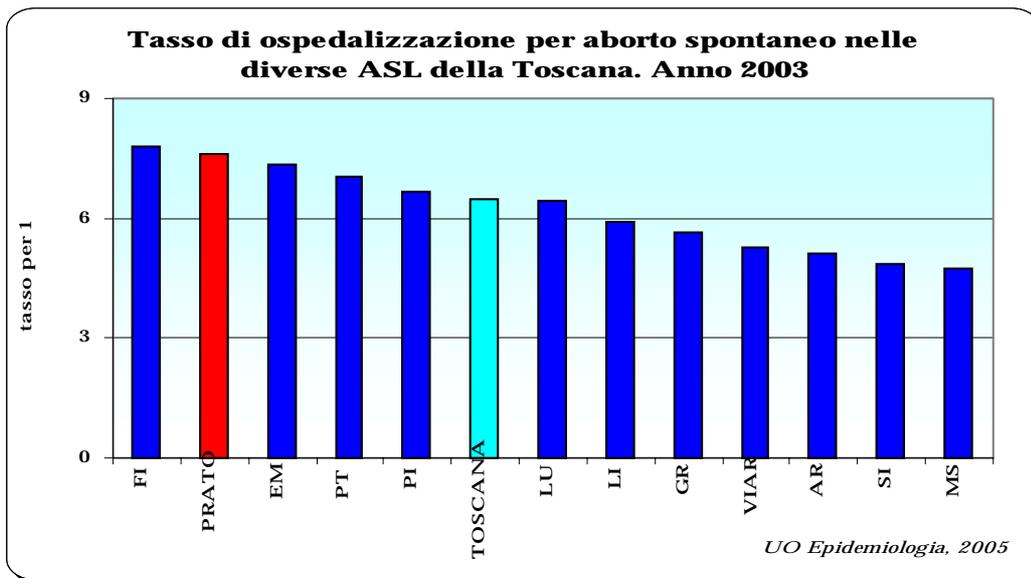
Come previsto dalla legge 194, il luogo dove è stata rilasciata la certificazione è stato per la maggior parte delle donne il consultorio familiare (63,8%), soprattutto per le donne straniere (77,4%), al secondo posto si è collocato il proprio medico di fiducia (29,6%) e quindi il servizio ostetrico-ginecologico.

Il tempo di attesa dalla richiesta di intervento alla data dell'intervento stesso, indicatore dell'efficienza del presidio ospedaliero, è nella metà dei casi (51,6%) inferiore o uguale a 14 giorni senza differenze sostanziali a seconda della cittadinanza (italiane 52,9% e straniere 50,0%).

L'intervento è stato effettuato in strutture pubbliche in regime di Day Hospital per tutti i casi, la metodica utilizzata è stata esclusivamente l'isterosuzione mediante Karman, in accordo con le raccomandazioni internazionali e con il Piano Sanitario Regionale.

In conclusione, dall'analisi degli archivi locali, relativamente all'IVG emerge la buona assistenza delle donne che si sottopongono all'intervento, la maggior parte delle donne riesce a effettuare l'intervento nell'arco di tre settimane e le procedure d'intervento utilizzate sono le più sicure (isterosuzione); elemento negativo è il maggiore ricorso all'interruzione della gravidanza da parte delle donne straniere che vivono nel nostro territorio, le quali inoltre più frequentemente vanno incontro ad aborti ripetuti. E' quindi necessario migliorare l'accesso delle donne straniere ai servizi territoriali dedicati alla salute della donna ed aumentare le loro conoscenze sulla salute riproduttiva e sulla procreazione cosciente e responsabile.

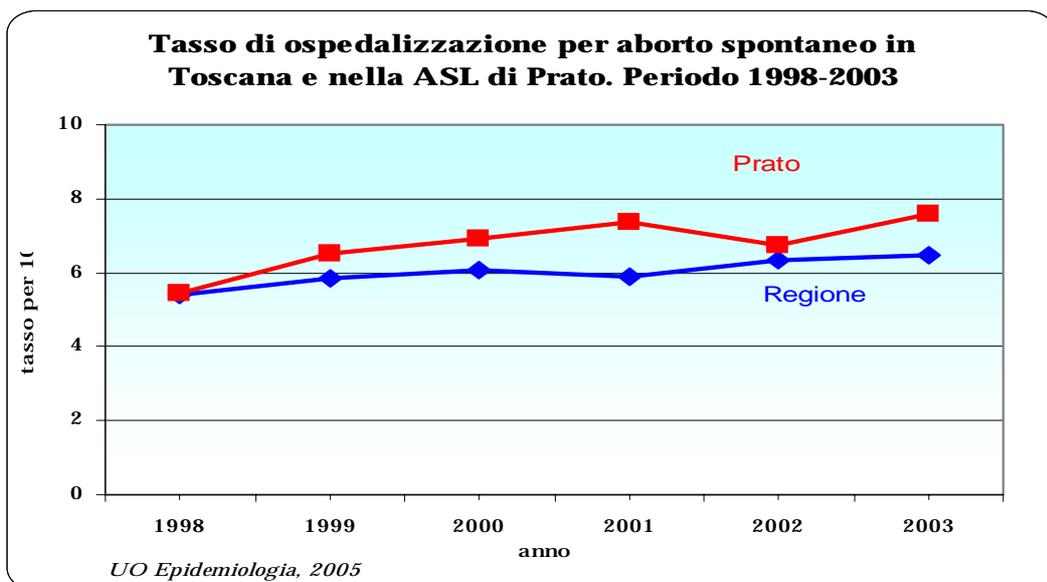
¹ Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità per l'interruzione volontaria di gravidanza (L. 194/78); dati preliminari 2003 e dati definitivi 2002.



Nell'anno in esame gli aborti spontanei (AS) sono stati 515; il tasso di abortività spontanea per 1000 donne in età feconda (numero AS/donne tra 15-49 anni) è stato di 7,6. Rispetto alle altre Asl toscane, il tasso di Prato è tra i più elevati, preceduto soltanto da Firenze. L'andamento dal 1998 al 2003 ha mostrato una lieve tendenza all'aumento, come evidenziato anche per la regione.

I ricoveri per AS hanno coinvolto prevalentemente le donne italiane (72,4%), seguite dalle cinesi (12,4%) e quindi dalle nigeriane (2,9%) e dalle albanesi (2,7%). L'età media della donna è risultata di 30,7 anni; il 51,7% ha un'età compresa tra 30-39 anni. Le donne straniere sono in media più giovani, l'età media è stata infatti di 30,2 anni contro i 33,9 anni delle italiane.

Rispetto allo stato civile la maggioranza delle donne che ha presentato un AS è risultata coniugata (68,9%).



Relativamente alla condizione sociale della donna, che può essere definita indirettamente attraverso l'analisi del titolo di studio e della condizione professionale, si è osservato che le

donne che hanno subito un AS hanno prevalentemente una bassa scolarità (51,3% ha diploma elementare o di scuola media inferiore) e sono occupate (69,1%). Non è possibile ricostruire l'attività lavorativa delle donne che sono andate incontro ad un AS nel 2003 per la presenza di molti dati mancanti (la posizione nella professione è riportata soltanto nel 54,2% dei casi ed il ramo di attività economica nel 65,2%). Analogamente, non è possibile analizzare la causa dell'evento che nella più parte dei casi è attribuito a "causa non determinata".

6.1.3 Il progetto "Mamma segreta"

Nell'ambito di RETIS (Rete Europea Transregionale per l'Inclusione Sociale) nell'area pratese si è sviluppato il progetto sperimentale "Mamma Segreta", per la prevenzione degli abbandoni alla nascita e per la tutela delle gestanti e delle madri in grave difficoltà psico-sociale. Il progetto è divenuto quindi un modello per l'intera regione. Nel periodo 2000-2005 gli operatori di "Mamma Segreta" si sono occupati di 40 casi (26 donne straniere); di questi, 9 si sono conclusi con il riconoscimento del bambino da parte della madre, in 29 casi la donna ha invece partorito in ospedale senza poi riconoscere il figlio, mentre solo in 2 casi la donna ha deciso di ricorrere all'interruzione di gravidanza.

6.2 Minori

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 ha dato notevole rilevanza alle azioni in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, prevedendo uno specifico "Piano di Azione per i diritti dei minori"², che contempla azioni rivolte a minori in difficoltà ed azioni finalizzate al contrasto della povertà. L'indicazione è quella di orientarsi verso interventi di sostegno al minore ma anche ai componenti della famiglia, al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale.

6.2.1 Interventi per minori in famiglia

I dati relativi agli interventi per i minori sono ricavati dalle schede del Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, compilate ogni anno da ciascuna zona socio-sanitaria. Per gli interventi a favore del minore che vive in famiglia sono censite le attività di mediazione familiare, di assistenza economica e di assistenza domiciliare educativa.

Le rotture coniugali (in Toscana gli ultimi dati Istat mostrano un aumento delle separazioni, +4,9%, e dei divorzi, +4,5%) ed il conseguente disgregarsi della rete familiare che circonda il minore, sono elementi che possono generare difficoltà nel bambino, non solo per la perdita affettiva di una unità tra i genitori, ma dovute anche al processo di elaborazione del sentimento di abbandono.

La tutela dell'interesse del minore coinvolto nelle separazioni è oggetto dell'attività del *Centro di Mediazione Familiare*, che fa capo all'*Agenzia per le politiche minorili* di Prato. Nel

² Adottato dalla Regione Toscana con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 238 del 23.12.2003.

2004 i nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di mediazione familiare sono 35 (1,46 nuclei familiari ogni 10.000 residenti), quasi il doppio rispetto al 2002 (19).

Numero nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di mediazione familiare			
	2002	2003	2004
Mediazione familiare	19	31	35
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

La rottura familiare è solo uno dei possibili fattori causali alla base di situazioni di precarietà economica; la famiglia unita è essa stessa destinataria delle azioni di “empowerment”. I nuclei familiari che nel 2004 hanno usufruito di assistenza economica (interventi attinenti al bilancio sociale; possono essere a carattere straordinario, temporaneo o continuativo) sono 475 (nel 2002 erano 324), 19,9 nuclei familiari ogni 10.000 residenti.

Numero nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di assistenza economica			
	2002	2003	2004
Assistenza economica (a)	324	447	475
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato (a) Interventi attinenti ai bilanci socio-assistenziali			

Nel 2004 risultano attivati 113 interventi di assistenza educativa (individuale o per piccoli di gruppi di caratteristiche omogenee), 4,73 nuclei familiari ogni 10.000 residenti.

Numero nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di assistenza domiciliare educativa territoriale			
	2002	2003	2004
Assistenza domiciliare educativa territoriale	129	108	113
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Oltre all'attività del Servizio educativo individuale (S.E.I.), sono qui da ricordare anche i progetti finanziati dal Piano di Zona (“P.I.E.T.R.O.” e “I colori dell'infanzia”), messi a punto dai Comuni della Vallata con il coinvolgimento degli insegnanti delle scuole elementari e medie.

6.2.2 Affidi

A causa delle situazioni multi-problematiche che afferiscono ai suoi membri, la famiglia può produrre anche esiti “distruttivi” sul bambino. La famiglia “maltrattante” non è solo

quella che manifesta un abuso sui suoi comportamenti più indifesi, ma anche quella che provoca l'abbandono o il disagio psicologico del minore. Nelle situazioni più gravi, può così rendersi opportuno un temporaneo allontanamento del minore dalla famiglia di origine. In queste situazioni – ma anche in altre, quale ad esempio un impedimento transitorio dei genitori – interviene l'istituto dell'affido.

L'affido è regolato dalla L. 149/2001, una legge di portata innovativa soprattutto per il riconoscimento del diritto del bambino di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia e di essere affidato a un'altra famiglia qualora sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo. La L. 149/2001 fissa anche una data (31.12.2006) entro la quale deve essere superato il ricovero in istituto ed indica l'affidamento familiare come la strada principale da percorrere in questo senso.

L'affidamento familiare, in relazione alle necessità del bambino, può essere a breve o a lungo termine; inoltre può essere "part-time" o "full-time" (residenziale). Nel "part-time" si possono prevedere accoglienze diurne – ad esempio un bambino, dopo la scuola, può aver bisogno di essere seguito nei compiti o nel tempo libero – e periodi di accoglienza estiva ed anche di fine settimana. Gli affidi "part-time" al 31.12.2004 sono 26; quelli disposti nel corso del 2004 sono 11 (7 nel 2003).

Numero affidi "part-time" (compresi minori stranieri)			
	2002	2003	2004
Affidi "part-time" al 31.12	17	22	26
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

I minori in affidamento "full-time" al 31.12.2004 sono invece 140 (46 minori stranieri), contro i 111 del 2003. Gli affidamenti residenziali disposti nel corso del 2004 sono 23 (16 minori stranieri).

Guardando alla durata del periodo di affidamento, si rileva che la maggior parte dei minori (73 su 140) è in affidamento per 3 anni e più (la L. 149/2001 stabilisce che trascorsi due anni gli affidamenti familiari possono essere prorogati dal Tribunale dei Minori "qualora la sospensione rechi pregiudizio al minore").

E' da registrare l'aumento dei minori affidati in via giudiziale, senza cioè l'accettazione dei genitori (oltre il 70%), rispetto ai minori affidati in via consensuale (che nel 2001 rappresentavano invece più del 60%).

Numero affidi residenziali (“full-time”)			
	2002	2003	2004
Affidi “full-time” al 31.12	119	111	140
- di cui stranieri	29	34	46
Minori in affidamento per meno di 2 anni	32	26	46
Minori in affidamento da 2 a meno di 3 anni	16	15	21
Minori in affidamento per 3 anni e più	71	70	73
Minori affidati in via consensuale	51	32	38
Minori affidati in via giudiziale	68	79	102
Minori affidati che vengono seguiti per situazioni di “alta criticità”	4	2	3
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Il *Centro Affidi* si occupa della selezione delle famiglie disponibili ad esperimenti di affidamento; in collaborazione con i servizi sociali territoriali, effettua gli abbinamenti minore/affidatario e collabora alla definizione del progetto educativo, svolgendo verifiche periodiche. Al 31.12.2004 le famiglie presenti in banca dati sono 51 (33 con affidamenti in corso e 18 disponibili all'affidamento).

6.2.3 Inserimenti in strutture semi-residenziali e residenziali

Una forma di tutela che interviene in situazioni di alta criticità è costituita dal servizio di inserimento dei minori in strutture semi-residenziali (centri diurni e semi-convitti) e nelle strutture residenziali (oltre che nei centri di primo accogliimento).

I servizi semi-residenziali sono rivolti soprattutto a bambini, che vengono accuditi e seguiti nei primi anni di scuola; dopo i 14 anni risulta invece più appropriato un intervento educativo individuale o, nelle situazioni di maggiore disagio, l'inserimento in presidi residenziali.

Nella zona socio-sanitaria pratese si contano 9 presidi residenziali, per 59 posti letto complessivi. Si tratta di strutture di piccole dimensioni, comunità a dimensione familiare che accolgono non più di 8 minori alla volta. Oltre alle strutture gestite dall'*Opera S.Rita*, ricordiamo la casa di accoglienza per l'infanzia *Il Cucciolo*, gestita dalla cooperativa sociale Alice, la comunità per minori *Anawim*, che svolge anche attività semi-residenziali, e la casa madre-bambini S.Rita, dove il bambino è inserito insieme alla madre. Il servizio di pronto accogliimento è svolto dall'*Opera S.Rita* ed in parte dalla Caritas, con alcuni posti presso la *Casa Betania* riservati a stranieri adolescenti. I servizi semiresidenziali sono 5, per 78 posti complessivi: oltre alla comunità *Anawim*, abbiamo il semi-convitto S.Rita ed i centri diurni *Meucci*, *Azimut* e *Nadir*.

Il numero totale dei minori presenti in strutture semi-residenziali, considerando sia i centri diurni che i semi-convitti, registra una lieve diminuzione: al 31.12.2004 i minori presenti sono infatti 66, contro i 70 dell'anno precedente; i minori stranieri passano da 12 a 5. Nel corso del 2004 i nuovi inserimenti in strutture semi-residenziali sono 22 (15 in centri diurni e 7 in semi-convitto).

Numero minori presenti in servizi semiresidenziali			
	2002	2003	2004
Minori presenti in centri diurni al 31.12	50	46	41
- di cui stranieri	4	6	2
Minori presenti in semiconvitto al 31.12	23	24	25
- di cui stranieri	4	6	3
Totale minori presenti in centri diurni al 31.12	73	70	66
- di cui stranieri	8	12	5
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

I minori presenti in presidi residenziali, anche in strutture extraterritoriali, alla fine del 2004 sono 111, contro i 72 dell'anno precedente. I minori entrati in presidi residenziali nel corso del 2004 sono 95, di cui 37 stranieri.

Un terzo (35 su 111) dei minori presenti nei presidi residenziali alla fine del 2004 è costituito da stranieri, una quota decisamente superiore rispetto a quella degli stranieri sul totale dei minori inseriti in strutture semi-residenziali (5 su 66). Questo si spiega con l'età media dei minori stranieri seguiti, superiore a quella dei minori italiani.

Numero minori presenti in presidi residenziali			
	2002	2003	2004
Minori presenti nei presidi residenziali (a) al 31.12	64	72	111
- di cui stranieri	23	24	35
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato (a) anche in presidi fuori zona			

I minori che nel corso del 2004 sono entrati nelle strutture di pronto accoglimento sono 18, di cui 8 stranieri.

Numero minori entrati nei Centri di Pronto Accoglimento			
	2002	2003	2004
Minori entrati nei Centri di Pronto Accoglimento dal 1.1 al 31.12	13	19	18
- di cui stranieri	11	14	8
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

6.2.4 Minori seguiti in collaborazione con le autorità giudiziarie

Consideriamo quindi i dati relativi ai minori seguiti dai servizi sociali in collaborazione con le autorità giudiziarie. Risulta in crescita il numero dei minori seguiti per quanto riguarda

le materie civili e amministrative: dai 185 del 2003 si passa infatti ai 252 del 2004. L'aumento è dovuto principalmente a situazioni legate alla regolarizzazione dei minori sul territorio. Si segnala inoltre l'incremento dei minori stranieri affidati a parenti connazionali residenti in Italia; il Tribunale dei Minori di Firenze ha in questo senso accolto numerose istanze provenienti spesso anche dagli stessi servizi sociali.

Numero minori seguiti dai servizi sociali in collaborazione con le autorità giudiziarie			
	2002	2003	2004
Minori seguiti in collaborazione con le Autorità giudiziarie (materia civile e amministrativa)	72	185	252
Minori per i quali le Autorità giudiziarie hanno prescritto incontri protetti con il genitore non affidatario	15	21	14
Minori seguiti in collaborazione con le Autorità giudiziarie e con i servizi minorili del Ministero di Giustizia (D.P.R. 448/88) (materia penale)	13	15	16
Minori vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli ordini giudiziari) in carico	7	9	6
Minori vittime di abusi sessuali in famiglia (segnalati agli ordini giudiziari) in carico	4	2	3
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Diminuisce, da 21 a 14, il numero dei minori per i quali le autorità giudiziarie hanno prescritto incontri protetti con il genitore non affidatario. I minori seguiti in collaborazione con le autorità giudiziarie e con i servizi minorili del Ministero di Giustizia per le materie penali sono 16. E' da ricordare che in queste situazioni i servizi sociali entrano in gioco solo in seconda battuta, su sollecitazione del Ministero, che ha sede decentrata a Firenze. I minori vittime di maltrattamenti in famiglia nel corso del 2004 sono 6 (contro i 9 del 2003); in 3 casi si registrano purtroppo anche abusi di tipo sessuale (2 nel 2003).

6.2.5 Adozioni

Quando per il minore è impossibile rimanere nel proprio ambiente familiare o, in caso di temporaneo allontanamento, percorrere la via della riunificazione familiare, per la sua tutela viene intrapreso il cammino adottivo.

Nel territorio pratese le adozioni nazionali nel 2004 sono state 3, quelle internazionali 36, per complessive 39 adozioni (contro le 26 del 2003). Le domande di adozione presentate nel corso del 2004 sono 68, contro le 53 del 2003.

Adozioni nella provincia di Prato			
	2002	2003	2004
Domande di adozione presentate dal 1.1 al 31.12	55	53	68
Decreti di adozione dal 1.1 al 31.12	13	26	39
- di cui da adozione nazionale		5	3
- di cui da adozione internazionale		21	36
Minori adottati seguiti per situazioni di "alta criticità" al 31.12	2	1	1
Restituzioni da adozione	1	1	0
Fonte: Centro Adozioni Area Vasta			

Nel corso del 2002 l'*Agenzia per le Politiche minorili* ha visto la costituzione del *Centro Adozioni Area Vasta*, che opera in un ambito territoriale che comprende, oltre alla zona socio-sanitaria pratese, anche quelle di Pistoia, Empoli, Val di Nievole e Valdarno Inferiore. Rispetto al passato, negli ultimi anni gli operatori del *Centro Adozioni* rilevano una maggiore preparazione e consapevolezza da parte delle coppie nella scelta adottiva. Risulta in crescita l'età media dei genitori adottivi, ed aumentano sempre più le adozioni internazionali (nell'ultimo triennio soprattutto dall'Europa dell'Est) rispetto a quelle nazionali.

6.3 Anziani e salute

Gli anziani rappresentano la fascia di età nella quale maggiormente si concentrano i problemi di salute e più elevati sono i bisogni assistenziali legati alla maggior frequenza di malattie nelle età avanzate ed alla disabilità che spesso ne consegue.

6.3.1 Mortalità

Circa l'85% dei decessi della popolazione pratese avviene oltre i 65 anni di vita. Tale dato fa sì che le differenze riscontrate in termini di mortalità generale riflettono con buona approssimazione l'andamento delle differenze nella mortalità sopra i 65 anni. Per quanto riguarda le principali cause di morte, notiamo come oltre il 70% dei decessi possa essere attribuito alle malattie del sistema circolatorio (46% del totale) ed ai tumori (28,5%).

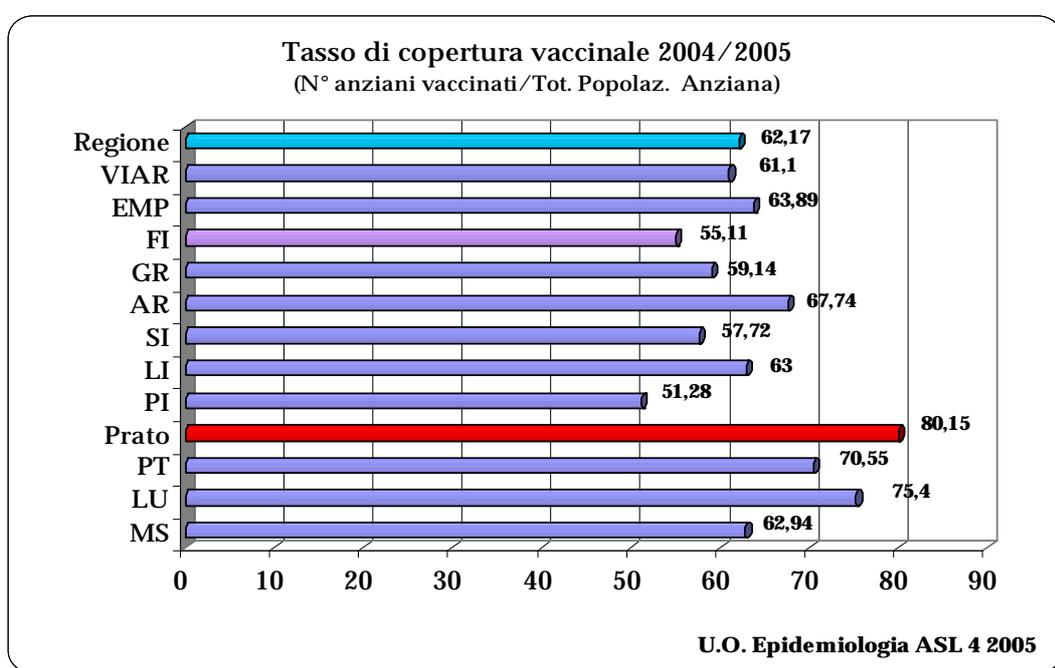
Osservando la distribuzione per sesso delle cause di morte, notiamo come nelle femmine il numero dei decessi per malattie cardiovascolari in termini assoluti sia circa il doppio rispetto a quelli per tumori (439 casi vs 210) mostrando un rapporto di 1 a 2 (nei maschi questo rapporto diventa pari a 1 a 1,3). Se indirizziamo la nostra attenzione oltre i 75 anni vediamo come sia nei maschi che nelle femmine circa la metà dei decessi siano imputabili alle malattie del sistema circolatorio (6,3% vs 52,9%).

6.3.2 La vaccinazione antinfluenzale

La vaccinazione antinfluenzale dei soggetti anziani costituisce uno degli obiettivi di sanità pubblica: il vaccino è infatti la misura di prevenzione primaria più efficace per ridurre sia la circolazione del virus che le complicazioni legate al decorso della malattia (come il sovrapporsi di infezioni polmonari batteriche che possono in alcuni casi portare all'ospedalizzazione ed in altri addirittura al decesso).

Nella campagna antinfluenzale 2004-2005, risultano aver ricevuto la vaccinazione dal distretto o dal proprio medico circa l'80,2% dei residenti nella zona socio-sanitaria pratese di età superiore a 64 anni. Tale valore è sostanzialmente analogo a quello della campagna vaccinale precedente (2003/2004).

Il tasso di copertura dell'Asl di Prato risulta essere il più alto sia nei confronti della media regionale (80,2% vs 62,2%) sia nei confronti di tutte le altre Asl toscane.



6.3.3 Stima della disabilità

La proporzione di anziani non autosufficienti e disabili rispetto al totale degli anziani è stata stimata in numerosi studi, nessuno dei quali però si riferisce alla popolazione di Prato. Le differenze rilevate nelle varie ricerche sono rilevanti e da attribuire alle metodologie impiegate ed alle popolazioni oggetto di studio.

Per la stima a Prato abbiamo scelto di utilizzare i dati di tre grandi studi prospettici condotti nella popolazione toscana: lo studio InChianti, che si riferisce ad un campione rappresentativo della popolazione del Chianti Fiorentino (1998-2000), la componente toscana dello studio ILSA, studio epidemiologico multicentrico (1992-1995) e lo studio "ICARe Dicomano" realizzato nel Comune di Dicomano nel 1995. Queste indagini, oltre a stimare la prevalenze della disabilità nella popolazione di ultra sessantacinquenni, hanno definito anche i livelli di disabilità (lieve, moderata e grave) con i criteri ADI (Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

I tassi di disabilità emersi dagli studi citati sono stati applicati al totale degli anziani residenti nell'Asl di Prato ed anche al totale di quelli che si stima vivano soli (circa 9.300). Secondo questi parametri, a Prato si conterebbero circa 4.000 anziani (>65 anni) che necessitano di un appoggio più o meno saltuario, 2.700 avrebbero bisogno di assistenza giornaliera e circa 1.100 sarebbero del tutto non autosufficienti.

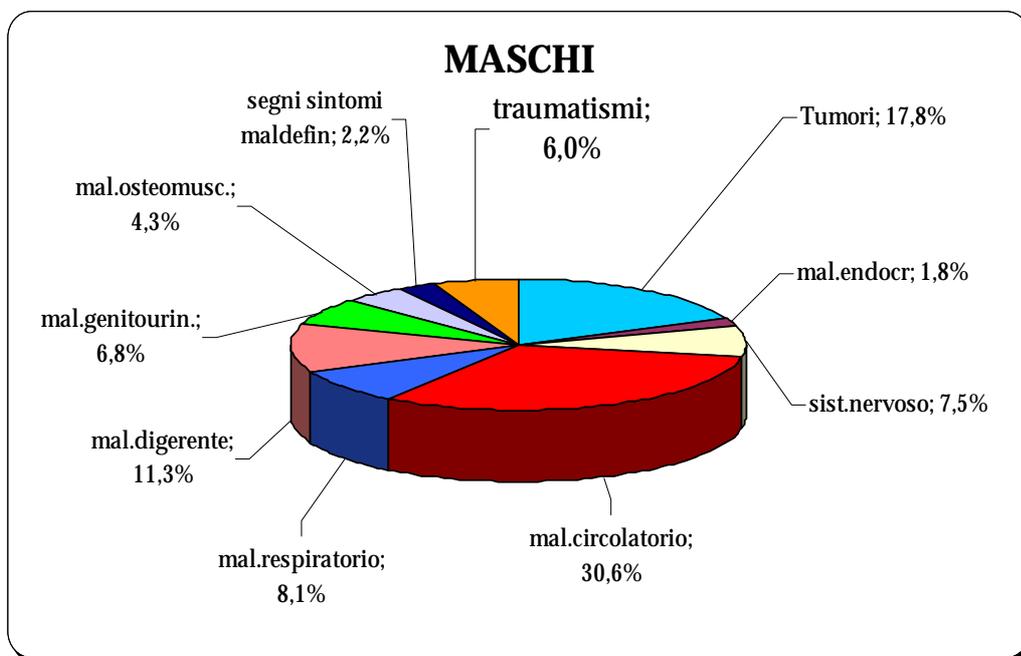
Stima del numero di anziani per gradi di disabilità			
ASL	Disabili che necessitano di un appoggio più o meno saltuario	Disabili che hanno bisogno di assistenza giornaliera	Disabili non autosufficienti che non possono vivere da soli
Massa e Carrara	4.500	3.000	1.300
Lucca	4.900	3.400	1.400
Pistoia	5.800	4.000	1.700
Prato	4.000	2.700	1.100
Pisa	6.800	4.600	1.900
Livorno	7.700	5.200	2.100
Siena	6.500	4.500	1.800
Arezzo	7.100	4.800	2.000
Grosseto	5.000	3.300	1.400
Firenze	18.100	12.400	5.100
Empoli	4.500	3.100	1.300
Viareggio	3.100	2.100	900
Regione Toscana	78.000	53.100	22.000

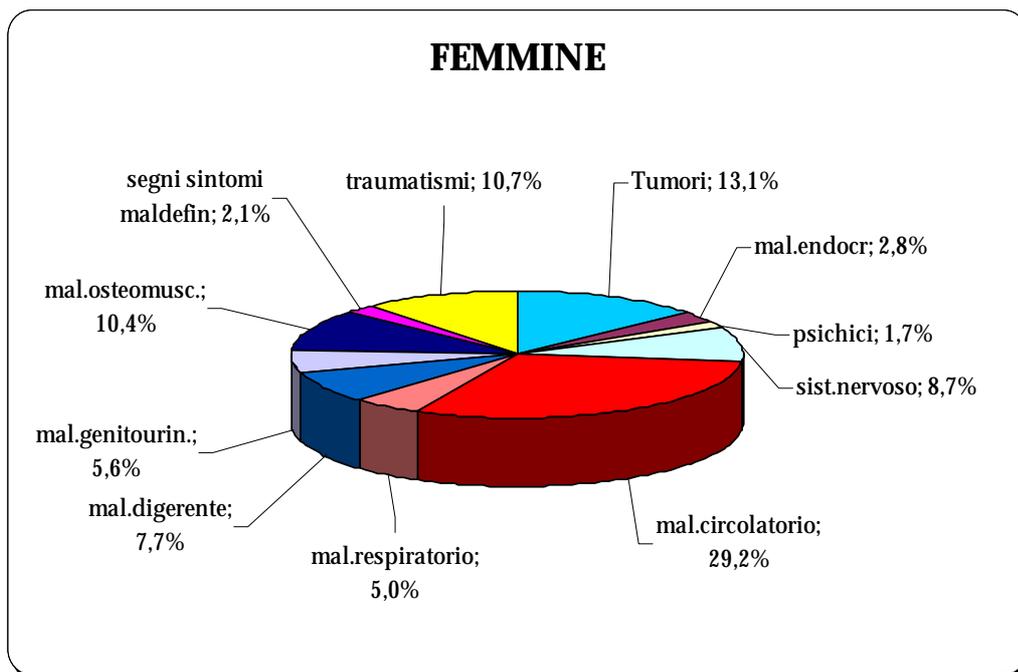
Le patologie neurologiche dell'anziano che ne compromettono in modo rilevante l'autonomia e le relazioni sociali sono costituite soprattutto dalla demenza, da malattie cerebrovascolari e da malattia di Parkinson, ed una parte di queste sono incluse nella precedente stima della non autosufficienza. A causa dei rilevanti bisogni assistenziali e residenziali correlati a queste specifiche condizioni, abbiamo cercato di quantificarne le dimensioni utilizzando nuovamente le stime dello studio ILSA. Se da questo punto di vista la popolazione pratese fosse omologabile a quella toscana, ci aspettiamo nell'Asl di Prato circa 2.300 casi di demenza, di cui 900 di tipo Alzheimer e 500 di tipo vascolare, mentre i rimanenti sarebbero demenze secondarie ad altre patologie e forme miste. Gli anziani con sofferenza neurologica indotta da ictus sarebbero circa 2.500 e quelli con morbo di Parkinson circa 700. Naturalmente solo una parte di questi risultano poi essere gravemente o totalmente invalidi. Nei prossimi anni (2006-2011) si dovrebbe assistere ad un incremento del 3-5% di queste condizioni per il solo effetto "invecchiamento" della popolazione.

6.3.4 Ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione aumenta notevolmente con l'età e circa il 40% dei ricoveri riguarda persone con oltre 65 anni. Il tasso di primo ricovero aumenta del 43% passando dalla fascia di età compresa tra 65 e 74 anni a quella 75-84 anni, e addirittura del 68% se consideriamo la classe di età più estrema (>85 anni). Questi dati sono in linea con il livello regionale, dove il tasso di primo ricovero di coloro che hanno tra i 65-74 anni cresce rispetto alle altre due classi di età del 39% e del 64%.

Per quanto riguarda la distribuzione delle principali cause di ospedalizzazione, notiamo come in entrambi i sessi al primo ed al secondo posto ci siano le malattie circolatorie ed i tumori, responsabili rispettivamente del 30% e del 17,8% dei ricoveri nei maschi e del 29,2% e 13,1% dei ricoveri nelle femmine. Nelle donne seguono nell'ordine i traumatismi (10,7%) e le malattie osteomuscolari (10,4), mentre negli uomini troviamo le malattie dell'apparato digerente (11,3%) e le malattie dell'apparato respiratorio (8,1%). Infine al quinto posto in entrambi i sessi ci sono le malattie del sistema nervoso con il 7,5% nei maschi e con l'8,7% nelle femmine.





Per dare un'idea di come la composizione del tasso standardizzato di ospedalizzazione possa essere fortemente influenzata da alcune cause particolari, citiamo il caso delle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, all'interno del quale ci sono patologie come la cataratta, che da sola rappresenta oltre il 60% di tutti i ricoveri all'interno di questo raggruppamento.

Allo stesso modo i traumatismi, che rappresentano nelle donne la terza causa di ricovero ed il settimo negli uomini, sono fortemente influenzate dai ricoveri per frattura del femore, che da soli rappresentano il 18,3% nei maschi ed addirittura il 37,6% nelle femmine.

Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari, negli ultimi anni si sono diffuse procedure terapeutiche efficaci nel ridurre sia la mortalità che la disabilità conseguente alla malattia.

Osservando il tasso di ospedalizzazione per angioplastica negli anziani residenti nell'Asl di Prato, si nota come vi sia stato un aumento consistente degli accessi in ospedale per ricorrere a questa procedura, tanto che si è passati da 3,77 ricoveri per 1.000 ab. del 1997 a 7,01 ricoveri per 1.000 ab. del 2003. L'andamento è simile a quanto riscontrato a livello regionale: nell'ultimo anno disponibile (2003) il tasso di ospedalizzazione dell'Asl 4 di Prato è inferiore solo al dato della Asl 10 di Firenze (10,67) e della Asl 5 di Pisa (8,55) ed in linea con la Asl di Empoli e di Arezzo.

Infine riportiamo anche i tassi di ospedalizzazione per procedure di sostituzione d'anca, che nella Asl di Prato sono aumentati di quasi il 50% dal 1997 al 2003, raggiungendo il valore di 9,3 per 1.000 ab. Questo dato è caratterizzato dalla netta prevalenza del sesso femminile, che ha visto nello stesso periodo di tempo crescere i propri tassi di ricovero da 8,27 a 11,74 per 1.000 ab.

6.4 Anziani e servizi sociali

6.4.1 Inserimenti residenziali

La tabella che segue riassume la disponibilità di posti nelle R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali) nell'area socio-sanitaria pratese.

L'inserimento residenziale si configura come un servizio "sostitutivo" alla famiglia, ed è rivolto quasi esclusivamente a soggetti non autosufficienti; per gli anziani parzialmente autosufficienti si tende invece ad intervenire soprattutto a livello domiciliare.

La cura di un anziano non autosufficiente è un impegno non di lieve conto; gli inserimenti residenziali possono così essere anche di carattere temporaneo, mirati a dare "sollevio" alla famiglia per un determinato periodo di tempo (normalmente 2 mesi; nel periodo estivo un mese).

Un'ulteriore forma di sostegno alla famiglia dell'anziano non autosufficiente è rappresentata dall'inserimento diurno, garantito per tutti i giorni feriali dell'anno (orario 8-18, con servizio di trasporto a carico dei servizi sociali dei Comuni).

Disponibilità posti nelle R.S.A.: riepilogo al settembre 2005			
Tipologia R.S.A.	Numero R.S.A.	Posti residenziali	Posti diurni
A gestione diretta	4	138	28
Private convenzionate	10	404	45
Private	4	148	21
Totali	18	690	94
Fonte: Azienda Usl 4/ Istituzione per i Servizi Sociali Comune di Prato			

Le R.S.A. gestite direttamente dall'Asl 4 – che si rivolgono quasi esclusivamente a soggetti non autosufficienti – sono 4 (nel marzo 2004 l'R.S.A. Villa Filicaia ha infatti cessato la propria attività; nel marzo 2006 è prevista la chiusura della R.S.A. di Seano), dispongono di 138 posti residenziali e 28 posti diurni.

A queste strutture si aggiungono 10 R.S.A. private convenzionate, dove sono erogati servizi anche per soggetti parzialmente autosufficienti. Il numero dei posti disponibili è di 404 residenziali (di cui 49 soggetti parzialmente autosufficienti) e di 45 per i centri diurni.

Vi sono infine le strutture private, con una disponibilità pari a 148 posti residenziali, 76 dei quali riservati a soggetti parzialmente autosufficienti e 21 posti diurni. In totale, nella zona socio-sanitaria pratese i posti residenziali disponibili sono 690, quelli diurni 94.

Disponibilità posti nelle R.S.A. a gestione diretta dell'Azienda USL 4 - Settembre 2005						
R.S.A.	Posti residenz.	Di cui non autosuffic.	Di cui autosuffic.	Posti diurni	Di cui non autosuff.	Di cui autosuff.
RSA Rosa Giorgi	18	18	/	/	/	/
RSA Seano	18	18	/	8	8	/
RSA Narnali	46	46	/	10	10	/
RSA Via Roma	56	51	5	10	10	/
Totale (a)	138	133	5	28	28	/
Fonte: Azienda USL 4						

Nella R.S.A. Rosa Giorgi sono inseriti soggetti anziani dimessi dall'ospedale, colpiti da eventi invalidanti (rottura del femore, ictus, etc...) ed inseriti in percorsi personalizzati (della durata media di 3 mesi) di riabilitazione.

Disponibilità posti in convenzione nelle R.S.A. private - Settembre 2005						
R.S.A.	Posti residenz.	Di cui non autosuffic.	Di cui autosuffic.	Posti diurni	Di cui non autosuff.	Di cui autosuff.
RSA A. Ricci	24	22	2	4	4	/
RSA Comeana	31	29	2	8	7	1
RSA S. Francesco	20	15	5	/	/	/
RSA Casa Serena	38	34	4	/	/	/
RSA Madonna del Rosario	72	63	9	/	/	/
RSA S. Caterina	74	53	21	10	10	/
RSA Villa Maria Assunta	24	20	4	6	6	/
RSA Cardinal Benelli	14	12	2	/	/	/
RSA Senior	67	67	/	17	17	/
RSA Villa Amelia	40	40	/	/	/	/
Totale	404	355	49	45	44	1
Fonte: Azienda USL 4						

Il numero di posti in convenzione presso la R.S.A. Villa Amelia sono recentemente passati da 5 a 40.

Disponibilità posti a pagamento nelle R.S.A. private - Settembre 2005						
R.S.A.	Posti residenz.	Di cui non autosuffic.	Di cui autosuffic.	Posti diurni	Di cui non autosuff.	Di cui autosuff.
RSA S. Caterina	33	9	24	/	/	/
RSA Villa Maria Assunta	10	3	7	/	/	/
RSA Cardinal Benelli	2	/	2	/	/	/
RSA Villa Amelia	20	12	8	15	15	/
RSA S.Maria della Pietà	37	14	23	/	/	/
RSA Ofelia e Ugo Balestri	12	/	12	/	/	/
RSA La Casa	10	10	/	/	/	/
RSA Villa S.Giusto	24	24	/	6	6	/
Totale	148	72	76	21	21	/
Fonte: Azienda USL 4						

Le domande di ricovero pervenute dai distretti ed esaminate nel 2004 dalla Commissione zonale per le ammissioni e le dimissioni in R.S.A. sono state complessivamente 610 (584 per soggetti non autosufficienti e 26 per soggetti parzialmente autosufficienti); di queste 273 per inserimenti residenziali, 255 per inserimenti temporanei (136 di sollievo, 70 per l'estate e 49 per percorsi riabilitativi presso la R.S.A. Rosa Giorgi) ed 82 per i centri diurni. Tra queste domande, 14 hanno riguardato il centro diurno sperimentale per malati di Alzheimer di Narnali.

Il servizio sperimentale Alzheimer è rivolto a persone che vivono in ambito familiare affette da demenza con gravi disturbi di comportamento, ed a famiglie – con un alto livello di stress – con le quali sia possibile stabilire un “contatto terapeutico-assistenziale”, che consenta di definire la temporaneità degli interventi e favorisca la permanenza a domicilio del familiare ammalato. Il progetto si struttura attraverso un servizio di accoglienza nel centro diurno (attivo già dal 1999) e nell'avvio di un servizio di assistenza domiciliare integrata post-diurno per l'accompagnamento della persona al rientro in famiglia. La finalità è quella di garantire una effettiva circolarità tra gli interventi, in relazione ai livelli di bisogno via via rilevati. L'Alzheimer è una malattia che non può avere solo una terapia farmacologica, ma è necessario definire anche un approccio di tipo comportamentale; presso l'R.S.A. di Narnali è stato realizzato un giardino sperimentale, un ambiente protetto dove contenere i disturbi comportamentali e, contemporaneamente, rallentare attraverso l'invio di continui stimoli l'aggravarsi della malattia.

Richieste di inserimento nelle R.S.A. - Anno 2004	
	domande
Domande di ricovero pervenute dai Distretti ed esaminate dalla Commissione Zonale Ammissioni/Dimissioni R.S.A.	610
- di cui non autosufficienti	584
- di cui parzialmente autosufficienti	26
Domande di ricovero residenziale	273
- di cui non autosufficienti	256
- di cui parzialmente autosufficienti	17
Domande di ricovero temporaneo	255
- di cui non autosufficienti	252
- di cui parzialmente autosufficienti	3
- di cui riabilitazione RSA Rosa Giorgi	49
- di cui temporanei di sollievo	136
- di cui temporanei estivi	70
Domande di ricovero diurno	82
- di cui non autosufficienti	76
- di cui parzialmente autosufficienti	6
- di cui sperimentale Alzheimer	14
Fonte: Azienda USL 4	

Da un lato l'incremento delle domande di ricovero (584 nel 2003, 581 nel 2002, 526 nel 2001) è certamente dovuto a fattori demografici (invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento del numero di anni in cui la famiglia deve farsi carico di gestire la non autosufficienza dell'anziano); dall'altro si rileva come il carico assistenziale della famiglia vada progressivamente aumentando per complessità. In questo senso si può parlare di "fragilità" della famiglia: se in passato le richieste di ricovero pervenivano prevalentemente da famiglie con problematiche eclatanti, negli ultimi anni sono sempre di più le famiglie "normali" ad andare in "bourn-out", a causa di quello che i medici chiamano lo stress del "care-giver".

Inserimenti nelle R.S.A. - Anno 2004	
	domande
Totale ricoveri	461
- di cui non autosufficienti	442
- di cui parzialmente autosufficienti	19
Ricoveri residenziali	194
- di cui ordinari su graduatoria	114
- di cui urgenti RSA extraterritoriali	80
Ricoveri temporanei	195
- di cui temporanei di sollievo	52
- di cui urgenti RSA extraterritoriali	38
- di cui riabilitazione RSA Rosa Giorgi	47
- di cui temporanei estivi	58
Ricoveri diurni	72
- di cui assistenziali	58
- di cui sperimentale Alzheimer	14
Fonte: Azienda USL 4	

Nel 2003 i ricoveri sono stati complessivamente 461: 442 relativi a soggetti non autosufficienti e 19 soggetti parzialmente autosufficienti. I ricoveri di tipo residenziale sono stati 194, di cui 114 su graduatoria ed 80 urgenti in R.S.A. extraterritoriali. I ricoveri temporanei sono stati invece 195, così suddivisi: 52 di sollievo, 58 estivi, 47 per riabilitazione e 38 urgenti in R.S.A. extraterritoriali. Infine si contano 72 ricoveri diurni, 58 assistenziali e 14 relativi al servizio sperimentale Alzheimer.

La presenza di utenti a carico dell'Asl 4 temporaneamente risiedenti in strutture extraterritoriali riflette un numero di richieste di ricovero generalmente in numero più alto dei posti disponibili (si ricorre alle strutture extraterritoriali per far fronte alle urgenze).

In definitiva quella che emerge è la necessità di articolare sempre più le risposte (temporaneo, temporaneo estivo, diurno, domiciliare, etc...), supportando il più possibile le famiglie e non aspettando il punto limite del "bourn-out", quando l'unica risposta diviene quella dell' "allontanamento" dell'anziano.

Inserimenti in R.S.A. per classi di età e tipo di intervento - Anno 2004					
Femmine	Diurni	Residenziali	Temporanei	Temp. estivi	Totale
<65 anni	1	6	2	/	9
65-74	4	12	9	3	28
75-84	27	60	47	19	153
>84 anni	15	60	40	28	143
Totale femmine	47	138	98	50	333
Maschi	Diurni	Residenziali	Temporanei	Temp. estivi	Totale
<65 anni	/	15	3	/	18
65-74	9	13	13	2	37
75-84	10	20	11	4	45
>84 anni	6	8	12	2	28
Totale maschi	25	56	39	8	128
Totale	72	194	137	58	461
Fonte: Azienda USL 4					

Come prevedibile, data la maggiore aspettativa di vita, le donne inserite in strutture residenziali sono in numero maggiore (72%) rispetto agli uomini. Tra le donne, il 45,9% ha tra i 75 e gli 84 anni, il 43% è di età superiore agli 84 anni, l'8,4% ha tra 65 e 74 anni ed il 2,7% meno di 65 anni. Tra gli uomini prevalgono le classi 74-84 anni (35,2%) e 65-74 anni (28,9%).

6.4.2 Assistenza domiciliare

Di seguito riportiamo quindi i dati relativi all'assistenza domiciliare, estrapolati dalle schede di rilevazione che ciascuna zona socio-sanitaria compila annualmente per il Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio erogato al domicilio del paziente sulla base di un piano terapeutico assistenziale, attraverso l'intervento di più figure professionali, sia sanitarie che sociali. E' un servizio rivolto a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto, affette da patologie croniche o post acute, trattabili a domicilio ed inserite in un contesto familiare e sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso. L'ADI si effettua in stretta collaborazione con il MMG e con la famiglia stessa e si esplica attraverso progetti individuali di assistenza che siano in grado di pianificare le tipologie di prestazioni in relazione al bisogno e di adeguarsi alla sua evoluzione (Delib. G.R. 402/2004).

ADI a prevalente componente sanitaria			
Età assistiti	M	F	M + F
<65 anni	81	56	137
>65 anni	299	346	645
Totale	380	402	782
Fonte: Azienda USL 4/ Servizi Sociali Comune di Prato			

Gli interventi di ADI a prevalente componente sanitaria attivati nel corso del 2004 sono 782. Il quadro delle patologie e delle tipologie assistenziali mostra come dei 782 programmi assistenziali, 396 hanno riguardato malati di tumore, 74 soggetti colpiti da ictus, 62 soggetti con fratture (femore, anca) e 26 soggetti con insufficienza respiratoria. Il tempo medio per l'attivazione di un intervento di ADI risulta pari ad 1 giorno.

ADI a prevalente componente sanitaria - Quadro patologie e tipologie assistenziali						
N. progr. assistenziali attivati	Ictus	Fratture (femore, anca...)	Tumori	Insufficienza respiratoria e/o P.B.C.O.	Nutrizione artificiale (a)	Altro
782	74	62	396	26	165	224
Fonte: Azienda USL 4/ Istituzione per i Servizi Sociali Comune di Prato (a) La nutrizione artificiale non è di esclusiva pertinenza di una sola patologia						

Agli interventi di ADI a prevalente componente sanitaria si sommano gli interventi di ADI socio-sanitaria (assistenza domiciliare integrata in forma diretta per anziani non autosufficienti, con tre livelli di intensità: bassa, media e alta): nel 2004 gli interventi attivati sono 159. Rispetto agli anni precedente, complessivamente nel 2004 si registra un significativo incremento degli interventi di ADI, una tendenza in linea con gli obiettivi fissati dalla Regione.

ADI in forma diretta per anziani non autosufficienti (ADI socio-sanitaria)			
Età assistiti	M	F	M + F
<65 anni	13	10	23
>65 anni	52	84	136
Totale	65	94	159
Fonte: Azienda USL 4/ Servizi Sociali Comune di Prato			

La tabella seguente riporta i dati relativi agli interventi di ADI in forma indiretta. Gli interventi attivati nel 2004 sono 166. Il dato è comprensivo sia dei buoni-servizio (la cui sperimentazione, sostenuta da fondi regionali, è partita nel 2002; all'utente preso in carico viene conferito un assegno di assistenza, da utilizzare per l' "acquisto" di assistenza domiciliare presso cooperative sociali "accreditate") che dei contributi di cura per famiglie che si organizzano autonomamente per garantire assistenza all'anziano non autosufficiente. E' da notare che l'introduzione dei contributi di cura sta determinando

un'emersione del fenomeno delle badanti (a Prato si stima la presenza di circa 2mila assistenti familiari).

ADI in forma indiretta per anziani non autosufficienti			
Età assistiti	M	F	M + F
<65 anni	7	9	16
>65 anni	54	96	150
Totale	61	105	166
Fonte: Azienda USL 4/ Servizi Sociali Comune di Prato			

Infine, gli interventi di assistenza domiciliare solo sociale (e quindi non classificabile come ADI) che nel 2004 sono pari a 385.

Assistenza domiciliare solo sociale			
Età assistiti	M	F	M + F
<65 anni	18	18	36
>65 anni	94	255	349
Totale	112	273	385
Fonte: Azienda USL 4/ Servizi Sociali Comune di Prato			

6.4.3 Soggiorni estivi per anziani

Riportiamo infine alcuni dati relativi ai soggiorni estivi per anziani: nel 2004 nel solo comune di Prato i soggetti coinvolti sono 806 (215 di età inferiore a 70 anni, 433 tra 71 e 80 anni e 158 con più di 80 anni).

6.5 Le disabilità

La reale presenza dell'handicap nella popolazione generale è difficile da stimare anche per la sovrapposizione di categorie diagnostiche e per l'ambiguità dei termini "disabilità", "handicap", "ritardo mentale", ecc.. Ipotizzando che la prevalenza di ritardo mentale ed handicap a Prato sia simile a quanto riscontrato in Toscana nel 1988 nella popolazione di età 0-18 anni, si potrebbe stimare, in questa classe di età giovanile, un totale di circa 90 soggetti con ritardo mentale e 260 con handicap (130 handicap da patologia psichica primaria, 70 con associata patologia psichica secondaria e 60 per causa fisica).

I dati statistici che presentiamo in questo paragrafo sono estrapolati dalle schede di rilevazione che ciascuna zona socio-sanitaria in collaborazione con il G.O.I.F. compila annualmente per il Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana.

Nel corso del 2004 i soggetti di età 0-65 anni residenti a Prato con riconoscimento dello stato di handicap ai sensi dell'art. 4 della L. 104/1992 sono 1.823, di cui 1.107 in stato di gravità, valore più che doppio rispetto al 1997. Sarebbero però da chiarire le modalità di aggiornamento dell'archivio: non è infatti chiaro se siano o meno cancellati i soggetti disabili che, nel corso degli anni, siano deceduti, abbiano cambiato residenza o semplicemente superato i 65 anni di età.

Il dato relativo all'accertamento dello stato di bisogno riflette, da un lato, la sempre maggiore capacità dei servizi socio-sanitari di raggiungere i soggetti in stato di bisogno (è migliorata anche l'informazione relativamente ai "vantaggi" previsti dalla L. 104/1992), dall'altro, anche la maggiore attività svolta dalla commissione medico-legale. Si registra inoltre un incremento delle disabilità acquisite (ictus, incidenti stradali, tuffi in acqua, malattie infantili, incidenti sul lavoro).

Significativa è la capacità dei servizi sociali di garantire, per una quota consistente di soggetti disabili, specifici progetti di reinserimento (PARG). Nel 2004 i PARG hanno riguardato 1.000 individui.

6.5.1 Inserimenti scolastici

Una sfera dei bisogni alla quale dedicare una specifica sorveglianza è quella dell'inserimento scolastico (e dell'apprendimento), soprattutto in una fase come quella attuale in cui il sistema dell'istruzione risulta sottoposto a processi di sostanziale riforma. In un regime di crescente scarsità di risorse, uno dei servizi che subisce maggiori pressioni, ma che tuttavia non può in nessun modo essere ridimensionato, è quello relativo alla presenza degli insegnanti di sostegno.

La tabella seguente riepiloga il dato relativo ai soggetti disabili inseriti in strutture educative (asili nido e scuole materne), nelle scuole dell'obbligo e nelle scuole superiori. Rispetto all'anno precedente, nel 2004 si registra una lieve diminuzione degli inserimenti nelle scuole dell'obbligo (da 354 si passa a 347), compensato dall'aumento degli inserimenti nelle scuole superiori (da 111 a 127). E' da notare come la presenza di ragazzi con disabilità nelle scuole superiori sia più che raddoppiata nell'ultimo triennio (nel 2001 erano 62).

Soggetti inseriti in strutture educative e scolastiche			
	2002	2003	2004
N. soggetti inseriti in strutture educative (asili nido; scuole materne)	61	69	59
N. soggetti inseriti in scuole dell'obbligo	330	354	347
N. soggetti inseriti in scuole superiori	102	111	127
Fonte: Azienda Usl 4			

Un altro dato da riportare è quello relativo alle ore "specialistiche" di supporto all'handicap erogate da tutti i Comuni della zona socio-sanitaria pratese nell'ambito del

diritto allo studio: 561 ore settimanali. I soggetti che hanno utilizzato ausili informatici per l'apprendimento sono 112.

6.5.2 Inserimenti residenziali e domiciliarità

Un'area attraversata da un deciso ripensamento è quella della residenzialità. Nel Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 è chiara l'indicazione alle zone socio-sanitarie per una maggiore diffusione della domiciliarità, in luogo dell'istituzionalizzazione della presenza in residenze assistite: il bisogno di residenzialità è peraltro inversamente proporzionale all'esistenza di servizi di assistenza domiciliare che consentano la permanenza nella propria abitazione.

Rispetto all'anno precedente, nel 2004 si osserva un incremento (da 134 a 157) degli inserimenti in strutture semi-residenziali (centri diurni con la presenza di personale per servizi di assistenza alla persona e per attività socio-culturali). Rimane invece costante il numero di soggetti inseriti in strutture residenziali (comunità alloggio protetto per adulti inabili; nella zona socio-sanitaria pratese ricordiamo *Casa Simon Pietro, Casa Jada, Comunità Le Montagnole, Rigoccioli e Casa famiglia Anffas*).

Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Inserimenti in strutture residenziali, semi-residenziali e R.S.A.			
	2002	2003	2004
N. soggetti inseriti in strutture residenziali	37	48	48
N. soggetti inseriti in Residenze Sanitarie Assistenziali (a)	43	40	40
N. soggetti inseriti in strutture semi-residenziali (b)	139	134	157
Fonte: Azienda Usl 4			
(a) Il dato si riferisce a inserimenti riguardanti anche i malati terminali			
(b) Con costi a carico del fondo sociale			

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi ai servizi di assistenza domiciliare. I disabili che nel 2004 hanno usufruito del servizio di trasporto sono 237. E' qui da ricordare anche il progetto "Cuore carebus", gestito dall'associazione A.P.I.C.I., che nel periodo giugno 2003 - giugno 2004 ha garantito il servizio di trasporto a 26 soggetti disabili (più 34 anziani). Sempre nel 2004 sono stati attivati servizi di aiuto domestico per 54 soggetti e servizi di aiuto personale per 103. Infine, gli interventi per soggiorni di vacanze estivi, che nel 2004 hanno coinvolto 433 disabili.

Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Servizio trasporto, aiuto domestico, aiuto personale, vacanze estive			
	2002	2003	2004
N. soggetti che hanno usufruito del servizio trasporto	224	237	237
N. soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	46	54	54
N. soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	79	90	103
N. soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive	416	433	433
Fonte: Azienda Usl 4			

6.5.3 Inserimenti socio-terapeutici e collocamento obbligatorio

Se è vero che il lavoro costituisce per chiunque uno dei principali criteri di riuscita personale, questo è ancor più valido per le persone con disabilità, per le quali l'inserimento lavorativo rappresenta una condizione pressoché irrinunciabile di conquista di autostima e rispetto di sé.

Nel 2004 si registrano 130 inserimenti socio-terapeutici (borse-lavoro). Gli inserimenti, avviati sulla base di specifiche convenzioni con le singole aziende, prevedono anche la supervisione e/o l'appoggio di un operatore/tutor.

Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Inserimenti socio-terapeutici (borse-lavoro)			
	2002	2003	2004
N. soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro (a)	123	125	130
Fonte: Azienda Usl 4			
(a) Il dato si riferisce a inserimenti socio-terapeutici della durata di circa 10 mesi			

La L. 68/1999 ha modificato la disciplina del collocamento obbligatorio. Le persone con disabilità in cerca di occupazione devono iscriversi ad uno specifico elenco, rivolgendosi al Servizio Lavoro della Provincia. Per iscriversi occorrono un certificato d'invalidità, una dichiarazione dell'immediata disponibilità all'attività lavorativa (ai sensi del D.Lgs. 181/00) resa dall'Anagrafe del lavoro ed un'autocertificazione relativa a situazione familiare, condizione economica, titolo di studio ed eventuali qualifiche. Per accedere al sistema di inserimento lavorativo è quindi necessario che il soggetto sia in possesso dell'accertamento delle condizioni di disabilità; tale riconoscimento viene rilasciato dalle Commissioni integrate per l'accertamento dell'handicap (presso l'Asl 4), oppure, se trattasi di persona invalida del lavoro, dall'INAIL. Per gli invalidi di guerra l'accertamento è invece effettuato dalla Commissione medica ospedaliera. La procedura dell'accertamento

permette di definire il profilo professionale della persona disabile e di formulare suggerimenti su eventuali forme di sostegno necessarie.

Iscrizioni al lavoro categorie protette (L. 68/1999) al 31.12.2003			
	M	F	Tot.
Disabili dal 46 al 66%	182	266	448
Disabili dal 67 al 79%	183	339	522
Disabili oltre il 79%	170	165	335
Totale	535	770	1.305
Invalidi di guerra, civili di guerra o per servizio	2	0	2
Invalidi del lavoro	19	0	19
Ciechi	2	4	6
Sordomuti	2	6	8
Totale	560	780	1.340
15-26 anni	63	50	113
27-40 anni	176	192	368
40-55 anni	231	354	585
Oltre 55 anni	101	214	315
Fonte: Servizio Lavoro – Provincia di Prato			

Al 31.12.2003 lo stock delle iscrizioni al lavoro era pari a 1.340 unità. Nel 2003 gli avviamenti al lavoro nella provincia di Prato sono stati 116. A questi si sommano 14 avviamenti avvenuti fuori provincia.

Avviamenti al lavoro categorie protette (L. 68/1999) – Anno 2003			
Disabili dal 46% al 66%	43	26	69
Disabili dal 67% al 79%	18	5	23
Disabili oltre il 79%	6	11	17
Totale disabili fisici/ sensoriali	67	42	109
Invalidi di guerra, civili di guerra o per servizio	0	0	0
Disabili psichici/ intellettivi	0	0	0
Invalidi del lavoro	3	0	3
Ciechi	1	1	2
Sordomuti	2	0	2
Totale	73 (a)	43 (a)	116 (a)
Totale avviamenti in attuazione di Convenzioni	37	19	56
Fonte: Servizio Lavoro – Provincia di Prato (a) Sono da aggiungere anche 14 avviamenti di persone domiciliate fuori provincia: 11 uomini e 3 donne			

6.6 Patologia psichiatrica

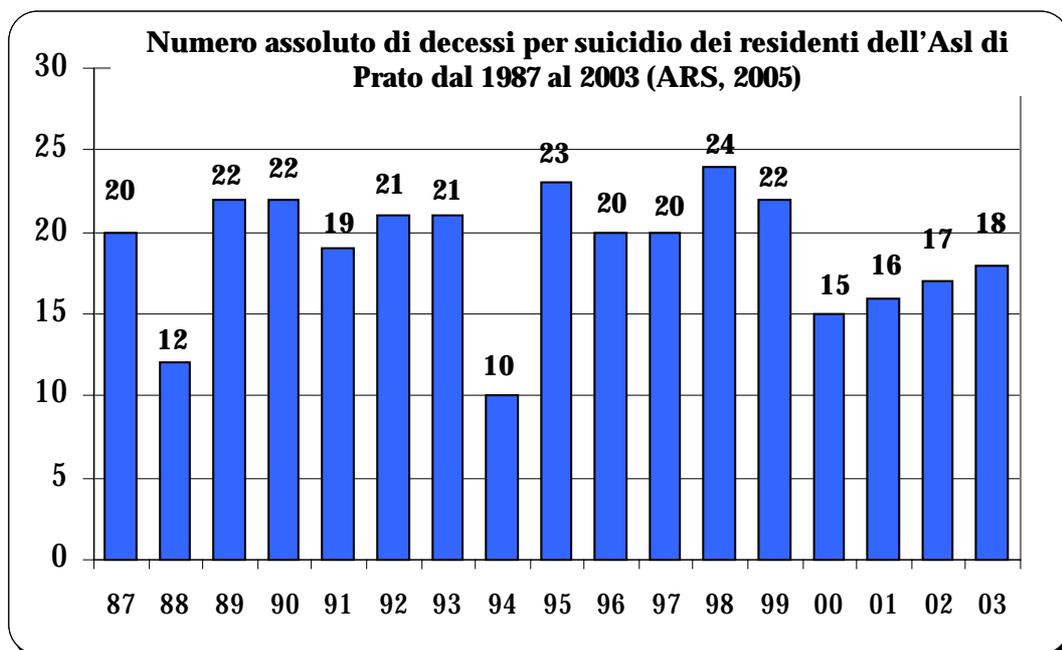
Il dimensionamento della diffusione dei disturbi psichici nella popolazione generale, indipendente dagli accessi ai servizi dell'ASL, è sempre stato complesso in tutte le comunità per una serie di fattori noti: oggettive difficoltà di classificazione diagnostica, frequente ricorso ai servizi privati, rilevante variazione territoriale e temporale dell'incidenza di queste patologie, variabilità della tipologia ed allocazione dei servizi pubblici e dei punti di rilevazione. In assenza di registri affidabili, dobbiamo ricorrere a stime e rilevazioni ad hoc, con conseguenti possibili errori.

Stima del numero assoluto di soggetti adulti (> 14 anni) residenti nella provincia di Prato che avrebbero avuto disturbi psichiatrici nel corso di un anno, distinta per tipo di disturbo (IC 95%)			
CATEGORIA DIAGNOSTICA	Stima puntuale prevalenza - anno	Intervallo di confidenza 95%	
		inferiore	superiore
QUALSIASI DISTURBO PSICHICO	22.260	19.530	24.780
Qualsiasi disturbo affettivo	15.120	13.020	17.430
Depressione maggiore	7.140	5.670	8.820
Episodio maniaco/ipomaniaco	630	0	1.050
Distimia	1.890	1.050	2.730
Depressione non altrimenti specificata	5.670	4.200	6.930
Qualsiasi disturbo d'ansia	17.010	14.700	19.320
Disturbo di panico	2.940	1.890	3.780
Agorafobia senza disturbo di panico	210	0	630
Fobia sociale	3.990	2.940	5.250
Fobia specifica	1.680	840	2.520
Disturbo ossessivo-compulsivo	2.310	1.470	3.360
Disturbo d'ansia generalizzata	7.350	5.880	9.030
Ansia non altrimenti specificata	6.510	5.040	7.980
Psicosi non affettive	630	210	1.050
Qualsiasi disturbo alimentare	840	420	1.470
Anorressia nervosa	420	0	630
Bulimia nervosa	630	210	1.050
Qualsiasi disturbo somatoforme	2.310	1.470	3.150
Ipocondria	1.890	1.050	2.730
Disturbi primari del sonno	1.680	840	2310
Disturbo del controllo degli impulsi	1.050	420	1.680
Fonte: stime basate su una rilevazione ad hoc di un campione di assistiti di MMG di Sesto Fiorentino (Faravelli et al., 2005) e su dati dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'ARS (Voller et al., 2005).			

Applicando alla popolazione residente nell'Asl di Prato di età maggiore di 14 anni i tassi di prevalenza annuali dei disturbi psichiatrici registrati in una recente inchiesta condotta da MMG su un campione di popolazione generale adulta di Sesto Fiorentino, simili a quelli registrati in Italia nell'ambito dello studio multicentrico europeo ESEMeD, si stima

che circa 23.000 soggetti abbiano presentato disturbi psichiatrici significativi nel corso di un anno e oltre 50.000 nel corso della vita. Nel 90% dei casi si tratta di disturbi depressivi e di ansia, con rilevante disabilità sociale indotta dall'episodio acuto. A seguito di questo, infatti, il 27% ha perso almeno un giorno di lavoro, il 37% ha dovuto effettuare esami medici ed il 5% ha avuto necessità di contattare servizi ospedalieri. Circa 30.000 adulti pratesi avrebbero fatto uso di farmaci psicotropi nell'ultimo anno, acquistati sia con ricetta medica regionale che su ricettario di medici privati. Nella grande maggioranza dei casi i soggetti portatori di un qualunque disturbo psichico nel corso dell'anno, si sono rivolti per aiuto ad un medico. In particolare il 70% ad un MMG, il 26% ad uno psichiatra, il 6% ad altro specialista, il 7% ad uno psicologo, mentre il 7% non aveva richiesto alcun trattamento (contrariamente alla media europea dei non trattati di circa il 21%). I farmaci più prescritti sono risultati le benzodiazepine (61%) anche in associazione ad altri farmaci, seguite dagli antidepressivi (22%) ed inibitori della ricaptazione della serotonina (23%), mentre i neurolettici si assestano intorno al 5% delle prescrizioni.

I ricoveri per disturbi psichici dei residenti nell'Asl di Prato ovunque effettuati, sono stati 818 nel 2004, in relativa diminuzione dagli 888 del 2003 (1.317 del 1998, 1.072 del 1999, 909 del 2000, 995 del 2001, 1.052 del 2002). Il tasso standardizzato per età di ospedalizzazione per disturbi psichici in qualsiasi reparto dei residenti dell'Asl di Prato, risulta in entrambi i sessi approssimativamente assestato sui valori medi regionali (maschi: 4,1 x 1.000 abitanti; femmine: 4,6 x 1.000 ab.). Rispetto alle altre Asl, invece, il tasso di ricovero in specifici reparti psichiatrici è nell'Asl di Prato decisamente più basso. Si rilevano, infatti, valori di 1,6 ricoveri x 1.000 ab. nei maschi e di 1,8 nelle femmine, rispetto ad un valore medio regionale rispettivamente di 2,4 e 2,6 x 1.000 ab. La proporzione dei ricoveri effettuata in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura presso gli ospedali generali (SPDC), espressione di emergenze psichiatriche più impegnative, è nell'Asl di Prato la più bassa a livello regionale dopo quella di Massa (Prato: 65,9%; regione: 75,8%). Se le differenze geografiche nei tassi di ricovero siano espressione della variabilità della diffusione di patologie o della organizzazione dei servizi sanitari e sociali, deve essere indagato con rilevazioni ad hoc. Indicatori di disagio psichico sono anche i decessi per suicidio, che nel 2003 ammontano a 18 casi (16 maschi e 2 femmine), stabili da qualche anno.



I dati regionali più aggiornati sulla mortalità per disturbi psichici e per suicidio, relativi agli anni 2001-2003, riportano tassi standardizzati per età per l'Asl di Prato assestati sui valori medi generali, sia nei maschi che nelle femmine, e non suggeriscono particolari eccessi di rischio.

Secondo i dati del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl, il numero di nuovi contatti con persone di oltre 18 anni, solo indirettamente espressione della realtà del fenomeno, è in crescita del 33% dal 2002 (1.959 contatti) al 2003 (2.623 contatti). Pressoché invariato il numero dei nuovi contatti con soggetti di età inferiore ai 18 anni (da 762 contatti nel 2002 a 746 nel 2003). Sono in aumento i contatti sostenuti da cittadini stranieri, il cui profilo prevalente, come emerge da osservazioni semestrali negli anni 2001-2003³, è quello di un maschio, di età giovane-adulta (25-40 anni), perlopiù disoccupato, con condizioni abitative precarie, che è arrivato ai servizi psichiatrici su indicazione di amici o familiari, non infrequentemente con il primo contatto sanitario attraverso il pronto soccorso, con problemi di disturbi maggiori, di nevrosi o abuso di sostanze. Tra le cause di ricovero più frequenti tra i residenti stranieri rispetto agli italiani, escludendo le cause. A questa casistica più strettamente psichiatrica, dovrebbero essere affiancate anche i dati di altre condizioni di disagio comportamentale nell'Asl di Prato: 2.000 bambini ed adolescenti con problemi psichici; 1.500 alcolisti; 800 tossicodipendenti da eroina; 18.000 tabagisti; 15.000-20.000 obesi.

³ Si rimanda alla pubblicazione "Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio-sanitari", a cura di F.Bracci e G.Cardamone (Franco Angeli, Osservatorio Immigrazione della Provincia di Prato, Asel).