

## **7. AMBITI DI INTERVENTO**

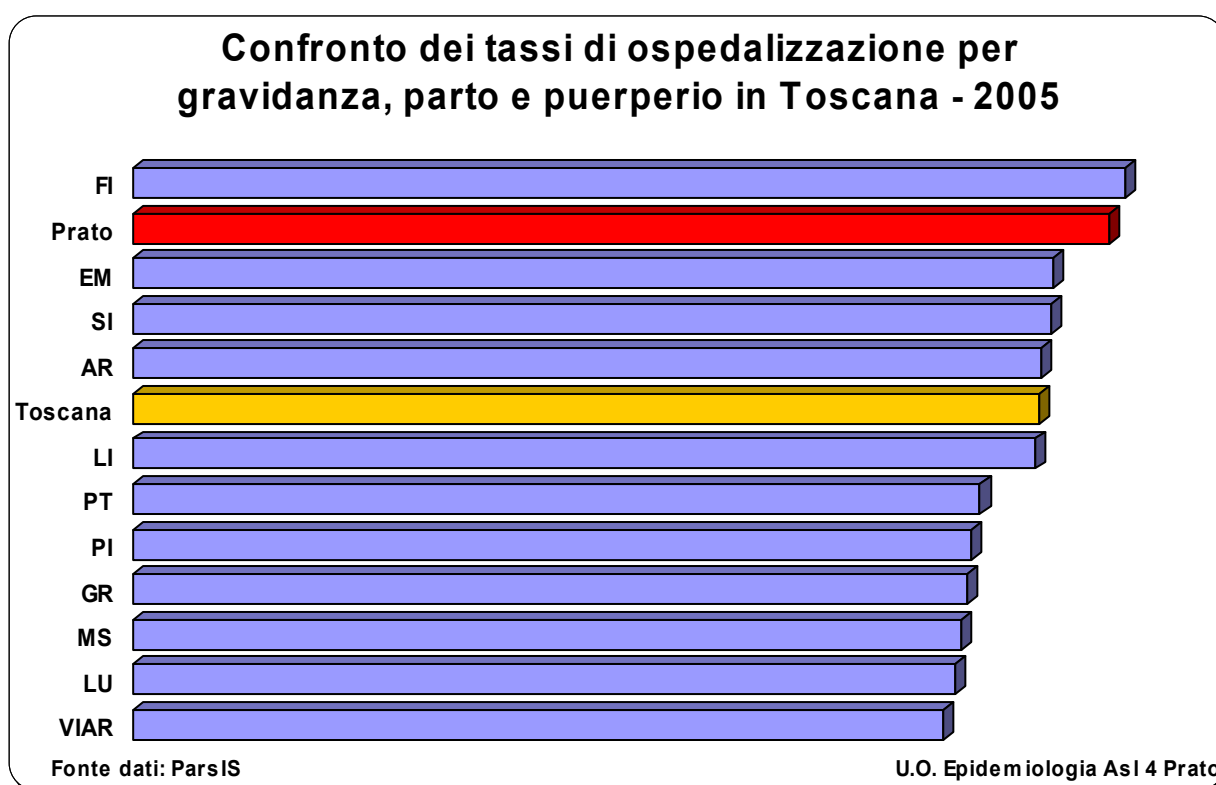
*Barbara Bianconi, A. Cristina Epifani e Paolo Sambo*

## 7.1 Maternità e infanzia

### 7.1.1 La gravidanza ed il parto

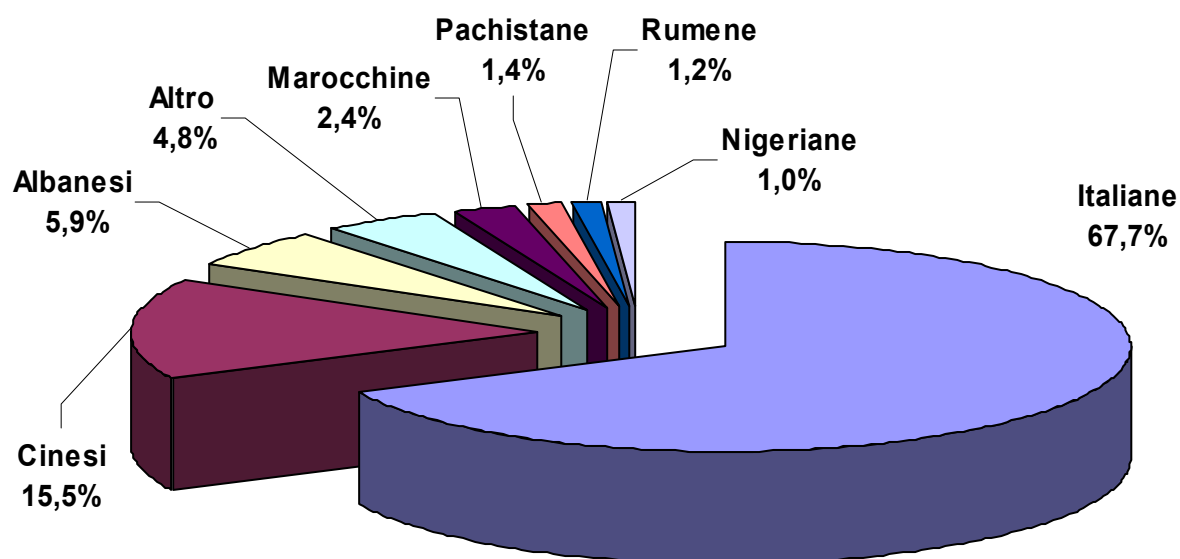
Nel 2006, sulla base dei Certificati di Assistenza al Parto (CAP) dell'Asl di Prato, si sono verificati 3107 parti, di questi l'85,8% (2667) sono avvenuti nel Presidio Ospedaliero Misericordia e Dolce di Prato ed il 14,2% (440) in altri presidi della Toscana, in particolare in quelli dell'Asl di Firenze. Considerando soltanto le donne residenti o domiciliate nella provincia di Prato, i parti sono stati 2390 (l'89,6% nel Presidio Ospedaliero Aziendale). Il tasso di natalità (nati nell'anno/popolazione generale x 1000), disponibile relativamente al 2005, è pari a 10,6 neonati ogni 1000 abitanti, valore superiore a quello medio toscano (8,7 per 1000 ab). Il tasso di fecondità totale, un indicatore che misura il numero medio dei figli di una donna in età fertile, non riferito ai soli nati nell'anno in corso, colloca Prato, nel 2005, al primo posto tra le Asl della Toscana, con 1,50 figli per ogni donna. Il valore medio toscano è, nello stesso anno, di 1,26 figli per donna in età fertile. Da notare che il primato di Prato è stabile dal 2000, primo anno disponibile nell'archivio dell'ARS.

Ad ulteriore conferma di questo dato, il confronto dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per gravidanza, parto e puerperio, elaborati dall'ARS, relativo al 2005, dimostra che Prato presenta uno dei tassi più elevati (31,8 per 1000 ab), superiore alla media regionale (29,5 per 1000 ab) e secondo soltanto a quello di Firenze (32,3 per 1000 ab).



Analizzando la cittadinanza della madre, si nota che il 28,2% delle partorienti dell'Asl di Prato sono straniere, percentuale che sale al 32,3% limitando l'analisi al solo Presidio Ospedaliero Misericordia e Dolce. Tra le straniere, le cinesi rappresentano il 15,5% dei parti totali che avvengono a Prato e quasi la metà dei parti delle straniere.

### Distribuzione dei parti per nazionalità della madre Presidio Ospedaliero di Prato - 2006



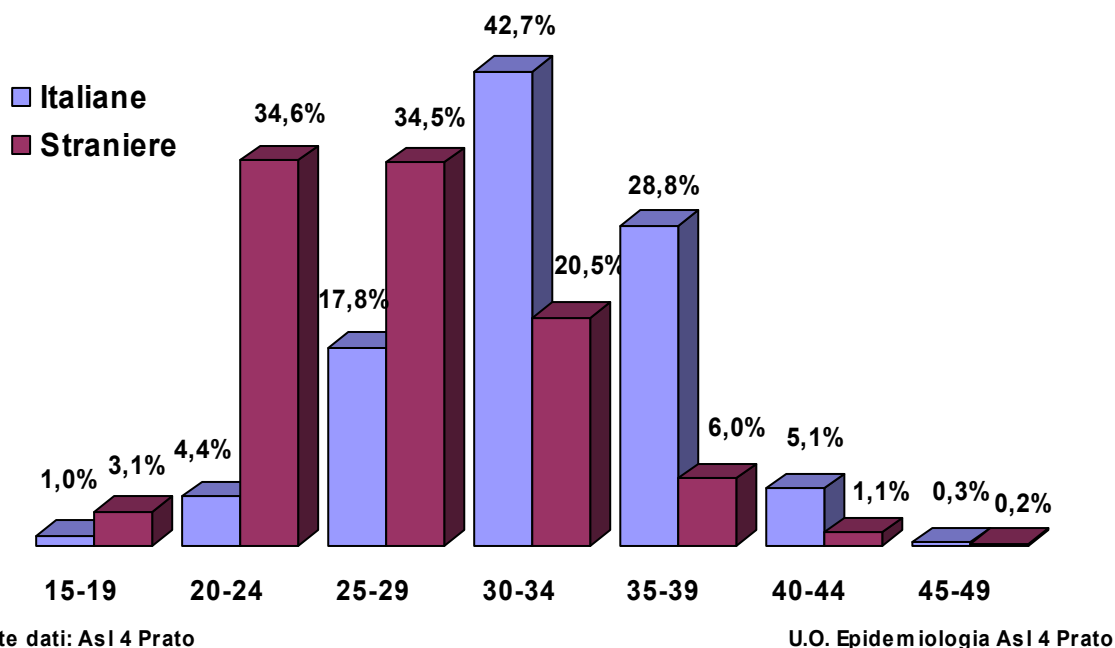
Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

L'età media della madre al momento del parto è molto diversa se parliamo di italiane o straniere, le prime, infatti partoriscono a circa 32,5 anni e le seconde circa 5 anni prima (27,5 anni). È fondamentale precisare che quella indicata non è l'età del primo parto, ma è l'età media delle donne residenti a Prato che hanno partorito nel 2006. Analizzando la cittadinanza delle donne straniere, si nota come le partorienti più giovani siano le albanesi (26,4 anni), seguite dalle cinesi (26,5 anni), dalle marocchine (28 anni), dalle rumene (29 anni) e dalle pachistane (30,5 anni).

La tendenza delle italiane a partorire ad età più avanzate rispetto alle straniere è confermata anche dal fatto che mentre il 76,8% delle prime ha partorito dopo i 30 anni, il 72,2% delle seconde lo ha fatto prima di questa età.

### Percentuale di parti per classi d'età e cittadinanza della donna a Prato - 2006



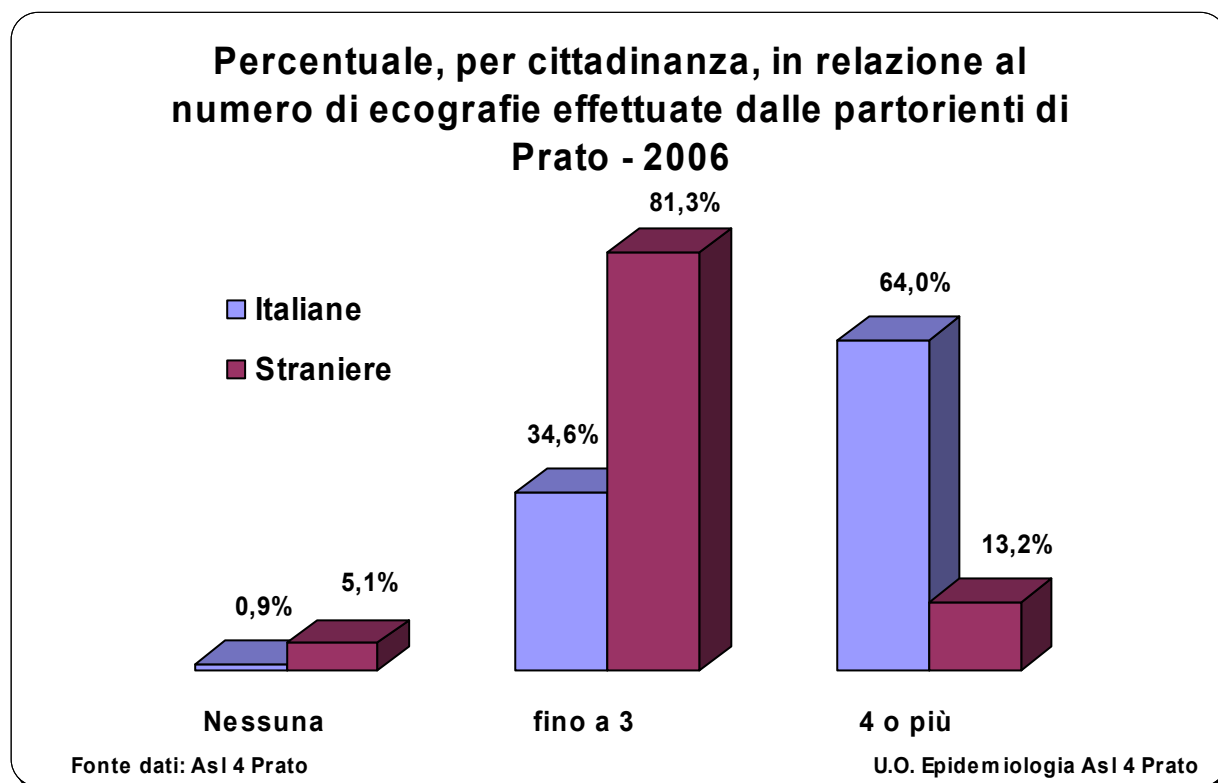
Oltre all'età, anche il titolo di studio influenza il comportamento riproduttivo della donna. Nel 2006 quasi la metà delle partorienti (49,7%) ha presentato un livello di scolarità medio-bassa (licenza elementare o diploma di scuola media inferiore), il 35,9% ha un diploma di scuola media superiore ed il 13,7% ha conseguito la laurea. L'analisi per cittadinanza mostra una situazione estremamente diversificata, infatti, il 77,7% delle straniere ha un livello di studio medio-basso, a fronte del 33% delle italiane. Le donne diplomate sono il 17% delle straniere ed il 47,3% delle italiane, mentre le laureate sono rispettivamente il 4% ed il 19,5%.

A conferma che, nel nostro paese, fare figli è ancora una prerogativa della coppia sposata, il 60,9% delle partorienti sono risultate coniugate (69,6% delle italiane e 46,5% delle straniere), mentre soltanto il 24,9 sono nubili (rispettivamente 16,9% e 38,3%).

Il 53,4% delle donne che hanno partorito nel 2006 è al primo parto, con differenze significative se consideriamo la nazionalità delle madri, infatti, mentre le primipare italiane sono il 55,4%, con valori simili ad albanesi e cinesi (rispettivamente 53% e 51,9%), le rumene (45,3%), le marocchine (33,3%) e soprattutto le pachistane (20%) mostrano percentuali notevolmente inferiori.

L'assistenza della donna in gravidanza sembra essere abbastanza buona, dall'archivio CAP del 2006 emerge, infatti, che la prima visita è stata effettuata nei primi tre mesi di gravidanza nel 77,9% dei casi. Sono soprattutto le italiane a sottoporsi precocemente a visita (90,9% contro il 56,2% delle straniere), tra le straniere le percentuali di albanesi, marocchine e rumene che si recano dal medico nei primi tre mesi oscillano dal 70% all'80%, mentre cinesi e pachistane effettuano poche visite precoci (rispettivamente 43,7% e 36,7%). Oltre la metà delle partorienti, nel 2006, si è sottoposta alle 3 ecografie raccomandate nel protocollo di assistenza alla donna in gravidanza previsto dalla Regione Toscana, solo una percentuale molto bassa non ha mai effettuato questa indagine (2,5%), mentre il 44,9% ne ha eseguite più di quattro. Anche in questo caso le differenze nel

comportamento di italiane e straniere è notevole, l'81,3% delle straniere ha effettuato soltanto le 3 ecografie consigliate, mentre il 64% delle italiane ha superato questo numero.

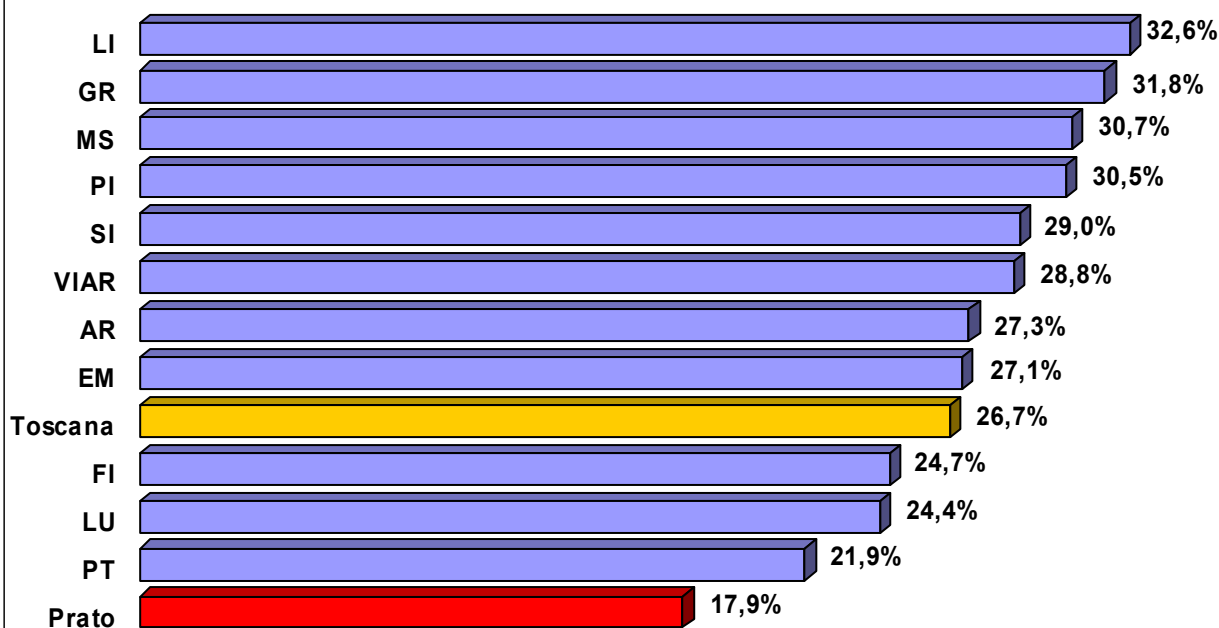


Nel 2006, in linea generale, l'89,8% delle donne ha aderito alle indicazioni previste nel protocollo regionale suddetto, con una notevole differenza tra le italiane (96,4%) e le straniere (79%).

In oltre il 75% dei casi il parto avviene con modalità spontanea, senza differenze tra italiane e straniere, lievi differenze si notano analizzando le altre modalità. Il parto cesareo in elezione, cioè programmato, è più frequente nelle italiane (9,2% contro il 5,9% tra le straniere), mentre i parti difficoltosi, in cui è necessario intervenire con forcipe o ventosa, sono più rappresentati tra le straniere (11,9% contro il 7,7% tra le italiane). I parti con taglio cesareo effettuato durante il travaglio, cioè d'urgenza, sono circa il 5% indipendentemente dalla cittadinanza della madre.

Anche considerando le partorienti pratesi, ovunque ricoverate, nel triennio 2003-2005, la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti (17,9%) è stata nettamente inferiore al dato regionale (26,7%) e rientra nel range fissato nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile del Piano Sanitario Nazionale.

### Percentuale di parti cesarei in Toscana 2003-2005



Fonte dati: ParsIS

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

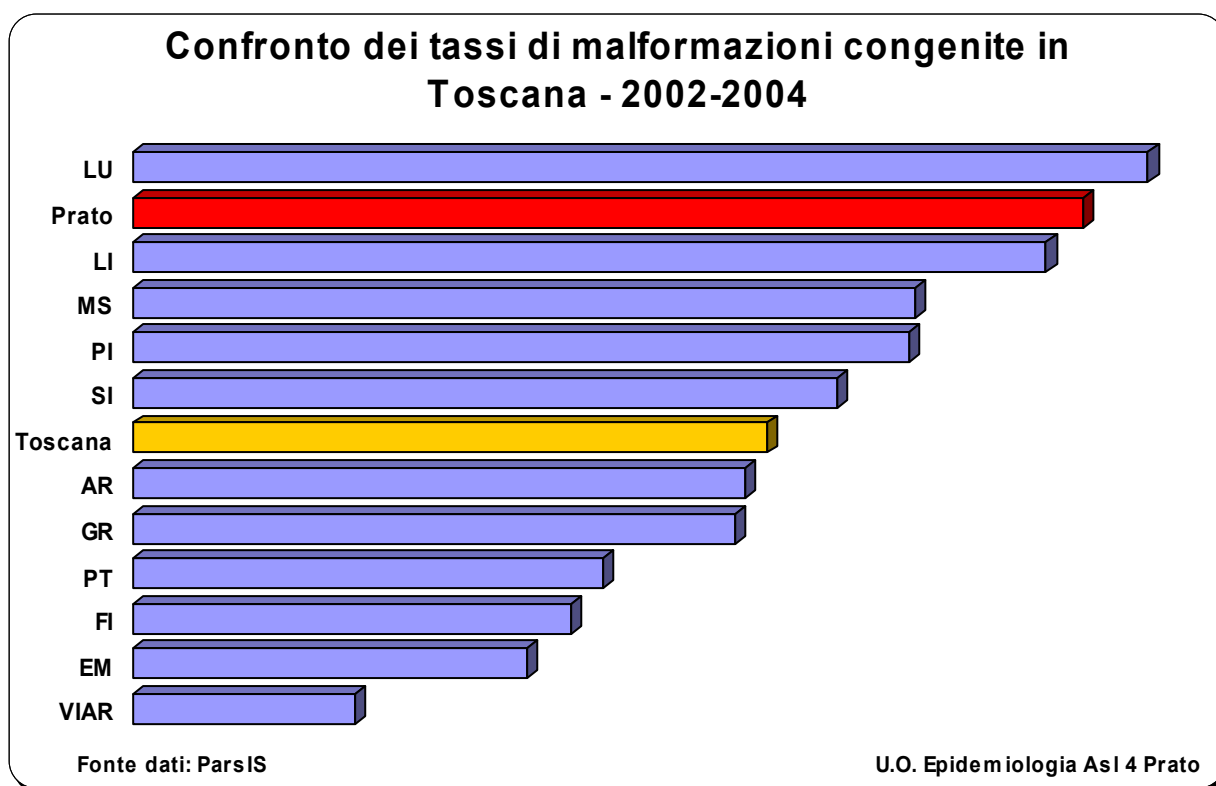
I bambini nati morti nel 2006 a Prato sono stati 7 (5 italiani e 2 cinesi), il tasso di natimortalità relativo al triennio 2003-2005 è, per l'Asl di Prato, di 3,3 ogni 1000 nati, leggermente superiore al valore medio regionale (3,2 per 1000 nati). Nel confronto con le altre Asl toscane, Prato occupa la settima posizione, con un andamento in lieve peggioramento rispetto sia alla posizione che al valore del tasso nei trienni precedenti (2000-2002: ottavo posto, tasso 2,6 per 1000 nati).

Analogamente, nello stesso triennio, anche la mortalità neonatale precoce (morti entro il 6° giorno di vita / totale dei nati nell'anno x 1000) (Prato 2,1 vs Toscana 1,5), la natimortalità (Prato 3,3 vs Toscana 3,2), la proporzione di nati con basso peso alla nascita (<2500 g) (Prato 6,5% vs Toscana 6,4%) e quella dei nati prematuri (<37 sett.) (Prato 7,4% vs Toscana 6,9%) sono leggermente superiori ai dati medi regionali. Dall'analisi dei flussi CAP del 2006, si rileva come a Prato i bambini nati con peso inferiore a 2500 g siano stati quasi il 6%, mentre quelli con peso inferiore a 1500 g, fortunatamente, non hanno raggiunto l'1%. In entrambi i casi, si evidenzia che i bambini italiani hanno un rischio maggiore di nascere sottopeso (italiani 7,9% con peso basso o molto basso vs stranieri 4,9%).

Il tasso di mortalità infantile (morti nel primo anno di vita / totale dei nati nell'anno x 1000) è influenzato anche dalla qualità dell'assistenza alla gravidanza ed al parto e, nel triennio 2003-2005, è uguale al valore medio regionale (3,0). Allo stesso modo, anche la percentuale di nati con basso peso alla nascita e quella dei prematuri, sono influenzate dall'efficacia dell'assistenza ostetrico-neonatale. La natimortalità e la mortalità perinatale (nati morti e morti nella prima settimana di vita), invece, risentono maggiormente di fattori genetici e prenatali, in gran parte sconosciuti e scarsamente modificabili.

Considerando sempre il triennio 2003-2005, il tasso di neonati affetti da almeno una malformazione congenita rilevato a Prato nel triennio 2002-2004 è, invece, notevolmente superiore al valore medio regionale (Prato 35,4 per 1000 nati vivi vs Toscana 23,6 per 1000 nati vivi) e tra i più alti della Toscana, preceduto solo dal valore rilevato nell'Asl di Lucca

(37,8 per 1000 nati vivi). Tale tasso, ricavato dall'archivio toscano delle malformazioni congenite, con esclusione dei difetti minori, va comunque considerato con cautela per la presenza di distorsioni legate alla sottonotifica degli eventi.



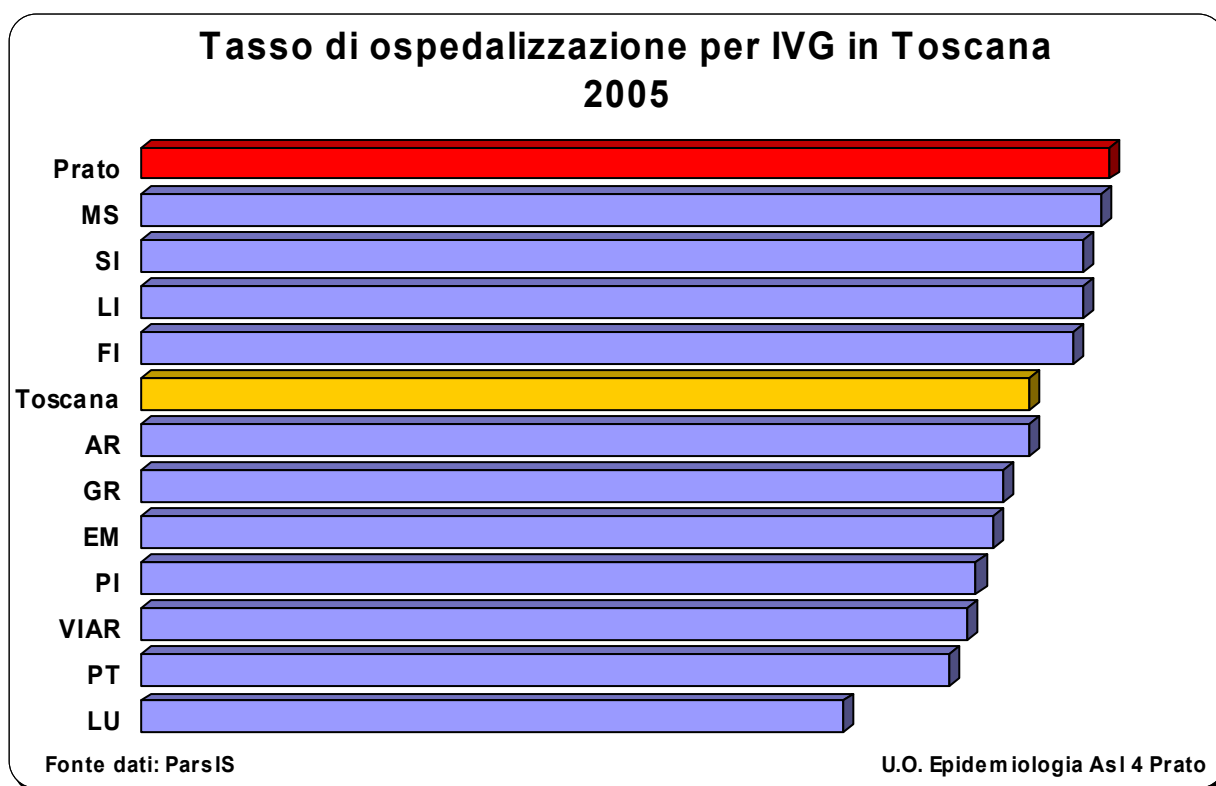
In conclusione, il quadro che emerge dall'analisi mostra che la zona socio-sanitaria pratese presenta tassi di natalità e di fecondità molto elevati, a questo contribuiscono in maniera determinante le straniere che costituiscono, nel 2006, quasi un terzo delle puerpere. Esistono marcate differenze socio-demografiche tra le donne italiane e le straniere, queste ultime sono, infatti, mediamente più giovani e con un grado di scolarità inferiore. Questi fattori, verosimilmente, influenzano il minore accesso ai servizi sanitari delle straniere (meno ecografie e più prime visite tardive), ma che non causano differenze significative nell'esito della gravidanza, sia per quanto riguarda i bambini con basso peso alla nascita, sia per la natimortalità.

### 7.1.2 Interruzione volontaria di gravidanza e aborto spontaneo

#### Interruzione Volontaria di Gravidanza

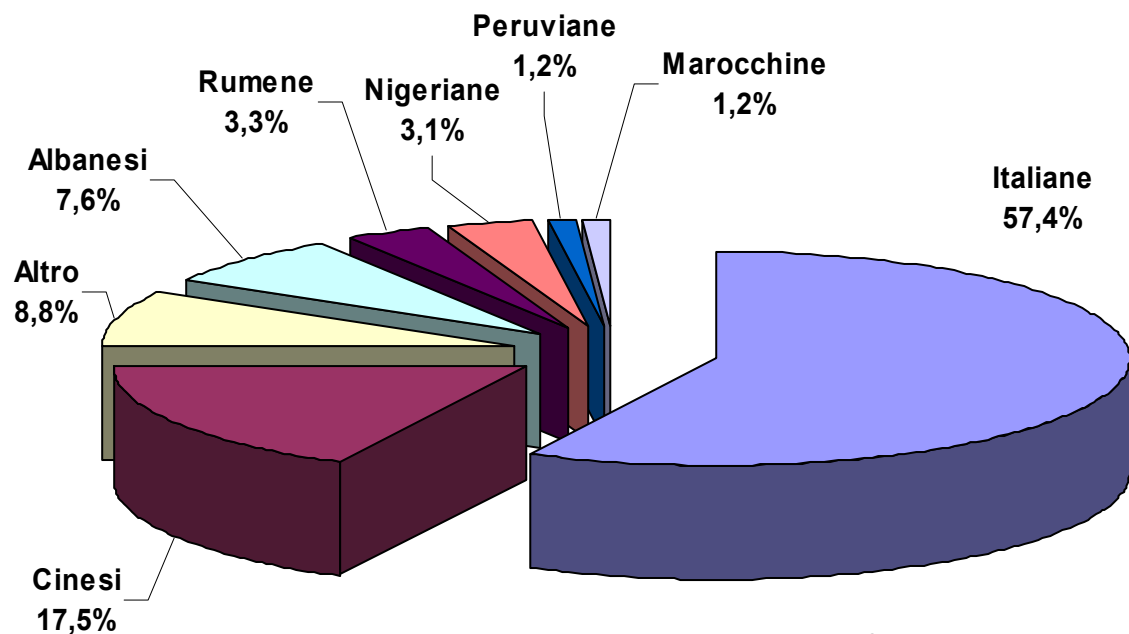
Nel 2005 le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate nell'Asl di Prato sono state 663, pari ad un tasso di 10,9 ogni 1000 donne in età fertile (15-49 anni), valore leggermente superiore alla media toscana (10,0) ed a quella italiana (9,7). Di queste, soltanto il 73,6% (488) delle IVG sono state effettuate da donne residenti nell'Asl, portando il tasso delle IVG delle residenti a valori inferiori a quelli nazionali (8,6). Il 57% delle donne che si sono sottoposte ad IVG avevano cittadinanza italiana, le altre erano straniere, in particolare cinesi (20,3%), albanesi (7%), rumene (2,7%), pachistane (2%) e marocchine (1,8%).

Il confronto tra Asl toscane, riferito al 2005, evidenzia come il tasso di Prato, benché solo leggermente più alto del valore medio regionale (Prato 10,9 per 1000 donne in età fertile vs Toscana 10,0) sia il più alto della Toscana.



Nel 2006 le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate nell'Asl di Prato sono state 724, di cui il 71% (514) a carico delle donne residenti nella provincia di Prato. Analizzando la cittadinanza delle donne residenti si nota come oltre la metà delle IVG sono state effettuate da italiane, seguite dalle cinesi, dalle albanesi e dalle rumene.

### Distribuzione delle IVG per nazionalità - Presidio Ospedaliero di Prato - 2006



Fonte dati: Asl 4 Prato

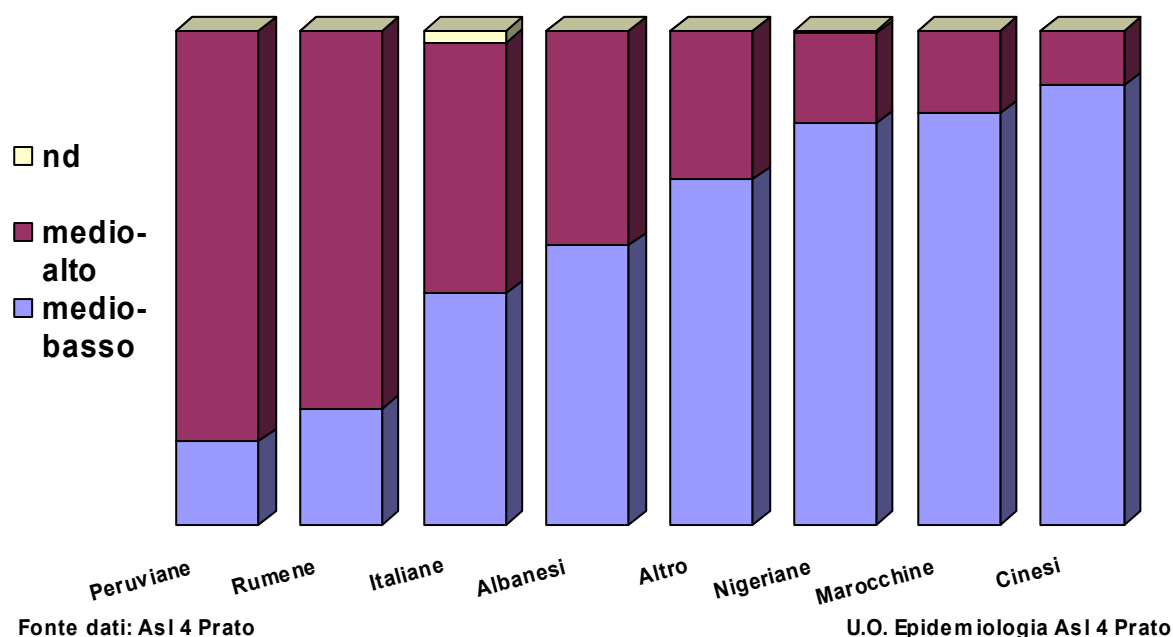
U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

L'età media delle donne che si sottopongono a IVG è di circa 30 anni, con differenze minime legate alla nazionalità (min. 28 anni tra le nigeriane, max 30,4 anni tra le italiane). È importante analizzare il fenomeno delle IVG tra le minorenni, delle 16 ragazze che si sono rivolte al Presidio Ospedaliero Misericordia e Dolce, 12 erano residenti a Prato (10 italiane e 2 cinesi) e 4 avevano la residenza in altra provincia (3 italiane e 1 rumena). Da questo si ricava che le minorenni che ricorrono a IVG sono poco più del 2%.

Considerando lo stato civile delle donne che si sono sottoposte a IVG, si nota che la maggior parte sono sposate (51,9%), seguite dalle nubili (43%), notevoli differenze si evidenziano tra le italiane e le straniere. Le percentuali di italiane nubili o coniugate che hanno eseguito una IVG sono pressoché sovrapponibili (nubili 46,4% vs coniugate 46,1%), mentre le straniere coniugate sono molte più delle nubili (nubili 38,4% vs coniugate 59,8%). Questo potrebbe far interpretare che parte delle straniere utilizzino l'IVG per il controllo delle nascite all'interno del matrimonio.

Analizzando il titolo di studio delle donne che hanno subito un IVG, si nota che tra le italiane ci sono differenze poco significative tra chi ha un titolo di studio medio-basso (46,8%) e chi lo ha medio-alto (50,8%). Differenze notevoli si ritrovano, invece analizzando la scolarità delle donne straniere, il 69,9% delle straniere che sono ricorse all'IVG aveva un titolo di studio medio-basso, contro il 30,1% che lo aveva medio-alto. Esaminando le diverse cittadinanze nel dettaglio si evidenzia che peruviane e rumene hanno un titolo di studio medio-alto in percentuali superiori al 75%, occorre però considerare che i numeri assoluti sono estremamente bassi. Le albanesi, che rappresentano oltre il 7% di tutte le donne ricorse all'IVG, hanno percentuali molto più simili a quelle delle italiane che al resto delle straniere.

### Distribuzione delle IVG per nazionalità e titolo di studio - Presidio Ospedaliero di Prato - 2006

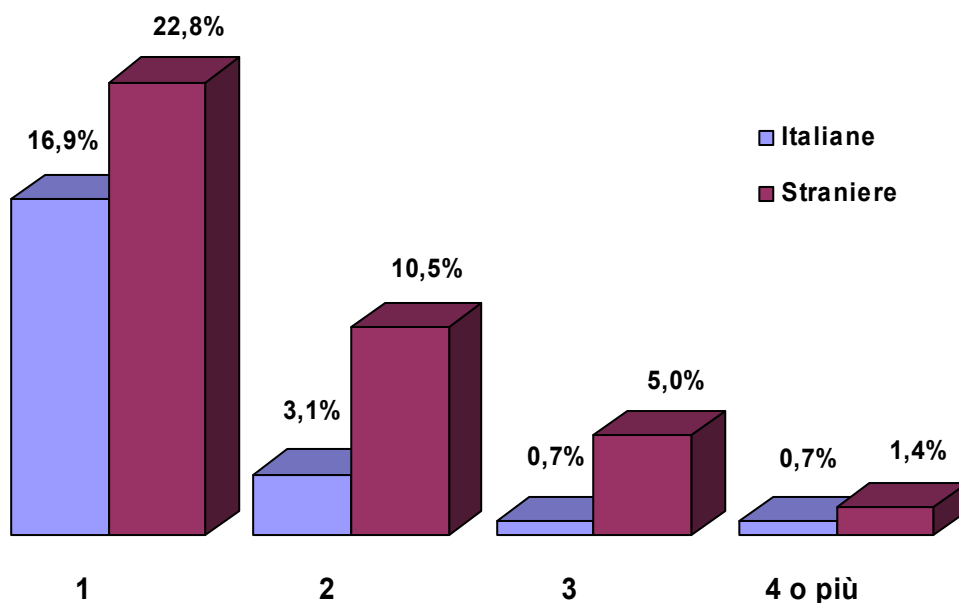


Informazioni utili per capire l'atteggiamento delle donne nei confronti dell'IVG si ottengono dall'analisi dei dati relativi al numero di figli della donna e dal numero di IVG eventualmente effettuate in passato.

L'aver già figli sembra influenzare il ricorso all'IVG soprattutto delle straniere. Il 44,4% delle italiane non aveva figli quando è ricorsa a questa procedura, contro soltanto il 26% delle straniere, queste ultime, nel 61,2% dei casi avevano già 1 o 2 figli (italiane 47,8%). Lo stesso andamento si ha per le donne che avevano 3 figli o più (italiane 3,7% vs straniere 9,6%).

La maggior parte delle donne, nel 2006, ha effettuato la sua prima IVG (italiane 75,6% vs straniere 58,4%), mentre la percentuale di donne che hanno effettuato più di una IVG è del 29,2% ed è decisamente più alta tra le straniere rispetto alle italiane (italiane 21,4% vs straniere 39,7%).

### Numero di precedenti IVG per cittadinanza Presidio Ospedaliero di Prato - 2006



Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

L'abortività ripetuta è comunque in lenta diminuzione negli ultimi due decenni a testimonianza che l'IVG utilizzata come metodo di controllo della fecondità trova sempre meno consensi tra le donne.

Come previsto dalla legge 194/78, la certificazione attestante la necessità di un'interruzione volontaria di gravidanza è stata rilasciata principalmente dal consultorio familiare, soprattutto per le donne straniere, seguito dal medico di fiducia e dal servizio ostetrico-ginecologico.

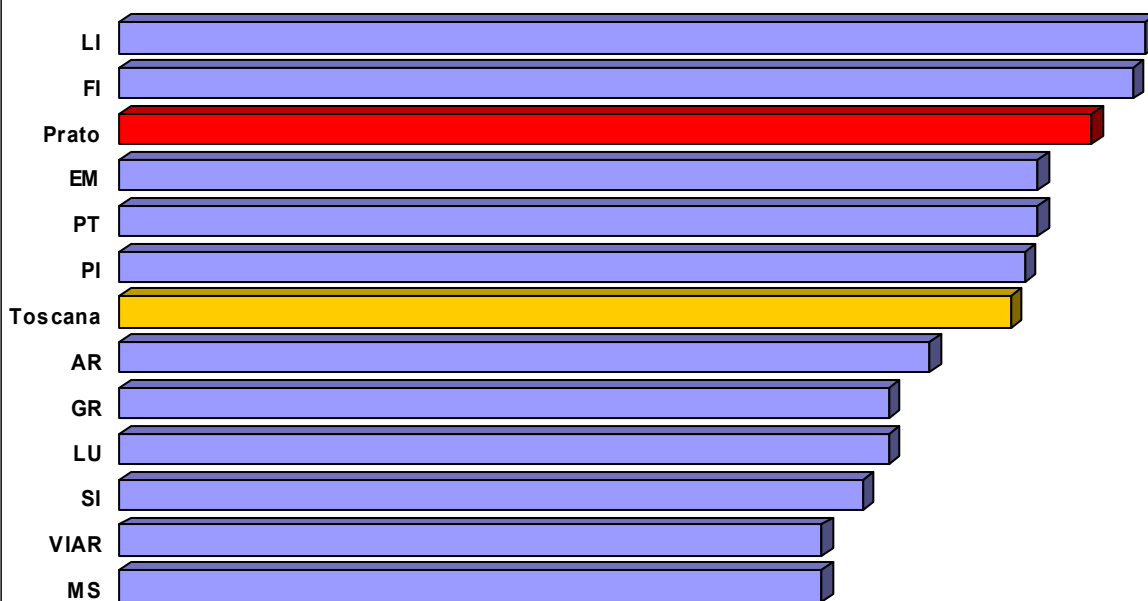
L'intervento è stato erogato in tutti i casi da strutture pubbliche in regime di day-hospital, la metodica utilizzata è stata esclusivamente l'isterosuzione mediante Barman, in accordo con le raccomandazioni internazionali e con il Piano Sanitario Regionale.

In conclusione, dall'analisi degli archivi locali, relativamente all'IVG emerge la buona assistenza alle donne che si sottopongono a questa procedura, la maggior parte delle donne riesce ad effettuare l'intervento entro tre settimane dalla richiesta e le procedure d'intervento sono le più sicure. Elemento negativo è il maggior ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, le quali, inoltre, vanno incontro più frequentemente ad aborti ripetuti. È quindi necessario incentivare l'accesso delle donne straniere ai servizi territoriali dedicati alla salute della donna, in modo da aumentare le loro conoscenze sulla salute riproduttiva e sulla procreazione cosciente e responsabile.

### Aborto Spontaneo

Nel 2005, il tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo, in donne di età compresa tra 14 e 49 anni, è stato, a Prato, di 7,2 aborti ogni 1000 donne in quella fascia d'età. Anche in questo caso il tasso pratese, oltre ad essere più alto di quello toscano (6,6), è uno dei più alti della regione, secondo solo a Livorno (7,6) e Firenze (7,5).

### Tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo in Toscana - 2005



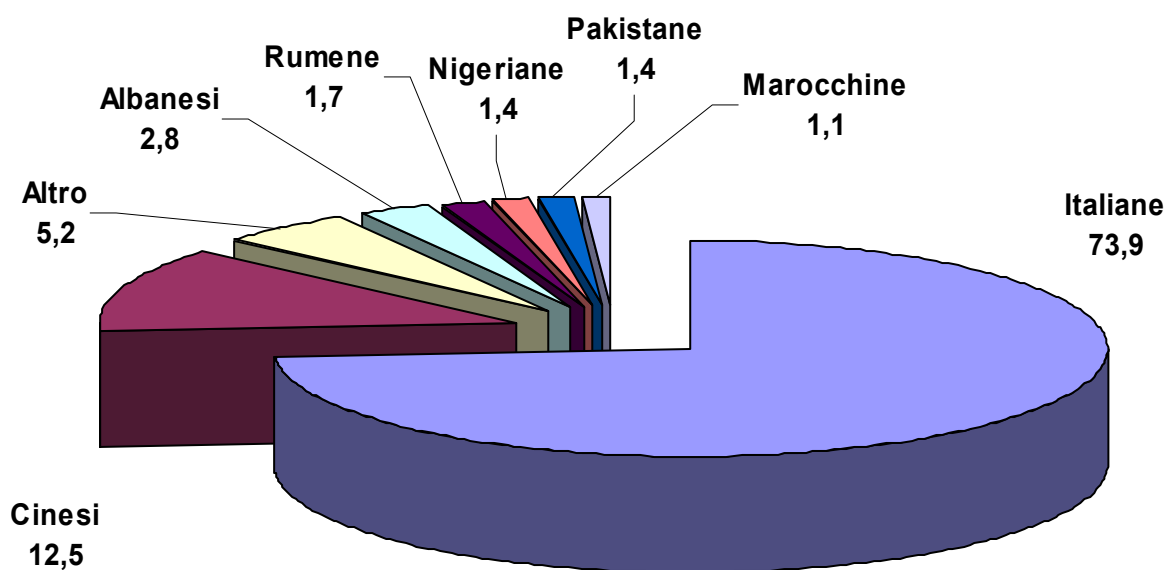
Fonte dati: ParsIS

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Nel 2006, nell'Asl di Prato (Ospedale Misericordia e Dolce), si sono verificati 368 aborti spontanei, il 78% dei quali (287) a carico di donne residenti nella provincia. Analizzando la residenza delle donne ricoverate per aborto spontaneo, si nota come la maggior parte siano straniere, soprattutto cinesi (50,6%), e questo fa supporre che molte di queste siano residenti nei loro paesi d'origine, ma domiciliate a Prato. Nonostante questa supposizione possa essere corretta, non è possibile averne la certezza, per questo motivo l'analisi dei dati sarà condotta esclusivamente sulle donne residenti nella provincia di Prato.

Analizzando la cittadinanza delle donne, si nota come il 73,9% degli aborti siano avvenuti in donne italiane, tra le straniere la percentuale più elevata è a carico delle cinesi (12,5%), seguite dalle albanesi e dalle rumene.

### Distribuzione degli aborti spontanei per nazionalità Presidio Ospedaliero di Prato - 2006

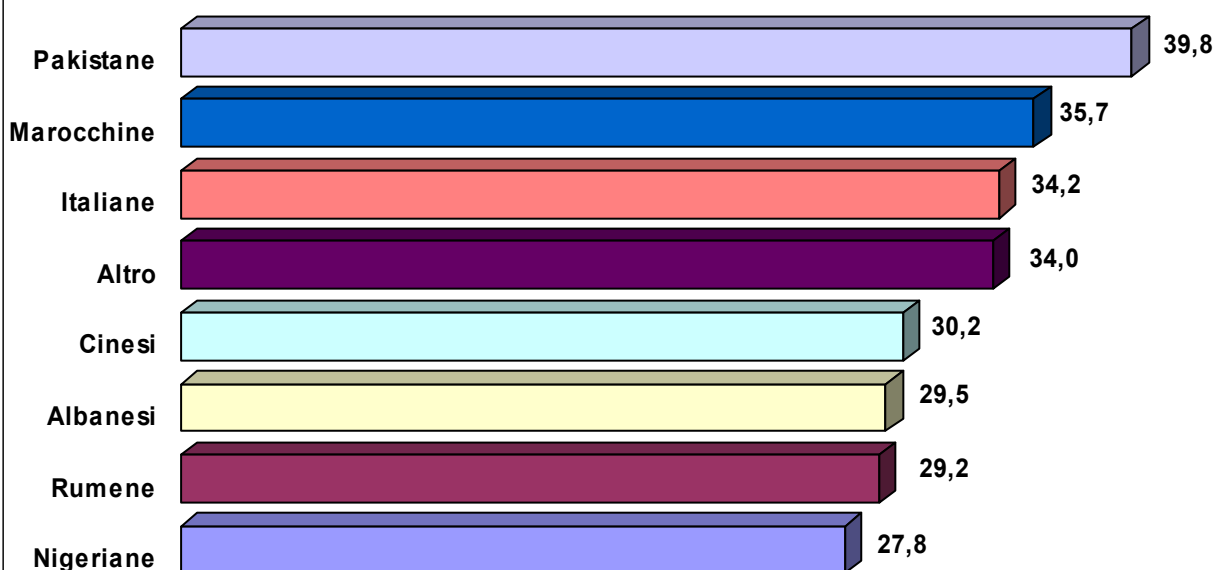


Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

L'età media delle donne che si sono ricoverate per aborto spontaneo è risultata di 33,5 anni, anche in questo caso ci sono notevoli differenze relative alla cittadinanza, le pakistane, le marocchine e le italiane incorrono in questo evento ad età più elevate, mentre le nigeriane, le rumene e le albanesi in età più giovane, con differenze in termini assoluti di oltre 10 anni tra le più grandi e le più giovani.

### Età media delle donne ospedalizzate a Prato per aborto spontaneo - 2006



Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Il 63,1% delle donne che hanno presentato un aborto spontaneo sono coniugate, con differenze minime tra italiane e straniere, le nubili sono il 28,9% (23,6% delle italiane e 30,7% delle straniere), solo 5 donne su 287 (1,7%) erano separate o divorziate.

Relativamente alla scolarizzazione, si evidenziano notevoli differenze tra italiane e straniere, infatti, in queste ultime prevale un livello di istruzione medio basso, licenza elementare o scuola media inferiore, (italiane 33% vs straniere 70,6%), mentre tra le italiane è più rappresentato un livello alto, diploma di scuola media superiore o laurea, (italiane 55,6% vs straniere 17,4%).

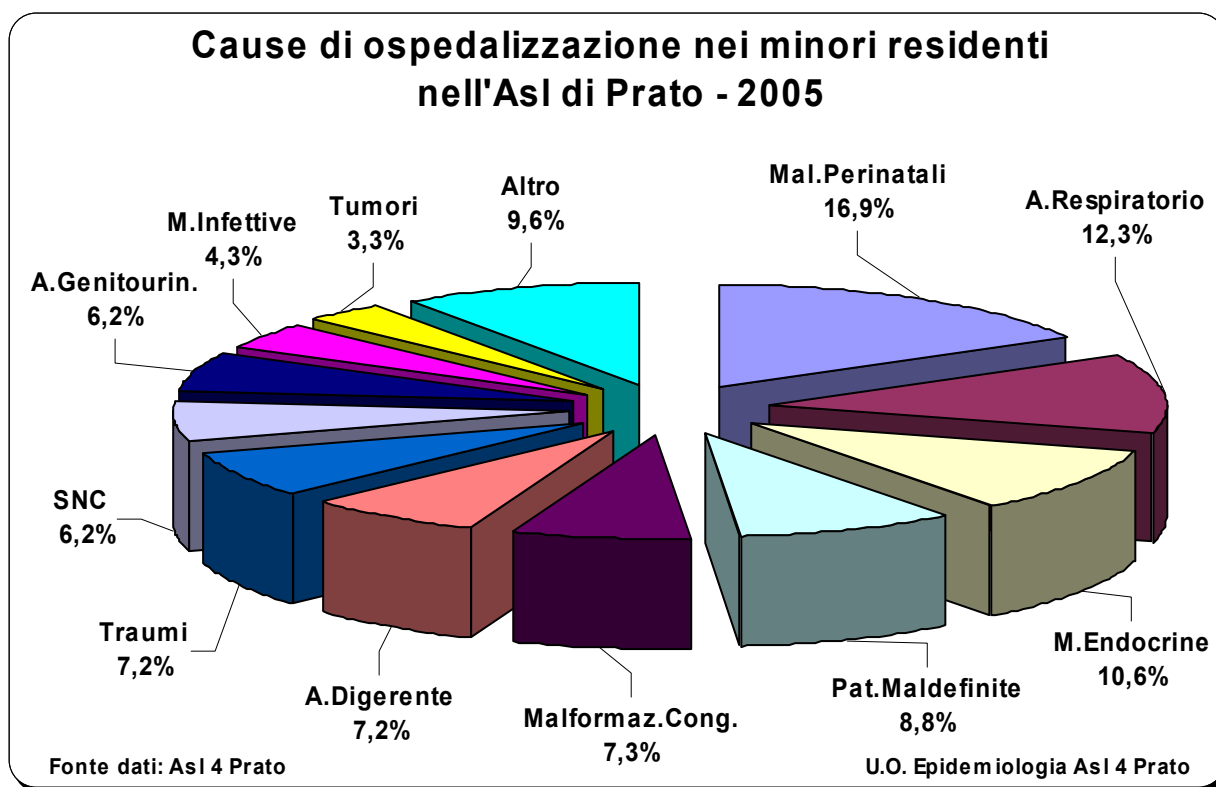
## 7.2 Minori

### 7.2.1 Stato di salute

#### Ospedalizzazioni

Nel corso del 2005 i ricoveri, ovunque effettuati, dei minori (0-14 anni) residenti nell'Asl di Prato sono stati 3638, 2115 maschi e 1523 femmine. L'89% di questi ricoveri sono stati erogati a carico di bambini italiani e solo l'11% a bambini stranieri, con percentuali sovrapponibili al valore generale tra maschi e femmine. Nel computo dei ricoveri non sono considerati quelli dei neonati sani, in quanto tali bambini hanno usufruito del ricovero in assenza di patologia, ma soltanto per l'assistenza alla nascita.

Analizzando le cause di ricovero, si evidenzia che le condizioni morbose perinatali rappresentano la percentuale più alta (16,9%), seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio (12,3%) e dalle malattie endocrino-metaboliche (10,6%), tutte le altre cause non raggiungono singolarmente il 10%.



Analizzando i dati relativi ai Day-Hospital possiamo individuare le patologie che portano con più frequenza a questa tipologia di ricovero, considerando che il ricovero in DH non è subordinato alla gravità della patologia, quanto piuttosto alla possibilità di effettuare terapie farmacologiche o chirurgiche che richiedano un'osservazione breve. Si nota che a fronte di un 44,9% di ricoveri in DH sul totale delle ospedalizzazioni dei minori, quasi i tre quarti dei ricoveri per malattie dell'apparato genitourinario (73,3%) avvengono in regime di Day-Hospital. Percentuali oltre il 60% si ritrovano tra i ricoveri per malattie dell'apparato osteomuscolare, malattie endocrino-metaboliche, malattie psichiatriche e tumori, valori oltre il 50% si hanno anche per le malattie dermatologiche e dell'apparato respiratorio. Una puntualizzazione deve essere fatta nel caso dei ricoveri legati alla

gravidanza o alle sue complicanze: nella fascia d'età 0-14 sono presenti due ricoveri con la motivazione suddetta, entrambi effettuati in DH. Queste informazioni portano a dedurre che la motivazione vera sia un'interruzione volontaria di gravidanza, forse l'unico evento legato alla gravidanza che richiede un ricovero in Day-Hospital.

### **Mortalità**

La mortalità nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni è principalmente influenzata dalle morti che si verificano alla nascita o a breve distanza da essa, per problematiche legate a condizioni morbose perinatali ed a malformazioni congenite. La realtà pratese, nel triennio 2003-2005, mostra una situazione quasi sovrapponibile a quella regionale, il tasso di mortalità infantile (morti nel primo anno di vita/totale dei nati nell'anno x 1000) nel triennio 2003-2005 è, infatti, uguale al valore medio regionale (3,0) e si colloca al settimo posto tra le Asl toscane. Purtroppo, la mortalità neonatale precoce (morti entro il 6° giorno di vita) (Prato 2,1 vs Toscana 1,5) e la natimortalità (Prato 3,3 vs Toscana 3,2), sono leggermente superiori ai dati medi regionali. Il tasso di mortalità infantile è 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 ed al parto. Più complessa è l'interpretazione della natimortalità e della mortalità perinatale (nati morti e morti nella prima settimana di vita), che risentono maggiormente di fattori genetici e prenatali, in gran parte sconosciuti e scarsamente modificabili.

Nel 2005, nell'Asl di Prato, il tasso standardizzato di mortalità dei minori (0-14 anni) è risultato di 492,2 per 100 mila abitanti (M 650,7 vs F 369,1). In numeri assoluti, a carico dei minori nel 2005 si sono verificati 8 decessi, 6 dei quali avvenuti nella fascia d'età 0-4 anni, esclusivamente per condizioni morbose perinatali (2 M e 2 F) e malformazioni congenite (2 M), cause che presumibilmente agiscono nel primo anno di vita. Dopo il primo anno di vita la mortalità rappresenta un fenomeno ancor più raro, infatti, un solo bambino è deceduto per malattie dell'apparato cardiovascolare (5-9 anni) ed un altro per cause accidentali (10-14 anni). Considerati i numeri, fortunatamente esigui, per avere un quadro della situazione abbastanza realistico, è necessario analizzare l'andamento del fenomeno per periodi di almeno 5 anni. Nel periodo 2001-2005 quasi 3 decessi di minori su 4 si sono verificati a carico dei bambini tra 0 e 4 anni e la quota più significativa è rappresentata da condizioni morbose perinatali e malformazioni congenite (86,1% dei decessi in questa fascia d'età), le restanti cause nei bambini più piccoli sono state patologie del sistema endocrino e dell'apparato digerente e cause accidentali (incidenti stradali e cadute). I decessi dei bambini d'età compresa tra 5 e 14 anni sono legati principalmente a tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare e cause accidentali (soprattutto incidenti stradali).

### **7.2.2 Assistenza alle famiglie e tutela dei minori**

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.

## Minori in famiglia

Con l'approvazione nel febbraio 2006 delle linee di indirizzo in materia di affidamento di minori a famiglie ed a servizi residenziali socio-educativi, la Regione Toscana, facendo seguito a quanto già affermato con il *Piano di Azione per i diritti dei minori* del dicembre 2003, ha assunto l'obiettivo di "assicurare al minore il diritto di crescere ed essere educato nella propria famiglia", definendo le modalità organizzative e operative ed identificando, coerentemente, i risultati da conseguire: ridurre i casi di allontanamento dei minori dalla famiglia, abbreviare la durata del periodo di allontanamento ed accrescere i rientri nella famiglia di origine nell'interesse del minore.

L'indicazione della Regione 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.

Le rotture coniugali (secondo gli ultimi dati diffusi dall'Istat in Italia dal 2001 al 2004 le separazioni sono aumentate del 9,6% ed i divorzi del 12,6%) ed il conseguente disgregarsi della rete familiare che circonda il minore, sono elementi che possono generare difficoltà nel minore, 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 nella separazione è oggetto dell'attività del *Centro di Mediazione Familiare* della zona pratese. Il servizio di mediazione familiare si rivolge a quei genitori che vivono una separazione conflittuale, ma che desiderano, attraverso l'individuazione di accordi soddisfacenti per loro e per i loro figli, riappropriarsi di una comune responsabilità genitoriale<sup>1</sup>. Nel 2006 i nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di mediazione familiare sono 36 (di cui 8 percorsi completi, per 47 minori coinvolti), contro i 33 del 2005 (nel 2002 erano 19).

Numero nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di mediazione familiare			
	2004	2005	2006
Mediazione familiare	35	33	36
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 2006 hanno beneficiato di contributi economici sono 646 (contro i 553 del 2005; nel 2002 erano 346).

---

<sup>1</sup> E' da ricordare che la L. 54/2006 ha sostituito l'art. 155 del C.C., introducendo il principio della "biogenitorialità", presente nella *Convenzione sui diritti del fanciullo* di New York del 1989: in caso di separazione dei genitori, i figli saranno affidati come regola ad entrambi i genitori e, soltanto come eccezione, ad uno di essi quando in tal senso spinga l'interesse del minore e l'affidamento condiviso determini una situazione di pregiudizio per il minore stesso.

<b>Nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di assistenza economica</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Assistenza economica*	475	553	646
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato (*) Interventi attinenti ai bilanci socio-assistenziali			

Nel 2006 risultano inoltre attivati interventi di assistenza educativa (individuale o per piccoli di gruppi di ragazzi con caratteristiche omogenee) per 132 minori.

<b>Minori coinvolti nelle attività di assistenza domiciliare educativa territoriale</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Assistenza domiciliare educativa territoriale	113	126	132
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Oltre all'attività del Servizio Educativo Individuale (S.E.I.), sono qui da ricordare anche i progetti "P.I.E.T.R.O." e "I colori dell'infanzia", messi a punto dai Comuni della Vallata con il coinvolgimento degli insegnanti della scuola primaria e secondaria di primo grado, ed il progetto "Minori a rischio" promosso dal Comune di Montemurlo. A questi si affianca un' articolata offerta informale presente su tutto il territorio pratese (associazioni, cooperative sociali, oratori, etc).

### **L'affidamento di minori a famiglie o a parenti**

A causa delle situazioni multi-problematiche che afferiscono ai suoi componenti, 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 (si rileva, a tale proposito, una crescente sensibilità e capacità di rilevare e segnalare il disagio). Nelle situazioni più gravi, può così rendersi opportuno un temporaneo allontanamento del minore dalla famiglia di origine. In questi casi (ma anche in altri, quale ad esempio un impedimento transitorio dei genitori) interviene l'istituto dell'affido.

Una ricerca dell'Istituto degli Innocenti pubblicata nel febbraio scorso<sup>2</sup> fotografa la condizione dei minori fuori famiglia in Toscana. Il numero di minori in affidamento a famiglia o a parenti, al 30 giugno 2005, è pari a 1.462; i minori stranieri rappresentano il 41% dei minori in affidamento (albanesi 57,2%, marocchini 9,1, ex-jugoslavi 9%). Il 73,1% dei minori stranieri aveva, al momento dell'affidamento, un'età superiore ai 14 anni (contro il 6,1% dei minori italiani). Il 59,3% dei minori stranieri si trova in affidamento perché non accompagnato<sup>3</sup>, mentre per i minori italiani la principale causa di affidamento è legata a

<sup>2</sup> *Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali in Toscana. Ricerca sui dati delle zone socio-sanitarie al 30 giugno 2005*, Regione Toscana/ Istituto degli Innocenti, Firenze, febbraio 2007

<sup>3</sup> La Convenzione de L'Aja del 5 ottobre 1961 (recepita in Italia dalla L. 742/1980) obbliga le autorità dello Stato dove si trova il minore non accompagnato da chi esercita su di lui la potestà genitoriale ad adottare le opportune misure di prevenzione. Come evidenzia *Save the Children Italia*, si tratta soprattutto di ragazzi tra i 14 ed i 17 anni che spesso giungono in Italia in "accordo" con la famiglia di origine.

condotte di grave trascuratezza (44,7%), spesso legate ad una crisi delle relazioni familiari, a problemi di tossicodipendenza di uno o entrambi i genitori (22,7%) nonché a problemi psichiatrici (10,1%). Il 57,2% degli affidamenti di minori italiani avviene a parenti (nonni, zii); tra i minori stranieri la percentuale sale al 75,0% (spesso fratelli o cugini più grandi di minori non accompagnati).

Guardando alla famiglia di origine del minore, sia il padre che la madre, siano essi italiano o stranieri, nella quasi totalità dei casi (92,7% padri, 86,2% madri) hanno un titolo di studio non superiore alla licenza media. A titoli di studio medio-bassi si associano situazioni lavorative piuttosto precarie, con oltre il 40% dei padri (46,9% italiani e 43,3% stranieri) non occupati e circa l'80% delle madri (85,3% italiane, 76,3% straniere) non occupate. Questa situazione di precarietà lavorativa si sviluppa, soprattutto per le famiglie dei minori italiani, in un percorso di vita in cui spesso è presente il problema delle dipendenze (40,6% padri, 45,0% madri).

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 nello studio o nel tempo libero) e periodi di accoglienza estiva ed anche di fine settimana. Nella zona pratese gli affidi "part-time" in corso al 31 dicembre 2006 sono 16 (21 nel 2005), di cui uno a parenti e 15 a famiglie; quelli avviati nel corso dell'anno sono 21 (20 nel 2005).

<b>Affidi "part-time" (compresi minori stranieri)</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Affidi "part-time" al 31.12	26	21	16
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

I minori in affidamento "full-time" in corso al 31 dicembre 2006 sono invece 110 (di cui 22 minori stranieri). Il 40% degli affidamenti residenziali è intrafamiliare (entro il 4° grado di parentela). Rispetto all'anno precedente si rileva una diminuzione del numero di affidamenti; il dato del 2005 (191, di cui 102 stranieri) è però dovuto all'elevato numero di procedimenti per minori stranieri non accompagnati fermi negli uffici del Tribunale che si sono sbloccati in quell'anno. Gli affidamenti residenziali avviati nel corso del 2006 sono 24, di cui 12 relativi a minori stranieri (60 nel 2005, di cui 48 stranieri).

L'affidamento familiare rappresenta una forma di aiuto rivolta non solo al minore, ma anche alla famiglia di origine. La L. 149/2001 ha rafforzato il carattere di temporaneità dell'affidamento, fissandone la durata massima in 24 mesi e riaffermando che l'obiettivo primario del progetto di affidamento è il rientro del minore nel proprio nucleo familiare. Il termine dei 24 mesi in molti casi non può però essere rispettato (nella zona pratese solo 38 minori su 110 sono in affidamento da meno di due anni) per la situazione multiproblematica della famiglia di origine (precarità economica, dipendenze, etc). Trascorsi i 24 mesi l'affidamento può quindi essere prorogato dal Tribunale dei Minori "qualora la sospensione rechi pregiudizio al minore".

L'istituto dell'affido trova una maggiore attuazione nelle forme giudiziali (nella zona pratese 82 affidamenti su 110, pari al 74,5%) piuttosto che in quelle consensuali. L'affidamento è un intervento prettamente assistenziale e di aiuto: pertanto, nella sua forma

ordinaria, esso è privo di coercizioni, ed è attuato secondo un progetto dei servizi territoriali condiviso dalla famiglia di origine; gli affidamenti giudiziali dovrebbero quindi rappresentare l'eccezione, e non la regola. D'altra parte, il rilevante numero di affidi giudiziari deriva anche dalla forte presenza di minori stranieri non accompagnati, per i quali la funzione genitoriale è surrogata da un tutore assegnato dal giudice. Inoltre, la maggior parte degli affidamenti supera i 24 mesi e per questo richiede una validazione di tipo giudiziario.

Affidi residenziali ("full-time")			
	2004	2005	2006
Affidi "full-time" al 31.12	140	191	110
- di cui italiani	94	89	88
- di cui stranieri	46	102	22
Affidamenti intrafamiliari*		127	44
Affidamenti eterofamiliari		64	66
Minori affidati in via consensuale	38	42	28
Minori affidati in via giudiziale	102	149	82
Minori in affidamento da meno di 2 anni	46	104	38
Minori in affidamento da più di 2 anni	94	87	72
Minori in età compresa tra 0 e 5 anni		20	23
Minori in età compresa tra 6 e 11 anni		33	34
Minori in età compresa tra 12 e 17 anni		89	52
Minori in età superiore a 17 anni		49	1
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato (*): entro il 4° grado di parentela			

Il *Centro Affidi*, attivo dal 1999, si occupa della selezione delle famiglie disponibili ad esperienze 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 dicembre 2006 le famiglie presenti in banca dati disponibili all'affidamento sono 14.

### **L'affidamento dei minori a servizio semiresidenziale e residenziale**

Una forma di tutela che interviene in situazioni di alta criticità è costituita dall'affidamento di minori a strutture semi-residenziali (centri diurni e semi-convitti) ed a strutture residenziali (comunità familiari, gruppi appartamento, casa madre-bambini, etc).

In Toscana, sempre secondo l'indagine condotta dall'Istituto degli Innocenti, il numero di minori in affidamento a strutture in corso al 30 giugno 2005 è pari a 543, di cui 315 italiani e 228 stranieri (48,8% albanesi, 16,7% marocchini, 12,8% ex-jugoslavi). La motivazione primaria dell'affidamento di un minore italiano ad un servizio è nel 52,7% dei casi una condotta di grave trascuratezza della famiglia di origine; un problema non marginale (13,3%) è rappresentato dalle condotte abusivanti o violente ai danni del minore. Il 50,9% dei minori stranieri è invece affidato ai servizi perché non accompagnato. I servizi socio-sanitari e la scuola giocano un ruolo attivo nel far emergere le situazioni di disagio e nel

segnalarle; per quel che riguarda gli affidamenti dei minori stranieri prevale la quota di segnalazioni fatte da parenti, forze dell'ordine e associazioni.

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.

Al 31 dicembre 2006 nella zona pratese i minori presenti in strutture semi-residenziali (4, *Meucci*, *Nadir*, *Azimut* e *Anawim*, oltre al semiconvitto *S.Rita*) sono 75, contro gli 81 dell'anno precedente; i minori stranieri passano da 22 a 16. Nel corso del 2006 si sono registrati 23 nuovi inserimenti, di cui 4 relativi a minori stranieri (45 nel 2005, di cui 22 stranieri).

Minori in servizi semiresidenziali			
	2004	2005	2006
Totale minori presenti nei servizi semiresidenziali al 31.12	66	81	75
- di cui stranieri	5	22	16
Minori in età compresa tra 0 e 5 anni		8	14
Minori in età compresa tra 6 e 11 anni		9	7
Minori in età compresa tra 12 e 17 anni		28	30
Minori in età superiore a 17 anni		14	7
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Nella zona socio-sanitaria pratese si contano 7 presidi residenziali: si tratta di strutture di piccole dimensioni, comunità a dimensione familiare che accolgono non più di 8 minori. L'*Opera S.Rita* ha recentemente riorganizzato le proprie strutture, con una maggiore diversificazione dell'utenza: oltre a tre comunità residenziali per minori, vi è una struttura per giovani appena maggiorenni ed una per ragazze in età adolescenziale o maggiorenni, più una casa madre-bambino. Ricordiamo inoltre anche la comunità per minori *Anawim*. Il servizio di pronta accoglienza è svolto dall'*Opera S.Rita* e dalla Caritas (con alcuni posti presso la *Casa Betania* riservati a stranieri adolescenti).

I minori presenti in presidi residenziali alla fine del 2006 sono 58 (59 nel 2005), di cui 36 in comunità a dimensione familiare, 14 in casa madre-bambini, 6 in comunità educative, uno in casa di accoglienza per l'infanzia ed uno in centro di pronta accoglienza. Quasi la metà dei minori (48%) presenti nei presidi residenziali alla fine del 2006 è costituito da stranieri, una quota decisamente superiore rispetto a quella degli stranieri sul totale dei minori inseriti in strutture semi-residenziali (21%).

Minori in presidi residenziali			
	2004	2005	2006
Minori presenti nei presidi residenziali al 31.12	111*	59	58
- di cui stranieri	35	31	28
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato (*) comprende presidi fuori zona			

### **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. Il numero dei minori seguiti per quanto riguarda le materie civili e amministrative passa dai 252 del 2004 ai 349 del 2006; l'aumento è dovuto principalmente a situazioni legate alla regolarizzazione dei minori sul territorio.

<b>Minori seguiti dai servizi sociali in collaborazione con le autorità giudiziarie</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Minori seguiti in collaborazione con le Autorità giudiziarie (materia civile e amministrativa)	252	363	349
Minori per i quali le Autorità giudiziarie hanno prescritto incontri protetti con il genitore non affidatario	14	19	15
Minori seguiti in collaborazione con le Autorità giudiziarie e con i servizi minorili del Ministero di Giustizia (D.P.R. 448/88) (materia penale)	16	17	25
Minori vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli ordini giudiziari) in carico	6	26	18
Minori vittime di abusi sessuali in famiglia (segnalati agli ordini giudiziari) in carico	3	7	7
Fonte: Azienda Usl 4/ Comune di Prato			

Risulta in lieve diminuzione, da 19 a 15, il numero dei minori per i quali le autorità giudiziarie hanno prescritto incontri protetti con il genitore non affidatario. In aumento, da 17 a 25, è invece il numero di minori seguiti in collaborazione con le autorità giudiziarie e con i servizi minorili del Ministero di Giustizia per le materie penali. In queste situazioni i servizi sociali entrano in gioco solo in un secondo momento. I minori vittime di maltrattamenti in famiglia nel corso del 2006 sono 18; in 7 casi si registrano purtroppo anche abusi di tipo sessuale.

### **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 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 pratese, anche quelle di Pistoia, Empoli, Val di Nievole e Valdarno Inferiore.

Nel territorio pratese le domande di adozione presentate nel corso del 2006 sono 47 (di cui 5 nazionali, 2 internazionali, 37 nazionali o internazionali e 3 "particolari"), contro le 45 del 2005. I decreti di adozione passano da 40 a 18.

Adozioni nella zona pratese			
	2004	2005	2006
Domande di adozione presentate dal 1.1 al 31.12	68	45	47
Decreti di adozione dal 1.1 al 31.12	39	40	18
Fonte: Centro Adozioni Area Vasta			

## 7.3 Anziani

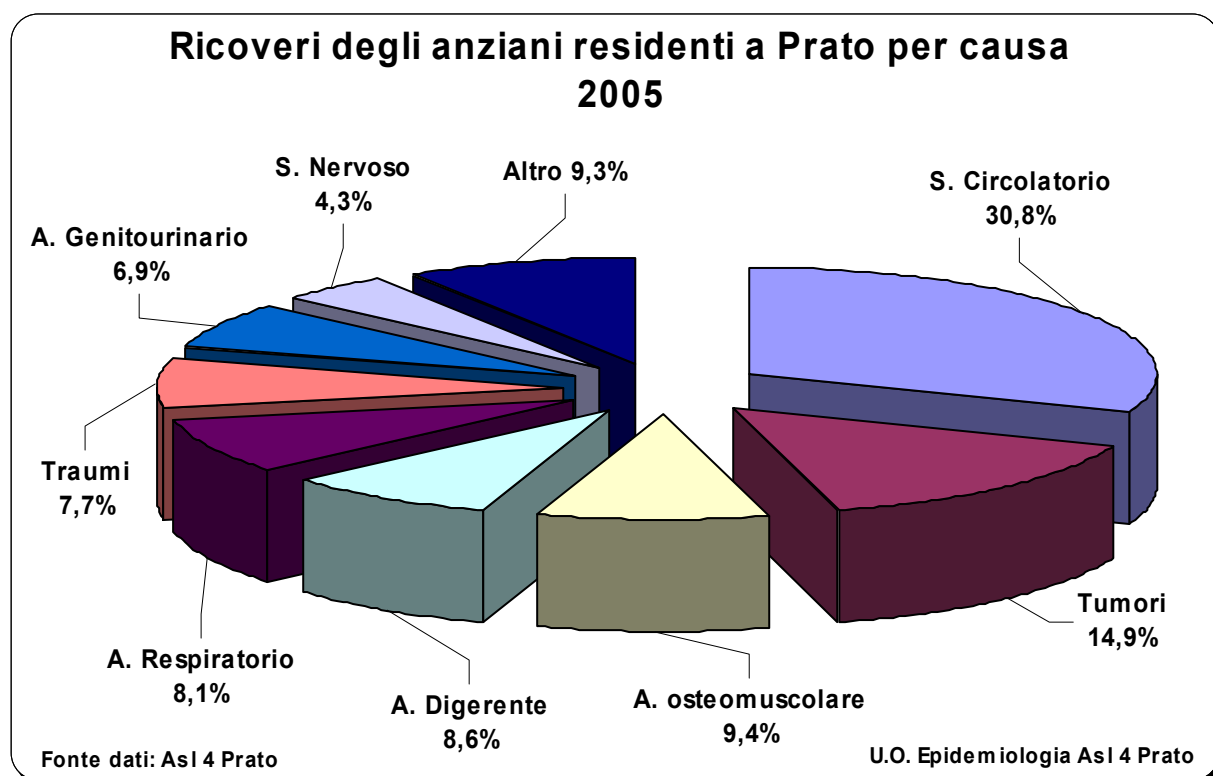
### 7.3.1 Stato di salute

#### Ospedalizzazione

Nel corso del 2005 i ricoveri nei soggetti con più di 65 anni e residenti nell'Asl di Prato (ovunque ricoverati) sono stati 17855, di questi il 49,1% a carico degli uomini (8765) ed il 50,9% a carico delle donne (9090). Complessivamente i ricoveri per gli over 65 rappresentano il 41,6% del totale dei ricoveri, con situazioni leggermente diverse per maschi e femmine. Gli uomini ultrasessantacinquenni totalizzano il 44,7% di tutti i ricoveri maschili. Analizzando le percentuali femminili dobbiamo considerare che quasi 4000 donne si sono ricoverate per gravidanza e parto, con e senza complicanze, quindi per valutare correttamente il tasso di ricovero per patologia delle donne anziane dobbiamo eliminare questa quota dal totale. In questo modo le donne ultrasessantacinquenni che si sono ricoverate sono il 46,8% sul totale, contro il 39% se consideriamo anche le donne in gravidanza.

Il 22,6% dei ricoveri totali degli ultrasessantacinquenni (4037) è stato effettuato in regime di Day-Hospital, con percentuali sovrapponibili a carico di maschi e femmine.

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di ricovero (30,8%) degli anziani, seguite dai tumori (14,9%), dalle malattie osteomuscolari (9,4%), dalle malattie dell'apparato digerente (8,6%) e da quelle dell'apparato respiratorio (8,1%).



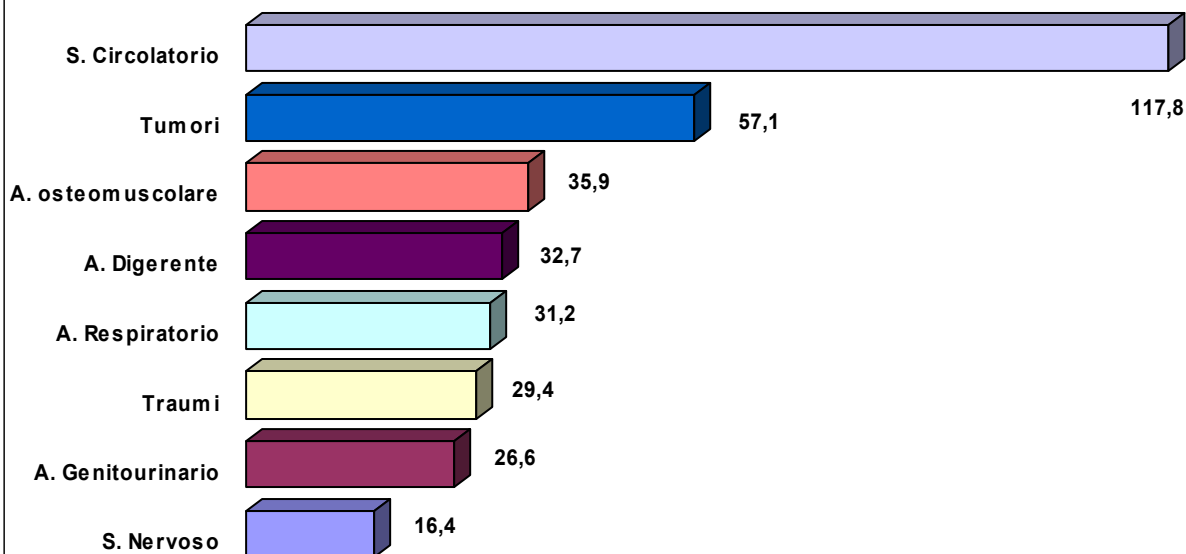
È interessante notare come gli anziani (>65 anni), nonostante rappresentino meno del 20% della popolazione totale residente nella provincia di Prato, usufruiscano di oltre il 40% dei ricoveri totali. Percentuali ancora superiori si evidenziano andando ad analizzare alcune cause di ricovero. Come intuibile, quasi il 70% dei ricoveri per patologia cardiovascolare si

verifica in questa fascia d'età, percentuali intorno al 50% si ritrovano relativamente alla patologia respiratoria ed ai tumori, i traumi nell'anziano comportano oltre il 40% dei ricoveri per questa causa.



Per valutare la frequenza della ospedalizzazione nell'anziano, occorre ricorrere al calcolo del tasso grezzo di ricovero che esprime il numero di persone che si sono ricoverate ogni 1000 abitanti con più di 65 anni. Quasi 120 anziani ogni 1000 si sono ricoverati per patologia cardiovascolare, circa 57 per tumore, tra 30 e 35 anziani ogni 1000 si sono ricoverati per patologie osteomuscolari, digerenti e respiratorie e per traumi.

### Tassi grezzi di ricovero per 1000 abitanti degli anziani - Cause principali - 2005



Fonte dati: Asl 4 Prato

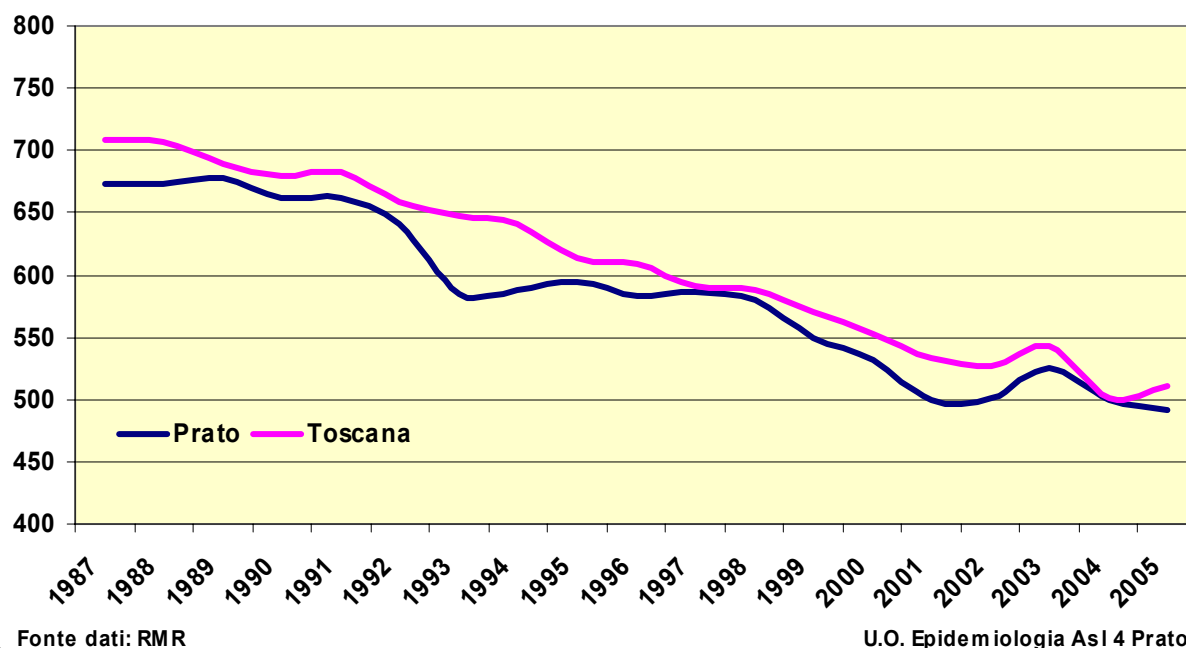
U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Analizzando le percentuali di ricovero in regime di Day-Hospital per causa, si evidenzia come, a fronte di un 22% circa per i ricoveri totali, esistano patologie per le quali si ricorre a questo tipo di ricovero con particolare frequenza. Il 66,1% dei ricoveri degli anziani in dermatologia vengono erogati in regime di DH, lo stesso si ha per il 50% dei ricoveri per patologia neurologica e per quasi il 40% di quelli per patologia osteomuscolare, oncologica e genitourinaria. Al contrario le patologie cardiovascolari, respiratorie ed i traumi comportano il ricorso al ricovero in DH molto raramente.

### Mortalità

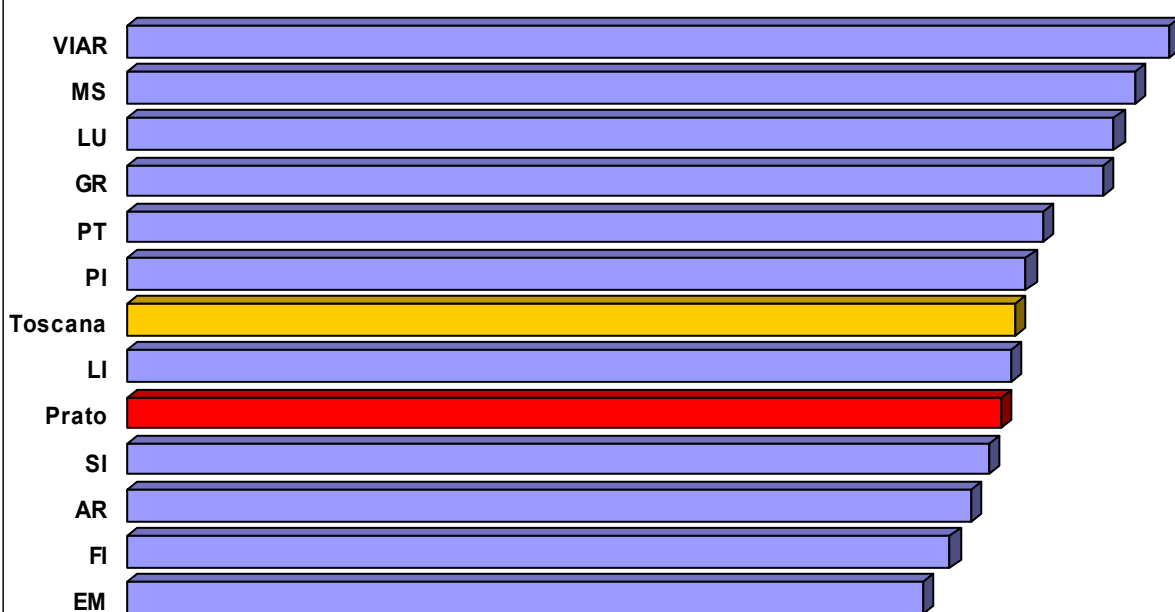
Nel corso del 2005, nella Asl di Prato, l'86,5% dei decessi è avvenuto nella fascia d'età oltre i 65 anni (M 909 decessi, F 936). Tale dato fa sì che le differenze riscontrate in termini di mortalità generale riflettano con buona approssimazione l'andamento delle differenze nella mortalità sopra i 65 anni. Analizzando, infatti, l'andamento nel tempo della mortalità degli anziani dal 1987 al 2005, si nota lo stesso decremento evidenziato per la mortalità generale (-26,8%) ed anche il confronto con i tassi regionali rimane invariato.

### Tassi standardizzati di mortalità (per 100 mila ab) negli ultrasessantacinquenni di Prato 1987-2005

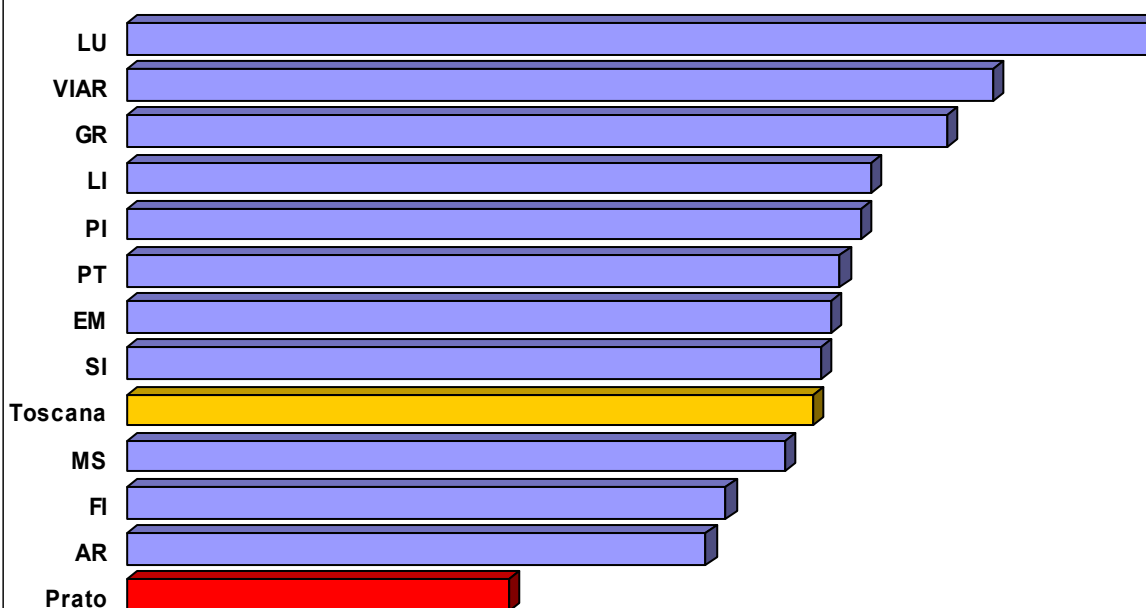


Confrontando i tassi standardizzati di Prato con le altre Asl toscane non si notano modificazioni sostanziali, i valori pratesi sono costantemente inferiori al valore medio regionale, sia per i maschi che per le femmine, per le quali il valore è il più basso della Toscana.

### Tassi standardizzati di mortalità maschile degli ultrasessantacinquenni in Toscana - 2005



### Tassi standardizzati di mortalità femminile delle ultrasessantacinquenni in Toscana - 2005

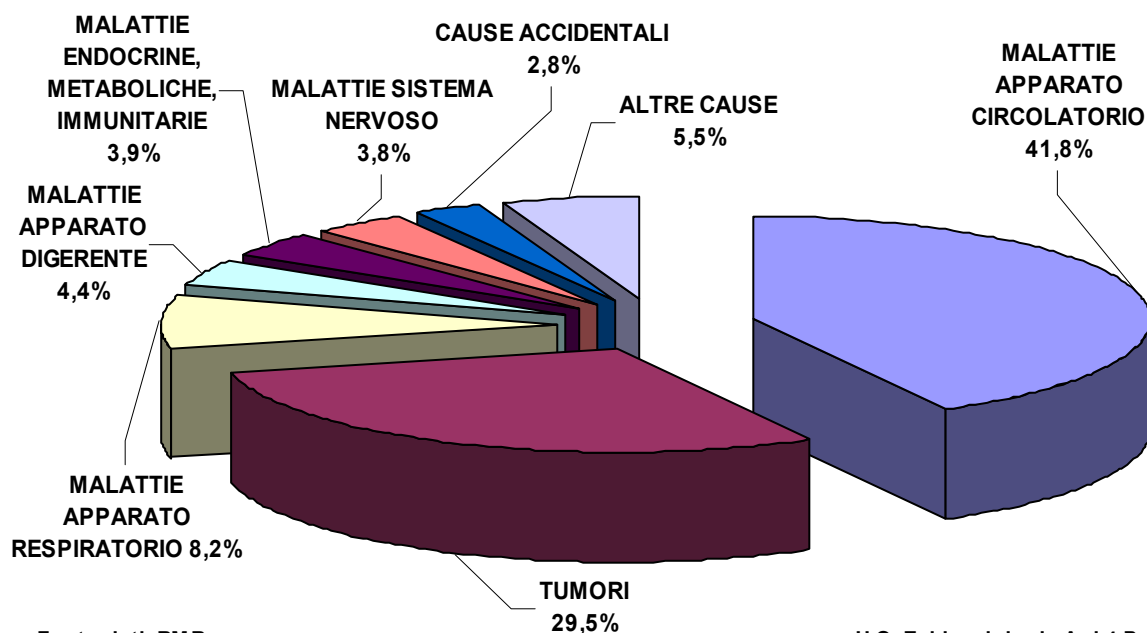


Fonte dati: RMR

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Per quanto riguarda le cause di morte, quasi il 42% è imputabile a malattie dell'apparato cardiovascolare ed il 29,5 % ai tumori. Le altre cause non superano singolarmente il 10% e sono rappresentate soprattutto da malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Nel complesso, rispetto alla mortalità per tutte le età, le principali cause di morte degli anziani sono le stesse, ma con un aumento delle morti per malattia cardiovascolare (popolazione generale 38,9%) ed una diminuzione di quelle per tumori (popolazione generale 32%).

### Mortalità per cause degli ultrasessantacinquenni di Prato - 2005



Fonte dati: RMR

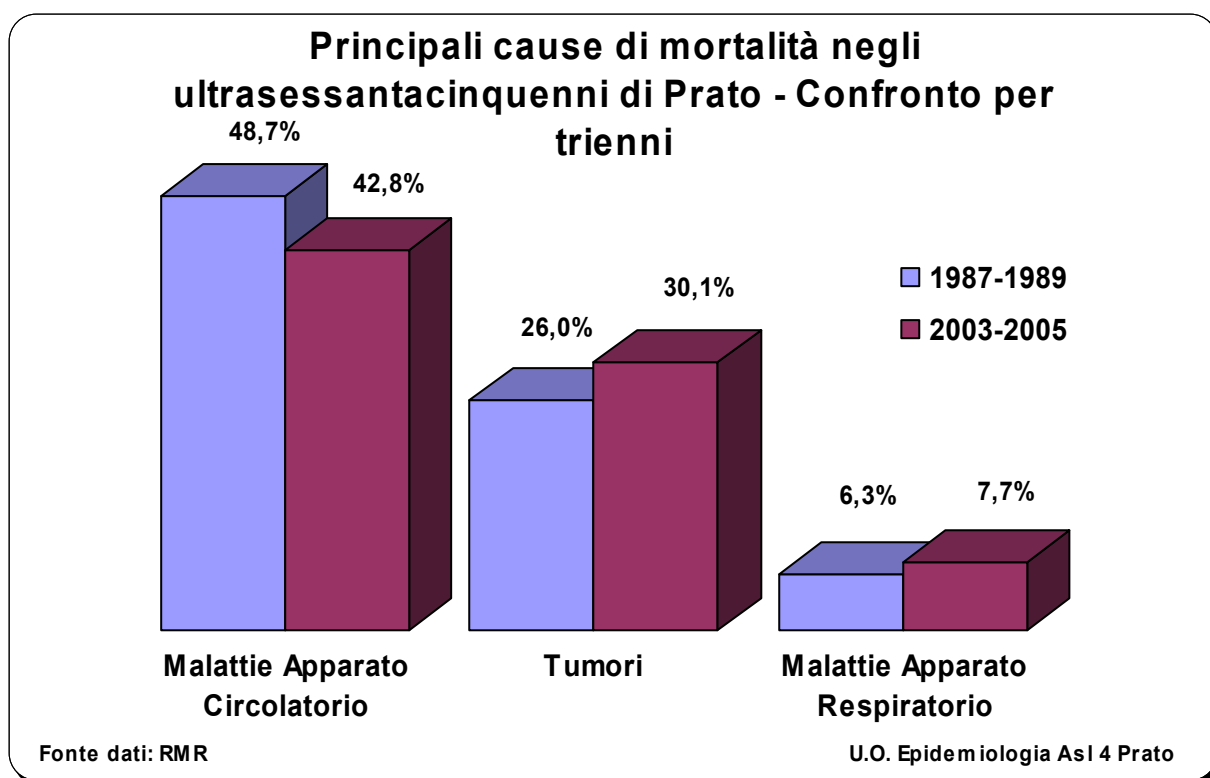
U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Disaggregando i dati per sesso, questa distribuzione si mantiene pressoché inalterata, piccole differenze si rilevano nelle malattie dell'apparato cardiovascolare, in cui la percentuale di decessi nelle femmine è più elevata rispetto ai maschi (M 37,6% vs F 45,9%), mentre la situazione si inverte per i tumori (M 33,6% vs F 25,6%) e le malattie respiratorie (M 10,5% vs F 6,1%).

Se consideriamo la fascia di età oltre i 75 anni, notiamo che la percentuale di decessi imputabile a malattie dell'apparato cardiovascolare cresce in entrambi i sessi (Tot 45,3%: M 39% F 47,5%), mentre la percentuale delle morti conseguenti a tumore diminuisce (Tot 24,6%: M 28,3% F 21,5%).

La minore mortalità rilevata negli anziani pratesi rispetto ai toscani (il tasso standardizzato a Prato è 492,2 per 100 mila ab vs 510,7 della Toscana) è legata soprattutto al numero minore di decessi per patologie cardiocircolatorie, per cause accidentali e per tumori. Rispetto al sesso si osserva che l'eccesso di mortalità generale nei maschi anziani (M 650,7 per 100 mila ab vs F 369,1) è attribuibile alle cause accidentali (M 29 vs F 15,4), ai tumori (M 232,1 vs F 122,6), alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (M 219,7 vs F 141,6) e alle malattie respiratorie (M 57,1 vs F 19,5).

La mortalità per cause specifiche in entrambi i sessi, confrontando i due trienni 1987-1989 e 2003-2005, mostra alcune modificazioni, in particolare un aumento della percentuale di decessi attribuibili ai tumori ed alle malattie dell'apparato respiratorio, mentre si riduce quella relativa ai decessi per malattie dell'apparato cardiovascolare.



### Le vaccinazioni

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 2005-2006 risultano aver ricevuto la vaccinazione, dal medico di distretto o dal proprio medico curante il 78,3% dei residenti nell'Asl di Prato di età superiore a 64 anni (36500 vaccinati). Tale valore è sostanzialmente analogo a quello della campagna vaccinale precedente, infatti, nel 2004-2005 la percentuale di copertura era dell'80,2% (35283 vaccinati).

Il tasso di copertura dell'Asl di Prato, assieme a quello di Lucca, risulta essere più alto sia della media regionale (68,7%) sia del tasso di tutte le altre Asl della Toscana.

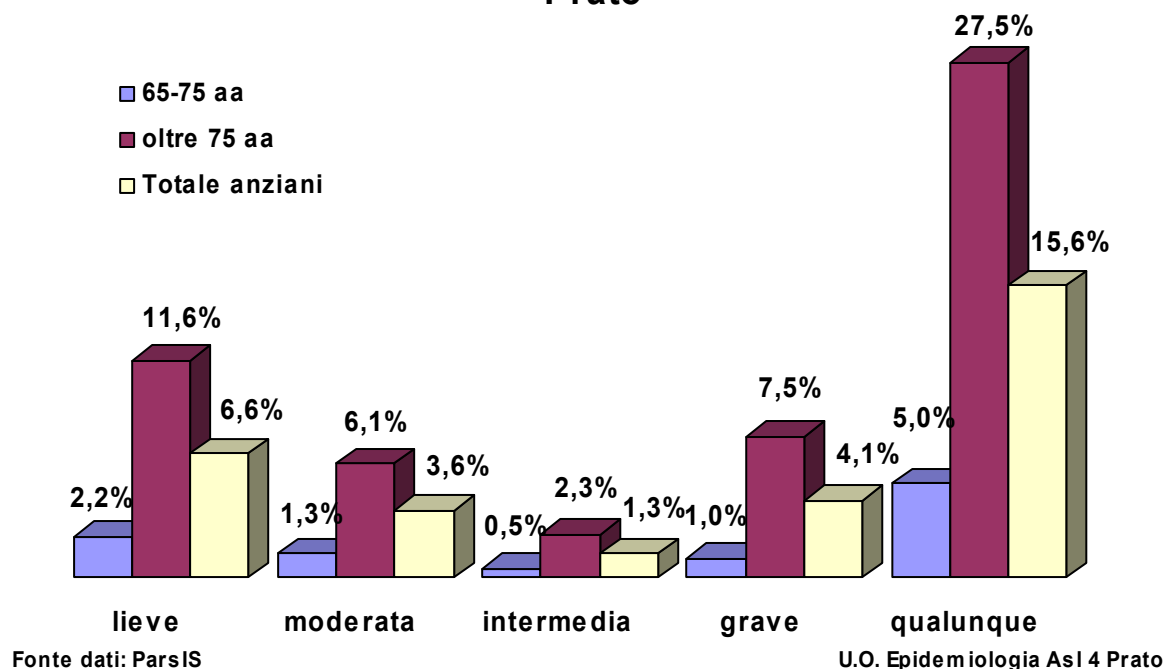
### **7.3.2 Disabilità e non autosufficienza**

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 direttamente alla popolazione di Prato. I tassi di disabilità emersi da diversi studi sono stati applicati al totale degli anziani residenti nell'Asl di Prato ed in questo modo si è giunti ad una stima della realtà pratese. L'ARS ha stimato la prevalenza di anziani disabili, nelle varie Asl toscane, a partire dai dati di tre grandi studi prospettici sullo stato di salute degli anziani condotti nella popolazione toscana. Gli studi di partenza sono 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 prevalenza della disabilità nella popolazione di ultrasessantacinquenni, hanno definito anche i livelli di disabilità (lieve, moderata e grave) con i criteri ADL (Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Le ADL sono le attività che il soggetto deve svolgere obbligatoriamente per vivere senza assistenza, periodica o continuativa, come l'igiene personale, l'alimentazione, la cura di sé, la deambulazione, ecc. La disabilità anche in una sola ADL comporta necessariamente una condizione di bisogno di assistenza. Le IADL sono attività più complesse dal punto di vista fisico e cognitivo, come l'uso del telefono, fare la spesa, la preparazione dei cibi, la cura della casa, l'assunzione di farmaci, la gestione delle finanze personali, ecc. L'incapacità nelle IADL non necessariamente ha a che fare con la salute, spesso la perdita di una o due di queste capacità si riscontra anche in persone sane. Per questo motivo per definire una disabilità lieve è necessaria la perdita di almeno 3 IADL, ma con tutte le ADL conservate. La perdita di 1 ADL comporta una disabilità moderata, di 2 ADL una disabilità intermedia e di 3 o più ADL una disabilità grave.

Analizzando le stime dell'ARS per l'Asl di Prato si nota come la disabilità aumenti con l'età, infatti, il 15,6% degli ultrasessantacinquenni ha una disabilità di qualunque grado, ma tale percentuale sale notevolmente se consideriamo solo gli anziani con età superiore a 75 anni (27,5%). Considerando il grado di disabilità, indipendentemente dall'età, si evidenzia una predominanza di disabilità lievi e gravi, mentre soprattutto quella intermedia (2 ADL perse) è poco rappresentata.

## Stima del livello di disabilità negli anziani residenti a Prato

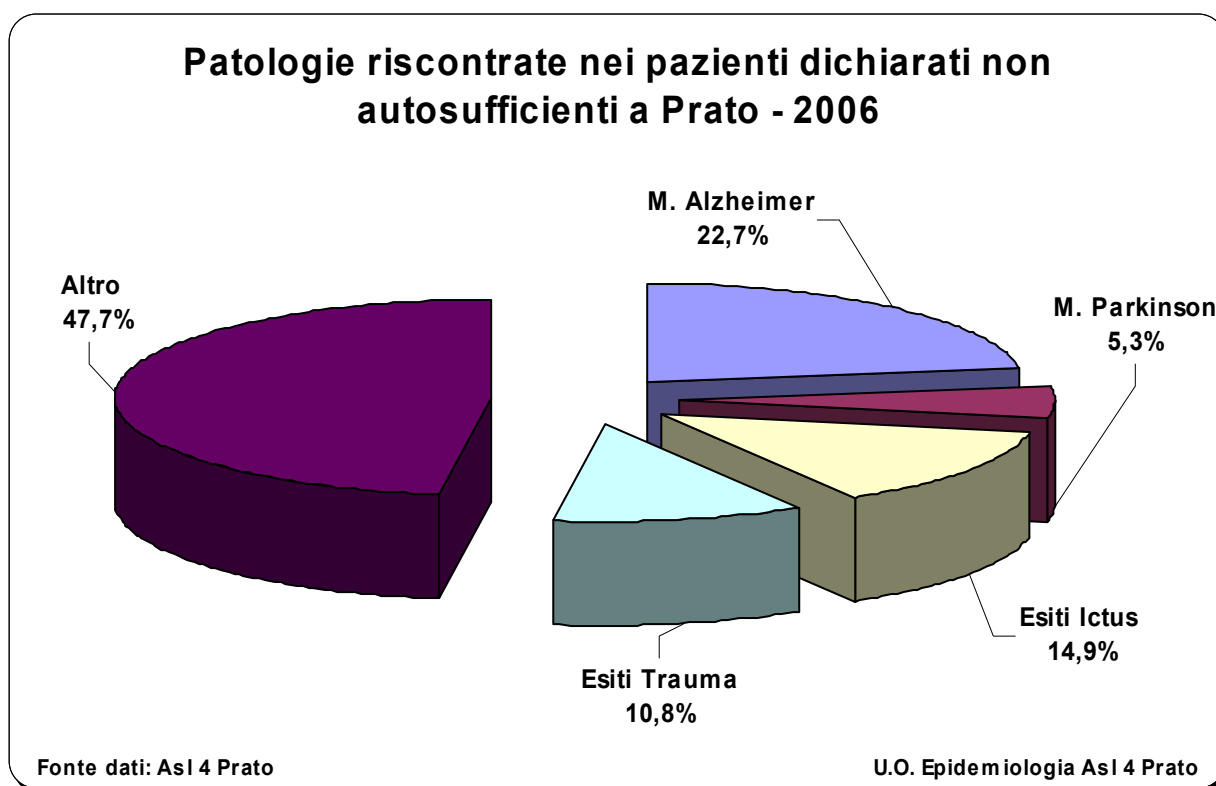


Secondo questi parametri, a Prato si conterebbero circa 3000 anziani (>65 anni) che necessitano di un appoggio più o meno saltuario (disabilità lieve), circa 2200 avrebbero bisogno di assistenza giornaliera (disabilità moderata o intermedia) e quasi 1850 sarebbero del tutto non autosufficienti.

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 dal morbo 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 potremmo aspettare, 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 risulterebbero poi essere gravemente o totalmente invalidi. Entro il 2011 si dovrebbe assistere ad un incremento del 3-5% di queste condizioni per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione.

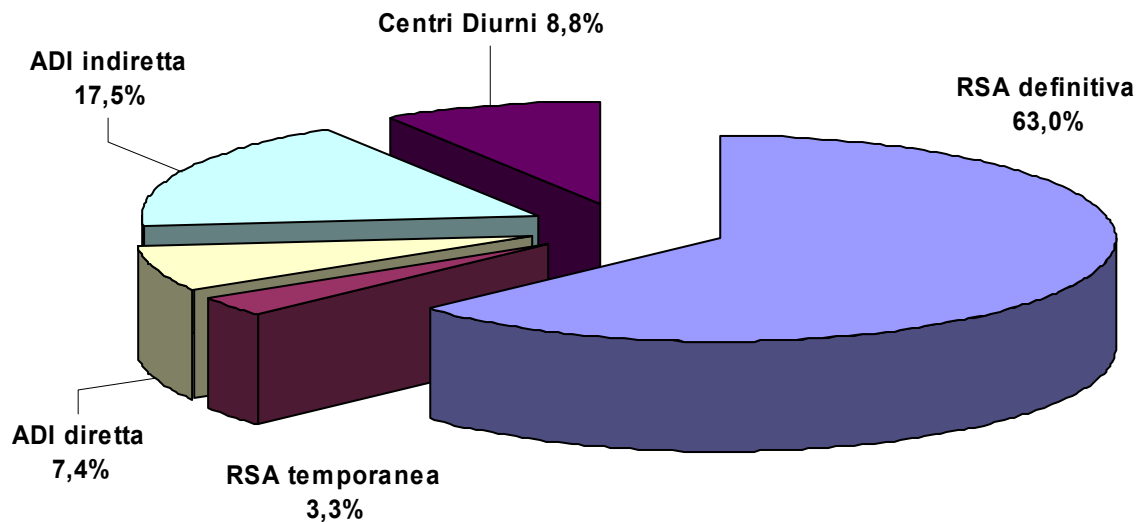
In Toscana è presente un sistema di monitoraggio delle valutazioni di non autosufficienza che afferisce alla Regione, i dati rilevati da questo sistema ci permettono di avere un quadro annuale delle situazioni locali. Questo non ci permette di sapere quante persone non autosufficienti sono presenti nel territorio pratese in un determinato momento, ma ci fornisce i dati di attività annuale che possono aiutarci ad avere un quadro della situazione. Nel 2006, a Prato sono stati certificati non autosufficienti 832 anziani (>65 anni), circa l'1,8% della popolazione anziana della provincia. Nello stesso anno gli anziani non autosufficienti assistiti dal servizio sociale sono stati 1262 (2,7% degli anziani). Nella

scheda di rilevazione della non autosufficienza inviata in Regione sono presenti anche informazioni sulle patologie prevalenti e sulla tipologia di interventi assistenziali per anziani attuati nell'anno.



I confronti con la realtà regionale sono possibili soltanto relativamente al 2005, in quanto i dati del 2006 delle altre Asl non sono ancora disponibili. Confrontando i dati, relativi al 2005, di Prato con i valori regionali si nota come nella realtà locale si abbia un eccesso di persone non autosufficienti in conseguenza di un trauma (Prato 13,7% vs Toscana 10,7%), la situazione si ribalta se si analizza la demenza conseguente a Morbo di Alzheimer (Prato 28,1% vs Toscana 32,2%). Le altre percentuali sono molto simili (M. di Parkinson: Prato 2,2% vs Toscana 4,1% - Ictus: Prato 14,9% vs Toscana 13,3% - Altro: Prato 38,1% vs Toscana 39,7%).

### Tipologia di assistenza fornita agli anziani non autosufficienti a Prato - 2006



Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Anche nel caso della tipologia di assistenza per gli anziani si notano, nel 2005, molti valori simili alle percentuali regionali, con due eccezioni: a Prato viene utilizzata molto meno l'ADI diretta (Prato 8,2% vs Toscana 19,2%) rispetto a quella indiretta, cioè l'erogazione di assegni di assistenza (Prato 19,5% vs Toscana 11,6%).

#### 7.3.3 Anziani con indennità di accompagnamento

Il requisito minimo per ottenere l'attestazione della qualifica di invalido civile è essere affetti da malattie o menomazioni permanenti e croniche, di natura fisica, psichica o intellettuale, che non siano state riconosciute come invalidità per causa di lavoro, causa di servizio o di guerra, con le quali l'invalidità civile è incompatibile.

L'attestazione di invalidità civile viene rilasciata da un'apposita commissione medico-legale della Asl di appartenenza, che certifica il grado di invalidità in una scala che va da 0 a 100%.

La soglia minima per essere dichiarato invalido civile è del 33%, che dà titolo ad ottenere prestazioni ortopediche e riabilitative, ausili e protesi; con il 46% di invalidità si ha diritto all'iscrizione alle liste speciali per il collocamento obbligatorio al lavoro, mentre dal 74% si ha titolo all'assegno mensile. Con il 100% si ha diritto alla pensione di inabilità e, se la persona non è autosufficiente o non riesce a spostarsi autonomamente senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, si ha diritto all'indennità di accompagnamento (ne hanno diritto anche i ciechi assoluti).

Nella zona socio-sanitaria pratese, come risulta dai dati dell'Ufficio Invalidi Civili di Prato<sup>4</sup>, al 1° gennaio 2007 si contano 8.477 invalidi civili, di cui 5.809 con 65 anni o più (4.065 donne e 1.744 uomini). Il 62% degli invalidi civili ultrasessantacinquenni risiede nel comune di Prato, il 15% nei comuni medicei, il 13% nei comuni della Val di Bisenzio, il 10% a Montemurlo.

Gli invalidi totali ultrasessantacinquenni con accompagnamento (oltre alla categoria 42 consideriamo la categoria 15, ciechi assoluti) sono 4.168 (l'8,6% della popolazione con 65 anni e più residente nella provincia di Prato), tre volte il numero degli anziani non autosufficienti presi in carico dai servizi socio-sanitari. A Prato viene stimata (da varie fonti: Inps, Caritas, sindacati pensionati) una presenza di 3mila assistenti familiari ("badanti"), di cui un quarto senza permesso di soggiorno, provenienti soprattutto dai paesi dell'Est (Polonia, Romania, Ucraina, Moldavia, etc) e dal Sud America.

Invalidi civili (65 anni e oltre) al 1° gennaio 2007		
Descrizione	Categoria	n.
Totale		5.809
- di cui indennità accompagnamento > 65 anni	42	4.124
- di cui assegno mensile assistenza	34	468
- di cui pensione inabilità	30	375
- di cui pensione indennità speciale cieco ventesemista	12	209
- di cui indennità speciale cieco ventesemista	09	51
- di cui indennità accompagnamento cieco assoluto	15	44
Fonte: Ufficio Invalidi Civili/ CED Comune di Prato		

### 7.3.4 Continuità assistenziale

Il sistema integrato di interventi socio-sanitari ha carattere di universalità, ma deve essere prioritariamente rivolto a soggetti in condizione di bisogno ("universalismo selettivo" centrato sulla valutazione del bisogno e delle risorse complessive dell'individuo: situazione familiare, reddito, etc).

L'accesso ai servizi territoriali per anziani è regolamentato dalla Delib. G.R.T. 402/2004: per accedere ad uno qualsiasi dei servizi assistenziali occorre rivolgersi ai servizi sociali presso il presidio distrettuale territorialmente competente (nel 2007 è stato costituito il Punto Unico di Accesso zonale, rivolto in una prima fase all'attivazione del "percorso dimissioni ospedaliere difficili" ed in prospettiva al monitoraggio di tutte le cure domiciliari), mentre per accedere ad uno qualsiasi dei servizi sanitari è necessario rivolgersi al MMG. Il medico e l'assistente sociale, valutata la situazione della persona ed il suo contesto familiare, suggeriscono i percorsi sanitari e sociali più idonei al caso ed attivano i servizi di loro competenza. Nel caso di situazioni particolarmente complesse viene attivata l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.), per esaminare in modo

<sup>4</sup> Le competenze amministrative in materia di invalidità civile sono in gestione associata tra i Comuni della provincia tramite il Comune di Prato. Ogni anno viene effettuato un allineamento tra l'archivio dell'Ufficio Invalidi Civili e la banca dati Inps.

più approfondito la condizione di bisogno della persona. Gli operatori sociali e sanitari operano in forma integrata presso le sedi delle articolazioni territoriali.

### **Inserimenti residenziali e centri diurni**

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 "solievo" alla famiglia per un determinato periodo di tempo (normalmente 2 mesi; nel periodo estivo un mese; nella zona pratese gli inserimenti temporanei rappresentano una modalità strutturata).

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).

La tabella seguente riassume la disponibilità di posti nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) nell'area socio-sanitaria pratese. Le RSA sono organizzate in moduli per intensità (media o alta) e/o specificità assistenziali (riabilitativo, non autosufficienza stabilizzata, disabilità di natura motoria, disabilità di natura cognitivo-comportamentale, stati vegetativi persistenti e pazienti terminali).

<b>Disponibilità posti nelle RSA: riepilogo al 31.12.2006</b>			
<b>Tipologia RSA</b>	<b>Numero RSA</b>	<b>Posti residenziali</b>	<b>Posti diurni</b>
A gestione diretta	2	64	10
Private convenzionate	12	577	74
- di cui in convenzione		511	63
- di cui privati		66	11
Private non convenzionate	3	59	0
<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>700</b>	<b>84</b>
Fonte: Azienda Usl 4			

Le RSA gestite direttamente dall'Asl 4 sono 2, *Rosa Giorgi* e *Narnali*, per complessivi 64 posti residenziali e 10 posti diurni (servizio sperimentale Alzheimer presso l'RSA di *Narnali*). E' in corso di realizzazione una nuova RSA a Montemurlo (circa 40 posti).

Presso l'RSA *Rosa Giorgi* sono inseriti soggetti anziani dimessi dall'ospedale, colpiti da eventi invalidanti (rottura del femore, ictus, etc) ed inseriti in percorsi personalizzati di riabilitazione (moduli della durata media di 3 mesi).

RSA a gestione diretta Azienda USL 4 – Disponibilità posti al 31.12.2006						
RSA	Posti residenz.	Non autosuffic.	Autosuffic.	Posti diurni	Non autosuff.	Autosuffic.
Rosa Giorgi	18	18	-	-	-	-
Narnali	46	46	-	10	10	-
<b>Totale</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
Fonte: Azienda USL 4						

A queste strutture si aggiungono 12 RSA private convenzionate, con una disponibilità di 577 posti residenziali (511 in convenzione e 66 privati) e 74 posti diurni (63 in convenzione e 11 privati).

L'apertura di *Villa Niccolini* (82 posti residenziali e 8 posti diurni, tutti in convenzione), compensa le chiusure delle RSA a gestione diretta di Seano (18 posti residenziali e 8 diurni) e via Roma (56 posti residenziali e 10 diurni), avvenute nella prima metà del 2006.

RSA private convenzionate – Disponibilità posti al 31.12.2006								
RSA	Posti residenziali				Posti diurni			
	Convenzionati	Privati	Non autosuff.	Auto-suff.	Convenzionati	Privati	Non autosuff.	Auto-suff.
Ricci	24	-	22	2	4	-	4	-
Comeana	31	-	29	2	8	-	7	1
S.Francesco	20	-	15	5	-	-	-	-
Casa Serena	38	-	34	4	-	-	-	-
Madonna del Rosario	74	-	65	9	-	-	-	-
S.Caterina	74	33	62	45	10	-	10	-
Villa Maria Assunta	26	8	27	7	6	-	6	-
Cardinal Benelli	14	2	12	4	-	-	-	-
Senior	67	-	67		17	-	17	-
Villa Amelia	43	17	58	2	10	5	14	1
San Giusto	18	6	24	-	-	6	6	-
Niccolini	82	-	78	4	8	-	8	-
<b>Totale</b>	<b>511</b>	<b>66</b>	<b>493</b>	<b>84</b>	<b>63</b>	<b>11</b>	<b>72</b>	<b>2</b>
Fonte: Azienda USL 4								

Vi sono infine 3 strutture private non convenzionate, con una disponibilità di 59 posti residenziali. In totale, nella zona socio-sanitaria pratese i posti residenziali disponibili sono quindi 700 (di cui 19 per soggetti autosufficienti), quelli diurni 84 (di cui 2 per anziani autosufficienti).

RSA private non convenzionate - Disponibilità posti al 31.12.2006						
RSA	Posti residenz.	Non autosuffic.	Autosuffic.	Posti diurni	Non autosuff.	Autosuffic.
S.Maria della Pietà	37	14	23	-	-	-
Ofelia e Ugo Balestri	12	-	12	-	-	-
La Casa	10	10	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>59</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Fonte: Azienda USL 4						

Le domande di ricovero pervenute dai distretti ed esaminate nel 2006 dalla Commissione zonale per le ammissioni e le dimissioni in RSA sono 677 (contro le 654 del 2005 e le 610 del 2004), di cui 311 per inserimenti residenziali (49 in più rispetto al 2005), 265 per inserimenti temporanei (33 in meno rispetto al 2005) ed 101 per i centri diurni (7 in più rispetto al 2005). Tra queste ultime domande, 18 hanno riguardato il centro diurno sperimentale per malati di Alzheimer di Narnali (è da ricordare che presso l’RSA di Narnali sarà presto attivo anche un modulo residenziale Alzheimer).

Il servizio sperimentale Alzheimer si rivolge a soggetti affetti da demenza con gravi disturbi di comportamento, ed a famiglie con le quali sia possibile stabilire un contratto terapeutico-assistenziale che consenta di definire la temporaneità degli interventi e favorisca la permanenza a domicilio del familiare ammalato (attraverso servizi di consulenza, orientamento e sollievo alla famiglia). Il progetto si struttura attraverso un servizio di accoglienza nel centro diurno (attivo 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 circolarità tra gli interventi, in relazione ai livelli di bisogno via via rilevati. L’Alzheimer è una malattia che, oltre alla terapia farmacologica, necessita un approccio di tipo cognitivo-comportamentale e relazionale-ambientale. Di estrema importanza è l’intervento ambientale: presso l’RSA di Narnali è stato realizzato un giardino sperimentale, un ambiente protetto dove contenere i disturbi comportamentali e, contemporaneamente, rallentare l’aggravarsi della malattia attraverso l’invio di continui stimoli.

Richieste di inserimento in RSA		
	2005	2006
<b>Domande di ricovero pervenute dai Distretti ed esaminate dalla Commissione Zonale Ammissioni/Dimissioni RSA</b>	<b>654</b>	<b>677</b>
- non autosufficienti	609	635
- parzialmente autosufficienti	45	42
<b>Domande di ricovero residenziale</b>	<b>262</b>	<b>311</b>
- non autosufficienti	240	293
- parzialmente autosufficienti	22	18
<b>Domande di ricovero temporaneo</b>	<b>298</b>	<b>265</b>
- non autosufficienti	285	253
- parzialmente autosufficienti	13	12
- riabilitazione RSA Rosa Giorgi	49*	41
- temporanei di sollievo	181*	175
- temporanei estivi	55*	49
<b>Domande di ricovero diurno</b>	<b>94</b>	<b>101</b>
- non autosufficienti	84	89
- parzialmente autosufficienti	10	12
- sperimentale Alzheimer	15	18
Fonte: Azienda USL 4 (*) calcolato solo sui 285 anziani non autosufficienti		

L'incremento delle domande di ricovero (nel 2001 erano 526) è dovuto certamente 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); d'altra parte, il carico assistenziale della famiglia va 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 *bourm-out* (stress del *care-giver*).

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

<b>Inserimenti in RSA</b>		
	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Totale ricoveri</b>	<b>499</b>	<b>375*</b>
- non autosufficienti	464	364
- parzialmente autosufficienti	35	11
<b>Ricoveri residenziali</b>	<b>219</b>	<b>151</b>
- ordinari	163	151
- RSA extraterritoriali	56	-
<b>Ricoveri temporanei</b>	<b>232</b>	<b>179</b>
- RSA extraterritoriali	48	-
- riabilitazione RSA Rosa Giorgi	41	34
- temporanei di sollievo	90	97
- temporanei estivi	53	48
<b>Ricoveri diurni</b>	<b>48</b>	<b>45</b>
- assistenziali	35	<b>37</b>
- sperimentale Alzheimer	13	8
<p>Fonte: Azienda USL 4</p> <p>*: nella tabella del 2006 sono conteggiati solo gli inserimenti di soggetti con 65 anni o più. Ai 375 inserimenti, per un confronto con i dati del 2005, sono da sommare 13 inserimenti residenziali, 11 temporanei e 6 diurni, per un totale di 405 inserimenti</p>		

L'accesso in RSA può avvenire in modo programmato su graduatoria (ad aprile 2007 gli anziani non autosufficienti in attesa di un posto sono 140, con tempi di attesa che raggiungono i 14 mesi) o in urgenza (per fronteggiare situazioni di emergenza che provengono sia dal domicilio che dall'ospedale; es. "percorso dimissioni ospedaliere difficili").

Nel 2006 si registrano 405 ricoveri, contro i 499 del 2005 ed i 461 del 2004. Dal 2006 non sono più effettuati ricoveri presso RSA extraterritoriali. I ricoveri di tipo residenziale sono 164, quelli temporanei 190 (di cui 59 estivi); infine, si contano 51 ricoveri diurni (di cui 8 relativi al servizio sperimentale Alzheimer).

Inserimenti in R.S.A. per classi di età e tipo di intervento - Anno 2006					
<b>Femmine</b>	<b>Diurni</b>	<b>Residenziali</b>	<b>Temporanei</b>	<b>Temp. estivi</b>	<b>Totale</b>
<65 anni	2	7	5	0	14
65-74	2	10	8	1	21
75-84	10	47	40	14	111
>84 anni	13	49	48	26	136
<b>Totale femmine</b>	<b>27</b>	<b>113</b>	<b>101</b>	<b>41</b>	<b>282</b>
<b>Maschi</b>	<b>Diurni</b>	<b>Residenziali</b>	<b>Temporanei</b>	<b>Temp. estivi</b>	<b>Totale</b>
<65 anni	4	6	6	0	16
65-74	4	16	5	1	26
75-84	11	21	12	2	46
>84 anni	3	13	15	4	35
<b>Totale maschi</b>	<b>22</b>	<b>56</b>	<b>38</b>	<b>7</b>	<b>123</b>
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>169</b>	<b>139</b>	<b>48</b>	<b>405</b>
Fonte: Azienda USL 4					

Tra le donne ospitate in RSA il 48% ha più di 84 anni, il 39% tra i 75 e gli 84 anni ed il 7% tra i 65 ed i 74 anni. Tra gli uomini, che rappresentano meno di un terzo (il 30%) del totale degli anziani presenti in strutture residenziali, prevale invece la classe di età 74-84 anni (37%); gli ultraottantaquattrenni rappresentano il 28%.

### Assistenza domiciliare

Di seguito riportiamo i dati relativi all'assistenza domiciliare, ricavati 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 è un servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che può comprendere prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali; è finalizzato a promuovere e mantenere l'autonomia e le relazioni sociali dell'assistito, garantendo la migliore qualità di vita possibile al domicilio della persona. L'assistenza domiciliare è caratterizzata da tre livelli di intensità (bassa, media e alta), che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede. Per ognuno dei moduli corrispondenti ai tre livelli di intensità viene attribuito e riconosciuto il concorso della parte sanitaria (caratterizzata dalla gratuità) e di quella sociale (sottoposta all'accertamento del reddito).

L'assistenza domiciliare solo sociale è un servizio rivolto a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, riassetto della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette, etc). L'assistenza domiciliare solo sociale è predisposta tramite la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza (P.I.A.) da parte del servizio sociale professionale. Per i soggetti non autosufficienti, la definizione del P.I.A. avviene tramite valutazione socio-sanitaria da parte dell'U.V.M.

Nel corso del 2006 nella zona socio-sanitaria pratese le persone interessate da interventi di assistenza domiciliare solo sociale sono 433 (il 95,4% degli assistiti ha 65 anni o più), contro le 401 del 2005 (nel 2002 erano 331).

Assistenza domiciliare solo sociale*						
Età assistiti	2005			2006		
	M	F	M + F	M	F	M + F
<65 anni	15	19	34	9	11	20
65 anni o più	98	269	367	117	296	413
<b>Totale assistiti</b>	<b>113</b>	<b>288</b>	<b>401</b>	<b>126</b>	<b>307</b>	<b>433</b>
Fonte: Azienda USL 4						
(*) Non include i dati relativi ad handicap, dipendenze e salute mentale						

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), definita dall'U.V.M. ed organizzata congiuntamente dai servizi sociali e sanitari, è 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 prevede l'intervento di figure professionali sia sociali che sanitarie e si effettua in stretta collaborazione con il MMG e con la famiglia stessa. Le attività di ADI seguono una logica di "progetto assistenziale" e non di "prestazione".

Nel corso del 2006 risultano attivati interventi di ADI in forma diretta per 121 persone (126 nel 2005); l'81,8% degli assistiti ha 65 anni o più.

ADI in forma diretta per anziani non autosufficienti						
Età assistiti	2005			2006		
	M	F	M + F	M	F	M + F
<65 anni	8	8	16	7	15	22
65 anni o più	36	74	110	31	68	99
<b>Totale assistiti</b>	<b>44</b>	<b>82</b>	<b>126</b>	<b>38</b>	<b>83</b>	<b>121</b>
Fonte: Azienda USL 4						

Nel corso del 2006 le persone interessate da interventi di ADI in forma indiretta ("assegno di assistenza") sono 256 (il 93,8% con 65 anni o più), contro le 332 dell'anno precedente. La diminuzione è determinata dalla fine della sperimentazione dei buoni-servizi. Il dato si riferisce quindi essenzialmente ai contributi di cura per famiglie che si organizzano autonomamente per garantire l'assistenza all'anziano non autosufficiente (l'importo del contributo è determinato in relazione alla condizione economica dei destinatari, definita dall'indicatore Isee).

ADI in forma indiretta per anziani non autosufficienti						
Età assistiti	2005			2006		
	M	F	M + F	M	F	M + F
<65 anni	12	19	31	9	7	16
65 anni o più	121	180	301	90	150	240
<b>Totale assistiti</b>	<b>133</b>	<b>199</b>	<b>332</b>	<b>99</b>	<b>157</b>	<b>256</b>
Fonte: Azienda USL 4						

L'ADI a prevalente componente sanitaria<sup>5</sup> si esplica attraverso un programma continuativo di assistenza individualizzato definito dall'U.V.M.; si ripropone di evitare ricoveri non necessari e di mantenere la persona nel proprio ambiente familiare; è rivolto a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche (le figure professionali coinvolte, oltre al MMG, sono infermieri professionali, fisioterapisti, medici specialisti, assistente sociale).

Nel corso del 2006 nella nostra zona socio-sanitaria risultano attivati 1.589 programmi assistenziali (contro i 1.180 del 2005); di questi, 530 sono relativi a malati di tumore, 187 a soggetti colpiti da ictus, 168 a soggetti con fratture (femore, anca, etc) e 113 soggetti con insufficienza respiratoria. L'86,8% degli assistiti ha 65 anni o più.

<b>ADI a prevalente componente sanitaria*</b>						
<b>Età assistiti</b>	<b>2005</b>			<b>2006</b>		
	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M + F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M + F</b>
<65 anni	95	119	214	110	100	210
65 anni o più	399	567	966	596	783	1.379
<b>Totale assistiti</b>	<b>494</b>	<b>686</b>	<b>1.180</b>	<b>706</b>	<b>883</b>	<b>1.589</b>
Fonte: Azienda USL 4 (*) compresa AD in RSA						

<b>AD a prevalente componente sanitaria - Quadro patologie e tipologie assistenziali - Anno 2006</b>						
<b>N. progr. assistenziali attivati</b>	<b>Ictus</b>	<b>Fratture (femore, anca...)</b>	<b>Tumori</b>	<b>Insufficienza respiratoria e/o P.B.C.O.</b>	<b>Nutrizione artificiale</b>	<b>Altro</b>
1.589	187	168	530	113	218	591
Fonte: Azienda USL 4						

### **Sorveglianza attiva**

Nella tabella seguente sono riportati alcuni dati riepilogativi relativi al servizio S.O.S. *Anziani*, promosso dal Comune di Prato. Il progetto prevede una serie di interventi di sostegno (dal ritiro di farmaci e analisi alla spesa a domicilio, dalle visite domiciliari al telesoccorso; su richiesta dell'assistente sociale può inoltre essere attivato un servizio di erogazione di pasti caldi) per gli anziani soli con un'età superiore a 65 anni; l'obiettivo è quello di favorire il mantenimento degli anziani nel proprio ambiente di vita. La gestione del progetto è realizzata dalle associazioni *Il Panda*, *Croce d'Oro*, *Misericordia di Prato*, *Pubblica Assistenza* e dalla parrocchia di Mezzana.

Servizi di prossimità per il supporto delle persone anziane nelle esigenze quotidiane sono stati attivati da tutti i Comuni della provincia pratese.

Ricordiamo inoltre il progetto *Estate Anziani*, un progetto di vigilanza attiva della persona anziana fragile rivolto in particolare agli ultrasessantacinquenni, già in carico o

<sup>5</sup> Non è integrata l'assistenza domiciliare che non prevede un progetto da parte dell'U.V.T.-U.V.G. (es. Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), assistenza infermieristica)

appositamente segnalati dai MMG, che vede la partecipazione di tutti i Comuni della provincia di Prato e dell'Azienda USL 4.

<b>Interventi a favore degli anziani: S.O.S. Anziani (anno 2006)</b>	
N. chiamate telefono amico	6.147
N. chiamate telesoccorso	4.502
Visite domiciliari	1.055
Pratiche per certificazioni	95
Recapito farmaci a domicilio	473
Ritiro analisi mediche	454
Spesa a domicilio	1.220
Trasporti per terapie e visite specialistiche	924
Pasti caldi quotidiani ad anziani soli	120
<b>Numero anziani seguiti</b>	<b>399</b>
Fonte: Comune di Prato	

Presentiamo alcuni dati relativi ai soggiorni estivi per anziani: nel 2006 hanno partecipato 989 anziani (744 Comune di Prato, 245 altri comuni).

Infine, nel 2006 nel solo comune capoluogo, sono stati 402 gli anziani inseriti in attività di utilità pubblica e sociale.

### 7.3.5 Gli anziani a Prato: immagini, aspirazioni e bisogni

L'Osservatorio Sociale della Provincia di Prato<sup>6</sup>, attraverso la somministrazione *face to face* di un questionario strutturato ad un campione di 258 anziani, ha ricostruito le caratteristiche socio-grafiche degli anziani residenti nel nostro territorio (stato civile, situazione familiare, carriere professionali, livello di reddito, etc), i loro orientamenti valoriali, l'immagine che hanno di se stessi in relazione alle cerchie sociali di riferimento che usualmente frequentano ed i loro *pattern* di comportamento nelle diverse sfere della vita quotidiana (lavoro, consumo, tempo libero, rapporto con i servizi socio-sanitari-assistenziali, con gli enti locali, etc). La ricerca, realizzata da Asel nel 2004, ci mette di fronte alla vitalità ed all'impegno quotidiano nella vita sociale, affettiva e familiare degli anziani.

#### Il contesto familiare

Il 64,3% del campione è coniugato (83,2% maschi e 44,9% femmine). La condizione di vedovanza (27,1%) vale più per le donne (43,4%) che per gli uomini (11,5%).

La maggioranza del campione vive insieme ad altre persone (81,8%), principalmente all'interno di un contesto familiare (coniuge 79,5%, figli 43,3%, nipoti 14,8%, generi o nuore 11%, fratelli o sorelle 5,2%). Il 18,2% vive da solo (nei tre quarti dei casi si tratta di donne).

<sup>6</sup> G. Marchetti, "Gli anziani a Prato: immagini, aspirazioni, bisogni", Osservatorio Sociale della Provincia di Prato, Prato, 2005.

L'88,3% degli anziani intervistati ha avuto figli. Nel 39,6% dei casi questi ultimi (nella domanda veniva chiesto il luogo di residenza del figlio più vicino) vivono nella stessa abitazione dei genitori, nel 14,1% nello stesso palazzo, nel 16,3% nello stesso quartiere. Questa prossimità residenziale favorisce la creazione di reti informali di sostegno, che risultano funzionali alle prestazioni di aiuto e di supporto nei confronti dei componenti della famiglia più bisognosi (nipoti, madri lavoratrici, anziani non autosufficienti).

L'80,4% degli anziani ha un'abitazione di proprietà, il 9,5% è in affitto, il 7,1% risiede in un'abitazione di proprietà di un altro familiare.

### **Reti di sostegno**

L'indagine considera tre ambiti di aiuto: la semplice compagnia, l'assistenza (disbrigo pratiche burocratiche, lavori domestici, altro supporto) e gli aiuti economici.

L'anziano come destinatario di aiuti riceve compagnia dal coniuge (53,5%), dai figli (17,1%), dai nipoti (7,4%) e dagli amici (7,4%). La funzione di assistenza pratica proviene dai figli (29,8%), oltre che dal coniuge (29,5%), da Enti Pubblici o da organizzazioni del Terzo Settore (8,5%). La maggior parte degli anziani non riceve contributi economici (69,8%); nell'11,6% dei casi un aiuto economico arriva dai figli (il 30,7% degli anziani intervistati ha un reddito individuale mensile inferiore a 500 €; il 46,1% si concentra nella fascia tra 500 e 1.000 €).

Si considera quindi l'anziano come protagonista attivo nel sistema di aiuti informale che unisce le generazioni all'interno della realtà familiare. Per quanto riguarda la compagnia, oltre al coniuge (26%), l'anziano è vicino fisicamente e moralmente ai figli (13,6%), ai nipoti (6,6%), ad amici (5,8%) e ad altri parenti (5%). In campo di aiuti la popolazione anziana ricopre maggiormente il ruolo di ricevente: nel 56,2% dei casi l'anziano non presta infatti nessuna forma di assistenza pratica; coniuge (26%) e figli (11,6%) sono comunque destinatari di forme di assistenza. Nello svolgimento di funzioni di compagnia ed assistenza nei confronti dei figli, il ruolo delle donne risulta più consistente di quello degli uomini.

### **Vita affettiva**

Per il 97% dei coniugati la sfera affettiva rappresenta una parte importante della vita anche nella fase della vecchiaia. La percentuale scende al 73,4% per i vedovi, al 66,7% per i divorziati ed al 62,5% per i celibi/nubili. Gli aspetti più importanti nella vita di coppia sono la fiducia (9,37 in una scala da 0 a 10), l'appoggio (9,27), la compagnia (9,16) ed il dialogo (9,00). L'aspetto relativamente meno importante è la passionalità (7,59). Ma la vita sessuale, seppur minimizzata da poco più della metà del campione, è ancora importante per una quota considerevole di anziani (40,5%), soprattutto per gli uomini (M 56,0%, F 20,9%).

### **Tempo libero**

Gli anziani intervistati trascorrono la maggior parte del loro tempo libero guardando la televisione (35,3%; M 28,2% e F 42,5%), leggendo (15,1%), oppure dedicandosi ad attività manuali o ad un *hobby* (cucito, ricamo, giardinaggio, etc; 27,9%, M 32,1%, F 23,6%).

Nell'impiego che gli anziani fanno del loro tempo libero si ripresenta la divisione delle sfere di azioni che tradizionalmente accompagnano i due generi nelle loro interazioni sociali: agli uomini spetta la sfera pubblica (girare per la città, frequentare bar e circoli), alle donne quella privata (l'ambito domestico, l'attività religiosa).

Il 40% degli intervistati vorrebbe entrare a far parte di un'associazione di volontariato, una percentuale che si affianca all'11,1% di chi già svolge un ruolo attivo per aiutare la collettività (aiuto a malati, disabili, anziani, ma anche a bambini ed adolescenti). Nei dodici mesi precedenti al rilevazione il 10,1% degli anziani ha seguito iniziative organizzate nel tempo libero (corsi di ballo o di canto, laboratori di ceramica, lezioni di computer, università della terza età, etc), con una partecipazione quasi paritaria di uomini e donne. La percentuale sale al 20,3% quando ci prende in esame la pratica di attività fisica e sportiva; in questo caso gli uomini (24,6%) sono più inclini delle donne (15,9%), facilitati anche dalla presenza sul territorio pratese di spazi adibiti al gioco delle bocce.

### **Autopercezione e percezione dell'essere anziano**

Agli anziani intervistati è stato chiesto se ritengono che la loro esperienza di vita possa essere utile ai giovani. Tre quarti del campione rispondono di sì (74,6% molto o abbastanza) e solo il 5% è convinto del contrario (per niente).

Il percorso della terza età è un percorso individuale segnato dal verificarsi di particolari eventi: al campione è stato chiesto quali di questi eventi implicano una maggiore percezione della propria anzianità. Al primo posto troviamo la morte del coniuge (34,1%), la perdita del compagno di vita, la persona con cui si è condiviso esperienze, emozioni e spesso la giovinezza. Anche il rimanere soli in casa (16,7%) accresce il senso della vecchiaia percepita, più del pensionamento (7,8%; rilevante soprattutto per gli uomini, 11,5%).

E' la malattia, nelle sue varie forme, l'elemento discriminante tra anzianità e vecchiaia: perdita dell'autosufficienza (35,3%), problemi di salute (29,8%) e difficoltà a ricordare le cose (10,9%) portano infatti l'individuo ad avvertire se stesso e la propria presenza come un peso.

Dal modo in cui gli ultrasessantacinquenni guardano se stessi andiamo a vedere che cosa pensano del modo in cui la società guarda gli anziani. Appena il 20,1% degli intervistati ritiene che la società consideri gli anziani come ad una ricchezza, mentre, secondo quasi la metà del campione (49,6%), gli anziani sono invece giudicati come un peso. Per un quarto degli intervistati la società se ne disinteressa invece completamente.

Agli Enti Pubblici gli anziani chiedono un aumento delle pensioni (32,9%) e più assistenza domiciliare (20,2%), oltre a servizi gratuiti ed al potenziamento dei luoghi di socializzazione (centri sociali, etc).

## 7.4 Le disabilità

### 7.4.1 Il fenomeno nell'area pratese

In questo paragrafo facciamo riferimento ai dati riportati nelle schede di rilevazione che ciascuna zona socio-sanitaria compila annualmente per il Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana. Le rilevazioni sull'accesso ai servizi, pur non consentendo una rappresentazione del fenomeno nella sua totalità (l'accesso ai servizi non si verifica per tutti i casi realmente presenti sul territorio, sia per situazioni di effettiva assenza di bisogno, che per l'attivazione di risorse proprie o familiari; componenti culturali contribuiscono inoltre a creare uno strato sommerso difficilmente raggiungibile dalla rilevazione), risultano comunque indicative della realtà provinciale.

Per un'approssimazione della prevalenza dell'handicap si può fare riferimento ai trattamenti pensionistici di invalidità. Dai dati dell'Ufficio Invalidi Civili di Prato, nella zona socio-sanitaria pratese al 1° gennaio 2007 risultano 8.477 pratiche attive (34,5 ogni 1.000 abitanti), così suddivise per classe di età dell'intestatario: 261 da 0 a 14 anni (3,1%), 2.407 da 15 a 64 anni (28,4%), 5.809 con 65 anni o più (68,5%).

Invalidi civili al 1° gennaio 2007			
	Maschi	Femmine	Totale
0-14 anni	158	103	261
15-64 anni	1.140	1.267	2.407
>64 anni	1.744	4.065	5.809
<b>Totale</b>	<b>3.042</b>	<b>5.435</b>	<b>8.477</b>
Fonte: Ufficio Invalidi Civili/ CED Comune di Prato			

La popolazione in situazione di handicap in età compresa tra 0 e 64 anni conosciuta ai servizi, al 31.12.2006, è pari a 2.420 unità (12,4 ogni 1.000 abitanti). I soggetti con riconoscimento dello stato di handicap ai sensi dell'art. 4 della L. 104/1992 sono 2.137 (10,9 ogni 1.000 abitanti), di cui 1.321 (il 61,8%) in situazione di gravità.

Nella L. 104/1992 il concetto di handicap si riferisce al grado effettivo di partecipazione sociale della persona, facendo riferimento a difficoltà soggettive, oggettive, sociali e culturali, attesta una situazione di svantaggio nella relazione con l'ambiente esterno. Il certificato di handicap consente di ottenere una serie di benefici (agevolazioni lavorative, congedi, assegnazione della sede di lavoro più vicina al domicilio per i genitori; contributi per l'acquisto di ausili, per l'acquisto di un'autovettura multiadattata, etc), perciò nel corso degli anni, di fatto è cresciuto esponenzialmente il numero delle persone che chiedono di sottoporsi alla valutazione, determinando la crescita del grado di visibilità delle commissioni integrate di accertamento ed il livello di responsabilità dei professionisti incaricati di esaminare le istanze. Nell'anno 2006 sono stati accertati 476 soggetti con handicap (276 in situazione di gravità), di cui 222 (48,9%) di età compresa tra 0 e 64 anni e 232 (51,1%) con 65 anni o più.

<b>Attività della commissione di accertamento dell'handicap (L. 104/92)</b>			
<b>Classi di età</b>	<b>Domande con esito positivo</b>	<b>- di cui in situazione di gravità</b>	<b>Domande con esito negativo</b>
0-3 anni	12	11	3
4-18 anni	59	40	1
19-25 anni	13	6	0
26-39 anni	26	11	10
40-64 anni	112	51	40
> 64 anni	232	157	27
<b>Totale</b>	<b>454</b>	<b>276</b>	<b>81</b>
Fonte: Azienda Usl 4			

Nella tabella seguente sono presentate le tipologie di handicap riscontrate nelle domande con esito positivo (soggetti di età compresa tra 0 e 64 anni). Nella metà dei casi (110 su 222; 49,5%) la commissione ha rilevato una situazione di disabilità fisica, nel 20,3% un ritardo psichico, nell'8,6% una situazione di handicap sensoriale. Nel 21,6% dei casi la commissione ha riscontrato una situazione di plurihandicap.

<b>Domande con esito positivo per tipologia di handicap (0-64 anni)</b>						
<b>Tipologia/ età</b>	<b>0-3</b>	<b>4-18</b>	<b>19-25</b>	<b>26-39</b>	<b>40-64</b>	<b>Totale</b>
Psichico	-	19	2	4	20	45
Fisico	6	17	4	14	69	110
Sensoriale	1	7	1	3	7	19
Plurihandicap	5	16	6	5	16	48
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>112</b>	<b>222</b>
Fonte: Azienda Usl 4						

Entro un mese dall'accertamento dello stato di handicap, il soggetto è preso in carico dal G.O.M. (Gruppo Operativo Multidisciplinare), costituito presso ogni articolazione territoriale (composto da neuropsichiatria infantile, neurologia, psichiatria, MMG, PLS, psicologia, riabilitazione funzionale, servizi sociali). Il G.O.M. elabora, con la collaborazione dei familiari e dell'utente, il Progetto Abilitativo Riabilitativo Globale (P.A.R.G.), finalizzato all'integrazione sociale nei vari ambiti (familiare, scolastico, lavorativo). A fine 2006 nella zona pratese sono attivi 1.245 P.A.R.G., circa uno ogni due disabili conosciuti.

### **Inserimenti scolastici**

La tabella riepiloga il dato relativo agli alunni diversamente abili presenti in strutture educative (asili nido e scuola dell'infanzia), nella scuola dell'obbligo e nella scuola superiore. Rispetto all'anno precedente, nel 2006 si registra una lieve diminuzione degli inserimenti nelle scuole dell'obbligo (da 374 si passa a 350); in crescita è invece il numero degli inserimenti negli asili nido e nella scuola dell'infanzia (da 71 a 76) e nelle scuole

superiori (da 140 a 153; nel 2001 erano appena 62). Nel 2006 i ragazzi che hanno utilizzato ausili informatici per l'apprendimento in ambito scolastico sono 186.

<b>Soggetti inseriti in strutture educative e scolastiche</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
N. soggetti inseriti in strutture educative (asilo nido e scuola dell'infanzia)	59	71	76
N. soggetti inseriti nella scuola dell'obbligo	347	374	350
N. soggetti inseriti nella scuola superiore	127	140	153
Fonte: Azienda Usl 4			

Nella provincia di Prato gli alunni in situazione di handicap rappresentano l'1,8% del totale degli iscritti; la percentuale più elevata (2,4%) si registra nella scuola secondaria di primo grado (scuola dell'infanzia: 0,7%, scuola primaria: 2,1%; scuola secondaria di secondo grado: 1,7%). A livello nazionale gli alunni e gli studenti diversamente abili inseriti nel sistema scolastico nazionale sono 178.220<sup>7</sup> (2,0 alunni ogni 100), con un crescita del 34% rispetto all'a.s. 2000/01 (1,5 alunni ogni 100); i docenti di sostegno sono 83.761 e rappresentano circa il 10% del totale dei docenti (in media ogni docente ha in carico 2,0 alunni).

#### **Inserimenti residenziali, servizi semi-residenziali e domiciliarità**

Rispetto all'anno precedente, nel 2006 si osserva una diminuzione (da 47 a 33) degli inserimenti in RSA, favorita dall'aumento del numero di posti in strutture residenziali dedicate (da 55 a 74). Alle comunità alloggio protetto per adulti inabili già presenti nella zona socio-sanitaria pratese (*Casa Simon Pietro*, *Comunità Le Montagnole*, *Rigoccioli*, *Casa famiglia Anffas*), nel 2006 si aggiungono infatti *Casa Bandera* (gestita dall'Oami, ha accolto anche gli utenti di *Casa Jada*) e di *Villa Nesti* (gestita dall'Opera S.Rita, ospita soggetti autistici).

Si osserva inoltre un incremento (da 157 a 184) degli inserimenti in strutture semi-residenziali (centri diurni occupazionali e di socializzazione, con la presenza di personale per servizi di assistenza alla persona e per attività educative e socio-culturali), dovuto ad un lieve incremento del numero di posti convenzionati e ad una maggiore rotazione e circolarità tra i servizi.

<sup>7</sup> *La scuola in cifre 2006*, Ministero della Pubblica Istruzione, Direzione generale per gli studi e la programmazione, Roma, 2007

<b>Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Inserimenti in strutture residenziali, semi-residenziali e RSA</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
N. soggetti inseriti in strutture residenziali	48	55	74
N. soggetti inseriti in Residenze Sanitarie Assistenziali (a)	40	47	33
N. soggetti inseriti in strutture semi-residenziali (b)	157	157	184
<p>Fonte: Azienda Usl 4</p> <p>(a) Il dato si riferisce a inserimenti riguardanti anche i malati terminali</p> <p>(b) Con costi a carico del fondo sociale</p>			

Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi alla domiciliarità. Le persone in situazione di handicap che nel 2006 hanno usufruito del servizio di trasporto sono 287 (274 nel 2005), di cui 85 per trasporto scolastico; i soggetti che hanno beneficiato dei servizi di aiuto personale (azioni ed interventi per favorire i comportamenti della vita quotidiana e l'integrazione nel contesto sociale della persona diversamente abile) e di aiuto domestico sono rispettivamente 123 e 78 (110 e 34 nel 2005).

Nel 2006, infine, si rileva una diminuzione del numero di soggetti che hanno preso parte a soggiorni estivi (da 312 a 76). Dal 2006 il contributo economico erogato dai servizi sociali è determinato in base all'indicatore Isee.

<b>Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Servizio trasporto, aiuto domestico, aiuto personale, vacanze estive</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
N. soggetti che hanno usufruito del servizio trasporto	237	274	287
N. soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	54	34	78
N. soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	103	110	123
N. soggetti che hanno usufruito di interventi per vacanze estive	433	312	76
Fonte: Azienda Usl 4			

### **Inserimenti socio-terapeutici e collocamento obbligatorio**

L'inserimento lavorativo rappresenta una condizione pressoché irrinunciabile di conquista di autostima e rispetto di sé.

Nel 2006 si registrano 119 inserimenti socio-terapeutici (23 nuovi inserimenti nel corso dell'anno) e sono state attivate 26 borse lavoro. Gli inserimenti socio-terapeutici, avviati sulla base di specifiche convenzioni con le singole aziende, prevedono la supervisione e l'appoggio di un operatore/tutor.

Le finalità dell'inserimento socio-terapeutico, oltre al mantenimento di adeguati livelli di socializzazione, sono il consolidamento di abilità sociali acquisite e lo sviluppo di competenze lavorative.

A proposito dei progetti di inclusione sociale nella zona pratese si veda anche il paragrafo 2.4.2.

<b>Soggetti portatori di handicap (0-64 anni) - Inserimenti socio-terapeutici e borse lavoro</b>			
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
N. soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro	130	124	145
Fonte: Azienda Usl 4			

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, presentando un certificato d'invalidità, una dichiarazione dell'immediata disponibilità all'attività lavorativa resa dall'Anagrafe del lavoro (ai sensi del D.Lgs. 181/00) 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 dello stato di handicap (se trattasi di persona invalida del lavoro tale riconoscimento viene rilasciato dall'Inail, mentre per gli invalidi di guerra l'accertamento è 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.

Al 31.12.2006 lo *stock* di iscritti al lavoro è pari a 2.934 unità (di cui 543 di età compresa tra i 15 ed i 26 anni, 695 tra i 27 ed i 40 anni, 1.008 tra i 41 ed i 55 anni e 688 con 56 anni e più).

Stock iscrizioni al lavoro categorie protette (L. 68/1999) al 31.12.2006			
	M	F	Tot.
Disabili dal 46 al 66%	505	514	1.019
Disabili dal 67 al 79%	525	389	914
Disabili oltre il 79%	248	358	606
Invalidi di guerra, civili di guerra o per servizio	86	61	147
Invalidi del lavoro	50	16	66
Ciechi	10	15	25
Sordomuti	15	15	30
Riservatari di cui art. 18 L. 68/99	86	41	127
<b>Totale</b>	<b>1.525</b>	<b>1.409</b>	<b>2.934</b>
15-26 anni	224	319	543
27-40 anni	389	306	695
40-55 anni	557	451	1.008
Oltre 55 anni	355	333	688
Nessun titolo di studio	165	168	333
Scuola obbligo	1051	965	2016
Diploma di qualifica (triennale)	104	95	199
Diploma scuola superiore	172	153	325
Laurea	33	28	61
Fonte: Servizio Lavoro – Provincia di Prato			

Nel 2005 sono state 112 (esattamente quante nel 2004) le assunzioni effettuate attraverso il servizio di collocamento mirato gestito dal Centro per l'Impiego della Provincia di Prato, a fronte di sole 8 cessazioni. Dal 2000 al 2005 si sono avute 854 assunzioni e 123 interruzioni del rapporto di lavoro.

## 7.5 Patologia psichiatrica

I servizi della salute mentale nell'Area Pratese fanno capo al Dipartimento della Salute Mentale (DSM). Il DSM è formato dalle U.O. di Psichiatria, Psicologia e Neuropsichiatria infantile, a queste va aggiunto il Servizio Consultazione Ambulatoriale Adolescenti.

I dati sugli accessi al servizio sono stati estrapolati dall'archivio regionale relativo al dipartimento di Salute Mentale.

Nel 2006 gli utenti che si sono rivolti al DSM sono stati complessivamente 5307, di cui il 49,8% maschi ed il 50,2% femmine. Per l'analisi dei dati è necessario suddividere gli utenti per età, in quanto gli adulti sono seguiti da un servizio, mentre bambini ed adolescenti si rivolgono ad un altro.

### Adulti

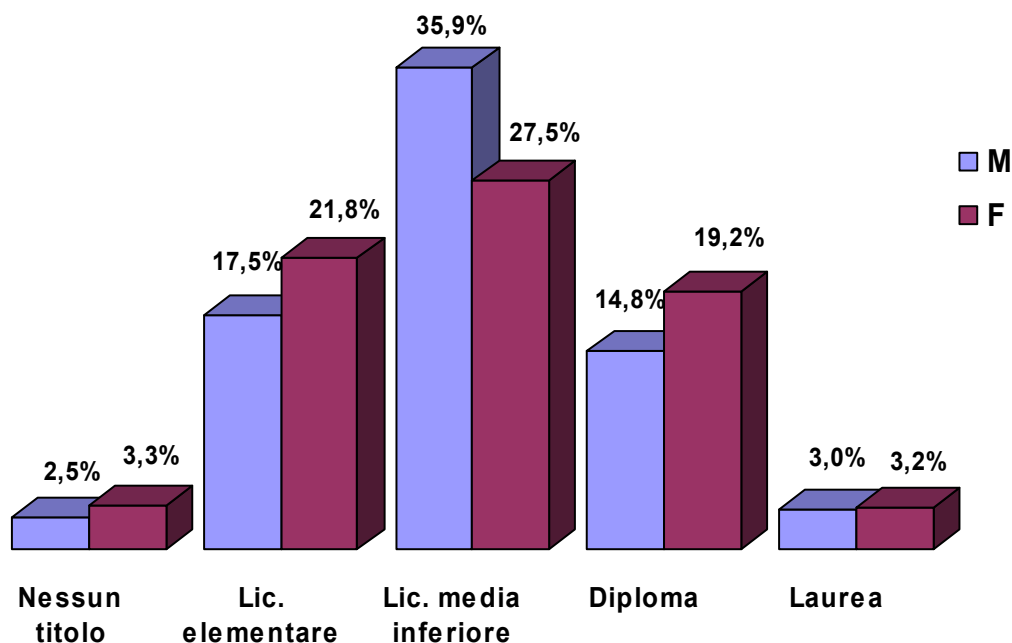
I pazienti adulti che si sono rivolti al DSM sono stati 3294 (M 42% vs F 58%), di cui il 92,8% italiani, tra gli stranieri coloro che hanno usufruito maggiormente del servizio sono stati albanesi (1,1%), tedeschi (0,6%), cinesi (0,5%) e marocchini (0,5%). Tutti i pazienti per i quali il dato è disponibile (38,4%) presentano precedenti episodi di patologia psichiatrica, purtroppo l'alta percentuale di dati mancanti non ci permette di poter trarre conclusioni.

Il 13,4% dei pazienti si sono rivolti al servizio per problematiche urgenti, senza differenze significative tra maschi e femmine. In quasi il 70 % dei casi il paziente che si è rivolto al DSM, dopo la prima visita, è stato preso in carico dal servizio, mentre per i restanti casi non è stata ravvisata la necessità di proseguire le cure. In media ad ogni paziente del DSM, nel 2006, sono state erogate poco più di 12 prestazioni ambulatoriali, inoltre sono stati effettuati 309 ricoveri ospedalieri, quindi circa 1 ricovero ogni 10 pazienti che si sono rivolti al servizio.

Il 34% dei pazienti sono celibi o nubili ed una percentuale molto simile (34,6%) sono coniugati, ma con notevoli differenze in entrambi i casi tra maschi e femmine (M celibi 56,5% vs F nubili 43,5%) (coniugati M 36,9% vs F 63,1%). Il 7,5% sono separati o divorziati, mentre i vedovi sono il 6,3%, anche in questo caso con un po' di differenza tra uomini e donne (M 7,3% vs F 10,0%).

Analizzando la distribuzione per titolo di studio, si nota che oltre la metà dei pazienti hanno un livello di scolarizzazione medio-basso (nessun titolo 2,9%, licenza elementare 20,0% e scuola media inferiore 31,1%), mentre il 20,5% dei pazienti ha un livello di istruzione medio alto (diploma scuola media superiore 17,3%, laurea 3,2%), in oltre il 25% dei casi il titolo di studio non è stato rilevato. Le donne hanno tendenzialmente un livello di scolarizzazione più alto degli uomini.

### Distribuzione dell'utenza adulta del DSM di Prato per sesso e titolo di studio - 2006

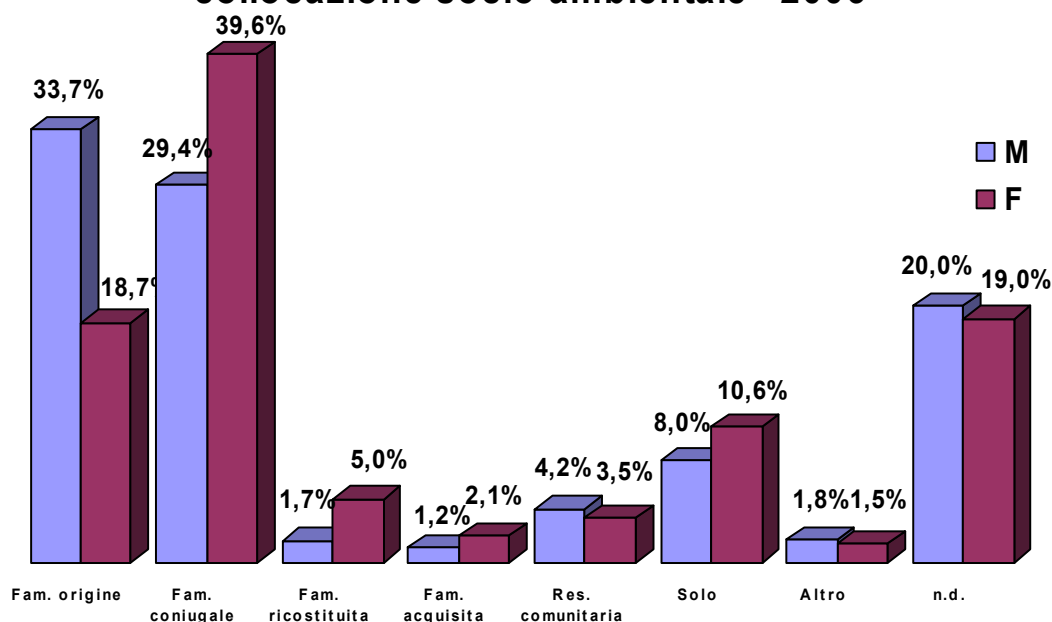


Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

La maggior parte dei pazienti del DSM vive in famiglia, soprattutto quella di origine o quella coniugale (60,4%), mentre soltanto il 9,5% vive da solo e il 3,8% vive in residenza comunitaria. Anche in questo caso le differenze di comportamento tra i due sessi sono notevoli e probabilmente sono legate alla maggior percentuale di donne sposate, infatti oltre il 33,7% degli uomini vive con la famiglia di origine, contro solo il 18,7% delle donne.

### Accessi degli utenti adulti al DSM di Prato per collocazione socio-ambientale - 2006

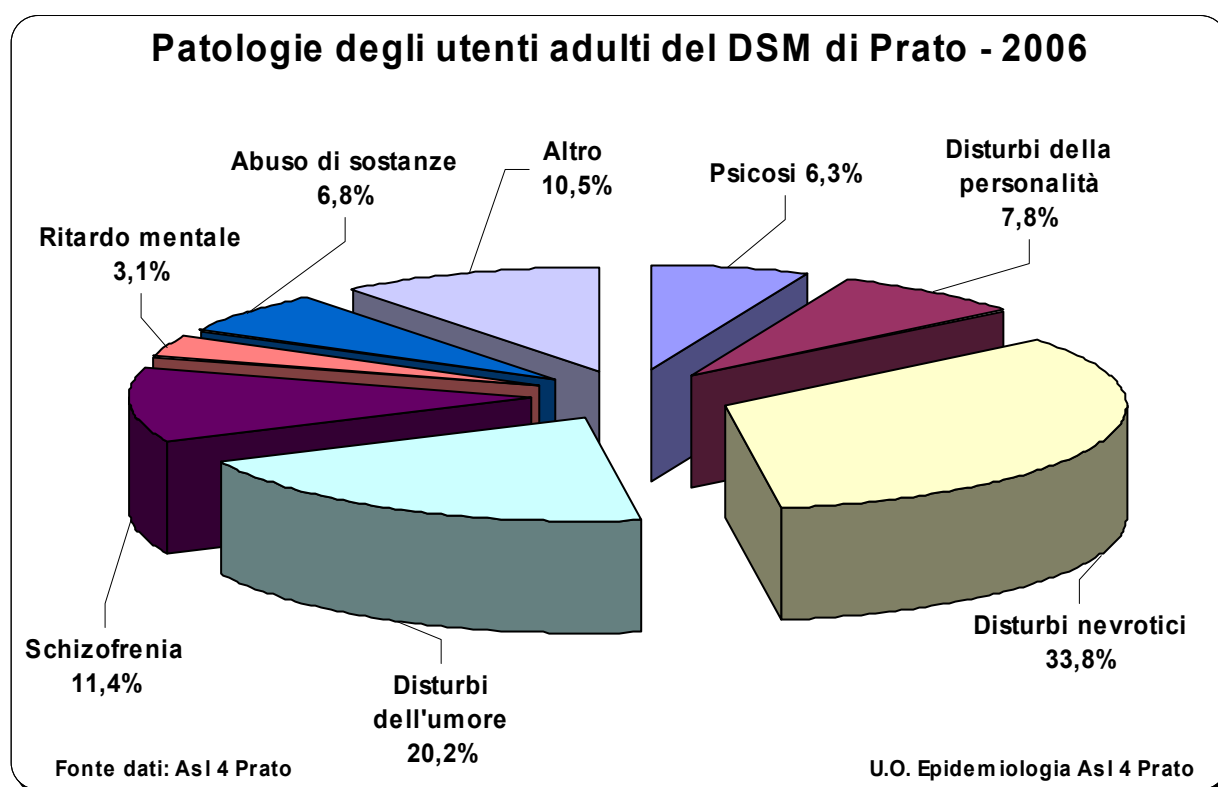


Fonte dati: Asl 4 Prato

U.O. Epidemiologia Asl 4 Prato

Il 15,6% dei pazienti che nel 2006 si sono rivolti al DSM sono disoccupati, il 29,6% sono occupati ed il 20,4% sono pensionati, anche in questo caso si notano differenze tra i due sessi, gli uomini sono più disoccupati (M 18,1% vs F 12,8%), mentre tra le donne c'è, ovviamente, una percentuale maggiore di casalinghe (M 0,1% vs F 13,0%).

Le patologie principali per cui i pazienti si sono rivolti al DSM sono i disturbi nevrotici (33,8%), le varie tipologie di depressione (20,2%), la schizofrenia (11,4%) ed i disturbi della personalità (7,8%), con differenze significative tra maschi e femmine. I maschi soffrono di più di schizofrenia (M 15,1% vs F 8,8%), mentre le donne si rivolgono al servizio più per disturbi nevrotici (M 27,4% vs F 38,5%) e depressione (M 17,9% e F 21,9%).



### Infanzia e adolescenza

I giovani pazienti (0-18 anni) che si sono rivolti al DSM sono stati 2013, con una notevole predominanza dei maschi (M 62,5% vs F 37,5%), anche in questo caso gli italiani rappresentano la maggioranza, oltre il 90%, dell'utenza. Come per gli adulti, tutti i pazienti di cui è disponibile il dato (3,9%) presenta precedenti episodi di patologia psichiatrica.

Nel 2006, ad ogni giovane paziente del DSM, sono state erogate mediamente più di 17 prestazioni ambulatoriali, per un totale di 34341 prestazioni.

Analizzando lo stato civile dei bambini e degli adolescenti seguiti dal servizio, si nota che soltanto 4 ragazze sono sposate, è comunque necessario puntualizzare che questi dati sono statisticamente poco attendibili, in quanto in oltre l'80% dei casi tale informazione non è stata rilevata. Analizzando il grado di scolarizzazione si evidenzia che, anche in questo caso, in oltre l'80% dei pazienti tale dato non è disponibile, la restante percentuale è suddivisa tra nessun titolo (12,7%), licenza elementare (3,7%) e scuola media inferiore (2,4%). Da questo possiamo dedurre che, sempre tenendo conto dei dati mancanti, molti

dei pazienti seguiti dal servizio abbia un'età per cui non ha ancora conseguito la licenza elementare. Il problema della mancanza di informazioni si presenta anche per la collocazione socio-ambientale, infatti l'83,6% dei dati non sono stati rilevati, per la rimanente quota i bambini vivono prevalentemente in famiglia, di origine o ricostituita, un solo utente vive solo ed 1 in residenza comunitaria. Stesso problema si pone sulle informazioni relative all'occupazione, l'81,4% dei pazienti non riporta questo dato, nei casi restanti i pazienti sono prevalentemente studenti (17,5%).

Non sono rilevabili informazioni sulle patologie che hanno condotto bambini ed adolescenti a rivolgersi al servizio.

### **Ospedalizzazioni**

Nel 2005, sono stati ricoverati, a Prato, 710 pazienti con problematiche di tipo psichiatrico, pari all'1,7% dei ricoveri totali, di questi 679 erano italiani e 31 stranieri. Una nota interessante è la notevole diminuzione di questo tipo di ricovero negli ultimi 4 anni (-32,7%), infatti nel 2002 erano stati ricoverati 1055 pazienti psichiatrici. Il ricorso al ricovero in DH è poco utilizzato (DH psichiatrici 19,9% vs DH totali 35,2%) probabilmente anche a causa delle prerogative delle patologie, per cui i pazienti richiedono tempi più lunghi per beneficiare delle terapie specifiche.

### **Mortalità**

I dati regionali più aggiornati sulla mortalità per disturbi psichici risalgono al 2005, come già detto, considerata l'esiguità della numerosità è opportuno effettuare elaborazioni per trienni. Nel triennio 2003-2005 i tassi standardizzati di mortalità per disturbi psichici sono inferiori ai valori medi toscani, sia per i maschi (Prato 8,0 per 100 mila ab vs Toscana 9,0) che per le femmine (Prato 7,1 per 100 mila ab vs Toscana 9,0), collocandosi al terzo posto tra le Asl toscane in entrambi i sessi. Analizzando la mortalità per fasce d'età si nota come la maggior parte dei decessi avvengano in età avanzata, infatti, nel 2005, tutte le 18 donne sono morte dopo i 65 anni, mentre due soli uomini su 16 sono deceduti in età più giovani (30-34 anni e 45-49 anni).

Uno degli indicatori di disagio psichico è la morte per suicidio, nel triennio 2003-2005 il tasso standardizzato di mortalità per questa causa è sovrapponibile a quello regionale per le donne (2,3 per 100 mila ab) e leggermente superiore per gli uomini (Prato 9,7 per 100 mila ab vs Toscana 8,3), collocandosi rispettivamente al nono posto ed al penultimo tra le Asl della Toscana. Nel 2005 a Prato si sono suicidate 12 persone (9 uomini e 3 donne), analizzando la distribuzione per età si nota che gli uomini decidono di fare questo gesto estremo prevalentemente dopo i 50 anni (solo 2 casi a 30-24 anni), mentre le donne si collocano su tre fasce (30-35, 65-69 e 80-84 anni).

## 7.6 Violenza contro le donne

La violenza contro le donne investe la dimensione individuale, psicologica, relazionale, comunitaria e sociale della vita degli individui. E' un fenomeno poliedrico, dal momento che esistono diversi tipi di violenza, spesso collegati tra loro ed accomunati dalla volontà di sottomettere e degradare la donna, la quale può essere oggetto di maltrattamento fisico, psicologico, molestie e violenze sessuali (fuori ed all'interno della coppia), maltrattamento economico, comportamento persecutorio (*stalking*), etc.

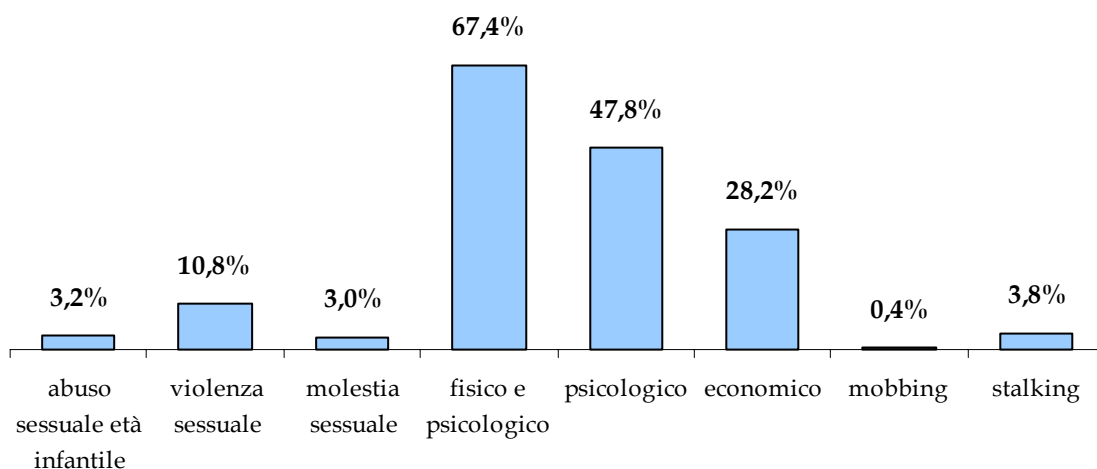
A Prato dal 1997 è presente il Centro Antiviolenza Donne *La Nara*, gestito dalla cooperativa sociale Alice in convenzione con la Provincia di Prato, il Comune di Prato e gli altri Comuni dell'area pratese. *La Nara* partecipa al progetto per la creazione di una "Rete Nazionale Antiviolenza" (attraverso il progetto è stato attivato il numero di telefono di pubblica utilità 1522).

Il Centro ha funzioni di ascolto, prima accoglienza e sostegno (linea telefonica, colloqui con le operatrici, etc), consulenza legale (sui diritti delle donne rispetto alla violenza, all'eventuale separazione, ai figli, etc), orientamento socio-educativo (elaborazione di percorsi individuali di reinserimento, collaborazione con scuole e centri di formazione professionale). Nei casi più gravi presso la *Casa rifugio* sono ospitate temporaneamente (3 mesi, rinnovabili fino a 6) donne in pericolo ed eventuali figli minorenni.

Nel 2006 gli operatori del Centro hanno effettuato 461 colloqui; le donne accolte al Centro sono 115 (di cui 40 straniere, 5 senza permesso di soggiorno).

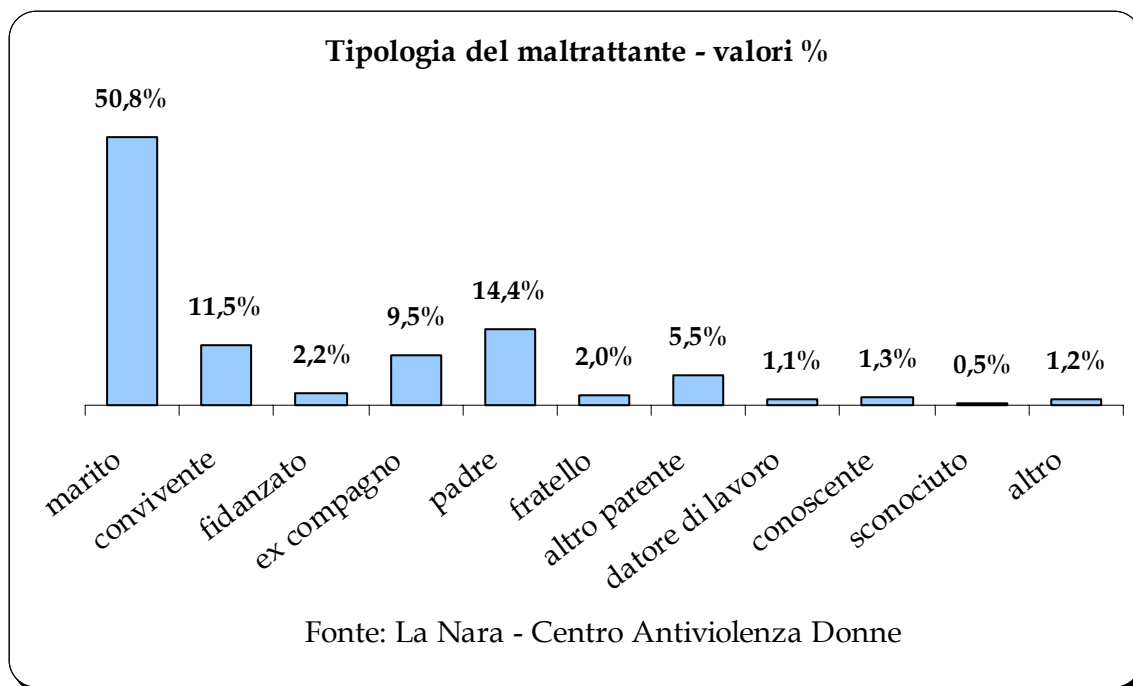
Il 74% delle donne che si sono rivolte al Centro nel periodo 2001-2005 è di cittadinanza italiana. L'11% ha meno di 25 anni (il 2% è minorenne), il 32% ha tra 25 e 34 anni, il 31% tra 35 e 44 anni ed il 19% tra 45 e 54 anni; il restante 7% ha 55 anni o più. Tra le donne accolte al Centro prevalgono i titoli di studio medio-bassi (il 61% ha la licenza elementare o quella media inferiore). Guardando alla condizione professionale osserviamo come solo il 34% delle donne sia occupata (il 26% a tempo indeterminato, il 6% a tempo determinato; solo il 2% ha un lavoro autonomo), il 10% lavora in nero ed il 42% è disoccupata. L'8% è rappresentato da casalinghe.

**Tipo di maltrattamento subito - Risposta multipla - valori %**



Fonte: La Nara - Centro Antiviolenza Donne

Il grafico mostra il tipo di maltrattamento subito: due terzi delle donne (67%) ha subito un maltrattamento sia fisico che psicologico, il 48% un maltrattamento psicologico, il 28% un maltrattamento economico, l'11% una violenza sessuale.



Il 51% dei maltrattamenti è commesso dal marito, il 12% dal convivente, il 2% dal fidanzato ed il 9% da un'ex compagno (marito, convivente o fidanzato). Nel 14% dei casi il maltrattamento è associato al padre, nel 2% al fratello, nell'1% al datore di lavoro e solo nello 0,5% dei casi ad uno sconosciuto.

Infine, l'ultima voce della scheda di rilevazione del Centro riporta il problema specifico del maltrattante. La dicitura che si rileva con maggiore frequenza (51%) è "insospettabile". Significative sono anche le percentuali associate ai problemi di alcolismo (18%), tossicodipendenza (6%), disagio psichico (12%) e gioco d'azzardo (4%).

### 7.6.1 La prostituzione

La prostituzione è un fenomeno complesso che può essere distinto in quattro grandi tipologie:

- la prostituzione di strada o delle "passeggiatrici", che riguarda soprattutto donne straniere che, con diversi livelli di costrizione devono rapportarsi a protettori/sfruttatori;
- la prostituzione in appartamento, una modalità che in passato riguardava le squillo di lusso ma che recentemente si è sviluppata perdendo le caratteristiche precedenti di attività più sicura ed elitaria, divenendo più semplicemente un trasferimento di quella di strada e implicando situazioni di sfruttamento e segregazione;
- la prostituzione mascherata, che si nasconde dietro attività lecite (ballerine, attrici porno, massaggiatrici) e viene esercitata in locali (soprattutto da donne dell'est);
- la prostituzione invisibile, esercitata da squillo di lusso che lavorano ufficialmente con regolari contratti di hostess (*escort service*), con elevati margini di autonomia e guadagni.

Nel territorio pratese la prostituzione sta assumendo una natura sempre più sommersa, pur rimanendo presente in alcuni luoghi, quali la tangenziale intorno alla città e la stazione ferroviaria centrale. Attività di prostituzione che rimangono invisibili vengono praticate anche nella comunità cinese.

Il *Centro di Ascolto per la prostituzione e la tratta degli esseri umani* attivo presso la Caritas offre ascolto, sostegno psicologico, consulenza legale ed un servizio di pronta e provvisoria accoglienza.

<b>Accessi presso il Centro di Ascolto per la prostituzione e la tratta degli esseri umani</b>		
<b>Anno</b>	<b>Presenze</b>	<b>Inserimenti in struttura</b>
2001	24	8
2002	30	6
2003	10	3
2004	7	3
2005	6	4
2006	2	1
Fonte: Osservatorio Diocesano Caritas		

La casa di accoglienza della Cooperativa sociale Ester *Progetto Chiara* risponde alla necessità di assicurare un luogo protetto alle donne sottratte allo sfruttamento e alla violenza. Attraverso una consulenza legale e psicologica le donne prese in carico sono accompagnate nel passaggio verso una vita autonoma, che prevede la regolarizzazione della presenza e la ricerca di un'occupazione.

<b>Accessi presso la cooperativa sociale Ester - Progetto Chiara</b>		
<b>Anno</b>	<b>Presenze</b>	<b>Su totale segnalazioni</b>
2001	5	9
2002	7	17
2003	10	24
2004	10	12
Fonte: Cooperativa sociale Ester		