





Creare valore nella sanità pubblica

collana diretta da
Sabina Nuti e Marco Frey

1. *Innovare in sanità. Esperienze internazionali e sistema toscano a confronto* [a cura di] Sabina Nuti, prefazione di Riccardo Varaldo, premessa di Enrico Rossi, 2005, pp. 228.
2. *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana. Una sfida aperta* [a cura di] Sabina Nuti e Milena Vainieri, 2009, pp. 196.
3. *La sanità come volano dello sviluppo economico* [a cura di] Marco Frey, Marco Meneguzzo, Gloria Fiorani, 2010, pp. 450.
4. *Il profilo di salute. Un sussidio per i piani integrati di salute* [a cura di] Sara Barsanti, Massimo Campedelli, Elena Innocenti, 2011, pp. 320.



Il profilo di salute

Un sussidio per i piani integrati di salute

a cura di

Sara Barsanti, Massimo Campedelli

Elena Innocenti



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

© Copyright 2011

EDIZIONI ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 978-884672968-2

Il presente volume è stato realizzato nell'ambito del progetto di ricerca "Analisi e valutazione dei Piani Integrati di Salute", sviluppatosi a partire dal 2007, promosso dalla Regione Toscana – Assessorato alle Politiche Sociali – con la responsabile dell'Area di Coordinamento Politiche Sociali Integrate, d.ssa Giovanna Faenzi e con i dott. Stefano Maurri, Michele Mezzacappa e Luca Puccetti.

La realizzazione del progetto ha visto la partnership dei Laboratori Wiss (welfare, innovazione, sviluppo, servizi) e MeS (Management e Sanità) della Scuola Sant'Anna di Pisa, dell'ARS (Agenzia Regionale Sanitaria) della Regione Toscana, della Fondazione Zancan di Padova, dell'OSR (Osservatorio Sociale Regionale) della Regione Toscana e dei numerosi Dirigenti, Funzionari, Operatori delle SdS (Società della Salute) e zone – distretto che hanno collaborato al raggiungimento di questo importante risultato. A tutti un sincero ringraziamento da parte dei Curatori.

Il progetto è stato supervisionato e validato dal Comitato Scientifico composto da:

Presidente

Emanuele Rossi - e.rossi@sssup.it
Scuola Superiore Sant'Anna

Direttore

Massimo Campedelli – campedelli@negrisud.it
Scuola Superiore Sant'Anna/ Consorzio Negrisud

Vinicio Biagi – vinicio.biagi@regione.toscana.it
Regione Toscana

Paolo Carrozza – p.carrozza@sssup.it
Scuola Superiore Sant'Anna

Francesco Cipriani – francesco.cipriani@arsanita.toscana.it
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Giovanna Faenzi – giovanna.faenzi@regione.toscana.it
Regione Toscana

Gavino Maciocco – gavino.maciocco@alice.it
Università Firenze

Fausto Mariotti – dir.generale@nord.usl9.toscana.it
Azienda USL9 Grosseto

Simone Naldoni – naldoni@comune.scandicci.fi.it
Federsanità – Anci

Sabina Nuti – snuti@sssup.it
Laboratorio Management e Sanità – Scuola Superiore Sant'Anna

Gianni Tognoni – tognoni@negrisud.it
Consorzio Negrisud

Tiziano Vecchiato – tizianovecchiato@fondazionezancan.it
Fondazione Zancan

Hanno partecipato ai lavori, in qualità di Equipe Tecnica:

Alessandro Barchielli – alessandro.barchielli@asf.toscana.it
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Sara Barsanti – s.barsanti@sssup.it
Laboratorio Management e Sanità – Scuola Superiore Sant'Anna

Carmen Calabrese – c.calabrese@sssup.it
Laboratorio Management e Sanità – Scuola Superiore Sant'Anna

Massimiliano Faraoni – simurg@simurgricerche.it
Osservatorio Sociale Provinciale di Grosseto – Rete regionale
Osservatori Sociali

Paolo Francesconi – paolo.francesconi@arsanita.toscana.it
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Elena Innocenti – elenainnocenti@fondazionezancan.it
Fondazione Zancan

Marco La Mastra – osservatorio@provincia.arezzo.it
Osservatorio Sociale Provinciale di Arezzo – Rete regionale
Osservatori Sociali

Michele Mezzacappa – michele.mezzacappa@regione.toscana.it
Regione Toscana

Stefano Maurri – stefano.maurri@regione.toscana.it
Regione Toscana

Luca Puccetti – luca.puccetti@regione.toscana.it
Osservatorio Sociale Regionale

Simone Tattini – zancan01@provincia.fi.it Fondazione Zancan

Segreteria

Donatella de Lalla
Scuola Superiore Sant'Anna
Laboratorio Wiss – welfare innovazione servizi sviluppo
d.delalla@sssup.it, 050/882657, Via Cardinale Maffi, 27 – Pisa

Indice

Presentazione <i>S. Allocca e D. Scaramuccia</i>	11
Introduzione - I Piani Integrati di Salute e le prospettive del Welfare Toscano (<i>a cura del Comitato Scientifico</i>)	13
<i>Parte prima</i>	
<i>LA COSTRUZIONE DI UN SET CONDIVISO DI INDICATORI</i>	21
1. I risultati dell'analisi dei Piani Integrati di Salute	23
1.1. La prospettiva della programmazione integrata	23
1.2. L'incidenza della programmazione sui servizi	26
1.3. I Profili di Salute: Modalità di analisi	41
2. Gli indicatori proposti per il supporto alla programmazione	49
2.1. Linee generali	49
2.2. Stato di salute e demografia	55
2.3. I determinanti di salute	72
2.4. L'assistenza sanitaria territoriale: i Livelli Essenziali di Assistenza	102
2.5. L'assistenza sociosanitaria integrata	114
2.6. L'assistenza territoriale sociale	136
2.7. Le risposte al disagio minorile	146
<i>Parte seconda</i>	
<i>GLI INDICATORI COME STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE: LO STATO DELL'ARTE</i>	153
1. La lettura degli indicatori: alcuni esempi	155
1.1. I grappoli	155
1.2. Sanità di iniziativa	156
1.3. Immigrazione	166
1.4. Disabilità	172

2. La lettura degli indicatori secondo trend e posizionamento	183
3. Il Profilo di Salute: un supporto per la valutazione	187
3.1. Misurare gli effetti della programmazione	187
3.2. Il bersaglio ed i suoi possibili sviluppi	197

Parte terza

*TEMI, ATTORI E PROSPETTIVE DELLA PROGRAMMAZIONE
INTEGRATA TERRITORIALE* 209

1. L'Osservatorio Sociale Regionale e la "cassetta degli attrezzi" per la programmazione integrata socio sanitaria toscana	211
2. L'integrazione sociosanitaria: dal DL 502/92 alla LR 66/08	223
3. Il tema della deprivazione	229
4. La prevenzione e il controllo delle malattie croniche. Una questione di responsabilità condivisa. Il ruolo dei Comuni e delle Società della Salute	239

Appendice

ALLEGATO I: Set minimo	251
ALLEGATO II: Set complementare	277
ALLEGATO III: Format di valutazione dei PIS	307
Presentazione autori	317

Presentazione

Questo volume riporta il lavoro svolto dal sistema socio sanitario della Regione per la costruzione del welfare integrato toscano. L'introduzione a cura del Comitato Scientifico, composto da personalità di assoluto rilievo sia in ambito scientifico che delle politiche sociosanitarie, ne dà conto in modo esaustivo. Preme sottolineare che insieme e parallelamente al lavoro di riforma normativa (basti pensare alla revisione della Legge Regionale 40/2005 per l'istituzione delle Società della Salute, alla Legge Regionale 66/2008 sulla non autosufficienza e sulla disabilità, all'Atto di Indirizzo sulla compartecipazione degli utenti non autosufficienti e disabili alla spesa per i servizi, alla regolamentazione dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture socio-sanitarie...) è proseguita e si è conclusa la sperimentazione delle Società della Salute. Alla sperimentazione è seguita la messa a regime delle stesse su quasi tutto il territorio regionale (ben 28 su 34 zone distretto), nonché la sperimentazione ed il consolidamento del Fondo per la non autosufficienza; esperienze queste che non sarebbero state possibili senza il convinto impegno degli amministratori e degli operatori che operano nel territorio regionale.

Con il progetto di ricerca ANALISI E VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE, di cui il Sussidio rappresenta la sintesi finale, si è raggiunto l'obiettivo di "patrimonializzare" quel sapere diffuso nel mondo dei servizi e nelle pratiche locali tra diversi attori pubblici e non profit che costituisce una risorsa imprescindibile del modello toscano, ovvero della infrastruttura materiale e immateriale che garantisce la qualità della vita e della cittadinanza della nostra Regione. Tutto ciò è frutto del confronto sistematico tra operatori ed esperti che a vario titolo operano nei nostri territori con il prezioso coordinamento della Scuola

Superiore Sant'Anna di Pisa. Questo Sussidio sarà certamente di aiuto per affrontare la nuova stagione della programmazione integrata, regionale e locale. Disporre di un set di indicatori condiviso per costruire in modo comparabile e valutabile i profili di salute permetterà di effettuare scelte maggiormente consapevoli e verificabili da parte di tutte le componenti della società toscana, in ognuna delle 34 Zone-Distretto/SdS di riferimento per l'attuazione delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie.

Insieme a tutto ciò, il Sussidio è in primo luogo uno strumento di lavoro da “mettere alla prova” e da implementare affinché possa dimostrare, come noi crediamo, tutta la sua utilità. La prefigurazione dell'uso degli indicatori e dei criteri di valutazione, la proposta di applicazione degli indicatori in forma di “insiemi significativi”, nonché le interconnessioni – pensiamo ad esempio alla psichiatria e alla non autosufficienza sono da considerare non in maniera statica ma nella loro qualità di strumenti/percorsi ad approccio sperimentale. I cambiamenti in corso d'opera dovranno trovare in questi strumenti la necessaria flessibilità per un loro utilizzo dinamico. La costituzione delle Società della Salute e la programmazione locale attraverso i PIS, che le stesse produrranno, costituirà la fase di effettivo utilizzo del Sussidio e anche la prova della sua validità, con la consapevolezza che solo l'esperienza può migliorare gli strumenti con eventuali progressive revisioni. Il cammino è avviato e ci auguriamo che porti, con l'impegno di tutti, a buoni risultati per chi vive in Toscana.

Daniela Scaramuccia

Assessore Diritto alla Salute

Salvatore Allocca

Assessore al Welfare e politiche per la casa

Introduzione¹

I PIANI INTEGRATI DI SALUTE E LE PROSPETTIVE DEL WELFARE TOSCANO

1) Il sussidio che andiamo ad introdurre raccoglie i prodotti del percorso di ricerca-intervento del progetto “Analisi e valutazione dei Piani Integrati di Salute” affidato dalla Regione Toscana alla Scuola Sant’Anna di Pisa, e realizzato grazie alla cooperazione scientifica e operativa del Laboratorio MeS (Management e Sanità) e del Laboratorio Wiss (Welfare, innovazione, servizi e sviluppo) della stessa Scuola Sant’Anna, della Fondazione Zancan di Padova, dell’ARS (Agenzia Regionale Sanitaria) e dell’OSR (Osservatorio Regionale Sociale) entrambe della Regione Toscana, nonché dei dirigenti e operatori degli Uffici di piano delle zone-distretto e delle Società della Salute (SdS) in sperimentazione. Nel testo sono inoltre presenti contributi di membri del Comitato Scientifico – organo di indirizzo e valutazione del progetto – e di altri dirigenti regionali che completano questo composito e articolato lavoro interistituzionale durato più di tre anni.

Si tratta di un risultato importante e coerente per una Regione, come quella Toscana, che ha fatto della integrazione e della partecipazione due tra le cifre caratteristiche del modello di governo perseguito fin dalla sua costituzione. Al contempo però, esso simboleggia uno sforzo collettivo di particolare interesse metodologico, nello specifico per la definizione di criteri di rilevanza condivisi (e di strumenti conseguenti), rispetto a ciò che si deve presidiare in termini di salute e benessere nelle diverse popolazioni che vivono la Toscana e nella popolazione nel suo insieme. Nelle pagine iniziali, lì dove si

¹ A cura del Comitato Scientifico.

narra il cammino che ha portato alla costruzione del pacchetto degli indicatori (set minimo e complementare) per il profilo di salute (PdS) e dello schema (format) per la valutazione dei piani integrati di salute (PIS), si dà conto della forte eterogeneità metodologica da cui si è partiti, ricchezza per l'appunto patrimonializzata, a favore di tutto il sistema regionale, durante il percorso di ricerca-intervento.

Il titolo vuole esprimere la funzione che il volume è chiamato a svolgere. Offrire agli attori coinvolti nella programmazione integrata, in primis a livello territoriale, strumenti e metodologie condivise per una efficace realizzazione della stessa. Già il fatto che indicatori e criteri di valutazione per-della programmazione siano comuni significa, per l'insieme del sistema sociosanitario toscano e per ogni sua componente (zone-distretto e Società della Salute in particolare), avere a disposizione una risorsa fondamentale nel perseguimento dei suoi risultati. Essi infatti, grazie a questo, divengono misurabili e comparabili, all'interno del sistema stesso e per ogni sua componente, in forma sincronica (benchmark) e diacronica (trend).

Sempre a livello territoriale, il fatto che operatori provenienti da culture di servizio diverse, quali in genere sono quelle socio-assistenziali e quelle sanitarie, si trovino ad usare una "strumentazione" comune per rappresentare la realtà di bisogno a cui debbono dare risposte eque, appropriate e personalizzate, è al contempo una sfida e una opportunità per gli stessi attori coinvolti. Il difficile superamento delle asimmetrie tra sociale e sanitario – e ancor di più con le politiche del lavoro, educative e formative, ambientali, abitative, ecc. –, come dimostra la storia del welfare italiano – e non solo –, riguarda dimensioni giuridiche, organizzative, istituzionali, epistemologiche, ideologiche, operative, sedimentate nel tempo e nelle tradizioni amministrative regionali e locali.

Normalmente, nelle diverse programmazioni regionali, tra cui anche quella toscana, si parla di integrazione istituzionale, gestionale, comunitaria e operativa per indicare le linee di policy "integrativa" che si voglio perseguire. Meno evidente è la sottolineatura che esse possono essere efficaci solo se si assume anche una prospettiva – tra-

sversale – di integrazione culturale, alla cui base vi sono appunto rilevanze condivise, cioè grammatiche e alfabeti fatti di indicatori e criteri di valutazione, condizione imprescindibile per ogni altra.

Usare questi strumenti significa perseguire un obiettivo che necessariamente si scontra con la autoreferenzialità dei (sotto) sistemi a cui si appartiene. Da qui la sfida, non indifferente e certamente di grande valore politico, che si fa opportunità per l'adeguamento di un modo di produrre servizi basato sulle evidenze disponibili e condivise, caratterizzato dalla esplicita volontà di promuovere e tutelare i diritti dei cittadini, orientato ad un approccio sperimentale, per l'appunto di valutazione costante dei risultati di salute-benessere e di conseguente ri-orientamento. Evidenze, diritti e sperimentali da considerare, a loro volta, campi di ricerca, ovvero non dati acquisiti ma risorse-problemi da affrontare e interrogare nel mentre li si usa per la realizzazione delle politiche.

2) In questo senso, anche i set di indicatori e il format per la valutazione sono “sperimentali”, cioè da verificare in modo sistematico rispetto alle funzioni che devono svolgere. Sarà questo un compito da considerare, a partire dagli stessi operatori territoriali che li utilizzeranno nelle loro programmazioni locali, come elemento ordinario del ciclo programmatorio. Il percorso fatto per definirli dà oggi sufficienti garanzie sulla loro appropriatezza, ma non c'è dubbio che possano, almeno in parte, risultare successivamente inadeguati o superflui o sostituibili da altri ancora più appropriati. Il Comitato scientifico più volte si è interrogato sulla necessità di un follow up a cadenza periodica. In altri termini, si auspica che i tecnici impegnati nella programmazione facciano progressivamente emergere “ciò che non va e ciò che si potrebbe fare meglio”, non come evento straordinario ma come fatto ordinario coerente con il compito da essi svolto e come ricchezza con cui alimentare tutto il sistema regionale, sociale, sanitario e sociosanitario.

3) L'avvio della nuova legislazione regionale, la cui recente eredità in tema di welfare è quanto mai significativa – fondo per la

non autosufficienza, riforma sanitaria, legislazione sulle migrazioni, sperimentazione dei livelli di cittadinanza sociale e delle Società della Salute, solo per citare quanto è più vicino ai temi trattati da questo sussidio – comporterà uno sforzo non indifferente di implementazione delle disposizioni stabilite nello scorso quinquennio. Punto chiave e unificante è la programmazione, in quanto funzione politica e pratica tecnica, quindi insieme di saperi, competenze, metodi, strumenti, scelte.

La Regione Toscana, al riguardo, può essere considerata un modello nel panorama nazionale, sia in generale (la struttura e le interconnessioni tra le diverse programmazioni regionali, locali e le loro interdipendenze), che nello specifico sociosanitario integrato. La recente riforma sanitaria regionale ha ulteriormente definito una architettura che, riprendendo e “stabilizzando” quanto maturato nel corso di un decennio e più, necessiterà una intensa appropriazione tecnica da parte di tutti gli attori interessati: dagli organi politici e tecnici delle Società della Salute, agli Ee.LL. e Aziende Sanitarie, alle forme di cittadinanza organizzata, in particolare le OO.SS., agli attori del Terzo Settore, agli stessi uffici e alle articolazioni regionali chiamati/e a supportare questo cammino.

Insieme ad un conseguente investimento formativo sarà altrettanto indispensabile l’investimento nell’armonizzazione dei sistemi di monitoraggio e valutazione di tutto ciò che influisce su, e confluisce ne, i PIS, nonché nella proceduralizzazione tecnico-giuridica del processo programmatico, tenuto conto di una certa variabilità che emerge nelle disposizioni statutarie delle SdS, innovate a seguito della sperimentazione o di nuova costituzione.

4) La lettura attenta del sussidio mette in evidenza lo sforzo di confermare “la visione ampia” della programmazione integrata, dalla integrazione sociosanitaria alle politiche che direttamente o indirettamente producono salute e benessere. La prospettiva dei determinanti sociali di salute e della necessità di pensare prassi e contenuti di politiche conseguenti, è qui ben presente. Al contempo però, non

si può nascondere che il compito, al di là delle dichiarazioni di principio e dei progressi realizzati, sia tutt'altro che compiuto. Passare da un Piano Integrato di Salute che interviene fattivamente sui servizi sociali e sanitari – cosa già di per sé non scontata – ad uno che definisce alcuni criteri con cui costruire, ad esempio, il piano regolatore di una città – ovviamente per quanto riguarda salute e benessere ... non poco per la verità ... – è ancora, per molte zone, una sfida. Con molta probabilità, così come è stato per l'esperienza toscana delle Società della Salute, essa sarà affrontata e vinta lì dove come e quando si dimostrerà che essa è possibile e concretizzabile in più contesti contemporaneamente. Questo è un auspicio, oltre che una prospettiva, che il Comitato Scientifico ritiene di dover richiamare, convinto che esso sia parte integrante del mandato ricevuto dalla Regione Toscana nell'indirizzare e valutare il progetto sintetizzato nei materiali raccolti. Al contempo, però, esso sarà perseguibile se l'integrazione tra le programmazioni regionali – ambiente, formazione e istruzione, lavoro, territorio, ecc. – potrà fornire un riferimento sempre più cogente nel creare coerenza tra le programmazioni stesse ma anche tra i diversi livelli di programmazione (coerenza verticale e orizzontale).

5) *Insieme a questi obiettivi, per così dire di prospettiva, ve ne sono altri apparentemente più prossimi, da tenere in conto. Il set di indicatori elaborati permette infatti di pensare una programmazione capace di orientare la definizione delle priorità di azione e quindi anche degli indirizzi di riconversione-ristrutturazione del sistema di offerta di un territorio. La proposta di un loro utilizzo secondo il modello “grappolo”, cioè per problematiche, è stata immaginata anche per questo.*

Se stabilire delle priorità è funzione propria di ogni programmazione degna di questo nome, è altresì vero che in una fase come l'attuale, in cui la forbice tra capacità di risposta, crescita dei bisogni ed evoluzione della domanda si sta sempre più allargando, tale compito è “il compito”. In altri termini, la programmazione è tale se permette di governare la domanda e l'offerta in modo integrato e coerente rispetto a obiettivi dichiarati.

Il dibattito internazionale e nazionale sulle politiche pubbliche

indica sostanzialmente due strade: ridurre la spesa pubblica, generando così la ricerca di nuove soluzioni, o riqualificarla dentro un disegno trasparente, verificabile, coerente con valori e metodi quali quelli impressi nella Costituzione repubblicana (e nello Statuto della Regione Toscana). Questa seconda strada, se considerata seriamente, non è però meno complicata della prima, anzi. L'esperienza di riorganizzazione del sistema sanitario toscano sviluppatasi nel corso degli ultimi 10 anni ne è una dimostrazione molto concreta. Così come lo è l'evoluzione del sistema socio-assistenziale.

La questione diventa quella di consolidare, in modo virtuoso, nell'integrazione sociosanitaria, questo doppio patrimonio istituzionale e culturale, ovvero di evitare che i risultati assolutamente significativi raggiunti da entrambe, in una fase delicata come quella che abbiamo di fronte, non si trasformino in uno scaricamento reciproco e simmetrico dei nuovi problemi. Anche in questo caso, a differenza di quanto normalmente si crede, la dimensione territoriale risulta strategica. Perché nei territori si possono ottimizzare meglio le risorse disponibili, e perché si possono comprendere meglio le priorità. Ciò comporta però una profonda e coerente sinergia con il governo regionale del sistema e un rafforzamento – qualificazione delle competenze esistenti.

6) Al riguardo, particolare attenzione dovrà essere posta nel valorizzare, attraverso gli Osservatori sociali provinciali, il patrimonio di informazioni-evidenze presente nei diversi punti – attori, enti, organismi, ecc. – del sistema di offerta.

Pensiamo, ad esempio, alle banche dati dei patronati dei lavoratori, o dei centri di assistenza fiscale. Al di là delle esigenze di privacy e di utilizzo amministrativo, essi rappresentano un giacimento informativo fondamentale per conoscere i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, delle condizioni familiari, lavorative e economiche di chi si rivolge ad essi. Oggi questi servizi sono veri e propri sportelli di assistenza giuridico-amministrativa rivolti a tutta la cittadinanza, non più solo ai lavoratori e per pratiche previdenziali

e infortunistiche. Pensiamo alla certificazione Isee, o la regolarizzazione del permesso di soggiorno per gli immigrati, i contratti per le collaboratrici e assistenti familiari (badanti), le richieste di sussidi per le condizioni di invalidità e disabilità, ecc. Si tratta di attori, peraltro, spesso già convenzionati con gli enti locali e a volte anche con le Asl per il disbrigo di queste pratiche. Insieme, ed è solo un altro esempio, pensiamo agli Osservatori diocesani delle povertà che dispongono di informazioni importanti da mettere a sistema, per perseguire efficacemente una azione di contrasto e di prevenzione della povertà, e quindi di salute. A questi esempi se ne possono ovviamente aggiungere molti altri, anche uscendo dagli ambienti classici della programmazione sociosanitaria.

In altri termini, per definizione il territorio è potenzialmente ricco di informazioni in alcuni casi, anche qualificate e validate. Il problema è che questo patrimonio rimane o “segregato” nei percorsi informativi per cui è stato pensato o addirittura prodotto ma non utilizzato nelle sedi di programmazione. La risorsa Osservatori provinciali quindi merita di essere valorizzata e finalizzata sia per supportare le diverse zone-distretto/Società della Salute presenti nel territorio provinciale per la realizzazione dei Profili di Salute, che per far emergere la ricchezza informativa presente affinché la partecipazione sia efficace.

Parte prima

LA COSTRUZIONE DI UN SET
CONDIVISO DI INDICATORI

Capitolo 1

I RISULTATI DELL'ANALISI DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE

1.1. La prospettiva della programmazione integrata territoriale¹

I distretti sociosanitari rappresentano all'interno del sistema sanitario italiano il livello in cui collocare l'integrazione di base tra offerta sociale e offerta sanitaria.

Secondo la Legge Regionale Toscana n.40 del 2005, modificata dalla L. R. n°60 del 2008, tra le responsabilità che competono alle zone-distretto si elencano:

- la valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità e la definizione delle caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
- la garanzia dell'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche di governo del territorio.

Il modello, proposto dalla Regione Toscana, delle Società della Salute (SdS), superata positivamente la sperimentazione e legittimato definitivamente con la riforma recentemente approvata, costituisce in questo contesto un'innovazione organizzativa e gestionale particolarmente originale nel panorama italiano. Le Società della Salute possono definirsi organismi misti la cui veste giuridica è quella di «consorzi pubblici», che vedono coinvolti Asl ed Enti Locali nelle funzioni di:

- controllo e orientamento della domanda di salute a livello territoriale;

¹ A cura di Sara Barsanti e Carmen Calabrese.

- programmazione e gestione dell'insieme dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali nell'ambito territoriale di riferimento;
- integrazione in rete dei servizi, tra sanitario e sociale, tra sanitario e sanitario (ospedale-territorio), tra socio-sanitario e funzioni sociali pubbliche (istruzione, ambiente, sviluppo economico);
- committenza, negoziando e finanziando volumi e mix di attività.

L'integrazione rappresenta la prima sfida che le SdS si trovano quindi ad affrontare. Se il principio fondante la logica dell'integrazione è il concetto di salute globale, intesa non solo come assenza di malattia, ma come benessere complessivo, per le SdS diventano rilevanti le politiche integrate socio-sanitarie, ma anche quelle relative all'istruzione, alla tutela dell'ambiente, al traffico e viabilità, all'agricoltura. Rientra per esempio, tra le politiche perseguibili, la scelta di dotare le mense scolastiche pubbliche di soli prodotti da agricoltura biologica al fine di favorire una corretta alimentazione, e più in generale possibili interventi sugli stili di vita dei bambini. Anche la decisione di dotare un incrocio trafficato di una rotatoria piuttosto che di un semaforo, al fine di diminuire la concentrazione nell'aria di sostanze inquinanti e di incidenti stradali è una scelta che le SdS possono essere chiamate a promuovere.

La pianificazione socio-sanitaria, infatti, non si può fermare a programmi ristretti relativi solo ai contesti sociali, ma deve affrontare qualsiasi aspetto che abbia ripercussioni significative di carattere sociale .

Conseguente a tale approccio integrato la sfida per le SdS è di prendersi in carico il governo della domanda e delle sue determinanti. Attraverso il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore, le SdS devono essere in grado di studiare ed identificare i bisogni della popolazione di riferimento e successivamente orientare la programmazione dell'offerta socio-assistenziale, socio-sanitaria e sanitaria territoriale, in maniera coerente ed equa.

Lo strumento cardine dell'intero processo di pianificazione integrata è costituito dal Piano Integrato di Salute (PIS): esso rappresenta il fulcro centrale delle politiche sociali e sanitarie e delle

loro connessioni con quelle relative agli altri settori, in particolar modo con ambiente, istruzione e quelli che hanno una influenza sulla salute. Deve essere adottato da tutte le SdS, così come dalle zone-distretto in cui non sono costituite le SdS. Il Piano Attuativo Locale delle Asl deve inoltre recepire, per le attività sanitarie territoriali e sociosanitarie, le indicazioni previste dagli stessi PIS.

Già il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 proponeva per la stesura del PIS il coinvolgimento di tutti gli attori che possono influire sul sistema per migliorare la salute dei cittadini: sanità, enti locali, componenti della società civile, gli stessi cittadini. Con il Piano Integrato di Salute le comunità locali governano la salute collettiva e le sue determinanti anche non sanitarie e interagiscono col sistema dei servizi, avendo cura che il complesso dei servizi sanitari e sociosanitari sia correlato con quello dei servizi socio-assistenziali. È attraverso il PIS che devono essere elaborati quei programmi «globali» di miglioramento della salute.

La realizzazione del PIS implica il compimento delle fasi tipiche costituenti il processo di programmazione, ovvero:

- la definizione degli obiettivi da perseguire, tramite la conoscenza imprescindibile della realtà del territorio, delle risorse che offre e dei bisogni che occorre soddisfare;
- la costruzione dei progetti, tramite l'integrazione delle competenze, delle risorse e delle valutazioni;
- l'attuazione degli interventi previsti dalle azioni progettate;
- la valutazione dei risultati, tramite strumenti specifici.

Secondo le linee guida della Regione Toscana (Delibera Regionale n. 682 del 12-07-2004), tuttora in vigore anche se oramai in attesa di un suo aggiornamento alla luce della riforma avvenuta, il processo di costruzione dei PIS prevede diversi *step*: l'individuazione dei problemi, bisogni, opportunità; la scelta delle priorità; la definizione delle azioni ed infine la stesura dei progetti. Rispetto al primo step, il Profilo di Salute ha lo scopo principale di predisporre una fotografia della salute, nei suoi termini più ampi, della popolazione di riferimento. Esso raccoglie e ordina i dati demografici, sanitari, sociali, ambientali disponibili a livello di zona. Rappresenta quindi un documento tecnico ed un archivio integra-

to di informazioni e dati.

Al fine di analizzare come le diverse SdS nella fase di sperimentazione avevano stilato i propri documenti di programmazione la Regione Toscana ha promosso una ricerca pluriennale il cui primo compito è stato quello di analizzare i PIS – che entro luglio 2007 erano stati approvati – con l'obiettivo di valutare, da una parte il loro grado di omogeneità e la possibilità di analisi di tipo comparativo, e dall'altra la struttura e la coerenza interna del documento stesso.

1.2. L'incidenza della programmazione sul sistema dei servizi²

La valutazione della programmazione integrata con riferimento alla capacità dello strumento di intervenire effettivamente sul sistema dei servizi secondo i criteri di integrazione delle risposte, di perseguimento di obiettivi di salute e di governo della domanda è stata assunta ad obiettivo della ricerca in quanto elemento fondamentale, dal punto di vista tecnico e strategico, di ogni efficace metodologia di programmazione.

È infatti necessario esaminare la capacità di intervento propria della programmazione sia con riferimento all'introduzione di nuovi contenuti (risposte sociali, sociosanitarie, sanitarie), sia rispetto all'inserimento di nuove metodologie di lavoro e presa in carico (percorsi e strumenti). Le griglie di analisi presentate di seguito sono state concepite per evidenziare entrambi gli aspetti. Analizzare l'incidenza della programmazione sul sistema dei servizi significa mettere in luce, nei Piani Integrati di Salute considerati, le variabili di contenuto e di processo più significative, tenuto conto delle indicazioni regionali ricavabili dagli atti normativi e di indirizzo.

Le griglie di analisi predisposte sono quattro. La prima (figura n. 1) è stata elaborata al fine di rilevare gli obiettivi e le azioni inserite nei PIS. Per ogni area di intervento (minori, anziani, persone con disabilità, ecc.) considerata nei Piani sono stati riportati gli obiettivi dichiarati, distinguendo tra obiettivi di salute e obiettivi di sistema.

² A cura di Elena Innocenti.

Gli obiettivi di salute (colonna R) riguardano i problemi sullo stato di salute e il benessere delle persone, da affrontare con lo scopo di ridurli o superarli tenendo conto delle priorità di bisogno. Gli obiettivi di sistema (colonna S) sono finalizzati a migliorare l'offerta di servizi.

Un altro elemento fondamentale da rilevare è la misurabilità degli obiettivi assunti nei PIS, ovvero la possibilità di quantificare l'obiettivo, anche se in forma generica (colonna M)³. Nella sezione "azioni" sono stati riportati gli interventi introdotti dal Piano sia in forma strutturata (per programmi e progetti) sia in forma descrittiva.

Gli altri indicatori verificano la strutturazione delle azioni nei diversi aspetti dell'indicazione dei risultati, delle risorse previste, degli attori istituzionali e professionali coinvolti, dei tempi di attuazione.

Con riferimento alla voce risultati attesi/indicatori di esito, è stato ritenuto opportuno ampliare l'oggetto di rilevazione (inizialmente limitato ai soli risultati attesi), per rendere più flessibile l'analisi in modo da rappresentare meglio i diversi Piani Integrati.

Figura n.1. Incidenza della programmazione: coerenza tra obiettivi, azioni, risultati

Area di intervento/ Obiettivo	R	S	M	Azioni	Risultati attesi/ indicatori di esito	Risorse	Attori	Responsabilità	Tempi	Note
----------------------------------	---	---	---	--------	---	---------	--------	----------------	-------	------

La griglia successiva (Figura n. 2) riguarda l'impatto della programmazione integrata sul sistema di offerta territoriale, nei tre settori toccati dal PIS: sociale, sociosanitario e sanitario territoriale. È stato utilizzato il criterio ordinatore del ciclo di vita (minori, adulti, anziani), completato dalla voce riferita agli interventi destinati alla popolazione complessiva. Le risposte sociali, socio-sanitarie e sanitarie sono state classificate in tre macrocategorie: domiciliare, intermedio e residenziale.

Nella griglia sono state riportate le azioni che hanno inciso in modo strutturale su una determinata tipologia di risposta, attivando

³ Ad esempio: incremento utilizzo di determinati servizi, diminuzione di tassi di incidenza di determinate patologie, ecc...

do nuovi servizi, oppure modificando la strutturazione o l'organizzazione di servizi già esistenti. Non sono state considerate le attività che prevedono azioni di promozione o di facilitazione nell'ambito del sistema di offerta.

Figura n.2. L'impatto sul sistema di offerta territoriale

Ciclo di vita	Offerta			Livello			Azioni previste		
	Domiciliare	Intermedio	Residenziale	C	Z	A	Domiciliare	Intermedio	Residenziale
Settore									
Minori									
Adulti									
Anziani									
Popolazione totale									

La terza griglia di analisi (Figura n. 3) ha focalizzato l'attenzione sui contenuti di processo della programmazione, in particolare sugli strumenti di integrazione introdotti con il PIS o che comunque sono stati utilizzati durante il percorso di programmazione e descritti nei piani integrati.

Sono state distinte le strategie di integrazione:

- *istituzionale*, concernente gli enti pubblici coinvolti nella programmazione,
- *gestionale*, afferente all'organizzazione dei servizi complessivamente intesi,
- *professionale*, relativa alle risorse professionali coinvolte,
- *comunitaria*, ovvero di coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni sociali.

L'oggetto della rilevazione sono state le strategie complessive di integrazione, ovvero l'insieme di accorgimenti e di scelte inserite nel PIS e finalizzate ad introdurre strutturalmente nel sistema strumenti di integrazione ai diversi livelli considerati.

Figura n.3. Strategie di integrazione delle responsabilità

	Sociale	Sociosanitario	Sanitario territoriale	Altro
<i>Integrazione istituzionale e program- matoria</i>				
<i>Integrazione gestionale</i>				
<i>Integrazione professionale</i>				
<i>Integrazione comunitaria</i>				

Con la quarta griglia di analisi (Figura n. 4) è stata analizzata l'incidenza della programmazione sull'accesso al sistema dei servizi, distinguendo tra azioni concernenti l'informazione, l'accesso, le modalità di valutazione.

Per ognuna di queste aree di intervento sono state considerate le singole azioni introdotte, le professionalità previste, il livello territoriale di riferimento.

Una voce specifica è stata inserita per rilevare eventuali fonti di regolazione dedicate in forma specifica al tema dell'accesso⁴.

Figura n.4. L'incidenza della programmazione locale sull'accesso ai servizi

	Sociale			Sociosanitario			Sanitario		
	<i>Profes- sionalità</i>	<i>Azioni</i>	<i>Livello</i>	<i>Profes- sionalità</i>	<i>Azioni</i>	<i>Livello</i>	<i>Profes- sionalità</i>	<i>Azioni</i>	<i>Livello</i>
<i>Punti informativi</i>									
<i>Punti di accesso</i>									
<i>Valutazione</i>									
<i>Fonti di regolazione</i>									

La compilazione delle griglie di analisi ha seguito un criterio di riproduzione dei contenuti espressi nei testi dei PIS. Nei casi in cui sono state riscontrate ambiguità metodologiche⁵ sono state segnalate.

Con questi criteri sono stati analizzati e valutati tutti i PIS disponibili ad eccezione di quello della zona Aretina (non ancora adottato

⁴ Ad esempio la predisposizione di regolamentazioni sui servizi, la realizzazione di protocolli, ecc...

⁵ Ad esempio obiettivo indicato nei PIS che in realtà è un'azione; oppure risultati attesi che non sono tali perché non tradotti in indicatori misurabili, ecc...

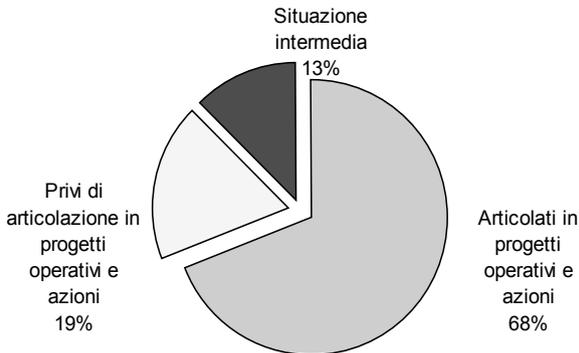
formalmente dalla zona) e quello della Val di Cornia, perché la documentazione disponibile riguardava un aggiornamento dei contenuti del profilo di salute.

I testi esaminati hanno evidenziato una forte eterogeneità: dal punto di vista strutturale, di contenuto e di linguaggio, di scansione temporale.

Rispetto alle indicazioni contenute nelle linee guida regionali per la programmazione integrata di salute, si è riscontrata una buona rispondenza dei piani adottati con riferimento all'articolazione del documento (programmi, progetti operativi, budget, ecc.), mentre è risultata più spiccata la coerenza dei documenti prodotti dalle zone-distretto rispetto al processo di elaborazione indicato dalla regione.

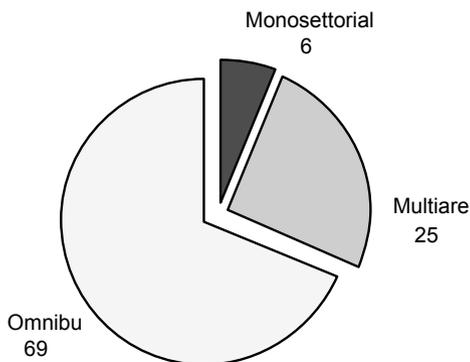
I Piani Integrati di Salute esaminati sono stati classificati a seconda della loro articolazione documentale, distinguendo i PIS organizzati in progetti operativi ed azioni, secondo quanto stabilito dalla delibera regionale di indirizzo, dai PIS privi di tale articolazione, quindi con una struttura più narrativa-descrittiva, dai PIS in situazione intermedia, in cui cioè esiste una articolazione dei contenuti ma non pienamente rispondente alle indicazioni (Figura n. 5).

Figura n.5. Classificazione dei PIS rispetto all'articolazione dei contenuti, valori percentuali



Un altro elemento di diversificazione dei Piani Integrati di Salute esaminati riguarda le aree di azione. Si sono distinti i PIS *monosettoriali* (1), relativi cioè ad una sola area di azione, dai PIS *multiarea* (4), in cui le azioni di programmazione riguardano da due a cinque ambiti tematici, dai PIS *omnibus* (11), in cui cioè le aree trattate sono oltre cinque. La preponderanza dei PIS multiarea e omnibus sul totale dei piani esaminati mostra la propensione delle zone-distretto a considerare il Piano Integrato di Salute come uno strumento generale di programmazione per quanto concerne i settori di intervento.

Figura n.6. Classificazione dei PIS per area di azione, valori percentuali



Un terzo elemento di diversificazione riguarda la tempistica di approvazione e di vigenza dei Piani Integrati. Si è riscontrato infatti un disallineamento temporale del processo di adozione dei PIS e dei tempi di durata, come evidenziato dalle rappresentazioni grafiche successive. Nello specifico, circa l'80% dei piani analizzati era proiettato su un triennio di riferimento, durata ordinaria della programmazione locale. L'approvazione dei piani era poi articolata su tre anni di riferimento: anche se buona parte dei PIS è stata approvata nel 2005, vi sono atti adottati nel 2006 e nel 2007.

Figura n.7. Anno di approvazione dei PIS

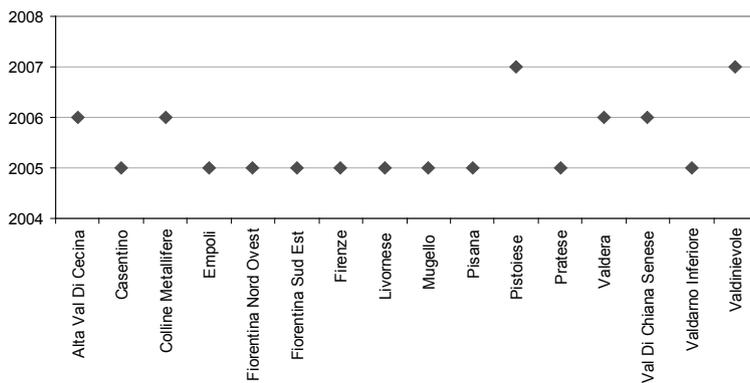
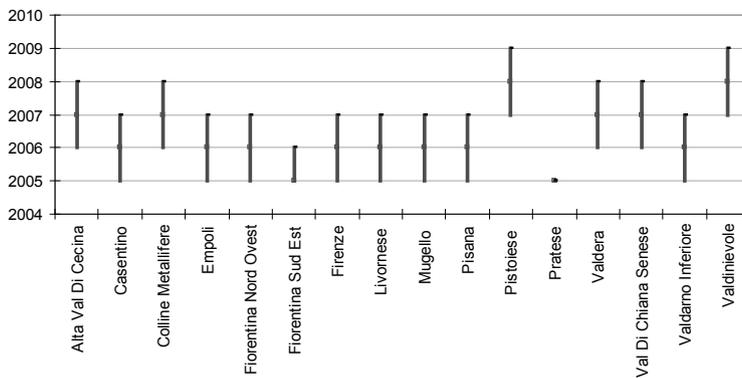
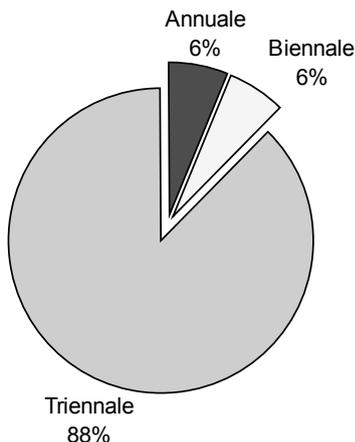


Figura n.8. Periodo di vigenza dei PIS per anno⁶



⁶ Il PIS pratese era annuale con proiezione triennale.

Figura n.9. Classificazione dei PIS per periodo di vigenza, valori percentuali



L'indagine ha verificato infine la coerenza metodologica tra gli obiettivi dichiarati dai piani, le azioni programmate e i risultati attesi.

Si tratta di una sezione dell'indagine che, oltre a fornire risultati qualitativi e quantitativi sulla programmazione integrata realizzata, ha impostato una prima strumentazione ai fini del monitoraggio qualitativo della programmazione, utilizzabile a livello zonale e regionale.

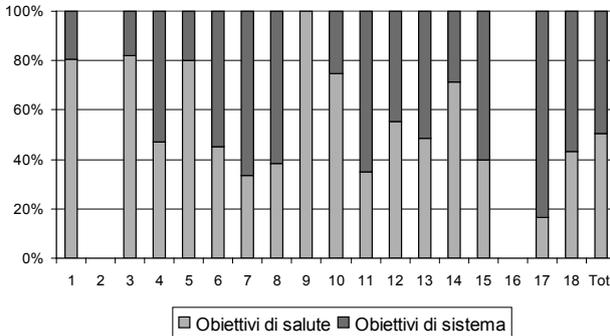
I risultati dell'analisi hanno mostrato la coesistenza di obiettivi di salute e obiettivi di sistema in quasi tutti gli atti, con equilibri diversificati. È stato invece poco agevole valutare la misurabilità degli obiettivi, in molti casi non desumibile per assenza di indicatori di risultato e di esito. Per questo motivo il dato della misurabilità non è riportato nel report finale, dovendosi evidenziare in sede di analisi complessiva una forte debolezza metodologica sotto questo profilo.

I dati sono stati letti tenendo presente l'eterogeneità degli stili di scrittura dei PIS, evidente anche in merito alla modalità di individuazione degli obiettivi: in alcuni casi questi sono stati dettagliati in modo specifico, in altri sono stati invece descritti come obiettivi "macro".

Vi sono poi obiettivi che, per la loro formulazione, hanno integrato entrambi i contenuti (di salute e di sistema), e quindi sono stati conteggiati in entrambe le aree.

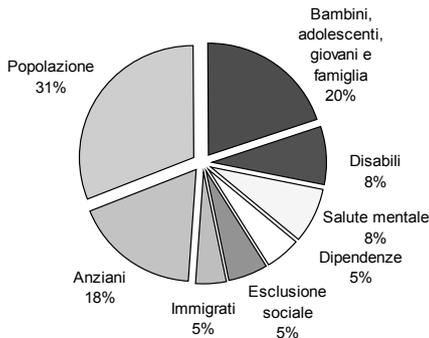
Ai fini dell'analisi è risultata significativa la ripartizione percentuale tra i due tipi di obiettivo all'interno di uno stesso atto, notevolmente diversa nei piani considerati.

Figura n.10. Obiettivi di salute e di sistema, valori percentuali



Un'altra classificazione realizzata distingue gli obiettivi di piano per aree di interesse, secondo una ripartizione corrispondente a quella utilizzata dalla programmazione regionale. Come evidenziato nella figura successiva, le aree su cui si sono concentrati principalmente gli obiettivi di programmazione riguardano: la generalità della popolazione, l'area famiglia e minori, l'area anziani.

Figura n.11. Distribuzione totale degli obiettivi per aree di interesse, valori percentuali



Questo risultato è coerente con quanto emerso dall'analisi della spesa sociale realizzata nell'ambito del progetto sull'attuazione dei livelli essenziali di cittadinanza sociale da parte della Regione Toscana in collaborazione con la Fondazione Zancan. Anche sul versante della spesa, l'area anziani e l'area famiglia e minori sono quelle che assorbono maggiori risorse.

Un elemento da sottolineare riguarda la rilevazione degli altri indicatori inseriti nella scheda: le indicazioni di attori, tempistica e responsabilità sono state riscontrate solo in PIS strutturati con progetti operativi. È risultata poco diffusa, seppure in alcuni casi registrata, l'indicazione delle risorse professionali ed economiche destinate alla attuazione delle azioni e le responsabilità. La quantificazione economica delle azioni era spesso assente dalle schede progetto, in alcuni casi limitata ad una indicazione di giornate/uomo da dedicare alle attività. Talvolta l'azione era qualificata come programmazione a "isorisorse", cioè senza destinazione di finanziamenti ad hoc.

La verifica dell'incidenza della programmazione sul sistema di offerta territoriale si è rivelata un'operazione complessa. La scelta di rilevare solo le azioni che incidono sul sistema di offerta esistente non è agevole: è stato difficile in alcuni casi capire se il servizio era di nuova istituzione, quindi da considerare ai fini dell'analisi, o preesistente. Per non sovradimensionare un dato così rilevante, si è scelto di riportare solo le azioni concernenti esplicitamente l'istituzione di nuovi servizi oppure la variazione di assetti organizzativi o professionali di servizi esistenti.

In generale, sono emersi PIS con debole capacità di incidenza sul sistema di offerta, altri che incidono su aree determinate (azioni di sistema vs. azioni di settore) o su tipologie specifiche di risposta (ad esempio la domiciliarità).

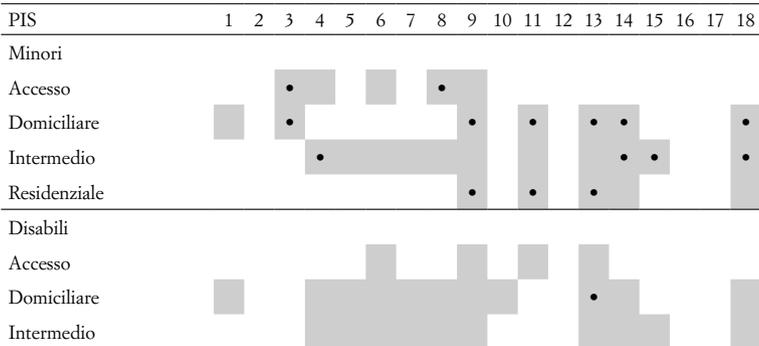
Per offrire una rappresentazione sintetica delle azioni di programmazione rilevate rispetto al sistema di offerta, sono state poi elaborate delle mappe, distinguendo quelle che riguardano il sistema di offerta sociale da quelle concernenti il sistema di offerta sociosanitario e sanitario territoriale. Le voci utilizzate sono state assunte:

- per quanto riguarda la mappa sociale, dal sistema di classificazione risultante dall'applicazione dell'art. 22, comma IV della legge quadro 328 del 2000 con riferimento alle macrotipologie di risposta che le regioni devono garantire su tutto il territorio regionale;
- per quanto riguarda la mappa sociosanitaria e sanitaria territoriale, dal DPCM del 29 novembre 2001, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza distrettuale.

Nella mappa sociale tra le azioni di programmazione sono distinte quelle che incidono sul sistema di offerta nei termini sopra precisati dalla generalità delle azioni descritte. La differenza tra la copertura generale delle aree da parte delle azioni di programmazione e la incidenza sul sistema di offerta in parte era dovuta alla presenza di numerose azioni che hanno contenuto informativo o promozionale.

Nella mappa relativa agli interventi sociosanitari e sanitari territoriali, sono evidenziate le azioni di programmazione descritte nei piani integrati rispetto alla generalità delle prestazioni che devono essere garantite nel distretto. Vi sono ambiti, quali l'assistenza domiciliare sanitaria e integrata, che sono presenti in quasi tutti gli atti analizzati, altri, quali l'assistenza farmaceutica o l'assistenza integrativa, che non sono stati riscontrati in alcun piano.

Figura n.12. Mappa di sintesi n. 1 Macrotipologie di risposta sociale (ex Art. 22 legge 328 del 2000)



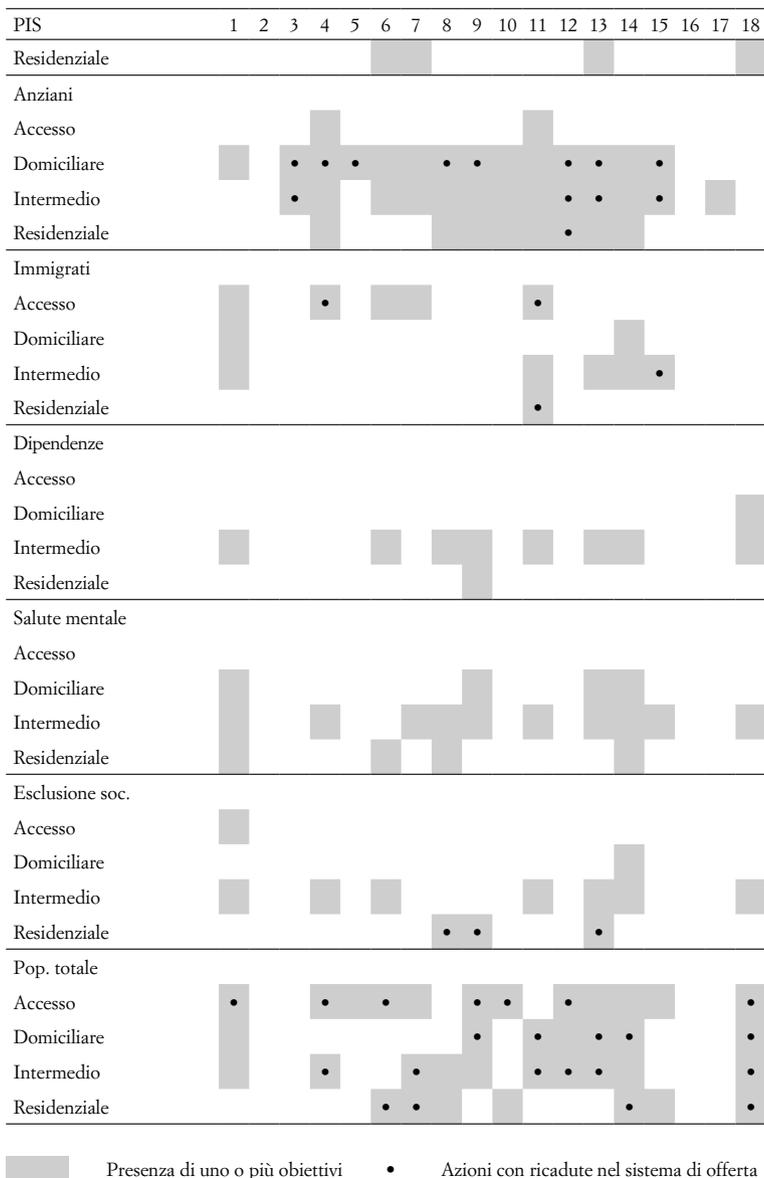
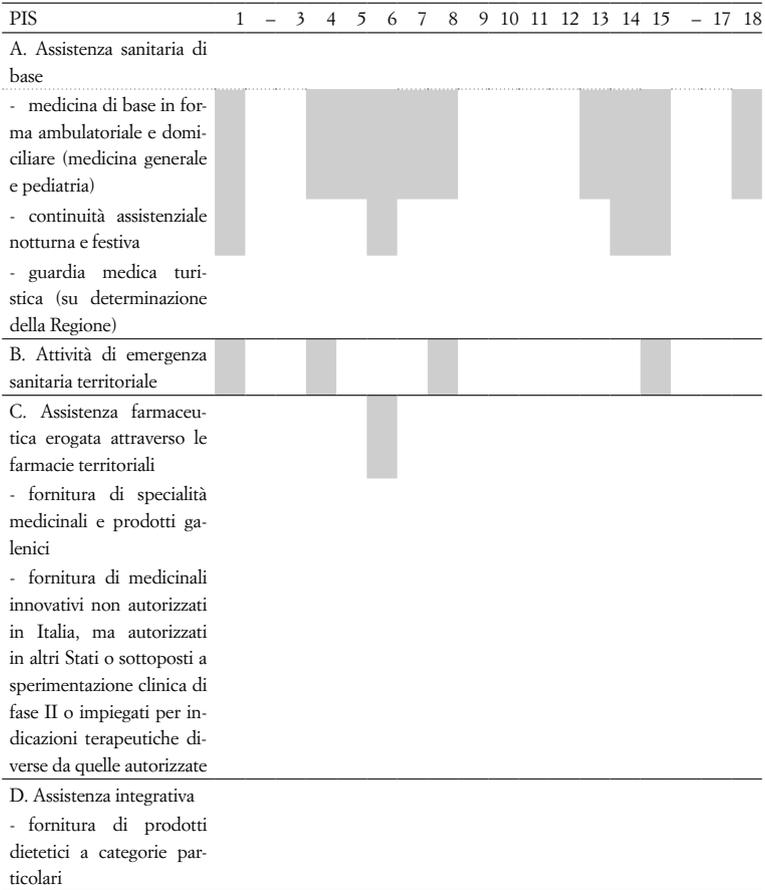
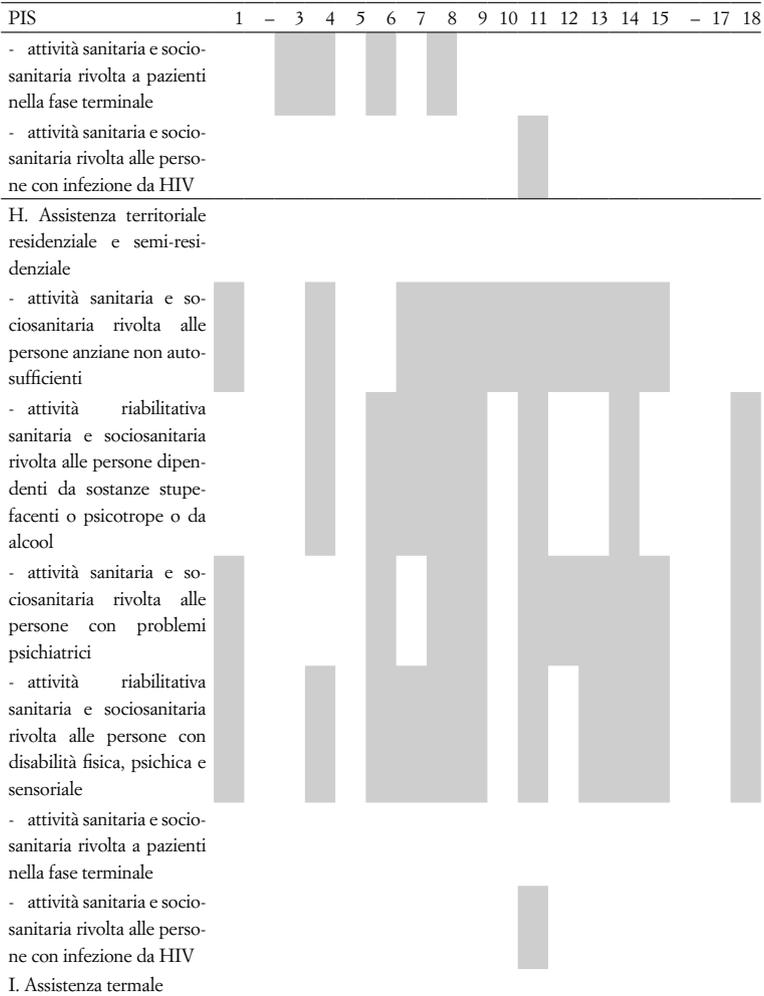


Figura n.13. Mappa di sintesi n. 2 Livelli essenziali di assistenza
assistenza distrettuale (DPCM 29 novembre 2001, all.to 1)⁷



⁷ Nel Piano Sanitario Regionale (PSR 2005-2007) è presente una classificazione dei livelli di assistenza che riproduce in parte l'allegato del DPCM. Nella elencazione delle voci vi sono però alcune ripetizioni e ambiguità che hanno fatto preferire la classificazione nazionale.



Presenza di uno o più obiettivi



Azioni con ricadute nel sistema di offerta

L'ambito di rilevazione che ha mostrato maggiore omogeneità sono le strategie di integrazione delle responsabilità previste dal Piano Integrato di Salute, con riferimento ad integrazione istituzionale e comunitaria.

Sono meno frequenti le rilevazioni riferite all'integrazione gestionale, presenti nell'ambito della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L'integrazione professionale è riferita ad aree specifiche: UVT anziani e disabili, integrazione sociosanitaria, organizzazione delle Unità di cure primarie, percorsi presa in carico di minori in situazioni di bisogno complesse. In diversi casi si è riscontrata l'integrazione del percorso di programmazione con il percorso di adozione della Carta di cittadinanza.

Infine diffusi sono i riferimenti alla attivazione e allo sviluppo dei Puniti Unitari di Accesso e al consolidamento di forme di segretariato sociale, con valutazione delle azioni riferite alle Unità di Valutazione Multidimensionale, in coerenza con gli indirizzi regionali sviluppati negli ultimi piani integrati sociali regionali (PISR 2005-2007 e 2007-2010).

1.3. I Profili di Salute: modalità di analisi⁸

Obiettivo di questa fase di analisi è stato quello di verificare l'effettiva possibilità di rendere omogenea e semplice la predisposizione della reportistica a supporto dei processi di programmazione locale, con specifico riguardo ai Profili di Salute.

L'analisi dei Profili di Salute doveva evidenziare, infatti, come era stato costruito e successivamente analizzato lo stato di salute della popolazione all'interno dei PIS, in merito sia alle informazioni di tipo qualitativo, sia a quelle di tipo quantitativo, al fine di poter permettere una lettura oggettiva e possibilmente comparabile della salute della popolazione tra le diverse zone-distretto. Lo studio, quindi, si è concentrato sulla lettura degli indicatori utilizzati nei Profili di Salute delle diverse SdS.

⁸ A cura di Sara Barsanti e Carmen Calabrese.

Per valutare il grado di omogeneità tra i PIS analizzati, e per riflettere sui criteri con cui le SdS hanno predisposto il Profilo di Salute e i PIS stessi, sono stati analizzati gli indicatori utilizzati secondo due punti di vista:

1. dal punto di vista tecnico, per verificare l'omogeneità di linguaggio in termini di indicatori utilizzati nella descrizione del profilo di salute e selezione delle priorità;
2. dal punto di vista dei contenuti, per analizzare il mix di composizione dei profili stessi e gli aspetti presi in considerazione.

In particolare, l'analisi dei diversi Profili di Salute si è articolata in tre fasi:

- verifica ed elenco degli aspetti esaminati
- elenco per ogni Profilo di Salute degli indicatori utilizzati;
- confronto nell'utilizzo degli stessi indicatori nei diversi Profili di Salute.

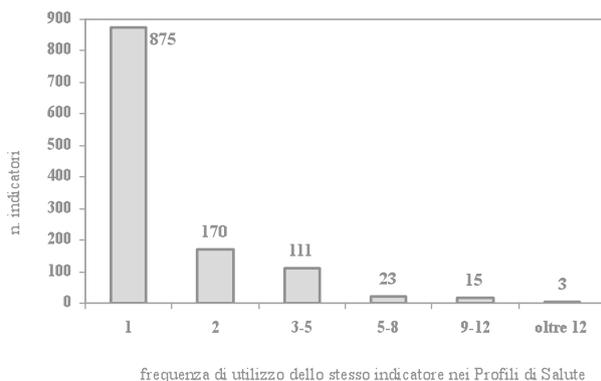
In generale il numero di indicatori impiegati nei diversi profili variava da un minimo di 6 ad un massimo di 240 indicatori complessivi. Già da questa prima considerazione risulta evidente che le SdS avevano percepito in maniera assai differente il ruolo dei Profili di Salute e più in generale dei PIS. In totale sono stati individuati circa 1200 indicatori differenti, di cui circa il 90% (ovvero 875) sono stati utilizzati solo una sola volta. Se si analizza, infatti, la frequenza di utilizzo dello stesso indicatore⁹ soltanto 3 indicatori sono stati utilizzati in più di 12 PIS differenti. Per assurdo quindi volendo confrontare la salute della popolazione tra le diverse zone-distretto per evidenziare particolari problematiche specifiche, era possibile farlo solo con la lettura di 3 indicatori.

L'analisi mostra in maniera evidente il grado di disallineamento del linguaggio e di disomogeneità attraverso cui sono stati interpretati e costruiti i diversi profili.

La figura n. 14 mostra il numero di volte in cui uno stesso identico indicatore è stato utilizzato nei differenti profili.

⁹ Per stesso indicatore si intende un indicatore, sia esso un tasso o una percentuale, ad esempio, costruito nella stessa identica maniera e formula; ad esempio per un tasso stesso numeratore e stesso denominatore.

Figura n.14. La condivisione degli indicatori nei Profili di Salute



Tale grado di disomogeneità nella scelta degli indicatori non può essere giustificato solo dalle specificità locali dei diversi territori. È evidente, infatti, che una zona con una popolazione anziana rispetto ad una con una popolazione più giovane utilizza indicatori parzialmente differenti per delineare il Profilo di Salute.

In realtà molti degli indicatori utilizzati erano simili, anche se calcolati con dettagli diversi: ad esempio l'indicatore relativo alla percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza è stato calcolato per alcune zone solo per le immigrate, per altre sul totale della popolazione femminile, per altre ancora sul totale dei parti.

In generale si possono distinguere tre principali motivi per cui è stato utilizzato un così elevato numero di indicatori:

- utilizzo di uno stesso indicatore, ma con nomi differenti: può sembrare banale, ma spesso, anche in un campo come quello sanitario, si usano nomi differenti per indicare lo stesso fenomeno; ovviamente questo è ancora più rilevante in campo socio-assistenziale (motivo 1);
- utilizzo, per l'analisi di uno stesso fenomeno, di indicatori molto simili ma con dettagli tecnici di calcolo leggermente differenti: per un fenomeno ad esempio si possono considerare solo i maschi o sole le femmine, la popolazione fino a 65 anni o fino a 75 ecc... (motivo 2);

- utilizzo, per l'analisi di uno stesso fenomeno di indicatori simili, ma con punti di vista differenti: un evento infatti può essere descritto considerando ad esempio soltanto la popolazione straniera, oppure la popolazione più fragile economicamente, ecc... (motivo 3);

I seguenti box evidenziano per ciascuno dei 3 motivi riportati alcuni esempi tratti dall'analisi.

Motivo 1: mortalità

- % cause di morte (N. decessi per causa / Totale decessi * 100)
- % di decessi per cause (M e F) (N. decessi per causa / Totale decessi * 100)
- Distribuzione della mortalità per grandi gruppi (N. decessi per causa / Totale decessi * 100)
- Mortalità proporzionale per cause specifiche (N. decessi per causa / Totale decessi * 100)

Motivo 2: tasso di ospedalizzazione

- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età *1.000 residenti (N. di ricoveri standardizzati / residenti * 1.000)
- Tasso di ospedalizzazione (M, F e M+F) (N. di ricoveri / residenti * 1.000)
- Tasso di ospedalizzazione per fasce di età (N. di ricoveri per fascia di età / residenti per fascia di età * 1.000)
- Tassi specifici di ospedalizzazione per classi di età infantili esclusi neonati sani (M e F) (N. di ricoveri per fascia di età 0-14anni / residenti per fascia di età 0-14anni * 1.000)

Motivo 3: interruzioni volontarie di gravidanza

- Le IVG nella zona (N. IVG per italiane e straniere)
- % abortività volontaria nel tempo ($N. IVG / N. parti + N. IVG$)
- % di IVG per straniere ($N. IVG \text{ straniere} / N. IVG \text{ totale} * 100$)
- % di IVG donne con figli, italiane e straniere ($N. IVG \text{ donne con figli} / N. IVG \text{ totale} * 100$)
- Tasso specifico per IVG ($N. IVG / \text{donne residenti} * 1.000$)
- Rapporto tra IVG e nati nella zona ($N. IVG / \text{Nati nella zona italiane e } N. IVG / \text{Nati nella zona straniere}$)
- Tasso di ospedalizzazione per IVG ($N. \text{ di ricoveri per IVG} / \text{residenti} * 1.000$)
- Età media della donna alla prima IVG

Gli aspetti ed i temi trattati dai diversi Profili di Salute si possono distinguere in due parti:

1. la prima riguarda la salute della popolazione e le sue determinanti;
2. la seconda, invece, la salute e l'offerta di servizi sociosanitari per alcuni gruppi di popolazione, in genere quelli elencati dal nomenclatore sociale.

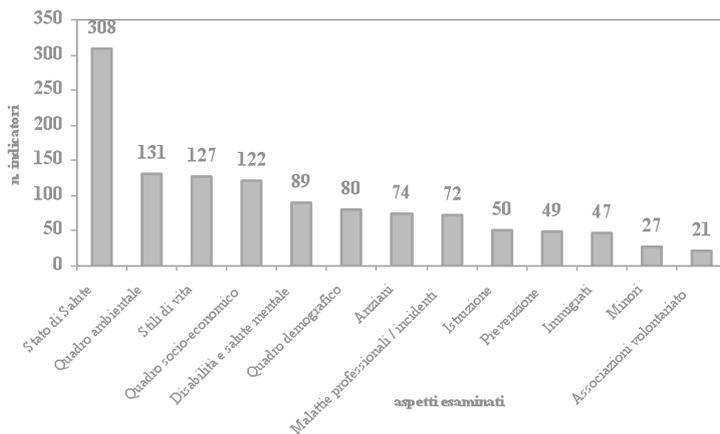
In generale gli aspetti esaminati nei diversi Profili di Salute erano i seguenti:

- lo stato di salute della popolazione;
- il quadro ambientale della zona di riferimento (comprese le aree di prestigio naturalistico):
 - gli stili di vita;
 - il quadro socio-economico;
 - il quadro demografico;
 - la prevenzione;
 - le associazioni di volontariato;

- la salute e l'offerta di servizi per:
- anziani;
- minori e famiglie;
- immigrati;
- disabilità;
- salute mentale;
- malattie professionale/incidenti

Non tutti i Profili di Salute hanno toccato gli aspetti elencati: alcuni si sono soffermati su tematiche specifiche, vedi anziani, altri invece hanno composto panoramiche più generiche sulla salute. L'utilizzo degli indicatori all'interno degli aspetti esaminati variava sia tra i PIS sia tra le aree tematiche stesse. Ovviamente il maggior numero di indicatori utilizzati riguardava lo stato di salute della popolazione, seguito dal quadro ambientale, dagli stili di vita e dal quadro socio-economico.

Figura n.15. Distribuzione degli indicatori per aspetti analizzati nei Profili di Salute



L'analisi realizzata ha evidenziato la necessità di individuare un linguaggio di programmazione tendenzialmente omogeneo per la

descrizione dei bisogni di salute della popolazione. Bisogni che emergono non solo da una lettura interna alla zona-distretto di riferimento, ma anche da un confronto con le altre realtà. Se è vero che la programmazione deve considerare come punto iniziale del suo processo l'analisi dei bisogni, in questo caso sociosanitari e sociali, è naturale che tali bisogni siano espressi sia in termini referenziali relativamente al proprio contesto, che da un'analisi di confronto.

In ogni caso l'utilizzo di numerosi e diversi indicatori in questa fase di sperimentazione ed avvio delle SdS non deve sorprendere: le linee guida, infatti, stilate per la redazione dei PIS, avevano lasciato ampi margini di manovra in termini di linguaggio ed indicatori. Una volta conclusa la fase di sperimentazione la Regione ha ritenuto necessario, alla luce dei risultati della ricerca, di uniformare il linguaggio di programmazione con cui le SdS avrebbero dovuto descrivere i livelli di salute della popolazione e i conseguenti bisogni. La lettura in benchmarking permette infatti di verificare l'efficacia di politiche regionali legate al benessere della popolazione e di capire quali siano i possibili margini di miglioramento.

Capitolo 2

GLI INDICATORI PROPOSTI PER IL SUPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE

2.1. Linee generali¹

La lettura e l'analisi dei Profili di Salute hanno fatto nascere l'esigenza di uniformare il linguaggio di programmazione delle zone-distretto, in primis nella parte riguardante la descrizione e l'elaborazione dei Profili di Salute all'interno dei PIS, attraverso l'individuazione di indicatori comuni necessari alla definizione dei bisogni di salute e alla conseguente programmazione o riprogrammazione dei servizi per tutte le zone-distretto.

Si è quindi istituito un gruppo tecnico di lavoro, composto dai diversi attori del sistema socio-sanitario, con lo scopo di:

- elaborare prime indicazioni sulla struttura degli strumenti di programmazione e valutazione a supporto dei Profili di Salute;
- raccogliere gli indicatori esistenti in materia, in particolare per l'integrazione socio-sanitaria.

Ciò ha dato l'avvio ad un largo processo di condivisione tra tutti gli attori del sistema, sia a livello locale che a livello regionale, che ha portato alla definizione di un set di indicatori da utilizzare nella stesura dei Profili di Salute all'interno dei PIS di ogni zona-distretto.

L'analisi dei PIS ha fatto emergere, come già evidenziato, la mancanza di un linguaggio comune con cui è stata affrontata la lettura dei bisogni di salute e delle conseguenti priorità su cui basare la programmazione. Le vecchie Linee Guida² nonostante fossero piuttosto precise riguardo alla struttura dei Profili di Salute, non contenevano

¹ A cura di Sara Barsanti e Massimo Campedelli.

² Delibera Giunta Regionale n. 682 del 12-07-2004.

informazioni riguardanti i dati ed i possibili indicatori da utilizzare per descrivere in maniera oggettiva la salute della popolazione di riferimento. L'eterogeneità nell'uso degli indicatori non deve quindi sorprendere. Se lo scopo del Profilo di Salute è quello di analizzare i bisogni della comunità al fine di permettere alle amministrazioni di valutare le soluzioni possibili e di costruire congiuntamente alleanze intersettoriali per affrontarle, esso deve offrire in maniera sintetica e semplice informazioni sullo stato delle diverse popolazioni, identificare i problemi di salute, individuare le aree prioritarie di intervento e permettere la partecipazione della comunità per la costruzione condivisa di Piani Integrati di Salute. È chiaro quindi che per la costruzione di un profilo sono necessari dati di tipo quantitativo, che si riferiscono ad indicatori misurabili in grado di determinare la grandezza di un problema o di un aspetto di salute e la sua significatività statistica.

Il risultato finale della costruzione di un PS va oltre i confini della semplice descrizione dell'esistente. Si tratta infatti di mettere a disposizione degli Enti Locali uno strumento che dia loro la possibilità di partecipare alle scelte di sanità pubblica e più in generale di benessere per i cittadini, e di governarle progettando interventi concreti e condivisi con la popolazione e con altri enti e istituzioni.

2.1.1. La matrice degli indicatori

Primo obiettivo del lavoro è stato quello di creare l'impianto logico in cui inserire tali indicatori. Per semplicità si è utilizzato uno schema a matrice, in cui in verticale sono state inserite le aree tematiche di analisi dei Profili di Salute e in orizzontale le popolazioni target a cui rivolgersi. In particolare le aree tematiche riguardano i principali aspetti secondo cui potrebbe essere analizzato lo stato di salute e più in generale il benessere di una popolazione. Esse si articolano in:

- profilo demografico, ovvero indicatori generali sulla composizione e struttura demografica della popolazione; per alcune tipologie di utenza sono dettagliati indicatori più specifici;
- determinanti di salute, ovvero indicatori generali relativi a fattori che hanno una influenza sulla salute secondo la visione dei de-

Tale struttura consente una lettura dello stato di salute della popolazione e dei possibili e conseguenti interventi assistenziali sia in maniera orizzontale, avendo quindi come punto di riferimento la tematica di analisi articolata per ogni gruppo di popolazione/area di integrazione, sia in maniera verticale, ovvero avendo come punto di riferimento un particolare gruppo di popolazione/area di integrazione. Ad esempio è possibile capire attraverso la lettura degli indicatori se sono garantiti i LEA in ciascun gruppo di popolazione, o analizzare lo stato di salute dei disabili per ogni area tematica.

Se ancora si incrociano indicatori tra aree tematiche e gruppi di popolazione, ovvero si leggono in maniera “diagonale”, è possibile avere indicazioni anche su aree strategiche diverse: se si considera ad esempio il progetto regionale, come da Piano Sanitario Regionale 2008-2010, relativo alla sanità di iniziativa è possibile avere informazioni sia nella parte dedicata agli stili di vita per tutti i gruppi di popolazione, sia nella parte relativa ai tassi di ospedalizzazione per le varie fasce di popolazione e per i focus su malattie croniche. Tale modalità consente, se gli indicatori hanno una certa completezza, di avere una lettura integrata di differenti fenomeni, delle diverse strategie obiettivo della pianificazione regionale e, quindi, in grado di dare indicazioni a coloro che fanno programmazione non solo per gruppi di popolazione target, ma anche per area di intervento. All'interno della matrice, in particolare, la popolazione generale comprende indicatori riguardanti tutte le aree tematiche; gli anziani, le famiglie e minori, gli immigrati e i disabili comprendono indicatori specifici per alcune aree tematiche.

2.1.2. Gli indicatori

L'obiettivo successivo è stato quello di condividere un set di indicatori che le zone-distretto e le SdS potessero utilizzare per la stesura dei Profili di Salute e che fossero:

- significativi e pertinenti all'ambito di applicazione, ovvero in grado di rispondere ad obiettivi ben precisi e di analizzare un

fenomeno nella sua completezza;

- misurabili oggettivamente;
- semplici e di facile lettura ed interpretazione;
- facilmente accessibili a chi deve compiere delle analisi su di essi;
- facilmente riproducibili e rappresentabili;
- controllabili;
- confrontabili, sia su base geografica che su base temporale;
- condivisibili, cioè trasparenti;
- rilevati puntualmente;
- calcolabili per zona-distretto.

Due sono poi gli obiettivi specifici:

- avere un set di indicatori completo, ma con un numero non eccessivo in modo da non appesantire la lettura dei profili;
- avere indicatori rilevabili da fonti informative regionali e quindi confrontabili, sia per la parte sanitaria, che per la parte sociale e sociosanitaria integrata.

Tali obiettivi sono stati raggiunti grazie ad una attenta scelta basata sul costo-beneficio di avere o non avere un indicatore e all'ampio processo di condivisione con gli operatori stessi delle zone-distretto.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, sono stati individuati due set indicatore con caratteristiche e funzionalità differenti:

- un set minimo, ovvero indicatori che tutti i Profili di Salute dovrebbero contenere al fine di dare una lettura completa della salute della popolazione e rispondere a quelle che sono le strategie regionali;
- un set complementare, ovvero indicatori che aiutano la lettura dello stato di salute ma che non sono calcolabili in maniera uniforme per tutte le zone-distretto e non indispensabili al fine di una lettura completa del profilo di salute.

Una terza tipologia è costituita da indicatori specifici di zona-distretto elaborati direttamente a livello locale e quindi non confrontabili, rispondenti a caratteristiche peculiari e a conseguenti strategie ed azioni: possono ad esempio riferirsi a problematiche legate ai singoli territori, dettagli di indicatori precedenti, rilevazioni ad hoc.

Il secondo obiettivo, ovvero la confrontabilità degli indicatori

e il calcolo tramite fonti regionali, è stato realizzato inserendo indicatori di base regionale nel set minimo: essi hanno sia la stessa “formula di calcolo” per tutte le zone-distretto, sia la stessa fonte del dato, permettendo quindi una lettura in benchmarking. Gli indicatori del set complementare invece hanno tutti la stessa “formula di calcolo”, ma non tutti derivano da flussi regionali e quindi non è detto sia sempre possibile un confronto. Le zone-distretto, infatti, potrebbero rilevare in maniera differente e con diverse codifiche uno stesso fenomeno. La figura n. 2 riassume le caratteristiche e le funzioni degli indicatori a seconda del set di appartenenza.

Figura n.2. Caratteristiche degli indicatori

	Set minimo	Set complementare	Set specifico
Funzioni	Stessi indicatori per ogni zona-distretto/ SdS legati a strategie di forte rilevanza regionale.	Indicatori uguali per le zone/ SdS che completano il profilo di salute, ma non indispensabili.	Fabbisogno socio sanitario specifico di zona.
	Letture in benchmarking.	Non sempre lettura in benchmarking.	Informazioni non confrontabili tra zone/sds.
Caratteristiche	Stesse fonti del dato.	In parte stesse fonti del dato.	Diverse fonti del dato.
	Stessa costruzione dell'indicatore.	Stessa costruzione dell'indicatore.	Diversa costruzione dell'indicatore.
	Forniti dagli attori del sistema.	In parte forniti dagli attori del sistema ed in parte direttamente dalle zone-distretto.	Non forniti dagli attori del sistema.
	Possibile il confronto in benchmarking, con analisi strategie regionali.	In parte possibile il confronto in benchmarking, con analisi strategie regionali.	Non possibile il confronto in benchmarking, ma possibile lettura strategie locali.

Varie difficoltà sono state riscontrate nella ricerca di indicatori confrontabili per la parte di integrazione sociosanitaria: come è infatti noto, benché molte siano le informazioni a disposizione sia a livello regionale sia locali, spesso non sono confrontabili o non sempre sono calcolate a livello di zona-distretto. Sia in ambito nazionale che internazionale molti sono stati e continuano ad essere gli sforzi per costruire set uguali per ogni livello territoriale di analisi al fine di descrivere da una parte lo stato di salute e dall'altra l'effettiva equità del servizio sanitario. Molto spesso però tali set

riguardano esclusivamente i servizi propriamente sanitari, dove molto più facilmente sono reperibili informazioni e dove le fonti dei dati sono più consolidate.

2.1.3. La condivisione

Come più volte accennato, il lavoro di ricerca è stato condotto sempre in stretto rapporto sia con i referenti regionali sia con gli attori locali del sistema. Ciò ha reso il lavoro di ricerca “partecipato, condiviso e di reale utilizzo” per le zone-distretto.

In particolare una volta individuato un impianto di indicatori sufficientemente completo, sia nel set minimo che nel set complementare, si è organizzata una serie di laboratori per ogni Area Vasta, in cui sono stati invitati coloro che si occupano di programmazione. La prima parte dei laboratori era dedicata alla presentazione del set di indicatori, mentre nella seconda parte sono stati organizzati gruppi di lavoro, ciascuno per ogni area tematica, in cui sono stati discussi i singoli indicatori e le eventuali modifiche. Tale lavoro ha facilitato e migliorato sia la struttura e l'utilizzo della matrice, sia il calcolo dei singoli indicatori.

2.2. Stato di salute e demografia³

Gli indicatori demografici e quelli relativi allo stato di salute sono elementi fondamentali per la definizione del profilo epidemiologico delle comunità locali. I dati demografici rappresentano uno dei principali determinanti dei bisogni sanitari di una specifica popolazione sia da un punto di vista quantitativo, in quanto forniscono la consistenza numerica della popolazione da assistere, che qualitativo, in quanto le necessità sanitarie ed assistenziali sono differenziate nei diversi sottogruppi di popolazione (per classi di età, genere, gruppi etnici ecc.). D'altra parte, i dati relativi allo stato di salute ci danno contempora-

³ A cura di Alessandro Barchielli.

neamente indicazioni sui problemi di salute presenti in una specifica popolazione (ad esempio la frequenza delle diverse patologie) e sui bisogni sanitari ed assistenziali che da questi derivano. In termini più generali gli indicatori demografici e quelli dello stato di salute rappresentano un background conoscitivo indispensabile per la programmazione delle politiche sanitarie e sociali in una specifica comunità. Questa impostazione vale sia a livello di comunità locali, quali zone-distretto/Società della Salute ed Asl, sia a livello di popolazioni di più ampie dimensioni (es. regionale, nazionale ecc.). Gli indicatori demografici e quelli relativi allo stato di salute sono pertanto diffusamente utilizzati nei diversi ambiti della programmazione sanitaria.

Indicatori demografici e dello stato di salute sono presentati sia nelle due sezioni di questo capitolo, sia in altre sezioni relative a tematiche o gruppi di popolazione specifici (ad esempio anziani, immigrati, materno-infantile). In queste due sezioni sono presenti quegli indicatori che rivestono un carattere generale, in quanto riferiti all'intera popolazione o comunque utili per definire le caratteristiche generali di una determinata area. Gli indicatori riferiti a specifici gruppi di popolazione sono viceversa riportati negli specifici capitoli.

2.2.1. Fonti dei dati

Per la predisposizione degli indicatori demografici vengono utilizzati i dati di alcune rilevazioni effettuate dall'Istat presso le anagrafi dei comuni italiani:

- la rilevazione sulla popolazione residente⁴ al 1° gennaio di ogni anno (POSAS) fornisce, dal 1993, la struttura della popolazione per anno di nascita e sesso⁵;

⁴ La popolazione residente è costituita dalle persone, di cittadinanza italiana e straniera, aventi dimora abituale nel territorio nazionale anche se temporaneamente assenti.

⁵ La struttura per età e sesso della popolazione derivata da questa rilevazione è utilizzata per il calcolo dei tassi standardizzati per età degli indicatori dello stato di salute.

- la rilevazione “Movimento e calcolo della popolazione residente” (modello Istat P.2) fornisce ogni anno il bilancio demografico della popolazione residente basato sui dati del movimento naturale (iscrizioni per nascita e cancellazioni per morte) e migratorio (iscrizioni e cancellazioni per trasferimento di residenza);
- la rilevazione sulla “Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita”, fornisce dal 2002 i dati sulla popolazione di cittadinanza non italiana;
- la rilevazione “Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza” (modello Istat P.3) fornisce i dati sul bilancio demografico della popolazione straniera residente.

Le previsioni demografiche al 2014 sono state effettuate da Regione Toscana – IRPET, secondo il modello della “ipotesi centrale”.

Per la predisposizione degli indicatori dello stato di salute vengono in larga misura utilizzati i dati dei flussi informativi del Servizio Sanitario della Toscana, generalmente disponibili almeno dall’inizio degli anni 2000, in particolare sono stati utilizzati:

- Flussi ricoveri ospedalieri (SDO e passivo extraregionale),
- Flussi farmaceutica (SPF, FED),
- Registro di Mortalità Regionale,
- Registro Regionale AIDS,
- Registro regionale malattie infettive.

Per alcuni indicatori vengono utilizzati i dati di specifiche rilevazioni (ISTAT, rilevazione incidenti stradali; INPS, rilevazione pensioni invalidità; INAIL, rilevazione infortuni sul lavoro).

Le elaborazioni (calcolo tassi standardizzati, percentuali ecc.) vengono effettuate, salvo quanto diversamente indicato nella colonna “Fornitore” delle figure, dalla Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

2.2.2. Indicatori demografici

La figura n. 3 riporta l'elenco, e la relativa descrizione, degli indicatori demografici inseriti nel set minimo. In tutto si tratta di 10 indicatori che descrivono:

- la numerosità totale della popolazione residente nei comuni della zona-distretto,
- la struttura per età e sesso della popolazione, ed alcuni indici sintetici volti a valutare il peso degli anziani,
- la presenza di cittadini stranieri,
- il bilancio demografico e gli indici di natalità, il movimento naturale e migratorio,
- la speranza di vita alla nascita.

Figura n.3. Indicatori demografici, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.demo.1	Popolazione residente totale per comune ed anno, trend ultimo triennio	Numero totale residenti (M+F)
SM.demo.2	Struttura per età e sesso dei residenti (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero abitanti per classe di età quinquennale e sesso. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.3	Tasso di natalità (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero nati vivi. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.4	Indice di vecchiaia (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero residenti 65+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 0-14 anni
SM.demo.5	Indice di dipendenza anziani (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero residenti 65+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 15-64 anni
SM.demo.6	Percentuale stranieri residenti	<i>Numeratore:</i> numero stranieri iscritti anagrafe. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.7	Quoziente di incremento totale (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> ((Immigrati + nati vivi) - (Emigrati + morti)). <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.8	Quoziente di incremento naturale (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> (nati vivi - morti). <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.9	Quoziente di incremento migratorio (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> (immigrati - emigrati). <i>Denominatore:</i> numero totale residenti
SM.demo.10	Speranza di vita alla nascita per sesso	A partire da una figura di mortalità è il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età 0 all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età 0 (nati vivi)

Nel set complementare è inserito un solo indicatore demografico (figura n. 4): la stima della popolazione residente al 2014⁶.

Figura n.4. Indicatori demografici, set opzionale

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.demo.1	Struttura per classi di età dei residenti, stima al 2014	Abitanti stimati secondo la “ipotesi centrale”: numero assoluto totale e distribuzione percentuale per classi quinquennali

Come già accennato, gli indicatori demografici sono di importanza basilare, non solo per la caratterizzazione socio-demografica della popolazione residente, ma per il ruolo che rivestono nella determinazione dei bisogni sanitari e assistenziali dell’area oggetto della programmazione. In particolare meritano attenzione alcuni aspetti.

In primo luogo sono importanti la numerosità complessiva dei residenti e la sua tendenza nel tempo (ad esempio un trend crescente dei residenti suggerisce un aumento della richiesta di prestazioni), insieme agli indici di composizione per età, sesso e cittadinanza, che forniscono informazioni sul peso dei diversi gruppi di popolazione (ad esempio giovani, anziani, donne in età fertile, stranieri ecc.) portatori di specifici bisogni sanitari ed assistenziali. Inoltre riveste un ruolo di primaria importanza la speranza di vita alla nascita, che indica il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere al momento della sua nascita in base ai tassi di mortalità registrati nell’anno considerato. La speranza di vita alla nascita rappresenta a livello internazionale, insieme al tasso di mortalità infantile, uno dei parametri più significativi delle

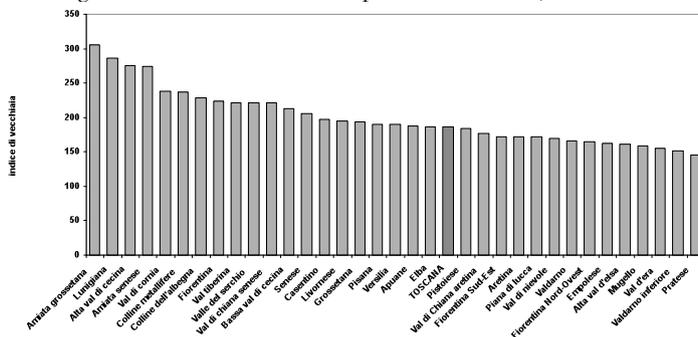
⁶ Le previsioni demografiche utilizzano il cosiddetto modello per componenti (*cohort component model*), secondo il quale la popolazione, tenuto conto del naturale processo di avanzamento dell’età, si modifica da un anno al successivo sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e movimenti migratori in uscita). Il cosiddetto scenario centrale è quello che fornisce le stime ritenute “verosimili” ed è costruito in base alle tendenze demografiche più recenti. Le previsioni demografiche forniscono dati che vanno trattati con estrema cautela in particolare se di lungo termine. Infatti le stime divengono tanto più incerte quanto più ci si allontana dalla base di partenza, in particolar modo nelle piccole realtà geografiche.

condizioni sociali, economiche, ambientali e sanitarie di un paese. Pertanto tale indicatore non solo riveste rilevanza sotto il profilo demografico, ma rappresenta in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione e lo stato di sviluppo di una specifica area.

Da un punto di vista generale, nell'utilizzo e nella valutazione del significato degli indicatori demografici, come di quelli relativi allo stato di salute, vanno tenute presenti alcune considerazioni e cautele interpretative.

Rispetto alla variabilità dei fenomeni osservati a livello nazionale, ed a maggior ragione internazionale, gli indicatori demografici, come quelli sullo stato di salute, sono relativamente omogenei e l'immagine delle necessità sanitarie ed assistenziali che emerge dai dati è abbastanza simile tra le varie aree della Toscana. Tuttavia uno stesso problema, pur rilevante ovunque, può avere una diversa "urgenza" in relazione al valore l'indicatore ha in una specifica area. Ad esempio l'indice di vecchiaia (figura n. 5) mostra in tutte le zone-distretto una prevalenza degli ultra-64-enni, indicando che il "peso demografico" degli anziani ha una importanza in tutte le aree della regione. Tuttavia la rilevanza del fenomeno ha una "diversa gravità" nelle zone-distretto Pratese ed Amiata Grossetana (valore dell'indice di vecchiaia, rispettivamente: 146 e 306 ultra-64enni ogni 100 residenti di età 0-14 anni).

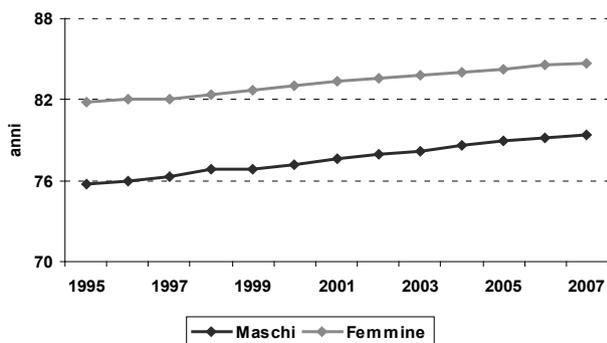
Figura n.5. Indice di vecchiaia per zona-distretto, anno 2008



Le modifiche demografiche avvengono gradualmente nel tempo, per cui il valore dell'indicatore da un anno a quello successivo presenta generalmente variazioni modeste. Pertanto, pur essendo do-

veroso fare ogni sforzo per ricercare i dati più aggiornati, anche un indicatore riferito a qualche anno precedente fornisce un quadro affidabile della situazione. Ad esempio la speranza di vita alla nascita mostra in Toscana un progressivo trend crescente (figura n. 6), ma la differenza tra anni successivi è al massimo di qualche mese.

Figura n.6. Speranza di vita alla nascita, Toscana 1995-2007



2.2.3. Indicatori dello stato salute

Le figure che seguono riportano l'elenco, e la relativa descrizione, degli indicatori dello stato di salute inseriti nel set minimo e nel set complementare. Gli indicatori sono riferiti alle seguenti tematiche:

- mortalità,
- ricoveri ospedalieri,
- patologie croniche (in particolare per quelle oggetto di programmi di sanità di iniziativa),
- malattie infettive,
- incidenti stradali,
- infortuni sul lavoro.

La maggior parte degli indicatori riportati sia nel set minimo che in quello complementare sono presentati sotto forma di misure separate per i due generi e standardizzate per età⁷, in quanto

⁷ Nelle tabelle seguenti, la colonna "Descrizione" riporta, per i tassi standardiz-

questa procedura statistica consente di effettuare i confronti (tra aree e nel tempo) “depurando” i fenomeni in esame dalla influenza della composizione per età della popolazione in cui i parametri vengono misurati. Età e genere infatti rappresentano i principali determinati “non modificabili” della frequenza delle malattie.

Tra gli indicatori presentati merita, per la sua minor diffusione nella pratica comune, una specifica spiegazione il “tasso standardizzato di PYLL” (Potential Years of Life Lost, o anni potenziali di vita persi). Questi è un indicatore di mortalità prematura, che misura tale fenomeno tenendo conto non solo del numero di decessi, ma anche dell’età in cui questi avvengono, per cui ogni morte contribuisce alla definizione del numeratore del tasso per il numero di anni che la persona avrebbe potuto vivere fino ad un limite potenziale scelto a priori. In altre parole un decesso ha un peso crescente, quanto più precoce è l’età in cui avviene. Tenuto conto dell’allungamento della durata media della vita, per il calcolo degli anni potenziali di vita persi, da utilizzare come misura della mortalità prematura, è stato scelto come cut-off l’età di 75 anni.

Nella divisione degli indicatori tra i due set sono stati utilizzati i seguenti criteri generali di classificazione.

Nel set minimo sono stati riportati prevalentemente gli indicatori riferiti ad aspetti di salute di carattere più generale (es. mortalità/ricoveri totali e per grandi gruppi di patologia), in maniera da fornire un quadro sintetico della frequenza dei più importanti raggruppamenti di patologia.

Per quanto riguarda il ricorso alle cure ospedaliere sono stati inseriti:

- Tassi di primo ricovero per tutte le cause e per i principali gruppi di patologie. Sono stati privilegiati i tassi di primo ricovero poiché sono più idonei a descrivere il numero di pazienti che hanno necessità di cure ospedaliere. Infatti, rispetto ai più

zati per età, il numeratore ed il denominatore di tassi specifici per età della popolazione in studio utilizzati per la standardizzazione con il metodo diretto. La formula del tasso standardizzato per età riporta:

- al numeratore: il numero di eventi che si verificherebbero nella popolazione standard, applicando i tassi età-specifici osservati nella popolazione in studio alla numerosità per classi di età della popolazione standard;
- al denominatore: la numerosità totale popolazione standard.

- tradizionali tassi di ospedalizzazione, depurano l'indicatore dai ricoveri ripetuti. Inoltre da un punto di vista epidemiologico possono approssimare meglio la prevalenza di alcune malattie.
- Tassi di ospedalizzazione (per tutte le cause). Questo è stato inserito in quanto è uno dei parametri oggetto di una particolare attenzione nelle politiche sanitarie, anche per contenere i ricoveri impropri, con specifici obiettivi nelle politiche sanitarie regionali e nazionali.

Figura n.7. Indicatori dello stato di salute, set minimo: mortalità

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute.1	Tasso standardizzato per età di mortalità generale. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.2	Tassi standardizzati per età di mortalità per malattie cardiovascolari. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.3	Tassi standardizzati per età di mortalità per tumori. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.4	Tassi standardizzati per età di mortalità per cause accidentali e traumatismi. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 800-999. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.5	Tasso standardizzato di mortalità prematura e per cause potenzialmente evitabili. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tutte le cause, età < 65 anni. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età < 65 anni. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.6	Rapporto standardizzato per età di mortalità (SMR) per suicidi. Maschi e femmine (x100)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per per ICD9 290-319. <i>Denominatore:</i> Decessi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi mortalità età-specifici per ICD9 290-319 in Toscana
SM.salute.7	Tassi Standardizzati per età di PYLL <= 75 anni - malattie cardiovascolari (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.8	Tassi Standardizzati per età di PYLL <= 75 anni - malattie tumori (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

SM.salute.9	Tassi Standardizzati di PYLL <= 75 anni - malattie cause accidentali e traumatismi (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 800-999. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.10	Tasso di mortalità infantile (medie mobili triennali, x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tra 0 e 365 giorni. <i>Denominatore:</i> numero nati vivi

Figura n.8. Indicatori dello stato di salute, set minimo: ricoveri ospedalieri

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute.11	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.12	Tasso di primo ricovero standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.13	Tasso di primo ricovero per tumori standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.14	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.15	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato digerente standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 520-579. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.16	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 460-519. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Figura n.9. Indicatori dello stato di salute, set minimo: incidenza/prevalenza di alcune malattie croniche ed altri indicatori di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute.17	Tasso standardizzato per età di incidenza infarto miocardico acuto (IMA). Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero eventi incidenti IMA (eventi ospedalizzati + morti coronariche senza ricovero). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.18	Tasso standardizzato incidenza ictus. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero eventi incidenti Ictus (eventi ospedalizzati + morti cerebrovascolari senza ricovero). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute.19	Tasso standardizzato per età di prevalenza scompenso cardiaco. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti scompenso cardiaco (pazienti ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.20	Tasso standardizzato per età di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO). Maschi e femmine (x 100.00)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti BPCO (pazienti ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.21	Tasso standardizzato per età di prevalenza diabete. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti diabete (pazienti in trattamento farmacologico e/o ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.22	Tasso standardizzato per età di prevalenza cardiopatia ischemica. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti cardiopatia ischemica (pazienti in trattamento farmacologico e/o ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute.23	Tasso di pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali pesato per età	<i>Numeratore:</i> numero pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali. <i>Denominatore:</i> popolazione residente "pesata" per età con pesi per farmaceutica del PSR
SM.salute.24	Rapporto di mortalità degli incidenti stradali (x 1.000, per zona evento)	<i>Numeratore:</i> numero di deceduti. <i>Denominatore:</i> numero di incidenti stradali
SM.salute.25	Rapporto di lesività degli incidenti stradali (x 1.000, per zona evento)	<i>Numeratore:</i> numero di feriti. <i>Denominatore:</i> numero di incidenti stradali
SM.salute.26	Infortuni mortali sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza(x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni mortali sul lavoro indennizzati. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni
SM.salute.27	Infortuni sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza(x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni sul lavoro indennizzati. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni

Gli indicatori riferiti agli infortuni riguardano lavoratori soggetti ad assicurazione INAIL. Sono esclusi colf, studenti di scuole pubbliche e private, sportivi professionisti, infortuni in itinere.

Nel set complementare sono stati inseriti gli indicatori di carattere più specifico (ad esempio singole malattie e cause di morte) che per-

mettono di evidenziare alcune peculiarità della specifica area, ma che spesso non hanno uno stesso grado di rilevanza in tutte le zone-distretto. Sono inoltre stati inseriti i tassi di ospedalizzazione causa-specifici.

Figura n.10. Indicatori dello stato di salute, set complementare: mortalità

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute.1	Prime tre cause di morte prematura per classi di età (x 100)	<i>Numeratore:</i> prime tre cause tra i 17 settori ICD9. <i>Denominatore:</i> totale decessi. <i>Classi età:</i> 0-19, 20-34, 35-54, 55-64.
SC.salute.2	Tasso standardizzato per età di PYLL <= 75 anni – tutte le cause (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.3	Tasso di mortalità per tumore al polmone standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 162. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.4	Tasso di mortalità per tumore alla mammella standardizzato per età. Femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 174. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.5	Tasso di mortalità per tumore al colon-retto standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 153-154, 159.0. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.6	Tasso di mortalità per tumore alla prostata standardizzato per età. Maschi (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 185. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.7	Tasso di mortalità per tumore dello stomaco standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 151. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.8	Tasso di mortalità per cardiopatia ischemica standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 410-414. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.9	Tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 430-438. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute.10	Tasso di mortalità per incidenti stradali standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 E810-E819. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.11	Tasso di mortalità per malattie respiratorie standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 4460-519. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.12	Tasso di mortalità per malattie digerente standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 520-579. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Figura n.11. Indicatori dello stato di salute, set complementare: ricoveri ospedalieri

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute.13	Tasso di primo ricovero per tumore al polmone standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 162. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.14	Tasso di primo ricovero per tumore alla mammella standardizzato per età. Femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 174. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.15	Tasso di primo ricovero per tumore al colon-retto standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 153-154. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.16	Tasso di primo ricovero per tumore allo stomaco standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 151. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.17	Tasso di primo ricovero per tumore alla prostata standardizzato per età. Maschi (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 185. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.18	Tasso di ospedalizzazione per tumori standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute.19	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.20	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato digerente standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD9 520-579. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.21	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD9 460-519. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Figura n.12. Indicatori dello stato di salute, set complementare: altri indicatori di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute.22	Tasso standardizzato per età di prevalenza ictus. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti di ictus (pazienti con evento ospedalizzato nei 5 anni precedenti). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SC.salute.23	Rapporto standardizzato per età di incidenza di AIDS (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero nuovi casi di AIDS. <i>Denominatore:</i> numero nuovi casi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi età-specifici di incidenza della Toscana. <i>Età:</i> 20-64 anni
SC.salute.24	Casi di tubercolosi (TBC): numero notifiche e tasso di notifica (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero notifiche di casi di TBC. <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SC.salute.25	Tasso di pensioni di invalidità civile per età (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero di pensioni erogate ad invalidi civili per classi di età (0-19, 20-64, 65-79, 80+). <i>Denominatore:</i> popolazione residente per classi di età (0-19, 20-64, 65-79, 80+)
SC.salute.26	Tasso di invalidi civili beneficiari di indennità di accompagnamento per età (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero di invalidi civili con indennità di accompagnamento (con/senza pensione di invalidità). <i>Denominatore:</i> popolazione residente

SC.salute.27	Infortuni mortali sul lavoro, indennizzati per settore produttivo: numero assoluto ed indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni mortali sul lavoro indennizzati <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni
SC.salute.28	Infortuni sul lavoro indennizzati per settore produttivo: indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni sul lavoro indennizzati <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni

Il concetto di mortalità evitabile⁸

La mortalità evitabile è un indicatore utilizzato per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari. Alcuni autori anglosassoni parlano di morti premature evitate “*timely and effective health care*”⁹ o considerano la mortalità evitabile come indicatore di “*outcome of health care*”¹⁰. Si può affermare, in linea generale, che, in assenza di qualsiasi intervento dei servizi sanitari, la mortalità sarebbe determinata esclusivamente da fattori sociali, ambientali e genetici. I servizi sanitari intervengono per modificare l'influenza di alcuni fattori: la conoscenza medica e le attuali possibilità terapeutiche sono sufficientemente avanzate da poter evitare che un soggetto muoia per determinate patologie, quantomeno in certe fasce di età. L'evitabilità della morte per tali patologie è il risultato di un intervento puntuale ed adeguato, il verificarsi di casi di morte per cause ritenute evitabili indica alcune disfunzioni in uno o più punti del sistema sanitario e socio-sanitario.

L'analisi dei dati di mortalità evitabile consente di monitorare i servizi sanitari e rappresenta un importante punto di partenza per indicare gli obbiettivi delle azioni di governo. La mortalità evitabile è considerata un indicatore dei bisogni e dei risultati in termine di salute e di qualità della vita che può essere utilizzato da coloro che sono responsabili del governo dei servizi sanitari. Rutstein¹¹ nel

⁸ A cura di Galileo Guidi.

⁹ Korda R.J., Butler J.R.G.- *Effect of healthcare on mortality: trends in avoidable mortality in Australia and comparisons with western Europe*. *Publi. Health* 2006; 120: 95-105

¹⁰ Westerling R., Rosen M. – *Avoidable mortality among migrants in Sweden*. *Eur. J. Public Health* 2002; 12(4); 279-286

¹¹ Rutstein D., Berenberg W., Chalmers C., et al.- *Measuring the quality of medical care, second revision of tables of indexes*, *New England J. Medicine* 1980; 302: 1146-1150

1976 aveva proposto, come misura della qualità dei servizi, indicatori quantitativi basati sul verificarsi di alcuni casi di morte, malattia o disabilità, definendo tre diverse tipologie di eventi, raggruppabili in base al grado diverso di “evitabilità”. Sempre Rutstein definì “evento sentinella” quei casi di malattia o di morte evitabili con un buon funzionamento dei servizi sanitari. Dal concetto di “evento sentinella” è derivato quello di “mortalità evitabile”¹² basato sull’utilizzo di dati aggregati di mortalità sotto forma di frequenze e tassi che si confrontano con dati attesi in base a quanto osservato in aree o periodi di riferimento. Traendo spunto dal modello di Rutstein nel 1983 è stato costituito un gruppo europeo sulle “morti evitabili” coordinato da W.W.Hollander, con il sostegno della Comunità Europea è stato pubblicato il “Preventable and Manageable Disease Working Group”¹³ finalizzato ad identificare le aree geografiche dove l’efficacia dei servizi sanitari poteva essere insoddisfacente. Il gruppo di lavoro ha prodotto due Atlanti Europei di mortalità evitabile, relativi ai paesi membri della Unione Europea, nei quali vengono analizzate le differenze internazionali ed intranazionali esistenti. Nella realizzazione dello studio, Holland e coll. hanno creato una lista di mortalità evitabile diversa da quella stilata da Charlton. Holland divide le cause di mortalità evitabile in due gruppi, rappresentati rispettivamente da “medical care indicators” e “Health polity indicators”. In uno studio di Humblet¹⁴, nel quale si analizza l’andamento della mortalità evitabile nel Belgio tra il 1974 ed il 1994, viene proposta una ulteriore suddivisione delle cause di mortalità evitabile in due categorie: il primo gruppo comprende le cause riconducibili alla prevenzione (Preventive indicators), mentre nel secondo sono comprese quelle associate al trattamento (Curative indicators).

Tra le classificazioni proposte va ricordata quella utilizzata da Simonato e coll.¹⁵ in uno studio pubblicato nel 1998. In questa clas-

¹² Charlton J. R., Harley R.M., Silver R., Holland W. W.- *Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales*. Lancet 1983; 691-696

¹³ Holland W. W. (Editor)- *The European Community Atlas of “avoidable death”*. Commission of European Communities Health Service Research Series 3. Oxford: Oxford University Press, 1991

¹⁴ Humblet P.C., Lagasse R., Leveque A. *Trends in Belgian premature avoidable deaths of a 20 year period*. J. Epidemiol. Community Health 2000; 54: 687-691

¹⁵ Simonato L., Ballard T., Bellini P., Winkelmann R. *Avoidable Mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention*. J. Epidemiol. Community Health 1998; 52: 624-630.

sificazione le cause di morte evitabile sono 24 distinte in tre gruppi principali in base alle prestazioni sanitarie attuabili per evitarle. Il primo gruppo, denominato “Prevenzione Primaria”, fa riferimento a quelle cause evitabili a seguito dell’adozione di normative, comportamenti individuali (stili di vita) e collettivi inquadrabili nell’ambito della prevenzione primaria. Comprende condizioni la cui eziologia è in parte attribuibile allo stile di vita quali il consumo eccessivo di alcool e il fumo di sigarette. Sono inserite in questo gruppo anche le cause violente (avvelenamenti, traumatismi, incidenti) che potrebbero essere prevenute con l’eliminazione o la riduzione all’esposizione ai fattori di rischio (rispetto dei limiti di velocità, utilizzo delle cinture di sicurezza, uso del casco, ecc...) Il secondo gruppo, definito “Diagnosi e trattamento precoce”, comprende tutte quelle cause di morte per la maggior parte evitabili con interventi di prevenzione secondaria, cioè con metodiche diagnostiche ed interventi terapeutici precoci. Questo gruppo comprende i tumori della mammella, della cervice dell’utero, del colon retto, per i quali, con l’effettuazione di programmi di screening, si può fare una diagnosi precoce ed un successivo adeguato intervento. Al terzo gruppo, denominato “Assistenza sanitaria ed Igiene”, appartiene un insieme eterogeneo di malattie evitabili migliorando le prestazioni sanitarie di tipo terapeutico ed assistenziale. Rientrano in questa categoria i decessi per malattie infettive, evitabili attraverso una adeguata terapia antibiotica, la vaccinazione e l’utilizzo di acqua e cibo non contaminati. Fanno parte di questo gruppo anche altre patologie (ipertensione arteriosa, ulcera peptica, appendicite, ernia, coleditiasi) il cui trattamento presuppone un buon funzionamento di tutto il sistema sanitario, che deve prevedere una tempestiva diagnosi, un’adeguata assistenza ed una appropriata terapia medica e/o chirurgica.

In Italia è stato attivato l’Atlante ERA¹⁶ (Epidemiologia e Ricerca Applicata) di Mortalità evitabile per genere e USL. Trattasi di uno studio frutto della collaborazione tra ISS (Istituto Superiore di Sanità), l’Università di Roma Tor Vergata, l’ISTAT, il Ministero della Salute e la Nebo Ricerche Pa, che si propone di descrivere il quadro demografico e la mortalità evitabile in Italia con rigorosi metodi scientifici, applicati ai dati di mortalità ufficiali più recenti. Particolarmente significativo appare quanto affermato nella pre-

¹⁶ Atlante E.R.A. *Mortalità evitabile* 2005. Istituto Superiore di Sanità 2007.

messa dello studio dal Prof. Augusto Panà, direttore della cattedra di Igiene all'Università di Roma Tor Vergata: “ lo studio conferma che le motivazioni principali della mortalità evitabile sono legate alla carenza di prevenzione sia primaria che secondaria oltre alla disorganizzazione sanitaria. È quindi evidente che limitare il fenomeno significa fare prevenzione, fare ricerca specifica, individuare e ridurre gli errori, fare educazione sanitaria, ottimizzare i tempi e i metodi delle organizzazioni sanitarie e dei processi assistenziali”.

2.3. I determinanti di salute¹⁷

A fronte di una malattia o di un disagio spesso è necessario individuare, dove possibile, la catena dei determinanti che in combinazione produce il danno sulla salute, sia di individui singoli che di gruppi di popolazione in specifici contesti sociali. I determinanti di salute sono elementi di rischio che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita. I determinanti sociali di salute possono ricondursi a fattori individuali e difficilmente modificabili come l'età, il sesso o il patrimonio genetico, oppure a comportamenti personali, quali gli stili di vita, o ancora a fattori sociali che possono rivelarsi o un vantaggio o uno svantaggio, quali condizioni di vita, reddito, lavoro, accesso ai servizi. È ormai ampiamente provato e condiviso in letteratura che i determinanti sociali, quali condizioni economiche, ambientali e sociali, abbiano una forte influenza sulla salute delle persone e sulla possibilità di un accesso equo ed appropriato ai servizi.

Gli indicatori compresi in questa sezione possono essere utilizzati come filtro di lettura del resto degli indicatori, quali presupposto conoscitivo necessario per ogni politica ed azione implementate nel sistema sociosanitario. La disponibilità di tali indicatori, insieme ad altri più propriamente sanitari, fornisce infatti una base di partenza necessaria per una programmazione più vicina ai bisogni reali della popolazione individuati ed interpretati in termini di benessere.

La sezione dedicata ai determinanti di salute comprende 63 in-

¹⁷ A cura di Marco La Mastra, Massimiliano Faraoni, Sara Barsanti.

dicatori, di cui 20 nel set minimo e 43 nel set complementare, e può essere analizzata secondo una lettura tematica. Gli indicatori in essa contenuti, infatti, sono riconducibili principalmente a sette aree concettuali:

- reddito e condizione economica;
- lavoro;
- istruzione;
- fragilità familiare;
- terzo settore;
- stili di vita;
- ambiente.

2.3.1. Fonti dei dati

In relazione alle suddette aree, sono state individuate le fonti dove sono state reperite le informazioni.

Per quanto riguarda gli indicatori afferenti a reddito e condizione economica, le fonti sono:

- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, 14° Censimento della popolazione e delle abitazioni (2001)
- Ministero dell’Economia e delle Finanze, Statistiche fiscali
- INPS – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, Osservatorio sulle pensioni
- Regione Toscana, Ufficio Casa
- IRPET (Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana) e Cridire – Università di Siena, Mappatura della Povertà in Toscana, 2002

In relazione all’area relativa al lavoro, la fonte è IDOL (Incontro Domanda e Offerta Lavoro), il sistema informativo dei Servizi all’Impiego della Regione Toscana, che gestisce tutte le attività previste dall’attuale normativa in materia.

In merito all’istruzione le fonti sono:

- Regione Toscana, Osservatorio Scolastico Regionale
- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, 14° Censimento della popolazione e delle abitazioni (2001)

Per l'area della fragilità familiare le fonti sono:

- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, Indagini annuali effettuate presso gli uffici anagrafe comunali sulla popolazione residente
- Amministrazioni Comunali, Anagrafi

Per l'unico indicatore riguardante il Terzo settore le fonti sono rappresentate da:

- Regione Toscana, Sistema Informativo del Terzo Settore;
- Province, albi e registri regionali – sezioni provinciali delle associazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle cooperative sociali.

Per gli stili di vita la fonte è l'Indagine Passi¹⁸, a cura del Laboratorio Management e Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per gli indicatori ambientali le fonti sono:

- ARRR – Agenzia regionale recupero risorse, Osservatorio rifiuti
- AATO – Autorità d'Ambito Territoriale Ottimale
- Aziende USL
- Amministrazioni Comunali
- ARPAT – Agenzia Regionale di Protezione Ambientale della Toscana

2.3.2. Reddito e condizione economica

La particolarità di questa tematica è rappresentata dal fatto che i principali indicatori relativi al reddito sono di fonte campionaria e quindi costruiti ad un livello territoriale che raggiunge raramente quello provinciale, limitandosi quasi sempre a quello regionale, se non di macro-area. Da ciò la difficoltà di scendere al dettaglio comunale e zonale. Per tentare di ovviare a questo limite si è scelto di affiancare ai dati della statistica ufficiale (Istat, Ministero delle Finanze e INPS), informazioni derivanti da fonti amministrative (Ufficio Casa della Regione Toscana) e da specifiche indagini territoriali sulla povertà (IRPET). Per questa area sono stati introdotti 8 indicatori, 5 nel set minimo e 3 nel set complementare.

¹⁸ Progressi delle Aziende sanitarie per la salute.

Il reddito imponibile medio IRPEF per comune prende in considerazione il valore del reddito dichiarato al fisco sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale IRPEF ed è costituito dal reddito complessivo decurtato del reddito per abitazione principale e degli oneri deducibili. Sono dati tratti dalle dichiarazioni "730" e "Unico" presentate dalle persone fisiche e dalle dichiarazioni "770" presentate dai sostituti d'imposta; rappresentano un indicatore importante della distribuzione comunale e zonale dei redditi, da accogliere comunque con cautela dato che, a causa di fenomeni più o meno acuti di evasione, sottovaluta l'ammontare effettivo della ricchezza del territorio.

Il tasso di pensioni sociali e assegni sociali (numero di pensioni sociali e assegni sociali per 100 anziani residenti) e il tasso di pensioni integrate al minimo (numero pensioni integrate al minimo per 100 anziani residenti) forniscono misure di difficoltà reddituale della popolazione anziana a livello comunale e zonale. L'assegno sociale è infatti una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini anziani che non percepiscono alcun reddito o che hanno redditi molto bassi. Il trattamento minimo è un'integrazione che lo Stato, tramite l'Inps, corrisponde al pensionato quando la pensione che deriva dal calcolo dei contributi è di importo inferiore a quello che viene considerato il "minimo vitale". L'incidenza di queste tipologie di prestazioni indica dunque la quota di anziani tendenzialmente in sofferenza economica.

L'importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia di pensione è un indicatore della condizione economica che permette di distinguere a livello comunale e zonale il reddito medio mensile derivante da pensione secondo la tipologia della stessa (vecchiaia, invalidità, superstiti, pensioni/assegni sociali, invalidi civili¹⁹).

¹⁹ Pensione di vecchiaia: è una pensione che si ottiene quando si verificano tre condizioni essenziali: età, contribuzione minima, cessazione del rapporto di lavoro. I primi due variano a seconda che il sistema di calcolo sia retributivo o contributivo. Il terzo requisito non è richiesto per i lavoratori autonomi, che possono chiedere la pensione e continuare la loro attività. Pensione di Invalidità: è un assegno che spetta ai lavoratori dipendenti e autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale. Pensione Superstite: è la pensione che, alla morte del lavoratore assicurato o pensionato, spetta

Il tasso di famiglie che richiedono l'integrazione ai canoni di locazione (ex Legge 431/98) mette in luce un bisogno economico espresso da parte delle famiglie residenti che vivono in affitto. L'indicatore (numero di domande presentate per integrazione canone di locazione per 1000 famiglie residenti) è teso a quantificare le difficoltà economiche dei nuclei familiari presenti nel territorio che, sulla base di determinate soglie di reddito, chiedono di accedere al contributo regionale che permette loro di integrare il pagamento del canone di locazione dell'abitazione nella quale vivono.

La percentuale di famiglie povere e il reddito medio equivalente sono misure riprese dall'indagine "Mappatura della povertà in Toscana" condotta nel 2002 dall'Irpet e dal Cridire²⁰.

In relazione alla percentuale di popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate, per un'analisi approfondita dell'indicatore ed una trattazione più ampia della tematica in oggetto si rimanda al paragrafo "Il tema della deprivazione", inserito nella presente pubblicazione.

ai superstiti aventi diritto. Questa pensione può essere: di reversibilità (se la persona deceduta era già pensionata) o indiretta. Pensioni/Assegni sociali: è una prestazione di carattere assistenziale che spetta ai cittadini che hanno compiuto 65 anni e che sono sprovvisti di reddito, ovvero possiedono redditi di importo inferiore ai limiti stabiliti dalla legge. Pensione di invalidità civile: è una prestazione di natura assistenziale a cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi e i sordomuti che non hanno redditi personali o, se ne hanno, sono di modesto importo.

²⁰ Centro per le Ricerche Interdipartimentali sulla Distribuzione del Reddito – Università di Siena.

Figura n.13. Reddito e condizione economica - set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.determinanti.1	Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate	Indice sintetico basato su 5 variabili censuarie (% popolazione con licenza elementare, disoccupata, in cerca prima occupazione; % abitazioni occupate in affitto; % famiglie monogenitoriali; numero occupanti abitazioni per 100 mq)
SM.determinanti.2	Reddito imponibile medio	<i>Numeratore:</i> Ammontare complessivo dei redditi imponibili. <i>Denominatore:</i> numero contribuenti
SM.determinanti.3	Tasso di pensioni sociali e assegni sociali (x 100)	<i>Numeratore:</i> N° pensioni e assegni sociali. <i>Denominatore:</i> popolazione 65 e oltre
SM.determinanti.4	Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia	<i>Numeratore:</i> Importo complessivo annuo di pensioni e assegni sociali, pensioni di vecchiaia, di invalidità, superstiti e di invalidità civile. <i>Denominatore:</i> numero delle pensioni erogate *13
SM.determinanti.5	Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione (x 1000)	<i>Numeratore:</i> N° domande presentate per integrazione canone locazione. <i>Denominatore:</i> numero famiglie residenti

Figura n.14. Reddito e condizione economica - set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.1	Percentuale famiglie povere	percentuale famiglie al di sotto della linea di povertà toscana, dato 2002
SC.determinanti.2	Reddito medio equivalente	reddito medio aggiustato per il n. di componenti del nucleo familiare
SC.determinanti.3	Tasso di pensioni integrate al minimo (x 100)	<i>Numeratore:</i> N° pensioni integrate al minimo. <i>Denominatore:</i> popolazione >= 65

2.3.3. Lavoro

Come già affermato relativamente agli indicatori sul reddito, anche il tema del lavoro sconta i limiti di dati prodotti da fonti nazionali che non scendono al di sotto del livello provinciale (es. i tassi di occupazione e disoccupazione diffusi dall'Istat). Per un'analisi

che deve arrivare al dettaglio sub-provinciale si è scelto di utilizzare i dati del sistema informativo IDOL dei Centri per l'Impiego toscani, in modo da poter costruire indicatori disaggregati per comune e per zona socio-sanitaria. Per una visione completa del fenomeno, si raccomanda una lettura incrociata degli indicatori di seguito proposti con quelli provinciali diffusi dall'Istat nell'ambito della Rilevazione Continua sulle Forze di Lavoro (RCFL).

Per questa area sono stati introdotti 12 indicatori, 3 nel set minimo e 9 in quello complementare. La messa a regime del sistema informativo IDOL in tutte le province della Toscana arricchisce l'analisi e il monitoraggio del mercato del lavoro regionale con un apporto rilevante, relativo alla consistenza ed ai flussi di offerta e domanda di lavoro a livello regionale e sub-regionale. Gli indicatori selezionati presentano tre differenti aspetti analizzabili, ossia la disoccupazione, il collocamento mirato per i disabili (ex Legge 68/99) e lo spaccato relativo ai lavoratori stranieri (in generale) ed extracomunitari (in particolare).

Gli indicatori relativi agli occupati e alle persone in cerca di occupazione (i disponibili) mettono in evidenza una sorta di tasso grezzo di disoccupazione (numero di disponibili per 100 residenti in età 15-64 anni), l'incidenza dei flussi annuali di avviamenti²¹ (numero di avviamenti per 100 residenti in età 15-64 anni), il rapporto avviamenti/cessazioni²² (numero di avviamenti per 100 cessazioni), l'indice di dinamicità degli avviamenti (rapporto tra gli avviamenti dell'anno di riferimento e quelli dell'anno precedente) e la percentuale di avviamenti a termine (numero di avviamenti a termine per 100 avviamenti). Per quanto riguarda il tasso grezzo di

²¹ Sono rilevate le comunicazioni di avviamento al lavoro per il quale vige l'obbligo di comunicazione da parte dei datori di lavoro privati e degli enti pubblici economici. Gli avviamenti forniscono un quadro di grande interesse, attendibile rispetto ai movimenti di ingresso sul lavoro dipendente, per un dato periodo e in una determinata area territoriale.

²² Le cessazioni del rapporto di lavoro attengono ad un quadro meno certo, stante una certa quota 'strutturale' di ritardate o inattuate comunicazioni. Le cessazioni dei rapporti avviati a tempo determinato vanno comunicate dal datore di lavoro qualora la cessazione avvenga in data diversa da quella comunicata all'atto dell'assunzione. Negli altri casi di tempo determinato è il sistema informativo che registra la cessazione.

disoccupazione, occorrono almeno due precisazioni (che valgono anche per l'equivalente indicatore relativo agli extracomunitari): si tratta di un tasso grezzo in quanto si utilizza l'intera popolazione in età attiva, mentre, a rigore, al denominatore dovrebbero essere inserite le forze di lavoro (persone in cerca di occupazione e occupati); l'indicatore coglie soltanto una parte delle persone in cerca di occupazione. In riferimento a quest'ultimo punto, va osservato che i disoccupati iscritti presso i Servizi per l'Impiego rappresentano l'insieme della "disoccupazione amministrativa" rilevabile a livello di regione, province e aree dei Centri per l'Impiego. Sebbene le definizioni di disoccupato e di stato di disoccupazione, a seguito del Decreto legislativo 181/2000, si siano notevolmente avvicinate a quelle della statistica internazionale (e dell'Istat), i disoccupati amministrativi comprendono anche persone che lavorano a tempo determinato le quali possono mantenere lo stato di disoccupazione (con occupazione a termine inferiore agli otto mesi per chi ha più di 25 anni o di quattro mesi per i giovani fino a 25 anni e 29 anni se laureati), se percepiscono un reddito annuale non superiore al reddito minimo escluso da imposizione (7.500 euro). Per altri versi, l'aggregato dei disoccupati amministrativi comprende anche persone la cui attività di ricerca del lavoro è meno intensa di quanto richiesto nelle indagini Istat, per essere incluse tra le persone in cerca di occupazione. In sintesi, possiamo affermare che la disoccupazione rilevata tramite i flussi di IDOL è un dato che si riferisce ad uno specifico universo di individui (chi cerca lavoro come dipendente e si rivolge al collocamento pubblico) e non ad una stima campionaria dei disoccupati residenti come quella Istat, ma comprende una area di disoccupazione e difficoltà occupazionale più generale e variegata, che si estende oltre i termini 'stringenti' della disoccupazione rilevata dall'Istituto Nazionale di Statistica.

L'inserimento degli invalidi al lavoro costituisce in sé un efficace strumento di riabilitazione, inoltre il lavoro costituisce un efficace strumento di intervento contro l'emarginazione e l'isolamento che gli invalidi si trovano ad affrontare. La normativa per l'inserimento lavorativo attualmente fa riferimento alla legge n° 68/1999, che si prefigge come obiettivo principale la promozione dell'inserimento e

dell'integrazione lavorativa dei disabili nel mondo del lavoro attraverso una rete coordinata di servizi territoriali di formazione professionale. L'impostazione legislativa prevede dunque che l'inserimento professionale non si articoli in modo assistenzialistico, ma segua un sistema di politica attiva che leghi occupazione e formazione al fine di collocare il disabile in un posto adeguato alle proprie capacità. Gli indicatori sul collocamento mirato danno una misura dell'incidenza dei disabili disponibili al lavoro (numero disponibili collocamento mirato per 100 disponibili totali) e quella dei flussi annuali di avviamenti (numero avviamenti collocamento mirato per 100 disponibili) e cessazioni (numero cessazioni collocamento mirato per 100 disponibili).

Gli indicatori riguardanti gli stranieri extracomunitari forniscono un tasso grezzo di disoccupazione (numero disponibili stranieri per 100 stranieri in età 15-64 anni) – che oltre a rappresentare una misura indiretta di disoccupazione, informa sulla quota di extracomunitari che “passa” attraverso il canale dei Centri per l'impiego per la ricerca occupazionale, ossia la propensione all'iscrizione al collocamento – e l'incidenza dei flussi annuali di avviamenti (numero avviamenti stranieri per 100 stranieri residenti in età 15-64 anni), il rapporto avviamenti/cessazioni (numero di avviamenti stranieri per 100 cessazioni di stranieri), l'indice di dinamicità degli avviamenti (rapporto tra gli avviamenti di stranieri dell'anno di riferimento e quelli dell'anno precedente).

Figura n.15. Lavoro - set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.determinanti.6	Tasso grezzo di disoccupazione (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero dei disponibili rilevati ai Centri per l'Impiego. <i>Denominatore:</i> popolazione residente in età attiva (15-64 anni)
SM.determinanti.7	Incidenza dei disabili disponibili al lavoro (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero dei disponibili al collocamento mirato. <i>Denominatore:</i> Numero totale dei disponibili
SM.determinanti.8	Tasso grezzo di disoccupazione stranieri (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero di disponibili stranieri rilevati ai Centri per l'Impiego. <i>Denominatore:</i> Stranieri residenti in età attiva (15-64 anni)

Figura n.16. Lavoro - set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.8	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente in età 15-64 anni
SC.determinanti.9	Rapporto tra avviamenti/cessazioni (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro. <i>Denominatore:</i> numero di comunicazioni di cessazione dal lavoro
SC.determinanti.10	Indice di dinamicità degli avviamenti	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro (anno di riferimento). <i>Denominatore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro (anno presente)
SC.determinanti.11	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro nel collocamento mirato (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamenti riferita al collocamento mirato. <i>Denominatore:</i> Numero di disponibili collocamento mirato
SC.determinanti.12	Incidenza dei flussi annuali di cessazioni dal lavoro nel collocamento mirato (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di cessazione al lavoro. <i>Denominatore:</i> Numero di disponibili collocamento mirato
SC.determinanti.13	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro di stranieri (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri. <i>Denominatore:</i> Numero stranieri residenti in età 15-64 anni
SC.determinanti.14	Rapporto tra avviamenti/cessazioni di stranieri (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri. <i>Denominatore:</i> numero di comunicazioni di cessazione dal lavoro di stranieri
SC.determinanti.15	Indice di dinamicità degli avviamenti di stranieri	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri (anno di riferimento). <i>Denominatore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri (anno precedente)
SC.determinanti.16	Percentuale di avviamenti a termine	<i>Numeratore:</i> Numero di avviamenti a termine. <i>Denominatore:</i> numero totale avviamenti

2.3.4. Istruzione

Da molto tempo le indagini internazionali sui livelli di conoscenza e competenza degli alunni hanno messo a confronto i nostri

studenti con quelli di numerosi altri Paesi ed è emerso che i nostri giovani sono, mediamente e costantemente al di sotto della media, spesso in posizioni molto basse della graduatoria. Per il superamento di tale situazione sono propedeutici una buona conoscenza del funzionamento del sistema scolastico locale, delle sue criticità, delle cause dell'eventuale basso livello di competenze degli alunni. L'Osservatorio Scolastico Regionale (OSR), insieme alle analoghe articolazioni provinciali, è la base del Sistema Informativo Scolastico Regionale ed è un organismo di supporto statistico fondamentale per tutti i soggetti, pubblici e non, che operano nel mondo della scuola. Attualmente l'OSR gestisce l'anagrafe degli alunni dei diversi ordini e gradi di scuola e, tramite le informazioni che può garantire, consente di effettuare un'analisi approfondita sul sistema scolastico.

I principali fenomeni monitorati riguardano la rete scolastica, la consistenza delle scuole in classi e alunni, la mobilità territoriale degli studenti, la dispersione scolastica (esiti, ritardi, abbandoni ed evasioni). I dati sono evidenziabili sia per scuola che per comune, per consentire un'analisi territoriale completa. Tutto ciò costituisce la base di dati per chi deve operare e governare il sistema scolastico provinciale: una base che si aggiorna e che implementa un sistema informativo in grado di fornire informazioni su tutto il ciclo scolastico, da quello di base a quello superiore.

Per questa area sono stati introdotti 4 indicatori, inseriti nel set complementare. Le analisi prodotte hanno permesso di individuare tra le principali categorie, nelle quali l'insuccesso scolastico è assai più alto della media, i figli di cittadini stranieri specialmente se immigrati di prima generazione. Per tale motivo, si è scelto di analizzare la percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado e di secondo grado (numero alunni stranieri per 100 alunni totali).

Nell'ambito del settore istruzione, si è poi deciso di utilizzare nell'analisi del funzionamento della scuola un indicatore di dispersione scolastica, quale la percentuale di studenti con esito negativo (studenti che hanno registrato un esito negativo per ogni 100 studenti iscritti). L'analisi per comune consente così di individuare

dove i dati sono più negativi e concentrare gli sforzi per migliorare la qualità dell'istruzione. Nel tempo gli indicatori saranno forniti in serie storica, in modo da valutare gli effetti degli interventi e dei progetti decisi sul territorio.

Figura n.17. Istruzione - set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.4	Anni medi di scolarizzazione	sommatoria n. anni per ogni scuola*popolazione con scuola/popolazione totale
SC.determinanti.5	Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado	<i>Numeratore:</i> studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado. <i>Denominatore:</i> Totale studenti iscritti alle scuole secondarie di primo grado
SC.determinanti.6	Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di secondo grado	<i>Numeratore:</i> studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di secondo grado. <i>Denominatore:</i> Totale studenti iscritti alle scuole secondarie di secondo grado
SC.determinanti.7	Percentuale studenti con esito negativo	<i>Numeratore:</i> studenti che hanno registrato un esito negativo. <i>Denominatore:</i> Totale studenti iscritti

2.3.5. Fragilità familiare

La famiglia è un soggetto di indiscussa centralità nelle politiche sociosanitarie poiché rappresenta la rete primaria di sostegno, protezione ed intervento, soprattutto per i soggetti più fragili (anziani e minori). Capire dunque le dinamiche che la attraversano diventa basilare per orientare le scelte programmatiche dei servizi. Si è cercato di evidenziare i principali mutamenti che interessano la famiglia in questi anni – il processo di nuclearizzazione e la crescente instabilità – attraverso 3 indicatori, 2 nel set minimo e 1 nel set complementare (figure 18 e 19).

Il numero medio di componenti per famiglia ed il tasso di famiglie unipersonali (famiglie composta da un'unica persona per 100 famiglie) rappresentano il processo di nuclearizzazione (e di semplificazione) in corso da ormai più di venti anni, con la consistenza numerica dei nuclei familiari (e quindi della rete di protezione) che

si assottiglia sempre di più e l'incremento delle famiglie unipersonali, dovuto al fenomeno dei single, ma anche e soprattutto alla crescente quota di anziani soli.

L'indice di instabilità matrimoniale (numero divorziati per 100 maggiorenni residenti) rappresenta l'incidenza della popolazione divorziata e misura una parte (ne sono fuori separazioni legali e di fatto) del più ampio e complesso fenomeno di instabilità familiare.

Attraverso una lettura incrociata con gli indicatori di fragilità economica di questa sezione (percentuale di famiglie povere, tasso di domande per l'integrazione ai canoni di locazione) e con altri della sezione assistenza socio-sanitaria di settore (es. percentuale di famiglie monogenitoriali) si può delineare un quadro delle tensioni alle quali oggi la famiglia è sottoposta.

Figura n.18. Fragilità familiare - set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.determinanti.9	Indice di instabilità matrimoniale (x100)	<i>Numeratore:</i> N. divorziati. <i>Denominatore:</i> popolazione maggiorenne
SM.determinanti.10	Numero medio componenti per famiglie	<i>Numeratore:</i> popolazione residente in famiglia. <i>Denominatore:</i> Numero famiglie

Figura n.19. Fragilità familiare - set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.17	Tasso di famiglie unipersonali	<i>Numeratore:</i> Numero famiglie unipersonali. <i>Denominatore:</i> numero totale famiglie

2.3.6. Terzo settore

Alla luce di quanto esposto poco sopra (minore solidità della rete primaria familiare), acquisisce sempre più importanza la presenza e la stabilità delle reti secondarie (istituzioni e associazionismo), di cui il Terzo settore rappresenta una parte significativa, sia in termini di consistenza che di effettivo supporto sociosanitario. Ai soggetti del Terzo settore è riconosciuto un ruolo centrale nelle politiche sociali: concorrono ai processi di programmazione regio-

nale e locale e, ciascuno secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato. Le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale e le cooperative sociali sono oggetto di specifiche leggi regionali che ne riconoscono il ruolo e ne favoriscono la strutturazione, anche tramite l'istituzione dei rispettivi registri/albi.

L'indice di presenza del Terzo settore formalizzato (soggetti del Terzo settore iscritti ai tre albi regionali per 10 mila residenti) fornisce una misura di sintesi sulla diffusione del Terzo settore a livello zonale e comunale e può dare una prima idea del tessuto presente sul territorio, sul quale contare, e da coinvolgere sempre più, sia nell'individuazione dei bisogni che nella programmazione e nell'erogazione dei servizi.

Figura n.20. Terzo settore - set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.18	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato (x 10.000)	<i>Numeratore:</i> Numero organizzazioni iscritte agli albi regionali (Volontariato, Promozione sociale, Cooperative sociali). <i>Denominatore:</i> Popolazione residente

2.3.7. Stili di vita

I comportamenti individuali possono avere grande influenza sullo stato di salute sia direttamente, in quanto il comportamento stesso può generare patologie, o indirettamente, in quanto il comportamento può determinare uno specifico approccio con la propria salute.

Gli ultimi piani sanitari nazionali hanno indicato il bisogno e l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali per la salute e la diffusione delle conseguenti misure di prevenzione.

La Toscana ha sperimentato, fra gli strumenti di promozione della salute, il sistema di sorveglianza PASSI, ovvero l'attuazione di una sorveglianza continua dei fattori di rischio comportamentali e degli interventi preventivi. L'obiettivo è quello di effettuare un

monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta attraverso una rilevazione sistematica e continua delle abitudini e degli stili di vita, utilizzando come strumento di indagine un questionario telefonico: tale iniziativa è finalizzata a individuare i bisogni di salute della popolazione, a promuovere l'adozione di stili di vita corretti e a verificare l'efficacia degli interventi messi in campo.

Il questionario è costruito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi. Gli ambiti di indagine del sistema PASSI sono:

- la percezione dello stato di salute e i sintomi depressivi;
- il rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio);
- i principali fattori di rischio per le malattie croniche (abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol);
- offerta e utilizzo di programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza);
- sicurezza stradale e domestica.

In Toscana, per l'anno 2008, al fine di fornire alle zone-distretto indicatori legati agli stili di vita della popolazione residente, il Laboratorio MeS ha effettuato interviste sulla popolazione degli assistibili contribuendo, con una integrazione al campione dell'indagine regionale PASSI, al raggiungimento della rappresentatività a livello di zona-distretto. In particolare, il numero di interviste integrative concluse ammonta complessivamente a circa 1.615 che, unite a quelle aziendali, hanno permesso di stimare la frequenza ed evoluzione dei fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione a livello di zona-distretto.

Gli indicatori scelti per i Profili di Salute sono in totale 10, di cui 8 nel set minimo e 2 nel set complementare. Gli indicatori del set minimo si riferiscono ai 5 principali comportamenti a rischio che possono causare malattie o impoverimento della salute dell'individuo, ovvero:

- le abitudini alimentari, considerando la percentuale di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno;
- il peso, considerando la percentuale di popolazione obesa;
- l'attività fisica, considerando la percentuale di popolazione con

- scarsa o assente attività fisica;
- l'abitudine al fumo, considerando la percentuale di fumatori tra la popolazione;
- il consumo di alcol, considerando la percentuale di bevitori a rischio.

Oltre a tali indicatori, vengono segnalati anche indicatori riguardanti il rischio cardiovascolare e la sicurezza domestica.

Figura n.21. Stili di vita, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.determinanti.11	Abitudini alimentari: % di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.determinanti.12	Peso: % di popolazione obesa per sesso (BMI > 30)	<i>Numeratore:</i> rispondenti con BMI > 30 <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.determinanti.13	Attività fisica: % popolazione con scarsa o assente attività fisica per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di svolgere attività moderata (almeno 10 minuti). <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.determinanti.14	Fumo: % fumatori correnti per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di fumare. <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato.
SM.determinanti.15	Alcol: % bevitori a rischio (binge o forte bevitore) per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di bere (20 gr/die per le donne; 40 gr/die per gli uomini). <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato.
SM.determinanti.16	Sicurezza domestica: % persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno per sesso <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.determinanti.17	Rischio cardiovascolare: % persone con diagnosi ipertensione per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di avere una diagnosi ipertensione per sesso <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.determinanti.18	Rischio cardiovascolare: % persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato

Nel set complementare invece sono compresi due indicatori di dettaglio dei precedenti, con riferimento alle abitudini alimentari e al peso.

Figura n.22. Stili di vita, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.19	Abitudini alimentari: % popolazione che consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di consumare frutta e verdura almeno una volta al giorno <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SC.determinanti.20	Peso: % di popolazione in sovrappeso per sesso (BMI: 25-29)	<i>Numeratore:</i> rispondenti con BMI: 25-29 <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato

2.3.8. Ambiente

La “Carta di Ottawa per la Promozione della Salute” della Organizzazione Mondiale della Sanità (1986) indica l’ambiente come uno dei principali determinanti extrasanitari della salute e la protezione dell’ambiente esplicitamente individuata, accanto ad altre (equità sociale, miglioramento delle condizioni di lavoro, educazione, stili di vita, consapevole partecipazione dei cittadini,...), come una delle modalità strategiche più significative per promuovere il benessere fisico, psichico e sociale della popolazione. La stessa definizione di “ambiente e salute” dell’O.M.S. comprende sia gli effetti patologici diretti delle sostanze chimiche, delle radiazioni e di alcuni agenti biologici sia gli effetti (spesso indiretti) sulla salute e sul benessere dell’ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l’alloggio, lo sviluppo urbano, l’utilizzo del territorio e i trasporti. Si tratta di una definizione ampia, che richiede un approccio globale per comprendere le problematiche sottese ed elaborare politiche in linea con gli obiettivi della salute per tutti e dello sviluppo sostenibile, tali da proteggere sia i gruppi più vulnerabili della società sia le nuove generazioni. Nell’individuazione del set degli indicatori sono state evidenziate sia le condizioni ambientali più direttamente connesse a un potenziale effetto per la salute, rappresentate dall’inquinamento atmosferico e acustico (a cui si aggiunge

l'inquinamento elettromagnetico), sia le problematiche correlate ai cicli dei rifiuti e delle acque, al fine di favorire la conoscenza dei possibili determinanti di salute diversi da quelli sanitari, trattati nelle altre sezioni. La rappresentazione del contesto ambientale e territoriale viene facilitata attraverso l'utilizzo di specifici indicatori (precisamente 27, di cui 2 nel set minimo e 25 nel set complementare), che sono stati suddivisi in tre gruppi organici, rappresentativi della qualità ambientale, della qualità dei servizi ambientali e della qualità del territorio, i quali forniscono una "fotografia" dello stato dell'ambiente fisico. Per motivi legati ad una oggettiva difficoltà nel reperimento di alcuni dati e nella loro omogeneizzazione, che ne rende poco significativa la restituzione, al momento sono presentati i soli indicatori significativi della qualità ambientale e della qualità dei servizi ambientali. Per quanto riguarda gli indicatori descrittivi della qualità del territorio sono presentati quelli relativi al settore produttivo, in particolare alla presenza di attività industriali a rischio o di impianti di trattamento rifiuti pericolosi, e alla bonifica di siti contaminati. Per la definizione degli indicatori prescelti (grazie alla consulenza della Direzione Generale Politiche Territoriali e Ambientali della Regione Toscana) sono stati utilizzati i dati messi a disposizione da Agenzie Regionali, ARPAT, associazioni di categoria, Aziende sanitarie locali, comuni e loro consorzi, enti pubblici e privati gestori di servizi.

a. Qualità ambientale

L'inquinamento atmosferico rappresenta un problema vivo nelle aree urbane e metropolitane, infatti, anche se si riscontrano nelle serie storiche relative agli inquinanti da più tempo monitorati (es. biossido di zolfo, e più recentemente biossido di azoto, monossido di carbonio e piombo) alcune tendenze, più o meno evidenti, alla progressiva riduzione delle concentrazioni atmosferiche (dovute alla intensa metanizzazione nel settore del riscaldamento civile, alla riduzione delle presenze industriali nel tessuto urbano e alla presenza di un parco auto più moderno e catalizzato), nuove problematiche emergono e si sovrappongono a quelle già conosciute. La normativa fissa i valori limite di qualità dell'aria finalizzati a

tutelare la salute umana, sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre che la qualità dell'ambiente, e non ammette il peggioramento della qualità dell'aria rispetto alla situazione esistente, anzi, prevede una progressiva riduzione dei limiti indicati. Alla data del 1° gennaio 2005 sono stati aggiornati i valori per alcuni inquinanti, quali biossido di zolfo, monossido di carbonio e materiale particolato fine; dal 1° gennaio 2010 sono pure stati ulteriormente ridotti i valori limite da rispettare per benzene, biossido di azoto, ozono e materiale particolato. I dati relativi al sistema di monitoraggio della qualità dell'aria attraverso l'utilizzo delle centraline fisse sono forniti dall'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Toscana. La qualità dell'aria in Toscana viene controllata tramite un sistema di monitoraggio regionale composto da reti provinciali pubbliche e da reti private. Le reti provinciali sono costituite da stazioni che rilevano sia le concentrazioni di sostanze inquinanti che i parametri meteorologici.

Viene monitorata la qualità dell'aria in vari comuni del territorio regionale, soprattutto presso i principali centri abitati per verificare l'impatto dovuto al traffico veicolare e alla presenza di aree industriali e ciò permette di monitorare ossidi di azoto, ozono, monossido di carbonio, idrocarburi non metanici e polveri fini PM10 e PM2,5. Viene inoltre rilevato dal sistema di monitoraggio della qualità dell'aria, la concentrazione di biossido di zolfo, un inquinante con effetti sulla salute, in quanto irritante per l'apparato respiratorio e per gli occhi e causa di bronchiti fino anche a edemi polmonari e decessi.

Figura n.23. Qualità ambientale -aria-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.36	Concentrazioni Monossido di Carbonio (CO)	Numero di superamenti del valore limite della media massima giornaliera su 8 ore (D.M. 60/2002)
SC.determinanti.37	Concentrazioni di Biossido di Zolfo (SO2)	Concentrazioni medie annue (µg/mc) e numero di superamenti del valore limite orario(D.M. 60/2002)
SC.determinanti.38	Concentrazioni di ossidi di azoto (NO2)	Concentrazioni medie annue (µg/mc) e numero di superamenti del valore limite orario (D.M. 60/2002)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.39	Concentrazioni di PM10	Concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) e numero di superamenti del valore limite giornaliero (D.M. 60/2002)
SC.determinanti.40	Concetrazioni di PM2,5	Concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) (Direttiva 2008/50/CE)
SC.determinanti.41	Concentrazioni di Ozono (O ₃)	Numero di superamenti del valore bersaglio per la protezione della salute umana della media massima giornaliera su 8 ore (D.Lgs 183/2004)
SC.determinanti.42	Concentrazioni di Benzene (C ₆ H ₆)	Concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) (D.M. 60/2002)

L'inquinamento acustico rappresenta uno dei più diffusi e percepiti fattori di disturbo ambientale nelle aree urbane, identificabile con il rumore di fondo legato alla crescita dei volumi di traffico e con i rumori puntuali e "integrativi" legati a industrie, sedi ricreative, etc. Il rumore in ambito urbano è connotato da una ampia estensione temporale (nelle ore notturne, nei giorni festivi e nella fascia temporale interessante le attività ricreative) e da una grande variabilità spaziale, dipendente dalla diffusione delle sorgenti di emissione e dalla conformazione morfologica del tessuto urbano (dimensione delle strade, dei palazzi e degli edifici). Il rapporto dell'O.M.S. "Community Noise – Environmental Health Criteria" riporta che l'esposizione a rumore in ambiente esterno può provocare una serie di effetti negativi quali insonnia, danni uditivi ed extra uditivi (prevalentemente di tipo cardiovascolare), difficoltà di comunicazione e malessere, ai quali si accompagnano effetti di perdita di produttività e di rendimento, nonché effetti sul comportamento che coinvolgono, in particolare, i gruppi più vulnerabili della popolazione (bambini e anziani). La normativa italiana, legge n° 447/1995 "Legge Quadro sull'inquinamento acustico", stabilisce i valori limite, le tecniche di rilevamento e di misura (metodologie e apparecchiature), i criteri e le priorità per i piani di risanamento e gli interventi, le regolamentazioni per le principali infrastrutture di trasporto (ferroviario, aeroportuale, stradale), per i luoghi di intrattenimento e gli edifici di civile abitazione. Si utilizzano come indicatori il superamento dei limiti normativi in

ambiente esterno (numero misure fonometriche superiori ai limiti di legge sul totale delle misurazioni effettuate, con riferimento a sorgenti puntuali e lineari e misurazioni in orari diurni e notturni) e il numero interventi di controllo (l'indicatore fa riferimento al numero di interventi di misura su sorgenti puntuali effettuati da ARPAT, ASL e Polizia Municipale a seguito di esposti o segnalazioni).

Figura n.24. Qualità ambientale -rumore-, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.34	Superamento dei limiti normativi per il rumore in ambiente esterno	<i>Numeratore:</i> numero misure fonometriche superiori ai limiti di legge; <i>Denominatore:</i> numero misure fonometriche effettuate
SC.determinanti.35	Numero interventi di controllo	Numero dei controlli effettuati

Le radiazioni ionizzanti sono di natura elettromagnetica (raggi X, raggi gamma) e di natura corpuscolare (soprattutto raggi alfa) dotate di energia tale da poter ionizzare la materia che colpiscono. Questo effetto diretto sulla materia si traduce, nel caso che siano colpiti esseri viventi, in un danno proporzionale all'intensità delle radiazioni stesse. In particolare, nel caso di danneggiamento del DNA, possono essere indotti processi di cancerogenesi. L'International Agency for Research on Cancer (IARC) organismo dell'O.M.S., ha classificato come sostanze cancerogene numerosi radioisotopi, o elementi radioattivi, sia di origine naturale che artificiale. Tra i primi vi è il gas radioattivo Radon, qui utilizzato come indicatore di qualità ambientale. Il Radon viene emesso dal terreno e da alcuni materiali da costruzione; all'aperto esso si disperde rapidamente, ma negli edifici può assumere concentrazioni pericolose per la salute umana. Questo gas è generalmente considerato la seconda causa dei tumori polmonari, dopo il fumo di sigaretta.

La conoscenza riguardo alle aree a rischio di esposizione al Radon in Toscana è solo parziale e alcune indagini nazionali e regionali hanno mostrato per la nostra regione un valore medio di concentrazione inferiore a quello nazionale. Tuttavia alcune aree

del territorio regionale presentano concentrazioni pari ai livelli maggiori riscontrabili in Italia. È operativa la campagna di monitoraggio per la definizione dei livelli di concentrazione di Radon indoor attraverso l'utilizzo di dosimetri passivi da installare, per un periodo di un anno, nelle abitazioni di un campione statisticamente significativo di soggetti. Si possono quindi calcolare i livelli di concentrazione nelle abitazioni, come numero di comuni per livello di rischio (alto, medio, basso), in base a mappatura del territorio regionale.

Figura n.25. Qualità ambientale -radon-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.30	Probabilità di elevate concentrazioni di gas radon nelle abitazioni (alta, media, bassa) ⁹	N. di comuni per livello di rischio radon (alto, medio, basso), in base a mappatura del territorio regionale

Con il termine di inquinamento elettromagnetico si è soliti indicare una pressione ambientale derivante dalla utilizzazione o dalla produzione di campi elettromagnetici da parte di sorgenti o apparati installati dall'uomo. Le sorgenti di campi elettromagnetici più importanti e diffuse interessano la banda extremely low frequency (ELF – a frequenza estremamente bassa: 30 – 300 Hz), inerente agli elettrodotti e le cabine di trasformazione e banda ad alta frequenza (tra i 300 KHz e i 3 GHz), gli impianti per la diffusione radiofonica e televisiva (RTV) e gli impianti per la telefonia mobile (Stazioni Radio Base – SRB).

La normativa fa una distinzione tra gli effetti di questi due tipi di radiazione e quindi tra i valori limite adeguati alle stesse. In particolare stabilisce valori di attenzione e obiettivi di qualità che, per il campo elettrico a radiofrequenza, sono pari a 6 V/m e risultano tra i più cautelativi al mondo. Per quanto attiene le ELF, il valore di attenzione e l'obiettivo di qualità per l'induzione magnetica alla frequenza di 50 Hz sono pari rispettivamente a 10 microTesla (μ T) e a 3 microTesla e superano sensibilmente i valori per i quali le evidenze scientifiche, seppure limitate, indicano un aumento di rischio di insorgenza di leucemie infantili.

Quale indicatore, oltre al numero di impianti presenti sul territorio, si utilizza quindi il superamento dei limiti normativi dovuti a impianti Rtv e a Srb (numero superamenti limite di esposizione e limite di attenzione); i dati relativi a campagne di monitoraggio riguardanti i campi elettromagnetici sono monitorati dal Sistema Informatico Regionale Ambientale (SIRA) dell'ARPAT.

Figura n.26. Qualità ambientale -srb-, set minimo.

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.	Numero di impianti SRB	<i>Numero di impianti SRB per comune</i>
SC.determinanti.	Numero di impianti RTV	<i>Numero di impianti RTV per comune</i>
SC.determinanti.31	Superamento dei limiti normativi dovuti a Srb: superamenti limite di esposizione e limite di attenzione	<i>Numeratore:</i> numero dei superamenti dei limiti normativi (limite di esposizione; limite di attenzione) dovuti a Stazioni Radio Base (SRB); <i>Denominatore:</i> totale interventi di misura
SC.determinanti.32	Superamento dei limiti normativi dovuti a impianti Rtv: superamenti limite di esposizione e limite di attenzione	<i>Numeratore:</i> numero. dei superamenti dei limiti normativi (limite di esposizione; limite di attenzione) dovuti a impianti radio televisivi (RTV); <i>Denominatore:</i> totale interventi di misura

b. Qualità dei servizi ambientali

Le problematiche connesse alla produzione di rifiuti hanno assunto negli ultimi decenni proporzioni sempre maggiori proprio in relazione al miglioramento delle condizioni economiche e conseguente aumento dei consumi, al veloce progredire dello sviluppo industriale, all'incremento della popolazione e delle aree urbane. La diversificazione e moltiplicazione della tipologia dei rifiuti ha generato ulteriori effetti nocivi per l'ambiente e la salute: gli aspetti ambientali si intrecciano quindi con aspetti economici e sociali, coinvolgendo stili di vita e modelli di sviluppo sostenibili. Dal punto di vista strettamente sanitario i possibili effetti legati al ciclo dei rifiuti sono sostanzialmente individuabili nella gestione della raccolta dei rifiuti stessi e nel metodo di smaltimento. Nel caso dello smaltimento, la gestione

dei rifiuti può condurre a fenomeni di inquinamento delle acque sotterranee e superficiali, nel caso delle discariche, o alla emissione di sostanze potenzialmente pericolose provenienti dalla combustione, negli impianti di termodistruzione.

La fonte dei dati relativi a produzione di rifiuti urbani e alla raccolta differenziata è l’Agenzia Regione Recupero Risorse (ARRR). L’indicatore relativo alla produzione rifiuti urbani (Kg rifiuti prodotti su popolazione residente) può essere considerato un indice dei comportamenti individuali e della bontà delle politiche di gestione e riduzione della produzione dei rifiuti sino ad oggi attuate, mentre la percentuale di raccolta differenziata (rifiuti differenziati su rifiuti urbani totali) evidenzia la bontà del modello organizzativo che dovrebbe tendere a soddisfare gli obiettivi fissati dalla normativa regionale.

Figura n.27. Qualità servizi ambientali -rifiuti-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.determinanti.19	Produzione pro-capite Rifiuti Urbani	<i>Numeratore:</i> kg rifiuti urbani prodotti; <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SM.determinanti.20	% di Raccolta Differenziata	<i>Numeratore:</i> Rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata; <i>Denominatore:</i> Rifiuti Urbani totali

Negli ultimi decenni la crescente urbanizzazione e lo sviluppo socioeconomico hanno determinato un costante aumento dei fabbisogni idrici a livello globale: il problema del consumo e della tutela delle risorse idriche, soprattutto di quelle sotterranee, è ormai all’attenzione di tutti. La risorsa acqua, sebbene sia compresa tra quelle rinnovabili, non presenta una distribuzione identica da luogo a luogo e nel corso degli anni. Questi fattori determinano la necessità di interventi di gestione locale dell’intero “ciclo di utilizzo” della risorsa idrica, dall’approvvigionamento di acqua potabile fino allo scarico dei reflui trattati: una gestione razionale risulta quindi indispensabile per la soddisfazione dei requisiti di igienicità dei fabbisogni e la sostenibilità ambientale del consumo di tale risorsa. Va inoltre detto che il rifornimento di acqua microbiologicamente sicura (attingendo a fonti non contaminate

o trattando adeguatamente le forniture ad uso potabile) è la più efficace misura che si possa prendere per proteggere la salute della popolazione dalle malattie trasmesse attraverso l'acqua.

I dati relativi al ciclo di utilizzo delle acque in termini di consumi, qualità all'utenza, trattamento e tipologia dei reflui prodotti sono ottenibili presso le Autorità di Ambito Territoriale Ottimale (AATO). L'efficienza di un servizio pubblico può quindi essere misurata attraverso il grado di copertura e soddisfazione dei potenziali utenti del territorio, che nel caso del servizio idrico integrato può essere vista come percentuale di popolazione allacciata al pubblico acquedotto e ad impianto terminale per la depurazione delle acque reflue. Oltre agli indici di copertura del servizio acquedottistico, si valuta la dotazione idrica pro capite: lo scopo dell'indicatore è di evidenziare l'entità dei consumi idrici e di verificare l'efficienza della rete acquedottistica ed in particolare di valutare l'entità delle perdite idriche. Altro indicatore utile da monitorare riguardante la qualità dell'acqua è la percentuale di popolazione rifornita con acque potabili con parametri di qualità in deroga che è correlato all'efficienza dei processi di depurazione. Tali processi, riferiti agli impianti di depurazione pubblici, consistono, in modo sommario, nella raccolta di reflui industriali e scarichi civili e nel successivo abbattimento delle nocività presenti (microbiologiche e chimiche) effettuato con l'ausilio di idonei trattamenti.

Figura n.28. Qualità servizi ambientali -acqua-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.21	Percentuale popolazione servita da acquedotto	<i>Numeratore:</i> Popolazione servita da acquedotto; <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SC.determinanti.22	Disponibilità Idrica	<i>Numeratore:</i> Litri di acqua immessa in rete acquedottistica; <i>Denominatore:</i> popolazione servita da acquedotto
SC.determinanti.23	Percentuale di popolazione allacciata ad impianto depurazione acque	<i>Numeratore:</i> Popolazione allacciata ad impianto di depurazione di acque; <i>Denominatore:</i> popolazione residente

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.24	Qualità delle acque destinate al consumo umano	<p><i>Numeratore:</i> Popolazione rifornita con acque potabili con parametri di qualità in deroga;</p> <p><i>Denominatore:</i> Totale della popolazione servita da acquedotto</p>

c. Qualità del territorio

La normativa quadro italiana sulla prevenzione di incidenti rilevanti (costituita dal D.Lgs. 334/1999) ha la finalità di prevenire gli incidenti rilevanti connessi a determinate sostanze pericolose e a limitarne le conseguenze per l'uomo e per l'ambiente. I gestori di depositi e impianti in cui vengono stoccate e/o impiegate, nonché generate, in determinate quantità, sostanze pericolose, oltre a valutare i rischi devono adottare tutte le precauzioni finalizzate ad evitare incidenti e a mitigare le conseguenze qualora essi dovessero verificarsi. Uguali obblighi sono previsti per la presenza in stabilimento di preparati pericolosi (D.M. 65/2003).

In presenza di quantitativi "consistenti" di sostanze pericolose deve essere predisposto uno specifico rapporto di sicurezza, corredato da una approfondita analisi dei rischi e dalla stima delle possibili conseguenze in caso di incidente, in particolare in relazione al territorio urbanizzato in cui lo stabilimento si trova. È quindi importante monitorare il numero di industrie a rischio di incidente rilevante. La bonifica delle aree inquinate interessa il risanamento delle matrici ambientali (suolo, sottosuolo, acque superficiali e sotterranee) in cui si sono verificati fenomeni di inquinamento associati principalmente a versamenti di sostanze contaminanti provenienti da attività industriali o da siti in passato utilizzati per lo smaltimento di rifiuti solidi urbani. Un sito contaminato è definito come un'area nella quale anche uno solo dei valori di concentrazione di sostanze inquinanti riferiti alle singole matrici ambientali supera i valori di concentrazione limite, per la specifica destinazione d'uso, riportati nella normativa di riferimento.

Gli aspetti sanitari sono in relazione al rilascio nelle matrici ambientali di sostanze inquinanti, anche potenzialmente pericolose

per la salute umana, e alla possibilità che queste possano entrare in contatto con la popolazione direttamente o indirettamente. La normativa prevede l'attivazione di una procedura di analisi di rischio del sito specifica, la quale permette di verificare, in via preliminare, i rischi derivanti dalla presenza di sostanze potenzialmente pericolose nelle diverse matrici ambientali in modo da indirizzare i successivi interventi di bonifica. L'elenco dei siti contaminati è monitorato all'interno del Sistema Informatico Regionale Ambientale (SIRA) dell'ARPAT, dove sono riportati i riferimenti geografici per la localizzazione del sito, la denominazione, lo stato di attuazione del procedimento di bonifica. L'indicatore Stato di attuazione degli interventi di bonifica misura il numero di siti per cui è in fase di rilascio oppure è stata rilasciata la certificazione di avvenuta bonifica e il numero di siti per cui non è stata ancora attivata la procedura di bonifica (in gran parte aree prima adibite a discarica).

Figura n.29. Qualità territorio -bonifiche-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.26	Presenza di siti contaminati: numero per tipologia (area industriale dismessa, discarica rifiuti, area di cava, ecc.)	<i>Numeratore:</i> n. di siti inquinati, per tipologia (area industriale dismessa, discarica rifiuti, area di cava, ecc.);
SC.determinanti.27	Stato di attuazione degli interventi di bonifica: numero sul totale dei siti per fasi di avanzamento (investigazione, caratterizzazione, progetto preliminare e definitivo, avvenuta certificazione)	<i>Numeratore:</i> n. di siti inquinati per fasi di avanzamento (investigazione, caratterizzazione, progetto preliminare e definitivo, avvenuta certificazione); <i>Denominatore:</i> totale dei siti inquinati
SC.determinanti.33	Numero aziende a rischio di incidenti rilevante	

La sfida ambientale del futuro potrebbe giocarsi sulle aree urbane, infatti l'estensione del suolo destinato all'urbanizzazione cresce più velocemente della popolazione: per questo in Europa si parla di "espansione urbana incontrollata", che determina un aumento del "consumo" pro capite di suolo. I centri urbani esercitano forti pressioni ambientali (inquinamento dell'aria e dell'acqua, consu-

mo di suolo e di risorse naturali, alterazioni dell'assetto del territorio e del bilancio idrogeologico, e altro ancora) che interessano un'area molto più estesa di quella che occupano.

La qualità del tempo libero in città è essenziale per una comunità sostenibile e significa anche accesso alle aree verdi pubbliche: si considera quindi quale indicatore di qualità della vita anche la disponibilità di tali aree. Per valutare la vivibilità di un territorio comunale si misura quindi la superficie pro-capite di verde urbano fruibile.

La congestione causata dal traffico automobilistico sta raggiungendo livelli insostenibili anche nei centri urbani più piccoli, con conseguenze preoccupanti sulla sanità pubblica, sulla mobilità delle persone e sulla vivibilità dell'ambiente urbano in generale. Una delle risposte più immediate a questo attualissimo problema è l'esclusione totale dal traffico automobilistico di alcune aree del territorio comunale (isole pedonali). La loro estensione può considerarsi un indicatore delle capacità delle amministrazioni comunali di attuare questo tipo di risposta, e può essere valutata in termini di disponibilità di isole pedonali per gli abitanti. Considerazioni analoghe a quelle delle isole pedonali, si possono fare per la valutazione dell'indicatore relativo alla disponibilità di Zone a Traffico Limitato (ZTL), intendendo le aree in cui l'accesso e la circolazione veicolare sono limitate a ore prestabilite o a particolari categorie di utenti e di veicoli.

L'estensione di piste ciclabili in un territorio comunale, ma soprattutto la disponibilità pro capite espressa in metri per abitante, sono indicative della capacità dei Comuni di incentivare forme di trasporto alternative all'automobile, al fine di ridurre l'inquinamento atmosferico e la congestione da traffico nei centri storici.

Figura n.30. Qualità territorio -aree protette-, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.25	Percentuale aree protette (parchi nazionali, regionali, provinciali, riserve statali, riserve naturali provinciali, ANPIL) sul totale della superficie	<i>Numeratore:</i> superficie delle aree protette (parchi nazionali, regionali, provinciali, riserve statali, riserve naturali provinciali, ANPIL); <i>Denominatore:</i> Totale della superficie (ha)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.determinanti.28	Isole Pedonali - Ztl	<i>Numeratore:</i> Mq di isole pedonali e Ztl; <i>Denominatore:</i> Popolazione residente
SC.determinanti.29	Piste Ciclabili: metri equivalenti/abitante	<i>Numeratore:</i> Metri equivalenti di piste ciclabili; <i>Denominatore:</i> Popolazione residente
SC.determinanti.43	Verde Urbano Fruibile: superficie pro/capite di verde fruibile attrezzato in area urbana	<i>Numeratore:</i> Superficie (m2) di verde attrezzato, parchi urbani e verde storico <i>Denominatore:</i> Totale della popolazione residente

2.3.9. Spunti di riflessione

Come già accennato, quello presentato non è un set statico e definitivo, quanto piuttosto uno strumento dinamico che necessita di un continuo miglioramento e affinamento, di aggiunte e di screature quando se ne verifichi l'inadeguatezza. Sulla base di ciò si propongono allora alcuni sintetici spunti di riflessione sulle possibili ed auspicabili integrazioni agli indicatori sui determinanti di salute.

Per quanto riguarda l'area che abbiamo chiamato del reddito e della condizione economica, ma che si riferisce al più ampio tema della povertà, occorre lavorare in direzione di indicatori più dettagliati e aggiornati, che in qualche modo possano dare una dimensione di altri aspetti significativi: la diffusione e le caratteristiche della povertà, le dinamiche dei consumi e l'indebitamento delle famiglie.

In tale prospettiva, la Rete degli Osservatori Sociali Provinciali potrà beneficiare (e mettere a disposizione) dei risultati e delle metodologie messe a punto nell'ambito di un progetto innovativo per la stima della povertà su piccole aree, finanziato dal Settimo Programma Quadro dell'UE, al quale sta lavorando l'Osservatorio Politiche Sociali di Pisa insieme all'Università di Pisa e all'Università di Siena, in partenariato con diverse università europee (progetto SAMPLE – www.sample-project.eu). Limitandoci ai dati già disponibili, sarebbe inoltre opportuno calcolare l'indicatore sulle domande di contributo per l'affitto in modo più specifico, mettendo al denominatore, invece che le

famiglie residenti, una stima del numero di famiglie che vivono in affitto (ottenuta applicando la percentuale di famiglie in affitto del censimento 2001 alle famiglie attuali). Inoltre, un indicatore aggiuntivo interessante e facilmente calcolabile potrebbe essere il tasso di incapienza, definito come la percentuale di residenti che non ha dichiarato un reddito al fisco, ottenuta come differenza tra il numero di contribuenti (fonte Agenzia Entrate) e i residenti alla stessa data, limitando solo ai maggiori di 30 anni (per eliminare l'influenza del diverso livello di scolarizzazione).

Per la tematica del lavoro, oltre ad affinare le misurazioni su occupazione e disoccupazione, diventa sempre più indispensabile riuscire a costruire indicatori che aiutino anche a comprendere la natura e la stabilità di tale occupazione. In merito all'istruzione, il continuo monitoraggio degli indicatori proposti deve essere accompagnato dall'inserimento di altri che vadano ad indagare le delicate e centrali tematiche della dispersione e dell'abbandono scolastico.

La complessa area della famiglia necessita di ulteriori indicatori tesi da un lato a mettere in luce il grado di solidità delle reti familiari e dall'altro a far emergere le dinamiche di impoverimento in atto in questi ultimi anni. In relazione al tessuto associazionistico ed al terzo settore in generale, occorre fare uno sforzo in termini di valutazione della solidità delle organizzazioni operanti; cercare di capire, cioè, non solo la quantità dei soggetti presenti sul territorio (e comunque anche in questo ambito riuscire a quantificare il numero di iscritti per ogni tipologia di organizzazione), ma anche la qualità (organizzazione, livello di strutturazione, professionalità, ecc.) degli stessi. Inoltre non bisogna dimenticare che esiste un terzo settore non istituzionalizzato (non iscritto ad albi e registri), ma che comunque opera e fornisce supporto sul territorio.

I processi che determinano gli effetti dell'ambiente sulla salute non sono semplici e devono essere in molti casi ancora chiariti. Tuttavia la qualità dell'ambiente è percepita dalla popolazione come fattore determinante del proprio benessere. Non può dunque essere adeguata ai bisogni della popolazione una politica di promozione della salute che non la contempli. L'integrazione delle politiche ambientali e sanitarie è una delle strategie fondamentali per perseguire gli obiettivi

di tutela dell'ambiente e sostenibilità dello sviluppo e il Profilo di Salute lo strumento capace di integrare le informazioni importanti per la messa in atto e la valutazione di tali strategie. È indubbio che gli indicatori rappresentano uno degli strumenti più utili per le attività di ricerca nel campo della epidemiologia ambientale, tuttavia, allo stato attuale, sono stati strutturati pochi indicatori significativi in grado di dimostrare in modo inequivocabile la correlazione tra qualità e quantità di sostanze inquinanti presenti nell'ambiente di vita e tipologia di danni arrecati alla salute umana. Fra gli indicatori utilizzati per valutare la qualità della vita in un centro urbano, la disponibilità del verde pubblico, sia in termini quantitativi che qualitativi, risulta tra i più significativi. Oltre agli effetti positivi dal punto di vista estetico, le aree verdi presenti in un centro urbano possono aiutare a ridurre gli effetti negativi dell'inquinamento atmosferico e acustico. È auspicabile pertanto che tra gli obiettivi delle amministrazioni comunali siano presenti il mantenimento e la valorizzazione del verde pubblico già presente e la creazione di nuovi spazi verdi, attrezzati e non attrezzati, fruibili dalla popolazione e integrati con il paesaggio cittadino. Sarebbe quindi auspicabile introdurre un nuovo indicatore che misuri i metri quadri di verde disponibili nei territori comunali per ciascun residente. Lo standard di legge è stato fissato a 9 m² pro-capite dal DM 1444/68 e dalla LR 61/85. In realtà questo limite fa riferimento al solo verde attrezzato, ma non esiste una definizione univoca né di verde pubblico in generale, né, tanto meno, di verde attrezzato, e i Comuni adottano criteri diversi di classificazione e di produzione dei dati.

2.4. L'assistenza sanitaria territoriale: i Livelli Essenziali di Assistenza²³

Secondo la "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale"²⁴ la Società della Salute esercita (tra l'altro) funzioni di:

a) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese

²³ A cura di Paolo Francesconi e Alessandro Barchielli.

²⁴ Testo coordinato della legge regionale 40 del 2005, articolo 71 bis "Società della Salute: finalità e funzioni".

nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato;

- b) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a), inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie.

Appare quindi essenziale che la programmazione sociosanitaria integrata a livello locale abbia a disposizione, sia nella fase propeutica alla programmazione che nella fase di valutazione dei risultati ottenuti, un profilo di salute che includa un set omogeneo di indicatori relativi alle attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) territoriali. Nei LEA sono inserite le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. I LEA sono stati definiti con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza” e sono organizzati in tre settori:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica,
- assistenza distrettuale,
- assistenza ospedaliera.

Oltre alle prestazioni incluse a livello nazionale nei LEA, è previsto che le singole Regioni possano stabilire ulteriori prestazioni da erogare con stanziamenti propri. I LEA recepiti ed integrati dalla Regione Toscana sono regolarmente elencati nel Piano Sanitario Regionale. In figura n. 31 si riportano i LEA del settore “assistenza distrettuale” elencati nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed i rispettivi indicatori inclusi nel set minimo, descritti in dettaglio in figura.

Figura n.31. Lea “Assistenza territoriale” nel PSR 2008-2010

LEA	Indicatori “set minimo” (SC.territoriale.LEA.x)
2.1. Assistenza medica di base	
2.1.1. Medicina generale	1-14
2.1.2. Pediatria di libera scelta	15
2.1.3. Continuità assistenziale	16

LEA	Indicatori “set minimo” (SC.territoriale.LEA.x)
2.2. Assistenza farmaceutica	
2.2.1. Farmaceutica aziendale e assistenza integrativa	---
2.2.2. Farmaceutica convenzionata e integrativa	17
2.3. Assistenza specialistica ambulatoriale	
2.3.1. Specialistica	18
2.3.2. Diagnostica strumentale	19
2.4. Assistenza distrettuale	
2.4.1. Emergenza sanitaria territoriale	---
2.4.2. Attività di prevenzione rivolta alla persona	20-21
2.4.3. Attività distrettuali	22-26
2.4.4. Attività consultoriali	Vedi capitolo “assistenza socio-sanitaria: famiglie e minori”
2.4.5. Assistenza ai malati terminali	27-29
2.4.6. Assistenza alle persone con infezione da HIV	---
2.5. Riabilitazione	
2.5.1. Riabilitazione funzionale	30-32
2.5.2. Disabilità	Vedi capitolo “assistenza sociosanitaria: disabilità”
2.5.3. Assistenza protesica	---
2.5.4. Assistenza termale	---
2.6. Assistenza agli anziani	Vedi capitolo “assistenza socio-sanitaria: anziani”
2.7. Salute mentale	Vedi capitolo “assistenza socio-sanitaria: salute mentale”
2.8. Dipendenze	
2.8.1. Alcolismo	Vedi capitolo “assistenza socio-sanitaria: dipendenze”
2.8.2. Tossicodipendenze	

2.4.1. Fonti dei dati

Per la predisposizione degli indicatori relativi alla assistenza sanitaria territoriale vengono in larga misura utilizzati i dati dei flussi

informativi correnti del Servizio Sanitario della Toscana, generalmente disponibili almeno dall'inizio degli anni 2000, con particolare riguardo a:

1. Flussi ricoveri ospedalieri (SDO e passivo extraregionale),
2. Flussi farmaceutica (SPF, FED).

Per la rilevanza dei fenomeni indagati, a differenza di quanto definito nei criteri generali, si è ritenuto opportuno includere comunque nel set minimo alcuni indicatori (associazionismo MMG e PLS, utenti ADI, ADP ed *hospice*) che per la mancanza di specifici flussi informativi regionali attualmente possono essere calcolati solo a livello di Asl.

2.4.2. Gli indicatori

Complessivamente sono stati definiti 33 indicatori nel set minimo (figura n. 32) e 17 nel “set complementare” (figura n. 33). L'elevato numero di indicatori inclusi in questa sezione è giustificato dal fatto che le attività sanitarie svolte a livello territoriale rappresentano uno dei principali settori di interesse delle Società della Salute. È pertanto utile disporre di un ampio set di indicatori in grado di descrivere adeguatamente le diverse aree di intervento.

Tra le attività sanitarie svolte a livello territoriale, va in primo luogo citata l'assistenza ai pazienti con patologie croniche, anche per la centralità che lo sviluppo della sanità di iniziativa secondo i principi del *chronic care model* ha assunto nel PSR 2008-2010 e in altri atti di programmazione sanitaria regionale²⁵. In coerenza con le patologie oggetto di tali programmi, il set minimo presenta indicatori sulle modalità di follow-up e di trattamento farmacologico a livello extraospedaliero dei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, BPCO, ictus. Questi valutano i livelli di adesione nella pratica clinica corrente a quanto indicato nelle linee guida nazionali o internazionali per le specifiche patologie. A titolo di esempio, sono indicatori del:

– *follow-up* ambulatoriale: la effettuazione del dosaggio della

²⁵ Vedi, ad esempio, la delibera della Giunta Regionale n° 716 del 3 agosto 2009.

emoglobina glicata e della retinografia nei pazienti con diabete, la determinazione di elettroliti ematici e creatinina nei pazienti con scompenso cardiaco, ecc.;

- trattamento farmacologico: l'uso di ACE-inibitori o di antagonisti dei recettori dell'angiotensina II (sartani) nei pazienti con scompenso cardiaco, l'uso di terapia antiaggregante piastrinica in pazienti con ictus non emorragico o TIA, ecc..

Per alcune patologie sono inoltre disponibili indicatori di esito del trattamento ambulatoriale, quali, ad esempio, i tassi di ricovero per scompenso cardiaco e per diabete.

Senza raggiungere la esaustività delle tematiche affrontate, indichiamo brevemente altri importanti aspetti assistenziali affrontati dagli altri indicatori riportati in questa sezione del set minimo:

- indicatori relativi alle attività di prevenzione rivolte alla persona, quali l'estensione e la partecipazione agli *screening* oncologici e la copertura delle vaccinazioni nel bambino e nell'anziano;
- indicatori relativi alla diffusione delle attività di riabilitazione in pazienti con malattie ad esito invalidante, in particolare ictus e frattura di femore;
- indicatori relativi all'assistenza ai pazienti terminali (uso oppiacei, utenti hospice).

Altri gruppi di indicatori sono volti a valutare aspetti più propriamente organizzativi (diffusione forme associative tra MMG e PLS) e di possibile appropriatezza nella prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di indagini diagnostiche strumentali.

Nel complesso, la serie di indicatori disponibili riesce a descrivere la maggior parte delle aree di interesse dei LEA territoriali ed a fornire un'ampia base conoscitiva e valutativa per i programmi di sanità di iniziativa per le principali patologie croniche. Il principale limite di questa sezione sta nel fatto che per alcuni aspetti importanti dell'assistenza territoriale (es. ADI, ADP, utenti hospice) non esistono flussi informativi regionali, in grado di garantire dati raccolti in maniera omogenea a livello locale, penalizzando così la confrontabilità tra le varie aree.

Figura n.32. Set “minimo” indicatori Lea “Assistenza territoriale”

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-LEA.1	Percentuale MMG in associazione complessa o in gruppo	<i>Numeratore:</i> n. MMG in associazione complessa o in gruppo <i>Denominatore:</i> n. totale MMG convenzionati
SM.territoriale-LEA.2	Tasso standardizzato per età di accesso al PS codice bianco o celeste (>= 15 anni)	<i>Numeratore:</i> n. accessi al PS bianchi e celesti <i>Denominatore:</i> popolazione oltre 15 anni
SM.territoriale-LEA.3	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow-up di laboratorio	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con determinazione Elettroliti e Creatinina negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.4	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori/ sartanici	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti di Ictus (pazienti con evento ospedalizzato nei 5 anni precedenti) <i>Denominatore:</i> popolazione residente. Standard: popolazione Toscana 2000
SM.territoriale-LEA.5	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test emoglobina glicata (HbA1c) negli ultimi 6 mesi	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test HbA1c negli ultimi 6 mesi
SM.territoriale-LEA.6	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.7	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.8	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.9	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica
SM.territoriale-LEA.10	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-LEA.11	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.12	Tasso di ospedalizzazione per BPCO standardizzato per età	Ricoveri per ICD9 490-492, 496
SM.territoriale-LEA.13	Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età	Ricoveri per ICD9 250
SM.territoriale-LEA.14	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età	Ricoveri per scompenso cardiaco senza procedure cardiache (ICD-IX-CM 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, escluso procedure 35.**-37.**)
SM.territoriale-LEA.15	Percentuale PLS in gruppo	<i>Numeratore:</i> n. PLS in gruppo <i>Denominatore:</i> n. totale PLS convenzionati
SM.territoriale-LEA.16	Percentuale accessi totali in PS preceduti da contatto con CA nei periodi di attività della CA	<i>Numeratore:</i> persone che durante l'indagine hanno risposto di essersi recati in PS dopo aver chiamato la guardia medica <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato
SM.territoriale-LEA.17	Spesa farmaceutica procapite pesata (erogazione indiretta e diretta)	<i>Numeratore:</i> spesa farmaceutica indiretta+diretta <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SM.territoriale-LEA.18	Tasso standardizzato per età di visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR)	
SM.territoriale-LEA.19	Tasso standardizzato per età di indagini diagnostica strumentale (complessivo radiologia tradizionale, ecografie, tac, rmn)	
SM.territoriale-LEA.20	Tassi di Copertura Vaccinali MPR (a 24 mesi)	<i>Numeratore:</i> dosi di vaccino Morbillo Parotite e Rosolia <i>Denominatore:</i> bambini entro i 2 anni
SM.territoriale-LEA.21	Tassi di Copertura Vaccinali Anti-Influenzali (>65)	<i>Numeratore:</i> dosi vaccino antinfluenzale/ <i>Denominatore:</i> popolazione oltre 65 anni
SM.territoriale-LEA.22	Tasso standardizzato per età di ricoveri >30 gg su popolazione residente (> 65 anni) depurato per condizioni specifiche	

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-LEA.23	Tasso nuovi utenti ADI (> 14 anni)	<i>Numeratore:</i> n. ADI attivate nell'anno di riferimento <i>Denominatore:</i> popolazione ultra14enne (x 1000)
SM.territoriale-LEA.24	Tasso utenti ADI (> 14 anni)	<i>Numeratore:</i> n. ADI attive al 31.03 dell'anno di riferimento <i>Denominatore:</i> popolazione ultra14enne (x1000)
SM.territoriale-LEA.25	Tasso nuovi utenti ADP (> 14 anni)	<i>Numeratore:</i> n. ADP attivate nell'anno di riferimento <i>Denominatore:</i> popolazione ultra14enne (x 1000)
SM.territoriale-LEA.26	Tasso utenti ADP (> 14 anni)	<i>Numeratore:</i> n. ADP attive al 31.03 dell'anno di riferimento <i>Denominatore:</i> popolazione ultra14enne (x 1000)
SM.territoriale-LEA.27	Percentuale deceduti per tumore assistiti in terapia con oppioidi negli ultimi due mesi di vita	<i>Numeratore:</i> Percentuale assistiti in terapia con oppioidi (N02A) negli ultimi due mesi di vita <i>Denominatore:</i> totale deceduti per tumore
SM.territoriale-LEA.28	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	<i>Numeratore:</i> DDD di farmaci oppioidi (N02A) per il controllo del dolore consumate dell'anno. <i>Denominatore:</i> n° residenti x numero giorni dell'anno
SM.territoriale-LEA.29	Tasso utenti Hospice	<i>Numeratore:</i> n. ricoveri in "strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale (Hospices)" (del GR 467/2007) nell'anno di riferimento <i>Denominatore:</i> popolazione residente (x 1000)
SM.territoriale-LEA.30	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)	
SM.territoriale-LEA.31	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)	
SM.territoriale-LEA.32	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero	

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-LEA.33	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero	

Figura n.33. Set “complementare” indicatori Lea “Assistenza territoriale”

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.territoriale-LEA.1	Percentuale di pazienti diabetici con almeno un esame della retina negli ultimi 36 mesi	<i>Numeratore:</i> n. pazienti assistiti per diabete con un esame della retina negli ultimi 36 mesi <i>Denominatore:</i> n. pazienti assistiti per diabete
SC.territoriale-LEA.2	Tassi standardizzato per età di visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR)	<i>Numeratore:</i> n. visite specialistiche (specifico per le 7 specialità PSR) <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SC.territoriale-LEA.3	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR)	<i>Numeratore:</i> n. visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR) <i>Denominatore:</i> Totale visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X 100)
SC.territoriale-LEA.4	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR)	<i>Numeratore:</i> n. visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR) <i>Denominatore:</i> Totale visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) effettuate in presidi della Zona-distretto (X 100)
SC.territoriale-LEA.5	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR)	<i>Numeratore:</i> n. visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR) <i>Denominatore:</i> Totale visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X 100)
SC.territoriale-LEA.6	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR)	<i>Numeratore:</i> n. visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR) <i>Denominatore:</i> Totale visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X 100)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.territoriale-LEA.7	Tasso standardizzato per età di indagini diagnostica strumentale (specifico radiologia tradizionale, ecografie, tac, rmn)	<i>Numeratore:</i> n. visite complessivo indagini diagnostica strumentale (specifico per radiologia tradizionale, ecografie, tac, rmn) <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SC.territoriale-LEA.8	Percentuale indagini diagnostica strumentale (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate in presidi della Zona-distretto	<i>Numeratore:</i> n. indagini diagnostica strumentale (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate in presidi della Zona-distretto <i>Denominatore:</i> Totale indagini diagnostica strumentale (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X 100)
SC.territoriale-LEA.9	Percentuale malati deceduti per tumore assistiti da cure palliative a domicilio o in hospice	<i>Numeratore:</i> Malati deceduti per tumore assistiti da cure palliative a domicilio o in hospice <i>Denominatore:</i> deceduti per tumore (ICD9 140-208)
SC.territoriale-LEA.10	Indicatore appropriatezza prescrittiva Del. GR 148	vedi Indicatore Del. GR 148
SC.territoriale-LEA.11	Screening tumore cervice uterina: percentuale estensione	<i>Numeratore:</i> popolazione invitata <i>Denominatore:</i> popolazione target diviso intervallo screening (x 100)
SC.territoriale-LEA.12	Screening tumore cervice uterina: percentuale adesione	<i>Numeratore:</i> popolazione che ha aderito <i>Denominatore:</i> popolazione invitata (x 100)
SC.territoriale-LEA.13	Screening tumore mammella: percentuale estensione	<i>Numeratore:</i> popolazione invitata <i>Denominatore:</i> popolazione target diviso intervallo screening (x 100)
SC.territoriale-LEA.14	Screening tumore mammella: percentuale adesione	<i>Numeratore:</i> popolazione che ha aderito <i>Denominatore:</i> popolazione invitata (x 100)
SC.territoriale-LEA.15	Screening tumore colon-retto: percentuale estensione	<i>Numeratore:</i> popolazione invitata <i>Denominatore:</i> popolazione target diviso intervallo screening (x 100)
SC.territoriale-LEA.16	Screening tumore colo-retto: percentuale adesione	<i>Numeratore:</i> popolazione che ha aderito <i>Denominatore:</i> popolazione invitata (x 100)
SC.territoriale-LEA.17	Utenti corsi AFA / popolazione (standardizzato)	<i>Numeratore:</i> n. aderenti al programma <i>Denominatore:</i> popolazione oltre 65 anni

Cure palliative e terapia del dolore²⁶

Nella proposta “Il Profilo di Salute” il tema delle cure palliative e della terapia del dolore lo ritroviamo nella parte riguardante l’assistenza territoriale, in particolare negli indicatori 32 e 33, (percentuale assistiti in terapia con oppiacei negli ultimi due mesi di vita/ totale deceduti per tumore e utenti *hospice* per zona / popolazione).

Il tema della cure palliative e della terapia del dolore trovano ampio spazio degli ultimi due Piani Sanitari Regionali. In essi è uniformemente accettata l’idea che la civiltà di una comunità e di un paese si misura sulla capacità di dare assistenza qualificata ai pazienti affetti da dolore ed ai pazienti nella fase terminale della vita.

Su questi temi anche il dibattito pubblico è particolarmente attento; il Parlamento ha approvato una nuova legge che regoli, ancora meglio, la materia riguardante le cure palliative ed il dolore. La Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni si è occupata di questi temi e sono stati adottati atti riguardanti le cure palliative, sia per adulti che pediatriche, e la terapia del dolore.

Per quanto riguarda le cure palliative il Ministero della Salute ha emanato, con decreto n. 43 del 22 febbraio 2007 (G.U. n. 81 del 6 aprile 2007), il regolamento recante: “Definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo”, che prevede 8 indicatori:

1. Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e-o in *hospice* in relazione al numero deceduti per malattia oncologica (Standard 65%). L’obiettivo è quello di incrementare il numero dei malati terminali affetti da tumore assistiti dalla rete. Lo standard è stato definito con esplicito riferimento ai malati oncologici, sulla base delle esperienze italiane più consolidate e dei dati della letteratura internazionale.

2. Numero posti letto in *hospice* (Standard 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore). L’obiettivo dello standard è quello di incrementare la realizzazione di posti letto dedicati. Il valore soglia è in linea con i programmi regionali finanziati in base alla legge n. 39 del 1999 e successivi decreti.

3. Numero di *hospice* in possesso dei requisiti di cui al decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 e degli

²⁶ A cura di Galileo Guidi.

eventuali requisiti fissati a livello regionale / numero totale di *hospice*. (Standard 100%). L'obiettivo dello standard è quello di garantire che tutte le strutture siano in possesso dei requisiti previsti.

4. Numero annuo di giornate di assistenza erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) Standard 55 giorni X valore standard n. 1 meno il 20%. L'obiettivo dello standard è quello di assicurare una adeguata presenza dell'equipe al domicilio dell'assistito

5. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della rete è inferiore od uguale a tre giorni per il numero dei malati presi in carico a domicilio dalla rete e con assistenza conclusa. (Standard 80%). Si intende per presa in carico del malato la data del primo accesso domiciliare da parte di un sanitario dell'equipe di cure palliative. Si intende per data di segnalazione del caso la data di ricevimento da parte della rete della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari. In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione s'intende la data di dimissione dall'ospedale.

6. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in *hospice* da parte della rete è inferiore o uguale a tre giorni sul numero dei malati ricoverati e con assistenza conclusa. (Standard 40%). L'indicatore esprime la tempestività nell'accesso al ricovero in *hospice*. L'obiettivo è quello di garantire la massima tempestività del ricovero.

7. Numero di ricoveri in *hospice* di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in *hospice* di malati con patologia oncologica. (Standard minore uguale a 20%).

8. Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica, nei quali il periodo di ricovero in *hospice* è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in *hospice* di malati con patologia oncologica. (Standard minore o uguale a 25%).

Attraverso il calcolo degli indicatori 7 e 8 si ricava la percentuale dei ricoveri in *hospice* di durata ritenuta congrua rispetto alle finalità ed alle funzioni dell'*hospice* per il malato oncologico. L'obiettivo è quello di ridurre il numero dei ricoveri di durata inferiore a 7 giorni e a quelli di durata superiori a 30 giorni.

Queste indicazioni sono state inserite tra gli obiettivi previsti e necessari per ottenere l'erogazione alle Regioni della quota delle risorse fi-

nalizzate del Fondo Sanitario Nazionale. Da parte del Ministero è stata attivata una rilevazione sulla situazione presente nelle diverse regioni.

In Toscana alcune realtà (Firenze e Livorno) sono in grado di rispondere a questo debito informativo, nel resto del territorio sono in atto le azioni utili per colmare questa lacuna.

Relativamente alla Terapia del Dolore il PSR precedente e quello vigente definiscono l'obiettivo di passare da "Ospedale senza Dolore" a "Territorio senza Dolore" e per questo obiettivo sono individuati 2 indicatori, già rilevati e pubblicati dal Mes nel sistema di valutazione della performance della sanità toscana:

- 1) consumo pro capite di farmaci oppioidi
- 2) consumo pro capite di morfina.

Relativamente a quest'ultimo indicatore la G.R. con delibera n. 148 del 26 febbraio 2007 ha individuato lo standard per la morfina ed ha posto l'obiettivo di 7 mg/ pro capite sulla popolazione assistibile, è opportuno considerare che il consumo negli altri paesi europei si assesta su 12 mg/ pro capite. Il consumo di morfina è l'indicatore ufficiale utilizzato dall'OMS per misurare la terapia del dolore praticata nei diversi paesi. Da questo confronto emerge come l'Italia sia uno dei paesi dove il consumo della morfina e dei farmaci oppioidi è più basso.

2.5. L'assistenza sociosanitaria integrata²⁷

Il decreto legislativo 229/99 definisce prestazioni sociosanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". L'atto di indirizzo del 14 febbraio 2001 specifica che "l'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di

²⁷ A cura di Sara Barsanti, Elena Innocenti, Galileo Guidi.

valutazioni multidimensionali”. La complessità attuativa dell’integrazione sociosanitaria riguarda quindi:

- a. la situazione di bisogno e la sua valutazione;
- b. la attivazione di percorsi integrati composti da interventi sociali e prestazioni sanitarie;
- c. la realizzazione di forme integrate di presa in carico da parte dei soggetti erogatori, potenzialmente molteplici e diversi per natura, assetto organizzativo e risorse professionali.

Già il decreto 229 individuava delle aree di particolare complessità sociosanitaria, per le quali si rende necessario intervenire con prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria: materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali aree sono le stesse che il Piano Sanitario Nazionale ha definito come aree di tutela del soggetti deboli. La sfida della programmazione integrata di salute è proprio quella di superare le criticità insite nell’assistenza sociosanitaria complessivamente intesa e garantire risposte unitarie di salute ai cittadini, a partire da quelle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili, sia in termini sociali che sanitari, rafforzando da un lato la capacità di programmazione della risposta territoriale sanitaria, dall’altra promuovendo una effettiva integrazione degli interventi sociali e sanitari in percorsi unitari di presa in carico.

Sulla classificazione proposta dal decreto 229 è stata impostata la parte degli indicatori di supporto alla programmazione relativa all’assistenza sociosanitaria. Oltre alle aree indicate dalla normativa nazionale è stata inserita anche una sezione specifica dedicata alle problematiche della popolazione immigrata. Questo per facilitare l’attuazione in sede programmatica della recente legge regionale in tema di immigrazione, la legge regionale n. 29/2009 “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri”, che prevede tra i propri strumenti attuativi anche la realizzazione di azioni specifiche di programmazione locale²⁸.

²⁸ La legge regionale, all’art.6, comma 6 prevede che “Il piano di indirizzo fornisce

2.5.1. Anziani

La popolazione anziana è in costante aumento nella regione, e gli anziani soli sono il gruppo maggioritario di famiglie uni-personali censito. Inoltre, quota parte della popolazione anziana ha problemi di non autosufficienza di diversa gravità. Tutto questo implica una crescente concentrazione della domanda di servizi su questa parte della popolazione, con conseguenti ripercussioni in termini di concentrazione della spesa e di tenuta complessiva dei sistemi locali dei servizi. Il Piano Integrato Sociale Regionale vigente (PISR 2007-2010), dà una sintetica descrizione della situazione regionale: “la presenza di familiari non autosufficienti riguarda una quota consistente (20%) delle famiglie toscane: il 17% delle famiglie ha infatti un familiare non completamente autosufficiente, che ha necessità di assistenza e cura, mentre il 3% ha due o più familiari in questa condizione. Anche se in questo gruppo di soggetti sono incluse le persone con gravi malattie e i portatori di handicap, la grande maggioranza delle situazioni di non autosufficienza è, come prevedibile, legata all’età. L’80% delle persone non autosufficienti ha, infatti, più di 65 anni e circa la metà è concentrata nella classe di età over 80”. La legge regionale istitutiva del fondo per la non autosufficienza (Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66) si pone come obiettivo quello di “sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane” attraverso la destinazione di risorse dedicate allo sviluppo dei servizi territoriali, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare e la vita indipendente.

La ripartizione del fondo a livello di zone-distretto segue dei criteri basati sulla presenza e sulle caratteristiche della popolazione non autosufficiente nei territori considerati tramite indicatori:

- a) di carattere demografico;
- b) relativi all’incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accol-

inoltre indicazioni per la redazione degli strumenti programmatori locali tra i quali i Piani Integrati di Salute”.

te nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Questa classificazione di indicatori è stata utile per impostare il set minimo di supporto alla programmazione, che sviluppa strumenti conoscitivi necessari per l'impostazione di interventi per la popolazione anziana complessivamente intesa, con particolare riferimento alle situazioni di fragilità e di non autosufficienza.

I numerosi indicatori inseriti nel set minimo riguardano quindi diversi aspetti rilevanti per la programmazione integrata:

- la composizione demografica della popolazione anziana, con due indicatori specifici su indice di dipendenza grandi anziani, che misura il “carico di cura” per i grandi anziani (+ 85 anni) che grava sulla popolazione adulta e anziana, e la speranza di vita oltre i 65 anni;
- la rilevanza delle persona invalide e non autosufficienti, rappresentate dal tasso di beneficiari di indennità di accompagnamento;
- la copertura territoriale esistente in termini di disponibilità di posti presso servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, e di spesa pro capite sostenuta;
- esiste poi una sezione specifica riferita alla non autosufficienza, con indicatori relativi al tasso di valutazioni multidisciplinari e ai tassi di predisposizione dei diversi piani assistenziali (PAP) domiciliari e residenziali attivati per persone non autosufficienti, in attuazione della disciplina regionale sulla non autosufficienza.

Le fonti di provenienza degli indicatori sono varie: i registri di mortalità regionale, l'Inps, il monitoraggio del sistema di offerta sociale e socio-sanitaria a cura della Fondazione Zancan e il flusso regionale per la non autosufficienza. La lista completa degli indicatori del set minimo è riportata nella figura successiva.

Figura n.34. Anziani, set minimo

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SM.anziani.1	Indice di supporto ai grandi anziani (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero residenti 85+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 50-74 anni
SM.anziani.2	Speranza di vita a 65 anni. Maschi e Femmine	A partire da una figura di mortalità è il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età di 65 anni all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età di 65 anni

SM.anziani.3	Tasso beneficiari di indennità di accompagnamento (≥ 65 anni)	<i>Numeratore:</i> Numero di beneficiari di indennità di accompagnamento <i>Denominatore:</i> popolazione residente ≥ 65 anni (x 1000)
SM.anziani.4	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per anziani	<i>(Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture semiresidenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente ≥ 65)*1000
SM.anziani.5	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per anziani	<i>(Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture residenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente ≥ 65)*1000
SM.anziani.6	tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare anziani	<i>(Numeratore:</i> n. assistiti ≥ 65 in assistenza domiciliare per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente ≥ 65)*1000
SM.anziani.7	spesa procapite per servizi semiresidenziali per anziani	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per servizi semiresidenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000
SM.anziani.8	spesa procapite per servizi residenziali per anziani	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per servizi residenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000
SM.anziani.9	spesa procapite per interventi domiciliari per anziani	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per interventi domiciliari per anziani <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000
SM.anziani.10	Tasso di nuove VMD (valutazioni multidisciplinari)	<i>Numeratore:</i> N. nuovi casi valutati in UVM <i>Denominatore:</i> popolazione ultra65enne
SM.anziani.11	Tasso di predisposizione PAP domiciliari diretti	<i>Numeratore:</i> N. nuovi pap domiciliari diretti (ore assistenza alla persona) predisposti <i>Denominatore:</i> popolazione ≥ 65 anni
SM.anziani.12	Tasso di predisposizione PAP domiciliari indiretti	<i>Numeratore:</i> N. nuovi pap domiciliari indiretti (contributi economici) predisposti <i>Denominatore:</i> popolazione ≥ 65 anni
SM.anziani.13	Tasso di predisposizione di PAP residenziali permanenti	<i>Numeratore:</i> N. nuovi pap residenziali permanenti predisposti <i>Denominatore:</i> popolazione ≥ 65 anni

Gli indicatori ricompresi nel set complementare vanno a dettagliare aspetti epidemiologici e di capacità di risposta. La maggior parte degli indicatori è di fonte regionale e sarà disponibile una volta entrato a regime il flusso regionale sulla non autosufficienza. Alcuni indicatori sono di fonte nazionale (INPS, flusso ministeriale), altri, riferiti all'offerta, sono assunti dal sistema di monitoraggio dei livelli di cittadinanza sociale.

Alcuni indicatori tentano di introdurre elementi di carattere qualitativo riferiti all'assistenza erogata e ai percorsi di presa in carico: ad esempio l'indicatore del tempo medio di attesa tra la domanda e l'erogazione delle prestazioni, i tassi di rivalutazione a un anno dei Piani di Assistenza Personalizzati, il tasso di predisposizione dei PAP entro quindici giorni dalla data di segnalazione ospedaliera sui dimessi ultra 75enni, danno informazioni utili circa le modalità di risposta alla domanda assistenziale proveniente dalla popolazione anziana.

Figura n.35. Anziani, set complementare

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SC.anziani.1	Percentuale di anziani ultra 75 enni soli	<i>Numeratore:</i> numero famiglie unipersonali di anziani 75+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 75+ anni
SC.anziani.2	Tasso nuovi casi di invalidità civile riconosciuti annualmente (≥ 65)	<i>Numeratore:</i> N. nuovi casi di invalidità civile riconosciuti per anno ≥ 65 anni <i>Denominatore:</i> popolazione residente ≥ 65 anni (x 1000)
SC.anziani.3	Tasso nuovi casi di invalidità civile $\geq 74\%$ riconosciuti annualmente (≥ 65)	<i>Numeratore:</i> N. nuovi casi di invalidità civile $\geq 74\%$ riconosciuti per anno ≥ 65 anni <i>Denominatore:</i> popolazione residente ≥ 65 anni (x 1000)
SC.anziani.4	Tasso di segnalazione soggetti fragili	<i>Numeratore:</i> numero di anziani segnalati <i>Denominatore:</i> totale popolazione ≥ 75 anni della zona
SC.anziani.5	Prevalenza assistiti con PAP domiciliare diretto	<i>Numeratore:</i> N. anziani assistiti con PAP domiciliare diretti <i>Denominatore:</i> N. anziani
SC.anziani.6	Prevalenza assistiti con PAP domiciliare indiretto	<i>Numeratore:</i> N. anziani assistiti con PAP domiciliare indiretto <i>Denominatore:</i> N. anziani
SC.anziani.7	Prevalenza assistiti in CD	<i>Numeratore:</i> N. anziani assistiti con PAP semiresidenziale <i>Denominatore:</i> N. anziani
SC.anziani.8	Prevalenza residenti permanenti in RSA	<i>Numeratore:</i> N. anziani assistiti con PAP residenziale <i>Denominatore:</i> N. anziani

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SC.anziani.9	Prevalenza residenti permanenti in RSA - Modulo Alzheimer	<i>Numeratore:</i> N. anziani assistiti con PAP residenziale modulo Alzheimer <i>Denominatore:</i> N. anziani
SC.anziani.10	Tasso ricoveri temporanei RSA (>=65)	<i>Numeratore:</i> N. ricoveri temporanei in RSA <i>Denominatore:</i> N. anziani residenti
SC.anziani.11	Tempo medio di attesa tra la domanda e l'erogazione delle prestazioni	<i>Numeratore:</i> Tempo medio di attesa tra la domanda e l'erogazione delle prestazioni
SC.anziani.12	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP domiciliari attivati	<i>Numeratore:</i> Tasso di rivalutazioni a 1 anno <i>Denominatore:</i> n. PAP domiciliari attivati
SC.anziani.13	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP residenziali attivati	<i>Numeratore:</i> Tasso di rivalutazioni a 1 anno <i>Denominatore:</i> n. PAP residenziali attivati
SC.anziani.14	Tasso prevalenza pazienti in lista attesa per RSA (>=65)	<i>Numeratore:</i> numero anziani in lista di attesa <i>Denominatore:</i> popolazione di riferimento (* 1000)
SC.anziani.15	Tasso di predisposizione PAP entro 15 gg dalla data di segnalazione su segnalazione ospedaliera/dimessi ultra 75 anni	<i>Numeratore:</i> Tasso di predisposizione PAP entro 15 gg dalla data di segnalazione su segnalazione ospedaliera <i>Denominatore:</i> dimessi ultra 75 anni
SC.anziani.16	Tempo medio dalla dimissione ed erogazione della prestazione/ ammissione	<i>Numeratore:</i> Tempo medio dalla dimissione ed erogazione della prestazione <i>Denominatore:</i> ammissione
SC.anziani.17	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per anziani	<i>Numeratore:</i> n. posti autorizzati in strutture semiresidenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. >=65*1000
SC.anziani.18	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per anziani	<i>Numeratore:</i> n. posti autorizzati in strutture residenziali per anziani <i>Denominatore:</i> pop. >=65*1000

2.5.2. Famiglie e Minori

Da sempre la Regione Toscana dedica una particolare attenzione al percorso materno-infantile e a tutti i servizi sociosanitari relativi alle famiglie e ai minori, come testimoniano le varie strategie descritte sia nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 sia nel Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010.

Il set di indicatori selezionato per delineare le caratteristiche di questo specifico target di destinatari della programmazione

considera sia aspetti relativi alla salute e al benessere delle famiglie e del nucleo genitore-figlio, sia elementi riferiti in forma specifica ai minori dentro e fuori il nucleo familiare di riferimento. Nel presente paragrafo saranno approfonditi gli indicatori riferiti alla prima delle due tipologie, mentre si rinvia al paragrafo 2.7 per un esame dettagliato degli indicatori riferiti alla popolazione minorile.

La descrizione degli indicatori del set minimo segue una tripartizione per aree:

- a. indicatori demografici ed epidemiologici che focalizzano gli aspetti di bisogno sociosanitario riferiti all'area materno infantile;
- b. indicatori sulla capacità di risposta del territorio riferita all'esistenza di servizi convenzionati di integrazione e di sostituzione del nucleo familiare;
- c. indicatori sulla capacità di risposta in termini di spesa procapite sostenuta nella zona per garantire i servizi domiciliari, intermedi e residenziali rivolti ai minori.

Con riferimento al primo gruppo di indicatori, un'attenzione specifica è stata data alla componente immigrata delle famiglie presenti nel territorio regionale: si dettaglia infatti rispetto alla composizione della popolazione la percentuale dei nati non italiani; così come viene proposto un doppio indicatore riferito alle interruzioni volontarie di gravidanza, di cui uno riferito alle donne straniere.

Due indicatori (percentuale nati gravemente sottopeso e tasso di concepimento minorenni) sono assunti a "sentinella" di problematiche sociosanitarie complesse, poiché possono evidenziare situazioni di disagio, emarginazione, scarso accesso ai servizi sociosanitari.

Figura n.36. Famiglie e minori, set minimo

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SM.famiglie.1	Percentuale nati di cittadinanza non italiana	<i>Numeratore:</i> nati iscritti in anagrafe con entrambi i genitori di cittadinanza non italiana; <i>Denominatore:</i> totale nati
SM.famiglie.2	Tasso di ospedalizzazione per IVG (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> dimesse di età 15-49 anni per IVG; <i>Denominatore:</i> donne residenti 15-49
SM.famiglie.3	Percentuale di IVG in donne straniere	<i>Numeratore:</i> IVG effettuate da donne straniere; <i>Denominatore:</i> totale IVG
SM.famiglie.4	Percentuale nati gravemente sottopeso (<1500 gr)	<i>Numeratore:</i> nati vivi di peso <1500 gr.; <i>Denominatore:</i> (nati vivi - nati vivi con peso errato o non rilevato)
SM.famiglie.5	Tasso concepimenti minorenni (parti, IVG, aborti spontanei)	<i>Numeratore:</i> n. parti-IVG-aborti spontanei per minorenni <i>Denominatore:</i> popolazione minorenni (x 1000)
SM.famiglie.15	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per minori	<i>(Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture semiresidenziali <i>Denominatore:</i> pop. residente 0-17)*1000
SM.famiglie.16	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per minori	<i>(Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture residenziali <i>Denominatore:</i> pop. residente 0-17)*1000
SM.famiglie.17	spesa procapite per assistenza domiciliare sociale per minori	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per intervento di assistenza domiciliare sociale per minori <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000
SM.famiglie.18	spesa procapite per servizi semiresidenziali per minori	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per servizi semiresidenziali per i minori <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000
SM.famiglie.19	spesa procapite per servizi residenziali per minori	<i>(Numeratore:</i> spesa totale per servizi residenziali per i minori <i>Denominatore:</i> pop. residente media dell'anno)*1000

Gli indicatori inseriti nel set complementare integrano le tre aree sopra individuate con particolare riferimento alla componente demografica ed epidemiologica, (indice di dipendenza giovanile ridefinito, famiglie monogenitoriali, tasso di mortalità neonatale),

alle caratteristiche dell'utenza dei servizi consultoriali, al completamento della descrizione della capacità di offerta potenziale dei servizi per minori presenti nel territorio (servizi autorizzati).

Figura n.37. Famiglie e minori, set complementare

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SC.famiglie.1	Indice di dipendenza giovanile ridefinito	<i>Numeratore:</i> popolazione in età 0-14. <i>Denominatore:</i> popolazione in età 30-64
SC.famiglie.2	Percentuale famiglie monogenitoriali	<i>Numeratore:</i> nuclei familiari monogenitoriali. <i>Denominatore:</i> totale nuclei familiari
SC.famiglie.3	Tasso mortalità neonatale (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero nati vivi deceduti entro 28 giorni. <i>Denominatore:</i> numero nati vivi
SC.famiglie.4	Tasso di accesso ai consultori (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> n. utenti che accedono al consultorio. <i>Denominatore:</i> popolazione residente
SC.famiglie.5	Tasso accessi consultorio donne italiane in età fertile (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> n. accessi donne italiane. <i>Denominatore:</i> polazione target (donne italiane età 15-49 anni)
SC.famiglie.10	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per minori	(<i>Numeratore:</i> n. posti autorizzati in strutture semiresidenziali <i>Denominatore:</i> pop. 0-17 anni.
SC.famiglie.11	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per minori	(<i>Numeratore:</i> n. posti autorizzati in strutture residenziali <i>Denominatore:</i> pop. 0-17 anni.

Le fonti dei dati sono multiple: in parte di tratta di indicatori estratti da fonti ufficiali nazionali (demo Istat) e regionali (flusso SDO, flusso IVG, ecc.), in parte di rilevazioni realizzate da organismi nazionali (Centro di Documentazione nazionale per l'infanzia e l'adolescenza), in parte di sistemi di monitoraggio in fase di implementazione su base regionale e zonale (Sistema di monitoraggio dei livelli base di cittadinanza, realizzato dalla Regione Toscana in collaborazione con la Fondazione E. Zancan).

2.5.3. Immigrati

Il preambolo della Legge Regionale n. 29 del 2009 (Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri

nella Regione Toscana) assume quale finalità generale dell'intervento regionale in tema di immigrazione il "favorire lo sviluppo di efficaci politiche territoriali nei diversi ambiti quali ad esempio l'istruzione, la sanità, il lavoro, l'accesso all'alloggio, inserite in una cornice comune, tese a favorire un processo di positiva integrazione partecipe dei cittadini stranieri nell'obiettivo della costruzione di una comunità plurale e coesa". La programmazione integrata di salute è uno dei principali strumenti di politica territoriale che possono contribuire all'accoglienza, all'integrazione e alla tutela dei cittadini stranieri presenti nella regione. Per sviluppare una adeguata conoscenza dei bisogni e delle caratteristiche della popolazione immigrata presente nelle zone-distretto, sono stati inseriti nel set del profilo di salute alcuni indicatori specifici per la popolazione immigrata.

In particolare per tale area sono stati individuati nel set minimo indicatori relativi alla parte demografica, in modo da avere una lettura più precisa della popolazione straniera presente nelle zone, indicatori riguardanti l'ospedalizzazione e il tasso di IVG e indicatori relativi alla tutela dei minori e al sostegno delle famiglie.

Gli indicatori demografici sono di provenienza ISTAT, gli indicatori sanitari sono calcolati tramite i flussi informativi regionali sanitari, mentre gli indicatori sulla tutela dei minori hanno come fonte il Centro Regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza.

In particolare questi ultimi indicatori approfondiscono il peso degli interventi sostitutivi del nucleo familiare rivolti a minori stranieri, con particolare riferimento agli inserimenti residenziali e agli affidi familiari. La figura seguente riporta gli indicatori relativi al set minimo.

Figura n.37. Immigrati, set minimo

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SM.immigrati.1	Composizione popolazione straniera per nazionalità e sesso	Si costruiscono tre tavole comunali/zonali (M, F, Totale) secondo le prime 20 nazionalità a livello regionale. Della figura con il totale si forniscono anche i valori % per comune/zona.
SM.immigrati.2	Composizione popolazione straniera per età e sesso	Si costruiscono tre tavole comunali/zonali (M, F, Totale) per classi di età quinquennali. Della figura con il totale si forniscono anche i valori % per comune/zona.

Indicatore Codice	Indicatore	Descrizione
SM.immigrati.3	IVG di donne straniere: percentuale per principali nazionalità	<i>Numeratore:</i> IVG donne non italiane per nazionalità. <i>Denominatore:</i> totale IVG donne non italiane
SM.immigrati.4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini non italiani residenti, maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per tutte le cause di non italiani. <i>Denominatore:</i> popolazione residente non italiana. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.immigrati.5	Incidenza dei minori stranieri accolti in strutture residenziali (x100)	<i>Numeratore:</i> minori stranieri accolti in strutture residenziali al 31/12. <i>Denominatore:</i> totale minori accolti in strutture residenziali al 31/12
SM.immigrati.6	Incidenza dei minori stranieri in affido familiare (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero minori stranieri in affidamento in corso al 31/12. <i>Denominatore:</i> Totale minori in affidamento in corso al 31/12

Di seguito sono invece riportati gli indicatori per gli immigrati compresi nel set complementare; tali indicatori riguardano principalmente i tassi di accesso a particolari servizi, quali il pronto soccorso e i consultori, di cui però i flussi informativi sono in fase di partenza e non è detto che i dati siano completi per tutte le zone-distretto.

Gli indicatori relativi all'incidenza dei minori stranieri nell'ambito delle risposte domiciliari è utile a completare il quadro conoscitivo relativo alla fruizione dei servizi, in modo da permettere una verifica degli interventi realizzati nei confronti dei minori stranieri rispetto alla totalità della popolazione minorile in carico ai servizi.

Figura n.38. Immigrati, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.immigrati.1	Tasso di minori stranieri non accompagnati (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero minori stranieri non accompagnati segnalati. <i>Denominatore:</i> popolazione straniera 0-17 anni
SC.immigrati.2	Percentuale accessi al pronto soccorso di stranieri	<i>Numeratore:</i> n. accessi a pronto soccorso di stranieri <i>Denominatore:</i> tot. accessi

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.immigrati.3	Percentuale accessi pronto soccorso STP	<i>Numeratore:</i> n. accessi pronto soccorso STP <i>Denominatore:</i> tot. accessi di stranieri
SC.immigrati.4	Percentuale accessi consultorio di donne straniere in età fertile (15-49 anni)	<i>Numeratore:</i> Accessi consultorio donne straniere in età fertile <i>Denominatore:</i> totale accessi
SC.immigrati.5	Incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza domiciliare territoriale (x 100)	<i>Numeratore:</i> minori stranieri coinvolti in assistenza domiciliare territoriale. <i>Denominatore:</i> totale minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale
SC.immigrati.6	Incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza educativa domiciliare (x 100)	<i>Numeratore:</i> minori stranieri coinvolti in assistenza educativa domiciliare. <i>Denominatore:</i> totale minori coinvolti in assistenza educativa domiciliare

2.5.4. Disabilità

La realizzazione di servizi e interventi sociosanitari territoriali adeguati è fondamentale per garantire alle persone con disabilità un effettivo inserimento nell'ambiente sociale e familiare di riferimento, valorizzandone al massimo le potenzialità e favorendone i possibili percorsi di autonomia.

In tal senso, gli indirizzi regionali in tema di disabilità contenuti nel Piano Integrato Sociale Regionale vigente vanno nella direzione di favorire l'integrazione delle politiche, promuovere lo sviluppo delle risposte domiciliari e della costruzione di percorsi di autonomia per le persone con disabilità, la sperimentazione di soluzioni per il "dopo di noi" e per la vita indipendente.

La programmazione integrata diventa strumento prioritario per organizzare e sistematizzare l'insieme di interventi destinati alle persone con disabilità e per promuovere a livello territoriale l'integrazione delle politiche sociosanitarie con quelle della formazione, del lavoro, dell'accessibilità, come indicato dalla Legge quadro n.104 del 1992 e dalla Legge nazionale di recepimento della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità siglata nel 2006.

Di recente, anche la Corte Costituzionale ha richiamato la peculiare e doverosa tutela che le istituzioni debbono garantire alle persone con disabilità, tenendo conto delle diverse forme che questa può assumere. Nella sentenza n.80 del febbraio 2010 si legge infatti: “i disabili non costituiscono un gruppo omogeneo. Vi sono, infatti, forme diverse di disabilità: alcune hanno carattere lieve ed altre gravi. Per ognuna di esse è necessario, pertanto, individuare meccanismi di rimozione degli ostacoli che tengano conto della tipologia di handicap da cui risulti essere affetta in concreto una persona”.

Il set di indicatori individuato per approfondire la conoscenza del fenomeno della disabilità a livello territoriale tiene conto di queste indicazioni: nel set minimo sono inseriti indicatori relativi alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione con disabilità (età, livello di gravità, accesso ai servizi e al lavoro) e alla capacità di risposta del sistema dei servizi (utenza e spesa per gli interventi domiciliari, intermedi e residenziali).

Nel set complementare sono approfondite le due macroaree sopra richiamate (bisogno e offerta) con riferimento ai livelli di gravità della disabilità accertata, alla fruizione di interventi di supporto per l'autonomia (inserimenti scolastici e lavorativi, interventi di sostegno e ausili, accesso al trasporto sociale), alla disponibilità di servizi nel territorio (indici di copertura zonale).

La sezione degli indicatori riferita alla disabilità è alimentata da un'unica fonte regionale, la rilevazione della Regione Toscana sui soggetti con disabilità, da cui è possibile ricavare tutti gli indicatori inseriti nel set minimo e in quello complementare.

Figura n.39. Disabilità, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.disabili.1	Tasso di disabilità (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti conosciuti portatori di handicap 0-64 anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 0-64 anni
SM.disabili.2	Percentuale di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni accertati ai sensi degli art. 3 e 4 legge 104/92. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.disabili.3	Indice di inserimento di bambini con disabilità in strutture educative (asili nido e materne) (x100)	<i>Numeratore:</i> numero bambini portatori di handicap inseriti in strutture educative. <i>Denominatore:</i> numero bambini portatori di handicap accertati in età 0-5 anni
SM.disabili.4	Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell'obbligo e scuola superiore (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero alunni portatori di handicap inseriti nella scuola dell'obbligo e superiore. <i>Denominatore:</i> numero bambini portatori di handicap accertati in età 6-18 anni
SM.disabili.5	Indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap inserite in attività di preformazione e formative. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-39 anni
SM.disabili.6	Tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture semiresidenziali (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap inseriti in centri diurni. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni
SM.disabili.7	Tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap inseriti in strutture residenziali. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni
SM.disabili.8	Tasso di utenti con disabilità inseriti in R.S.A. (x100)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap inseriti in R.S.A. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età >=19 anni
SM.disabili.9	Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili	<i>Numeratore:</i> spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> popolazione residente.
SM.disabili.10	Spesa procapite per interventi semiresidenziali per persone disabili	<i>Numeratore:</i> spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> popolazione residente.
SM.disabili.11	Spesa procapite per interventi residenziali per persone disabili	<i>Numeratore:</i> spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> popolazione residente.
SM.disabili.12	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (x100)	<i>Numeratore:</i> numero persone con disabilità che hanno fruito di aiuto personale. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 0-64 anni

Figura n.40. Disabilità, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.disabili.1	Tasso di soggetti con handicap individuati a fini scolastici (x100)	<i>Numeratore:</i> numero persone con handicap individuati a fini scolastici ex art.2 DPR 24/02/1994. <i>Denominatore:</i> numero persone con handicap accertati in età 6-18 anni
SC.disabili.2	Percentuale di persone con handicap accertato (ex art. 4 legge 104/92) per fasce d'età	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap per le singole fasce d'età accertati ai sensi dell'art. 4 legge 104/92. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap per le singole fasce d'età .
SC.disabili.3	Percentuale di persone con handicap accertato per le quali è stato predisposto il PARG	<i>Numeratore:</i> numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni accertati per i quali è stato predisposto il PARG. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 0-64 anni
SC.disabili.4	Tasso di soggetti con disabilità in inserimento socioterapeutico e/o borsa lavoro (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero utenti con disabilità in inserimento socioterapeutico e/o borsa lavoro. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni
SC.disabili.5	Tasso di soggetti con disabilità inserite al lavoro (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero utenti con disabilità inseriti al lavoro. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni
SC.disabili.6	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto alla persona in ambito scolastico (x100)	<i>Numeratore:</i> numero utenti con disabilità che hanno fruito di aiuto alla persona in ambito scolastico. <i>Denominatore:</i> numero persone con handicap accertati in età 6-18 anni
SC.disabili.7	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento (ambito scolastico e extrascolastico) (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero utenti con disabilità che hanno fruito di ausili (ambito scolastico e extrascolastico). <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 6-64 anni
SC.disabili.8	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di servizio di trasporto (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero utenti con disabilità che hanno fruito di servizio di trasporto. <i>Denominatore:</i> numero soggetti portatori di handicap accertati in età 6-64 anni
SC.disabili.9	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per disabili	<i>(Numeratore:</i> numero posti autorizzati in strutture semiresidenziali per disabili <i>Denominatore:</i> pop. residente 18-65)*1000

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.disabili.10	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per disabili	(Numeratore: numero posti autorizzati in strutture residenziali per disabili Denominatore: pop. residente 18-65)*1000
SC.disabili.11	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per disabili	(Numeratore: numero posti convenzionati in strutture semiresidenziali Denominatore: pop. residente 18-65)*1000
SC.disabili.12	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per disabili	(Numeratore: numero posti convenzionati in strutture residenziali Denominatore: pop. residente 18-65)*1000

2.5.5. Salute mentale²⁹

L'integrazione tra soggetti diversi e la partecipazione ed il coinvolgimento delle comunità locali assumono particolare importanza per la realizzazione di un modello di assistenza integrata territoriale, la cui finalità è la promozione e la tutela della salute mentale dei cittadini.

Per affrontare la complessità dei bisogni delle persone con disturbi psichici e per promuovere la salute mentale attraverso un modello di sanità di iniziativa in cui i problemi vengono assunti prima dell'insorgere della malattia, è necessario operare attivamente su più livelli di integrazione coinvolgendo un insieme di soggetti istituzionali, di forze sociali, di operatori pubblici e privati secondo il principio della partecipazione comune.

Il modello organizzativo dei servizi per la salute mentale si configura come un sistema di servizi in rete tra loro, con equipe multidisciplinari integrate che operano attraverso interventi che si sviluppano nella e con la comunità locale; servizi che si dedicano alla promozione della salute mentale, alla individuazione precoce del disturbo, alla cura e riabilitazione dei disturbi psichici delle persone di ogni età. In ogni Azienda USL della Toscana il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), attraverso la rete territoriale ed ospedaliera dei servizi, assicura l'assistenza nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette, e garantisce una risposta completa e articolata ai diritti di cittadinanza delle persone portatrici di disagio e disturbo menta-

²⁹ A cura di Galileo Guidi.

le. Il DSM concorre inoltre, supportando la direzione generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e le Società della Salute, alla programmazione delle azioni riguardanti la salute mentale, garantisce percorsi assistenziali integrati, procedure operative, promuove la partecipazione ed il protagonismo degli operatori ed assicura il coordinamento dei servizi di salute mentale (unità funzionali salute mentale zonali dedicate sia agli adulti che all'infanzia-adolescenza) al livello di zona-distretto, azienda ed area vasta.

Le prestazioni erogate agli utenti dai servizi rappresentano un insieme molto complesso. Si distinguono infatti diversi regimi di erogazione delle prestazioni:

1. attività ambulatoriale e domiciliare (centri di salute mentale);
2. attività semiresidenziali, svolte presso le relative strutture (centri diurni, day-hospital presso presidi territoriali o ospedalieri, ecc.);
3. attività residenziali, effettuate presso strutture a carattere residenziale;
4. attività di ricovero presso servizio psichiatrico di diagnosi e cura, cliniche universitarie e cliniche private convenzionate.

La Regione Toscana promuove e sostiene la formazione di gruppi di auto-aiuto di utenti ed ex utenti, con azioni di stimolo e sostegno, che mirano alla formazione di forme di organizzazione autonoma e di reciproco sostegno.

Esperienze significative hanno evidenziato la necessità di una collaborazione attiva anche con le associazioni dei familiari cui va riconosciuto il valore di risorsa della comunità a fianco dei servizi.

Il "fare insieme" e la collaborazione tra istituzioni, servizi socio-sanitari e soggetti privati appare particolarmente importante per realizzare progetti terapeutico riabilitativi personalizzati diretti a valorizzare le potenzialità e le risorse delle persone per una loro effettiva inclusione sociale e lavorativa. Occorre pertanto dedicare attenzione agli interventi diretti a garantire i diritti di cittadinanza delle persone con disturbi psichici ed in particolare il diritto alla casa, al lavoro, ad una vita dignitosa fatta di rapporti e di relazioni sociali.

Il percorso è ampio e complesso e richiede quindi un forte impegno da parte di tutti i soggetti pubblici e privati. Il lavoro avviato è di

grande valore e in alcune realtà, gli interventi integrati per la promozione e la tutela della salute mentale raggiungono livelli di eccellenza.

Dal 2005 è stato attivato un sistema informativo dedicato alla salute mentale (SIRSM) che dopo i primi anni di avviamento è in grado di monitorare l'attività dei servizi e fornire le informazioni necessarie per il governo dei processi a livello territoriale e regionale. L'uso di questo strumento integrato con le informazioni provenienti da altri flussi quali le SDO, registro di mortalità, STS 11 e STS 24, flusso farmaceutica (SPF, FED) permette di predisporre una serie di indicatori per un più mirato profilo di salute mentale nei Piani Integrati di Salute. Il flusso SIRSM è in grado di fornire molte informazioni relative all'infanzia da cui peraltro emerge che la prevalenza trattata in alcuni territori sfiora il 6% della popolazione giovanile.

Particolarmente importante è altresì il dato della mortalità nei pazienti con patologia psichiatrica. Un recente studio condotto sulla popolazione di cittadini toscani nel 2000 che ha avuto un ricovero in reparto psichiatrico evidenzia un rischio di morte più del doppio della popolazione generale. L'eccesso di rischio di mortalità si ha: nel sesso maschile, nei giovani (< 45 anni), nel primo secondo-anno dall'ammissione, per sindromi psico-organiche e abuso di sostanze. Le cause di morte non naturali, in particolare per il suicidio, rappresentano il 13% della morti in eccesso rilevate.

La verifica dei dati disponibili per articolazione di zona-distretto ha permesso di inserire nel set minimo una prima batteria di quattro indicatori specifici sulla salute mentale, relativi ai tassi di ospedalizzazione, primo ricovero e al consumo di farmaci antidepressivi.

Figura n.41. Salute mentale, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute-mentale.1	Tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD 290-319/ <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute-mentale.2	Tasso di primo ricovero in reparto di psichiatria, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero di soggetti ricoverati per ICD 290-319/ <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.salute-mentale.3	Tasso di ospedalizzazione in reparto di psichiatria, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri in reparto 33 e 40/ <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000
SM.salute-mentale.4	Tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi pesato per età. Maschi e femmine (x 1.000).	<i>Numeratore:</i> numero pazienti in trattamento con farmaci antidepressivi/ <i>Denominatore:</i> popolazione residente "pesata" per età con i pesi per farmaceutica del PSR.

L'implementazione in corso del flusso regionale sulla salute mentale renderà disponibili su base zonale altre informazioni utili sia a completare il profilo epidemiologico che a monitorare la capacità di risposta del territorio. In particolare, sarà possibile distinguere e dare autonomo rilievo alla componente adulta e a quella infantile della popolazione con problemi di salute mentale.

Attualmente tali indicatori sono confluiti nel set complementare, e sono relativi alla diagnostica, ai trattamenti sanitari obbligatori realizzati, ai tassi di ricovero ripetuti e all'utenza dei servizi di salute mentale adulta e della neuropsichiatria infantile.

Figura n.42. Salute mentale, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute-mentale.1	Prevalenza patologie con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione adulta >=18 anni (X100)	<i>Numeratore:</i> numero di diagnosi finali con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione adulta (età >= 18aa) <i>Denominatore:</i> popolazione residente di età > =18 anni
SC.salute-mentale.2	Prevalenza patologie con codice ICD9CM compreso fra 290-319 (da aggiornare con i codici ICD10) popolazione infanzia e adolescenza 0-17 (totale e stranieri) (x100)	<i>Numeratore:</i> numero di diagnosi finali con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione minore (età 0 - 17aa) <i>Denominatore:</i> popolazione residente di età 0 - 17 anni
SC.salute-mentale.3	Tasso di trattamenti sanitari obbligatori (TSO)	<i>Nominatore:</i> numero di TSO realizzati <i>Denominatore:</i> popolazione residente (x 1000)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.salute-mentale.4	Tasso di Ricovero ripetuti in psichiatria (rep.40) nei 30gg (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero di ricoveri ripetuti in psichiatria (rep.40) negli ultimi 30gg <i>Denominatore:</i> numero di ricoveri totali in psichiatria (rep.40) negli ultimi 30gg
SC.salute-mentale.5	Tasso di incidenza utenti DSM italiani (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero di nuovi utenti italiani che afferiscono ai DSM <i>Denominatore:</i> popolazione residente italiana 18+ anni
SC.salute-mentale.6	Tasso di incidenza utenti DSM stranieri (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero di nuovi utenti stranieri che afferiscono ai DSM <i>Denominatore:</i> popolazione residente straniera 18+ anni
SC.salute-mentale.7	Tasso di incidenza utenti Unità funzionali salute mentale infanzia adolescenza (UFSMIA) italiani (x 1000)	<i>Numeratore:</i> numero di nuovi utenti stranieri che afferiscono UFSMIA/ <i>Denominatore:</i> popolazione residente italiana 0-17 anni
SC.salute-mentale.10	Tasso di utenti residenti in carico al CSM residenti nella zona di competenza (x100)	<i>Nominatore:</i> numero di utenti attivi al CSM residenti in zona/ <i>Denominatore:</i> popolazione zonale residente
SC.salute-mentale.11	Tasso utenti sul quale è stato attivato un intervento di inserimento in struttura residenziale terapeutico-riabilitativo (x100)	<i>Nominatore:</i> numero di utenti presenti in struttura residenziale terapeutico/riabilitativa/ <i>Denominatore:</i> popolazione zonale residente
SC.salute-mentale.12	Tasso utenti sul quale è stato attivato un intervento di inserimento in struttura semiresidenziale di Centro Diurno (x100)	<i>Nominatore:</i> numero di utenti presenti nei Centri Diurni/ <i>Denominatore:</i> popolazione zonale residente

2.5.6. Dipendenze

La sezione di indicatori sul tema delle dipendenze è estremamente scarna, a causa della scarsità di dati disponibili: attualmente l'unico dato disponibile su base regionale con dettaglio per zona-distretto riguarda il rapporto standardizzato di mortalità per overdose, ricavato dal registro di mortalità regionale ISPO.

Il flusso informativo regionale sulle dipendenze è in fase di realizzazione, ed andrà ad alimentare in prima battuta gli indicatori inseriti nella sezione complementare, relativi al numero di soggetti

con diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol.

Restano da approfondire gli aspetti relativi alle tipologie di risposta erogate dai servizi sociosanitari, all'utenza intercettata e alla diffusione delle nuove dipendenze.

Figura n.43. Dipendenze, set minimo

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.dipendenze.1	Rapporto standardizzato di di mortalità (SMR) per overdose. Maschi e femmine (x100)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 304. <i>Denominatore:</i> decessi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi mortalità età-specifici per ICD9 304 in Toscana

Figura n.44. Dipendenze, set complementare

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.dipendenze.1	Prevalenza globale di dipendenza da sostanze	<i>Numeratore:</i> (numero soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da sostanze nell'anno. <i>Denominatore:</i> popolazione residente nel territorio di riferimento 15-64 anni) *100
SC.dipendenze.2	Incidenza globale di dipendenza da sostanze	<i>Numeratore:</i> (numero nuovi soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da sostanze nell'anno. <i>Denominatore:</i> popolazione residente nel territorio di riferimento 15-64 anni - casi prevalenti di dipendenza da sostanze ad inizio anno) *100
SC.dipendenze.3	Prevalenza globale di dipendenza da alcol	<i>Numeratore:</i> (numero soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da alcol nell'anno. <i>Denominatore:</i> popolazione residente nel territorio di riferimento >=15 anni) *100
SC.dipendenze.4	Incidenza globale di dipendenza da alcol	<i>Numeratore:</i> numero nuovi soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da alcol nell'anno. <i>Denominatore:</i> popolazione residente nel territorio di riferimento >=15 anni - casi prevalenti di dipendenza da alcol ad inizio anno)*100

2.6. L'Assistenza territoriale sociale³⁰

Il set di indicatori relativo al sistema di offerta sociale è stato definito in coerenza con gli indirizzi regionali relativi alla strutturazione di livelli base di cittadinanza sociale.

La L.R. 41/05 all'art. 4 (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) dispone che il sistema integrato toscano assicuri l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali previsti dallo Stato ed individuati nell'art. 22 della legge 328/00. Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (DCRT n. 113 del 31 ottobre 2007) specifica che "pur in assenza di una dettagliata definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali nazionali da parte dello Stato, la Regione Toscana intende individuare e attuare una prima configurazione di livelli base di cittadinanza regionali da realizzarsi gradualmente nell'arco di vigenza del piano, secondo patti territoriali di cooperazione fra il livello regionale e i livelli locali".

La definizione in ambito sociale di livelli di risposta omogenei sconta la forte differenziazione esistente tra comuni e tra zone in merito alla presenza/assenza di interventi e soprattutto alla diversità di significati (in termini di contenuto assistenziale, profili professionali, assetti organizzativi) riscontrati in servizi identificati con uno stesso *nomen*. Gli indicatori selezionati per il supporto alla programmazione sono stati estrapolati dal monitoraggio dei livelli base di cittadinanza sociale avviato dal 2008 in Regione Toscana, frutto di un percorso iniziato nel 2002. L'occasione di strutturare un set di indicatori di offerta unitario per tutte le zone impegnate nella programmazione ha permesso di valorizzare il lavoro sinora svolto per promuovere l'allineamento del sistema di offerta locale e di introdurre anche nei Piani Integrati di Salute strumenti unitari di descrizione e analisi della capacità di risposta.

Il percorso di lavoro che ha portato alla messa a regime del sistema di monitoraggio è partito dall'analisi della situazione territoriale, attraverso la costruzione di indici sintetici di livello (Isl), in grado di rappresentare congiuntamente i valori fondamentali che ogni territorio esprime in termini di risorse (input), risposte realizzate (ou-

³⁰ A cura di Elena Innocenti e Simone Tattini.

tput) ed effetti (outcome). Dai risultati emersi è stato evidente come – oltre che in termini quantitativi – i livelli essenziali vadano esplicitati anche in forma di processo assistenziale: dalla fase di accesso³¹ alla presa in carico³². La necessità di poter contare su un sistema unitario di definizione e di classificazione degli interventi, in grado di alimentare, anche su piattaforma informativa, la programmazione regionale e la strategia di definizione dei livelli base di cittadinanza sociale ha portato a costruire un sistema di classificazione dei servizi e degli interventi sociali (SisClass), coerente con i criteri del comma 4 dell'art. 22 della legge n. 328/2000³³. La Giunta Regionale, con delibera n. 282 del febbraio 2005, ha preso atto del percorso e dei risultati raggiunti nel triennio, delineando la strategia regionale di attuazione dei livelli di cittadinanza sociale in termini di equità distributiva rispetto alle risorse economiche disponibili e dell'offerta di servizi e di definizione delle risposte da garantire in tutto il territorio regionale, in termini di interventi domiciliari, diurni, residenziali, nonché per fronteggiare le emergenze personali e familiari.

La strategia complessiva ha avuto una prima applicazione per quanto riguarda la dimensione principale della definizione dei livelli, cioè il finanziamento. A questo fine è stata approfondita l'analisi della spesa sociale dei Comuni e della capacità di risposta dei servizi, in modo da mettere in grado l'amministrazione regionale di determinare un livello minimo di offerta adeguato ai bisogni del territorio e alle risorse esistenti. Sulla base dei risultati emersi, il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 ha introdotto una soglia minima di finanziamento da garantire in ogni territorio, tenendo conto dei fondi comunali, del fondo sociale regionale, del concorso alla spesa dei cittadini. Il passo successivo è la definizione di livelli minimi di offerta per tipologia di bisogno, definiti su base demografica e di epidemiologia sociale. Per monitorare questa evoluzione struttura-

³¹ Innocenti E., *I regolamenti per l'accesso ai servizi sociali*, Studi Zancan, n. 4/2003; Cai M., *La qualità dell'accesso ai servizi come livello essenziale di cittadinanza*, Studi Zancan, n. 4/2003.

³² Bezze M. e Vecchiato T., *La definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale: il caso della regione Toscana*, Studi Zancan, n. 2/2003.

³³ Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T., *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, Studi Zancan, n. 2/2005.

le è stato predisposto il sistema di monitoraggio finalizzato, da cui sono stati estrapolati gli indicatori inseriti nel set di supporto alla programmazione. Le variabili considerate dal sistema riguardano:

- l'offerta (tipologia e fascia di età dei destinatari del servizio, numero di utenti serviti dai comuni della zona, di cui disabili e di cui immigrati, capacità ricettiva...);
- l'organizzazione del servizio (risorse professionali coinvolte, in termini di valore assoluto e di ore, ore/giorni/settimane di funzionamento, modalità di gestione);
- il costo (costi complessivi del servizio, di cui a carico dei comuni e degli utenti).

Il sistema di monitoraggio si compone di 77 schede, per un totale di 2816 variabili, e permette quindi di avere a disposizione moltissime informazioni, utilizzabili nei diversi contesti di intervento regionale e zonale, tra cui anche la programmazione. Ogni zona ha accesso diretto ai propri dati nel database regionale, potendo quindi utilizzare direttamente gli indicatori previsti dal monitoraggio PIS. Oltre ai dati connessi al debito informativo PIS le zone possono utilizzare anche indici integrativi quali ad esempio indici di macro livello (relativi alla capacità di offerta e di spesa per ogni zona e su scala regionale, riferita ai livelli di accesso e di risposta domiciliare, intermedia, residenziale, di pronto intervento per diversi bisogni); indici di livello specifico (ovvero per ogni intervento previsto nel monitoraggio, su base zonale e con sintesi per gruppi di risposte e di bisogno); indicatori di capacità di governo (relativi al rapporto tra spesa e capacità di risposta)³⁴.

La selezione di indicatori inserita nel set di supporto alla programmazione riguarda il sistema di offerta esistente nella zona, con riferimento all'accesso alle risposte (sezione "assistenza territoriale sociale") e alle risposte domiciliari, intermedie e residenziali rivolte ad anziani, disabili e minori e famiglie (sezione "assistenza socio-sanitaria").

³⁴ Bezze M., Innocenti E., Vecchiato T., *La strategia regionale per l'attuazione dei livelli base di cittadinanza sociale in Toscana*, Studi Zancan, n. 5/2008.

2.6.1. L'accesso alle risposte di assistenza sociale

I successivi indicatori sono finalizzati a caratterizzare la capacità di ogni zona di gestire la domanda sociale e l'accesso ai servizi presenti nel territorio da parte delle persone e delle famiglie. Come evidenzia la L. n. 328/2000, all'art. 22, comma 4, le funzioni di segretariato sociale e di servizio sociale professionale, in fase di accesso, sono parte integrante e qualificante dei livelli essenziali di assistenza sociale. Una buona gestione dell'accesso riduce le disuguaglianze che penalizzano soprattutto i soggetti deboli. È un problema molto presente nei servizi sociosanitari complessivamente intesi: i soggetti deboli spesso non dispongono delle informazioni e delle capacità necessarie per esprimere i loro bisogni e i loro diritti. Per questo sia la programmazione nazionale³⁵ e ancor di più la legislazione e programmazione della Regione Toscana hanno investito nella qualificazione dell'accesso e nel potenziamento dei servizi a ciò finalizzati. La figura n. 45 presenta gli indicatori finalizzati a verificare la capacità di accoglienza e ascolto della domanda in fase di accesso nei territori, in condizioni ordinarie e di normalità.

³⁵ Ad esempio il Piano sociale nazionale 2001-2003 affermava: "In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, capacità di accompagnamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. A questo scopo occorre in particolare evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso. Sul piano organizzativo occorre quindi istituire in ogni ambito territoriale, definito ai sensi degli articoli 6 e 8, comma 3 lettera a) della legge n. 328/00, una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi, tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate...

La funzione di segretariato sociale risulterà tanto più efficace quanto sarà progettata e attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete e in particolare con le organizzazioni solidali presenti nel territorio, cioè con le forme di cittadinanza attiva nella tutela dei soggetti deboli e nella promozione dei loro diritti".

Figura n.45. Indicatori guida inerenti infrastrutture organizzate per la gestione dell'accesso in regime ordinario

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-Soc.1	Indice di copertura zonale dei punti di segretariato sociale	(Numeratore: numero punti di segretariato sociale professionale Denominatore: pop. zonale)*1000
SC.territoriale-Soc.1	Densità zonale dei punti di segretariato sociale professionale	Numeratore: numero punti di segretariato sociale professionale Denominatore: numero dei comuni (quartieri per Firenze)
SM.territoriale-Soc.3	Indice di copertura zonale dei punti di accesso	(Numeratore: numero punti di accesso Denominatore: pop. zonale)*1000
SC.territoriale-Soc.2	Densità zonale dei punti di accesso	Numeratore: numero punti di accesso Denominatore: numero dei comuni (quartieri per Firenze)

Il segretariato sociale può essere identificato come servizio e/o come funzione professionale svolta da assistenti sociali che dedicano parte del loro tempo lavoro ad essa. Il punto unico di accesso nasce con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti più fragili (anziani non autosufficienti) e incanalare in modo corretto le loro richieste verso la risposta più appropriata. Sul territorio sono state riscontrate modalità organizzative con la seguente articolazione:

- presidi centralizzati a livello di zona distretto dove si attiva la “presa in carico” del caso con l’orientamento del percorso assistenziale;
- sportelli territoriali decentrati a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato.

Sono stati inseriti nel set anche gli indicatori relativi all’accesso in fase in emergenza, qualificati in termini di “pronto intervento sociale”. Si tratta di una funzione con esperienza consolidata nell’ambito della tutela dei minori, ma che secondo gli indirizzi regionali va potenziata e allargata a tutte le persone e alle famiglie che possono trovarsi in situazioni di emergenza, in termini di capacità strutturata e sistematica di pronto intervento sociale.

Secondo il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 il pronto intervento sociale offre una risposta tempestiva e concreta a persone che si

vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, fuori dagli orari d'accesso al consueto servizio di assistenza sociale.

Figura n.46. Indicatori guida inerenti infrastrutture organizzate per la gestione dell'accesso in regime di pronto intervento

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-Soc.5	Indice di copertura zonale dei servizi di pronto intervento	<i>Numeratore:</i> numero presidi di pronto intervento/anno <i>Denominatore:</i> pop. residente *1000 – (di cui a favore di minori)
SC.territoriale-Soc.3	Densità zonale dei presidi di pronto intervento	<i>Numeratore:</i> numero presidi di pronto intervento <i>Denominatore:</i> numero dei comuni (quartieri per Firenze)

La valutazione dell'accesso e delle condizioni per gestirlo in via ordinaria e di emergenza (figura n. 47) è un importante elemento per capire e quantificare la capacità di ogni territorio di sviluppare competenze professionali e organizzative per gestire la doppia modalità di accesso e per garantirlo nei livelli base di cittadinanza.

Per questo motivo, oltre ad indicatori relativi alla presenza e all'organizzazione di questi tipi di risposta, sono stati inseriti nel set anche indicatori relativi all'utenza intercettata e alla spesa sostenuta per questo tipo di risposta.

Figura n.47. Indicatori guida inerenti la capacità di risposta nella gestione dell'accesso in regime ordinario e in regime di pronto intervento

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-Soc.2	Tasso di utenza del servizio di segretariato sociale professionale	[<i>Numeratore:</i> numero utenti/anno del servizio di segretariato sociale professionale <i>Denominatore:</i> pop. residente]*1000
SM.territoriale-Soc.4	Tasso di utenza dei punti di accesso	[<i>Numeratore:</i> numero utenti/anno del punto di accesso <i>Denominatore:</i> pop. residente]*1000
SM.territoriale-Soc.6	Tasso di utenza del pronto intervento sociale	[<i>Numeratore:</i> numero utenti/anno del pronto intervento <i>Denominatore:</i> pop. residente]*1000

Figura n.48. Indicatori guida inerenti la spesa nella gestione dell'accesso in regime ordinario e in regime di pronto intervento

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.territoriale-Soc.7	Spesa procapite per servizi di segretariato sociale	[Numeratore: spesa totale per intervento Denominatore: pop. residente
SM.territoriale-Soc.8	Spesa procapite per punti di accesso	[Numeratore: spesa totale per intervento Denominatore: pop. residente
SM.territoriale-Soc.9	Spesa procapite per servizi di pronto intervento	[Numeratore: spesa totale per intervento Denominatore: pop. residente

2.6.2. Le risposte domiciliari, semiresidenziali e residenziali

Gli indicatori estratti dal sistema di monitoraggio e inseriti nelle sezioni relative all'assistenza sociosanitaria di anziani, disabili e famiglie e minori riguardano prevalentemente il sistema di offerta rilevato nelle zone e vanno a completare i set di indicatori di fabbisogno, di risposta e di spesa di diversa origine e provenienza, come descritto nel contributo precedente.

Questo al fine di rendere possibile una visione sintetica e di scenario generale della capacità di risposta di un territorio rispetto ai tre macro livelli essenziali di assistenza, nelle forme domiciliare, intermedia e residenziale riferite ad alcune specifiche aree di fabbisogno sociosanitario: anziani, disabili, minori e famiglie.

La presentazione degli indicatori si unisce a una serie di raccomandazioni circa le modalità di lettura dei dati disponibili, in modo da potenziarne l'utilità ai fini della programmazione ed evitare effetti distorsivi o confusivi di un loro utilizzo improprio.

Ad esempio, la lettura degli indici di residenzialità e di domiciliarità va fatta in modo congiunto, per meglio comprendere il rapporto tra fabbisogno spiegato su base demografica e di ciclo di vita e quantità di risposta, alla luce degli indicatori di offerta rilevati. La domanda di risposte residenziali infatti risponde in parte a bisogni non gestibili a domicilio e in parte nasce dalla mancanza o carenza di risposte domiciliari, a sostegno delle persone in situa-

zione di bisogno e dei familiari che svolgono compiti di cura.

Nella lettura degli indici di offerta, va tenuta presente la distinzione tra posti “autorizzati” e “convenzionati” e tra questi e il numero di “utenti effettivi”. Soprattutto in ambito residenziale e semiresidenziale può infatti succedere che una parte delle risposte erogate soddisfi una domanda proveniente da altre zone. In questo caso l’indicatore evidenzia una capacità di offerta extrazonale e quindi una capacità di copertura di un bacino più vasto rispetto alla domanda espressa del proprio territorio. Può al contrario evidenziare un’offerta sovradimensionata, da ridurre o da riconvertire, secondo altre modalità di servizio (diurno, intermedio o domiciliare).

Gli indici di risposta diurna e domiciliare vanno letti in modo integrato, visto che spesso le risposte diurne e intermedie operano per garantire la permanenza al proprio domicilio di molte persone, che diversamente dovrebbero essere ricoverate. Le risposte semiresidenziali agiscono infatti non solo in senso terapeutico, riabilitativo e con finalità di socializzazione ma anche con finalità di sollievo per i familiari che gestiscono carichi di cura a domicilio, talora molto intensi e non sostenibili nel lungo periodo. Se la priorità di offerta è indirizzata verso le risposte domiciliari, la lettura degli indicatori può essere vista alla luce di questa opzione, per capire se e come potenziare il sostegno a domicilio: in parte aumentando questa capacità di risposta e in parte intervenendo nel contrasto delle residenzialità improprie o evitabili.

Un ulteriore criterio di utilizzo di questi indicatori, di offerta e di spesa, può essere finalizzato alla verifica della presenza/assenza delle condizioni per garantire idonei livelli base di cittadinanza sociale. Un’offerta sovradimensionata rispetto ad altri territori o alla media regionale configura un valore aggiuntivo di servizio. Nello stesso tempo però segnala che una maggiore capacità di risposta può assorbire risorse eccessive a danno di altre modalità: un eccesso di residenzialità può andare a scapito della domiciliarità, un eccesso di risposta e di spesa residenziale per le persone anziane può togliere risorse per risposte residenziali di altre fasce di età; un eccesso di risposte semiresidenziali a cui non corrispondano

analoghi indici di domiciliarità può risultare improprio in quanto rivolto a persone che non ne hanno effettivo bisogno. Quelli proposti sono alcuni esempi di lettura degli indicatori, da sviluppare nell'utilizzo del set di indicatori messo a disposizione del programmatore in termini di contenuti di conoscenza e criteri utili per prendere decisioni.

Di seguito viene presentata la selezione di indicatori di offerta desunti dal sistema di monitoraggio dei livelli base di cittadinanza sociale: si tratta di 12 indicatori di offerta, 1 di capacità di risposta e 6 di spesa, organizzati in tre tavole riportate nelle seguenti figure.

Figura n.49. Indicatori guida inerenti alla capacità di offerta che la zona esprime per le persone anziane ultra65enni, i minori ed i disabili

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.anziani.4	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali convenzionate per anziani	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture semiresidenziali per anziani Denominatore: pop. residente >=65]*1000
SC.anziani.17	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per anziani	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture semiresidenziali per anziani Denominatore: pop. residente >=65]*1000
SM.anziani.5	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali convenzionate per anziani	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture residenziali per anziani Denominatore: pop. residente >=65]*1000
SC.anziani.18	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per anziani	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture residenziali per anziani Denominatore: pop. residente >=65]*1000
SM.famiglie.15	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali convenzionate per minori	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture semiresidenziali per minori Denominatore: pop. residente 0-17]*1000
SC.famiglie.10	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per minori	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture semiresidenziali per minori Denominatore: pop. residente 0-17]*1000
SM.famiglie.16	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali convenzionate per minori	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture residenziali Denominatore: pop. residente 0-17]*1000

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SC.famiglie.11	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per minori	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture residenziali per minori Denominatore: pop. residente 0-17]*1000
SC.disabili.11	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali convenzionate per disabili	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture semiresidenziali per disabili Denominatore: pop. residente 18-65]*1000
SC.disabili.9	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per disabili	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture semiresidenziali per disabili Denominatore: pop. residente 18-65]*1000
SC.disabili.12	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali convenzionate per disabili	[Numeratore: numero posti convenzionati in strutture residenziali per disabili Denominatore: pop. residente 18-65]*1000
SC.disabili.10	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per disabili	[Numeratore: numero posti autorizzati in strutture residenziali per disabili Denominatore: pop. residente 18-65]*1000

Figura n.50. Indicatori guida inerenti alla capacità di risposta che la zona esprime per le persone anziane ultra65enni

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.anziani.6	Tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare anziani	[Numeratore: numero assistiti >= 65 in assistenza domiciliare per anziani Denominatore: pop. residente >=65]*1000

Figura n.51. Indicatori guida inerenti alla capacità di spesa che la zona esprime per le persone anziane ultra65enni e per i minori

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.anziani.7	Spesa procapite per servizi semiresidenziali per anziani	[Numeratore: spesa totale per servizi semiresidenziali per anziani Denominatore: pop. residente.
SM.anziani.8	Spesa procapite per servizi residenziali per anziani	[Numeratore: spesa totale per servizi residenziali per anziani Denominatore: pop. residente.
SM.anziani.9	Spesa procapite per interventi domiciliari per anziani	[Numeratore: spesa totale per interventi domiciliari per anziani Denominatore: pop. residente.

Codice Indicatore	Indicatore	Descrizione
SM.famiglia.17	Spesa procapite per assistenza domiciliare sociale per i minori	[Numeratore: spesa totale per intervento di assistenza domiciliare sociale per minori Denominatore: pop. residente.
SM.famiglia.18	Spesa procapite per servizi semiresidenziali per i minori	[Numeratore: spesa totale per servizi semiresidenziali per i minori Denominatore: pop. residente.
SM.famiglia.19	Spesa procapite per servizi residenziali per i minori	[Numeratore: spesa totale per servizi residenziali per i minori Denominatore: pop. residente.

2.7. Le risposte al disagio minorile³⁶

A partire dagli anni '90, con la ratifica della Convenzione dei diritti del Fanciullo (L. 176/91) l'Italia si dota di un corpus di norme che declinano nell'ordinamento giuridico i principali diritti riconosciuti dalla stessa. Lo scenario nazionale e regionale ricco di provvedimenti legislativi di grande rilievo ha influenzato, e non poco, le politiche e le scelte degli enti locali e il modo di lavorare dei servizi. Basti richiamare la L. 285/97 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" e la L. 451/97 "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia", norme che fanno da cornice ad ulteriori iniziative specifiche che affrontano il tema più generale dell'"agio" dei bambini e ragazzi e della prevenzione/ riduzione del "disagio" degli stessi.

Primo fra i diritti del minore, e dunque oggetto di rimozione delle cause del suo venire meno, è quello a crescere in una famiglia. Punto di riferimento fondamentale in tal senso è la legge 149/01 "Diritto del minore ad una famiglia". Essa interviene nell'ordinamento giuridico italiano a modificare la disciplina dell'adozione e dell'affidamento. La legge riconosce il diritto del minore a crescere ed essere educato nella propria famiglia e prevede prioritariamente interventi di sostegno e di aiuto alla famiglia che si trova in situazioni

³⁶ A cura di Roberto Ricciotti.

di difficoltà. Solo quando la famiglia, nonostante gli interventi di sostegno e di aiuto, non è in grado di provvedere alla crescita e all'educazione del minore, quest'ultimo è affidato ad altra famiglia in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui ha bisogno. Dove non sia possibile o venga valutato non rispondente ai bisogni del minore è consentito l'inserimento dello stesso in una comunità di tipo familiare per un periodo di tempo limitato.

La norma nazionale ha di fatto sancito e regolamentato sull'intero territorio nazionale prassi ed esperienze che già negli anni ottanta erano state avviate in numerosi contesti nazionali, primo fra questi la Regione Toscana. Come per il tema dei "minori fuori famiglia", anche altre situazioni di disagio e difficoltà sono rintracciabili in relazione a bambini e ragazzi. Va dato atto che la Toscana ha messo a disposizione una rete consistente ed articolata di servizi ed interventi sociali e socio-educativi che intervengono per prevenire e ridurre il disagio delle giovani generazioni nelle diverse forme in cui si presenta. Ad esempio, 23 zone socio-sanitarie hanno il Centro Affidati e tutte le zone fanno organicamente parte delle 4 Aree Vaste che intervengono in materia di adozione.

Stabilire quali siano gli indicatori più idonei e attuali a descrivere le situazioni di disagio non è impresa facile e soprattutto è un esercizio da intendersi in continua evoluzione. Proprio per le caratteristiche dei fenomeni in oggetto, gli indicatori possono assumere pesi più o meno significativi nel trascorrere del tempo. Si pensi ad esempio ai minori stranieri non accompagnati, non rilevati dalle azioni di monitoraggio fino al 2006, entrati oggi come tematica basilare in tutte le rilevazioni regionali in materia.

La Regione Toscana, attraverso il Centro Regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza, istituito con la L.R. 31/00 e affidato all'Istituto degli Innocenti di Firenze, dispone di serie storiche di dati che rilevano in modo costante e aggiornato l'andamento delle situazioni di disagio dei minori in diversi ambiti non tutti oggetto della definizione dei presenti indicatori.

2.7.1. Fonti dei dati

Le fonti utilizzate fanno tutte riferimento ad attività realizzate dal Centro. In particolare, per i temi relativi all'ambito socio-assistenziale si fa riferimento all'attività di monitoraggio annuale degli interventi sociali rivolti ai minori che vivono in famiglia e a quelli in affidamento familiare o inseriti in strutture residenziali, mentre per i temi relativi all'ambito socio-educativo (qui si prendono in esame prevalentemente i servizi educativi a domanda individuale) si fa riferimento ai dati provenienti dal sistema informativo regionale SIRIA.

Queste due ricognizioni hanno rappresentato, negli ultimi anni (le serie storiche sono disponibili a partire dal 1999), validi strumenti di supporto conoscitivo destinati prioritariamente ai diversi soggetti del sistema toscano di programmazione e gestione delle politiche di intervento per l'infanzia e l'adolescenza (Regione, Province e Osservatori Sociali Provinciali, comuni, zone socio-sanitarie, Società della Salute, Aziende Sanitarie, privato sociale, associazionismo).

L'attività di monitoraggio annuale degli interventi sociali per i minori "fuori famiglia" ha subito nell'ultimo anno un profondo rinnovamento: a fianco di un set di informazioni relative ai bambini e agli adolescenti in affidamento familiare (a singoli, famiglie e parenti) o accolti nelle strutture residenziali, set condiviso dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza con le Regioni e le Province autonome riunite nel Gruppo Interregionale Minori, si sono precisati approfondimenti specifici utili in particolar modo al monitoraggio degli interventi nei diversi territori toscani, quali ad esempio famiglie disponibili all'affido per zona socio-sanitaria e le caratteristiche dell'accoglienza residenziale.

Dal gennaio 2010 è disponibile il monitoraggio (dunque gli indicatori) sulle caratteristiche del percorso socio-educativo di ogni singolo minore accolto nelle strutture residenziali per minori per l'intero territorio toscano, con riferimento anche ai minori stranieri non-accompagnati.

2.7.2. Indicatori socio-assistenziali

Tre indicatori di ambito socio-assistenziale presentati nel set minimo sono riferiti a interventi e prestazioni per minori che vivono nelle famiglie di origine. Il dato sulle tutele giuridiche, che vengono avviate in situazioni di reale disagio del minore, fa riferimento alle disposizioni della magistratura minorile (Giudice Tutelare e/o Tribunale per i Minorenni). Il fenomeno risulta di particolare interesse in ambito regionale anche perché segna, nel triennio 2005-2007, un deciso aumento, dalle circa 1.200 tutele del 2005 alle circa 1.600 tutele del 2007. Un altro tema molto importante da considerare nelle valutazioni generali del disagio giovanile, riguarda gli affidamenti part-time, cioè i casi di affidamento di minori per brevi periodi come ad esempio alcuni momenti della giornata o della settimana. Il numero di affidamenti part-time sul territorio toscano è costante nel tempo, circa 180 casi annui, e incide mediamente sulla popolazione residente per circa 2 minori in affidamento part-time ogni 10mila minori residenti. Il terzo indicatore riguarda i minori in carico ai servizi territoriali della zona, ma non allontanati dalla famiglia d'origine, accolti nei servizi semiresidenziali. Per questa tipologia di intervento, anche se in diminuzione nell'ultimo triennio, si contano circa 800 minori accolti al 31/12 di ogni anno, valore che incide mediamente sulla popolazione residente per circa 17 minori accolti ogni 10mila minori residenti.

Gli altri indicatori di ambito socio-assistenziale riguardano interventi e prestazioni per i minori che vivono fuori dalla famiglia di origine, in affidamento familiare o accolti nelle strutture residenziali (sono stati circa 2.500 nel corso del 2007). Come già precedentemente detto, il tema dei minori fuori famiglia riscuote particolare interesse sia in ambito regionale che in ambito nazionale. A tal proposito è rilevante sottolineare che il set di indicatori proposti, costruiti sulla base del set minimo individuato dal Ministero e dal gruppo interregionale minori, permetterà di realizzare confronti omogenei, non solo tra i diversi ambiti territoriali toscani, ma anche con le altre Regioni italiane. Gli indicatori sui minori fuori famiglia evidenziano le due principali tipologie di intervento: affidamento familiare e affidamento a

strutture residenziali. Sia per gli affidamenti familiari che per le accoglienze in struttura viene proposto il tasso medio annuo sulla popolazione di riferimento, specificando, nel caso degli affidamenti, gli eterofamiliari.

Nella fase di analisi degli indicatori dovrà essere posta molta attenzione alla lettura del fenomeno, contestualizzandolo per le diverse organizzazioni territoriali dei servizi. Infatti, se è vero che alti tassi di allontanamento dei minori dalla propria famiglia mettono in evidenza forti situazioni di disagio sul territorio, è altrettanto vero che il ricorso all'allontanamento dei minori dipende dall'attenzione e dalla capacità di intervento degli operatori che operano sul territorio e da come i servizi sono organizzati (presenza o meno del Centro affidi, maggiore o minore presenza di servizi residenziali, ecc...).

Altri due indicatori mettono in relazione diretta gli affidamenti familiari e le accoglienze in struttura: la percentuale dei minori in affidamento familiare sul totale dei minori allontanati dalla famiglia e il rapporto tra minori in affidamento familiare e i minori accolti in struttura. Questi due indicatori aiutano, meglio di altri, a monitorare i livelli di recepimento delle linee dettate dalla L. 149/2001 che prevede, laddove non sia possibile per il minore crescere nella propria famiglia di origine, e debba dunque essere disposto temporaneamente un allontanamento da essa che le misure da attivare devono in primis contemplare la possibilità di accoglienza presso una famiglia affidataria e solo in seconda istanza l'inserimento in una comunità residenziale, preferibilmente di tipo familiare.

La terza parte degli indicatori di ambito socio-assistenziale riguarda un approfondimento sui minori stranieri. In primo luogo vengono calcolate le incidenze degli allontanamenti (affidamento familiare e accolti in struttura) dei minori stranieri sul totale degli allontanamenti. Le dinamiche di questi due indicatori sono molto importanti perché negli ultimi anni le incidenze percentuali degli stranieri sono notevolmente aumentate (superando il 40% dei casi negli affidamenti familiari e il 50% nelle accoglienze in struttura) cambiando di fatto le caratteristiche dell'accoglienza.

2.7.3. Indicatori socio-educativi

Gli indicatori che toccano l'ambito socio-educativo si riferiscono ai servizi educativi per la prima infanzia. L'indicatore riferito al tasso di ricettività dei servizi, prende in considerazione il numero di posti disponibili, rapportandoli alla popolazione 0-2 anni di riferimento. L'indicatore riferito al tasso di accoglienza, prende in considerazione il numero di bambini accolti contemporaneamente, rapportandoli alla popolazione 0-2 anni di riferimento. Entrambi gli indicatori rappresentano strumenti adeguati per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo della strategia di Lisbona, secondo il quale i Paesi membri dell'Unione Europea dovrebbero dotarsi, entro il 2010, di una rete di servizi educativi per la prima infanzia tale da garantire una copertura per almeno il 33% dei bambini di età inferiore ai 3 anni. Il monitoraggio continuo di questi due indicatori ha permesso in questi ultimi anni di apprezzare il progressivo avvicinamento all'obiettivo da parte della Regione Toscana.

2.7.4. Indicatori complementari

Nel set complementare vengono presentati, in ambito socio-assistenziale, il tasso medio annuo di minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare territoriale (calcolato rispetto alla popolazione 0-17 anni residente) e l'incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza domiciliare territoriale sul totale dei minori coinvolti in questa attività. Vengono poi presentati, in ambito socio-educativo, il tasso medio annuo di minori coinvolti in assistenza educativa domiciliare (calcolato rispetto alla popolazione 0-17 anni residente) e l'incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza educativa domiciliare sul totale dei minori coinvolti in questa attività. Nei primi due indicatori i dati si riferiscono ai minori beneficiari di prestazioni di aiuto per far fronte ad esigenze di organizzazione della vita familiare (accompagnamento di minori per la scuola o altre attività,

sostegno all'ordine e alla pulizia della casa, collaborazione e sostegno nell'igiene personale dei minori, ecc). Negli altri due indicatori, si fa riferimento ai minori beneficiari di interventi di affiancamento, per alcune ore al giorno, da parte di un educatore anche al fine di sostenere i genitori nel processo educativo (prevalentemente presso il domicilio del minore e della sua famiglia).

Vengono inoltre introdotti due indicatori riferiti alle violenze domestiche: il tasso medio annuo di minori vittime di maltrattamenti in famiglia e il tasso medio annuo di minori vittime di abusi sessuali in famiglia. Entrambi gli indicatori sono riferiti ai minori presi in carico e segnalati all'Autorità giudiziaria.

Il set complementare presenta anche il tasso annuo di minori stranieri non accompagnati rispetto alla popolazione straniera di 0-17 anni. Fenomeno in continua evoluzione per il quale la Regione ha previsto azioni specifiche di monitoraggio già a partire dal 2010.

Parte seconda

GLI INDICATORI COME STRUMENTI
PER LA PROGRAMMAZIONE
E LA VAUTAZIONE:
LO STATO DELL'ARTE

Capitolo 1

La lettura degli indicatori: alcuni esempi

1.1. I grappoli¹

Se il dato non diviene un'informazione adatta ad intraprendere un percorso di programmazione, di valutazione o di riprogrammazione, ovvero utile a conoscere i fenomeni e decidere in modo consapevole e mirato, la mera disponibilità di indicatori non è di per sé sufficiente.

L'interpretazione degli indicatori a supporto dei PIS può essere facilitata attraverso chiavi di lettura che considerino l'indicatore sia in termini temporali, che di confronto con altri contesti. Tale modello di lettura offre spunti per un processo di selezione delle priorità.

Gli indicatori possono anche essere raggruppati attraverso "chiavi di lettura" diverse basate principalmente sulla programmazione strategica regionale.

In tale contesto si è elaborato un modello di lettura detto "a grappolo" attraverso cui indicatori facenti parte di differenti tematiche possono essere raggruppati e letti congiuntamente al fine di evidenziare, da una parte, eventuali criticità di una zona-distretto e, dall'altra, il raggiungimento o meno di eventuali obiettivi strategici e programmi regionali.

La lettura degli indicatori "a grappolo" prevede un raggruppamento, a partire da diversi punti di vista, delle informazioni disponibili relative ad uno stesso fenomeno in maniera tale da costruire una visione il più ampia ed integrata possibile. In genere, la lettura di un fenomeno sociosanitario può essere affrontata tenendo presente:

- lo stato di salute della popolazione a cui ci si riferisce, i conse-

¹ A cura di Massimo Campedelli e Sara Barsanti.

- guenti bisogni di salute che si intendono soddisfare e quindi la domanda di salute;
- l'offerta di servizi che l'unità di riferimento ha a disposizione, evidenziando dove possibile vuoti di offerta o punti in cui essa può essere ristrutturata;
 - la spesa che il fenomeno provoca, sia in termini di risorse economiche che risorse umane;
 - l'appropriatezza, l'efficacia e la sostenibilità dell'incontro tra domanda ed offerta.

Attraverso l'analisi della domanda di salute si intende verificare la salute di un certo gruppo di popolazione, le sue caratteristiche socio demografiche ed eventuali comportamenti a rischio dello stesso. L'analisi dell'offerta, invece, deve prima di tutto mettere in luce se il servizio riesce a garantire i livelli essenziali richiesti, quali i LEA e i LIVEAS o LEP, analizzando l'offerta a disposizione, l'assistenza, la presa in carico del paziente e l'accesso stesso ai servizi. In tale contesto l'incontro tra domanda ed offerta deve essere appropriato, senza sfociare in una prestazione non necessaria o non di qualità e non sostenibile.

I grappoli possono risultare un modello di facile lettura per fenomeni complessi come quelli affrontati con la programmazione integrata di salute. In questo capitolo si intendono fornire alcuni esempi sulla base di progetti su cui la Regione Toscana sta investendo e puntando. In particolare, oggetto di tale approfondimento saranno tematiche quali la sanità di iniziativa, gli immigrati e i disabili.

1.2. Sanità di iniziativa²

La sanità di iniziativa, definita come quella "sanità che non aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma orienta l'attività verso chi meno sa e meno può e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale e persino di non espressione del

² A cura di Paolo Francesconi e Alessandro Barchielli.

bisogno³, rappresenta uno dei maggiori elementi di novità tra i principi ispiratori del Piano Sanitario Regionale 2008-2010. La necessità di un nuovo approccio alle malattie croniche deriva dalla considerazione che “la gestione dell’incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare; con l’aumento della speranza di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento”. Questo approccio innovativo, che richiama il concetto di equità di accesso, è rivolto quindi primariamente ai soggetti “più deboli” ed a “quelle fasce che, pur avendone bisogno, hanno una minore consapevolezza dell’offerta disponibile”. Come esplicitamente indica il PSR, “lo sviluppo della sanità di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico *proattiva* dei cittadini e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate”. Riguarda quindi i vari ambiti di intervento del servizio sanitario: dalla prevenzione primaria e secondaria, agli interventi sul territorio, ed in ambito ospedaliero. Tra le aree di intervento dell’approccio “proattivo” rientra il “farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l’adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l’attenzione all’esercizio dell’attività fisica, di corrette abitudini alimentari”. Questi rappresentano sia strumenti di prevenzione che indispensabili supporti ai trattamenti terapeutici nella gestione dei pazienti affetti dalle specifiche malattie. L’altro aspetto basilare riguarda il modello assistenziale per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche, da effettuare secondo i principi operativi del *Chronic Care Model*, e finalizzato a programmare e coordinare gli interventi a favore di malati cronici. Il PSR 2008-2010, pone l’obiettivo nel triennio di validità del Piano di affrontare prioritariamente le seguenti patologie:

- ipertensione arteriosa,
- diabete mellito,

³ Le citazioni del testo sono estratte dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

- scompenso cardiaco,
- insufficienza respiratoria e BPCO,
- ictus cerebrale.

Coerentemente con i concetti sopra riportati gli indicatori che possono essere riferiti a programmi di sanità di iniziativa inclusi nel set minimo ed in quello complementare riguardano le varie problematiche che i programmi di intervento devono affrontare (figura n. 1):

- Prevenzione (abitudini di vita e fattori di rischio individuali);
- Frequenza della malattia (mortalità, ricoveri ospedalieri, incidenza/prevalenza patologie);
- Qualità della assistenza sanitaria territoriale;
- Esiti della assistenza sanitaria territoriale;
- Riabilitazione.

Figura n.1. Indicatori riportati nelle varie sezioni del set minimo ed in quello complementare riferiti alle varie problematiche relative ai programmi di sanità di iniziativa

Codice indicatore	Indicatore
SM.salute.2	Tassi standardizzati per età di mortalità per malattie cardiovascolari
SC.salute.8	Tasso standardizzato per età di mortalità per cardiopatia ischemica
SC.salute.9	Tasso standardizzato per età di mortalità per malattie cerebrovascolari
SC.salute.11	Tasso standardizzato per età di mortalità per malattie respiratorie
SM.salute.7	Tasso standardizzato per età di PYLL <= 75 anni - malattie cardiovascolari
SM.salute.14	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età
SM.salute.16	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età

Codice indicatore	Indicatore
SC.salute.19	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età
SC.salute.21	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età
SM.salute.17	Tasso standardizzato per età di incidenza infarto miocardico acuto
SM.salute.18	Tasso standardizzato per età di incidenza ictus
SC.salute.22	Tasso standardizzato per età di prevalenza Ictus
SM.salute.19	Tasso standardizzato per età di prevalenza scompenso cardiaco.
SM.salute.20	Tasso standardizzato per età di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO)
SM.salute.21	Tasso standardizzato per età di prevalenza diabete
SM.determinanti.11	Abitudini alimentari: % di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
SM.determinanti.12	Peso: % di popolazione obesa per sesso (BMI > 30)
SM.determinanti.13	Attività fisica: % popolazione con scarsa o assente attività fisica per sesso
SM.determinanti.14	Fumo: % fumatori correnti per sesso
SM.determinanti.17	Rischio cardiovascolare: % persone con diagnosi ipertensione per sesso
SM.determinanti.18	Rischio cardiovascolare: % persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia
SM.territoriale-LEA.3	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow-up di laboratorio
SM.territoriale-LEA.4	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori/inibitori angiotensina II
SM.territoriale-LEA.5	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test HbA1c negli ultimi 6 mesi
SM.territoriale-LEA.6	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.7	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.8	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.9	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica

Codice indicatore	Indicatore
SM.territoriale-LEA.10	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.11	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
SM.territoriale-LEA.12	Tasso di ospedalizzazione per BPCO standardizzato per età
SM.territoriale-LEA.13	Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età
SM.territoriale-LEA.14	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età
SM.territoriale-LEA.33	Percentuale casi ictus riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)
SM.territoriale-LEA.34	Percentuale casi frattura femore riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)
SM.territoriale-LEA.35	Percentuale casi ictus riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero
SM.territoriale-LEA.36	Percentuale casi frattura femore riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero

Gli indicatori possono essere utilizzati in una ottica di tipo:

- “orizzontale”, valutando tutti gli indicatori riferiti alla stessa dimensione (es. indicatori relativi alla prevenzione, alla frequenza delle malattie ecc.);
- “trasversale”, riunendo gli indicatori riferiti a diverse dimensioni ma relativi ad una stessa patologia (es. tutti gli indicatori relativi a scompenso cardiaco, diabete ecc.).

Il secondo approccio in genere è quello più utile per impostare e valutare programmi di intervento patologia-specifici, per cui vengono presentati alcuni esempi di lettura dei dati riferiti a diabete e scompenso cardiaco.

Le figure n. 2-3 riportano gli indicatori che possono essere utilizzati per le diverse problematiche relative a diabete mellito e scompenso cardiaco: prevalenza della malattia, prevenzione, qualità ed esiti della assistenza sanitaria territoriale.

Figura n.2. Indicatori relativi al diabete mellito

Codice indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.salute.21	Tasso standardizzato per età di prevalenza diabete	Frequenza patologia
SM.determinanti.11	Abitudini alimentari: % di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	Prevenzione: abitudini di vita e fattori di rischio individuali
SM.determinanti.12	Peso: % di popolazione obesa per sesso (BMI > 30)	
SM.determinanti.13	Attività fisica: % popolazione con scarsa o assente attività fisica per sesso	
SM.territoriale-LEA.5	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test di emoglobina glicata negli ultimi 6 mesi	Assistenza sanitaria territoriale: processo
SM.territoriale-LEA.6	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi	
SM.territoriale-LEA.13	Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età	Assistenza sanitaria territoriale: esiti

Figura n.3. Indicatori relativi allo scompenso cardiaco

Codice indicatore	Indicatore
SM.salute.19	Tasso standardizzato per età di prevalenza scompenso cardiaco
SM.determinanti.11	Abitudini alimentari: % di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
SM.determinanti.12	Peso: % di popolazione obesa per sesso (BMI > 30)
SM.determinanti.13	Attività fisica: % popolazione con scarsa o assente attività fisica per sesso
SM.determinanti.14	Fumo: % fumatori correnti per sesso
SM.determinanti.17	Rischio cardiovascolare: % persone con diagnosi ipertensione per sesso

Codice indicatore	Indicatore
SM.determinanti.18	Rischio cardiovascolare: % persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia
SM.territoriale-LEA.3	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow-up di laboratorio
SM.territoriale-LEA.4	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori/inibitori angiotensina II
SM.territoriale-LEA.14	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età

Nella figura n. 4 sono riportati, sotto forma di diagramma di dispersione, i confronti relativi agli indicatori su qualità ed esiti della assistenza territoriale delle due patologie.

Figura n.4. Indicatori della qualità e dell'esito della assistenza territoriale per diabete mellito e scompenso cardiaco in una Zona-distretto: confronto tra il 2006 ed il 2007 e con il valore medio regionale.

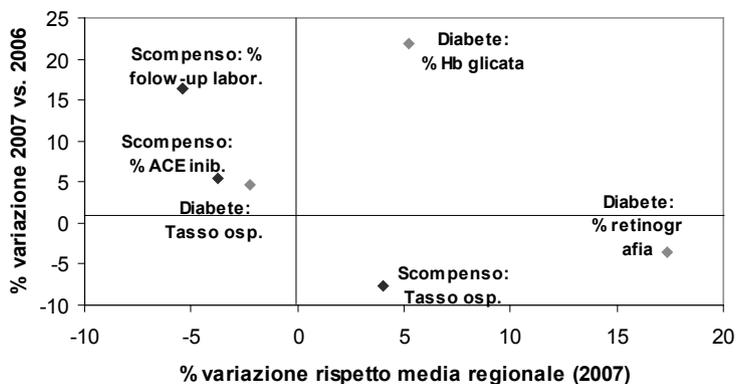


Figura n.5. Indicatori relativi allo scompenso cardiaco ed al diabete mellito: valori nella Zona-distretto X in Toscana

Patologia	Indicatore	Zona-distretto X		TOSCANA
		2007	2006	
Scompenso cardiaco	Pazienti con follow-up di laboratorio (%)	45,3	47,9	38,9
	Pazienti in terapia con ACE-inibitori/ inibitori angiotensina II (%)	53,6	55,7	50,8
	Tasso ospedalizzazione (x 1.000)	3,90	3,75	4,22
Diabete mellito	Pazienti controllo semestrale della emoglobina glicata (%)	62,5	59,4	51,3
	Pazienti con retinografia annuale (%)	8,1	6,9	8,4
	Tasso ospedalizzazione (x 1.000)	0,44	0,45	0,42

I grafici sono costruiti presentando per ogni singolo indicatore:

- la variazione percentuale tra il valore osservato in una specifica zona-distretto ed il valore medio regionale per l'anno 2007 (asse delle ascisse), che indica la variazione geografica dell'indicatore;
- la variazione percentuale del valore osservato in una specifica zona-distretto nel 2007 rispetto a quello osservato l'anno precedente (asse delle ordinate), che indica il trend temporale dell'indicatore.

Il grafico identifica così quattro quadranti:

- superiore destro: valore superiore alla media regionale ed in aumento rispetto all'anno precedente;
- superiore sinistro: valore inferiore alla media regionale ma in aumento rispetto all'anno precedente;
- inferiore destro: valore superiore alla media regionale ma in diminuzione rispetto all'anno precedente;
- inferiore sinistro: valore inferiore alla media regionale ed in diminuzione rispetto all'anno precedente.

Nell'esempio riportato vediamo che, nella zona-distretto selezionata a titolo esemplificativo, per quanto riguarda il diabete, i due indicatori di processo hanno valori superiori alla media regionale, anche se uno (% pazienti sottoposti a retinografia) presenta una lieve flessione rispetto all'anno precedente. Il tasso di ospedalizzazione è in leggero aumento rispetto all'anno precedente, an-

che se permane inferiore alla media regionale. Per questa patologia, l'indicatore più solido (% pazienti con controllo emoglobina glicata) indica quindi una situazione positiva con valori migliori rispetto alla media regionale ed in miglioramento rispetto all'anno precedente. Tuttavia la valutazione del solo diagramma di dispersione può portare a conclusioni fuorvianti. Infatti il valore assoluto del 2007 indica che solo il 62,5% dei diabetici è sottoposto ad almeno 1 controllo semestrale di tale parametro ematochimico (figura n. 5).

Tenuto conto di quanto indicato nelle linee guida, del valore informativo dell'esame per valutare la efficacia del controllo della glicemia, della scarsa invasività dell'esame (richiede solo un prelievo ematico) e della assenza di controindicazioni alla sua esecuzione, anche in questa situazione "abbastanza virtuosa" esiste un ampio margine di miglioramento nell'assistenza ai pazienti diabetici.

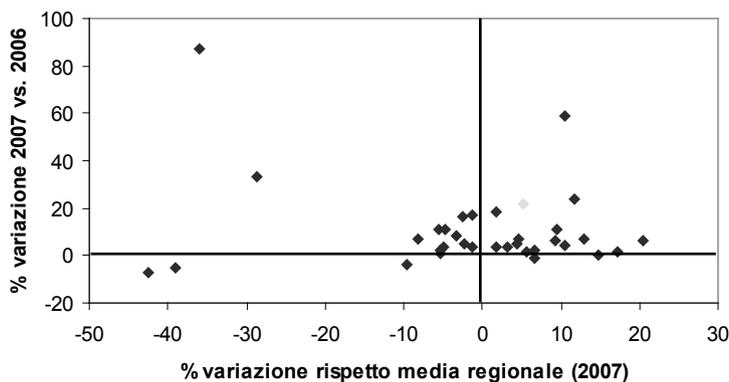
Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, i due indicatori di processo hanno valori inferiori alla media regionale, anche se entrambi sono in miglioramento rispetto all'anno precedente. Il tasso di ospedalizzazione (indicatore di esito) è superiore rispetto alla media regionale, ma in riduzione (interpretabile come miglioramento) rispetto all'anno precedente. In complesso quindi gli indicatori relativi allo scompenso cardiaco suggeriscono che l'assistenza territoriale, assicurata in questa zona-distretto, si trova ancora ad un livello inferiore rispetto alla situazione media regionale. Presenta comunque un trend in miglioramento rispetto all'anno precedente.

Poiché il grafico riporta gli scarti percentuali tra due valori, l'interpretazione dei risultati deve tenere conto anche del valore assoluto che l'indicatore riveste. In particolare gli indicatori basati su un ridotto numero di osservazioni o di eventi vanno valutati con cautela. Infatti piccole variazioni in termini assoluti possono dare luogo a scarti percentuali anche rilevanti, che ovviamente rivestono un'importanza relativa. Infatti possono essere espressione più di oscillazioni casuali del fenomeno studiato che di reali differenze nei trend geografici o temporali. Un esempio tipico è il tasso di ospedalizzazione per diabete. Nell'esempio riportato, questo è

pari a 0,44 ricoveri per 1.000 residenti nella zona-distretto in esame nel 2007, rispetto al valore di 0,45 del 2007 e di 0,42 del valore medio regionale. Si tratta di variazioni modeste in termini assoluti, che possono dare luogo a variazioni percentuali di una qualche entità. Questi, al massimo, possono fornire indicazioni sulla tendenza del fenomeno, ma non possono evidentemente essere utilizzati per giudizi definitivi.

La figura n. 6 riporta un altro esempio di possibile lettura degli indicatori.

Figura n.6. Percentuale di pazienti con controllo semestrale dell'emoglobina glicata nelle zone-distretto della Toscana: confronto tra il 2006 ed il 2007 e con il valore medio regionale (in celeste il valore della Zona-distretto della figura precedente)



In questo caso, sempre con una rappresentazione di scarti analoga a quella della figura precedente, viene “esplosa” il confronto di un indicatore (in questo caso la % di diabetici con almeno 1 controllo semestrale dell'emoglobina glicata) tra le Zone-distretto della Regione. Questa modalità di lettura dei dati consente di valutare come una specifica area si colloca rispetto alle altre aree della regione (in celeste la Zona-distretto esaminata nella figura precedente). In particolare, anche se la Zona-distretto in esame si colloca nel quadrante positivo, alcune Zone-distretto presentano

una performance migliore rispetto sia alla media regionale che alla evoluzione temporale.

1.3. Immigrazione⁴

Il fenomeno migratorio ha una natura complessa, in continuo mutamento e con differenze territoriali a volte molto forti. Il comune denominatore è però quello di una presenza ormai strutturale e caratterizzata dalla elevata stabilità dei progetti migratori. Tali evidenze impongono l'esigenza di saper leggere composizione e natura dei bisogni sociosanitari di questo segmento di popolazione per individuare strategie efficaci di risposta. Esigenza ribadita dalla Legge Regionale n. 29/2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri" che per la prima volta disegna un sistema coerente ed integrato di governo regionale del fenomeno migratorio, valorizzando gli strumenti di descrizione, analisi e valutazione degli interventi posti in essere per una programmazione orientata all'efficacia. È previsto (art. 8) che attraverso l'Osservatorio Sociale Regionale, con la collaborazione degli Osservatori istituiti a livello provinciale, si realizzi un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione del fenomeno migratorio e di un sistema di monitoraggio e analisi dell'impatto delle politiche. Secondo la nuova legge, le risultanze delle attività conoscitive del fenomeno a livello regionale sono parte integrante del nuovo strumento di programmazione attuativa denominato "Documento annuale di intervento" adottato in riferimento al "Piano di indirizzo integrato". L'analisi effettuata tramite la lettura del set degli indicatori costituisce quindi un supporto imprescindibile per la pianificazione delle politiche territoriali. Un aspetto ancor più delicato se si considera che, come evidenziato dalla letteratura scientifica in materia, per i gruppi vulnerabili quali sono i migranti, con scarso accesso alle risorse, i rischi legati alla salute sono maggiori rispetto al resto della popolazione. In altre parole, già la migrazione in sé, anche quando avviene nelle

⁴ A cura di Massimiliano Faraoni e Marco La Mastra.

migliori condizioni, rappresenta un fattore di rischio per la salute.

All'interno del set complessivo (minimo e complementare) per la costruzione del Profilo di salute si possono rintracciare un totale di 23 indicatori che afferiscono all'area dell'immigrazione. Si tratta di indicatori contenuti nelle aree Profilo demografico, Determinanti di salute e Assistenza sociosanitaria (nelle sezioni riguardanti Minori e famiglie, Immigrati, Salute mentale). Non sono invece al momento presenti indicatori su questa tematica nelle aree Stato di salute, Assistenza territoriale e Dipendenze. Al fine di prospettare un secondo livello di interpretazione degli indicatori proposti nel set, si offre in questo paragrafo un tentativo di selezione delle misure disponibili e di lettura integrata delle stesse. L'intento è quello di mettere a disposizione un metodo per costruire, attraverso degli indicatori-guida, una solida base conoscitiva per la programmazione dei servizi socio-sanitari. L'approccio segue uno schema concettuale che si propone di analizzare struttura e bisogni della popolazione immigrata secondo tre linee principali:

- profilo socio-demografico e stato di salute, inteso come quell'insieme di informazioni (indicatori) che consente di ricostruire l'universo di riferimento dei servizi, le caratteristiche socio-demografiche, di salute ed epidemiologiche.
- offerta, intesa sia come assistenza sociosanitaria dei territori verso l'utenza di riferimento che come accesso ai servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata.
- spesa, sia in termini di spesa sanitaria che di spesa sociosanitaria.

La lettura integrata di queste componenti dovrebbe consentire di valutare il livello di appropriatezza, efficienza ed adeguatezza dei servizi rispetto ai bisogni, ossia la capacità di risposta dei servizi non solo rispetto al bisogno espresso, ma anche e soprattutto al bisogno potenziale.

Prima di passare nel dettaglio, si rendono necessarie due premesse.

La prima riguarda una fondamentale caratteristica dei rischi di salute della popolazione immigrata: i principali problemi di salute si collocano nell'area materno-infantile, circostanza per la quale donne in età fertile e minori risultano le categorie più fragili e motivo per cui

a questi soggetti è stata dedicata maggiore attenzione nella selezione degli indicatori. La seconda è che i dati che ad oggi è possibile ottenere dai vari sistemi informativi (e dunque gli indicatori che con essi si possono costruire) riguardano soprattutto gli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza.

Sfugge dunque all'analisi tutto l'aggregato costituito dai non regolari, anche se qualche informazione può essere desunta attraverso gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti). Si presenta di seguito l'elenco di tutti gli indicatori disponibili nel set per l'area di utenza immigrati secondo la tripartizione adottata e, successivamente, il grappolo, sotto forma di figura, con gli indicatori selezionati, evidenziando nome, formula di calcolo e valore informativo degli stessi all'interno del grappolo e in funzione dell'azione programmatrice.

Per le fonti dei dati e i significati di ogni singolo indicatore si rimanda invece ai paragrafi specifici contenuti nel capitolo 2.

Figura n.7. Il grappolo di indicatori relativo all'area di utenza "Immigrati":
Profilo socio-demografico e Stato di salute

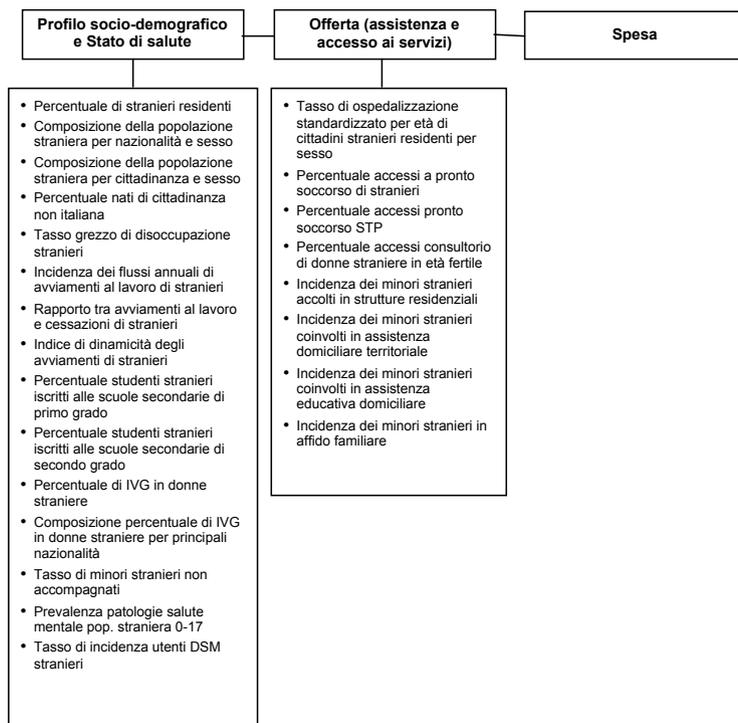
Indicatore e formula	Valore informativo
Percentuale di stranieri residenti (Stranieri residenti / pop. residente x 100)	Questo blocco di indicatori consente di individuare l'universo di riferimento dei servizi (e quindi anche stimare il livello di pressione sugli stessi) e delinearne le principali caratteristiche demografiche. Le distinzioni secondo nazionalità ed età, specificità che danno luogo ad una differenziazione dei bisogni, permettono di caratterizzare la popolazione straniera in relazione a problematiche specifiche legate sia all'area di provenienza (es. paesi a forte pressione migratoria) che alla fascia di età (bambini, minori, età lavorativa, etc). L'incidenza di nati con cittadinanza non italiana ha una duplice valenza: conoscere le nascite da genitori stranieri (indice di radicamento sul territorio dei migranti e quindi di una richiesta di servizi che diventa permanente) ma anche avere una dimensione del fenomeno materno-infantile degli immigrati (utile anche per valutare il livello di accesso alle cure e ai servizi pre-natali).
Composizione della popolazione straniera per nazionalità e sesso (Stranieri residenti secondo le prime 20 nazionalità a livello regionale)	
Composizione della popolazione straniera per cittadinanza e sesso (Stranieri residenti per classi di età quinquennali)	
Percentuale nati di cittadinanza non italiana (Nati di cittadinanza non italiana / totale nati x 100)	

Indicatore e formula	Valore informativo
<p>Tasso grezzo di disoccupazione stranieri (N. disponibili stranieri / stranieri residenti in età 15-64 anni x 100)</p> <p>Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di I grado (Stranieri iscritti scuole second. I grado / tot. iscritti scuole second. I grado x 100)</p> <p>Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di II grado (Stranieri iscritti scuole second. II grado / tot. iscritti scuole second. II grado x 100)</p>	<p>Inserimento lavorativo e scolastico sono misure primarie e cruciali del più ampio concetto di integrazione sociale.</p> <p>Il grado di inserimento nel contesto lavorativo e in quello scolastico è indice di inserimento sociale, condizione che, in ultima analisi, determina in maniera forte le possibilità di conoscenza, utilizzo e accesso ai servizi socio-sanitari.</p>
<p>Percentuale di IVG in donne straniere (IVG donne straniere / totale IVG x 100)</p>	<p>L'area della salute materno-infantile è considerata tra le più a rischio nella popolazione immigrata e la popolazione minore quella più vulnerabile.</p>
<p>Tasso di minori stranieri non accompagnati (N. minori stranieri non accompagnati segnalati / pop. straniera 0-17 anni x 1000)</p>	<p>Il dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) va ad indagare un tema particolarmente critico: il fenomeno IVG è molto alto nelle donne immigrate ed è in crescita. Inoltre, sottende una più ampia questione che riguarda il livello di consapevolezza nella gestione della propria sessualità e della salute riproduttiva. Infine, si ricollega chiaramente al già citato sistema di cure e servizi prenatali e all'assistenza in gravidanza.</p>
<p>Prevalenza patologie salute mentale pop. straniera 0-17 (N. diagnosi finali con codice ICD9CM compreso fra 290-319 in minori stranieri / popolazione straniera in età 0-17 anni)</p>	<p>In relazione ai minori, si cerca di informare su un ambito abbastanza delicato, quello dei non accompagnati, ossia soggetti che, già parte di un aggregato di popolazione fragile, vivono una condizione più alto di rischio sia in termini di esclusione sociale che di disagio sanitario.</p> <p>Infine, attraverso i dati della salute mentale, si possono dare riferimenti riguardanti il disagio psichico dei minori stranieri.</p>

Figura n.8. Il grappolo di indicatori relativo all'area di utenza "Immigrati":
Offerta (assistenza socio-sanitaria e accesso ai servizi)

Indicatore e formula	Valore informativo
<p>Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini stranieri residenti per sesso</p> <p>(Ricoveri stranieri (per età e sesso) / stranieri residenti (per età e sesso) x 1000)</p>	<p>Ospedalizzazione, Pronto soccorso e Consultorio sono tre differenti misure (tra le molte disponibili) di un unico aspetto: il livello di salute della popolazione immigrata ed il grado di accesso ai servizi. Gli indicatori misurano infatti il ricorso a determinati servizi ma sono anche il riflesso di quanto tali servizi sono conosciuti e accessibili da parte dell'utenza immigrata.</p>
<p>Percentuale accessi a pronto soccorso di stranieri</p> <p>(N. accessi a pronto soccorso di stranieri / tot. accessi x 100)</p>	<p>Il tasso di ospedalizzazione per età e sesso permette di mettere in evidenza le caratteristiche (fasce di età e genere) dei soggetti più a rischio e monitorare l'andamento del ricoveri. Indicatore è da prendere comunque con le dovute cautele dato che spesso riflette gli orientamenti delle politiche sanitarie (razionalizzazione della spesa, contenimento dei ricoveri, sviluppo della domiciliarità).</p>
<p>Percentuale accessi pronto soccorso STP</p> <p>(N. accessi pronto soccorso STP / tot. accessi di stranieri x 100)</p>	<p>Anche gli accessi al pronto soccorso sono indice del livello di salute e l'analisi degli Stranieri</p>
<p>Percentuale accessi consultorio di donne straniere in età fertile</p> <p>(Accessi consultorio donne straniere in età fertile / tot. accessi consultorio x 100)</p>	<p>Temporaneamente Presenti fornisce una prima misura dell'accesso ai servizi da parte degli stranieri non regolari (con permesso di soggiorno non più valido o senza permesso di soggiorno). L'accesso al consultorio riprende ed amplia la tematica trasversale della salute materno-infantile anche dal lato dell'accesso ai servizi.</p>
<p>Incidenza dei minori stranieri accolti in strutture residenziali</p> <p>(Minori stranieri accolti in strutture resid. / totale minori accolti in strutture resid. x 100)</p>	<p>Per ciò che riguarda più da vicino l'assistenza, i dati sulla residenzialità dei minori e sugli affidi familiari gettano luce su un ambito molto delicato e significativo: le difficoltà dei minori stranieri interessati da interventi socio-assistenziali per i minori fuori famiglia (spesso minori stranieri non accompagnati). E con esse la capacità dei servizi territoriali di dare risposta a questo tipo di problematiche.</p>
<p>Incidenza dei minori stranieri in affido familiare</p> <p>(N. minori stranieri in affidamento in corso al 31/12 / Totale minori in affidamento in corso al 31/12)</p>	
<p>Da costruire. Al momento non sono rintracciabili all'interno dei set, minimo e complementare, indicatori riconducibili all'ambito della spesa in relazione all'area di utenza Immigrati.</p>	

Figura n.9. Indicatori disponibili per l'area di utenza "Immigrati"



Sembra opportuno chiudere questa proposta tracciando sinteticamente delle prospettive in vista dei futuri aggiornamenti della base di indicatori. Quella sin qui prospettata è infatti soltanto una delle possibili chiavi interpretative, altre traiettorie di analisi possono essere portate all'attenzione e ulteriori indicatori relativi agli immigrati possono entrare a far parte del set.

Su questo punto si suggerisce, per ovviare alla mancanza di misure relative alla spesa, di fare riferimento alla rilevazione censuaria in Toscana sugli Interventi e i Servizi Sociali dei Comuni singoli o associati, che contiene la disaggregazione della spesa sociale per l'area di utenza Immigrati per zona socio-sanitaria. L'indagine rileva gli impegni di spesa in conto corrente di

competenza di comuni e associazioni di comuni per l'erogazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali. Le informazioni raccolte riguardano dunque il numero di utenti presi in carico e la spesa sostenuta dai comuni e dagli enti delegati (ASL, Comunità Montane, associazioni di comuni) per l'erogazione dei servizi nell'anno di riferimento. L'importanza di questa fonte non si limita al tema dell'immigrazione ma interessa in linea generale tutte le aree del set, dato che le informazioni rilevate attraverso le indagini censuarie sono suddivise in sette aree di utenza dei servizi, sulla base delle indicazioni della Legge 328/2000 (legge quadro sull'assistenza) e del Sistema europeo di classificazione dei regimi di protezione sociale (SESPROS): famiglie e minori, anziani, disabili, disagio adulti, immigrati, dipendenze, multiutenza.

Inoltre si ritiene necessario un confronto con il lavoro di strutturazione di un sistema di analisi della salute della popolazione immigrata scaturito da un progetto nazionale sul tema e coadiuvato dall'ARS della Regione Marche ⁵.

1.4. Disabilità⁶

Individuare indicatori specifici sulla disabilità per supportare la programmazione presuppone l'assunzione di una definizione, che chiarisca il tipo di area di bisogno che si intende affrontare. La complessità dell'individuazione di un criterio univoco è nota in ambito scientifico: fonti giuridiche, mediche, statistiche hanno assunto negli anni diverse concezioni di persona con disabilità, offrendo di conseguenza definizioni non sovrapponibili. Invalidità, inabilità, non autosufficienza, handicap definiscono situazioni soggettive di minorazione che sono più spesso funzionali a individuare beneficiari di prestazioni o interventi specifici piuttosto che a offrire un parametro unitario di riferimento.

La disabilità, secondo l'orientamento prevalente e tradizionale

⁵ Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze - ARS Regione Marche (a cura di), *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009.

⁶ A cura di Elena Innocenti e Simone Tattini.

nella comunità scientifica e delle organizzazioni internazionali è definita come la difficoltà o non autosufficienza nell'espletare le attività essenziali della vita quotidiana in modo autonomo. Lo strumento maggiormente condiviso in ambito scientifico e internazionale per dare una definizione unitaria di disabilità è l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)⁷, approvato nel 2001 dall'OMS, in cui si vanno a collegare gli aspetti biologici e sociali: la disabilità è il risultato di una complessa relazione tra salute, fattori personali e ambientali. Questo tipo di definizione non limita la disabilità alle capacità corporee, ma include anche fattori di contesto ambientale e personale che limitano o favoriscono le capacità individuali. L'importanza di una definizione di questo tipo sta nell'assumere i fattori di disuguaglianza all'interno degli strumenti di misurazione della disabilità, con "una forte implicazione nel sistema di rilevazione dei bisogni e quindi nella stessa programmazione dei servizi"⁸.

La legge quadro n. 104 del 1992 presenta già nella definizione di persona con disabilità un collegamento tra capacità funzionali e contesto sociale: "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Sul versante delle risposte per le persone con disabilità, un riferimento obbligato per la programmazione è dato dalla legge regionale n.41 del 2005, che dedica una disposizione specifica ai servizi per le persone con disabilità e alle priorità di intervento destinate a quest'area di bisogno. In particolare la legge sottolinea che:

1. le politiche per le persone disabili consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a promuoverne l'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
2. oltre alle prestazioni erogate ai sensi dell' articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione, sono compresi tra gli in-

⁷ OMS, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute* (ICF), Trento, Erickson, 2001.

⁸ Age.Na.S, *I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni*, a cura di Maria Donata Bellentani e Leonilda Bugliari Armenio, Roma, 2009, p.19.

terventi e i servizi per le persone disabili:

- a) il potenziamento dei servizi domiciliari, da attivare in forma diretta o indiretta, secondo progetti individualizzati di intervento finalizzati all'assistenza, al sostegno e allo sviluppo di forme di autonomia, nonché al recupero delle diverse abilità;
- b) il potenziamento e l'adeguamento di servizi diurni e semiresidenziali esistenti sul territorio;
- c) la realizzazione di progetti innovativi e servizi finalizzati alla realizzazione di modalità di vita indipendente, di soluzioni abitative autonome e parafamiliari, di comunità alloggio protette per le persone disabili gravi prive di sostegno familiare;
- d) i servizi di informazione, sollievo e sostegno ai familiari delle persone disabili;
- e) le forme di coordinamento stabile con soggetti istituzionali e soggetti del terzo settore coinvolti nelle attività di istruzione scolastica, formazione professionale, inserimento lavorativo delle persone disabili;
- f) le forme di agevolazione per l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi;
- g) le forme di agevolazione per la diffusione di strumenti tecnologici atti a facilitare la vita indipendente, l'inserimento sociale e professionale;
- h) il sostegno per il superamento delle barriere e favorire l'accessibilità".

Già da questi riferimenti legislativi si vede come la programmazione di interventi e politiche locali efficaci per le persone con disabilità implica una spiccata propensione all'unitarietà di approccio in diversi settori, dal sociosanitario, alla scuola, alla formazione professionale⁹. Gli indirizzi regionali in tema sollecitano le zone-distretto e le Società della Salute ad intervenire attraverso la programmazione integrata per promuovere interventi multisettoriali sul tema.

Dal punto di vista della costruzione degli indicatori di riferimento, il tema della disabilità è oggetto di una specifica sezione

⁹ V. la recente Convenzione sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata con Legge 3 marzo 2009, n. 18.

(Assistenza Sociosanitaria - Disabili) del set. Tuttavia, indicatori rilevanti per impostare e orientare una efficace programmazione dei servizi a favore delle persone con disabilità si ritrovano anche in altre parti del documento.

La distribuzione e la rilevanza degli indicatori è caratterizzata con riferimento al profilo demografico, epidemiologico e di capacità di risposta di ogni territorio, tenendo conto delle indicazioni legislative nazionali e regionali in materia di disabilità.

Di seguito si propone la selezione degli indicatori tematici per ricostruire:

a) l'entità e le caratteristiche dei bisogni assistenziali delle persone con disabilità e delle loro famiglie;

b) la capacità di risposta dei servizi presenti nei diversi territori.

La finalità è quella di offrire una base conoscitiva comune per orientare le scelte di programmazione integrata e facilitarne la rappresentazione e l'utilizzo.

Gli indicatori sono prima descritti con alcune tavole e poi ri-proposti in una struttura "a grappolo", organizzata su tre direttrici principali:

- indicatori guida afferenti ai profili socio demografici ed epidemiologici nonché relativi ai determinanti dello stato di salute della popolazione;
- indicatori guida relativi alla capacità di offerta (in termini di interventi e servizi) delle zone per le persone con disabilità;
- indicatori guida inerenti la capacità di spesa destinata al finanziamento dei servizi per le persone con disabilità espressa da ogni zona.

Gli indicatori di seguito raggruppati sono intesi come proposta per le unità di programmazione, senza che questo costituisca un ostacolo all'utilizzo di ulteriori indicatori, se considerati rilevanti per arricchire il quadro conoscitivo e per meglio consolidare l'impianto programmatico. Le tre figure 10-11-12, riferite alle tre direttrici sopra richiamate, sono costruite seguendo lo schema generale: codice identificativo, indicatore. Per la descrizione dell'indicatore si rinvia alle tavole in appendice. Le note inserite vanno a motivare la scelta dell'indicatore e a circostanziarne l'uso, laddove vi siano delle criticità interpretative o di utilizzo.

Figura n.10. Indicatori guida afferenti ai profili socio demografici e epidemiologici, ai determinanti e allo stato di salute della popolazione

Codice Indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.determinanti.4	Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia	<p>Il dettaglio sulle seguenti tipologie di pensione permette un approfondimento quanti-qualitativo sulla condizione delle persone con disabilità e/o invalide presenti nella zona, in termini di percettori di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assegno di invalidità - Pensione di inabilità - Pensione di invalidità civile - Indennità di accompagnamento o assegno per l'assistenza personale e continuativa
SC.salute.25	Tasso di pensioni di invalidità civile per età (x 100)	Sono indicatori inseriti nel set complementare, da valorizzare in quanto utili a quantificare il numero di non autosufficienti beneficiari di queste prestazioni: per la sezione disabili si prendono in considerazione le fasce di età comprese tra i 18 e i 64 anni di età
SC.salute.26	Tasso di invalidi civili beneficiari di indennità di accompagnamento per età (x 100)	
SM.determinanti.7	Incidenza dei disabili disponibili al lavoro (*100)	L'indicatore misura l'entità delle persone con disabilità che fruiscono dei servizi per l'impiego ai fini dell'inserimento lavorativo, in attuazione della legge n.68 del 1999 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili)

Codice Indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.salute.17	Tasso standardizzato incidenza infarto miocardico acuto (IMA). Maschi e femmine (x 100.000)	<p>Si tratta di indicatori che riguardano patologie potenzialmente invalidanti, che possono completare il quadro epidemiologico riferito all'area disabilità. Il loro utilizzo presenta evidenti limiti dovuti alla natura "grossolana" del dato, sovradimensionato rispetto al sottoinsieme degli infortunati/pazienti con esiti invalidanti permanenti.</p> <p>Si raccomanda quindi un utilizzo circoscritto di questo gruppo di indicatori ed esclusivamente in forma complementare e integrativa rispetto agli altri</p>
SM.salute.18	Tasso standardizzato incidenza ictus. Maschi e femmine (*100.000)	
SM.salute.20	Tassi standardizzati prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO). Maschi e femmine (* 100.000)	
SM.salute.21	Tassi standardizzati prevalenza diabete. Maschi e femmine (* 100.000)	
SM.salute.22	Tassi standardizzati prevalenza cardiopatia ischemica. Maschi e femmine (*100.000)	
SM.salute.25	Rapporto di lesività degli incidenti stradali (* 1.000, per zona evento)	
SM.salute.27	Infortuni sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza (* 1.000)	
SC.salute.28	Infortuni sul lavoro indennizzati per settore produttivo: indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)	
SM.famiglie.4	Proporzione nati gravemente sottopeso (<1500)	Anche in questo caso il dato è indicativo, in quanto sovradimensionato rispetto al focus dell'indagine. Se è disponibile l'indicatore successivo, questo può essere integrativo rispetto alla determinazione dei fattori di rischio per la salute e il corretto sviluppo della popolazione infantile interessata
SM.disabili.1	Tasso di disabilità (* 1.000)	La rilevazione distingue le persone con disabilità di tipo psichico, fisico, sensoriale e plurimo
SM.disabili.2	Percentuale di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità	

Codice Indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.disabili.3	Indice di inserimento di bambini con disabilità in strutture educative (asili nido e materne) (* 1.000)	Questo gruppo di indicatori permette di quantificare la presenza delle persone con disabilità in ambito scolastico e formativo, dove può essere necessario organizzare forme di sostegno e assistenza socio educativa specifiche
SM.disabili.4	Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell'obbligo e scuola superiore) (* 1.000)	
SM.disabili.5	Indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative) (* 1.000)	

Figura n.11. Indicatori guida relativi alla capacità di risposta dei servizi delle zone destinati alle persone con disabilità

Codice indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.disabili.12	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale (*100)	Questi tre indicatori misurano la capacità di risposta del sistema dei servizi di riferimento a tre macroaree di intervento: l'aiuto personale (a domicilio e in contesti di vita sociale), gli interventi semiresidenziali e residenziali
SM.disabili.6	Tasso di utenti con disabilità inseriti in centri diurni (* 100)	
SM.disabili.7	Tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali (* 100)	
SM.disabili.8	Tasso di utenti con disabilità inseriti in R.S.A. (*100)	Questo indicatore indica una situazione particolare di risposta, poiché le RSA sono strutture normalmente destinate ad utenza anziana (>65). La presenza di ospiti adulti con disabilità può essere indice di indisponibilità di risposte specifiche nel territorio o di inappropriata dell'intervento

Figura n.12. Indicatori guida inerenti alla capacità di spesa che la zona esprime per il finanziamento dei servizi per le persone con disabilità

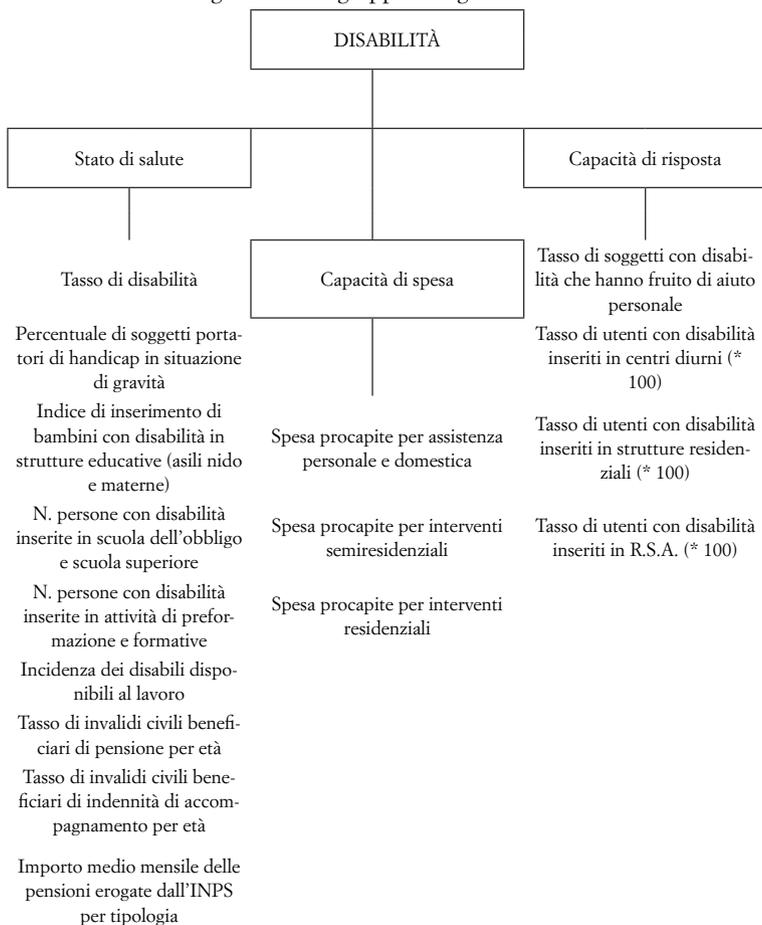
Codice indicatore	Indicatore	Valore informativo
SM.disabili.9	Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili	Il dato sulla spesa completa la base conoscitiva riferita alla capacità di risposta del sistema locale dei servizi
SM.disabili.10	Spesa procapite per interventi semi-residenziali per persone disabili	Può essere letto:
SM.disabili.11	Spesa procapite per interventi residenziali per persone disabili	<ul style="list-style-type: none"> - <i>contestualmente in rapporto all'offerta erogata e al bisogno espresso (n. disabili certificati nel territorio)</i> - <i>cronologicamente per individuare il trend di spesa del territorio in un dato periodo</i>

Il grappolo (figura n. 13) organizza in un quadro unitario a supporto delle scelte programmatiche i singoli indicatori¹⁰.

¹⁰ In questo esempio, gli indicatori che presentano criticità di utilizzo rispetto al focus disabilità, riportati nella tabella, non sono stati inseriti. Si tratta di:

- Tasso standardizzato incidenza infarto miocardico acuto (IMA). Maschi e femmine (x 100.000)
- Tasso standardizzato incidenza ictus. Maschi e femmine (*100.000);
- Tassi standardizzati prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO). Maschi e femmine (x 100.00)
- Tassi standardizzati prevalenza diabete. Maschi e femmine (x 100.000)
- Tassi standardizzati prevalenza cardiopatia ischemica. Maschi e femmine (*100.000);
- Rapporto di lesività degli incidenti stradali (* 1.000, per zona evento);
- Infortuni sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza (* 1.000);
- Infortuni sul lavoro indennizzati per settore produttivo: indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)
- Proporzioni nati gravemente sottopeso (<1500)

Figura n.13. Il grappolo degli indicatori



La messa a regime del set di indicatori permette un loro utilizzo ragionato per costruire basi conoscitive circostanziate utili ad orientare la programmazione e ad impostare azioni specifiche di intervento.

Ad esempio, se una priorità regionale o zonale riguarda l'incremento dell'autonomia nei giovani disabili, la base conoscitiva di

riferimento sarà costituita da un “minigrappolo” composto dagli indicatori rilevanti per questo aspetto, calcolati su base zonale e/o regionale.

Si tratta di una esemplificazione che può essere integrata da altri indicatori del set, ferme le cautele sopra espresse, in base alle esigenze emergenti e che può essere utile per impostare la programmazione in termini di risultati attesi e per valutarne l’esito.

Figura n.14. Esempio di utilizzo indicatori

Obiettivo: autonomia dei giovani disabili			
	<i>Stato di salute</i>	<i>Capacità di spesa</i>	<i>Capacità di risposta</i>
<i>Dato di partenza</i>	Tasso di disabilità (classi di età interessate)	Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale
	Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell’obbligo e scuola superiore	Spesa procapite per interventi semiresidenziali per persone disabili	Tasso di utenti con disabilità inseriti in centri diurni
	Indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative
		
Programmazione e attuazione di interventi mirati			
<i>Esito/ risultato atteso</i>	Tasso di disabilità (classi di età interessate)	Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale
	Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell’obbligo e scuola superiore	Spesa procapite per interventi semiresidenziali per persone disabili	Tasso di utenti con disabilità inseriti in centri diurni
	Indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di preformazione e formative
		

Nell’analisi non si trovano i motivi dei cambiamenti, i fattori che li hanno determinati, le ragioni che spiegano i migliori o peggiori risultati e perché certi traguardi non sono stati raggiunti: questi aspetti sono propri della valutazione. Per fare valutazione, è neces-

sario poter confrontare la situazione prima di intervenire, decidere quali risultati ottenere, con quali risorse e responsabilità, nonché mettere a confronto il dato di partenza con il dato di arrivo. Gli strumenti come il “grappolo” forniscono un supporto metodologico semplice e accessibile per rafforzare la capacità della programmazione di essere efficace rispetto all’organizzazione dei servizi e al miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

Capitolo 2

La lettura degli indicatori secondo trend e posizionamento¹

Negli ultimi anni appaiono sempre più necessari strumenti atti a rilevare le problematiche di una comunità, selezionare le priorità di intervento e sviluppare e implementare attività e servizi che rispondano alle esigenze messe in luce. È il caso ad esempio degli «*Health profile*» o «Profili di Salute» che spesso sono redatti dai livelli locali dei sistemi sanitari e che costituiscono le basi per una «sana» programmazione sociosanitaria in Gran Bretagna² oppure in Ontario³.

La fotografia della performance di una zona deve trasformarsi in un'immagine dinamica, capace di evidenziare le priorità di intervento. A tal fine, sono stati individuati due criteri base mediante cui dover leggere i dati a disposizione per costruire una prima scala di priorità di intervento: il trend temporale, ossia il confronto del dato su base temporale al fine di osservare se il fenomeno in questione sta aumentando o diminuendo, ed il confronto in *benchmarking* con la media regionale, per riuscire a paragonare la performance di ogni zona con la performance media regionale.

Un dato epidemiologico o gestionale che continua a peggiorare per una certa zona negli anni è, infatti, sintomo di una criticità evidente. Se poi lo stesso dato si trova in una situazione peggiore anche nel confronto con le altre zone della regione, tale aspetto rappresenta sicuramente una priorità che necessita di intervento.

Al fine di facilitare la lettura dei dati a disposizione, è stata proposta una matrice capace di far emergere le criticità. In tale prospetto

¹ A cura di Sabina Nuti e Sara Barsanti.

² *Health Profile, National Health System 2008*, reperibili sul sito web <http://www.apho.org.uk/default.aspx?RID=49802>

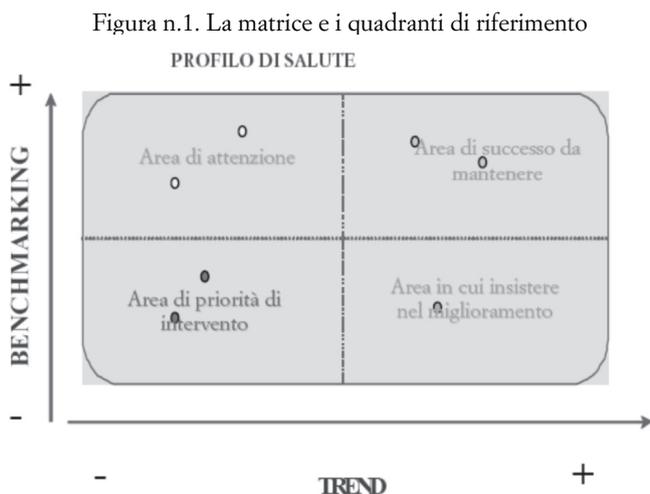
³ Canada, Ontario Ministry of Health and Long Term Care 2008.

nell'asse orizzontale è riportato il confronto rispetto alla media regionale, mentre su quello verticale il trend temporale. Ne discendono quindi quattro quadranti in cui gli indicatori sono posizionati a seconda che il dato sia sopra o sotto la media regionale e a seconda che sia in miglioramento o peggioramento rispetto al periodo temporale precedente. Il posizionamento degli indicatori si basa, sia in verticale che in orizzontale, sulla variazione percentuale dei dati, in modo che, anche indicatori con unità di misura diversa, siano inseriti nella stessa matrice. La lettura dei dati permette quindi sia di cogliere le specificità della zona in termini di peggioramento o miglioramento temporale, sia il confronto con le altre zone, attraverso il posizionamento rispetto alla media regionale.

I quattro quadranti così individuati segnalano quattro aree di azione distinte:

- l'area di successo da mantenere: i risultati in questione hanno un trend temporale in miglioramento e sono posizionati positivamente rispetto alla media regionale; la presenza del dato in questo quadrante indica alla zona-distretto una strategia di mantenimento e consolidamento del risultato; la zona-distretto deve cercare di mantenere tale situazione;
- l'area di miglioramento da consolidare: i dati hanno un buon trend temporale, ma sono sotto la media regionale; la zona-distretto deve sostenere il miglioramento tramite azioni specifiche, in maniera tale da sviluppare sinergie positive anche dal punto di vista gestionale su tali aspetti;
- l'area di attenzione: i risultati, pur essendo sopra la media regionale, hanno un trend temporale in peggioramento; le azioni svolte probabilmente non sono adeguate c'è bisogno di un'attenzione particolare da parte dei professionisti e gestori nel capire le cause di tale peggioramento al fine di individuare le leve su cui agire per il miglioramento;
- l'area di intervento prioritario: i dati hanno un trend temporale in peggioramento e sono al di sotto della media regionale; si tratta di aree che probabilmente necessitano di un maggior controllo da parte del management e rappresentano le priorità su cui agire immediatamente.

La seguente figura mostra i quattro quadranti individuati.



Il gruppo di ricerca ha selezionato una serie di indicatori, disponibili a livello di zona-distretto, su cui sperimentare la matrice. Gli indicatori selezionati sono:

- il tasso di ospedalizzazione per bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ≥ 65 anni,
- il tasso di ospedalizzazione per scompenso ≥ 65 anni,
- il tasso di ospedalizzazione per
- diabete ≥ 17 anni,
- il tasso di ospedalizzazione polmonite ≥ 60 anni
- la percentuale di ricoveri >30 gg.

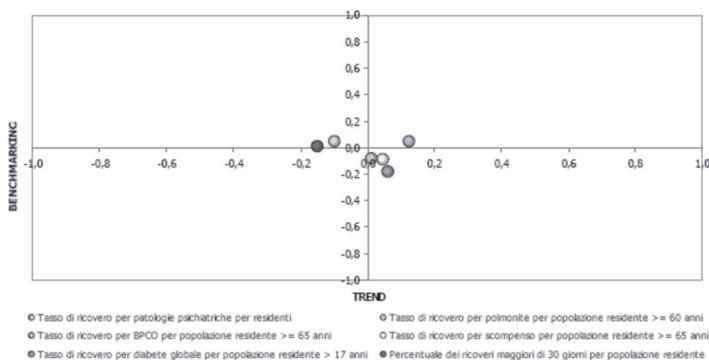
Tali indicatori sono presenti nel bersaglio di valutazione delle zone-distretto e nel set di indicatori.

A titolo di esempio si riporta la matrice delle priorità di due zone al fine di evidenziare i diversi tipi di posizionamento dei dati e le diverse interpretazioni che ne derivano.

In questo esempio gli indicatori appaiono concentrati nel centro della matrice: non si segnalano quindi particolari peggioramenti sul trend temporale e i valori sembrano posizionarsi sulla media

regionale. Tale esempio non è certo esaustivo: maggiori informazioni si hanno, infatti, aggiungendo dati relativi agli aspetti demografici e alla qualità dell'offerta dei servizi.

Figura n.2. La matrice delle aree di azione per la SdS Empolese



È stato quindi elaborato un breve percorso di sperimentazione della matrice al fine di renderla efficace e tradurla facilmente in termini gestionali per gli operatori sociosanitari: la prima fase, fin qui descritta, ha previsto la scelta dei criteri e dei principi su cui basare lo strumento ed una prima sperimentazione con un set minimo di indicatori; la seconda fase riguarderà la sperimentazione della matrice a livello di azienda e di zona-distretto come possibile strumento di aiuto alla programmazione.

Capitolo 3

Il Profilo di Salute: un supporto per la valutazione

3.1. Misurare gli effetti della programmazione¹

Nel corso degli ultimi anni la Regione Toscana ha espresso un grande impegno nel processo di riorganizzazione del sistema di welfare regionale². Riforma sanitaria, fondo per la non autosufficienza, politiche migratorie, livelli essenziali di cittadinanza, solo per citarne alcuni, sono i prodotti di un lavoro legislativo, amministrativo e partecipativo³, assolutamente rilevante e di tutto rispetto se confrontato con quello di altre regioni italiane. Si può affermare che essa, valorizzando il proprio patrimonio culturale, istituzionale e sociale, ha preso veramente sul serio i compiti e le responsabilità che la riforma del Titolo V della Costituzione le ha attribuito, sia per le materie concorrenti che per quelle residuali.

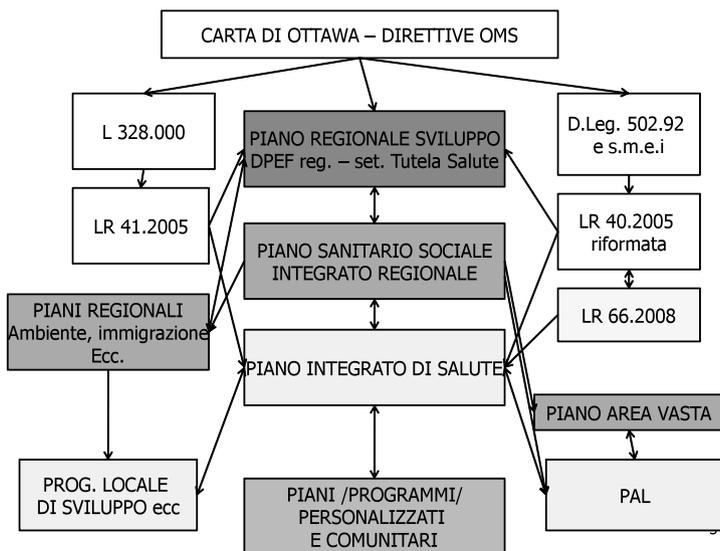
La programmazione, già pilastro del modo di realizzare il governo regionale, è stata ulteriormente rivisitata e aggiornata. In particolare, per quanto riguarda il welfare, essa indiscutibilmente è la chiave di volta per rendere coerenti, sia verticalmente (*top down* ma anche *bottom up*), che orizzontalmente (tra istituzioni del territorio e con i soggetti non pubblici del territorio), gli obiettivi che intende perseguire. Nella figura n. 1 è riportata una sintesi di questa dinamica, come risulta dalla riforma della legge sanitaria.

¹ A cura di Massimo Campedelli e Sara Barsanti.

² Da ultimo, M. Campedelli, P. Carrozza e E. Rossi, a cura di, *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Edizioni Il Mulino, Bologna 2009.

³ Cfr. V. Mapelli, a cura di, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Quaderno n. 57, Roma 2007; idem, *La QUALITÀ DELLA SANITÀ NON DIPENDE DALLA SPESA* 15.03.2008 lavoce.info

Figura n.1. La programmazione in Toscana



Questo complesso processo di programmazione, sia per la funzione che è chiamato a svolgere – il riconoscimento dei diritti e la realizzazione delle conseguenti politiche – che per il notevole impegno di risorse investite, in primis date dalle competenze delle figure tecniche chiamate a predisporre la documentazione indispensabile per la definizione delle scelte e priorità, ha necessariamente bisogno di un efficace sistema di monitoraggio e valutazione che ne permetta la guida, ovvero ne garantisca con una certa attendibilità gli esiti.

Esiti, si badi bene, che sono certo di natura formale – il rispetto degli atti e delle procedure stabilite dalla legislazione regionale – ma soprattutto che riguardano le ricadute effettive che le politiche hanno rispetto allo stato di salute e al benessere delle diverse popolazioni⁴, così come la modifica consapevole dei comportamenti

⁴ Secondo la LR40 riformata la “valutazione è il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi

degli attori istituzionali e non coinvolti. Da qui l'impegno, detto per inciso, a favorire pratiche di partecipazione che siano efficaci rispetto agli scopi e, proprio per questo, anche "learning"⁵ per chi vi è coinvolto.

Non si tratta di una precisazione scontata. È infatti oramai ampiamente dimostrato che la salute dipende solo in parte dall'offerta sanitaria⁶, anche se ancora insufficienti sono i sistemi di analisi dei determinanti sociali di salute applicati a livello micro e relativi a una tempistica "corta". Così come, sempre rispetto agli *outcomes*, e non solo agli *outputs*, tradurre in indicatori efficaci le idee di salute e di benessere non può non porre il problema che, anche qualora fossero effettivamente disponibili tali indicatori, tra socio assistenziale e sanitario, compresa la componente sociosanitaria – per non parlare degli altri comparti di programmazione quali quello educativo, o quello ambientale – vi sono asimmetrie profonde (riassunte schematicamente nella figura n. 2), ovvie se si pensa anche solo alla differenza di quota di spesa pubblica e/o privata che veicolano, ma proprio per questo di difficile compensazione.

della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati;" (art.2, u bis).

⁵ Gli studi sul capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie, ancora oggi sembrano sottovalutare (cfr E. Vagnoni, Il ruolo del capitale intellettuale nel sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie, in M. Biocca, R. Grilli, B. Riboldi, *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, Editore F. Angeli, Milano 2008) la componente programmatica delle stesse e il valore da questo generato rispetto alla appropriatezza delle risposte che vengono date

⁶ Commissione delle Comunità Europee, *Libro bianco. Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013*, Com (2007) 630 definitivo, Bruxelles 23.10.2007.

Figura n.2. Le asimmetrie tra sociale e sanitario

SOCIALE	SANITARIO
Criteri parzialmente standardizzati per la definizione del bisogno personale	Criteri standardizzati per la definizione del bisogno personale
Materia residuale regionale	Materia concorrente stato-regione
Universalismo selettivo e “discrezionale”	Universalismo te ed equità
Mancanza di lep nazionali, in costruzione lep regionali	Presenza di lea
Pluralismo/privatizzazione gestionale	Gestione centrata sul pubblico
Molteplicità di fonti di finanziamento	Unicità delle fonti di finanziamento
Contabilità finanziaria (comuni)	Contabilità economico-patrimoniale
Dimensioni economico gestionali medio piccole	Dimensioni economico gestionali grandi
Ridotta componente tecnologica	Altissima componente tecnologica
Professionalizzazione aspecialistica	Professionalizzazione specialistica
Scarsa propensione alla ricerca operativa	Notevole propensione alla ricerca operativa seppur condizionata in termini di qualità e efficacia
Filiera decisionale poliarchica/anarchica	Filiera verticale “monocratica”
Pratiche consolidate di governance esterna	Scarsa di cultura di governance esterna
Scarsa cultura di governance interna	Pratiche consolidate di governance interna (governo clinico come governance sul prodotto/prestazione assistenziale)
“Temporalità ex ante” nella programmazione con ridotta valutazione dei risultati	“Temporalità ex post” nella programmazione con rilevante valutazione dei risultati

In altri termini, l'integrazione non è solo un risultato della programmazione integrata ma anche una sua premessa; una linea guida delle e nelle policies che si intendono perseguire; e ancora, una risorsa a monte perché l'integrazione di ciò e di come deve essere realizzato – servizi e prestazioni – migliori effettivamente salute e benessere delle persone e delle popolazioni – anche quelle più in difficoltà, come sottolinea la sanità di iniziativa – verso cui è rivolta l'azione pubblica.

L'integrazione premessa/risorsa del e nel processo di sistema, soprattutto in un contesto come quello toscano, presuppone quindi, parallelamente, lo sforzo per il progressivo allineamento delle diverse policies coinvolte. Servizi sanitari, interventi per la non autosufficienza, servizi socio assistenziali, interventi per l'immigrazione (e ancora, politiche del lavoro, della casa, della formazione, ecc.) già ora, nella deliberazione ed implementazione della normativa regionale, sono pensate e strutturate, con gradi maggiori o minori, come interdipendenti⁷,

⁷ Solo l'accento al fatto che con la riforma della LR 40 del 2005 il sistema di governance locale previsto è chiamato a promuovere l'interdipendenza: organizzativa tra Ausl e SdS, istituzionale tra Ausl e Comuni, gestionale tra organi della Ausl e della SdS.

quasi fossero un complesso sistema di vasi comunicanti i cui condotti sono però, almeno per il momento, di dimensione alquanto diversa.

Essi, che si sono sviluppati con logiche e tempistiche necessariamente proprie, si trovano oggi chiamati a convergere sia su strumenti di programmazione comuni (Piano Integrato di Salute - PIS) che sui criteri di valutazione utilizzati. In particolare, ci riferiamo al monitoraggio e valutazione dei PIS, al monitoraggio del FNA, al “bersaglio” di zona distretto, al bilancio (budgettizzato) delle Aziende USL, al monitoraggio del processo di istituzionalizzazione delle Società della Salute.

L'integrazione premessa/risorsa diviene quindi anche integrazione dei sistemi di valutazione delle diverse componenti che compongono il welfare regionale. In altri termini, la metafora più efficace in questa fase sembra quella dell'organo, fatto di tante canne, ognuna indipendente, ma il cui suono è apprezzabile perché da una stessa tastiera si suona con uno spartito unico.

Il progetto per la definizione – partecipata – di un *format* per il monitoraggio e la valutazione della programmazione integrata territoriale (PIS) nasce dentro e contribuisce a realizzare questo disegno, generale dal punto di vista della integrazione delle politiche, particolare da quello della valutazione dell'azione svolta.

Il risultato ha prodotto due strumenti basilari coerenti con quanto stabilito dalla normativa: il set di indicatori per la redazione del profilo di salute (PdS) qui ampiamente commentato e approfondito, e il *format* per il monitoraggio e la valutazione dei PIS. Essi, pur avendo funzioni diverse, sono inscindibilmente legati, sia come metodo di costruzione (partecipata), che come funzione (programmatoria), che infine come contenuti fondamentali.

Figura n.3. Schema del processo valutativo

Oggetto	programmazione integrata sanitaria territoriale - PIS;
Finalità	qualificare la funzione di governo/governance dei PIS in un'ottica di coerenza tra regione-territori/territori;
Obiettivi e priorità	monitorare l'azione programmatica; stabilire criteri condivisi/concertati di autovalutazione e valutazione della stessa;
Attori:	RT – area coordinamento politiche sociali integrate: Sds/UdP; Osservatori Sociali Provinciali e Regionale;
Livelli di analisi	Valutazione indicativa; valutazione degli effetti attesi;
Definizione indicatori	costruzione partecipata;

Fonti informative	archivio/sito PIS;
Strumenti	elaborazione database;
Compilazione	autosomministrazione;
Analisi dei risultati	RT – area coordinamento politiche sociali integrate;

Il *format* per il monitoraggio e la valutazione dei PIS (vedi schema logico – figura n. 3), alla luce della riforma sanitaria e in attesa del prossimo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, è stato, soprattutto per la parte del monitoraggio, impostato seguendo il dettato normativo, in particolare l'art. 21 della lr 40 riformata, di seguito sintetizzato (figura n.4).

Figura n.4. Schema Art.21 LR 40/2005 riformata

1) Profilo epidemiologico delle diverse popolazioni – particolarmente quelle a maggior rischio	stili di vita accessibilità ai servizi continuità delle cure assistenziali
2) Obiettivi di salute e benessere	standard quanti-qualitativi zonali (coerenza verticale)
	progetti sanità d'iniziativa
	contrasto diseguglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria progetti individuali di cambiamento di stili di vita
3) Azioni attuative	
4) Risorse	Comuni e Fondo Sanitario Regionale
5) Rete	servizi e interventi attivati e indicazione delle capacità di intervento
6) Fabbisogno	strutture residenziali e semiresidenziali
7) Struttura	strutture residenziali e semiresidenziali
8) Raccordo	amministrazioni comunali consultazione terzo settore
9) Approvazione	assemblea soci SDS/Conferenza zonale dei Sindaci: parere Consigli Comunali; accordo con Ausl
10) Attuazione	programmi operativi annuali
11) Valutazione	obiettivi di zona
12) Recepimento	Pal

Esso fa propri e rielabora, articolandoli secondo una logica “telescopica”, quattro livelli di analisi:

- monitoraggio, inteso come evidenziazione delle caratteristiche del prodotto “programmazione” a partire da quanto stabilito dalla norma;
- valutazione performativa⁸, orientata alla misurazione delle per-

⁸ Si riprende qui la differenza semantica tra *pianificazione integrata* rispetto ai mezzi, orientata alla integrazione di programmi, attori, risorse diverse; e *pianifica-*

formance del processo programmatico dal punto di vista della efficienza, efficacia, economicità;

- valutazione indicativa, orientata alla misurazione degli obiettivi di policy perseguiti, assumendo l'integrazione come paradigma, ovvero degli outcomes in termini di diritto alla salute (e promozione della autonomia delle persone)⁹;
- valutazione degli effetti attesi a livello territoriale (se e come il PIS impatta sulle strategie ambientali, economiche; se e come le programmazioni di queste *policies* impattano sulla programmazione PIS)¹⁰.

Questi livelli sono, per l'appunto, da considerare sottoinsiemi l'uno dell'altro. Mentre il monitoraggio riguarda l'intero PIS e il suo processo di definizione, approvazione e comunicazione, la valutazione prende in considerazione sue parti specifiche e/o del processo del PIS.

Il suo carattere "telescopico" impronta, come è ovvio immaginare, anche la sua temporalità. Il punto di arrivo a cui si è giunti è quello di avere predisposto la struttura del monitoraggio e della valutazione performativa. Solo alla luce del *follow up* che ne seguirà dopo l'utilizzo nella prossima tornata programmatica si potranno completare sia le parti relative alla valutazione indicativa che a quella degli effetti attesi a livello territoriale.

In questi primi due livelli, unificati nella stessa struttura, sono ricomprese le informazioni per il monitoraggio e la valutazione performativa suddivise in cinque campi tematici:

zione unitaria, orientata ai risultati in termini di qualità della vita della comunità; cfr G.Gosetti, *Qualificare la pianificazione in senso unitario: elementi per leggere la relazione fra integrazione e unitarietà*, in G. Pilati, a cura di, *Programmazione unitaria delle politiche per la salute*, Edizioni Fond. Zancan, Padova 2008.

⁹ Come esempio, la valutazione prevista dal Psr, con particolare riferimento alla sanità di iniziativa, cfr S.Nuti, *Le performance del sistema sanitario toscano e le modalità di utilizzo del sistema*, in S. Nuti, cit. pag. 197 e ssgg.

¹⁰ Regione Toscana, Area Coordinamento e Controllo, *Il modello analitico: un percorso per l'elaborazione e la valutazione dei piani e programmi regionali ai sensi dell'art.10 della lr 49/99*.

- 1) se esiste – ovvero se non è appaltato all'esterno – e quali caratteristiche presenta – presenza responsabile/coordinatore, funzioni svolte dalla struttura operativa, organizzazione, interfacciamento e operatività con gli enti consorziati e con gli Osservatori sociali provinciali, fabbisogno formativo – l'unità di programmazione territoriale;
- 2) se i contenuti del PIS – articolazione documento pis, processo di definizione/formazione, profilo di salute, obiettivi e priorità, programmi quinquennali e annuali, strumenti di valutazione, rete dei servizi, fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali – previsti dalla normativa sono presenti tutti, o in parte;
- 3) quante, quali e di chi sono le risorse (impiegate sia per la realizzazione del PIS che per la sua attuazione e in che rapporto sono con la quota sanitaria di zona e con la quota sociale stimata di zona)- risorse potenziali, costi struttura, programmazione e controllo annuale / quinquennale, risorse necessarie attività dalla programmazione annuale/triennale (ex conto esercizio SdS);
- 4) quanto e come il PIS è coerente – coerenza interna e esterna – con le indicazioni regionali e con gli altri documenti di programmazione territoriale (in particolare nel suo recepimento da parte del PAL aziendale);
- 5) e infine, quanto e come si sono realizzate le forme di partecipazione – organi istituzionali per le SdS, altre modalità per le zone-distretto, coinvolgimento della cittadinanza, forme di comunicazione.

Con ciò, adottando indicatori appropriati, ci si pone lo scopo di offrire una griglia di auto/valutazione, funzionale alla comparabilità con le altre zone-distretto/SdS¹¹, che permetta agli attori coinvolti di verificare i seguenti obiettivi/livelli inerenti la funzione programmatoria dei PIS:

- Obiettivi di competenza/ responsabilità programmatoria
- Obiettivi di salute raggiunti/non raggiunti
- Obiettivi di sistema raggiunti/non raggiunti
- Livello di coerenza verticale e orizzontale
- Livello di sostenibilità economica del sistema di offerta

¹¹ Ci si riferisce alla matrice *trend-benchmarking*.

- Livello di efficienza della programmazione
- Livello di conoscenza, partecipazione e consenso sugli obiettivi e sui risultati

Lo schema del *format* di valutazione dei PIS è riportato nell'allegato n. 3.

Questa proposta, e sarà il *follow up* a dimostrarne la veridicità, presuppone anche due ipotesi teoriche, confermate dalla letteratura scientifica, assolutamente centrali per il progetto di welfare toscano costruito in questi anni. La prima è che la stessa valutazione sia considerata un fattore di integrazione in generale, se si pensa al *sociosanitario*, e in particolare se ci si riferisce al *territorio*¹². In questo secondo caso essa è da considerare meta funzione di governo/governance, ovvero una delle componenti del *framework* regolativo (esogeno agli attori della integrazione territoriale) delle politiche di integrazione. Essa infatti si affianca – ed è chiamata a coerenza – con la definizione partecipata degli obiettivi; i criteri di remunerazione delle/nelle organizzazioni del network (leggi SdS, ma anche Distretti Sanitari e Comuni); la stabilità delle attività di regolamentazione. Ed è altresì interdipendente con i fattori endogeni al funzionamento del *network*, quali, ad esempio, quelli relativi alla:

- tipologia “convergente o dialogante” dei sistemi di programmazione e controllo;
- costituzione di sub-unità organizzative ed equipe professionali interorganizzazionali;
- stabilità del ruolo dei vertici e del *management* delle organizzazioni del *network*.

In altri termini, il modo con cui si condividerà o meno la proposta di monitoraggio e valutazione, così come pensata fino ad ora, sarà – per riprendere quanto detto sopra – una *premissa/risorsa*

¹² A.D. Barretta, *Fattori che possono impattare sulle relazioni organizzative in ambito sociosanitario*, in A. Barretta, a cura di, *L'integrazione sociosanitaria: ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna 2009; A.D. Barretta, A. Gepponi, P. Monfardini, P. Ruggiero, *Inter-organizational management control in health and social care: an exploratory analysis of healthcare consortia in Tuscany*, Mecosan 71, 2009.

per l'integrazione operativa tra gli attori locali – Comuni, Ausl, Provincia, OO.SS., Terzo Settore, Rappresentanze dei cittadini – coinvolti nella programmazione integrata.

La seconda ipotesi riguarda il modo di concepire le politiche pubbliche. La discussione-azione pubblica sulle politiche di welfare spesso è evocativa-allusiva-elusiva, a volte esortativa, altre volte descrittiva, mentre non sempre, in particolare nel sociosanitario, riesce ad essere indicativa. All'opposto una comunicazione politica è efficace quando riesce a indicare perché, cosa e come si deve o si vuole realizzare attraverso un determinato intervento, chi deve esserne il destinatario principale e/o quelli secondari o indiretti, quali esiti concreti (misurabili e comparabili) ci si attende, con quali risorse (materiali e immateriali) e modalità si intende metterlo in atto. In altri termini, monitorare-valutare la programmazione significa m/v, in particolare in Toscana, una funzione chiave del governo/governance del sistema sociosanitario¹³ e di welfare allargato, e questo è già di per sé (meta) funzione di governo/governance perché:

- fornisce un linguaggio di sistema;
- permette, stabilendo una responsabilità di reciprocità nel *network*, di rendere conto agli *stakeholders*;
- valorizza il merito, la competenza, la partecipazione degli attori;
- facilita i processi di apprendimento.

Essa necessita, e quanto fin qui riportato ne è la dimostrazione, di tempi adeguati – e di azioni di supporto e accompagnamento conseguenti – poiché, anche per le caratteristiche proprie del sociosanitario, comporta la condivisione-negoziante delle rilevanze riconosciute dalla pluralità degli attori del sistema. Principio che ha orientato tutto il cammino percorso.

¹³ Basti pensare che la *coerenza verticale*, a differenza che nel sanitario (Cfr Nuti, cit., in particolare prima parte), non è una misura della applicazione-realizzazione delle disposizioni regionali ma del *grado di corrispondenza tra le azioni - plurali e pluralistiche - realizzate territorialmente* (alla luce delle motivazioni espresse dalle autonomie locali e sociali) e *gli indirizzi regionali*; in altri termini si tratta di una *coerenza verticale di reciprocità*.

3.2. Il bersaglio e suoi possibili sviluppi¹⁴

Il sistema di valutazione della performance adottato dalla Regione Toscana e progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, rappresenta uno strumento di governo del sistema sanitario regionale in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente con gli obiettivi di breve periodo e dove il governo della spesa è integrato con le misure di risultato, con la finalità di evidenziare il valore prodotto per il cittadino. Questo sistema di valutazione dei risultati è fondamentale anche per attivare i processi di innovazione permettendo, attraverso il confronto delle performance tra le aziende sanitarie e le Società della Salute del sistema, di individuare le *best practices*, di crescere e migliorare come sistema ed anche di valorizzare i risultati ottenuti dai migliori.

Mediante il processo di valutazione della performance, infatti, si è inteso avviare quello di valorizzazione delle *best practices* delle aziende sanitarie, mediante il quale i manager e le organizzazioni nel loro complesso hanno avuto la continua opportunità di apprendere e crescere.

La presentazione dei dati, sempre in *benchmarking* tra le realtà aziendali regionali, ha facilitato il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti e gli eventuali spazi di miglioramento.

Oggi il sistema di valutazione della performance della sanità toscana si basa sul monitoraggio di 130 indicatori, raggruppati in 50 indicatori di sintesi costruiti ad «albero», classificati in sei dimensioni di valutazione, ossia lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione dei dipendenti ed infine la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

Ha alcune caratteristiche fondamentali: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare non solo i risultati delle istituzioni

¹⁴ A cura di Sabina Nuti e Sara Barsanti.

sanitarie in termini economico finanziari, ma anche le modalità con cui queste si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione, la qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

Per rappresentare la valutazione conseguita, con una graduazione da 0 a 5, è stata adottata la simbologia del bersaglio a cinque fasce di colore, dove sono rappresentati più vicini al centro del bersaglio i risultati con più elevata performance in quanto hanno centrato maggiormente l'obiettivo previsto.

Ogni azienda, quindi, vede rappresentata sinteticamente la propria performance nel suo bersaglio, in cui vengono riportati i valori di sintesi degli indicatori selezionati. La maggior parte degli indicatori rappresentano la sintesi di un «albero» composto da più indicatori. I risultati, fin dal 2007, sono stati resi pubblici in un rapporto pubblicato e consegnato annualmente al Consiglio regionale e alla giunta, ma anche reso noto agli stessi cittadini. Dal 2008, inoltre, il sistema è accessibile online sul sito www.valutazione-sanitatoscana.it ed è stato oggetto di brevettazione.

Infine nel corso del 2008-2009 è stato adottato da altre regioni, ossia Umbria, Piemonte e Liguria, nonché, con caratteristiche specifiche, a livello nazionale a supporto del Ministero della Salute.

Se la valutazione, come si evince dalla legislazione regionale, si colloca come fase del processo programmatico in tutti i diversi livelli del sistema sanitario stesso, gli indicatori adottati devono essere in grado di misurare la capacità di ogni ambito territoriale di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia all'interno del contesto in opera sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserito.

Gli indicatori che un sistema di valutazione rileva devono variare quindi in base all'unità di valutazione presa in considerazione: Aziende sanitarie territoriali, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Società della Salute e Aree Vaste, se pur parti integranti del sistema, rispondono infatti ad obiettivi specifici diversi, ma complementari. All'interno del sistema di valutazione della performance sono quindi stati individuati, nel corso dello sviluppo ed implementazione dello stesso, una serie di indicatori *core*, ovvero comuni a tutti i livelli e una serie di indicatori specifici a seconda

dell'ambito valutato. Se infatti l'intero sistema risponde ai principi di appropriatezza, qualità e di iniziativa, gli indicatori atti alla valutazione dei risultati raggiunti dovranno essere calcolati non solo a livello complessivo di Regione e Azienda Sanitaria, ma anche nel dettaglio a livello di Società della Salute o di Unità di struttura complessa. Tale approccio consente di valutare da una parte i risultati raggiunti del sistema sanitario regionale, dall'altra i risultati e gli obiettivi specifici delle realtà che lo compongono e rende inoltre il processo programmatico e valutativo coerente sia dal punto di vista verticale, dalla Regione alle Aziende, sia dal punto di vista orizzontale, ovvero all'interno di una specifica realtà, quale Azienda, SdS o Unità di struttura complessa.

Tra gli indicatori trasversali si collocano ad esempio i tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali, quali il tasso di ricovero per diabete, scompenso, polmonite e Bpco, o gli indicatori di soddisfazione degli utenti sui servizi distrettuali, calcolati sia su base regionale, che aziendale, che di SdS e unità funzionale. Esempi di indicatori specifici per la valutazione delle SdS riguardano le caratteristiche socio-economiche della popolazione, quali il livello di istruzione o di povertà, o indicatori sul mix di interventi a sostegno dei minori e delle famiglie. Per la valutazione degli Estav¹⁵ indicatori specifici riguardano invece la parte di logistica e contrattualistica. Le dimensioni del sistema di valutazione comprendono indicatori alimentati con dati provenienti dal sistema informativo regionale, dai bilanci aziendali e da indagini sistematiche con rappresentatività statistica, realizzate direttamente dal Laboratorio Management e Sanità, come mostrato nella figura n. 5.

¹⁵ Ente Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta.

Figura n.5. Le fonti e le dimensioni di valutazione

Dimensioni	Fonti
Salute e caratteristiche socio-economiche della popolazione (a)	Istat Ars Irpet
Valutazione strategie regionale (b)	Flussi ministeriali e regionali Indagini Mes Flussi aziendali
Valutazione socio-sanitaria (c)	Flussi ministeriali e regionali
Valutazione esterna (d)	Indagini Cati svolte dal Mes su : - popolazione - sugli utenti ricoverati - sugli utenti del Ps - sugli utenti AdI - sulle partorienti
Valutazione interna (e)	Indagini Cawi svolte dal Mes di clima organizzativo Flussi aziendali
Valutazione efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria (f)	Flussi ministeriali e regionali Flussi aziendali Indagini Cawi svolte dal Mes di clima organizzativo

Per le zone-distretto le dimensioni di valutazione coincidono in buona parte con quelle aziendali e sono:

a) Valutazione della salute della popolazione e caratteristiche demografiche e socio-economiche. È utile chiarire fin da subito che le caratteristiche di una popolazione non indicano la performance né di una azienda né di una zona-distretto. Tali caratteristiche sono però di supporto a tutto il processo di programmazione che il territorio deve mettere in atto per rispondere alle esigenze della popolazione a cui esso si rivolge. Una zona, infatti, con un'alta percentuale di anziani, un basso livello di scolarizzazione e un'alta percentuale di famiglie povere dovrà essere il grado di supportare una serie di servizi in materia di anziani, adulti a rischio di povertà, ecc.; tali servizi, invece, saranno implementati in modo diverso in una zona dove, invece, la popolazione è mediamente più giovane, ricca ed istruita. Gli indicatori di questa dimensione rappresentano quindi dei punti di partenza ed arrivo del sistema di valutazione. Gli indicatori di tale area di valutazione analizzano

principalmente lo stato di salute della popolazione, attraverso alcuni tassi di mortalità, le caratteristiche demografiche della popolazione, come l'indice di dipendenza e di natalità, le caratteristiche socio-economiche, come il livello di istruzione e di povertà. Il Psr, quando propone una «sanità di iniziativa» intende appunto implementare azioni capaci di rispondere in modo specifico ad una domanda «segmentata» in base alle caratteristiche della popolazione a cui si rivolge.

b) Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali. Le aziende sanitarie, operando in logica di squadra e non solo come strutture autonome, devono mettere in atto gli orientamenti regionali e le delibere previste a livello regionale. Gli obiettivi e le strategie regionali, infatti, previsti nel Piano sanitario regionale, nel Piano Integrato Sociale Regionale, o in entrambi se si fa riferimento ai servizi integrati, devono poter essere monitorati ad ogni livello, sia di Azienda, che di zona-distretto. Se un obiettivo, come ad esempio la copertura vaccinale, è raggiunto a livello medio aziendale, non è detto che sia raggiunto da ogni zona facente parte dell'Azienda stessa. È importante quindi che tali obiettivi ed indicatori siano declinati fino al livello zonale, al fine di evidenziare le criticità e gli spazi di miglioramento. Tale area, una volta messo a regime il sistema, potrà inoltre comprendere il monitoraggio e la valutazione delle strategie specifiche di zona-distretto e/o di Società della Salute richieste dalla regione.

c) Valutazione socio-sanitaria. Sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sociosanitario in particolar modo per le attività di competenza del territorio, come la prevenzione, la medicina generale, l'attività specialistica e diagnostica, l'attività dei consultori e dei distretti e le attività legate ai servizi sociali.

d) Valutazione esterna. Si considera il punto di vista della popolazione e degli utenti stessi dei servizi di zona-distretto e delle attività ad essa correlate attraverso la valutazione della soddisfazione e di esperienza.

e) Valutazione interna. Viene considerato il livello di soddisfazione del personale delle Aziende Sanitarie afferente alle attività e

ai servizi erogati esclusivamente dalle zone-distretto. Ormai molti studi evidenziano la rilevante correlazione tra il livello di soddisfazione dei dipendenti, il clima organizzativo aziendale e la soddisfazione degli utenti dei servizi erogati. Puntare sul miglioramento dei risultati, quindi, necessita di una rilevante focalizzazione sui sistemi e i meccanismi gestionali atti a sostenere il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori negli obiettivi di miglioramento dei servizi erogati. In questa dimensione viene compreso anche il tasso di assenza che rappresenta un indicatore significativo dello stato di «salute organizzativa».

f) Valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa. In tale area di valutazione, se per le aziende si verifica la capacità di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria, ossia l'equilibrio reddituale, l'equilibrio monetario, finanziario e patrimoniale, per le zone si misura la spesa sociale e quella sanitaria territoriale. In questa dimensione sono inoltre oggetto di osservazione indicatori di efficienza operativa che possano evidenziare la produttività delle risorse e l'utilizzo di strumenti gestionali orientati all'ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse disponibili. Sono quindi oggetto di valutazione il funzionamento dei servizi interni (controllo di gestione, approvvigionamenti, sistema informativo) e la capacità di utilizzo da parte dell'azienda degli strumenti fondamentali di management (meccanismi di programmazione e controllo, formazione, comunicazione interna).

La figura n. 6 mostra la lista degli indicatori attualmente presenti nei bersagli di zona-distretto per l'anno 2009.

Figura n.6. Gli indicatori

SISTEMA DI VALUTAZIONE ZONE 2008 - ELENCO INDICATORI E SOTTOINDICATORI	
CODICE INDICATORE	INDICATORI E SOTTOINDICATORI
VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE(A)	
A1	Mortalità infantile
A2	Mortalità tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A5	Tassi di anni di vita potenzialmente persi (PYLL)
A8	Indice di vecchiaia
A9	Indice di dipendenza globale
A11	Tasso di natalità
A12	Istruzione
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)	
B5	Estensione di adesione allo screening
B5.1	Screening Mammografico
B5.1.2	Adesione corretta allo screening mammografico
B5.2	Screening cervice uterina
B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina
B5.3	Screening coloretale
B5.3.2	Adesione corretta allo screening coloretale
B7	Grado di copertura vaccinale
B7.1	Grado di copertura per vaccino MPR
B7.2	Grado di copertura per vaccino antinfluenzale
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
B16.3	Soddisfazione del cittadino sulla comunicazione
B17	Attività fisica
B17.1	Percentuale sedentari
B17.2	Sedentari consigliati di fare attività fisica
B18	Situazione nutrizionale
B18.1	Percentuale persone obese
B18.2	Sovrappeso o obesi consigliati di perder peso
B18.3	Sovrappeso o obesi consigliati di fare attività fisica
B19	Consumo di alcool
B19.1	% bevitori a rischio
B19.2	% bevitori a rischio consigliati di bere meno
B20	Abitudine al fumo
B20.1	% fumatori
B20.2	% fumatori consigliati di smettere

VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C1T	Tasso ospedalizzazione globale
C1T.1	Tasso standardizzato di ospedalizzazione globale
C1T.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
C1T.1.2	Tasso ospedalizzazione Day-Hospital
C1T.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico
C1T.1.2.2	Tasso ospedalizzazione DH chirurgico
C9T	Appropriatezza prescrittiva
C9T.1	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)
C9T.2	Tasso di abbandono delle statine (Anticolessterolo)
C9T.3	Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
C9T.4	Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)
C9T.5	Consumo di altri antidepressivi (Antidepressivi)
C12T	Tasso ospedalizzazione scompenso
C13T	tasso ospedalizzazione polmonite
C14T	Tasso ospedalizzazione diabete
C15T	Tasso ospedalizzazione BPCO
C16T	% di ricoveri >30 gg sulla popol.resid.
C18T	Salute Mentale
C18T.1	Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche
C18T.2	N. medio ricoveri ripetuti per paziente psichiatrico
C18T.3	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche maggiorenni
C18T.4	Tasso di ricovero per patologie psichiatriche minorenni
C19T	Materno infantile
C19T.1	Tasso di concepimento minorenni
C20T	Tasso di prestazioni diagnostica per immagini
C20T.2.1	Tasso di prestazioni TAC
C20T.2.2	Tasso di prestazioni RMN
C20T.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolor Doppler
VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D15a	Soddisfazione servizi distrettuali
D15b	Organizzazione servizi distrettuali
D15b.1	Organizzazione
D15b.2	Orari di Apertura
D15c	Personale
D15c.1	Gentilezza
D15c.2	Professionalità

VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	Tasso di risposta all'indagine di clima
E9	Attività di formazione
E10	Management per i dipendenti
E11	Comunicazione e informazione per i dipendenti
VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F)	
F7	Servizi interni
F8	Budget
F9	Conoscenza del budget da parte dei dipendenti
F12aT	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12aT.1	% di inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (Antiacidi)
F12aT.2	% di statine a brevetto scaduto (Anticolesterolo)
F12aT.3	% di ACE inibitori non associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.5	% di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto (Antidepressivi)
F12aT.6	% di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.7	% di ACE inibitori associati a brevetto scaduto (Antiipertensivi)
F12aT.8	% di macrolidi a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12aT.9	% di fluorochinoloni a brevetto scaduto (Antibiotici)
F12aT.10	Costo medio per unità posologica di altri antidepressivi (Antidepressivi)

Sviluppare processi valutativi nel servizio sociale comporta certamente alcune difficoltà. Una prima criticità deriva dalla difficoltà di esprimere gli obiettivi, i metodi ed i risultati attesi da parte del servizio sociale con un linguaggio che abbia un certo grado di precisione e standardizzazione. Innanzitutto sul versante sociale manca una precisa definizione e classificazione delle «patologie» sociali e delle prestazioni ad esse collegate: se infatti sul versante sanitario il bisogno è certamente espresso dalla presenza di una certa patologia o malattia, curabile in maniera sostanzialmente standardizzata grazie al grande lavoro scientifico e la elaborazione di protocolli clinici di riferimento, sul versante sociale si fa riferimento a situazioni di fragilità che spesso non sono facilmente classificabili. Gli interventi che ne seguono sono a loro volta poco standardizzabili.

Altra criticità è rappresentata dalla mancanza di un flusso informativo sociale, anche a livello nazionale, di dati da cui poter attingere per estrarre le informazioni. Tale criticità è in fase di superamento grazie alla realizzazione di un Osservatorio Regionale Sociale che

possa mettere in rete i diversi Osservatori Sociali Provinciali. La lettura sociale di alcuni indicatori è utile come evento sentinella.

Inoltre calcolare alcuni tipi di indicatori, soprattutto a livello specifico di zona-distretto, come ad esempio la mortalità infantile, pone dei problemi a livello di rappresentatività statistica: trattandosi, infatti, di pochi casi, differenze minime nel tempo aumentano la variabilità dell'indicatore, sovrastimando o sottostimando il reale trend temporale e la reale significatività del dato, soprattutto da un punto di vista epidemiologico. È utile in alcuni casi, comunque, avere anche solo i dati in numeri assoluti: alcuni episodi o attività, come la morte di un neonato o una persona bisognosa non presa in carico dai servizi, sono eventi sentinella e devono essere oggetto di audit specifico e di valutazione da parte della dirigenza. Secondo il criterio dell'evitabilità, infatti, la presenza di un solo caso non gestito efficacemente impone un processo di verifica del sistema che ha permesso che ciò accadesse: ad esempio un alto numero di pazienti ricoverati inappropriatamente seguiti dallo stesso medico di famiglia non rappresenta in maniera esaustiva il lavoro di tale medico, ma il fenomeno merita un approfondimento. I dati ottenuti attraverso lo studio dei singoli casi, specialmente in un contesto di integrazione socio-sanitaria, consentono se aggregati, di fornire informazioni tempestive e rilevanti per la valutazione a livello di programmazione. In termini gestionali, infatti, l'utilizzo di questo tipo di dati permette di rendicontare prima di tutto l'accaduto, di responsabilizzare gli operatori sanitari e i professionisti e di migliorare l'organizzazione e l'efficienza dei processi interni.

Tali indicatori, in queste prime fasi di sperimentazione, potranno essere indicatori semplici, atti a verificare la presenza o meno di un servizio, come ad esempio l'attivazione nella zona del Punto Unico di Accesso, o la verifica di obiettivi specifici previsti nel Piano Integrato Sociale Regionale. In particolare tali indicatori potranno essere raggruppati oltre che nelle diverse dimensioni della valutazione, anche per tipologia di utenza, ovvero anziani, immigrati, non autosufficienti, disabili, povertà e disagio adulti, salute mentale, in linea con il nomenclatore sociale.

Nonostante le difficoltà nel costruire indicatori relativi alla valutazione dei servizi socio-sanitari, è possibile valutare anche tali servizi attraverso indicatori indiretti, più propriamente sanitari, tra cui:

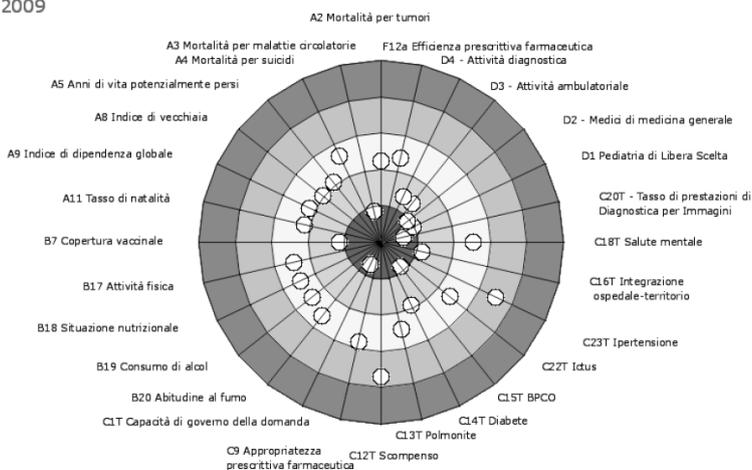
- la percentuale di ricoveri maggiore di 30 giorni in qualsiasi struttura ospedaliera;
- la percentuale di ricoveri ripetuti tra i 31 e i 180 giorni per la stessa MDC;
- il tasso di concepimento delle minorenni;
- i tassi di ricovero per patologie psichiatriche, tra cui anche il tasso per i minorenni ed il tasso di ricoveri ripetuti;
- la percentuale di TSO sui dimessi psichiatrici.

In particolare la percentuale di ricoveri maggiore di 30 giorni permette di misurare indirettamente non solo l'efficacia delle cure territoriali, ma anche la continuità assistenziale tra ospedale e servizio socio-sanitari: un elevato numero, infatti, di ricoveri superiore a 30 giorni, depurati dalla casistica più complessa, può evidenziare una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei c.d. «ricoveri sociali», che richiederebbero ad esempio l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.

La figura seguente mostra un esempio di bersaglio riferito all'anno 2009.

Figura n.7. Un esempio di bersaglio

Toscana
2009



Parte terza

TEMI, ATTORI E PROSPETTIVE
DELLA PROGRAMMAZIONE
INTEGRATA TERRITORIALE

Capitolo 1

L'Osservatorio Sociale Regionale e la “cassetta degli attrezzi” per la programmazione integrata socio sanitaria toscana¹

In generale si può affermare che un sistema capace di integrare risorse, soggetti, servizi e di supportare la programmazione e i processi decisionali è un sistema informativo. Più precisamente il sistema informativo è costituito dall'insieme delle informazioni utilizzate, prodotte e trasformate da un'organizzazione durante l'esecuzione dei suoi processi, dalle modalità in cui esse sono gestite e dalle risorse, sia umane e sia tecnologiche, coinvolte. Pertanto, per quanto riguarda ad esempio l'area sociale integrata, tutti gli uffici e le strutture coinvolti in tali materie sono attori e parte integrante del sistema informativo, essendo ogni soggetto che si occupa di materie socio-assistenziali e sociali integrate un “gestore” (in piccolo o in grande) di informazione. È fuorviante considerare il sistema informativo come parte a sé stante e autonoma di un'istituzione, se non per semplificare e agevolarne la comprensione o per l'individuazione del referente che sovrintenda trasversalmente il sistema. In altre parole è il “sistema nervoso” su cui si regge l'organizzazione e all'interno del quale si colloca il sistema informatico, ovvero la porzione di sistema informativo che fa uso di tecnologie informatiche e automazione.

Nel caso di Regione Toscana si tratta della Rete Telematica Regionale Toscana - RTRT. Essa si caratterizza per il rispetto dei requisiti previsti per la cooperazione applicativa, ovvero adotta modalità operative che, all'interno dell'infrastruttura di trasporto telematico, consentono alle informazioni di transitare in modo

¹ A cura di Stefano Maurri e Luca Puccetti.

automatico dai computer di un ente a quelli di un altro rispettando tutti i requisiti di integrità, sicurezza e affidabilità sulla base di standard definiti (Cart). Questa struttura è definita nelle sue caratteristiche generali con la L.R. 1/2004 ed è confermata, per le materie sociali all'art.41 della L.R. 41/2005, per gli aspetti socio-sanitari con l'aggiornamento della L.R.40/2005, in cui si richiama esplicitamente il percorso di integrazione e di avvio dei processi di interoperabilità delle Società della Salute con il sistema regionale.

Le applicazioni collegate al sistema informativo socio-sanitario regionale, affinché possano dialogare, devono essere dotate di un linguaggio comune, di un dizionario condiviso. Per questo motivo la Regione Toscana con la delibera G.R. 580/2009 ha approvato il nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali dando indicazione di applicare tale strumento nell'ambito dello svolgimento delle funzioni di programmazione, rilevazione, analisi, monitoraggio e verifica.

Lo sviluppo delle attività (in primo luogo quelle previste dal protocollo siglato da Regione Toscana e Uncem² "Reti sociali a sostegno del welfare locale") ha fatto sì, grazie anche all'introduzione delle Società della Salute, che si arrivasse in breve tempo ad ampliare il sistema informativo, producendo alcuni applicativi informatici, tra i quali citiamo:

- quello per il monitoraggio del fondo per la non autosufficienza;
- quello per la raccolta e la gestione delle attività dei centri anti-violenza.

Tali strumenti sono esempi di raccolta di dati aggregati nel primo caso, raccolta di dati aggregati e individuali anonimi nel secondo caso. Essi forniscono informazioni di supporto all'analisi dei bisogni e della domanda (il fenomeno), nonché dei servizi e prestazioni offerti (le politiche). Purtroppo, data la loro natura, solo in parte sono di supporto alla gestione dei singoli casi, sia dal punto di vista delle prestazioni che dei finanziamenti disponibili.

Per tale motivo la Regione Toscana sta sviluppando progetti per integrare i dati individuali all'interno del sistema informativo, con l'obiettivo di "seguire" il singolo individuo lungo il percorso

² Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani.

offerto. Difatti sia per la parte sanitaria, all'interno del progetto "carta sanitaria", che per la parte sociale, la "cartella sociale informatizzata" legata al protocollo "Reti sociali a sostegno del welfare locale", sono previste attività per lo sviluppo di specifiche e di applicativi informatici che facciano perno sulla persona individuata in modo univoco. Tale sistema (già funzionante per la parte ospedaliera e parte del sanitario territoriale) consente l'individuazione del soggetto, attraverso l'utilizzo di un'anagrafe unica, a cui "agganciare" le prestazioni offerte.

Un sistema informativo che ruota intorno all'individuo consente di seguire e definire il percorso del soggetto da parte del servizio, senza "vuoti" di conoscenze in senso orizzontale (spettro delle prestazioni erogate e dei finanziamenti disponibili) e nel tempo (lettura della "storia" del paziente); inoltre dal lato del ciclo della programmazione, consente di svolgere analisi accurate sui bisogni, sull'offerta del sistema, e in generale sull'impatto delle *policies* sui fenomeni sociali. È tuttavia bene precisare che questo processo pone questioni, già allo studio e in via di definizione, legate agli accessi e alla titolarità delle informazioni.

L'Osservatorio Sociale ha la funzione di "leggere" ed elaborare le informazioni in modo tale da tradurle in conoscenza aggiuntiva rispetto alle caratteristiche e all'evoluzione del fenomeno preso in esame, piuttosto che al grado di influenza che ha su di esso la programmazione (analisi di impatto sui fenomeni all'interno del processo di *policy making*). Così facendo raggiunge l'obiettivo primario di fornire supporto conoscitivo nelle fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione arricchendo l'output, la restituzione delle informazioni che provengono dai sistemi informativi o da indagini ad hoc di tipo qualitativo e/o quantitativo. Per tale motivo (rispondere alle esigenze di analisi) è necessario che un Osservatorio Sociale collabori allo sviluppo del sistema informativo sociale, in modo particolare nelle fasi di progettazione e definizione delle informazioni previste (adeguatezza delle informazioni).

A quanto detto va aggiunto che per analizzare i fenomeni sociali, avendo confini più ampi delle prestazioni e delle politiche

sociali, si necessita anche di informazioni non strettamente legate al sistema informativo sociale, come ad esempio dati e indagini in ambito sanitario, piuttosto che informazioni legate al mondo della scuola o del lavoro. Questo ambito allargato dell'osservazione sociale non è ancora molto esplorato fatta eccezione per alcuni tentativi legati ad esempio all'analisi delle carriere di povertà o della vulnerabilità ed esclusione sociale nelle modalità di accesso ai servizi socio-sanitari.

La caratteristica principale di un osservatorio sociale è la sua presenza diffusa all'interno dell'organizzazione non tanto come struttura organizzativa, la quale ha una sua identificazione e collocazione che varia da ente a ente, ma per le sue funzioni, le quali sono svolte anche da organi e strutture non necessariamente etichettati come "osservatorio sociale".

Questo evidenzia la necessità, per un miglioramento delle performance nella restituzione delle informazioni, dei collegamenti funzionali all'area della programmazione e controllo. Un disegno organizzativo di questo tipo garantisce, tra l'altro, la necessaria flessibilità per adattarsi ai mutamenti ambientali, oltre che rispondere al meglio lungo le principali macroaree di analisi: offerta di servizi e prestazioni, bisogni e domanda sociale, qualità dei servizi erogati.

In Toscana nel 2008 è stato sottoscritto un protocollo di intesa tra Regione e Province finalizzato a consolidare e sviluppare una rete tra l'Osservatorio Sociale Regionale e gli Osservatori Sociali Provinciali, avviando un percorso comune che risponde a quanto previsto agli articoli 13 e 40 della L.R. 41/2005, ovvero la realizzazione di un sistema integrato di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali, nonché di diffusione delle conoscenze relative.

Il disegno organizzativo della rete prevede un gruppo tecnico con il compito di analizzare e assumere decisioni per i lavori comuni a tutti gli osservatori. Inoltre come documento di programmazione è prevista la redazione annuale di un piano dei lavori concordati, i quali sono successivamente sviluppati all'interno di tavoli di lavoro tematici. Ogni tavolo quindi ha il compito di predisporre indirizzi,

percorsi metodologici e, in generale, materiale di lavoro necessario per realizzare le attività programmate.

Le priorità inserite nel piano di lavoro della rete degli osservatori sociali sono state:

1. il supporto alla progettazione e alle attività di monitoraggio e la verifica dell'impatto della programmazione territoriale sul sistema locale dei servizi e degli interventi sociali interessati;
2. la condivisione di metodologie e strumenti di analisi in relazione alla programmazione territoriale.

Tali priorità hanno portato alla:

- collaborazione nell'individuazione del set minimo e complementare degli indicatori del Profilo di Salute dei Piani Integrati di Salute;
- realizzazione di strumenti conoscitivi a supporto della rete;
- produzione di una proposta di schema di protocollo di intesa/accordo di programma tra Provincia, Società della Salute, Azienda Usl per il supporto alla programmazione territoriale;
- promozione di iniziative a carattere divulgativo e formativo.

Una parte significativa di attività degli osservatori sociali è stata dedicata all'attuazione dell'art.10 della L.R. 59/2007 "Norme contro la violenza di genere" che assegna all'Osservatorio Sociale Regionale la funzione di realizzare il monitoraggio e l'analisi della violenza di genere, fenomeno che per le sue caratteristiche sfugge alla conoscenza del dato. Il primo passo è stato quello di seguire la costituzione della parte dedicata al sistema informativo prima di procedere all'analisi dei dati. Le attività, realizzate in collaborazione con i referenti del sistema informativo regionale, si possono riassumere in:

- realizzazione di un database "anagrafe strutture" contenente informazioni relative alle strutture che si occupano di violenza presenti sul territorio toscano da rendere fruibili alla popolazione via web (www.e.toscana.it/strutture_violenza);
- costituzione di un "flusso dati", per mezzo di un applicativo web, contenente informazioni omogenee raccolte presso i centri antiviolenza presenti in Toscana, ovvero realizzazione di una scheda informatica di dati aggregati e individuali anonimi in

grado di costituire un set minimo di informazioni (<https://webs.rete.toscana.it/vgrt/login.jsp>).

Sulla scorta del flusso dati il passo successivo è stato quello di realizzare un sistema di monitoraggio, i cui risultati si possono esaminare all'interno del rapporto di analisi del fenomeno e delle attività dei centri antiviolenza³.

Altro strumento conoscitivo realizzato, che risponde a quanto previsto con l'art. 6 comma 13 della L.R. 29/2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana"⁴, è un'indagine campionaria basata su oltre 4.000 interviste con questionario strutturato che mira ad analizzare il livello di integrazione della popolazione straniera in Toscana⁵.

Infine, posto che un osservatorio sociale è una vera "cassetta degli attrezzi" se gli strumenti contenuti all'interno rispondono adeguatamente ai bisogni per i quali sono chiamati in causa, è necessario che i lavori prodotti siano collocati in modo ordinato, ovvero facilmente reperibili, di facile utilizzo e comprensione, da parte di quanti più interlocutori possibili. Per tale motivo tra gli strumenti a supporto è in via di sviluppo il sito dell'Osservatorio Sociale Regionale⁶, il cui obiettivo è quello di diffondere i lavori prodotti, come ad esempio report, rapporti di analisi e indagini, oltre a segnalare news o link di particolare interesse per le attività di osservatorio sociale.

Ciò nondimeno per essere efficace e produttiva, ormai, la dinamica di promozione e sostegno al welfare locale richiede un

³ Bagattini, Pedani (2010), *Secondo rapporto sulla violenza di genere in Toscana: anno 2010: un'analisi dei dati dei Centri antiviolenza*, Centro stampa Giunta Regione Toscana, scaricabile in formato pdf dal sito dell'Osservatorio sociale regionale (<http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>).

⁴ "Le funzioni regionali finalizzate alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione del fenomeno migratorio nonché di monitoraggio e analisi di impatto delle politiche sull'immigrazione sono svolte tramite l'osservatorio sociale regionale di cui all'articolo 40 della l.r. 41/2005".

⁵ Berti, Valzania (a cura di) (2010), *Le nuove frontiere dell'integrazione - Gli immigrati stranieri in Toscana*, Franco Angeli, Milano.

⁶ <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale>

processo di coinvolgimento e integrazione di tutte le istanze sociali del territorio.

Questo processo si sostanzia con lo strumento, individuato da tempo nella programmazione toscana, della concertazione tra i soggetti, che ha trovato concreta attuazione nella sottoscrizione dei Patti interistituzionali e dei Patti Territoriali da parte dei soggetti che fanno parte della Conferenza Istruttoria.

In questo processo la Regione sostiene le forme della partecipazione attiva delle componenti della Società della Salute con l'obiettivo di sviluppare le funzioni della governance, della programmazione e le forme più adeguate di integrazione socio-sanitaria.

Sotto la dizione di “cassetta degli attrezzi” per l'avvio di un nuovo welfare locale possono pertanto essere ricompresi anche l'insieme degli strumenti operativi che sono stati suggeriti alle realtà locali quali elementi di effettiva risposta alle richieste formulate dalla cittadinanza nel suo complesso.

La Regione Toscana ha già valorizzato da tempo quelli che possono definirsi strumenti di intervento di questo processo collocandoli debitamente all'interno del più ampio contenitore del Piano Integrato Regionale Sociale e che possono essere individuati in:

- Carte di cittadinanza Sociale. Quasi tutte le Zone hanno progressivamente adottato tale strumento che rappresenta un'utile fonte di informazioni per i cittadini. La diffusa adozione della Carta consente anche, attraverso strumenti di monitoraggio regionale, una valutazione dell'efficacia della stessa.
- Carta dei servizi. La qualificazione della fase di erogazione degli interventi, perseguita attraverso le Carte dei servizi, si colloca all'interno del quadro dei principi e criteri assunti a fondamento dell'interno sistema locale dei servizi alla persona. Ne consegue la scelta di introdurre un processo di adozione, monitoraggio e valutazione delle Carte che si pone in continuità, per metodologia e tempistica, con i processi di programmazione locale e di partecipazione comunitaria che caratterizzano il sistema integrato dei servizi e degli interventi. Le determinazioni regionali del contenuto e dei requisiti di processo per l'a-

dozione, il monitoraggio e l'aggiornamento delle Carte, oltre a costituire adempimento della previsione legislativa richiamata, sono espressione della funzione regionale di tutela dei diritti di cittadinanza e di garanzia dei livelli di assistenza, di diretta derivazione costituzionale (art.120 Cost.).

- Lotta alla discriminazione e pari opportunità. La Regione è impegnata da tempo a predisporre con l'indirizzo ed il coordinamento dell'assessorato al sociale, percorsi operativi a favore delle persone che, per motivi diversi, sono soggette a maggiori rischi di discriminazione.
- Livelli base di cittadinanza sociale. Pur in assenza di una dettagliata definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali nazionali da parte dello stato, la Regione Toscana ha individuato una prima configurazione di livelli base di cittadinanza regionali da realizzarsi gradualmente nell'arco di tempo di vigenza del PISr 2007-2010. L'individuazione e la realizzazione di tali livelli vuole garantire l'equità dei sistemi locali di salute attraverso il raggiungimento di un livello di prestazione omogeneo sul territorio che garantisca in tutti gli ambiti zonalì la presenza delle seguenti funzioni:
 1. Segretariato sociale. Il segretario sociale è un servizio gratuito, rivolto a tutte le persone, che dà informazioni e un primo orientamento sui servizi sociali e assistenziali pubblici e privati, disponibili sul territorio. L'obiettivo del servizio è far sì che tutti i cittadini possano essere a conoscenza delle risorse e degli aiuti di carattere socio assistenziale che sono disponibili nel loro territorio, sulla base di quanto stabilito dalla Legge Regionale n. 41/05. Il segretario sociale rappresenta la risposta al diritto dei cittadini di un determinato territorio e della comunità nel suo complesso a ricevere informazioni esatte, dettagliate esaustive e pertinenti. Fornisce notizie e informazioni sull'esistenza, sul tipo e sui metodi per accedere alle varie risorse sociali, svolge un'attività di orientamento e indirizzo del cittadino all'ente o all'organismo competente per particolari problemi, svolge anche una prima funzione di osservatorio sociale, mettendo in evidenza le necessità ricor-

renti dei cittadini e dando un quadro accurato e aggiornato dei servizi presenti. Il segretariato sociale è inteso come un sistema a responsabilità pubblica. Per l'attività di informazione sulla rete dei servizi e di sostegno alle procedure di accesso, possono essere impiegati organismi senza fine di lucro purché estranei alla gestione dei servizi. Le sedi del servizio di segretariato sociale devono essere note agli uffici di Relazione con il Pubblico dei Comuni.

2. Punto Unico di Accesso (PUA). Il PUA nasce con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti più fragili e incanalare in modo corretto le loro richieste verso la risposta più appropriata. L'obiettivo generale è quello di aiutare coloro che si devono orientare nel sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali per ottenere risposte adeguate ai problemi di cui sono portatori. Nelle sperimentazioni già avviate sul territorio è stata prevista la seguente articolazione del PUA:
 - presidi centralizzati a livello di zona-distretto dove si attiva la “presa in carico”;
 - sportelli territoriali decentrati, i cosiddetti “Punti Insieme”, a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato.

Nel PUA sono presenti le figure dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale e del medico che costituiscono il gruppo minimale di progetto per l'integrazione delle risposte di bisogni complessi. Con l'individuazione dei livelli base di cittadinanza sociale il punto unico di accesso andrà ad ampliare le sue funzioni e diverrà la porta di accesso unitario ai servizi ed alle prestazioni integrate per tutti i cittadini, in modo da favorire la semplificazione della presentazione delle domande di intervento e la unificazione delle procedure di organizzazione dell'offerta assistenziale. Poiché elemento essenziale per l'organizzazione del punto unico di accesso è il suo ottimale posizionamento all'interno dell'ambito territoriale, si ritiene che l'articolazione prevista dalla sperimentazione in essere rappresenti una soluzione opportuna e comunque da sottoporre a specifiche verifiche. Nei Punti Insieme sarà invece garantita ai

cittadini la presenza di operatori che non svolgeranno funzioni di accoglienza, ma saranno in grado di svolgere una prima azione di indirizzo verso la risorsa più appropriata. L'analisi del bisogno del cittadino si baserà poi su una valutazione che potrà implicare l'attivazione di competenze sociali oppure sanitarie oppure di carattere multiprofessionale. Tramite i punti di accesso si creano dunque percorsi di assistenza razionali e semplificati dal punto di vista burocratico che, oltre a garantire la trasparenza delle procedure di accesso (soprattutto la valutazione del bisogno e la formulazione del percorso assistenziale personalizzato), migliorano anche l'efficienza e la tempestività dell'intervento.

3. Servizio sociale professionale. Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dall'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore e migliorando il tessuto sociale e relazionale della comunità locale, anche attraverso il lavoro di gruppo. L'art. 7 della Legge Regionale n. 41 del 2005 definisce le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi sociali sulla base della valutazione professionale del bisogno e del conseguente percorso assistenziale personalizzato. L'assistente sociale, in qualità di responsabile del caso, assicura anche la gestione e il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi. In particolare, l'attività di servizio sociale professionale si concretizza attraverso la predisposizione, insieme all'utente, di un progetto personalizzato articolato in azioni ed interventi di valutazione, accompagnamento, consulenza e sostegno per affrontare eventi e condizioni critiche, causa di disagio ed emarginazione sociale, per valorizzare ed innalzare le potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali. Inoltre comprende le attività di tutela dei diritti degli utenti – in particolare delle fasce più deboli – nonché di raccolta ed elaborazione dati ai fini della documentazione. Il servizio sociale professionale è presente nel P.U.A. e trasversalmente in tutti i servizi di intervento dell'integrazione a carattere complesso.

4. Pronto intervento sociale. Per i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati. Il servizio del pronto intervento sociale si propone di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone che si vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, richiesto fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale. L'attivazione del pronto intervento sociale deve essere organizzata da parte dei Servizi Sociali, coinvolgendo in maniera forte i soggetti adeguati del terzo settore che garantiscano la necessaria flessibilità e tempestività. Le situazioni, per essere individuate come urgenti e per poter quindi attivare le risorse dedicate, dovranno rispondere a dei criteri che dovranno essere poi definiti e concordati con i soggetti interessati. In particolare si intende fronteggiare:
- situazioni di emergenza per protezione e tutela a favore di minori;
 - situazioni di emergenza di adulti in situazioni di abbandono, deprivazione totale, violenza psico/fisica tale da costituire grave pregiudizio;
 - altra situazione di estrema gravità e pericolo per la persona.

Capitolo 2

L'integrazione sociosanitaria: dal Decreto Legislativo 502/92 alla Legge Regionale 66/08¹

A livello normativo la riforma del Servizio sanitario nazionale e, in parallelo, la ridefinizione del sistema dei servizi sociali introdotto con la legge 8 novembre 2000, n. 328, hanno dato risalto all'integrazione socio-sanitaria, indispensabile per quei bisogni di salute che richiedono unitariamente risposte sanitarie e azioni di protezione sociale. Il Decreto Legislativo 502/1992, ed il successivo 229/99, pongono le basi per una definizione delle aree di integrazione socio sanitaria, demandando all'apposito Atto di indirizzo e coordinamento – decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) – l'identificazione delle prestazioni socio sanitarie e la formulazione di criteri per la ripartizione degli oneri tra risorse sanitarie e risorse sociali. La Legge 328/2000, individua gli ambiti di prevalente interesse per la definizione di un sistema integrato di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie, orientato a utilizzare il distretto come fulcro dell'integrazione. A seguito delle modifiche apportate al Titolo V, parte II, della Costituzione, che hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità istituzionali in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza, la Regione Toscana ha inteso dare attuazione ai contenuti delle normative nazionali sopra richiamate, attraverso un rafforzamento del sistema dei servizi sociosanitari integrati, secondo scelte strategiche e modalità che mirano alla condivisione delle

¹ A cura di Patrizio Nocentini.

responsabilità da parte delle aziende unità sanitarie locali e degli enti locali, sia nella programmazione che nella realizzazione degli interventi. Ciò si realizza in pieno con le previsioni generali del presente piano sanitario regionale e si valorizza fortemente soprattutto con le ipotesi sulla Società della Salute. In attuazione del DPCM 14/02/2001 sui LEA nell'area dell'integrazione sociosanitaria, la ridefinizione del sistema dei servizi e degli interventi inerenti l'integrazione sociosanitaria e l'identificazione delle competenze di parte sanitaria e di parte sociale vengono attuate a livello regionale mediante la concertazione tra i soggetti istituzionali coinvolti, finalizzata a:

- identificare i servizi che richiedono l'integrazione, con riferimento alle figure allegate all'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001;
- definire criteri e parametri di ripartizione degli oneri in relazione alle modalità assistenziali e tipologie di servizi, con riferimento all'allegato 3 (I livelli di assistenza socio - sanitaria);
- determinare gli indirizzi per i processi autorizzativi e di accreditamento delle strutture e dei servizi che erogano prestazioni nell'area dell'integrazione;
- individuare le procedure per la definizione di intese tra enti locali e aziende unità sanitarie locali nella loro articolazione zonale per l'erogazione integrata degli interventi e delle prestazioni nell'ambito dei percorsi assistenziali specifici;
- definire le modalità per la valorizzazione del ruolo del no profit e per la regolazione dei rapporti per l'affidamento dei servizi, anche in relazione alle forme di selezione dei soggetti.

Il PSR 2005-2007 ha previsto, nelle aree individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 (quali materno infantile; disabili; anziani e persone non autosufficienti con patologie cronic-degenerative; dipendenze da droga, alcol e farmaci; patologie psichiatriche; soggetti affetti da AIDS; pazienti terminali) la riorganizzazione degli interventi assistenziali orientata sulla base dei seguenti principi:

- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, attraverso

so un apposito momento valutativo multiprofessionale, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, e individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo. Per le problematiche sanitarie l'operatore di riferimento è identificabile nel medico di medicina generale nel pediatra di libera scelta, mentre per quelle dell'alta integrazione socio-sanitaria l'operatore di riferimento è individuato dal responsabile della struttura funzionale che si fa carico del percorso assistenziale e stabilisce le diverse intensità delle fasi del medesimo, che si possono svolgere in ambito territoriale, domiciliare ed ospedaliero, a seconda della complessità ed intensità del problema;

- l'identificazione dell'impegno sanitario e sociale con riferimento alle diverse fasi dell'intervento, e della competenza, sanitaria e sociale, dei relativi oneri, nell'ambito della definizione del progetto assistenziale personalizzato da parte dell'apposito nucleo di valutazione multiprofessionale;
- l'individuazione delle fasi di diversa intensità di assistenza nell'ambito del percorso assistenziale, attraverso la verifica degli esiti, facendo riferimento alle seguenti classi di intensità: fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita; fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo; fase di lungo assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a rallentare il suo deterioramento.

Gli interventi devono essere volti ad assicurare i livelli di assistenza sociosanitaria nelle aree prima richiamate, con riferimento alle prestazioni e al concorso di risorse finanziarie sanitarie e sociali, secondo quanto indicato nell'Allegato 3. Per dare risposte efficaci ai problemi di accesso ai servizi in termini di equità, di globalità, di garanzia di continuità assistenziale, occorre che a livello di zonadistretto sia assicurato un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari. Il modello di accesso unitario pre-

vede diverse modalità di accoglienza e di gestione della domanda, a seconda che essa si caratterizzi con riferimento a bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari. Nei primi due casi le figure di riferimento sono il medico di medicina generale e l'assistente sociale che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno. In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità di valutazione multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità multiprofessionale gestisce in modo globale il percorso, che va dall'analisi della domanda alla definizione del problema, alla predisposizione del progetto personalizzato di intervento, alla sua attuazione e valutazione. La stessa struttura individua un operatore di riferimento che segue le diverse fasi attuative del progetto personalizzato, facilitando l'apporto integrato delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale.

Il PSR 2008-2010, al punto 5.3.2 "Il Punto Unico di accesso. La Unità di Valutazione Multidisciplinare", rafforza la prospettiva di un modello universalistico di assistenza sociosanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato di bisogno come primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari attraverso l'individuazione dello stato di bisogno e la conseguente traduzione in adeguate offerte assistenziali. L'obiettivo generale del sistema integrato è quindi l'organizzazione, a livello di zona-distretto di un percorso di accesso unitario a tutti i servizi sanitari, sociali e socio – sanitari, attraverso specifiche modalità di accoglienza e di gestione della domanda. Le principali figure di riferimento sono il medico di medicina generale, l'assistente sociale e l'infermiere, che, oltre a valutare la domanda, creano le condizioni per attivare progetti personalizzati di intervento coerenti con la natura del bisogno. In presenza di bisogni complessi, tali da richiedere competenze professionali integrate, l'accoglienza della domanda è assicurata dall'unità di valutazione multiprofessionale, cui partecipano, tenendo conto della natura dei bisogni da affrontare, le professionalità sanitarie e sociali necessarie. L'unità di va-

lutazione multiprofessionale gestisce in modo globale il percorso, che va dall'analisi della domanda alla definizione del problema, dalla definizione del problema alla predisposizione del progetto personalizzato di intervento, alla sua attuazione e valutazione.

La LR 41/2005 ha previsto che:

- I comuni e le aziende unità sanitarie locali individuino modalità organizzative di raccordo per la gestione dei servizi, fondate sull'integrazione professionale delle rispettive competenze, e disciplinino i relativi rapporti finanziari, mediante accordi o convenzioni ai sensi della normativa vigente.
- Il coordinamento e l'integrazione degli interventi socio-sanitari si attua, ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno, della definizione del percorso assistenziale personalizzato e della verifica periodica degli esiti.

La LR 66/2008, sulla istituzione del fondo per la non autosufficienza, al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane si pone l'obiettivo di:

- a) migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
- b) promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità;
- c) favorire percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità;
- d) sostenere l'impegno delle famiglie nell'attività di cura e assistenza, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare e la vita indipendente;
- e) garantire le seguenti tipologie assistenziali:
 - interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
 - interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il soste-

- gno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- inserimenti in strutture semiresidenziali;
 - inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
 - inserimenti permanenti in residenza.

La LR 60/2008, di revisione del governo sanitario regionale, fissa alcuni requisiti del governo territoriale dei servizi sociosanitari (area ex integrazione sociosanitaria):

- la zona distretto è l'ambito territoriale di programmazione, governo e gestione dei servizi territoriali;
- le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della Conferenza regionale delle Società della Salute.
- le direzioni delle zone-distretto garantiscono l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
- le direzioni delle zone-distretto assicurano altresì il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione;
- i responsabili di zona gestiscono il *budget* assegnato alla zona-distretto e negoziano con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto i *budget* di rispettiva competenza;
- i comuni, compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto, e le aziende unità sanitarie locali, costituiscono organismi consortili denominati Società della Salute, al fine di assicurare indirizzo e programmazione strategica nel livello essenziale di assistenza territoriale, inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie; la organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; la organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

Capitolo 3

Il tema della deprivazione¹

3.1. Introduzione

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 pone l'uguaglianza, definita come "la massima espressione di un sistema che intende coniugare il proprio essere solidale ed universalistico con l'efficacia delle sue azioni", tra i valori, principi e obiettivi generali del sistema sanitario regionale. L'uguaglianza "si esprime soprattutto con la realizzazione dell'equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, il che significa, a partire dalla diversità dei bisogni, assumere questa come valore guida della programmazione" e deve realizzarsi soprattutto "nelle situazioni di maggior rischio di disegualità quali la fruibilità dell'alta specializzazione, dell'innovazione tecnologica, della ricerca". Il PSR riconosce poi che "gli indicatori di salute confermano una significativa associazione tra peggiori condizioni di salute e situazioni di svantaggio sociale ed economico, rendendo il tema dell'equità una questione ancora attuale e talvolta non sufficientemente analizzata, non tanto nell'universalità dell'offerta, quanto nella disparità nell'accesso e/o nell'utilizzo".

Da un punto di vista generale, in sanità, le disuguaglianze possono riguardare due aspetti, tra loro parzialmente correlati, per la presenza di differenze tra gruppi di diverso livello socio-economico:

- nello stato di salute;
- nell'accesso alla assistenza sanitaria e nella qualità delle cure ottenute.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il rapporto tra stato di salute e livello socio-economico è ben noto da molti anni nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale. Molti studi, fino dagli anni '80, hanno evidenziato differenze nei livelli di mortalità

¹ A cura di Alessandro Barchielli.

in relazione a diverse modalità di definizione del livello socio-economico (scolarità, occupazione, reddito, indici compositi di deprivazione, ecc.), trovando un maggior rischio di morte nei gruppi socio-economici più svantaggiati. Questo ha riguardato sia la mortalità per tutte le cause che quella per specifiche cause di morte. Altri studi hanno evidenziato, sempre nei gruppi più svantaggiati, un maggior rischio di malattia ed un peggior stato di salute. Molti fattori, spesso tra loro correlati, contribuiscono a spiegare il fenomeno: livello culturale, esposizioni a fattori nocivi nell'ambiente di vita e di lavoro, stili di vita, ecc.

Anche il secondo aspetto è stato oggetto di molti studi che hanno analizzato il rapporto tra il livello socio-economico ed assistenza sanitaria, focalizzando l'attenzione sul rapporto tra "bisogni sanitari" ed equità nell'accesso alle cure mediche. Infatti differenze socio-economiche nell'accesso ai servizi sanitari possono contribuire ad esacerbare le differenze nello stato di salute osservate nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Viceversa politiche volte a promuovere l'equità nell'accesso possono contribuire ad attenuare le differenze di salute. In particolare gli studi hanno posto molta attenzione alla valutazione del rispetto del criterio di "eguale trattamento per eguale bisogno" (definito anche principio di equità orizzontale). Questo è un punto molto delicato. Infatti i gruppi sociali più svantaggiati hanno spesso un peggior stato di salute, per cui esprimono un maggior bisogno di assistenza sanitaria e necessitano di una maggior risposta da parte dei servizi sanitari. Interventi "mirati" di prevenzione primaria e di promozione della salute possono ridurre i differenziali sociali di salute. Tuttavia, anche quando questi programmi sono messi in atto con convinzione e continuità, i risultati in termini di miglioramento dello stato di salute dei gruppi più svantaggiati sono attesi solo in tempi medio-lunghi e non sono generalmente in grado di modificare nel breve periodo il livello di "bisogno sanitario" di questi gruppi di popolazione.

Un altro elemento rilevante di cui tenere conto sono le differenze sociali nell'accesso ai servizi sanitari, ed in particolare a quelli di migliore qualità.

Da un punto di vista generale il contesto socio-economico e le

caratteristiche del sistema sanitario influenzano l'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Come atteso, nei confronti internazionali, i sistemi sanitari universalistici hanno mostrato di ridurre le barriere nell'accesso ai servizi sanitari. Tuttavia molti studi hanno evidenziato che differenze socio-economiche nell'accesso sono presenti anche in queste realtà. Ad esempio le persone di livello culturale più elevato hanno maggiori capacità e conoscenze per cogliere le opportunità che i servizi sanitari offrono. Inoltre la presenza di forme assicurative integrative o la diversa "capacità di spendere" facilitano aspetti rilevanti, quali la possibilità di ridurre i tempi di attesa, di accedere a tecnologie di avanguardia ed a professionisti più qualificati, ecc.

3.2. Le conoscenze in Toscana

In Toscana è disponibile un ampio panorama conoscitivo sulle disuguaglianze socio-economiche di salute e sulle diseguità nell'accesso ai servizi sanitari. Lo Studio Longitudinale Toscano (Slto), condotto nelle città di Firenze e di Livorno, ha valutato ampiamente i differenziali socio-economici di mortalità e di ospedalizzazione totali e causa-specifica. Già negli anni '90 lo studio aveva evidenziato che, rispetto a diplomati e/o laureati, i soggetti con basso titolo di studio (licenza elementare) presentavano, anche dopo aggiustamento per età, un eccesso di mortalità per tutte le cause del 39% nei maschi, identico nella coorte livornese e fiorentina, e del 22-26% nelle femmine². I dati di Livorno aggiornati al quinquennio 2001-05 hanno evidenziato una accentuazione dei differenziali socio-economici di mortalità³. Infatti i soggetti con basso titolo di studio presentavano un eccesso di mortalità per tut-

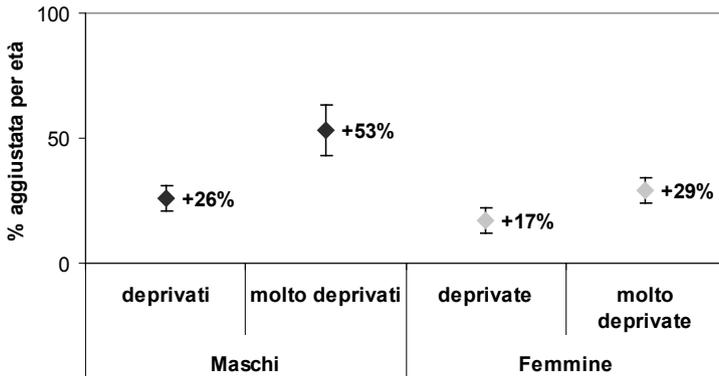
² Biggeri A, Benvenuti A, Nardulli MC, et al. (1998), *La mortalità per condizione socio-economica e professionale nello studio longitudinale toscano: comuni di Livorno e Firenze, Informazioni statistiche*, Centro Stampa Giunta Regione Toscana, 1998.

³ Accetta G., Castellucci L., Cirisotto L. et al., *Mortalità per condizione socioeconomica, Studio longitudinale toscano, Livorno 2001 - 2005*, Toscana Notizie, Informazioni statistiche, Centro Stampa Giunta Regionale Toscana.

te le cause del 65% nei maschi, e del 41% nelle femmine. Differenziali socio-economici di mortalità sono stati inoltre osservati per le principali cause di morte.

Nell'ambito dello Slto, sono stati analizzati anche i differenziali socio-economici nella ospedalizzazione, riferiti a Firenze alla fine degli anni '90⁴, evidenziando una maggior probabilità di ricoveri totali nei soggetti appartenenti ai gruppi socio-economici più svantaggiati (figura n. 1).

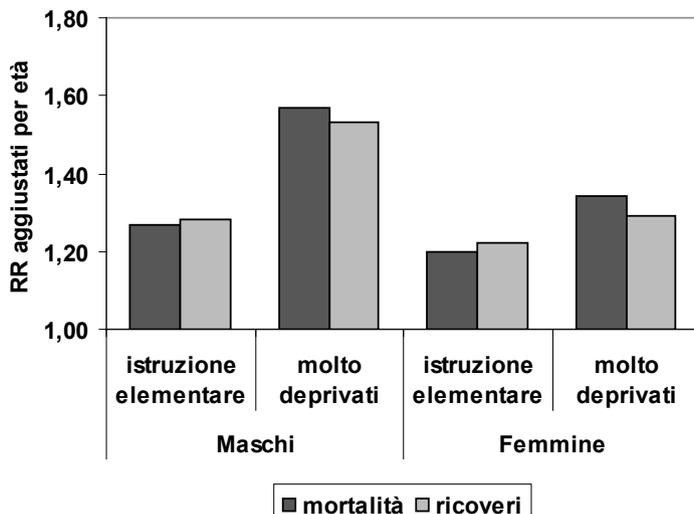
Figura n.1. Studio Longitudinale Toscano, ricoveri per tutte le cause, età > 18 anni (Firenze, 1997-2000): percentuale, e relativi limiti di confidenza, di variazione per livello di socio-economico dei ricoveri per tutte le cause (riferimento: persone non deprivate). Livello di deprivazione definito in base ai dati del censimento 1991.(fonte dati: Biggeri et al. 2003)



I tassi di ricovero per categoria socio-economica riflettevano in misura rilevante la mortalità differenziale per condizione socio-economica. Infatti lo studio aveva trovato una concordanza sorprendente tra eccessi di ospedalizzazione ed eccessi di mortalità nei gruppi più svantaggiati (figura n. 2).

⁴ Biggeri A, Barchielli A, Geddes M, et al. (2003), *Studio Longitudinale Toscano - condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze, Informazioni statistiche*, Centro Stampa Giunta Regione Toscana, Firenze.

Figura n.2. Studio longitudinale toscano, età > 18 anni (Firenze, 1997-2000): differenziali socio-economici di mortalità ed ospedalizzazione per tutte le cause; rischi relativi (RR) aggiustati per età (riferimento istruzione: laurea/scuola media superiore; riferimento deprivazione: persone non deprivate). Titolo di studio e livello di deprivazione definito in base ai dati del censimento 1991. (fonte dati: Biggeri et al. 2003)



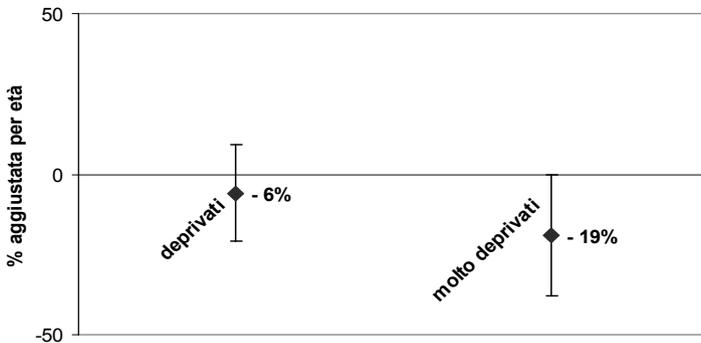
In sintesi tali analisi fornivano, almeno da un punto di vista generale, l'immagine di un forte differenziale sociale di bisogno assistenziale al quale il sistema sanitario toscano sembrava rispondere secondo il principio di equità, e cioè "dare di più a chi più necessita". Infatti i rischi di malattia erano distribuiti in maniera differenziata tra i gruppi socio-economici, ma vi era una pressoché perfetta corrispondenza tra bisogno (espresso dall'indicatore mortalità) e assistenza ricevuta (espressa dall'indicatore ricovero).

Sempre riguardo ai ricoveri ospedalieri sono però stati evidenziati alcuni aspetti che richiamavano la presenza di diseguità socio-economiche nell'accesso a tipologie specifiche di prestazione, che possono rappresentare dei "traccianti" di un accesso diversificato alle cure più appropriate e/o efficaci. L'analisi delle modalità di ricovero (utilizzo del day hospital), sia in termini di ricoveri totali

che per un numero selezionato di cause, e l'analisi della durata di degenza per condizione socio-economica, prospettano l'evenienza di un uso più appropriato delle strutture ospedaliere da parte dei soggetti con condizione socio-economica più elevata. La frequenza più elevata di interventi di mastectomia radicale nel trattamento chirurgico dei tumori della mammella nelle donne più svantaggiate ed il maggior uso della terapia riperfusiva nel trattamento della cardiopatia ischemica nei soggetti a reddito più elevato (figura n. 3), hanno suggerito la presenza di diversità tra gruppi socio-economici nella fruizione di cure efficaci.

Figura n.3. Studio longitudinale toscano, ricoveri per tutte le cause, età > 18 anni, maschi (Firenze, 1997-2000): percentuale, e relativi limiti di confidenza, di variazione per livello di socio-economico dell'uso della terapia riperfusiva (angioplastica o by-pass aortocoronarico) nei pazienti ricoverati per cardiopatia ischemica (riferimento: persone non deprivate). Livello di deprivazione definito in base ai dati del censimento 1991.

(Fonte dati: Biggeri et al. 2003)



Peraltro la presenza di differenziali socio-economici nell'accesso ai servizi sanitari è confermata dallo studio di altri aspetti.

Ad esempio, nel settore materno-infantile, l'analisi dei certificati di assistenza al parto ha evidenziato un minor numero medio di visite ed ecografie durante la gravidanza, ed un maggior ritardo nell'inizio dei controlli nelle madri con titolo di studio più basso (figura n. 4).

Figura n.4. Visite in gravidanza ed ecografie per titolo di studio. Toscana Anno 2005. (Fonte dati: Certificato di Assistenza al Parto; Elaborazioni: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana)

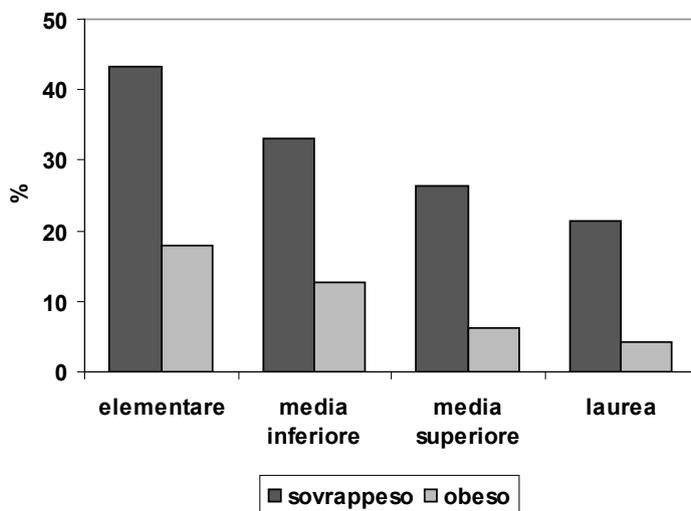
Titolo di studio	Visite			Ecografie		
	Numero medio	Nessuna visita	Prima visita > 3 mesi	Numero medio	Nessuna ecografia	< 3 ecografie
<i>Nessuno/elementare</i>	5,4	2,4	19,8	3,7	2,7	17,5
<i>Media inferiore</i>	6,4	0,7	9,1	4,7	0,7	7,7
<i>Media superiore</i>	6,9	0,4	4,5	5,2	0,5	2,1
<i>Laurea</i>	7,1	1,2	3,8	4,9	1,3	2,5
Totale	6,8	0,7	6,3	5,0	0,8	4,2

È infine da segnalare che, come già osservato a livello internazionale, i primi risultati dello studio PASSI⁵ hanno evidenziato che anche nella nostra regione esistono importanti differenze negli stili di vita in relazione al titolo di studio ed al livello socio-economico, che almeno in parte contribuiscono a spiegare il peggior stato di salute delle persone in condizioni più disagiate.

⁵ Garofalo G, Mazzoli F, Cecconi R, et al. (2008), *Sistema di sorveglianza PASSI, Toscana. Rapporto regionale 2007*, Centro Stampa Giunta Regione Toscana, Firenze.

Figura n.5. Studio PASSI Toscana, età 18-69 anni (indagine 2007): percentuale di persone sovrappeso ed obese per titolo di studio.

(Fonte dati: Garofalo et al. 2008)



3.3 Indicatori socio-economici presenti nel set minimo e nel set complementare.

Nei set presentati sono riportati alcuni indicatori socio-economici disaggregati a livello di zona-distretto, in particolare:

- Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate (set minimo, determinanti - SM.determinanti.1);
- Reddito imponibile medio (set minimo, determinanti di salute - SM.determinanti.2);
- Tasso di pensioni sociali e assegni sociali (set minimo, determinanti di salute - SM.determinanti.3);
- Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia (set minimo, determinanti di salute - SM.determinanti.4);
- Tasso di famiglie che chiedono l'integrazione dei canoni di loca-

- zione (set minimo, determinanti di salute - SM.determinanti.5);
- Percentuale famiglie povere (set complementare, determinanti di salute - SC.determinanti.1);
- Reddito medio equivalente (set complementare, determinanti di salute: SC.determinanti.2);
- Tasso di pensioni integrate al minimo (set complementare, determinanti di salute: SC.determinanti.3);
- Anni medi di scolarizzazione (set complementare, determinanti di salute: SC.determinanti.4).

Gli indicatori affrontano le diverse dimensioni che descrivono il livello socio-economico di una popolazione (es. istruzione, reddito, ecc.), ma nella maggior parte dei casi (salvo quelli relativi alle pensioni) non derivano da rilevazioni dinamiche che permettono di seguire l'evoluzione dei fenomeni nel tempo, ma sono stati elaborati a partire da rilevazioni ISTAT o IRPET relative agli anni 2001-02 e forniscono un'immagine statica del fenomeno indagato.

Tra gli indicatori descritti nelle relative sezioni del manuale merita qualche breve spiegazione la "Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate". È un indice sintetico, derivato dai dati raccolti a livello di sezione censuaria nel Censimento 2001, che tiene conto di diverse dimensioni (istruzione, occupazione, reddito, coesione familiare) che contribuiscono a determinare le situazioni di disagio socio-economico⁶. Da un punto di vista statistico il calcolo dell'indicatore inizia con la trasformazione dei valori che le singole variabili esaminate hanno a livello di sezione di censimento in punteggi standardizzati Z, utilizzando media e deviazione standard della Toscana. L'indice finale è dato dalla somma dei punteggi standardizzati. Questo poi viene diviso in quintili permettendo di attribuire ad ogni sezione censuaria una classe del livello di deprivazione. I dati sono poi sintetizzati a livello di Zona-distretto, calcolando la percentuale della popolazione totale dell'area residente in sezioni censuarie deprivate/molto deprivate. Come gli altri indicatori citati in precedenza è un indice

⁶ N. Caranci, G. Costa, *Un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazione e composizione*. Salute e Società, n° 1/2009.

statico che fotografa la situazione al censimento 2001. Tale limite è in parte attenuato dal fatto che indici analoghi calcolati per i comuni toscani ai censimenti dal 1961 al 1991 hanno mostrato un quadro delle differenze relativo tra aree meno deprivate e più deprivate sostanzialmente stabile nel tempo. È tuttavia possibile che un periodo di accentuata crisi economica, quale quella di questi anni, colpisca in maniera differenziata le diverse aree della regione e modifichi in parte i rapporti tra le varie zone.

3.4. Conclusioni

Nonostante l'importanza e l'accento che il PSR pone sulle problematiche delle diseguaglianze socio-economiche nello stato di salute e nell'accesso ai servizi sanitari, gli indicatori che possono essere routinariamente prodotti con disaggregazione a livello di zona-distretto sono pochi. Questo pone la necessità di ulteriori sviluppi dei sistemi informativi per implementare la raccolta di informazioni che consentano di descrivere il fenomeno in maniera più approfondita e seguirne i trend temporali.

Capitolo 4

La prevenzione e il controllo delle malattie croniche.

Una questione di responsabilità condivisa.

Il ruolo dei Comuni e delle Società della Salute¹

4.1. Introduzione

Dei 58 milioni di decessi avvenuti nel mondo nel 2005, 35 milioni sono dovuti a malattie croniche; tra queste le malattie cardiovascolari (il 30% del totale mondiale delle morti), il cancro (13%), le malattie respiratorie croniche (7%), il diabete (2%). Solo il 20% di queste morti è avvenuto nei paesi più ricchi, mentre l'impatto maggiore si è registrato nei paesi a medio e basso livello di sviluppo. Un editoriale di *Lancet* – la più autorevole rivista scientifica internazionale – ha definito quella delle malattie croniche un'epidemia dimenticata (*neglected epidemic*)².

Epidemia dimenticata, questa delle malattie croniche, per due fondamentali motivi. Nei paesi a medio e basso livello di sviluppo (che rappresentano l'85% della popolazione mondiale: dalla Cina all'India, dal Brasile alla Nigeria) le malattie croniche convivono con le malattie tipiche della povertà (malnutrizione, elevata mortalità infantile, alta incidenza di malattie infettive e parassitarie). Così nelle strategie degli organismi internazionali, come le Nazioni Unite, gli obiettivi di sanità pubblica (contenuti nei *Millennium Development Goals*) riguardano la lotta contro le epidemie di Aids, malaria, tubercolosi, la riduzione della mortalità materna e dei bambini al di sotto dei 5 anni e ignorano le malattie croniche. Si parla poco di malattie croniche nei paesi a medio e basso livello di sviluppo

¹ A cura di Gavino Maciocco.

² R. Horton, *The neglected epidemic of chronic disease*, www.thelancet.com, published online October 5, 2005.

perché le risorse disponibili sono molto scarse rispetto ai bisogni e l'accesso a cure di qualità è riservato a una piccola minoranza in grado di pagare o direttamente le prestazioni o una polizza assicurativa. Nei paesi ad elevato livello di sviluppo nessuno nega – nessuno potrebbe negare – che le malattie croniche siano il primo problema di sanità pubblica, tuttavia l'approccio è generalmente così minimalista da equivalere alla negazione del problema stesso, con affermazioni del tipo “di qualcosa bisogna pure morire” oppure “le malattie croniche fanno parte del naturale corso della vita” (non c'è dubbio che tutti siamo destinati a morire di una qualche causa, ma non necessariamente la morte deve essere lenta, dolorosa o prematura: la morte è inevitabile, ma una lunga vita di malattia non lo è affatto).

Talvolta c'è anche un sentimento di biasimo verso i pazienti, com'è accaduto per il cancro. “Il cancro veniva visto come una malattia a cui le persone sconfitte psichicamente, chiuse, represses – specialmente quelle che avevano represso collera o pulsioni sessuali – erano particolarmente inclini”, scrive Susan Sontag, che aggiunge: “Negli ultimi dieci anni, da quando scrissi *Malattia come metafora* – e guarii dal cancro, a dispetto del pessimismo dei miei medici – gli atteggiamenti verso il cancro hanno subito un'evoluzione, il cancro non è più un marchio d'infamia”³. A rendere negletta l'epidemia delle malattie croniche contribuiscono certamente i medici. La loro formazione di base è orientata al trattamento delle malattie acute, infatti – secondo T. Main – “per i medici il miglior tipo di paziente è quello che, da uno stato di grande sofferenza e di pericolo per la vita o per la salute, risponde velocemente al trattamento e quindi sta completamente bene”⁴. Questo scollamento tra gli orientamenti e i contenuti dell'educazione medica e la realtà quotidiana della pratica clinica può produrre professionisti frustrati e delusi e pazienti assistiti malamente. Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute

³ S. Sontag, *L'Aids e le sue metafore*, Einaudi, 1989, Torino.

⁴ T. Main, *The ailment*, Br J Med Psychol 1957, 30:129-45, cit. in C. Campbell, G. McGauley, *Doctor-patient relationship in chronic illness: insights from forensic psychiatry*, BMJ 2005; 330:667-70.

provoca danni incalcolabili; il paradigma è quello dell' 'attesa', attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. Ciò significa che il "sistema" si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa "finalmente" un paziente acuto. Ciò significa – si comprende bene – rinunciare non solo alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche al trattamento adeguato della malattia cronica di base. Ciò significa, infine e soprattutto, infliggere un'enorme mole di sofferenze evitabili a milioni di pazienti.

4.2. Le malattie croniche in Italia

In Italia oltre il 40% delle persone al di sopra dei 65 anni convivono con almeno tre malattie croniche. Il fenomeno è in rapida crescita, una crescita ben superiore ai ritmi dell'invecchiamento della popolazione. Dal 2000 al 2005 – secondo i dati dell'Istat (Istituto Nazionale di Statistica)⁵ -, tra gli anziani ultrasessantacinquenni la percentuale di persone malate è passata dal 12,5% al 14,5% per il diabete, dal 36,5% al 40,5% per l'ipertensione arteriosa, dal 4% al 6,3% per l'infarto del miocardio, dal 52,5% al 56,4% per l'artrosi-artrite e dal 17,5% al 18,8% per l'osteoporosi.

La situazione non è migliore in altre nazioni, anzi è decisamente peggiore in altre realtà come gli Stati Uniti, dove le malattie croniche hanno uno sviluppo più precoce e una diffusione molto maggiore rispetto alla media dei paesi europei. Nella Figura n. 1 alcuni dati riguardanti la percentuale di popolazione di età superiore ai 50 anni affetta da alcune malattie croniche negli USA e in Europa⁶.

⁵ Istat, Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Anno 2005.

⁶ K.E. Thorpe, D.H. Howard, K. Galactionova, *Differences in disease prevalence as a source of the U.S.-European care spending gap*, Health Affairs, w 678, 2 October 2007.

Figura n.1. Prevalenza di alcune malattie croniche nella popolazione di età superiore ai 50 anni; confronto USA e Europa*. *Fonte: Riferimento bibliogr. 6*

	USA	Europa
Malattie cardiache	21,8	11,4
Ipertensione	50,0	32,9
Diabete	16,4	10,9
Malattie bronco-polmonari croniche	9,7	5,4

*Austria, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Spagna, Svezia, Svizzera.

Gli Americani stanno molto peggio in salute degli Europei per vari motivi, ma soprattutto a causa dell'epidemia di obesità, che imperversa in quel paese e che si è aggravata negli ultimi due decenni: oltre il 30% della popolazione americana è obesa ed è noto che il massiccio aumento di peso espone le persone a sviluppare malattie croniche – come ipertensione, diabete, cardiopatie – con una probabilità molto maggiore rispetto alle persone con peso normale.

In Italia la percentuale degli obesi è tra le più basse in Europa (11%). Ma attenzione, perché anche in Italia c'è una netta tendenza all'aumento e altri paesi europei – come la Gran Bretagna e la Grecia – si stanno pericolosamente avvicinando agli USA con percentuali di obesi ben superiori al 20%.

4.3. I fattori di rischio delle malattie croniche

Di una malattia acuta – es: un'influenza o una diarrea – ci si ammala perché entriamo in contatto, ci contagiamo, con un germe che rappresenta la causa diretta e immediata di quella patologia. Le malattie croniche, al contrario, sono il frutto dell'esposizione, in genere prolungata, di un individuo a molteplici fattori, quali la sedentarietà, l'eccesso di assunzione di calorie nella dieta, la carenza di consumo di frutta e verdura, l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol. Nessuno di questi fattori rappresenta in sé la causa diretta e

immediata dell'insorgenza di una malattia cronica (come avviene nel caso delle malattie infettive), ma l'esposizione a questi fattori – specie se intensa e prolungata – aumenta la probabilità (ovvero il rischio) che una persona possa ammalarsi di una malattia cronica. Esempio: la sedentarietà e l'eccesso di peso aumentano la probabilità che una persona si ammali di diabete e di una malattia cardiovascolare.

4.4. Malattie croniche e diseguaglianze nella salute

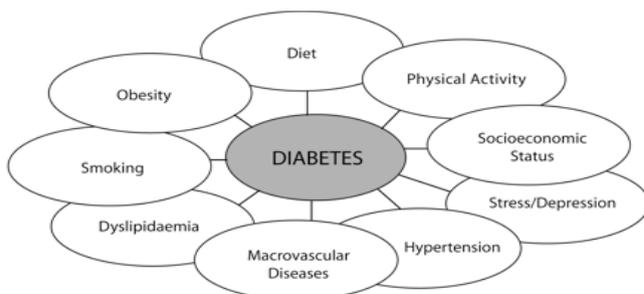
Le malattie croniche non sono uniformemente distribuite nella popolazione: colpiscono i gruppi più anziani e si concentrano tra la classi sociali più vulnerabili dal punto di vista socio-economico. Secondo l'Istat soffrono di una patologia cronica grave l'8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare. Le persone con basso livello d'istruzione e di sfavorevole condizione socio-economica si ammalano di più di malattie croniche per un insieme complesso di motivi, quali:

- maggiore esposizione ai “classici” fattori di rischio: es: negli uomini la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è 21,9% ed è il 31,7% tra coloro che hanno conseguito la licenza media; tra gli adulti con un titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5% (per le persone laureate è pari al 4,6%, per i diplomati è del 5,8%), mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8%);
- maggiore esposizione allo stress cronico, considerato – a seguito di recenti ricerche – un ulteriore, importante fattore di rischio per le malattie croniche;
- minore capacità economica di acquistare alimenti più sani (i cibi ad alto contenuto calorico e con minore valore nutritivo costano di meno rispetto ad altri come il pesce, la frutta e la verdura) e minori opportunità di svolgere attività che favoriscono la salute, come una regolare attività fisica.

4.5. Il caso “Diabete” negli USA

Per comprendere la gravità della situazione (e dei possibili futuri scenari anche a casa nostra) può essere utile osservare l'evoluzione, negli USA, di una delle principali malattie croniche, il diabete (Figura n. 2).

Figura n.2. I determinanti sanitari e sociali del diabete



In questa nazione negli ultimi tre decenni si è assistito a un'impetuosa crescita dell'obesità tra la popolazione, con i connotati di una vera e propria epidemia: negli anni 80 la percentuale di obesità era del 15%, attualmente è più che raddoppiata, il 32%. L'obesità è associata a un più elevato rischio di mortalità prematura e di altre malattie, come ipertensione, dislipidemia, osteoartrite e alcuni tipi di tumore.

Ma la patologia più frequentemente associata all'obesità è senz'altro il diabete; infatti il diabete negli USA ha registrato un incremento parallelo a quello dell'obesità, con una particolare accelerazione nell'ultimo decennio dove si è verificato il raddoppio della prevalenza. I più recenti dati⁷ – riferiti al 2006 – ci dicono che tra la popolazione americana al di sopra di 20 anni la prevalenza del diabete è del 12,9% (la diffusione della malattia è doppia tra gli afro-americani e i messicani-americani rispetto ai bianchi non

⁷ C. Cowie et aa., *Full Accounting of Diabetes and Pre-Diabetes in the U.S. Population in 1988-1994 and 2005-2006*, *Diabetes Care*, February 2009 vol. 32 no. 2 287-294.

ispanici). La prevalenza del pre-diabete (una condizione che – non controllata – conduce nell’arco di non più di 10 anni al diabete) è risultata essere del 27%. Complessivamente – afferma la ricerca – il 40% della popolazione americana al di sopra dei 20 anni è affetta da diabete o da pre-diabete. Tra gli anziani un terzo di essi sono diabetici e due terzi sono diabetici o pre-diabetici. Questo dato spiega molto bene perché nella popolazione americana la prevalenza delle malattie cardiache (classica complicazione del diabete) è doppia rispetto alla popolazione europea (vedi figura 1), dove la frequenza di obesità e diabete è molto minore. Tali dati spiegano anche la grande preoccupazione di medici, autorità sanitarie e politici di fronte a un fenomeno che da una parte incide pesantemente sullo stato di salute e sulle condizioni di vita di una parte crescente di popolazione e dall’altra spinge alla stelle i consumi sanitari e la già stratosferica bolletta della sanità americana⁸.

“Il diabete – si legge su JAMA, autorevole rivista medica americana – è un classico problema di sanità pubblica da diversi punti di vista. Un livello ottimale di prevenzione delle complicazioni è difficile da raggiungere attraverso l’intervento del singolo medico o l’impegno del singolo paziente; ciò richiede viceversa una gestione integrata della malattia e un sistema assistenziale adeguatamente organizzato. Inoltre la dimensione e la persistenza dell’incremento dell’obesità e del diabete di tipo 2 suggeriscono che questi problemi vanno al di là della capacità di qualsiasi sistema di erogazione di servizi sanitari e pertanto chiamano in causa le politiche nazionali volte a cambiare i comportamenti e l’ambiente di vita delle persone negli Stati Uniti”.

Un’altra importante rivista americana, l’*American Journal of Public Health*, riflettendo sul fatto che i fattori di rischio del diabete sono molteplici – biologici, comportamentali, psicologici, socio-economici – conclude con questa affermazione: “Le politiche sociali sono la chiave per costruire e sostenere nel tempo l’ambiente fisico e sociale necessario per ottenere una diffusa riduzione sia dell’incidenza che della prevalenza del diabete”.

⁸ E.A. Finkelstein, J.G. Trogon, J.W. Cohen, and W. Dietz, *Annual Medical Spending Attributable To Obesity: Payer- And Service-Specific Estimates*, Health Affairs, 28, no. 5 (2009):w822; published online 27 July 2009.

4.6. Una questione di responsabilità

In Italia ci troviamo di fronte a una situazione diversa da quella americana: la percentuale di obesi tra la popolazione è molto inferiore (l'11% rispetto al 32% degli USA), come pure è minore, di circa la metà, la prevalenza del diabete. Ma ciò non può essere motivo di rassicurazione per due motivi:

- se i dati del momento sono meno drammatici di quelli USA, la tendenza è quella di un aumento progressivo sia nel caso dell'obesità che del diabete, e quindi potrebbe essere solo una questione di tempo il raggiungimento di livelli di prevalenza molto elevati;
- a conferma di ciò stanno i casi di altri paesi europei – es: Gran Bretagna e Grecia – che si stanno pericolosamente avvicinando alla situazione americana con percentuali di obesi ben oltre il 20%.

In un contesto di globalizzazione, l'ipotesi che in un arco di tempo non troppo lungo si giunga nel mondo, e quindi anche da noi, a una “americanizzazione” della situazione dell'obesità e del diabete è tutt'altro che remota, come dimostrano i casi di Cina e India in cui si registra una paurosa accelerazione dell'aumento della prevalenza di queste due patologie.

Tuttavia, come dimostrano molteplici ricerche, prevenire e controllare le malattie croniche si può. Esistono politiche e interventi efficaci in grado di ridurre il carico di morti premature, di malattie, di sofferenza e disabilità che grava sulla società, in termini umani, assistenziali e economici. Tali politiche richiedono la partecipazione e l'assunzione di responsabilità di molteplici soggetti, perché per affrontare con successo un fenomeno così complesso come quello delle malattie croniche, non esistono soluzioni semplici.

La responsabilità delle persone. Esiste certamente una responsabilità individuale nei confronti delle malattie croniche. Adottare stili di vita sani – come svolgere attività fisica, non ingrassare e non fumare – dipende dalla scelta delle singole persone. Ma le scelte delle persone possono essere fortemente condizionate da molteplici fattori, come la pubblicità, il contesto culturale, sociale, lavo-

rativo e familiare, il livello d'istruzione e la condizione economica. Politiche e interventi efficaci nella prevenzione e il controllo delle malattie croniche si basano sul principio che “le persone vanno aiutate a fare le scelte giuste”. Le comunità, le istituzioni e l'organizzazione sanitaria possono, e in certi casi devono, aiutare le persone a fare le scelte giuste per la loro salute.

La responsabilità delle comunità. Vivere in un contesto ricco di iniziative comunitarie (di vario tipo: ricreativo, sportivo, culturale, religioso, umanitario, sociale, politico) fa bene alla salute. È provato che la coesione sociale è un solido determinante della salute, anche nel campo della prevenzione e del controllo delle malattie croniche.

In particolare fanno bene alla salute:

- le iniziative che stimolano le persone di ogni età ad aggregarsi, a stare insieme per ballare, per camminare, per fare ginnastica;
- le iniziative dei gruppi di auto-aiuto, delle persone che si riuniscono per condividere i problemi della loro malattia e per sostenersi a vicenda;
- le iniziative del volontariato, le attività libere e gratuite di solidarietà rivolte alle persone in difficoltà;

per questi motivi le risorse della comunità sono una preziosa componente per la promozione e il mantenimento della salute, e il loro ruolo riconosciuto e valorizzato.

La responsabilità delle istituzioni. Le istituzioni dello Stato – Parlamento e Governo centrale, Regioni, Province e Comuni, anche sotto forma di Società della Salute –, ognuno per la sua parte, possono fare molto per aiutare i cittadini a compiere le scelte giuste per la loro salute, attraverso:

- leggi e norme a protezione dei cittadini, come il divieto di fumo nei locali pubblici;
- politiche sociali che riducano le disuguaglianze nel reddito, e di conseguenza nella salute, e promuovano e sostengano le iniziative comunitarie e gli interventi del volontariato;
- politiche educative che promuovano comportamenti sani nelle

- persone in formazione;
- politiche agro-alimentari che riducano il consumo di cibi e bevande ad alto contenuto calorico e favoriscano il consumo di vegetali e frutta;
- politiche urbanistiche e dell'ambiente che riducano il traffico urbano e l'inquinamento, e incentivino la mobilità a piedi e in bicicletta e, in generale, l'attività fisica.

La responsabilità dell'organizzazione sanitaria. Oggi la medicina ha potenti strumenti per diagnosticare e curare le malattie croniche, a partire da quelli tecnologici. È però evidente che la strategia per contrastarle non può limitarsi ad aspettare che un paziente cronico si presenti in un ambulatorio o in un pronto soccorso.

Si può fare molto di più e di meglio, in particolare:

- i pazienti, in primo luogo, devono diventare protagonisti del processo di cura della loro malattia; devono essere informati e coinvolti nelle decisioni; devono apprendere i modi con cui si controlla la malattia (es: misurazione del peso, della pressione, della glicemia) e devono essere aiutati nel cambiamento degli stili di vita (es: cessazione del fumo, riduzione del peso corporeo);
- il processo di cura di ogni paziente deve essere personalizzato e finalizzato a prevenire complicazioni e scompensi. L'aderenza a tale processo di cura eviterà o almeno ritarderà l'aggravamento della malattia. Una patologia cronica ben controllata garantisce un'elevata qualità della vita. Tutto ciò comporta che la programmazione del processo di cura sia rispettata e che in caso di ritardo o di un mancato controllo scattino meccanismi di allerta e di richiamo.

ALLEGATI

ALLEGATO I: SET MINIMO INDICATORI

Profilo demografico

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.demo.1	Popolazione residente totale per comune ed anno, trend ultimo triennio	Numero totale residenti (M+F)		ISTAT	Ars
SM.demo.2	Struttura per età e sesso dei residenti (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero abitanti per classe di età quinquennale e sesso. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars
SM.demo.3	Tasso di natalità (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero nati vivi. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars
SM.demo.4	Indice di vecchiaia (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero residenti 65+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 0-14 anni		ISTAT	Ars
SM.demo.5	Indice di dipendenza anziani (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero residenti 65+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 15-64 anni		ISTAT	Ars
SM.demo.6	Percentuale stranieri residenti	<i>Numeratore:</i> numero stranieri iscritti anagrafe. <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars
SM.demo.7	Quoziente di incremento totale (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> ((Immigrati + nati vivi) - (Emigrati + morti)). <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars
SM.demo.8	Quoziente di incremento naturale (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> (nati vivi - morti). <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.demo.9	Quoziente di incremento migratorio (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> (immigrati - emigrati) <i>Denominatore:</i> numero totale residenti		ISTAT	Ars
SM.demo.10	Speranza di vita alla nascita per sesso	A partire da una tavola di mortalità è il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età 0 all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età 0 (nati vivi)		Registro di mortalità regionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica	Ars

Determinanti di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.determinanti.1	Percentuale popolazione residente in zone censuarie deprivate/molto deprivate	Indice sintetico basato su 5 variabili censuarie (% popolazione con licenza elementare, disoccupata, in cerca prima occupazione; % abitazioni occupate in affitto; % famiglie monogenitoriali; numero occupanti abitazioni per 100 mq)		ISTAT censimento 2001/Università di Torino	ARS
SM.determinanti.2	Reddito imponibile medio	<i>Numeratore:</i> Ammontare complessivo dei redditi imponibili. <i>Denominatore:</i> numero contribuenti	Reddito imponibile è il valore sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale dovuta	Ministero Finanze	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.determinanti.3	Tasso di pensioni sociali e assegni sociali (x 100)	<i>Numeratore:</i> N° pensioni e assegni sociali. <i>Denominatore:</i> popolazione 65 e oltre		INPS	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.4	Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS per tipologia	<i>Numeratore:</i> Importo complessivo annuo di pensioni e assegni sociali, pensioni di vecchiaia, di invalidità, superstiti e di invalidità civile. <i>Denominatore:</i> numero delle pensioni erogate *13	Si predispone l'indicatore anche per le singole tipologie	INPS	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.5	Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione (x 1000)	<i>Numeratore:</i> N° domande presentate per integrazione canone locazione. <i>Denominatore:</i> numero famiglie residenti	Integrazione canoni di locazione ex LR 431/98	Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.6	Tasso grezzo di disoccupazione (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero dei disponibili rilevati ai Centri per l'Impiego. <i>Denominatore:</i> popolazione residente in età attiva (15-64 anni)		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.7	Incidenza dei disabili disponibili al lavoro (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero dei disponibili al collocamento mirato. <i>Denominatore:</i> Numero totale dei disponibili		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.determinanti.8	Tasso grezzo di disoccupazione stranieri (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero di disponibili stranieri rilevati ai Centri per l'Impiego. <i>Denominatore:</i> Stranieri residenti in età attiva (15-64 anni)	Si calcola l'indicatore anche per gli extracomunitari	Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.9	Indice di instabilità matrimoniale (x100)	<i>Numeratore:</i> N. divorziati. <i>Denominatore:</i> popolazione maggiorenne		ISTAT	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.10	Numero medio componenti per famiglie	<i>Numeratore:</i> popolazione residente in famiglia. <i>Denominatore:</i> Numero famiglie		ISTAT	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.11	Abitudini alimentari: % di popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.12	Peso: % di popolazione obesa per sesso (BMI > 30)	<i>Numeratore:</i> rispondenti con BMI > 30 <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.13	Attività fisica: % popolazione con scarsa o assente attività fisica per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di svolgere attività moderata (almeno 10 minuti) <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.determinanti.14	Fumo: % fumatori correnti per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di fumare <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.15	Alcol: % bevitori a rischio (binge o forte bevitore) per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di bere (20 gr/die per le donne; 40 gr/die per gli uomini) <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.16	Sicurezza domestica: % persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che hanno riferito un infortunio domestico nell'ultimo anno per sesso <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.17	Rischio cardiovascolare: % persone con diagnosi ipertensione per sesso	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di avere una diagnosi ipertensione per sesso <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS
SM.determinanti.18	Rischio cardiovascolare: % persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di avere alti livelli di colesterolemia <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	McS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.determinanti.19	Produzione pro-capite Rifiuti Urbani	<i>Numeratore:</i> kg rifiuti urbani prodotti; <i>Denominatore:</i> popolazione residente		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SM.determinanti.20	% di Raccolta Differenziata	<i>Numeratore:</i> Rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata; <i>Denominatore:</i> Rifiuti Urbani totali		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Stato di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.salute.1	Tasso standardizzato per età di mortalità generale. Maschi e femmine (x 100,000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM.salute.2	Tassi standardizzati per età di mortalità per malattie cardiovascolari. Maschi e femmine (x 100,000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM.salute.3	Tassi standardizzati per età di mortalità per tumori. Maschi e femmine (x 100,000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. salute.4	Tassi standardizzati per età di mortalità per cause accidentali e traumatiche. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 800-999. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.5	Tasso standardizzato di mortalità prematura e per cause potenzialmente evitabili. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tutte le cause, età < 65 anni. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età < 65 anni. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.6	Rapporto standardizzato per età di mortalità (SMR) per suicidi. Maschi e femmine (x100)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per per ICD9 290-319. <i>Denominatore:</i> Decessi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi mortalità età-specifici per ICD9 290-319 in Toscana		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.7	Tassi Standardizzati per età di PYLL <= 75 anni - malattie cardiovascolari (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.8	Tassi Standardizzati per età di PYLL <= 75 anni - malattie tumori (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.9	Tassi Standardizzati di PYLL <= 75 anni - malattie cause accidentali e traumatiche (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero anni potenziali di vita persi per ICD9 800-999. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. salute.10	Tasso di mortalità infantile (medie mobili triennali, x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per tra 0 e 365 giorni. <i>Denominatore:</i> numero nati vivi		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SM. salute.11	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute.12	Tasso di primo ricovero standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per tutte le cause. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute.13	Tasso di primo ricovero per tumori standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 140-239. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute.14	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 390-459. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute.15	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato digerente standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 520-579. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. salute.16	Tasso di primo ricovero per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero soggetti ricoverati per ICD9 460-519. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute.17	Tasso standardizzato per età di incidenza infarto miocardico acuto (IMA). Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero eventi incidenti IMA (eventi ospedalizzati + morti coronariche senza ricovero). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars
SM. salute.18	Tasso standardizzato di incidenza ictus. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero eventi incidenti Ictus (eventi ospedalizzati + morti cerebrovascolari senza ricovero). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars
SM. salute.19	Tasso standardizzato per età di prevalenza scompenso cardiaco. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti scompenso cardiaco (pazienti ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars
SM. salute.20	Tasso standardizzato per età di prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO). Maschi e femmine (x 100.00)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti BPCO (pazienti ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. salute.21	Tasso standardizzato per età di prevalenza diabete. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti diabete (pazienti in trattamento farmacologico e/o ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars
SM. salute.22	Tasso standardizzato per età di prevalenza cardiopatia ischemica. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti cardiopatia ischemica (pazienti in trattamento farmacologico e/o ospedalizzati). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars
SM. salute.23	Tasso di pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali pesato per età	<i>Numeratore:</i> numero pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali. <i>Denominatore:</i> popolazione residente "pesata" per età con pesi per farmaceutica del PSR		Flussi farmaceutica (SPF; FED). Regione Toscana	Ars
SM. salute.24	Rapporto di mortalità degli incidenti stradali (x 1.000, per zona evento)	<i>Numeratore:</i> numero di decessuti. <i>Denominatore:</i> numero di incidenti stradali		ISTAT	Ars
SM. salute.25	Rapporto di lesività degli incidenti stradali (x 1.000, per zona evento)	<i>Numeratore:</i> numero di feriti. <i>Denominatore:</i> numero di incidenti stradali		ISTAT	Ars
SM. salute.26	Infortuni mortali sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza(x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni mortali sul lavoro indennizzati. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni		INAIL/CERIMP	Ars
SM. salute.27	Infortuni sul lavoro, indennizzati: numero assoluto ed indice di frequenza per residenza(x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni sul lavoro indennizzati. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni		INAIL/CERIMP	Ars

Assistenza territoriale: Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale-LEA.1	Percentuale MMG in associazione complessa o in gruppo	N. MMG in associazione complessa o in gruppo / N. totale MMG convenzionati		ASL	ASL
SM. territoriale-LEA.2	Tasso standardizzato per età di accesso al PS codice bianco o celeste (>= 15 anni)	N. accessi al PS bianchi e celesti / popolazione oltre 15 anni		zone/asl	MeS
SM. territoriale-LEA.3	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con follow-up di laboratorio	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco con determinazione Elettroliti e Creatinina negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.4	Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con ACE-inibitori/sartanici	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti di Ictus (pazienti con evento ospedalizzato nei 5 anni precedenti). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.5	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test emoglobina glicata (HbA1c) negli ultimi 6 mesi	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test HbA1c negli ultimi 6 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.6	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale-LEA.7	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.8	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.9	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.10	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.11	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.12	Tasso di ospedalizzazione per BPCO standardizzato per età	Ricoveri per ICD9 490-492, 496		Regione Toscana Flussi doc	ARS
SM. territoriale-LEA.13	Tasso di ospedalizzazione per diabete standardizzato per età	Ricoveri per ICD9 250		Regione Toscana Flussi doc	ARS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale- LEA.14	Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco standardizzato per età	Ricoveri per scompenso cardiaco senza procedure cardiache (ICD-IX-CM 428.* , 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, escluso procedure 35.**., 37.**.)		Regione Toscana Flusso SDO	ARS
SM. territoriale- LEA.15	Percentuale PLS in gruppo	N. PLS in gruppo / N. totale PLS convenzionati		ASL	ASL
SM. territoriale- LEA.16	Percentuale accessi totali in PS preceduti da contatto con CA nei periodi di attività della CA	<i>Numeratore:</i> persone che durante l'indagine hanno risposto di essersi recati in PS dopo aver chiamato la guardia medica. <i>Denominatore:</i> totale campione e intervistato		indagine soddisfazi- one ed esperienza dei cittadini sui servizi di pronto soccorso	MeS
SM. territoriale- LEA.17	Spesa farmaceutica pro-capite pesata (erogazione indiretta e diretta)	spesa farmaceutica indiretta+diretta/popolazione residente pesata		Regione Toscana	MeS
SM. territoriale- LEA.18	Tasso standardizzato per età di visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR)	Tasso standardizzato per età di visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR)		Regione Toscana Flusso SPA	ARS
SM. territoriale- LEA.19	Tasso standardizzato per età di indagini diagnostiche strumentali (complessivo radiologia tradizionale, ecografica, tac, rmn)	Tasso standardizzato per età di indagini diagnostiche strumentali (complessivo radiologia tradizionale, ecografica, tac, rmn)		Regione Toscana Flusso SPA	ARS
SM. territoriale- LEA.20	Tassi di Copertura Vaccinali MPR (a 24 mesi)	<i>Numeratore:</i> dosi di vaccino Morbillo Parotite e Rosolia <i>Denominatore:</i> bambini entro i 2 anni		Regione Toscana	MeS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale-LEA.21	Tassi di Copertura Vaccinali Anti-Influenzali (>65)	<i>Numeratore:</i> dosi vaccino antinfluenzale <i>Denominatore:</i> popolazione oltre 65 anni		Regione Toscana	MeS
SM. territoriale-LEA.22	Tasso standardizzato per età di ricoveri >30 gg su popolazione residente (> 65 anni) depurato per condizioni specifiche	<i>Numeratore:</i> ricoveri >30 gg <i>Denominatore:</i> popolazione residente (> 65 anni) [depurato per condizioni specifiche]		Regione Toscana Flusso SDO	MeS
SM. territoriale-LEA.23	Tasso nuovi utenti ADI (> 14 anni)	N. ADI attivate nell'anno di riferimento / popolazione ultra14enne (x 1000)		Asl/Zone-Distretto	Asl/Zone-Distretto
SM. territoriale-LEA.24	Tasso utenti ADI (> 14 anni)	N. ADI attive al 31.03 dell'anno di riferimento / popolazione ultra14enne (x1000)		Asl/Zone-Distretto	Asl/Zone-Distretto
SM. territoriale-LEA.25	Tasso nuovi utenti ADP (> 14 anni)	N. ADP attivate nell'anno di riferimento / popolazione ultra14enne (x 1000)		Asl/Zone-Distretto	Asl/Zone-Distretto
SM. territoriale-LEA.26	Tasso utenti ADP (> 14 anni)	N. ADP attive al 31.03 dell'anno di riferimento / popolazione ultra14enne (x 1000)		Asl/Zone-Distretto	Asl/Zone-Distretto
SM. territoriale-LEA.27	Percentuale deceduti per tumore assistiti in terapia con oppioidi negli ultimi due mesi di vita	Percentuale assistiti in terapia con oppioidi (N02A) negli ultimi due mesi di vita / totale deceduti per tumore		Flussi farmaceutica e Registro Mortalità Regionale (SPA, FED) Regione Toscana	ARS
SM. territoriale-LEA.28	Consumo giornaliero di farmaci oppioidi per il controllo del dolore	DDD di farmaci oppioidi (N02A) per il controllo del dolore dell'anno / n° residenti x numero giorni dell'anno		Flussi farmaceutica (FED e SFP) Regione Toscana	MES

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale- LEA.29	Tasso utenti Hospice	N. ricoveri in "strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale (Hospices)" (del GR 467/2007) nell'anno di riferimento / popolazione residente (x 1000)		Registri strutture	Asl/Zone- Distretto
SM. territoriale- LEA.30	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)		Regione Toscana Flussi DOC	ARS
SM. territoriale- LEA.31	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione (65+ anni)		Regione Toscana Flussi DOC	ARS
SM. territoriale- LEA.32	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero	Percentuale di casi di ictus con riabilitazione entro 30 gg dalla dimissione in regime ospedaliero (cod. 56)		Regione Toscana Flussi DOC	ARS
SM. territoriale- LEA.33	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg. dalla dimissione in regime ospedaliero	Percentuale di casi di frattura del femore con riabilitazione entro 30 gg dalla dimissione in regime ospedaliero (cod. 56)		Regione Toscana Flussi DOC	ARS

Assistenza territoriale: sociale (livelli di cittadinanza)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. territoriale-SOC.1	Indice di copertura zonale dei punti di segretariato sociale professionale	(<i>Numeratore</i> : n. punti di segretariato sociale professionale <i>Denominatore</i> : pop.)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.2	tasso di utenza del servizio di segretariato sociale professionale	(<i>Numeratore</i> : n. utenti/anno del servizio di segretariato sociale professionale <i>Denominatore</i> : pop. Residente)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.3	Indice di copertura zonale dei punti di accesso	(<i>Numeratore</i> : n. punti di accesso <i>Denominatore</i> : pop. Residente)*10.000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.4	tasso di utenza dei punti di accesso	(<i>Numeratore</i> : n. utenti/anno del punto di accesso <i>Denominatore</i> : pop. Residente)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.5	Indice di copertura zonale dei presidi di pronto intervento	(<i>Numeratore</i> : n. presidi di pronto intervento <i>Denominatore</i> : pop. Residente)*10.000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.6	tasso di utenza dei servizi di pronto intervento	(<i>Numeratore</i> : n. utenti/anno del servizio di pronto intervento <i>Denominatore</i> : pop. Residente)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.7	spesa procapite per servizi di segretariato sociale	(<i>Numeratore</i> : spesa totale per servizio di segretariato sociale <i>Denominatore</i> : pop. Residente)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.8	spesa procapite per punti di accesso	(<i>Numeratore</i> : spesa per punto di accesso <i>Denominatore</i> : pop. Residente media dell'anno)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. territoriale-SOC.9	spesa procapite per servizi di pronto intervento	(<i>Numeratore</i> : spesa per servizio di pronto intervento <i>Denominatore</i> : pop. Residente)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Assistenza territoriale socio-sanitaria: anziani

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. anziani.1	Indice di supporto ai grandi anziani (x 100)	<i>Numeratore</i> : numero residenti 85+ anni. <i>Denominatore</i> : numero residenti 50-74 anni		ISTAT	ARS
SM. anziani.2	Speranza di vita a 65 anni. Maschi e Femmine	A partire da una tavola di mortalità è il rapporto tra la cumulata degli anni vissuti dall'età di 65 anni all'età estrema w ed i sopravvissuti all'età di 65 anni		Registro di Mortalità Regionale, ISPO	ARS
SM. anziani.3	Tasso beneficiari di indennità di accompagnamento (>= 65 anni)	Numero di beneficiari di indennità di accompagnamento/popolazione residente >= 65 anni (x 1000)		Inps	MeS
SM. anziani.4	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per anziani	(<i>Numeratore</i> : n. posti convenzionati in strutture semiresidenziali per anziani <i>Denominatore</i> : <i>re</i> : pop. Residente >=65)*1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. anziani.5	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per anziani	(<i>Numeratore</i> : n. posti convenzionati in strutture residenziali per anziani <i>Denominatore</i> : pop. Residente >=65)*1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. anziani.6	tasso di utenza zonale per assistenza domiciliare anziani	(<i>Numeratore</i> : n. assistiti >= 65 in assistenza domiciliare per anziani <i>Denominatore</i> : pop. Residente >=65)*1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. anziani.7	spesa procapite per servizi semiresidenziali per anziani	(<i>Numeratore</i> : spesa totale per servizi semiresidenziali per anziani <i>Denominatore</i> : pop. Residente)		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. anziani.8	spesa procapite per servizi residenziali per anziani	(<i>Numeratore</i> : spesa totale per servizi residenziali per anziani <i>Denominatore</i> : pop. Residente)		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. anziani.9	spesa procapite per interventi domiciliari per anziani	(<i>Numeratore</i> : spesa totale per interventi domiciliari per anziani <i>Denominatore</i> : pop. Residente)		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. anziani.10	Tasso di nuove VMD (valutazioni multidisciplinari)	N. nuovi casi valutati in UVM / popolazione ultra65femme		Flusso Regione Toscana	ARS
SM. anziani.11	Tasso di predisposizione PAP domiciliari diretti	N. nuovi pap domiciliari diretti (ore assistenza alla persona) predisposti / popolazione >= 65 anni		Flusso Regione Toscana	ARS
SM. anziani.12	Tasso di predisposizione PAP domiciliari indiretti	N. nuovi pap domiciliari indiretti (contributi economici) predisposti/popolazione >= 65 anni		Flusso Regione Toscana	ARS
SM. anziani.13	Tasso di predisposizione di PAP residenziali permanenti	N. nuovi pap residenziali permanenti predisposti / popolazione >= 65 anni		Flusso Regione Toscana	ARS

Assistenza territoriale socio-sanitaria: famiglie e minori

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. famiglie.1	Percentuale nati di cittadinanza non italiana	<i>Numeratore</i> : Nati iscritti in anagrafe con entrambi i genitori di cittadinanza non italiana; <i>Denominatore</i> : totale nati		Demo Istat	ARS
SM. famiglie.2	Tasso di ospedalizzazione per IVG (x 1.000)	<i>Numeratore</i> : dimesse di età 15-49 anni per IVG; <i>Denominatore</i> : donne residenti 15-49		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars
SM. famiglie.3	Percentuale di IVG in donne straniere	<i>Numeratore</i> : IVG effettuate da donne straniere; <i>Denominatore</i> :totale IVG	media mobile di triennio	Flusso IVG, Regione Toscana	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM.famiglie.4	Percentuale nati gravemente sottopeso (<1500 gr)	<i>Numeratore:</i> nati vivi di peso <1500 gr; <i>Denominatore:</i> (nati vivi - nati vivi con peso errato o non rilevato)	media mobile di triennio	Archivio CAP Regione Toscana	Arts
SM.famiglie.5	Tasso concepimenti minori (parti, IVG, aborti spontanei)	<i>Numeratore:</i> n. parti-IVG-abortivi spontanei per minorenni denominatore: popolazione minorenni (x 1000)		Flussi DOC Regione Toscana	MeS
SM.famiglie.6	Tasso medio annuo di tutele giuridiche (x 1000)	<i>Numeratore:</i> n. tutele giuridiche in corso al 31/12; <i>Denominatore:</i> popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM.famiglie.7	Tasso medio annuo di affidi part-time (x 1000)	<i>Numeratore:</i> n. affidi part-time in corso al 31/12; <i>Denominatore:</i> popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM.famiglie.8	Tasso medio annuo di minori in servizi semiresidenziali (x 1000)	<i>Numeratore:</i> n. minori presenti nei servizi semiresidenziali al 31/12; <i>Denominatore:</i> popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM.famiglie.9	Tasso medio annuo di minori accolti in servizi residenziali (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero minori accolti in servizi residenziali al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM.famiglie.10	Tasso medio annuo di affidi eterofamiliari (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero di affidi eterofamiliari in corso al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale; Veranno anche specificati gli affidi disposti dall'Autorità giudiziaria	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. famiglie.11	Tasso medio annuo di minori in affidamento familiare (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero affidamenti in corso al 31/12 al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale; Verranno anche specificati gli affidi disposti dall'Autorità giudiziaria	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. famiglie.12	Tasso medio annuo di minori che vivono fuori della famiglia di origine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero minori che vivono fuori della famiglia di origine (in affidamento familiare o accolti nei servizi residenziali) al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	Media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. famiglie.13	Percentuale di minori in affidamento familiare (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero minori in affidamento familiare in corso al 31/12. <i>Denominatore:</i> numero minori che vivono fuori della famiglia di origine (in affidamento familiare o accolti nei servizi residenziali) al 31/12.		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. famiglie.14	Rapporto fra affidamenti familiari e minori accolti nelle strutture residenziali	<i>Numeratore:</i> Numero minori in affidamento familiare in corso al 31/12. <i>Denominatore:</i> numero minori accolti nelle strutture residenziali al 31/12		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. famiglie.15	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per minori	(<i>Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture semiresidenziali. <i>Denominatore:</i> pop. Residente 0-17)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. famiglie.16	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per minori	(<i>Numeratore:</i> n. posti convenzionati in strutture residenziali. <i>Denominatore:</i> pop. Residente 0-17)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. famiglie.17	spesa procapite per assistenza domiciliare sociale per minori	(Numeratore: spesa totale per intervento di assistenza domiciliare sociale per minori Denominatore: pop. Residente media dell'anno)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. famiglie.18	spesa procapite per servizi semiresidenziali per minori	(Numeratore: spesa per servizi semiresidenziali per i minori Denominatore: pop. Residente)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. famiglie.19	spesa procapite per servizi residenziali per minori	(Numeratore: spesa totale per servizi residenziali per i minori Denominatore: pop. Zonale media dell'anno)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SM. famiglie.21	Tasso di ricettività dei servizi educativi per la prima infanzia (x 100)	Numeratore: Numero posti disponibili servizi educativi prima infanzia. Denominatore: popolazione residente 0-2 anni		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. famiglie.22	Tasso di accoglienza dei servizi educativi per la prima infanzia (x 100)	Numeratore: Numero bambini accolti contemporaneamente nei servizi educativi prima infanzia. Denominatore: popolazione residente 0-2 anni		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali

Assistenza territoriale socio-sanitaria: immigrati

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. immigrati.1	Composizione popolazione straniera per nazionalità e sesso	Si costruiscono tre tavole comunali/zonali (M, F, Totale) secondo le prime 20 nazionalità a livello regionale. Della tavola con il totale si forniscono anche i valori % per comune/zona.		ISTAT	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. immigrati.2	Composizione popolazione straniera per età e sesso	Si costruiscono tre tavole comunali/zonali (M, F, Totale) per classi di età quinquennali. Della tavola con il totale si forniscono anche i valori % per comune/zona.		ISTAT	Rete Osservatori Sociali
SM. immigrati.3	IVG di donne straniere: percentuale per principali nazionalità	<i>Numeratore</i> : IVG donne non italiane per nazionalità. <i>Denominatore</i> : totale IVG donne non italiane	selezione nazionalità su totale regionale	Flusso SDO Regione Toscana	ARS
SM. immigrati.4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età di cittadini non italiani residenti, maschi e femmine (x 1.000)	<i>Numeratore</i> : numero ricoveri per tutte le cause di non italiani. <i>Denominatore</i> : popolazione residente non italiana. <i>Standard</i> : popolazione Toscana 2000		Flusso SDO Regione Toscana	ARS
SM. immigrati.5	Incidenza dei minori stranieri accolti in strutture residenziali (x100)	<i>Numeratore</i> : minori stranieri accolti in strutture residenziali al 31/12. <i>Denominatore</i> : totale minori accolti in strutture residenziali al 31/12		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SM. immigrati.6	Incidenza dei minori stranieri in affido familiare (x100)	<i>Numeratore</i> : Numero minori stranieri in affidamento in corso al 31/12. <i>Denominatore</i> : Totale minori in affidamento in corso al 31/12		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali

Assistenza territoriale socio-sanitaria: disabilità

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. disabili.1	Tasso di disabilità (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti conosciuti portatori di handicap 0-64 anni. <i>Denominatore:</i> Numero residenti 0-64 anni	la rilevazione sui soggetti con disabilità distingue in psichico, fisico, sensoriale, plurimo	Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.2	Percentuale di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni accertati ai sensi degli art. 3 e 4 legge 104/92. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap 0-64 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.3	Indice di inserimento di bambini con disabilità in strutture educative (asili nido e materne) (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero bambini portatori di handicap inseriti in strutture educative. <i>Denominatore:</i> Numero bambini portatori di handicap accertati in età 0-5 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.4	Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola dell'obbligo e scuola superiore (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero alunni portatori di handicap inseriti nella scuola dell'obbligo e superiore. <i>Denominatore:</i> Numero bambini portatori di handicap accertati in età 6-18 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.5	Indice di inserimento di soggetti con disabilità in attività di formazione e formative (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap inserite in attività di formazione e formative. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-39 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. disabili.6	Tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture semiresidenziali (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap inseriti in centri diurni. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.7	Tasso di utenti con disabilità inseriti in strutture residenziali (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap inseriti in strutture residenziali. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.8	Tasso di utenti con disabilità inseriti in R.S.A. (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap inseriti in R.S.A. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età ≥ 19 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.9	Spesa procapite per assistenza personale e domestica a favore di persone disabili	<i>Numeratore:</i> Spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> pop. Residente		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.10	Spesa procapite per interventi semiresidenziali per persone disabili	<i>Numeratore:</i> Spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> Numero utenti		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.11	Spesa procapite per interventi residenziali per persone disabili	<i>Numeratore:</i> Spesa totale per intervento. <i>Denominatore:</i> Numero utenti		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SM. disabili.12	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto personale	<i>Numeratore:</i> Numero persone con disabilità che hanno fruito di aiuto personale. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 0-64 anni		Regione Toscana - Rilevazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali

Assistenza territoriale socio-sanitaria: salute mentale

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. salute-mentale.1	Tasso di ospedalizzazione per malattie psichiche, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri per ICD 290-319. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute-mentale.2	Tasso di primo ricovero in reparto di psichiatria, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero di soggetti ricoverati per ICD 290-319. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute-mentale.3	Tasso di ospedalizzazione in reparto di psichiatria, standardizzato per età. Maschi e femmine	<i>Numeratore:</i> numero ricoveri in reparto 33 e 40. <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SM. salute-mentale.4	Tasso di pazienti in trattamento con antidepressivi pesato per età. Maschi e femmine (x 1.000).	<i>Numeratore:</i> numero pazienti in trattamento con farmaci antiretrovirali. <i>Denominatore:</i> popolazione residente "pesata" per età con i pesi per farmaceutica del PSR		Flussi farmaceutica SPF, FED). Regione Toscana	Ars

Assistenza territoriale socio-sanitaria: dipendenze

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SM. dipendenze.1	Rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per overdose. Maschi e femmine (x100)	<i>Numeratore:</i> numero decessi per ICD9 304. <i>Denominatore:</i> Decessi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi mortalità età-specifici per ICD9 304 in Toscana		Registro di Mortalità Regionale, ISPO	ARS

ALLEGATO II: SET COMPLEMENTARE

Profilo demografico

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC.demo.1	Struttura per classi di età dei residenti, stima al 2014	Abitanti stimati secondo la "ipotesi centrale": numero assoluto totale e distribuzione percentuale per classi quinquennali	Regione Toscana	Settore statistica, Regione Toscana, IRPET	Ars

Determinanti di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.1	Percentuale famiglie povere	percentuale famiglie al di sotto della linea di povertà toscana	dato dell'irpet del 2002 verificare la possibilità di aggiornamento	IRPET 2002	McS
SC: determinanti.2	Reddito medio equivalente	reddito medio aggiustato per il n. di componenti del nucleo familiare	dato dell'irpet del 2002 verificare la possibilità di aggiornamento	IRPET 2002	McS
SC: determinanti.3	Tasso di pensionati integrate al minimo (x 100)	<i>Numeratore</i> : N° pensionati integrate al minimo. <i>Denominatore</i> : popolazione >= 65		INPS	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.4	Anni medi di scolarizzazione	sommatoria n. anni per ogni scuola / popolazione popolazione totale	ISTAT censimento	ISTAT censimento 2001	McS
SC: determinanti.5	Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado	<i>Numeratore</i> : studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di primo grado. <i>Denominatore</i> : Totale studenti iscritti alle scuole secondarie di primo grado		Osservatorio Scolastico Regionale	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.6	Percentuale studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di secondo grado	<i>Numeratore:</i> studenti stranieri iscritti alle scuole secondarie di secondo grado. <i>Denominatore:</i> Totale studenti iscritti alle scuole secondarie di secondo grado		Osservatorio Scolastico Regionale	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.7	Percentuale studenti con esito negativo	<i>Numeratore:</i> studenti che hanno registrato un esito negativo. <i>Denominatore:</i> Totale studenti iscritti	L'indicatore verrà calcolato per i tre ordini di scuola	Osservatorio Scolastico Regionale	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.8	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente in età 15-64 anni		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.9	Rapporto tra avviamenti/cessazioni (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro. <i>Denominatore:</i> numero di comunicazioni di cessazione dal lavoro		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.10	Indice di dinamicità degli avviamenti	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro (anno di riferimento). <i>Denominatore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro (anno precedente)		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.11	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro nel collocamento mirato (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamenti riferita al collocamento mirato. <i>Denominatore:</i> Numero di disponibili collocamento mirato		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.12	Incidenza dei flussi annuali di cessazioni dal lavoro nel collocamento mirato (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di cessazione al lavoro. <i>Denominatore:</i> Numero di disponibili collocamento mirato		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.13	Incidenza dei flussi annuali di avviamenti al lavoro di stranieri (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri. <i>Denominatore:</i> Numero stranieri residenti in età 15-64 anni	Si calcola l'indicatore anche per gli extracomunitari	Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.14	Rapporto tra avviamenti/cessazioni di stranieri (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri. <i>Denominatore:</i> numero di comunicazioni di cessazione dal lavoro di stranieri	Si calcola l'indicatore anche per gli extracomunitari	Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.15	Indice di dinamicità degli avviamenti di stranieri	<i>Numeratore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri (anno di riferimento). <i>Denominatore:</i> Numero di comunicazioni di avviamento al lavoro di stranieri (anno precedente)	Si calcola l'indicatore anche per gli extracomunitari	Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.16	Percentuale di avviamenti a termine	<i>Numeratore:</i> Numero di avviamenti a termine. <i>Denominatore:</i> numero totale avviamenti		Regione Toscana	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.17	Tasso di famiglie unitarie personali	<i>Numeratore:</i> Numero famiglie unitarie personali. <i>Denominatore:</i> numero totale famiglie		ISTAT	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.18	Indice di presenza del Terzo settore formalizzato (x 10.000)	<i>Numeratore:</i> Numero organizzazioni iscritte agli albi regionali (Volontariato, Promozione sociale, Cooperative sociali). <i>Denominatore:</i> Popolazione residente	L'indicatore verrà disaggregato per le tre tipologie	Province	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.19	Abitudini alimentari: % popolazione che consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno	<i>Numeratore:</i> persone che riferisce di consumare frutta e verdura almeno una volta al giorno <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	MeS
SC: determinanti.20	Peso: % di popolazione in sovrappeso per sesso (BMI: 25-29)	<i>Numeratore:</i> rispondenti con BMI: 25-29 <i>Denominatore:</i> totale campione intervistato--	Indicatore da Progetto PASSI	Indagine PASSI	MeS
SC: determinanti.21	Percentuale popolazione servita da acquedotto	<i>Numeratore:</i> Popolazione servita da acquedotto; <i>Denominatore:</i> popolazione residente		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.22	Disponibilità Idrica	<i>Numeratore:</i> Litri di acqua immessa in rete acquedottistica; <i>Denominatore:</i> popolazione servita da acquedotto	Il dato è relativo al quantitativo di acqua immessa in rete, che non tiene conto però del dato delle perdite.	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.23	Percentuale di popolazione Allacciata Ad Impianto Depurazione Acque	<i>Numeratore:</i> Popolazione allacciata ad impianto di depurazione di acque; <i>Denominatore:</i> popolazione residente		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.24	Qualità delle acque destinate al consumo umano	<i>Numeratore:</i> Popolazione rifornuita con acque potabili con parametri di qualità in deroga; <i>Denominatore:</i> Totale della popolazione servita da acquedotto		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.25	Percentuale aree protette (parchi nazionali, regionali, provinciali, riserve statali, riserve naturali provinciali, ANPIL) sul totale della superficie	<i>Numeratore:</i> superficie delle aree protette (parchi nazionali, regionali, provinciali, riserve statali, riserve naturali provinciali, ANPIL); <i>Denominatore:</i> Totale della superficie (ha)		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.26	Presenza di siti contaminati: numero per tipologia (area industriale dismessa, discarica rifiuti, area di cava, ecc.)	<i>Numeratore:</i> n. di siti inquinati, per tipologia (area industriale dismessa, discarica rifiuti, area di cava, ecc.);		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.27	Stato di attuazione degli interventi di bonifica: numero sul totale dei siti per fasi di avanzamento (investigazione, caratterizzazione, progetto preliminare e definitivo, avvenuta certificazione)	<i>Numeratore:</i> n. di siti inquinati per fasi di avanzamento (investigazione, caratterizzazione, progetto preliminare e definitivo, avvenuta certificazione); <i>Denominatore:</i> totale dei siti inquinati		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.28	Isole Pedonali - Ztl	<i>Numeratore:</i> Mq di isole pedonali e Ztl; <i>Denominatore:</i> Popolazione residente	In genere il dato è utilizzato anche nella composizione del quadro conoscitivo del Piano Strutturale.	Comuni	Comuni
SC: determinanti.29	Piste Ciclabili: metri equivalenti/abitante	<i>Numeratore:</i> Metri equivalenti di piste ciclabili; <i>Denominatore:</i> Popolazione residente	In genere il dato è utilizzato anche nella composizione del quadro conoscitivo del Piano Strutturale.	Comuni	Comuni
SC: determinanti.30	Probabilità di elevate concentrazioni di gas radon nelle abitazioni (alta, media, bassa) ²⁹	N. di comuni per livello di rischio radon (alto, medio, basso), in base a mappatura del territorio regionale		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.31	Superamento dei limiti normativi dovuti a Sfb; superamenti limite di esposizione e limite di attenzione	<i>Numeratore:</i> numero dei superamenti dei limiti normativi (limite di esposizione; limite di attenzione) dovuti a Stazioni Radio Base (SRB); <i>Denominatore:</i> totale interventi di misura		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.32	Superamento dei limiti normativi dovuti a impianti Rtv; superamenti limite di esposizione e limite di attenzione	<i>Numeratore:</i> numero dei superamenti dei limiti normativi (limite di esposizione; limite di attenzione) dovuti a impianti radio televisivi (RTV); <i>Denominatore:</i> totale interventi di misura		Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.33	Numero aziende a rischio di incidente rilevante		L'indicatore fa riferimento al numero assoluto di aziende a rischio presenti nel comune	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.34	Superamento dei limiti normativi per il rumore in ambiente esterno	<i>Numeratore:</i> numero misure fonometriche superiori ai limiti di legge; <i>Denominatore:</i> numero misure fonometriche effettuate	Si fa riferimento a sorgenti puntuali e lineari e misurazioni in orari diurni e notturni	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.35	Numero interventi di controllo	<i>Numero dei controlli effettuati</i>	L'indicatore fa riferimento al numero di interventi di misura su sorgenti puntuali effettuati da ARPAT, ASL e Polizia Municipale a seguito di esposti o segnalazioni	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.36	Concentrazioni Monossido di Carbonio (CO)	numero di superamenti del valore limite della media massima giornaliera su 8 ore (D.M. 60/2002)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.37	Concentrazioni di Biossido di Zolfo (SO2)	concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) e numero di superamenti del valore limite orario (D.M. 60/2002)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.38	Concentrazioni di ossidi di azoto (NO2)	concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) e numero di superamenti del valore limite orario (D.M. 60/2002)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.39	Concentrazioni di PM10	concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) e numero di superamenti del valore limite giornaliero (D.M. 60/2002)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.40	Concentrazioni di PM2,5	concentrazioni medie annue ($\mu\text{g}/\text{mc}$) (Direttiva 2008/50/CE)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.41	Concentrazioni di Ozono (O3)	numero di superamenti del valore bersaglio per la protezione della salute umana della media massima giornaliera su 8 ore (D.Lgs 183/2004)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili"	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: determinanti.42	Concentrazioni di Benzene (C6H6)	concentrazioni medie annue (µg/mc) (D.M. 60/2002)	stazioni di monitoraggio di tipo urbano di fondo ed "assimilabili" ³	Regione Toscana - DG Politiche territoriali e ambientali	Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.43	Verde Urbano Fruibile: superficie pro/capite di verde fruibile attrezzato in area urbana	<i>Numeratore:</i> Superficie (m2) di verde attrezzato, parchi urbani e verde storico <i>Denominatore:</i> Totale della popolazione residente		Comuni	Comuni
SC: determinanti.44	Numero di impianti SRB	<i>Numero di impianti SRB per comune</i>			Rete Osservatori Sociali
SC: determinanti.45	Numero di impianti RTV	<i>Numero di impianti RTV per comune</i>			Rete Osservatori Sociali

Stato di salute

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.1	Prime tre cause di morte prematura per classi di età (x 100)	<i>Numeratore:</i> Prime tre cause tra i 17 settori ICD9 <i>Denominatore:</i> Totale decessi <i>Classi di età:</i> 0-19, 20-34, 35-54, 55-64	Selezione cause di morte su totale regionale	Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.2	Tasso standardizzato per età di PYLL ≤ 75 anni - tutte le cause (M+F, x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero anni potenziali di vita persi per tutte le cause <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.3	Tasso di mortalità per tumore al polmone standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 162 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.4	Tasso di mortalità per tumore alla mammella standardizzato per età. Femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 174 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.5	Tasso di mortalità per tumore al colon-retto standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 153-154, 159.0 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.6	Tasso di mortalità per tumore alla prostata standardizzato per età. Maschi (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 185 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.7	Tasso di mortalità per tumore dello stomaco standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 151 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.8	Tasso di mortalità per cardiopatia ischemica standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 410-414 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente Standard: popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.9	Tasso di mortalità per malattie cerebrovascolari standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 430-438 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente Standard: popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.10	Tasso di mortalità per incidenti stradali standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 E810-E819 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente Standard: popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.11	Tasso di mortalità per malattie respiratorie standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 4460-519 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente Standard: popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars
SC: salute.12	Tasso di mortalità per malattie digerenti standardizzato per età. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 520-579 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente Standard: popolazione Toscana 2000		Registro di Mortalità Regionale - ISPO	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.13	Tasso di primo ricovero per tumore al polmone standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 162 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars
SC: salute.14	Tasso di primo ricovero per tumore alla mammella standardizzato per età. Femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 174 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars
SC: salute.15	Tasso di primo ricovero per tumore al colon-retto standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 153-154 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars
SC: salute.16	Tasso di primo ricovero per tumore allo stomaco standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 151 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars
SC: salute.17	Tasso di primo ricovero per tumore alla prostata standardizzato per età. Maschi (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 185 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO, Regione Toscana	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.18	Tasso di ospedalizzazione per tumori standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 140-239 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SC: salute.19	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato circolatorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 390-459 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SC: salute.20	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato digerente standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 520-579 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SC: salute.21	Tasso di ospedalizzazione per malattie dell'apparato respiratorio standardizzato per età. Maschi e femmine (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero decessi per ICD9 460-519 <i>Denominatore:</i> Popolazione residente <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SC: salute.22	Tasso standardizzato per età di prevalenza ictus. Maschi e femmine (x 100.000)	<i>Numeratore:</i> numero casi prevalenti di Ictus (pazienti con evento ospedalizzato nei 5 anni precedenti). <i>Denominatore:</i> popolazione residente. <i>Standard:</i> popolazione Toscana 2000		ARS	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.23	Rapporto standardizzato per età di incidenza di AIDS (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero nuovi casi di AIDS. <i>Denominatore:</i> numero nuovi casi "attesi" secondo struttura per età residenti e tassi età-specifici di incidenza della Toscana. <i>Età:</i> 20-64 anni		Registro Regionale AIDS - ARS	Ars
SC: salute.24	Casi di tubercolosi (TBC): numero notifiche e tasso di notifica (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> numero notifiche di casi di TBC. <i>Denominatore:</i> popolazione residente		Registro regionale malattie infettive. Regione Toscana	Ars
SC: salute.25	Tasso di pensioni di invalidità civile per età (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero di pensioni erogate ad invalidi civili per classi di età (0-19, 20-64, 65-79, 80+). <i>Denominatore:</i> popolazione residente per classi di età (0-19, 20-64, 65-79, 80+)	Il dato attualmente disponibile comprende pensione + indennità di accompagnamento	INPS	Rete Osservatori Sociali
SC: salute.26	Tasso di invalidi civili beneficiari di indennità di accompagnamento per età (x 100)	<i>Numeratore:</i> numero di invalidi civili con indennità di accompagnamento (con/senza pensione di invalidità). <i>Denominatore:</i> popolazione residente		INPS	Ars
SC: salute.27	Infortuni mortali sul lavoro, indennizzati per settore produttivo: numero assoluto ed indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni mortali sul lavoro indennizzati. <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni	medie mobili di triennio	INAIL/CE-RIMP	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute.28	Infortuni sul lavoro indennizzati per settore produttivo: indice di frequenza relativa per residenza (x 1.000)	<i>Numeratore:</i> Numero infortuni sul lavoro indennizzati <i>Denominatore:</i> popolazione residente, età 15-64 anni	medie mobili di triennio	INAIL/CE-RIMP	ARS

Assistenza territoriale: Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: territoriale-LEA.1	Percentuale di pazienti diabetici con almeno un esame della retina negli ultimi 36 mesi	N. pazienti assistiti per diabete con un esame della retina negli ultimi 36 mesi / N. pazienti assistiti per diabete		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.2	Tassi standardizzato per età di visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR)	N. visite specialistiche (specifico per le 7 specialità PSR) / popolazione residente		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.3	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-Distretto (complessivo 7 specialità PSR)	N. visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR) / Totale visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X 100)		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.4	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-Distretto (complessivo 7 specialità PSR)	N. visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (complessivo 7 specialità PSR) / Totale visite specialistiche (complessivo 7 specialità PSR) effettuate in presidi della Zona-distretto (X 100)		Flussi DOC Regione Toscana	ARS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: territoriale-LEA.5	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-Distretto (specifico 7 specialità PSR)	N. visite specialistiche effettuate in presidi della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR) / Totale visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X.100)		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.6	Percentuali visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-Distretto (specifico 7 specialità PSR)	N. visite specialistiche effettuate in presidi territoriali della Zona-distretto (specifico 7 specialità PSR) / Totale visite specialistiche (specifico 7 specialità PSR) effettuate da residenti nella Zona-Distretto (X.100)		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.7	Tasso standardizzato per età di indagini diagnostiche strumentali (specifico radiologia tradizionale, ecografie, tac, rmm)	N. visite complessive indagini diagnostiche strumentali (specifico per radiologia tradizionale, ecografie, tac, rmm) / popolazione residente		Flussi DOC Regione Toscana	ARS
SC: territoriale-LEA.8	Percentuale indagini diagnostiche strumentali (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate in presidi della Zona-Distretto	N. indagini diagnostiche strumentali (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate in presidi della Zona-distretto / Totale indagini diagnostiche strumentali (complessivo per radiologia tradizionale, ecografie) effettuate da residenti nella Zona-distretto (X.100)		Flussi DOC Regione Toscana	ARS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: territoriale-LEA.9	Percentuale malati deceduti per tumore assistiti da cure palliative a domicilio o in hospice/ deceduti per tumore (ICD9 140-208)	Malati deceduti per tumore assistiti da cure palliative a domicilio o in hospice/ deceduti per tumore (ICD9 140-208)		ISPO - Regione Toscana	Regione Toscana
SC: territoriale-LEA.10	Indicatore appropriata prescrizione Del. GR 148	vedi Indicatore Del. GR 148	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	Flusso Regione Toscana	MeS
SC: territoriale-LEA.11	Screening tumore cervicce uterina: percentuale estensione	popolazione invitata/popolazione target diviso intervallo screening (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.12	Screening tumore cervicce uterina: percentuale adesione	popolazione che ha aderito/popolazione invitata (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.13	Screening tumore mammella: percentuale estensione	popolazione invitata/popolazione target diviso intervallo screening (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.14	Screening tumore mammella: percentuale adesione	popolazione che ha aderito/popolazione invitata (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.15	Screening tumore colon-retto: percentuale estensione	popolazione invitata/popolazione target diviso intervallo screening (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.16	Screening tumore colo-retto: percentuale adesione	popolazione che ha aderito/popolazione invitata (x 100)	Già disponibile per asl, in attesa attivazione flusso RT	ISPO	MeS
SC: territoriale-LEA.17	Utenti corsi AFA / popolazione (standardizzato)	numeratore: n. aderenti al programma denominatore: popolazione oltre 65 anni		Flusso Regione Toscana	MeS

Assistenza Territoriale: sociale (livelli di cittadinanza)

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: territoriale-SOC.1	Densità zonale dei punti di segretariato sociale professionale	<i>Numeratore:</i> numero punti di segretariato sociale professionale <i>Denominatore:</i> numero dei Comuni (quartieri per Firenze)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SC: territoriale-SOC.2	Densità zonale dei punti di accesso	<i>Numeratore:</i> numero punti di accesso <i>Denominatore:</i> numero dei Comuni (quartieri per Firenze)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SC: territoriale-SOC.3	Densità zonale dei presidi di pronto soccorso	<i>Numeratore:</i> numero presidi di pronto soccorso <i>Denominatore:</i> numero dei Comuni (quartieri per Firenze)		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Assistenza territoriale sociosanitaria: anziani

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: anziani.1	Percentuale di anziani ultra 74 anni soli	<i>Numeratore:</i> numero famiglie unipersonali di anziani 75+ anni. <i>Denominatore:</i> numero residenti 75+ anni		Anagrafi comunali	Rete Osservatori Sociali
SC: anziani.2	Tasso nuovi casi di invalidità civile riconosciuti annualmente (>= 65)	N. nuovi casi di invalidità civile riconosciuti per anno >= 65 anni/popolazione residente >= 65 anni (x 1000)	DIPENDENZA da RAP-PORTO con INPS	Inps	MeS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: anziani.3	Tasso nuovi casi di invalidità civile >= 74% riconosciuti annualmente (>= 65)	N. nuovi casi di invalidità civile >= 74% riconosciuti per anno >= 65 anni / popolazione residente >= 65 anni (x 1000)	DIPENDENZA RAPPORTO INPS	Inps	MeS
SC: anziani.4	Tasso di segnalazione soggetti fragili	numero di anziani segnalati/ totale popolazione >= 75 anni della zona		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.5	Prevalenza assistiti con PAP domiciliare diretto	N. anziani assistiti con PAP domiciliare diretti / N. anziani		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.6	Prevalenza assistiti con PAP domiciliare indiretto	N. anziani assistiti con PAP domiciliare indiretto / N. anziani		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.7	Prevalenza assistiti in CD	N. anziani assistiti con PAP semiresidenziale / N. anziani		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.8	Prevalenza residenti permanenti in RSA	N. anziani assistiti con PAP residenziali / N. anziani		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.9	Prevalenza residenti permanenti in RSA - Modulo Alzheimer	N. anziani assistiti con PAP residenziale modulo Alzheimer / N. anziani		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.10	Tasso ricoveri temporanei in RSA (>=65)	N. ricoveri temporanei in RSA / N. anziani residenti		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.11	Tempo medio di attesa tra la domanda e l'erogazione delle prestazioni	Tempo medio di attesa tra la domanda e l'erogazione delle prestazioni		Flusso Regione Toscana	ARS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: anziani.12	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP domiciliari attivati	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP domiciliari attivati		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.13	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP residenziali attivati	Tasso di rivalutazioni a 1 anno/n. PAP residenziali attivati		Flusso Regione Toscana	ARS
SC: anziani.14	Tasso prevalenza pazienti in lista attesa per RSA (>=65)	numero anziani in lista di attesa / popolazione di riferimento (* 1000)		Flusso Regione Toscana	MES
SC: anziani.15	Tasso di predisposizione PAP entro 15 gg dalla data di segnalazione su segnalazione ospedaliera/dimessi ultra 75 anni	Tasso di predisposizione PAP entro 15 gg dalla data di segnalazione su segnalazione ospedaliera/dimessi ultra 75 anni		Flusso Ministeriale	ARS
SC: anziani.16	Tempo medio dalla dimissione ed erogazione della prestazione/ammissione	Tempo medio dalla dimissione ed erogazione della prestazione/ammissione		Flusso Ministeriale Flusso SDO Regione Toscana	ARS
SC: anziani.17	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per anziani	(Numeratore: n. posti autorizzati in strutture semiresidenziali per anziani Denominatore: pop. residente >=65)*1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: anziani.18	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per anziani	(<i>Numeratore</i> : n. posti autorizzati in strutture residenziali per anziani <i>Denominatore</i> : pop. residente >=65)*1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Assistenza territoriale socio-sanitaria: famiglie e minori

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: famiglie.1	Indice di dipendenza giovanile ridefinito	<i>Numeratore</i> : Popolazione in età 0-14. <i>Denominatore</i> : Popolazione in età 30-64		ISTAT	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.2	Percentuale famiglie monogenitoriali	<i>Numeratore</i> : nuclei familiari monogenitoriali. <i>Denominatore</i> : totale nuclei familiari		Anagrafi comunali	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.3	Tasso mortalità neonatale (x 1.000)	<i>Numeratore</i> : numero nati vivi deceduti entro 28 giorni. <i>Denominatore</i> : numero nati vivi		Archivio CAP: Regione Toscana	Ars
SC: famiglie.4	Tasso di accesso ai consultori (x 1.000)	<i>Numeratore</i> : n. utenti che accedono al consultorio. <i>Denominatore</i> : popolazione residente		Flusso dei consultori	MeS
SC: famiglie.5	Tasso accessi consultorio donne italiane in età fertile (x 1.000)	<i>Numeratore</i> : n. accessi donne italiane. <i>Denominatore</i> : polazione target (donne italiane età 15-49 anni)	da verificare attendibilità del flusso	Flusso dei consultori	MeS

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: famiglie.6	Tasso medio annuo di minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare territoriale (x 1000)	<i>Numeratore:</i> N. minori coinvolti in attività di assistenza domiciliare territoriale al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.7	Tasso medio annuo di minori coinvolti in attività di assistenza educativa domiciliare (x 1000)	<i>Numeratore:</i> N. minori coinvolti in attività di assistenza educativa domiciliare al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.8	Tasso medio annuo di minori vittime di maltrattamenti in famiglia (x 1000)	<i>Numeratore:</i> N. minori vittime di maltrattamenti in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria in carico al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.9	Tasso medio annuo di minori vittime di abusi sessuali in famiglia (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero minori vittime di abusi sessuali in famiglia segnalati all'autorità giudiziaria in carico al 31/12. <i>Denominatore:</i> Popolazione residente 0-17 anni	media triennale	Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SC: famiglie.10	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per minori	<i>(Numeratore:</i> n. posti autorizzati in strutture semiresidenziali <i>Denominatore:</i> pop. Residente 0-17) *1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: famiglie.11	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per minori	(<i>Numeratore</i> : n. posti autorizzati in strutture residenziali <i>Denominatore</i> : pop. Residente 0-17) *1000		monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Assistenza territoriale socio-sanitaria: immigrati

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: immigrati.1	Tasso di minori stranieri non accompagnati (x 1000)	<i>Numeratore</i> : Numero minori stranieri non accompagnati segnalati. <i>Denominatore</i> : popolazione straniera 0-17 anni		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali
SC: immigrati.2	Percentuale accessi al pronto soccorso di stranieri	n. accessi a pronto soccorso di stranieri/ tot. accessi		Flusso Regione Toscana	MES
SC: immigrati.3	Percentuale accessi pronto soccorso STP	n. accessi pronto soccorso STP/ tot. accessi di stranieri		Flusso Regione Toscana	MES
SC: immigrati.4	Percentuale accessi consultorio de donne straniere in età fertile (15-49 anni)	Accessi consultorio donne straniere in età fertile/totale accessi		Flusso consultori	MES
SC: immigrati.5	Incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza domiciliare territoriale (x 100)	<i>Numeratore</i> : minori stranieri coinvolti in assistenza domiciliare territoriale. <i>Denominatore</i> : totale minori coinvolti in assistenza domiciliare territoriale		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: immigrati.6	Incidenza dei minori stranieri coinvolti in assistenza educativa domiciliare (x 100)	<i>Numeratore:</i> minori stranieri coinvolti in assistenza educativa domiciliare. <i>Denominatore:</i> totale minori coinvolti in assistenza educativa domiciliare		Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza	Rete Osservatori Sociali

Assistenza territoriale socio-sanitaria: disabilità

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: disabili.1	Tasso di soggetti con handicap individuati a fini scolastici (x100)	<i>Numeratore:</i> n. persone con handicap individuati a fini scolastici ex art.2 DPR 24/02/1994. <i>Denominatore:</i> Numero persone con handicap accertati in età 6-18 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.2	Percentuale di persone con handicap accertato (ex art. 4 legge 104/92) per fasce d'età	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap per le singole fasce d'età accertati ai sensi dell'art. 4 legge 104/92. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap per le singole fasce d'età	le età considerate sono 0-5; 6-13; 14-18; 19-39; 40-64; 0-64	Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.3	Percentuale di persone con handicap accertato per le quali è stato predisposto il PARG	<i>Numeratore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati per i quali è stato predisposto il PARG. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 0-64 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: disabili.4	Tasso di soggetti con disabilità in inserimento socioterapeutico e/o borsa lavoro.	<i>Numeratore:</i> Numero utenti con disabilità in inserimento socioterapeutico e/o borsa lavoro. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.5	Tasso di soggetti con disabilità inserite al lavoro (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero utenti con disabilità inseriti al lavoro. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 19-64 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.6	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di aiuto alla persona in ambito scolastico (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero utenti con disabilità che hanno fruito di aiuto alla persona in ambito scolastico. <i>Denominatore:</i> Numero persone con handicap accertati in età 6-18 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.7	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di ausili per l'apprendimento (ambito scolastico e extrascolastico) (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero utenti con disabilità che hanno fruito di ausili (ambito scolastico e extrascolastico). <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 6-64 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali
SC: disabili.8	Tasso di soggetti con disabilità che hanno fruito di servizio di trasporto (x 100)	<i>Numeratore:</i> Numero utenti con disabilità che hanno fruito di servizio di trasporto. <i>Denominatore:</i> Numero soggetti portatori di handicap accertati in età 6-64 anni		Regione Toscana - Rilievazione sui soggetti con disabilità	Rete Osservatori Sociali

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: disabili.9	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali autorizzate per disabili	(<i>Numeratore</i> : n. posti autorizzati in strutture semiresidenziali per disabili <i>Denominatore</i> : pop. Residente 18-65)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SC: disabili.10	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali autorizzate per disabili	(<i>Numeratore</i> : n. posti autorizzati in strutture residenziali per disabili <i>Denominatore</i> : pop. Residente 18-65)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SC: disabili.11	Indice di copertura zonale delle strutture semiresidenziali in convenzione per disabili	(<i>Numeratore</i> : n. posti convenzionati in strutture semiresidenziali <i>Denominatore</i> : pop. Residente 18-65)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan
SC: disabili.12	Indice di copertura zonale delle strutture residenziali in convenzione per disabili	(<i>Numeratore</i> : n. posti convenzionati in strutture residenziali <i>Denominatore</i> : pop. Residente 18-65)*1000		Monitoraggio livelli Fondazione Zancan	Fondazione Zancan

Assistenza territoriale socioassistenziale: salute mentale

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute-mentale.1	Prevalenza patologie con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione adulta >= 18 anni (X100)	(<i>Numeratore</i> : Numero di diagnosi finali con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione adulta (età >= 18aa) <i>Denominatore</i> : Popolazione residente di età >= 18 anni)		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute-mentale.2	Prevalenza patologiche con codice ICD9CM compreso fra 290-319 (da aggiornare con i codici ICD10) popolazione infanzia e adolescenza 0-17 (totale e stranieri) (x100)	<i>Numeratore:</i> Numero di diagnosi finali con codice ICD9CM compreso fra 290-319 popolazione minore (età 0 - 17aa) <i>Denominatore:</i> Popolazione residente di età 0 - 17 anni		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.3	Tasso di trattamenti sanitari obbligatori (TSO)	<i>Numeratore:</i> Numero di TSO reattivi <i>Denominatore:</i> popolazione residente (x 1000)	Rappresentatività per zona	Flusso SDO. Regione Toscana	McS
SC: salute-mentale.4	Tasso di Ricovero ripetuti in psichiatria (rep.40) nei 30gg (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero di ricoveri ripetuti in psichiatria (rep.40) negli ultimi 30gg <i>Denominatore:</i> Numero di ricoveri totali in psichiatria (rep.40) negli ultimi 30gg		Flusso SDO. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.5	Tasso di incidenza utenti DSM italiani (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero di nuovi utenti italiani che afferiscono ai DSM <i>Denominatore:</i> Popolazione residente italiana 18+ anni		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.6	Tasso di incidenza utenti DSM stranieri (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero di nuovi utenti stranieri che afferiscono ai DSM <i>Denominatore:</i> Popolazione residente straniera 18+ anni		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: salute-mentale.7	Tasso di incidenza utenti Unità funzionali salute mentale infanzia adolescenza (UFSMIA) italiani (x 1000)	<i>Numeratore:</i> Numero di nuovi utenti stranieri che afferiscono UFSMIA <i>Denominatore:</i> Popolazione residente italiana 0-17 anni		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.10	Tasso di utenti residenti in carico al CSM residenti nella zona di competenza (x100)	<i>Nominatore:</i> Numero di utenti attivi al CSM residenti in zona <i>Denominatore:</i> Popolazione zonale residente		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.11	Tasso utenti sul quale è stato attivato un intervento di inserimento in struttura residenziale terapeutico-riabilitativo (x100)	<i>Nominatore:</i> Numero di utenti presenti in struttura residenziale terapeutico/riabilitativa <i>Denominatore:</i> Popolazione zonale residente		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars
SC: salute-mentale.12	Tasso utenti sul quale è stato attivato un intervento di inserimento in struttura semiresidenziale di Centro Diurno (x100)	<i>Nominatore:</i> Numero di utenti presenti nei Centri Diurni <i>Denominatore:</i> Popolazione zonale residente		Flusso SALM. Regione Toscana	Ars

Assistenza socio-sanitaria: dipendenze

Codice indicatore	Indicatore	Descrizione	Note	Fonte	Fornitore
SC: dipendenze.1	Prevalenza globale di dipendenza da sostanze	(Numero soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da sostanze nell'anno/popolazione residente nel territorio di riferimento 15-64 anni) *100		Flusso Sirt Regione Toscana	ARS
SC: dipendenze.2	Prevalenza globale di dipendenza da sostanze	(Numero nuovi soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da sostanze nell'anno/popolazione residente nel territorio di riferimento 15-64 anni-casi prevalenti di dipendenza da sostanze ad inizio anno) *100		Flusso Sirt Regione Toscana	ARS
SC: dipendenze.3	Prevalenza globale di dipendenza da alcol	(Numero soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da alcol nell'anno/popolazione residente nel territorio di riferimento >=15 anni) *100	rilevazioni annuali	Flusso Sirt Regione Toscana	ARS
SC: dipendenze.4	Incidenza globale di dipendenza da alcol	(Numero nuovi soggetti, residenti nel territorio di riferimento, con diagnosi ICD-09-CM di dipendenza da alcol nell'anno/popolazione residente nel territorio di riferimento >=15 anni - casi prevalenti di dipendenza da alcol ad inizio anno)*100	rilevazioni annuali	Flusso Sirt Regione Toscana	ARS

ALLEGATO III: FORMAT DI VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE

1. Soggetti coinvolti

	si	no	numero	specifica	note
Presenza struttura operativa propria con funzioni di programmazione				se non presente, specificare eventuali staff o strutture esterne	
se presente:					
1.1 Presenza responsabile/coordinatore				nome cognome ruolo indirizzo mail	
interno SdS				specificare eventuale esterno consorziato	
1.2 Funzioni struttura operativa	si	no	numero	specifica	note
funzioni un. programmazione interne e in staff (SI, CdG, valutazione, gestione, cord. partecipazione...)					
istituita dal			anno		
componenti stabili - in tempi pieni equivalenti					
qualifica professionale singoli componenti					

	formazione specifica singoli componenti (ultimi tre anni)							
1.3	organizzazione	si	no	numero	specifica		note	
	regolamenti							
	altro							
1.4	interfacciamento e operatività PIS	si	no	numero	specifica		note	
	incontri con strutture tecniche (consorziate)							
	incontri con strutture tecniche di altri enti (Camera commercio, ecc.)							
	evidenze (verbali, altro)							
1.5	Osservatori sociali provinciali	si	no	numero	specifica		note	
	presenza specifico accordo con osservatorio sociale provinciale							

2. Contenuti del PIS

2.1	articolazione documento pis	si	no	numero	specifica		note	
	Introduzione/contesto							
	Explicitazione valori di riferimento (mission)							

	Explicitazione risultati in termini quantitativi della programmazione precedente								
	Redazione profilo di salute								
	Selezione delle priorità								
	Elenco delle aree di intervento								
	Elenco programmi								
	Elenco progetti								
	Elenco azioni								
	Allocazione e dotazione delle risorse								
2.2	processo di definizione/formazione (il PIS programma se stesso)	si	no	numero	specificata	note			
	Programma di attivazione								
	Piano di lavoro definito								
	Evidenze di integrazioni con altri settori/ di programmazione								azioni ed obiettivi condivisi anche con altri settori diversi dal socio/sanitario
	Piano comunicazione che segue il documento finale								
2.3	profilo di salute	si	no	numero	specificata	note			

	definitivi								
	sperimentali								
2.9	fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali	si	no	numero	specificità	note			
	elenco strutture residenziali esistenti								
	% copertura popolazione target								
	fabbisogno non coperto								
	elenco strutture semiresidenziali esistenti								
	% copertura popolazione target								
	fabbisogno non coperto								

3. Risorse economiche e finanziarie

3.1	risorse potenziali	si	no	numero	specificità	note
	fondo ordinario di gestione (quota capitaria sanitaria di zona (52%) - art.27)			specificità		atto di attribuzione delle risorse

	Quota capitaria (media) socio-assistenziale di zona			specifica		titolo x bilancio comunale/numero abitanti
3.2	costi struttura programmazione e controllo annuale / triennale					
		ASL	COMUNE A	COMUNE B,c,d,.....	attribuite direttamente SDS	ALTRE
	Mezzi finanziari in euro					
	Personale in tempi pieni equivalenti					
	Altre risorse in euro					
	TOTALE					
3.3	risorse necessarie attività dalla programmazione annuale/triennale (ex conto esercizio sds)					
		ASL	COMUNE A	COMUNE B,c,d,.....	attribuite direttamente SDS	Provincia
	Mezzi finanziari in euro		individuazione da bilancio comunale per risorse attività socio-assistenziale			
	Personale in tempi pieni equivalenti					
	Beni immobili in mq					

	Beni mobili in euro							
	Altre risorse in euro							
	TOTALE							

4. Coerenza documento programmazione

	si	no	numero	specificata	note
4.1 interna					
	esplicitazione legame tra bisogni, priorità, obiettivi e programmi				
	criteri di selezione priorità				
4.2 esterna	si	no	numero	specificata	note
	ricepimento indirizzi regionali art 71 ter				
	COERENZA CON L'ACCORDO INTEGRATIVO AIENDALE/O ZONALE DI MEDICINA GENERALE; moduli attivati di medicina generale secondo modello sanità di iniziativa; coerenza con i punti di continuità assistenziale				
	Data approvazione ultimo PAL				
	atto e modalità recepimento PIS nel PAL e PEG				
	presenza nella zona di programmi di intervento derivanti dai Patti Territoriali (EE.LL. TS)				
	data				
	data e modalità				

	ricepimento nel PIS dei programmi dei PT						
	evidenze di accordi con altri strumenti della programmazione						

5. Partecipazione alla programmazione

	si	no	numero	specificata	note
5.1	organi				
	comitato di partecipazione			data di costituzione	
	consulta del terzo settore			data di costituzione	
5.2	coinvolgimento cittadinanza:	no	numero	specificata	note
	regolamento sulla partecipazione				
	ricepimento progetti autonomi di soggetti terzo settore con risorse proprie 100%				
5.3	comunicazione:	no	numero	specificata	note
	inserimento dati epidemiologici in rete				
	assemblee pubbliche				
	agora della salute con assessori				
	incontri pubblici				
	convegni				
	seminari				

Presentazione autori

Alessandro Barchielli, medico specializzato in Medicina del lavoro, Igiene e Medicina Preventiva, Statistica Sanitaria, responsabile Unità di epidemiologia della Azienda Sanitaria 10, consulente dell'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Collabora con le Società della Salute dell'area fiorentina per la predisposizione del profilo di salute e delle relazioni sanitarie.

Sara Barsanti, laureata in Economia, assegnista di ricerca presso la Scuola Superiore Sant'Anna, ricercatrice dal 2005 al Laboratorio Management e Sanità presso la Scuola Superiore Sant'Anna, dove si occupa di valutazione dei sistemi sanitari e misure di equità di accesso ai servizi sanitari.

Carmen Calabrese, ricercatrice a contratto presso il Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Regione Toscana.

Massimo Campedelli, coordinatore Laboratorio di Epidemiologia e Cittadinanza (LEC), Consorzio Mario Negri (Santa Maria – CH) e vicecoordinatore del Laboratorio Welfare Innovazione Sviluppo Servizi (WISS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Massimiliano Faraoni, Rete Regionale degli Osservatori Sociali (Osservatorio Sociale Provinciale di Grosseto – Simurg Ricerche).

Paolo Francesconi, medico specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, responsabile del Settore Epidemiologia dei Servizi Sanitari e Percorsi Assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana. Si occupa prevalentemente di epidemiologia dei percorsi diagnostico-terapeutici per le malattie croniche e dei percorsi socio-sanitari per gli anziani.

Galileo Guidi, Commissione Regionale Toscana Governo Clinico in Salute Mentale; Commissione Regionale Toscana di coordinamento azioni di lotta al dolore

Elena Innocenti, ricercatrice Fondazione Zancan

Marco La Mastra, Rete Regionale degli Osservatori Sociali (Osservatorio Sociale Provinciale di Arezzo)

Gavino Maciocco, medico, docente di medicina di comunità presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze. Si occupa di politica sanitaria internazionale e dirige il sito web www.saluteinternazionale.info.

Stefano Maurri, laurea in architettura, è funzionario della programmazione della Regione Toscana. Responsabile P.O. per le attività territoriali del sistema di servizi e prestazioni sociali.

Sabina Nuti, professore associato di Economia e Gestione delle Imprese, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e Direttore del Laboratorio Management e Sanità, costituito con la Regione Toscana.

Luca Puccetti, laurea in scienze politiche, è funzionario della programmazione della Regione Toscana. Referente per l'Osservatorio sociale regionale.

Roberto Ricciotti, statistico ed esperto di sistemi di monitoraggio e di ricerca sociale, lavora per conto dell'Istituto degli Innocenti di Firenze occupandosi delle attività del Centro Regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'adolescenza della Regione Toscana e delle attività del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Simone Tattini, statistico, collaboratore Fondazione Zancan

Finito di stampare nel mese di Aprile 2011
in Pisa dalle
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

