Zona Distretto Livornese

Comune di Livorno

Comune di Collesalvetti

Comune di Capraia Isola

Zona Livornese

PIANO INTEGRATO DI SALUTE

2026

SOMMARIO

INTRODUZIONE 5

LA PROGRAMMAZIONE ZONALE E IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE 5

LA STRUTTURA DEL PIS 2026 DELLA ZONA LIVORNESE 7

SEZIONE CONOSCITIVA 8

PROFILO DI SALUTE 8

Introduzione 8

Fattori geografici, aspetti demografici e stato di salute generale 9

Fattori geografici: territorio e infrastrutture 9

Demografia e stato di salute generale 11

Una visione di sintesi 11

Determinanti di salute 24

Una visione di sintesi 24

Reddito 26

Indicatori di disagio economico, abitativo e lavorativo 28

Capitale sociale 31

Stili di vita 32

Ambiente 52

Famiglie e minori 56

Una visione di sintesi 56

Presenza di minori sul territorio 58

L'instabilità familiare 59

Educazione ed istruzione 59

Minori e famiglie a rischio 62

Stranieri 68

Una visione di sintesi 68

La presenza straniera sul territorio 69

Fattori di integrazione: istruzione, servizi, lavoro 71

Il complesso tema dell'accoglienza 74

La presa in carico dei servizi sociali 75

Cronicità 76

Una visione di sintesi 76

Dentro le cronicità *78*
Disabilità e non autosufficienza 87
Una visione di sintesi *87*
Disabilità *88*
Non autosufficienza *92*
Salute mentale 96
Una visione di sintesi *96*
Salute mentale e uso di antidepressivi *97*
Materno infantile 99
Una visione di sintesi *99*
Mortalità infantile e nati gravemente sottopeso *100*
Prevenzione 102
Una visione di sintesi *102*
Mortalità evitabile, infortuni sul lavoro, incidenti stradali *103*
Cruscotto delle criticità di salute 106
Percorsi assistenziali e ricorso ai servizi 112
DISPOSITIVO DI PIANO 117
LINEE STRATEGICHE E OBIETTIVI DI SALUTE 117
Linee strategiche 117
Assorbimento del PIZ nel PIS *117*
Linee strategiche regionali e zonali *117*
Obiettivi di salute 118
BUDGET INTEGRATO DI PROGRAMMAZIONE 119
UFFICIO DI PIANO 120
PERCORSO PARTECIPATIVO 121
Svolgimento del percorso di co-programmazione 121
Laboratorio per la definizione dei bisogni di salute - 13.1.26 122
Laboratorio per la definizione degli obiettivi di salute – 27.1.26 166
Laboratorio per la definizione delle priorità e degli interventi - 10.2.26 188
Laboratorio di restituzione degli esiti del percorso di co-programmazione - 24.2.26 216
PROGRAMMAZIONE OPERATIVA ANNUALE 221
INTRODUZIONE 221
L'ALBERO DELLA PROGRAMMAZIONE: OBIETTIVI DI SALUTE, PROGRAMMI E SCHEDE DI ATTIVITÀ 221

INTRODUZIONE

LA PROGRAMMAZIONE ZONALE E IL PIANO INTEGRATO DI SALUTE

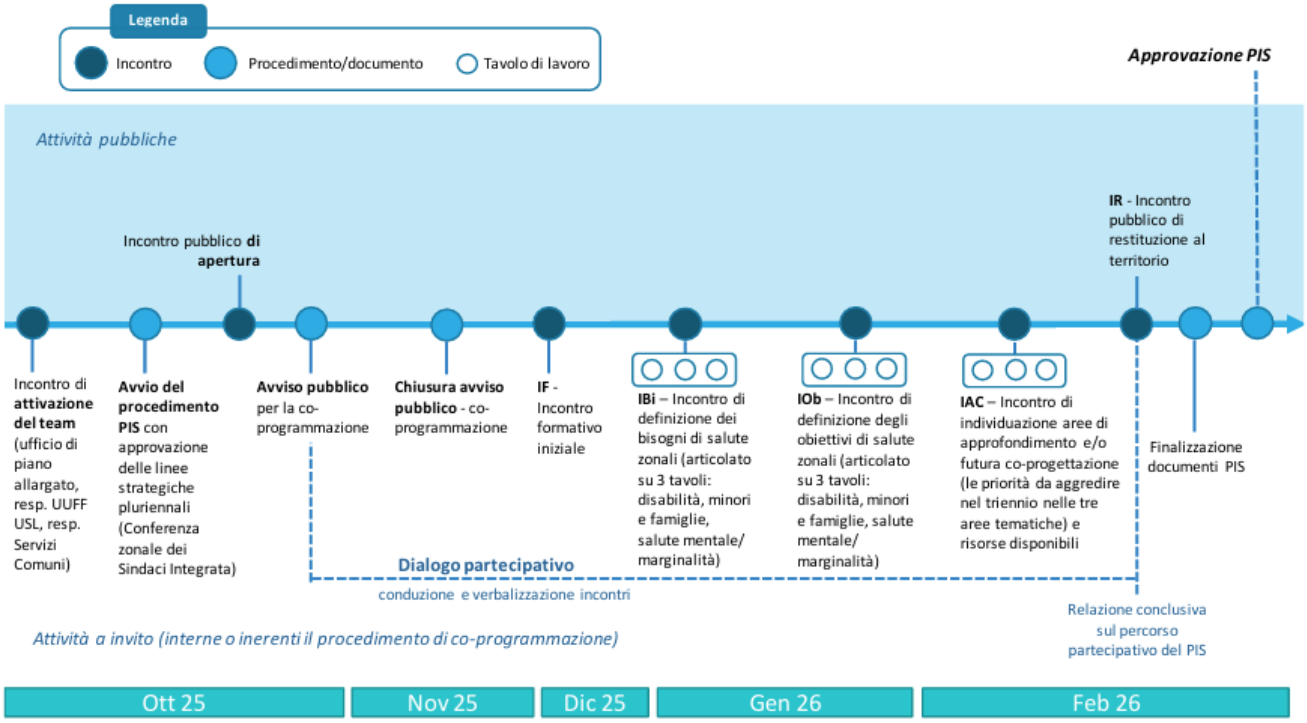
Con l'approvazione del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026, avvenuta il 11/08/2025, è iniziato il periodo di programmazione aziendale e zonale e le Società della salute/Zone distretto sono state chiamate – entro il termine del 28 febbraio 2026 - alla costruzione del Piano Integrato di Salute (PIS).

Il **Piano Integrato di Salute (PIS)** è lo **strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale** con il quale si prevedono gli obiettivi di salute e benessere, se ne determinano standard quantitativi e qualitativi e si attivano strumenti per valutarne il raggiungimento. È lo strumento unitario e partecipato attraverso il quale le comunità locali governano la salute collettiva e interagiscono col sistema dei servizi.

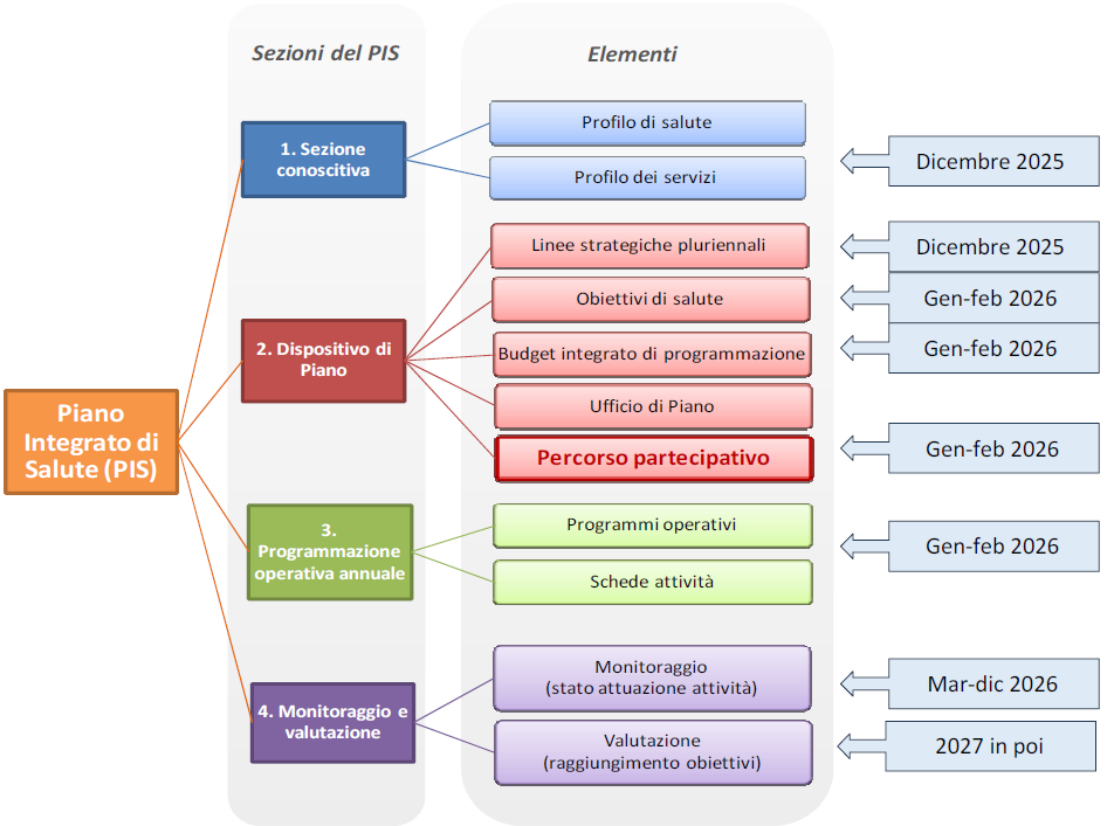
L'elaborazione del Piano Integrato di Salute (PIS) della Zona Livornese è stato avviato nel 2025, tramite apposita delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata n. 13 del 22 ottobre 2025, e ha seguito gli indirizzi regionali contenuti nel Piano Sanitario e Sociale Regionale (PSSIR) 2024-2026 e le linee indicate dalla DGRT 900/2025 "Linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ (art. 21, comma 7, LR 40/05)".

Il percorso che ha portato alla definizione delle linee strategiche e agli obiettivi di salute del nuovo PIS della zona Livornese ha avuto i seguenti passaggi:

- Analisi degli obiettivi generali del Piano Sanitario e Sociale Integrato regionale (PSSIR);
- Analisi delle Linee strategiche del PIS attualmente in vigore;
- Raccolta delle istanze e delle proposte del territorio e dei professionisti dei servizi (Unità funzionali AUSL Toscana Nord-Ovest/zona distretto Livornese e Servizi comunali);
- Percorso partecipativo del PIS attraverso la procedura di co-programmazione (art. 55 D.lgs. 117/2017 - Codice del Terzo Settore), come previsto dalla LR 65/2020 (art. 14) e dalla DGRT 900/2025.



Il percorso nel suo complesso può essere efficacemente sintetizzato dalla figura seguente:



Il PIS 2026 della zona Livornese è stato approvato con delibera della delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata n. 1 del 26 febbraio 2026.

LA STRUTTURA DEL PIS 2026 DELLA ZONA LIVORNESE

Il Piano Integrato di Salute 2020-2022 della zona Livornese, come evidenziato anche dalla figura precedente, è composto da quattro sezioni:

Il Piano Integrato di Salute 2026 è composto da tre sezioni:

1. Sezione conoscitiva, composta da:

- *Profilo di Salute*: rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l'ambito territoriale zonale;

2. Dispositivo di piano: costituisce la sezione in cui vengono esposti, in modo sistematico, gli elementi della programmazione strategica del PIS, ed è composta da cinque parti specifiche:

- *Linee strategiche*: esplicitano gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale definiti dall'Assemblea SdS.
- *Obiettivi di salute*: rappresentano l'elemento centrale della programmazione strategica pluriennale e si riferiscono agli orientamenti delle politiche locali sulla salute, in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute, dal Profilo dei servizi e dalle evidenze del Percorso partecipativo (co-programmazione), e all'interno della cornice di obiettivi regionali fissata dal PSSIR.
- *Budget integrato di programmazione*: riporta le risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni, a disposizione per la programmazione integrata zonale;
- *Ufficio di Piano*: previsto ai sensi dell'art. 64.2 c. 5 L.R. 40/2005, costituisce l'organismo tecnico preposto alla elaborazione delle programmazioni territoriali ed è disciplinato specificamente dalla DGRT 269/2019.
- *Percorso partecipativo (co-programmazione)*: raccoglie tutte le azioni svolte nel corso della elaborazione del PIS, al fine di attivare il dialogo strutturato con le organizzazioni della cittadinanza attiva e del terzo settore e, più in generale, con la popolazione dell'ambito territoriale. In questa parte, trovano evidenza le attività che riguardano il ruolo e le prerogative degli istituti di partecipazione previsti dalla normativa vigente.

3. Programmazione Operativa Annuale (POA) costituisce la sezione attuativa del PIS che viene aggiornata con cadenza annuale ed è composta da due parti:

- *Programmi operativi*: individuano dei gruppi coerenti di azioni operative, possono essere trasversali alle aree o ai settori di programmazione.
- *Schede di attività*: identificano le attività oggetto della programmazione e le mettono in relazione con la programmazione regionale e di area, definendo azioni, tempi, risorse, responsabilità.

SEZIONE CONOSCITIVA

PROFILO DI SALUTE

Introduzione

Il profilo di salute 2025 della **zona Livornese** è costruito attraverso la lettura del set di indicatori predisposto dal gruppo di lavoro tematico regionale - costituito da Regione Toscana (Osservatorio Sociale Regionale e Centro Regionale di documentazione per l'Infanzia e Adolescenza), Agenzia Regionale di Sanità e Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa – e che si articola in due filoni tematici:

- Stato di salute della popolazione: rielaborazione e razionalizzazione del corposo "Set di indicatori per il profilo di salute"[1], sintetizzato in 62 indicatori con il fine di facilitare la lettura dei bisogni di salute della comunità. I criteri che hanno guidato la scelta degli indicatori sono la solidità metodologica (qualità del dato affidabile e uso consolidato), la sinteticità (per evitare di produrre un documento troppo dispersivo) e la confrontabilità (per permettere alle singole zone di contestualizzare il proprio dato all'interno del territorio nel quale si trovano).
- La risposta dei servizi territoriali (e il ricorso agli stessi): una selezione di indicatori del sistema di valutazione della performance delle zone distretto per l'anno 2024.

Il presente documento ha l'obiettivo di offrire un **quadro conoscitivo del territorio** e individuarne le priorità di intervento in termini di determinanti sociali e bisogni di salute, attraverso l'analisi e la descrizione delle dinamiche sanitarie e sociali nell'ambito di diverse aree tematiche:

- Fattori geografici, aspetti demografici e stato di salute
- Determinanti di salute
- Famiglie e minori
- Stranieri
- Cronicità
- Disabilità e Non autosufficienza
- Salute mentale
- Materno infantile
- Prevenzione
- Ricorso ai servizi

Per ciascuna area tematica viene riportato:

[1] Il Set di indicatori per il profilo di salute e quello relativo al ricorso ai servizi sono stati adottati dalla Regione Toscana con la DGRT 925/2020.

- un quadro di sintesi con i valori zonali degli indicatori, il posizionamento della zona Livornese rispetto alla media regionale, alla media della Ausl di riferimento, alla distribuzione dei valori nel territorio toscano e una valutazione del fenomeno e del trend dello stesso;

- l'analisi puntuale dei singoli indicatori con un inquadramento del fenomeno misurato a livello regionale ed un focus specifico sulla zona Livornese.

A conclusione della fase di analisi è stato poi costruito un **Cruscotto delle criticità di salute**, contenente le principali problematiche di salute presenti sul territorio zonale. La funzione del cruscotto è quella di fornire un colpo d'occhio immediato sui fattori critici al fine di consentire una puntuale elaborazione degli obiettivi di salute del Piano Integrato di Salute.

Fattori geografici, aspetti demografici e stato di salute generale

Fattori geografici: territorio e infrastrutture

Il territorio della zona Livornese mostra alcuni fattori geografici e territoriali peculiari.

La **densità abitativa** è di **757 abitanti per kmq**, ossia 6 volte la media regionale (163 ab./kmq), e ciò mette in evidenza un tessuto urbano molto fitto, soprattutto in relazione al centro urbano principale di Livorno.

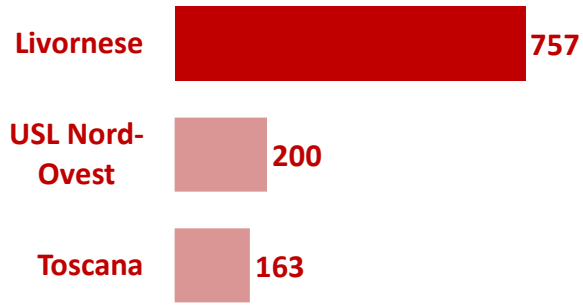
Una ulteriore chiave di lettura del fattore geografico è fornita dalla **strategia delle Aree interne** – elaborata dal Ministero dello Sviluppo Economico e rielaborata per la Toscana da IRPET - che offre una classificazione dei territori comunali rispetto alla loro distanza in tempo di percorrenza dai centri di offerta di servizi alla popolazione (sanità, istruzione, trasporti).[2] La zona Livornese evidenzia un **maggiore grado di adeguatezza in termini di prossimità dei servizi** rispetto al dato medio regionale e a quello aziendale: il 90 % degli abitanti zonali risiede all'interno di un polo di servizi ed il restante 10% quasi esclusivamente all'interno di una cintura.

Altro elemento basilare riguarda la **dotazione infrastrutturale** dei territori, per la quale si nota un deficit complessivo abbastanza marcato della provincia grossetana relativamente alle infrastrutture stradali, ferroviarie, portuali e aeroportuali.

[2] La Strategia delle Aree interne è la categoria proposta nell'ambito della programmazione della politica regionale europea per il periodo 2014-2020 da parte del Ministero dello Sviluppo Economico per individuare una larga parte del territorio nazionale, caratterizzata da perifericità rispetto ai principali poli dello sviluppo economico, con problemi di spopolamento, invecchiamento della popolazione residua, declino delle attività economiche, ma anche con alcune potenzialità di sviluppo. L'individuazione delle aree è finalizzata alla costruzione di una strategia nazionale e locale di rilancio delle stesse. Le aree interne sono definite rispetto alla loro distanza in tempo di percorrenza dai centri di offerta di servizi alla popolazione. Per l'individuazione delle Aree interne della Toscana, l'IRPET ha ripreso il modello nazionale applicando alcuni criteri correttivi sulla base delle caratteristiche territoriali regionali. Da tale modello deriva una suddivisione dei comuni toscani in Polo, Cintura, Intermedio, Periferico, Ultraperiferico.

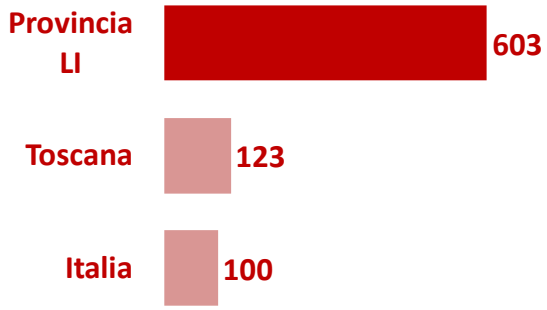
Indicatori relativi a territorio e infrastrutture

Densità abitativa (ab./kmq)



Fonte: elaborazione su dati Istat

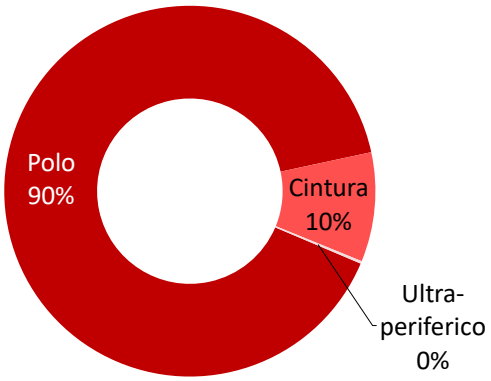
Indice di dotazione infrastrutturale (Italia = 100)



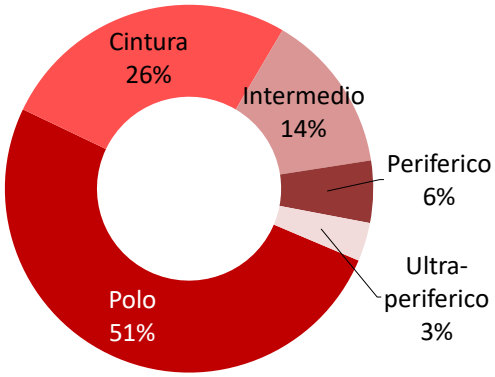
Fonte: Unioncamere – Istituto G. Tagliacarne

Popolazione residente nei comuni classificati secondo il modello delle 'Aree Interne'

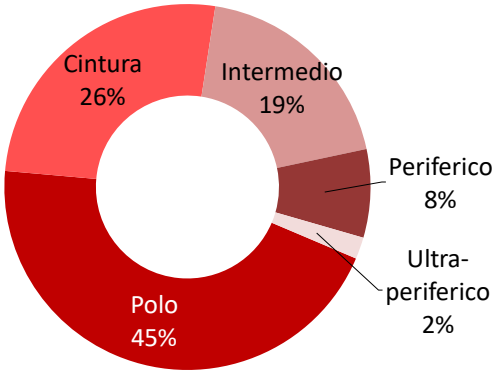
Livornese



AUSL Nord-Ovest



Toscana



Fonte: elaborazioni su dati IRPET

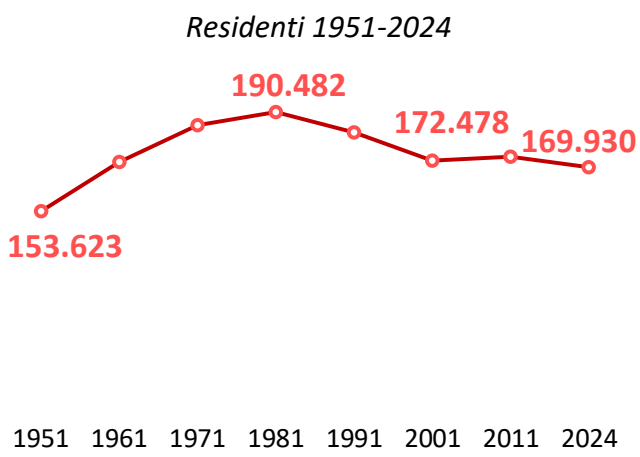
Demografia e stato di salute generale

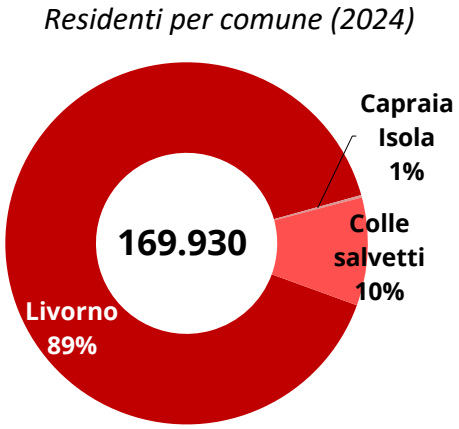
Andamento della popolazione

La popolazione della zona Livornese è di circa di **170.000** residenti, di cui circa **13.600** sono stranieri. Dal dopoguerra ad oggi i residenti sono cresciuti complessivamente di circa l'11% (erano poco meno di 154.000 nel 1951) e mentre nel primo periodo ha giocato un ruolo fondamentale la fecondità autoctona, dal 2001 in poi la tenuta demografica è stata assicurata quasi esclusivamente dalla immigrazione straniera, che ha compensato il basso tasso di fecondità ed il conseguente saldo naturale negativo (morti superiori alle nascite) dei residenti autoctoni. L'apporto demografico della componente straniera è ulteriormente confermato dal fatto che dal 2016 la popolazione zonale è leggermente calata proprio in corrispondenza del rallentamento dei flussi migratori.

Nel medio periodo invece (1981-2022) la popolazione è calata di oltre 20.000 residenti (-11%) e le più recenti proiezioni demografiche dell'Istat lasciano intravedere un sensibile calo della popolazione nei prossimi trenta anni, con una struttura per età che sarà sempre più sbilanciata verso la componente anziana e che andrà dunque verso scenari di scarsa sostenibilità.

Popolazione residente: andamento 1951-2024 (valori assoluti) e distribuzione per comune 2024 (valori %)





Fonte: elaborazione su dati Istat

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Demografia e stato di salute generale" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);

- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:
  - in diminuzione con connotazione negativa
  - in aumento con connotazione negativa
  - in diminuzione con connotazione positiva
  - in aumento con connotazione positiva
  - andamento costante

Demografia e Stato di salute generale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di natalità	**5,6**	5,7	5,4	4,5		6,4		
Indice di vecchiaia	**252,6**	241,9	256,5	355,1		196,5		
Percentuale di over74enni	**15,3**	14,6	14,9	17,6		12,4		
Tasso di ospedalizzazione generale	**114,8**	116,1	116,1	126,4		109,0		
Tasso di mortalità generale	**931,9**	859,1	898,6	946,0		785,9		
Speranza di vita alla nascita	**84,4**	85,3	85,0	84,4		86,2		

Come si può notare dal quadro di sintesi, la **demografia** del territorio zonale si caratterizza per una natalità in calo ed una più alta incisività della presenza anziana rispetto al quadro medio regionale.

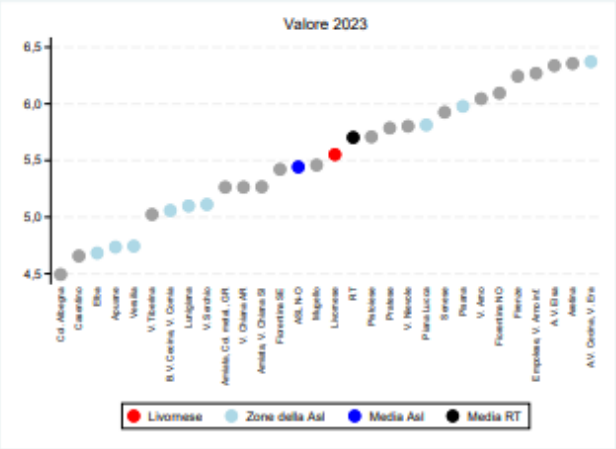
In relazione allo **stato di salute generale** si nota come quasi tutti gli indicatori, pur in sensibile miglioramento, disegnino un quadro tendenzialmente peggiore del dato medio toscano. Le maggiori criticità in termini di mortalità sono relative a Malattie sistema circolatorio, Tumori (polmone in primis), Infarto Miocardio, Malattie apparato digerente. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione i dati sono in linea con la media regionale che di quella aziendale.

Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

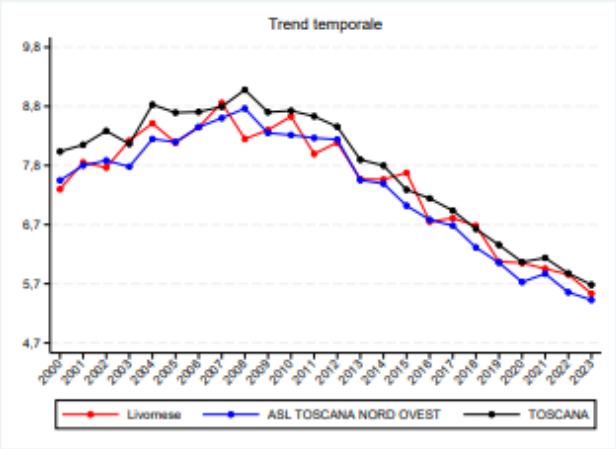
Natalità

Il numero di nascite in Toscana nel 2023 prosegue il trend in diminuzione, dopo un breve stallo dovuto agli effetti della pandemia nel biennio 2020-2021, che va avanti ormai dal 2008, da quando cioè hanno cominciato a manifestarsi i primi effetti della crisi economica. Se tra le donne italiane la maternità viene sempre più spesso rimandata e limitata ad un solo figlio, anche il contributo delle donne straniere, pur ancora determinante in alcune zone, è in diminuzione da alcuni anni. Nel 2023 sono nati 5,7 bambini ogni 1.000 toscani, 20.875 in termini assoluti. La variabilità interna alla regione è piuttosto marcata e risente ovviamente delle caratteristiche demografiche della popolazione. Nella Asl Centro si osserva il tasso di natalità più elevato e in generale le zone dove nascono più bambini sono quelle contraddistinte da una presenza maggiore di donne in età fertile e straniera. Viceversa i territori più periferici o montani, contraddistinti da popolazioni più anziane e tassi d'immigrazione più bassi, sono quelli che chiudono la classifica per natalità (ad es. Colline dell'Albegna, Apuane e Versilia).

Nella zona **Livornese** il tasso di natalità è di **5,6 nati ogni 1.000 residenti**, dunque un valore in linea con la media regionale e aziendale. Il trend mostra un andamento in chiara diminuzione dal 2009 in poi. Negli ultimi anni, così come in Toscana, si assiste ad una diminuzione della fecondità anche nella componente straniera e questo fenomeno, qualora perdurasse, avvierebbe una dinamica di ulteriore calo della natalità generale.

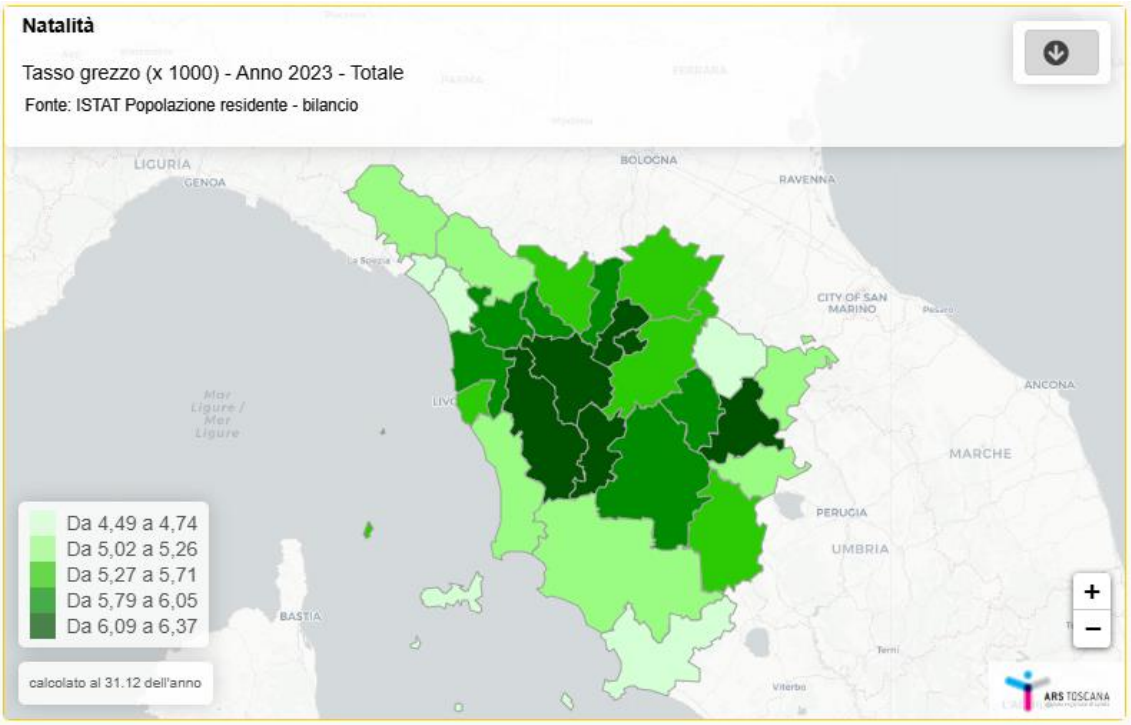


(a) Indicatore per zona

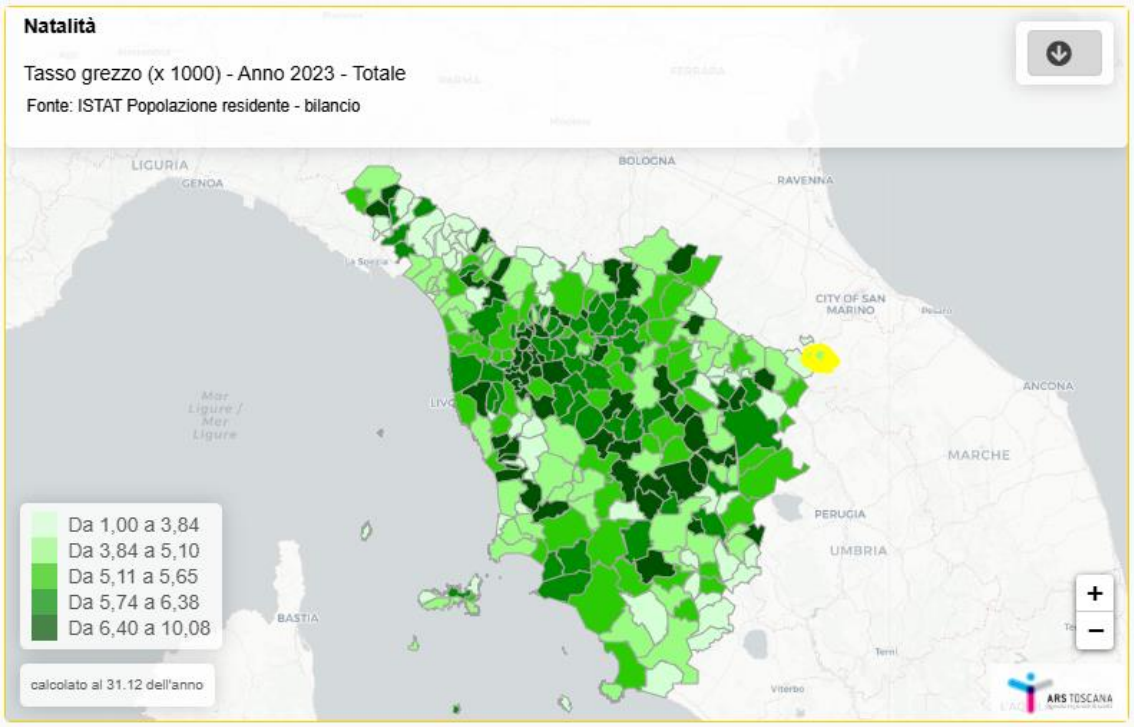


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



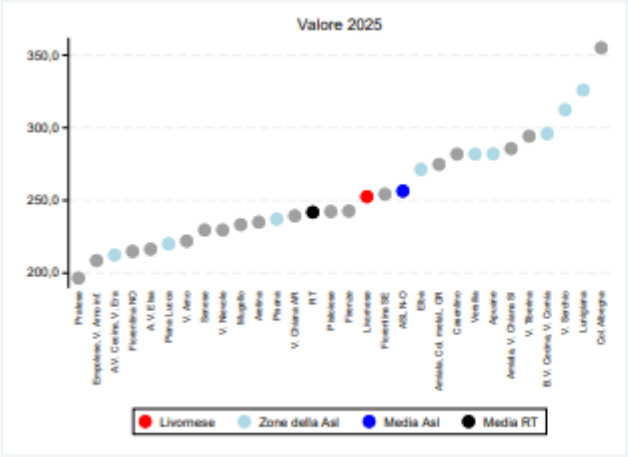
Mappa comunale



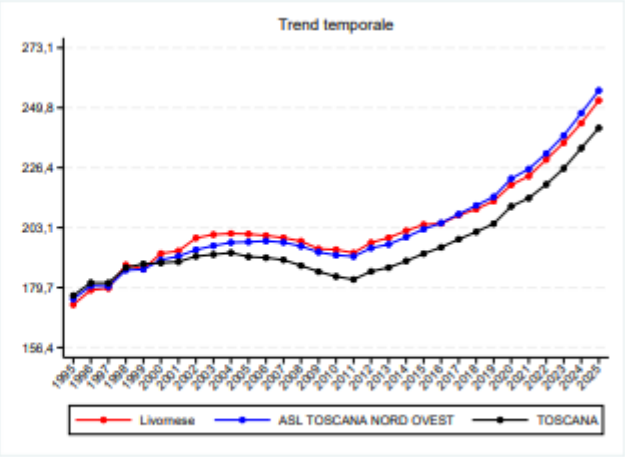
Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia coglie la velocità di ricambio di una popolazione, confrontando gli anziani con i giovani sotto i 15 anni. La Toscana è tra le regioni con il valore più alto in Italia e il trend è in costante aumento dal 2011 a causa di un effetto combinato: aumento dell'aspettativa di vita e calo delle nascite. A gennaio 2025 (secondo i dati provvisori ISTAT) si contano poco meno di 242 anziani ogni 100 ragazzi sotto i 15 anni. Le zone più critiche sono quelle periferiche e montane (Colline dell'Albegna e Lunigiana in primis dove l'indicatore supera il valore di 325, Valle del Serchio), mentre quelle dove la situazione è migliore della media (Pratese, Empolese-Valdarno inferiore, Alta Val di Cecina-Val d'Era) sono contraddistinte da tassi di natalità più elevati anche grazie a una maggior presenza di stranieri sul territorio, che ancora mantengono tassi di fecondità superiori agli italiani.

Nella zona **Livornese** ci sono ad oggi circa **250 anziani ogni 100 giovani 0-14 anni,** ossia oltre 2 anziani per ogni giovane, ed il dato è superiore a quello medio regionale (241 per 100) e leggermente inferiore a quello aziendale (256 per 100). Dal 2011 l'indice, dopo un calo di alcuni anni, ha ripreso a crescere; effetti entrambi riconducibili anche all'andamento dei flussi migratori che negli ultimi anni hanno subito un rallentamento.

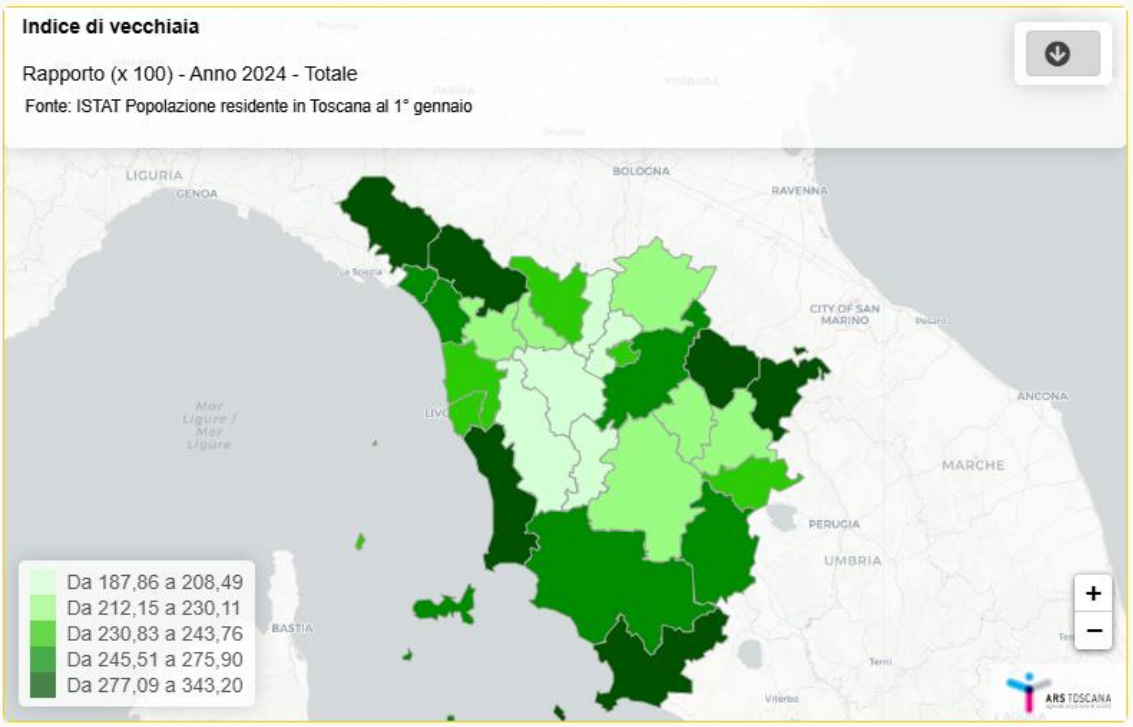


(a) Indicatore per zona

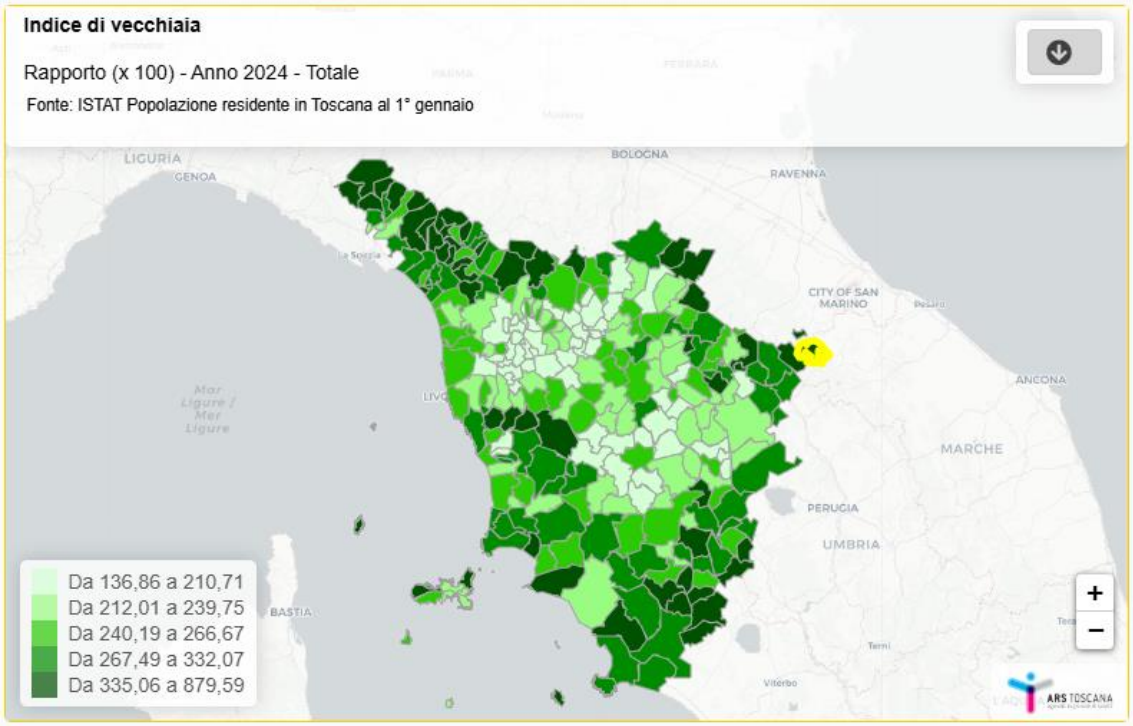


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



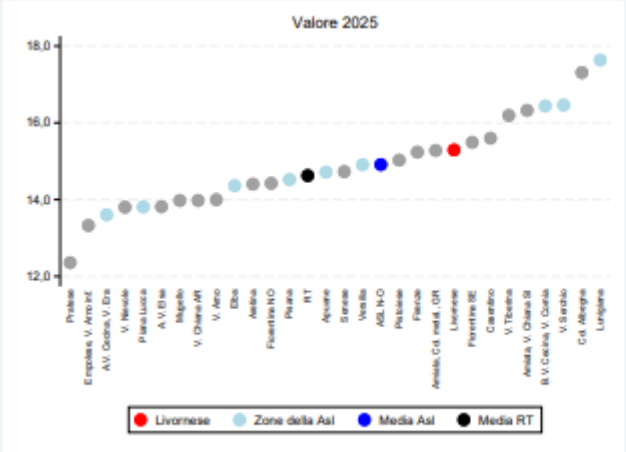
Mappa comunale



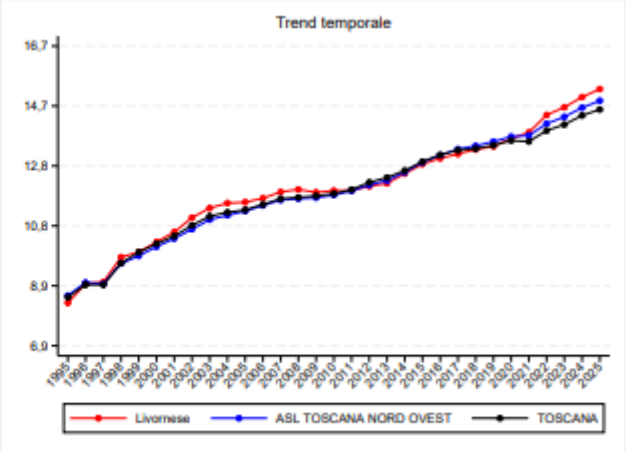
Percentuale di over 74enni

Il progressivo invecchiamento della popolazione sta portando ad un aumento della percentuale di grandi anziani sui territori. Le persone di 75 anni o più nel 2025 (dati provvisori ISTAT) rappresentano il 14,6% della popolazione residente, aumentati di circa 3 punti percentuali negli ultimi 20 anni. L'aumento degli anziani comporta ovviamente un maggior carico assistenziale per famiglie e servizi territoriali. Le zone più interessate dal fenomeno sono ancora una volta quelle più periferiche o montane (Lunigiana, Colline dell'Albegna, Valle del Serchio), mentre quelle con le prevalenze più basse sono Pratese, Empolese-Valdarno inferiore, Alta Val di Cecina-Val d'Era.

Nella zona **Livornese** sono presenti circa **26.000 anziani ultrasettantacinquenni**, che rappresentano il **55%** del totale anziani e il **15,3%** dell'intera popolazione, una quota in linea con il dato medio toscano (14,6%) e con quello aziendale (14,9%). Il trend, come altrove, è in sensibile crescita.



(a) Indicatore per zona



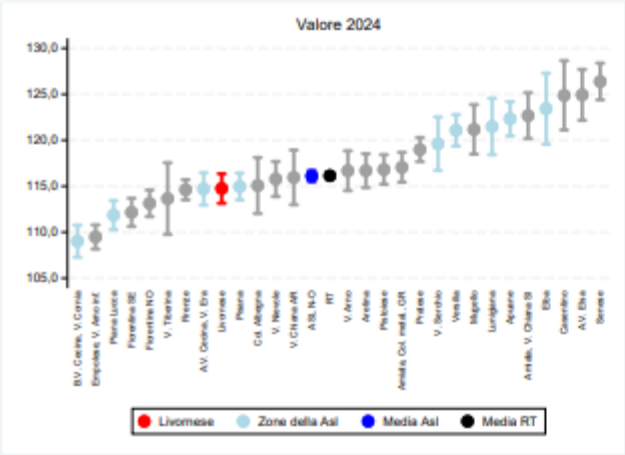
(b) Trend per zona, Asl e regione

Tasso di ospedalizzazione

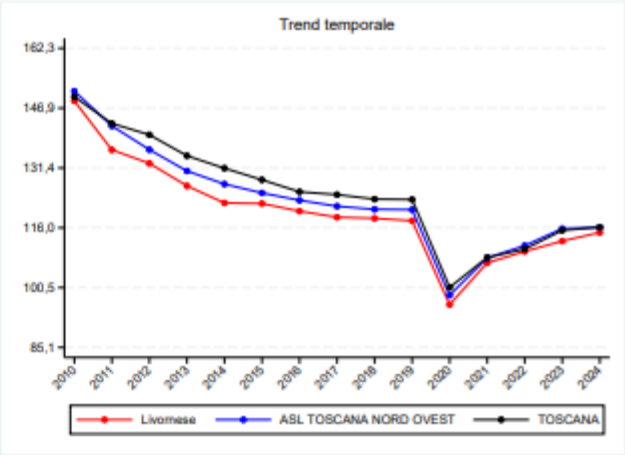
Già in calo a partire dal 2002, l'ospedalizzazione generale in Toscana nel 2020 ha subito una drastica riduzione per gli effetti indiretti della pandemia da COVID-19. Gli interventi di limitazione del contagio, la sospensione degli interventi rinviabili, il generale invito a non recarsi in Pronto soccorso se non per reali urgenze, hanno ridotto i volumi di attività e indotto la popolazione a ridurre gli accessi presso le strutture sanitarie. Nel 2024 il tasso è lievemente inferiore a quello del 2023, ancora decisamente al di sotto dei livelli pre-pandemici, e sembra essersi stabilizzato su questo nuovo livello. Si contano 130,1 ricoveri ogni 1.000 abitanti (dai 129 dell'anno precedente e i 136,6 per 1.000 del 2019). Il tasso standardizzato per età è pari a 116,1 per 1.000 (era 115,3 nel 2023 e 123,3 per 1.000 nel 2019). Il trend è comune a tutti i territori, ma alcuni di questi mantengono comunque tassi più elevati rispetto alla media regionale: in particolare Alta Val d'Elsa, Casentino, Senese, Valle del Serchio, Versilia, Pratese, Valdarno, Valdinievole, Apuane e Pistoiese. Gli uomini hanno un tasso standardizzato di ospedalizzazione superiore a quello delle donne (119,8 vs 114,8), mentre non si rilevano particolari differenze di genere per quanto riguarda la distribuzione geografica: le zone con eccessi nella popolazione generale mantengono i primi posti anche osservando separatamente maschi e femmine.

Nella zona **Livornese** ci sono stati nel 2022 circa **21.700 ricoveri** (oltre 2.000 in più rispetto al 2020, anno di massimo impatto della pandemia, ma non ancora ai livelli pre-pandemici del 2019), per un tasso di ospedalizzazione standardizzato di **115 ricoveri ogni 1000 residenti** (era 109‰ nel 2019), dato in linea con le medie regionale (116‰) e aziendale (116‰) e con un trend in aumento. Non si registrano significative differenze di genere sul dato complessivo.

Tumori, malattie del sistema circolatorio, traumatismi e malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente rappresentano le principali cause di ospedalizzazione. Le cause di ospedalizzazione mostrano valori tendenzialmente in linea con la media regionale su tutte le voci. Alcune differenze di genere: tra le donne la prima causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle patologie oncologiche ed assumono un peso rilevante le malattie osteomuscolari; le malattie circolatorie sono invece la prima causa di ospedalizzazione tra gli uomini, con un'incidenza doppia rispetto alle donne. Uomini e donne hanno quindi diverse problematiche di salute e diversi dovranno essere i programmi di prevenzione volti a migliorare gestione e cura delle malattie e prevenire l'ospedalizzazione.

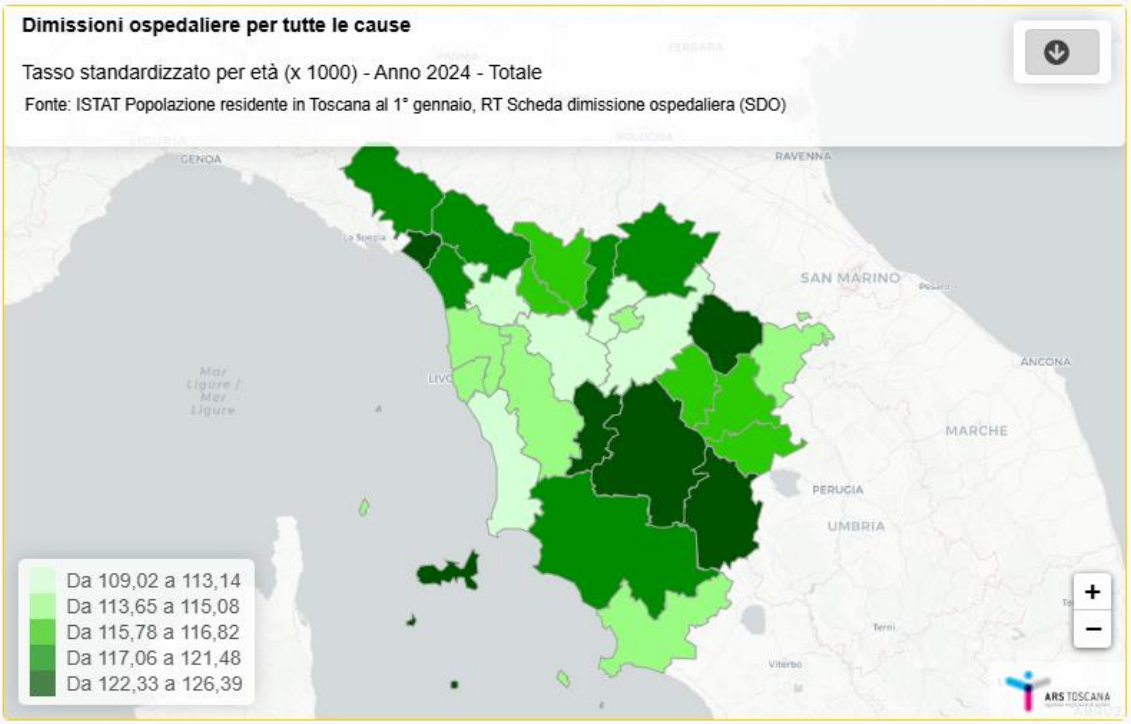


(a) Indicatore per zona

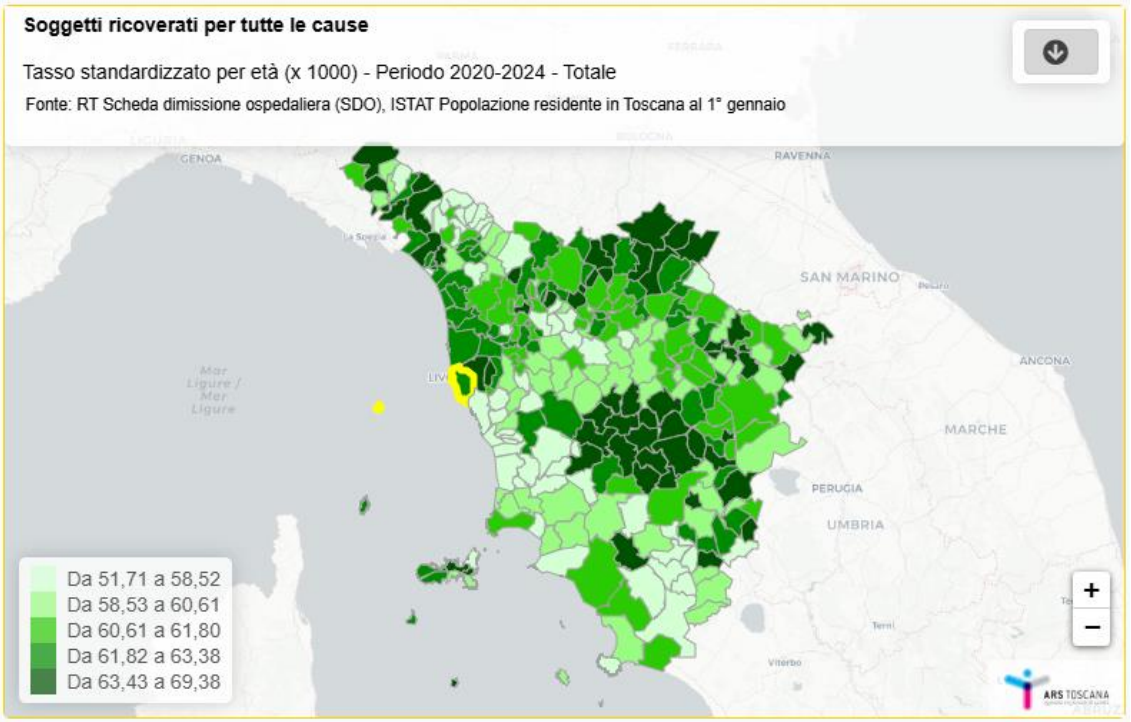


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale

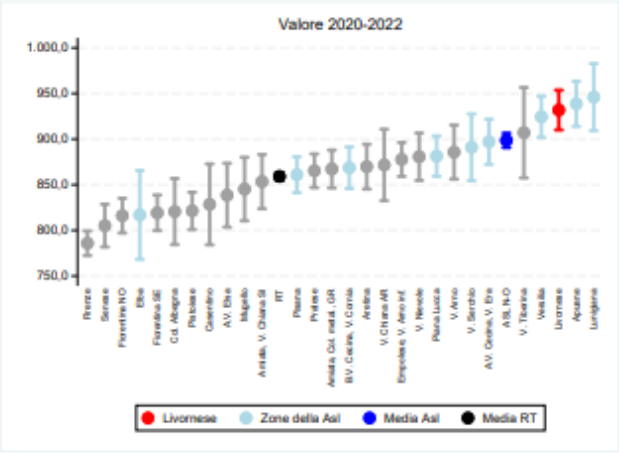


Tasso di mortalità

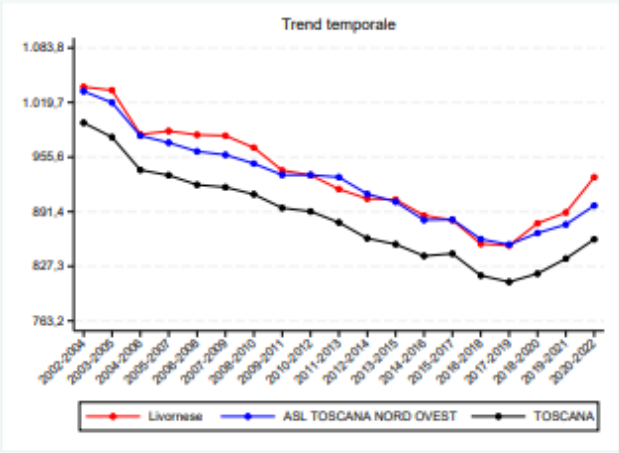
Il trend di diminuzione della mortalità toscana è proseguito da molti anni, grazie ai progressi in prevenzione e cura delle due principali cause di morte, malattie circolatorie e tumori, fino all'avvento della pandemia da COVID-19, che ha comportato un eccesso di mortalità rispetto all'atteso per tutto il periodo dal 2020 al 2022. Proprio nell'ultimo triennio, che considera tutti e tre gli anni di pandemia, il tasso di mortalità standardizzato per età ha raggiunto il picco di 859,1 decessi per 100mila abitanti, superiore rispetto agli 836,4 x100mila abitanti del 2019-2021 e agli 818,7 del 2018-2020. Nell'ultimo triennio prima della pandemia, il 2017-2019, il tasso era stato pari a 809 decessi x100mila abitanti. Alcune aree, costiere e nord occidentali, presentano delle criticità rispetto alla media regionale. Si tratta essenzialmente delle zone che si trovano nella fascia costiera centro settentrionale: Lunigiana, Apuane, Versilia, Livornese, Alta Val di Cecina-Val d'Era. Queste zone sono storicamente caratterizzate da livelli di mortalità più alti della media regionale, comunque al di sotto della media italiana, ma non è possibile individuare cause specifiche trattandosi di indicatori ecologici. Tra i maschi la mortalità è maggiore, 1.066 decessi ogni 100mila uomini vs 710,5 tra le donne, e le criticità geografiche si confermano quelle osservate nella popolazione generale. La pandemia ha accentuato il gap di mortalità tra uomini e donne, i primi infatti si sono dimostrati più vulnerabili alla letalità del contagio.

Nella zona **Livornese** il tasso di mortalità generale – **932 decessi per 100.000 residenti** - è superiore a quello medio regionale (859) ed il trend temporale, negativamente in crescita negli ultimi anni e superiore a quello aziendale (898), mostra una certa costanza nel gap con il valore toscano.

A livello di genere si nota un più alto livello di mortalità per i maschi (1.133 per 100.000 rispetto alle femmine (783 per 100.000, che è però uno dei valori zonali più alti nella regione). Oltre il 60% della mortalità generale è dovuto a patologie del sistema circolatorio (in particolare cardiopatia ischemica) e tumori (polmone in primis). Come osservato nell'ospedalizzazione sono questi due grandi gruppi di patologia a produrre il maggior numero di ricoveri e decessi ed è grazie ai progressi fatti in questi campi se la mortalità generale diminuisce nel lungo periodo.

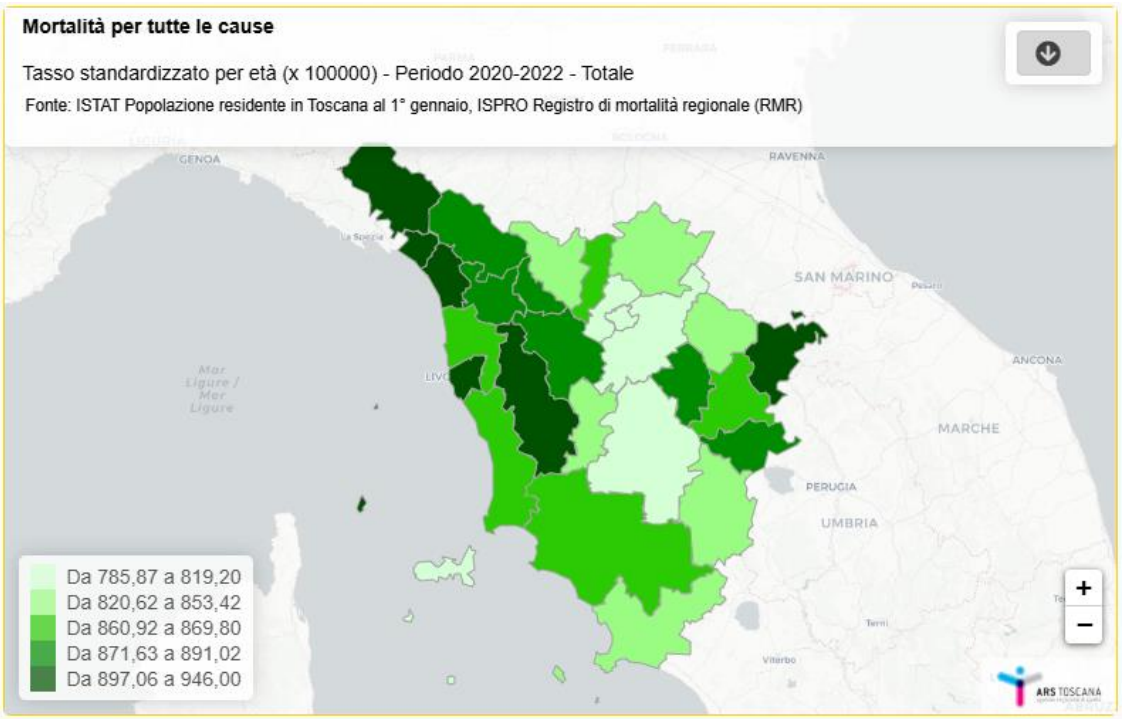


(a) Indicatore per zona

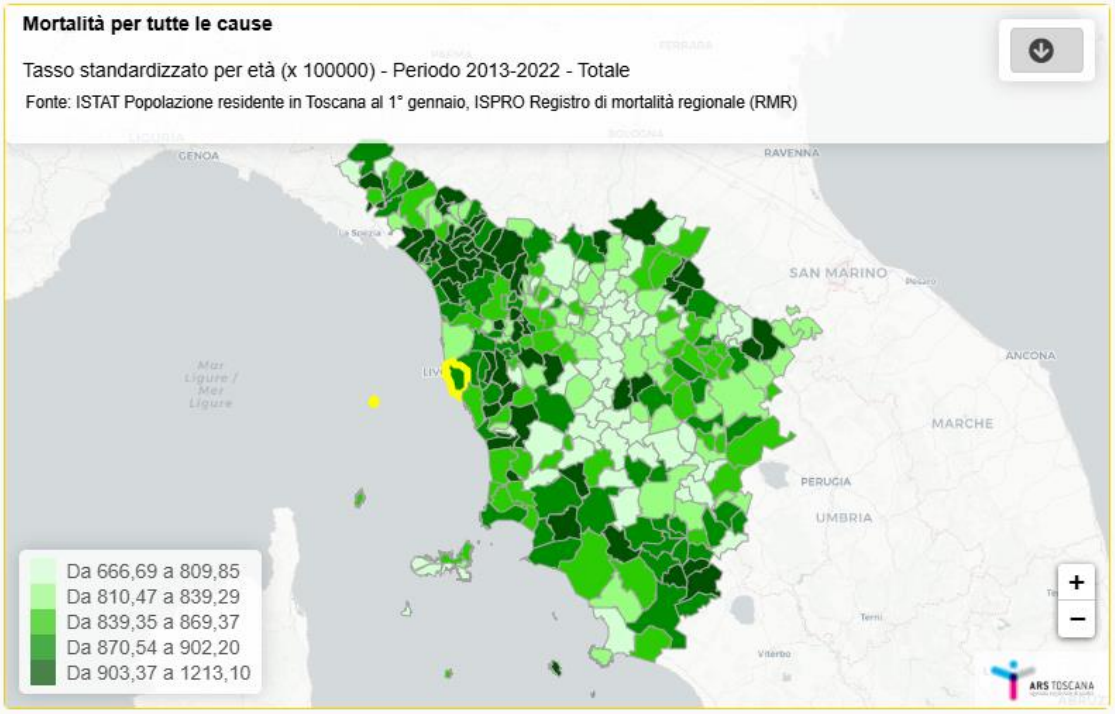


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale

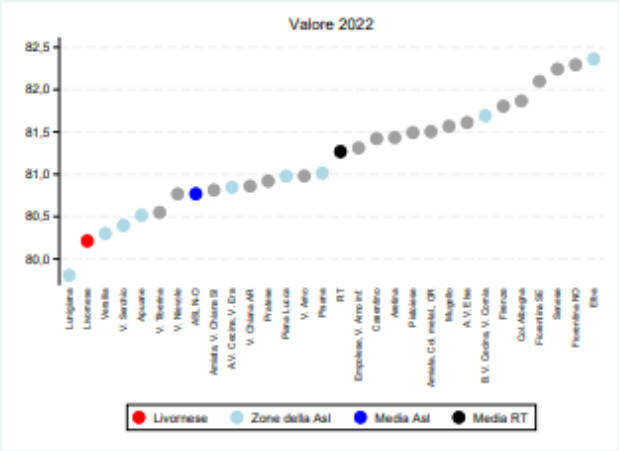


Speranza di vita alla nascita

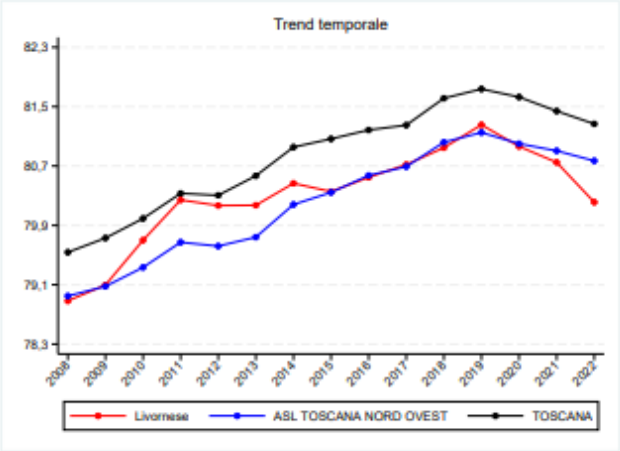
Grazie alla costante riduzione della mortalità generale la Toscana ha una speranza di vita alla nascita tra le più alte in Italia e nel mondo. Tuttavia, la pandemia da COVID-19 ha interrotto questo trend di diminuzione. Nel 2022, ultimo anno per il quale sono disponibili dati per Zona distretto, mediamente un uomo poteva attendersi di vivere 81,3 anni (81,7 nel 2019) e una donna 85,3 anni (85,9 nel 2019). Come i tassi di mortalità queste stime si basano sulle probabilità di morte osservate in un triennio (ad es. 2020-2022), per assicurare robustezza alle stime in ambiti geografici più piccoli come le Zone distretto, e il 2022 è quindi basato sui 3 anni caratterizzati dall'eccesso di mortalità. Come osservato nei tassi di mortalità generale, dei quali la speranza di vita è il riflesso, le maggiori criticità all'interno del nostro territorio si rilevano nella Asl Nord-Ovest e nell'area costiera della Asl Sud-Est, in entrambi i generi, dove i residenti hanno circa 1 anno di aspettativa di vita in meno rispetto alla media regionale. Anche in questo caso, trattandosi di indicatori di salute pubblica, non è possibile ricondurre questo gap a cause specifiche.

Anche nella zona **Livornese** la speranza di vita nel lungo periodo è in sensibile crescita sia tra i maschi (6 anni guadagnati dal 1989) che tra le femmine (5 anni). Nel breve periodo invece si registra un trend in diminuzione: la speranza di vita dei maschi è di **80,2 anni** e quella delle femmine è di **84,4 anni** (entrambe inferiori al dato toscano e tra i valori zonali più bassi), con una differenza di genere di 4,2 anni.

Maschi

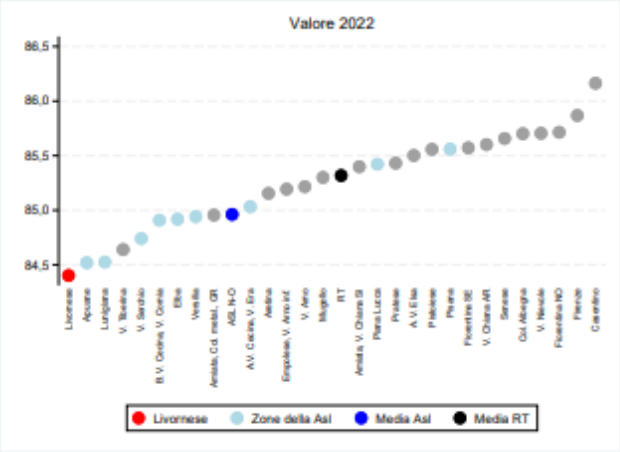


(a) Indicatore per zona

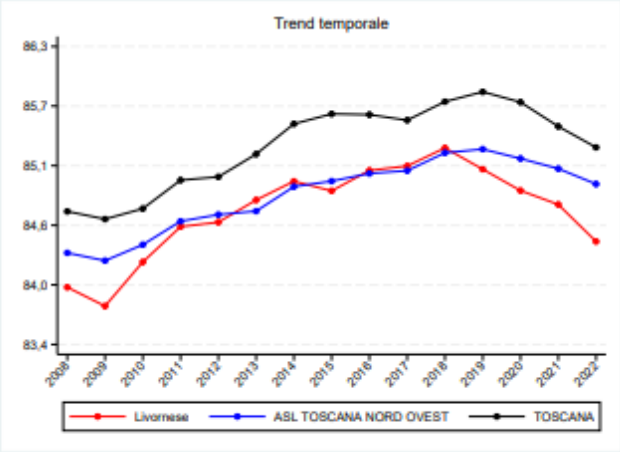


(b) Trend per zona, Asl e regione

Femmine

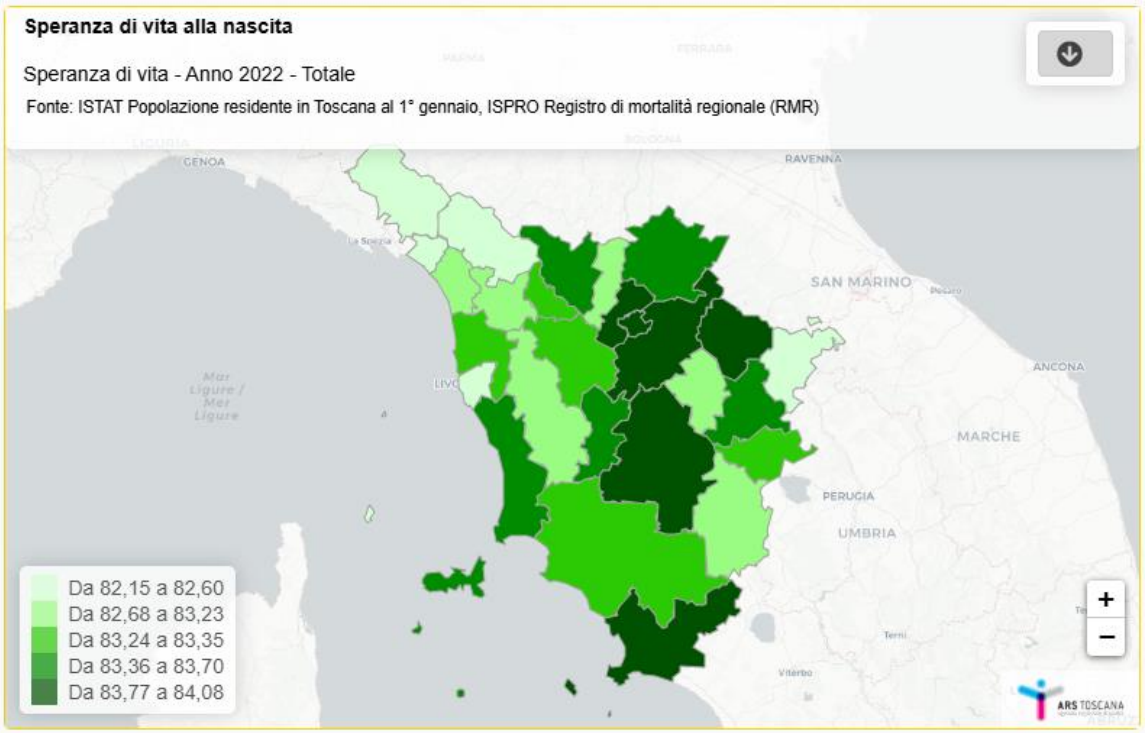


(a) Indicatore per zona

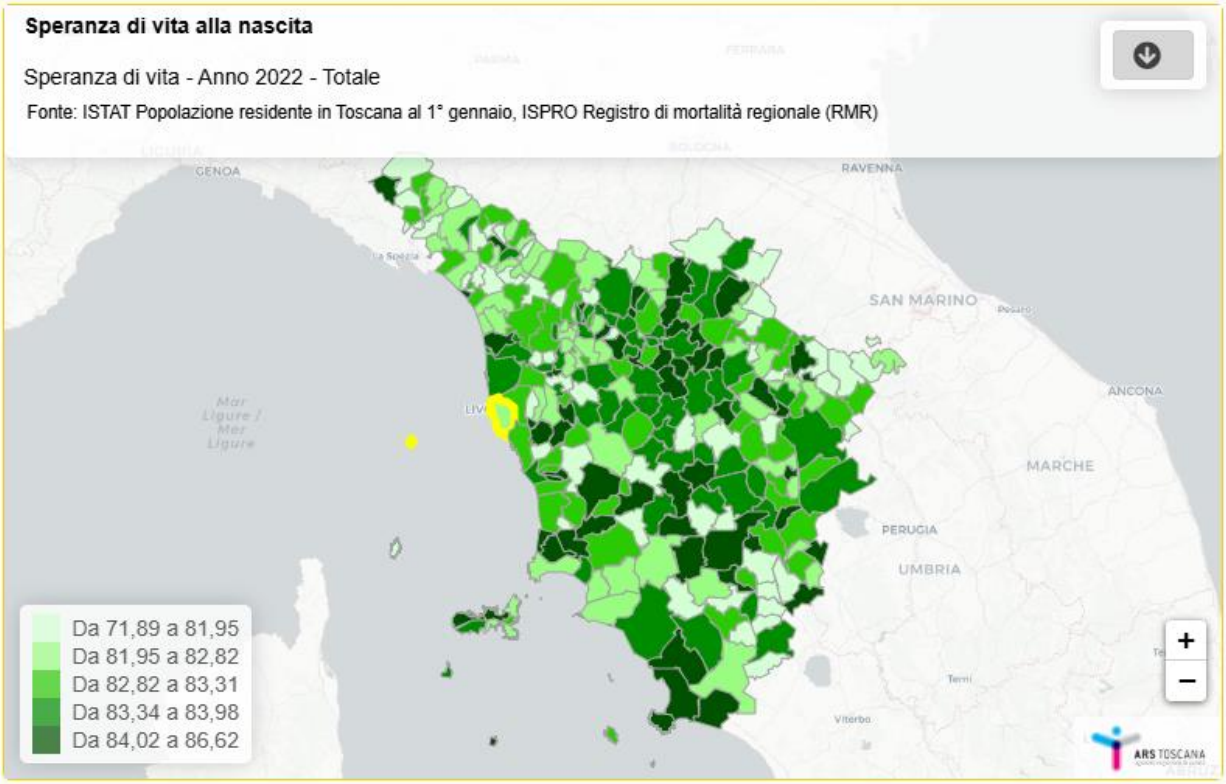


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale



Determinanti di salute

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Determinanti di salute" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:

  scostamento in negativo dalla media regionale

  in linea con la media regionale

  scostamento in positivo dalla media regionale

- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:

  ↓ in diminuzione con connotazione negativa

  ↑ in aumento con connotazione negativa

  ↓ in diminuzione con connotazione positiva

  ↑ in aumento con connotazione positiva

  ↔ andamento costante

Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Trend
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	**4,5**	3,7	4,2	5,1		2,4	↓
Reddito imponibile medio	**25.439,7**	24.279,8	24.076,1	21.415,4		28.967,7	↑
Importo medio mensile pensioni INPS	**1.240,9**	1.155,5	1.132,1	1.030,4		1.296,5	↑
Famiglie con integrazione canoni locazione	**4,7**	9,9	9,3	15,8		1,0	↑
Tasso grezzo di disoccupazione	**27,8**	23,8	27,1	39,2		17,7	↑
Indice presenza terzo settore formalizzato	**23,6**	29,6	28,7	20,0		43,2	↑
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	**7,2**	5,4	6,0	7,2		3,6	↔
Percentuale di 14-19enni che consuma 3+ porzioni di frutta e verdura al giorno	**22,5**	24,0	22,9	17,0		31,3	
Percentuale di 14-19enni obesi	**2,0**	2,3	2,3	5,3		0,7	
Percentuale di 14-19enni che non pratica attività fisica	**14,6**	13,1	12,6	21,3		8,2	
Percentuale di 14-19enni fumatori regolari	**19,7**	19,2	19,3	31,0		10,2	
Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)	**31,2**	33,4	34,2	47,8		26,5	
Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope	**32,4**	30,1	30,6	47,5		22,2	
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne	**1.302,0**	1.304,8	1.192,8	3.129,5		551,9	↑

Come si può notare dal quadro di sintesi, gli indicatori relativi alla **situazione reddituale** (reddito medio IRPEF e importo mensile delle pensioni) mettono in evidenza una condizione migliore rispetto alla media regionale, ma gli indicatori di **sofferenza economica, abitativa e lavorativa** (Integrazione canoni di locazione, tasso grezzo di disoccupazione e % di famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro) danno in ritorno uno scenario tendenzialmente più critico in confronto al valore toscano. Da questa contraddizione si può forse evincere una certa dualità nelle condizioni socio economiche della popolazione residente: da una parte le generazioni adulte e anziane che sono stabilmente inserite nel mercato del lavoro beneficiano di capacità reddituali adeguate, dall'altra le generazioni più giovani (con maggiore difficoltà di accesso occupazionale) e quelle adulte in difficoltà (espulse dal mercato del lavoro).

In merito agli **stili di vita**, i comportamenti giovanili denotano alcune note critiche: consumo di frutta e verdura, sedentarietà, abitudine al fumo, consumo eccedentario di alcol e consumo di sostanze psicotrope segnalano abitudini di vita che possono condurre a situazioni di rischio. Una menzione a parte meritano le evidenze dello studio ESPAD del CNR nel comune di Livorno, che oltre a confermare quanto detto poco sopra mettono in risalto nuove frontiere di comportamenti a rischio, particolarmente presenti tra i giovani livornesi: consumo di psicofarmaci non prescritti e energy drinks, propensione al gioco d'azzardo, incidentalità dovuta a condotte rischiose e comportamenti violenti.

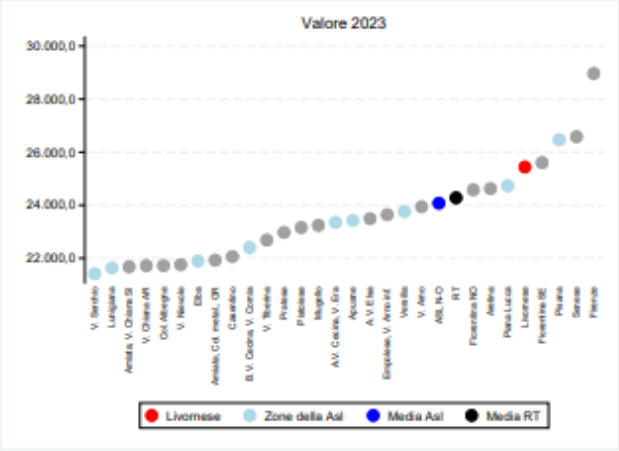
Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

Reddito

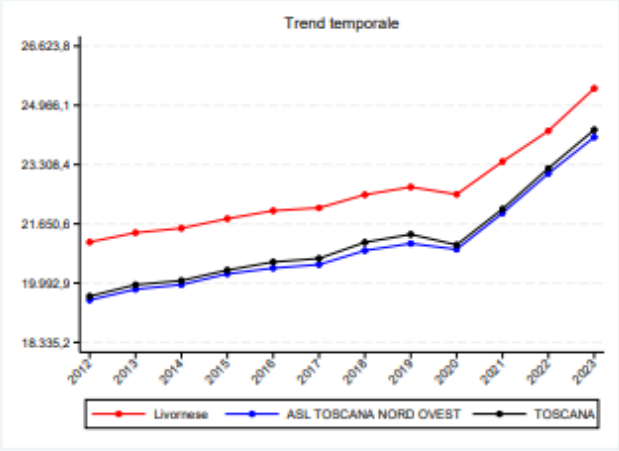
Reddito imponibile medio

Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente (il valore sul quale si applica l'aliquota per determinare l'addizionale regionale e comunale dovuta) mostra un intervallo che va dai 21.415 euro della Valle del Serchio ai 28.968 euro di Firenze, con una media regionale di 24.280 euro che risulta migliore di quella del contesto medio nazionale (23.949 euro). Nel trend si nota il calo registrato nel 2021, dovuto alla flessione dei redditi causata dagli impatti della pandemia da COVID-19. I territori con il reddito maggiore fanno riferimento al territorio fiorentino e alle zone in cui sono presenti i capoluoghi Siena, Pisa, Livorno e Lucca (tutti al di sopra della media regionale). I territori con i redditi minori, invece, fanno riferimento in larga parte ai contesti montani e collinari, soprattutto delle aree Sud-Est e Nord-Ovest, e all'arcipelago.

Il reddito medio IRPEF zona **Livornese** è di **25.439 €** per contribuente (tra i più elevati a livello zonale), un valore significativamente e stabilmente superiore rispetto al reddito medio regionale (24.279 €) e aziendale (24.076 €).



(a) Indicatore per zona

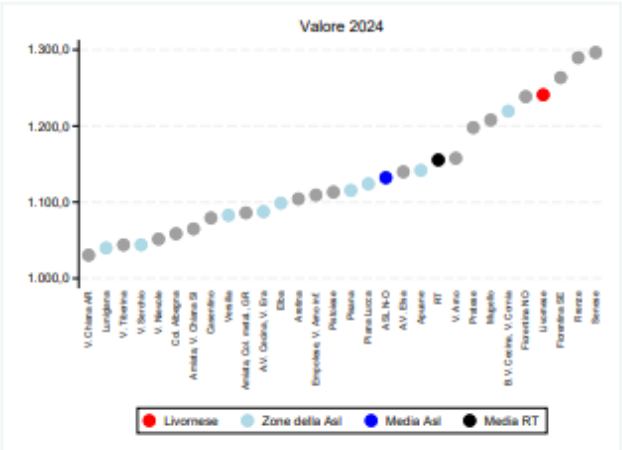


(b) Trend per zona, Asl e regione

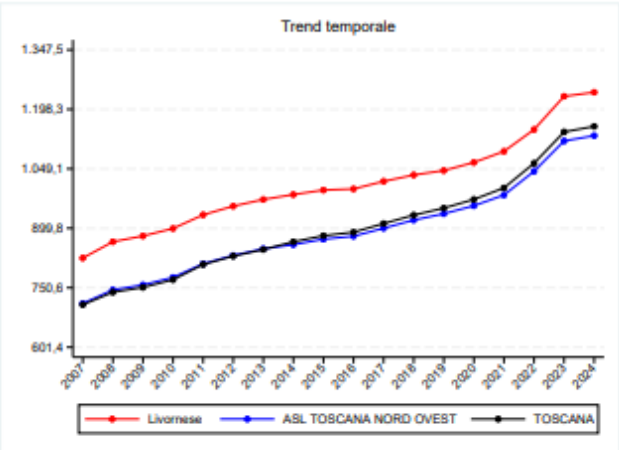
Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS

L'importo medio mensile delle pensioni INPS oscilla dai 1.296 euro della zona Senese ai 1.030 euro della Val di Chiana Aretina, mentre il dato medio toscano si attesta sui 1.155 euro e al di sopra di quello nazionale (1.091 euro). Pur in un contesto di generale miglioramento, anche su questo versante si confermano le criticità reddituali di gran parte delle aree montane e, in generale, di tutte quelle zone che hanno vissuto in passato principalmente su una economia agricola e terziaria o comunque con uno scarso sviluppo industriale. I territori che infatti mostrano i valori più elevati sono quelli che in passato hanno avuto una forte connotazione industriale o turistica. In termini di aree, la Centro è quella con il valore più elevato (1.193 euro), la Nord-Ovest si avvicina ai valori regionali (1.132 euro) e la Sud-Est è quella con il valore minore (1.120 euro).

Nella zona **Livornese** si riscontra un importo medio mensile delle pensioni INPS pari a **1.240 €**, con un divario positivo di circa 95 € mensili rispetto alla media regionale, dato che colloca la zona tra i territori con i valori più alti in Toscana.



(a) Indicatore per zona



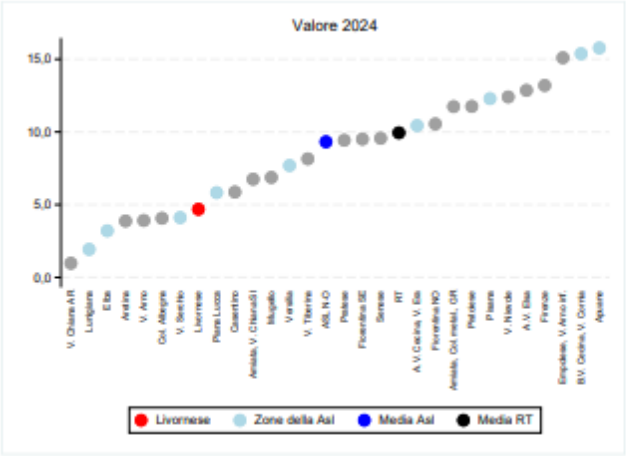
(b) Trend per zona, Asl e regione

Indicatori di disagio economico, abitativo e lavorativo

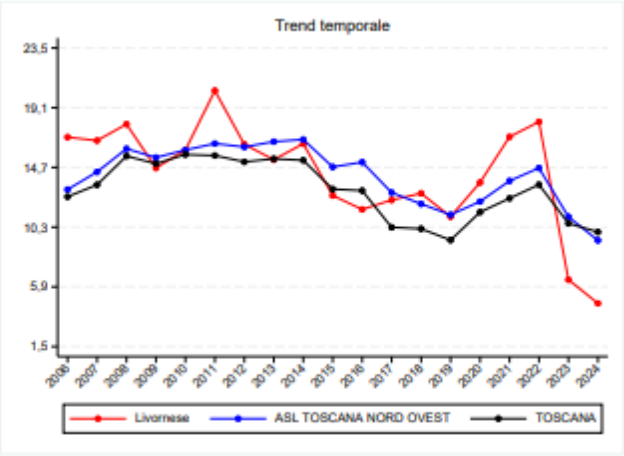
Tasso di famiglie che chiedono integrazione canoni di locazione

L'indicatore ha una duplice valenza: rivela difficoltà delle famiglie sia in termini di disagio economico (insufficienza di mezzi economici per far fronte all'affitto) che in chiave di disagio abitativo (rischio di perdita dell'abitazione per morosità incolpevole). Il fenomeno, che in Toscana interessa al 2024 circa 16.700 famiglie (10 ogni 1.000), oscilla a livello zonale tra l'1 per 1.000 della Val di Chiana Aretina e il 16 per 1.000 delle Apuane. Oltre a quest'ultima, i valori più elevati si riscontrano nella Empolese, nelle Apuane e nella Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, anche se c'è da dire che essendo questa una misura che si basa su dati dei servizi, spesso riflette anche la maggiore o minore presenza di servizi e di attività degli stessi sul territorio, così come l'entità dei budget stanziati (incentivo/disincentivo per le domande). Non è detto dunque che ad una minore intensità di domande in un territorio corrisponda la reale diminuzione del fenomeno, e viceversa. È possibile, infatti, che in presenza di bassi budget disponibili e di domande senza successo reiterate negli anni, le famiglie preferiscano indirizzare le richieste verso altri servizi (es. domande per alloggi ERP e per contributi economici alle famiglie). Premesso ciò, occorre inoltre dire che il trend regionale, tornato a crescere dal 2020 al 2022 (dal 9,3 al 13,4 per 1.000) dopo diversi anni di costante diminuzione (15,6 per 1.000 nel 2011), ha subito un calo evidente dal 2023, dovuto al fatto che molti Comuni non hanno pubblicato bandi in ragione delle mancate risorse di provenienza nazionale. Infine, a livello di area il fenomeno appare maggiormente presente nell'area Centro (12 per 1.000) e Nord-Ovest (9 per 1.000) e di minore intensità nella Sud-Est (7 per 1.000).

Su questo versante la zona **Livornese** ha mostrato spesso negli ultimi anni dati superiori alla media regionale, evidenziando dunque alcuni ambiti di disagio abitativo, certamente collegati al periodo di crisi economica e, dal 2020, anche agli effetti della pandemia e delle recenti dinamiche inflazionistiche. L'ulteriore calo del 2024, dopo quello registrato nel 2023, è principalmente attribuibile al venir meno delle risorse nazionali in materia. L'ultimo dato rappresenta **373 famiglie** che hanno richiesto ai Comuni un contributo economico per far fronte all'affitto (**4,7 famiglie ogni 1.000**, contro una media regionale di 9,9).



(a) Indicatore per zona

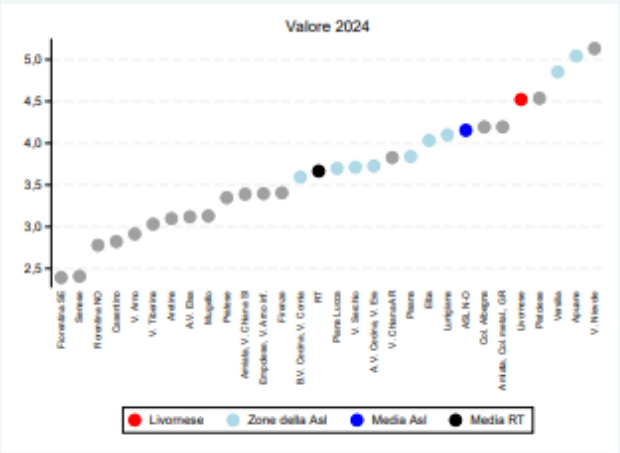


(b) Trend per zona, Asl e regione

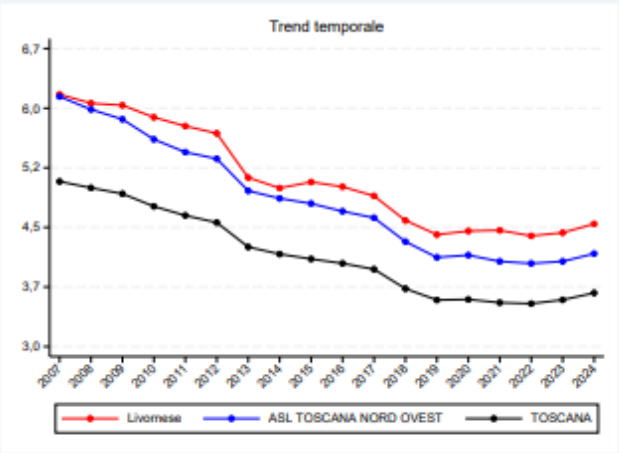
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali

Il tasso di pensioni e assegni sociali (prestazioni assistenziali riservate agli anziani che non percepiscono alcun reddito o che hanno redditi molto bassi) misura le possibili difficoltà economiche della popolazione anziana, e in Toscana risulta decisamente più basso rispetto alla media nazionale (3,7% contro 6,1%) e in costante diminuzione (era il 5% nel 2007). Il range dell'indicatore passa dal 2,4% della zona Senese e della Fiorentina Sud-Est al 5,1% della Val di Nievole. La presenza di pensioni e assegni sociali interessa in media maggiormente i territori ricompresi nella Asl Toscana Nord-Ovest (4,2%); tra le zone con i valori più alti si segnalano, oltre alla già citata Val di Nievole, le Apuane, la Versilia, la Livornese e la Pistoiese, tutte con valori sopra al 4%.

Nella zona **Livornese** sono attualmente erogate **2.118 pensioni e assegni sociali**, ossia **4,5 ogni 100 anziani**. Un dato superiore a quello medio regionale (3,7%) e tra i più alti in Toscana, dunque un livello di possibile sofferenza economica degli anziani che coinvolge uno spaccato non residuale.



(a) Indicatore per zona

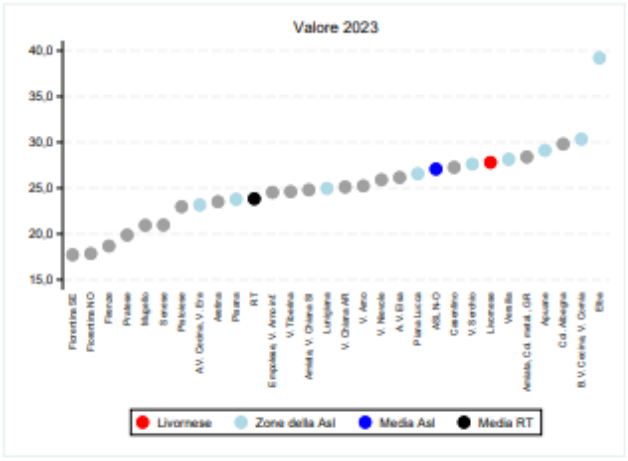


(b) Trend per zona, Asl e regione

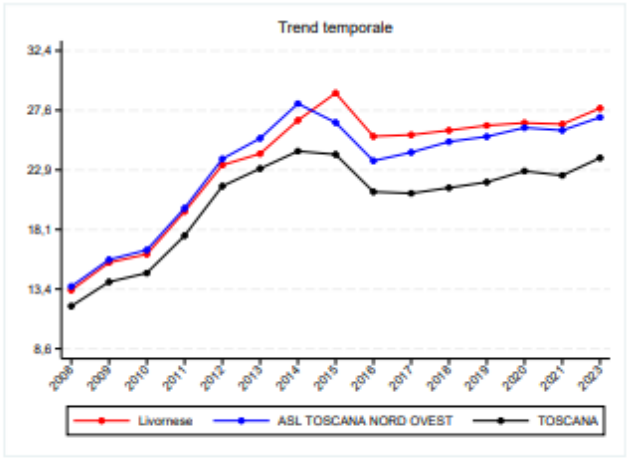
Tasso grezzo di disoccupazione

Il tasso grezzo di disoccupazione, che mette in rapporto gli iscritti ai Centri per l'Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva (15-64 anni), è un indicatore di disagio lavorativo che misura la disoccupazione cosiddetta amministrativa. La Toscana è al 23,8% e mostra un valore doppio rispetto al periodo pre-crisi economica (11% al 2008). La situazione zonale vede maggiormente penalizzate l'Elba, alcune delle aree montane e la zona costiera (soprattutto di Massa e Livorno-Piombino, non a caso qualificate come Aree di Crisi Complessa e destinatarie di interventi ed investimenti straordinari da parte di Regione Toscana e Ministero dell'Economia e delle Finanze). A livello di area la Nord-Ovest è quella che mostra la situazione più critica (27,1%), seguita dalla Sud-Est (25,3%) mentre la Centro risulta al di sotto della media regionale (20,6%).

La zona **Livornese** ha uno stock di iscritti ai Centri per l'Impiego di circa **29.000 persone**, che genera un tasso grezzo di disoccupazione del **27,8%**, quindi un dato superiore a quello medio toscano (23,8%) e in linea con quello aziendale (27%), nonché doppio rispetto al periodo pre-crisi. Il trend storico mostra un miglioramento rispetto al 2015 ma evidenzia una leggera ripresa negli ultimi anni.



(a) Indicatore per zona

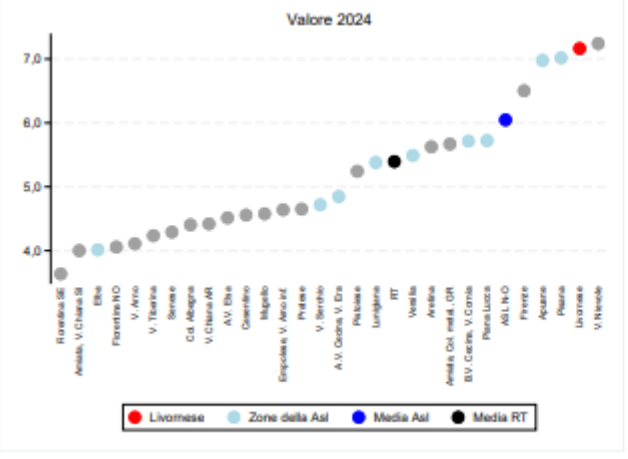


(b) Trend per zona, Asl e regione

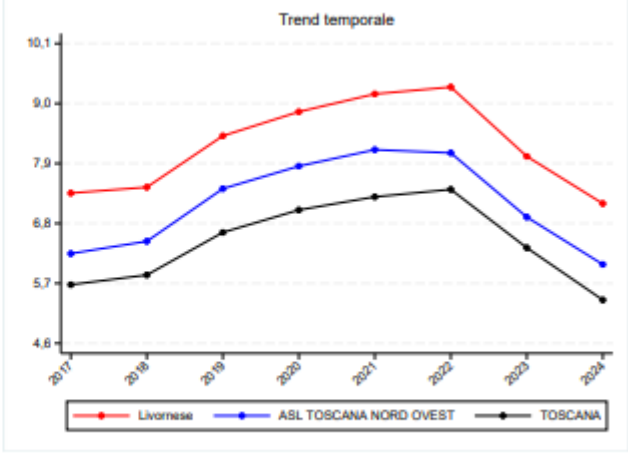
Percentuale di famiglie con ISEE inferiore a 6000 Euro

L'indicatore misura la quota di famiglie che mostra una situazione economica e patrimoniale fortemente deficitaria, mettendo in rapporto percentuale i nuclei con ISEE inferiore a 6.000 euro con il totale delle famiglie residenti. Dal 2017 al 2022 il numero di famiglie con tali caratteristiche è cresciuto da circa 93.700 a circa 123.400, passando dal 5,7% al 7,4% delle famiglie residenti, ed evidenziando un disagio economico crescente per questo spaccato di riferimento. Nel 2023 e nel 2024 si è invece assistito ad un calo del numero di DSU ISEE inferiori a 6.000 euro (103.600 nel 2023 e 90.600 nel 2024) che ha portato l'indicatore al 5,4%. La Nord-Ovest è l'area che mostra il valore più elevato (6%), mentre la Centro e la Sud-Est si attestano leggermente al di sotto della media regionale. A livello zonale l'indicatore ha un intervallo che va dal 3,6% della Fiorentina Sud-Est al 7,2% della Val di Nievole e le zone che rilevano le maggiori quote di famiglie in disagio economico sono, oltre alla appena citata Val di Nievole, la Livornese, la Pisana, le Apuane e Firenze, confermando le criticità dell'area costiera in termini di svantaggio.

A questo proposito, nella zona **Livornese** si riscontrano circa **5.707 famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro**, ovvero il **7,2% delle famiglie residenti**, con un trend in calo e che si mostra superiore al valore medio regionale (5,4%) e aziendale (6%).



(a) Indicatore per zona



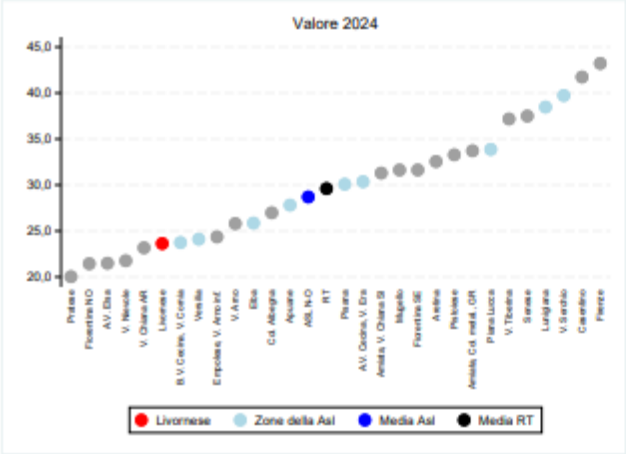
(b) Trend per zona, Asl e regione

Capitale sociale

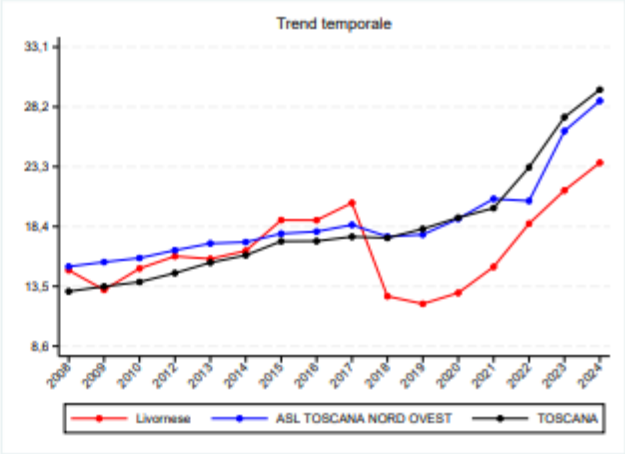
Indice di presenza del terzo settore formalizzato

La presenza del terzo settore formalizzato, ossia il rapporto tra organizzazioni iscritte al RUNTS, Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, imprese sociali, enti filantropici, società di mutuo soccorso, altri enti del terzo settore) per 10.000 residenti, fornisce una misura di diffusione del capitale sociale sul territorio. L'indicatore ha assunto questa formula a partire dal 2022, a seguito del passaggio dai registri regionali al RUNTS previsto dalla Riforma del Terzo settore. Si è tuttavia scelto di mantenere la serie storica per permettere una continuità temporale nella lettura del fenomeno. Riguardo alla misura, si tratta soltanto dei soggetti iscritti, quindi dello spaccato formalizzato del più vasto universo non profit. In Toscana la presenza del terzo settore formalizzato al 2024 è di 29,6 organizzazioni ogni 10mila residenti (circa 10.800 organizzazioni), decisamente superiore al dato medio nazionale (22 per 10mila). Le aree vaste mostrano valori differenti, ma vicini tra loro (28,7 per 10mila la Nord-Ovest; 29,4 la Centro e 31,4 la Sud-Est) e a livello zonale l'indicatore comprende un intervallo che va dalle 20 della Pratese alle 43 organizzazioni ogni 10mila residenti di Firenze, con una consistente concentrazione in presenza dei territori maggiormente urbanizzati nei quali sono presenti i capoluoghi (in primis Firenze e Siena).

Nella zona Livornese sono attualmente presenti **401** organizzazioni di Terzo settore iscritte al RUNTS, ossia **23,6 ogni 10.000 residenti**, un valore inferiore alla media regionale (29,6) e a quella aziendale (28,7). Quello che nel 2018 sembra essere un crollo della presenza di non profit formalizzato, è in realtà da attribuire al processo di ottimizzazione e ripulitura degli archivi richiesto dalla normativa nazionale e regionale di settore in vista dell'attivazione del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS), che gli uffici comunali hanno tempestivamente provveduto ad eseguire (basti pensare che al 2017, anno in cui tutti gli archivi erano allineati sugli stessi criteri, la zona mostrava un valore di **20 organizzazioni ogni 10.000 residenti**, contro una media regionale di 17,5 per 10.000). Il dato infatti si sta progressivamente riallinenando ai valori medi della Toscana e della USL Nord-ovest.



(a) Indicatore per zona



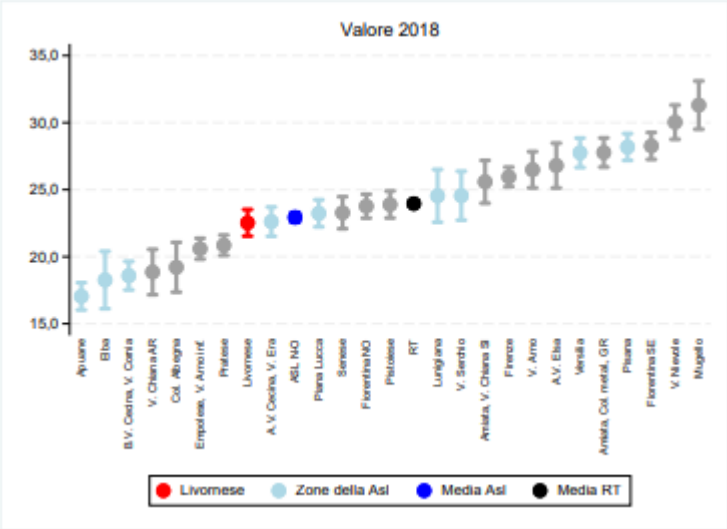
(b) Trend per zona, Asl e regione

Stili di vita

Consumo di frutta e verdura tra i giovani

Secondo l'Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronarica e di circa l'11% dell'ictus cerebrale. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, sarebbe quella minima consigliata. Anche le linee guida per una sana alimentazione italiana sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la densità energetica della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. Proponiamo un indicatore sul consumo di almeno 3 porzioni giornaliere tra i giovani toscani. Purtroppo l'indicatore al momento non è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l'ultimo anno disponibile.

Nella zona **Livornese** il consumo delle quantità raccomandate di frutta e verdura tra i giovani è praticato da circa il **22% dei residenti 14-19 anni**, un dato poco al di sotto di quello medio toscano (24%).

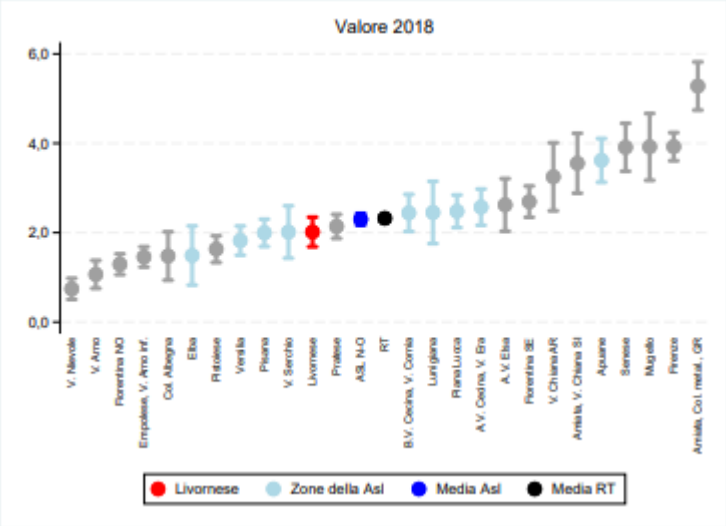


% di popolazione giovane obesa (BMI>30)

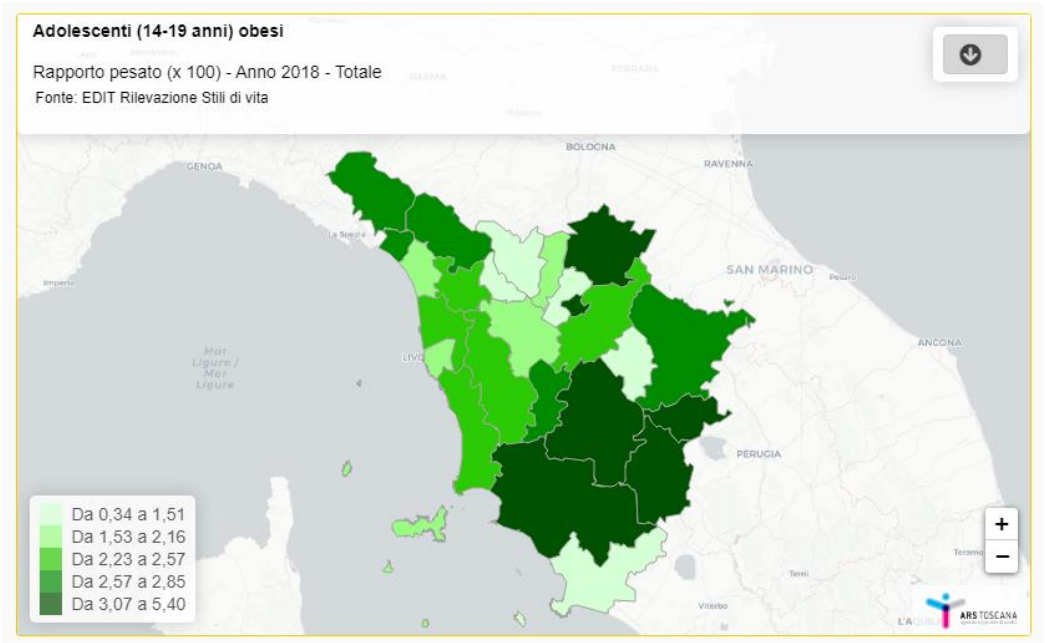
L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Essa è definita come un eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, in termini sia di quantità assoluta, sia di distribuzione in punti precisi del corpo. In particolare, le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (Imc) o Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato. In Toscana circa il 2,3% dei ragazzi iscritti alle scuole superiori è obeso, con zone in cui la percentuale si avvicina o supera il 5% (Amiata grossetana-Colline metallifere-Grossetana, Mugello). Purtroppo l'indicatore al momento non

è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l'ultimo anno disponibile.

Sull'obesità la zona **Livornese** - **2% dei 14-19enni** - rivela una situazione in linea con il dato medio regionale (2,3%) e aziendale (2,4%).



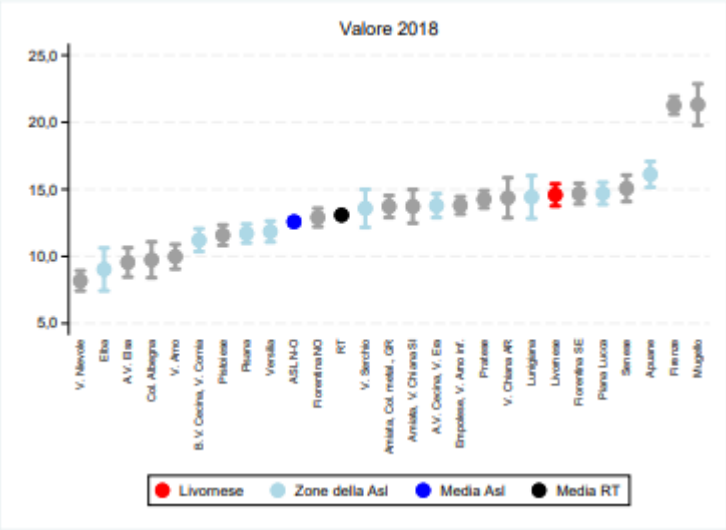
Mappa zonale



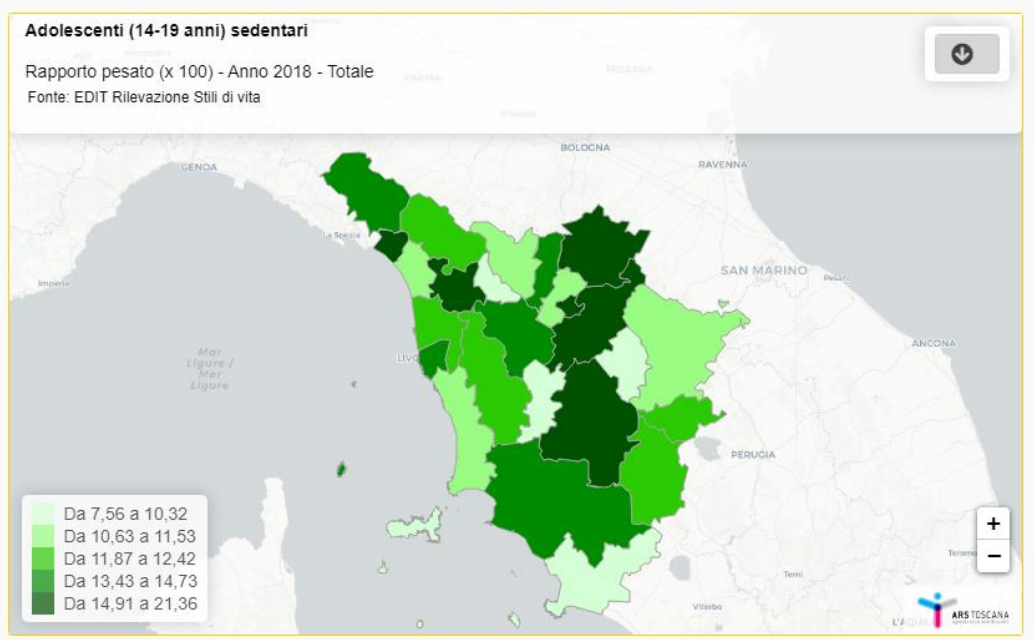
Percentuale di giovani con scarsa o assente attività fisica

Lo stile di vita sedentario è in aumento in tutti i Paesi sviluppati, rappresentando un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unita- mente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. Tra i ragazzi toscani, circa il 13% non pratica mai attività sportiva durante la settimana. Le zone di Firenze e del Mugello sono quelle con i livelli più alti (1 ragazzo su 5 non pratica alcuna attività sportiva). Purtroppo l'indicatore al momento non è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l'ultimo anno disponibile.

Nella zona **Livornese** i 14-19enni inattivi sono il **14,6%,** un dato superiore a quello medio regionale (13,1%) e aziendale (12,6%).



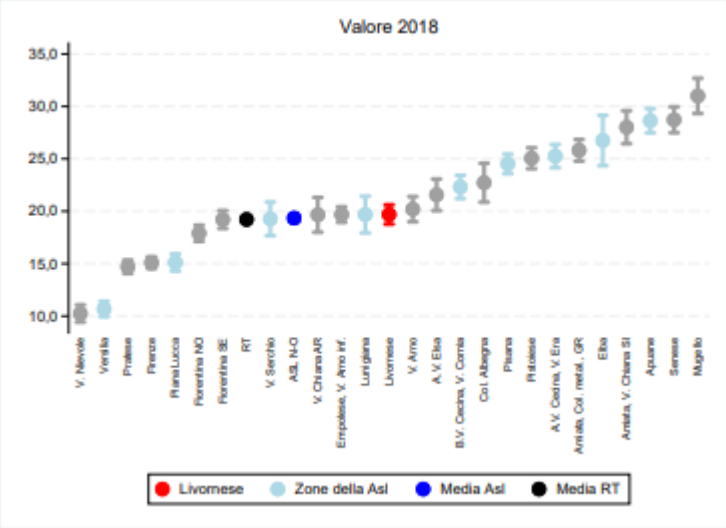
Mappa zonale



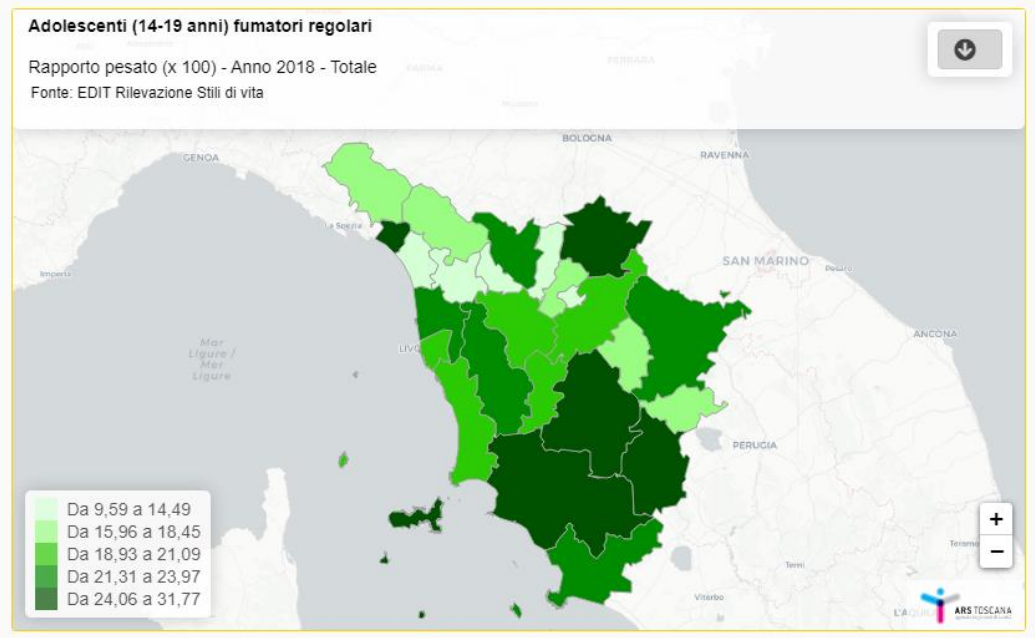
Percentuale di giovani fumatori regolari

Gli effetti negativi del fumo ricadono non solo sulle persone che ne sono dipendenti ma anche su quelle che sono esposte abitualmente al fumo passivo. Per fumatore regolare, nell'indicatore che proponiamo, si intende un ragazzo che fuma e compra regolarmente sigarette o tabacco. Circa un ragazzo tra i 14 e i 19 anni su cinque fuma regolarmente, con alcune zone in cui la frequenza si avvicina all'1 ogni 3 (Mugello, Apuane, Senese, Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana senese. Purtroppo l'indicatore al momento non è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l'ultimo anno disponibile.

Nella zona **Livornese** la quota di giovani fumatori è del **20% (1 su 5)**, un dato in linea con quello toscano e aziendale (19%).



Mappa zonale

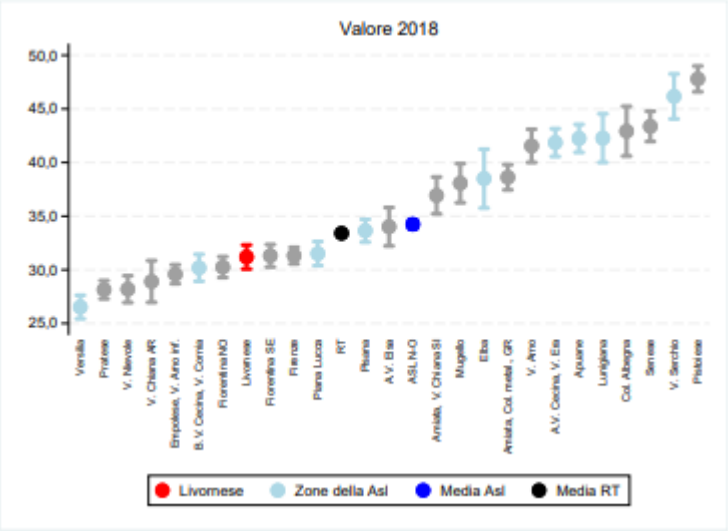


Percentuale di giovani bevitori eccedentari (binge drinkers)

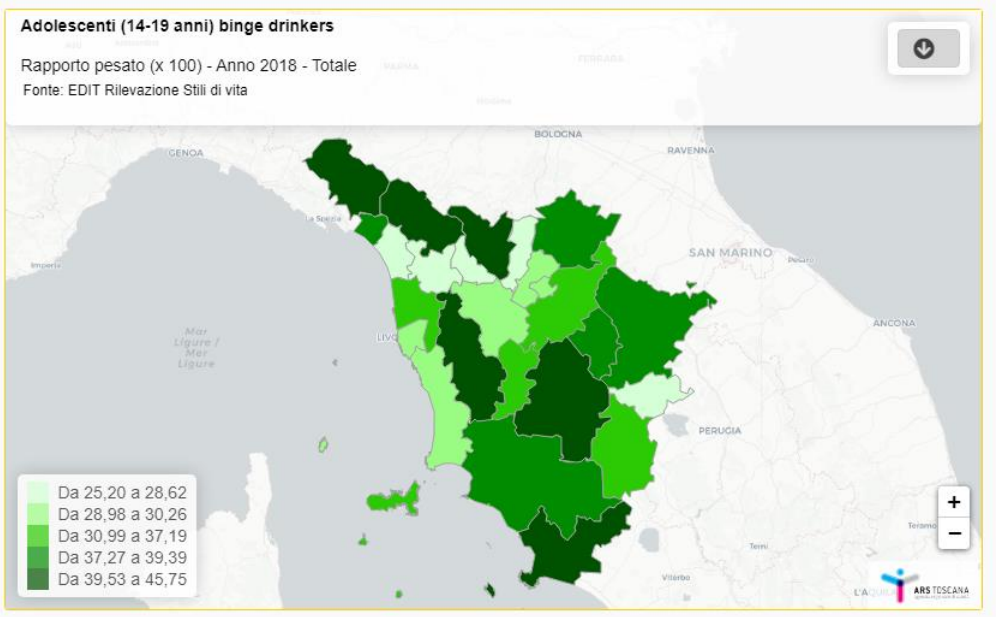
Consumare alcol è un'abitudine piuttosto diffusa, ma sono soprattutto rilevanti le modalità del consumo di sostanze alcoliche. L'indicatore rileva il consumo di alcol eccedentario considerando i ragazzi che bevono molto in un tempo limitato (binge drinkers). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il bevitore binge è colui che consuma almeno una volta al mese 5 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Tra i giovani toscani uno su tre ha avuto un'esperienza di questo tipo nell'ultimo mese. In alcune zone quasi la metà dei ragazzi ha dichiarato episodi di binge drinking (Pistoiese e Valle del Serchio in particolare). Purtroppo l'indicatore al momento non è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l'ultimo anno disponibile.

Il dato dei giovani 14-19enni bevitori a rischio è nella zona **Livornese** (**31%**) inferiore a quello medio toscano (33,4%). Una attenzione particolare su questo stile di vita della popolazione giovanile è però

prioritaria, dato che si sta affiancando (e affermando) al consumo di tipo mediterraneo (vino ai pasti) un consumo di tipo “nordico” (grandi quantità di alcol, soprattutto birra e superalcolici, in brevi lassi temporali).



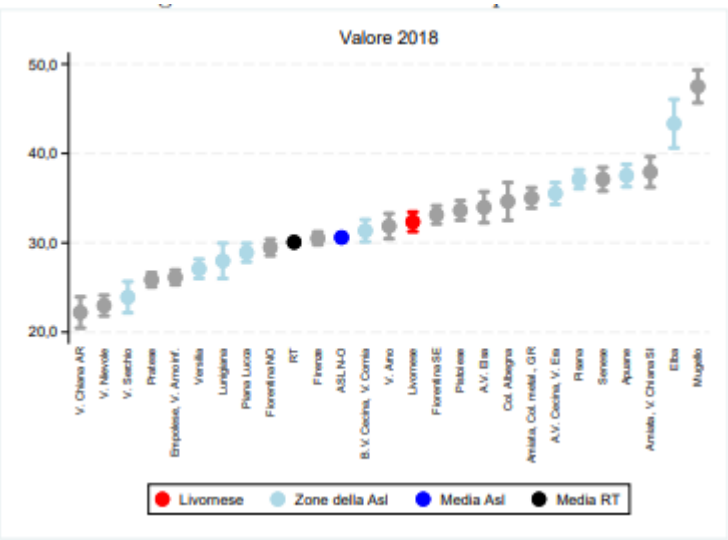
Mappa zonale



Uso di sostanze psicotrope tra i giovani

L’utilizzo di sostanze psicotrope è un fenomeno in costante evoluzione, influenzato dalla dinamicità del mercato dell’offerta. L’uso di sostanze è ancora prevalente tra i giovani, in particolare per l’uso ricreazionale. Secondo gli ultimi dati ESPAD Italia (indagine sul consumo tra i giovani), 1 adolescente su 4 ha provato sostanze nell’ultimo anno. Il dato toscano rilevato da Edit è inferiore alla media italiana, circa 1 ragazzo 14-19enne su 3 dichiara di aver consumato sostanze nell’anno, percentuale che però supera il 40% nel Mugello e nella zona dell’Elba. Purtroppo l’indicatore al momento non è più disponibile con un dettaglio di Zona distretto, il 2018 è l’ultimo anno disponibile.

In merito al consumo di sostanze psicotrope tra i giovani, la zona **Livornese** (**32%**) mostra un dato superiore a quello medio toscano (30%) e la delicatezza del tema impone sicuramente una focalizzazione in termini di azioni preventive.



Approfondimento sugli stili di vita giovanili nel comune di Livorno

Gli indicatori presenti in questo approfondimento sono stati costruiti all'interno dello studio European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD®Italia) dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR: uno strumento standardizzato a livello nazionale e internazionale che consente di raccogliere informazioni sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco, sostanze psicotrope legali e non e altri comportamenti a rischio da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni.

La survey del 2022 ha coinvolto tutte le scuole superiori di II grado del comune di Livorno con un campione di oltre 850 fra ragazzi e ragazze di età compresa fra 15 e 19 anni fornendo, quindi, un quadro rappresentativo della popolazione studentesca, sia comunale che zonale. Quello del 2022 è il secondo sovra campionamento per Livorno dello studio ESPAD®Italia; già nel 2019, infatti, lo strumento fu utilizzato con l'intento di approfondire gli stili di vita e in particolar modo il fenomeno del gioco d'azzardo nella popolazione studentesca livornese. Questo ha permesso di poter offrire, per gli indicatori selezionati, un raffronto tra i comportamenti a rischio dei giovani nella fase pre-pandemica e quelli nella fase post-pandemica.

Tra i molti indicatori costruiti attraverso lo studio ESPAD®Italia, ne sono stati selezionati 18 che, come detto, entreranno stabilmente a far parte del set di indicatori del Profilo di salute, al fine di ampliare il quadro conoscitivo sia in chiave di espansione tematica che in termini di granularità delle informazioni (quelli del sovra campionamento di ESPAD®Italia per Livorno sono gli unici dati sugli stili di vita di livello comunale oggi disponibili).

Gli indicatori selezionati sono presentati di seguito per tematica, in forma grafo-tabellare attraverso tavole che mettono a confronto sia la situazione 2022 di Livorno con quella media della Toscana e dell'Italia che la differenza del dato 2022 di Livorno rispetto al 2019.

Le evidenze dell'indagine:

- Consumo *eccessivo di alcolici* e *binge drinking*: ¾ dei ragazzi hanno consumato alcol nell'ultimo anno, 1/3 hanno avuto ubriacature e il 23% episodi di binge drinking

Distribuzione % del consumo di bevande alcoliche per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	79%	84%	82%	74%	95%
Toscana	83%	84%	83%	78%	91%
Italia	82%	84%	83%	79%	91%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-8,6%	-3,8%	-6,3%	-9,0%	-0,4%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	74%	77%	76%	68%	89%
Toscana	77%	78%	77%	72%	87%
Italia	77%	79%	78%	72%	87%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-11,7%	-4,1%	-7,5%	-9,5%	-4,0%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	60%	60%	60%	50%	77%
Toscana	64%	64%	64%	56%	76%
Italia	63%	65%	64%	57%	76%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-10,1%	-2,9%	-7,0%	-5,8%	1,7%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	5%	4%	4%	4%	6%
Toscana	7%	5%	6%	-	-
Italia	7%	5%	6%	5%	8%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**20 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % delle ubriacature da consumo di bevande alcoliche per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	39%	46%	42%	31%	61%
Toscana	38%	46%	42%	33%	57%
Italia	36%	45%	40%	31%	55%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-2,2%	-1,6%	-2,6%	2,3%	-7,5%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	28%	39%	33%	25%	48%
Toscana	30%	36%	33%	27%	43%
Italia	29%	35%	32%	25%	42%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-3,6%	4,6%	0,3%	-0,4%	1,7%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	15%	19%	17%	12%	26%
Toscana	17%	18%	17%		
Italia	15%	18%	16%	13%	21%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	5%	4%	4%	4%	6%
Toscana	7%	5%	6%	-	-
Italia	7%	5%	6%	5%	8%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**10 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % del binge drinking per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	24%	21%	23%	18%	30%
Toscana	29%	28%	28%	24%	35%
Italia	30%	29%	30%	26%	36%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-11,8%	-9,0%	-10,8%	-8,7%	-13,0%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

- Consumo di *energy drinks*: il 54% li ha provati almeno una volta, il 40% nell'ultimo anno e il 27% nell'ultimo mese

Distribuzione % del consumo di energy drink per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	67%	42%	54%	54%	55%
Toscana	72%	49%	61%	61%	61%
Italia	74%	52%	63%	64%	62%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-9,4%	-26,5%	-17,6%	-17,8%	-15,6%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	52%	27%	40%	40%	41%
Toscana	60%	34%	48%	49%	46%
Italia	62%	36%	49%	51%	47%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-9,8%	-11,3%	-11,2%	-13,5%	-5,6%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	36%	16	27%	25%	30%
Toscana	43%	23%	33%		
Italia	48%	25%	36%	37%	34%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-4,9%	-3,6%	-4,5%	-8,0%	0,8%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3%	1%	2%	2%	3%
Toscana	4%	2%	3%	-	-
Italia	5%	2%	3%	4%	3%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,6%	0,8%	0,4%	0,7%	-0,1%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**20 o più volte nell'ultimo mese*

- Consumo di *sostanze psicoattive*: i consumi nella vita (41%), nel corso dell'ultimo anno (32%) e dell'ultimo mese (24%) sono significativamente più elevati dei riferimenti medi italiano e toscano;

Distribuzione % del consumo di sostanze psicoattive illegali per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	42%	41%	41%	34%	53%
Toscana	37%	34%	36%	30%	46%
Italia	35%	33%	34%	27%	44%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,3%	-3,3%	-1,8%	2,9%	-9,0%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	34%	30%	32%	25%	42%
Toscana	29%	24%	27%	22%	35%
Italia	26%	23%	25%	19%	32%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	0,1%	-7,2%	-3,0%	-1,6%	-4,6%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	27%	20%	24%	18%	32%
Toscana	20%	16%	18%		
Italia	17%	15%	16%	13%	20%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	6,0%	-3,1%	1,5%	4,4%	-2,2%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	8%	4%	6%	4%	9%
Toscana	5%	4%	4%	-	-
Italia	4%	3%	4%	3%	5%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**20 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % del consumo di cannabis per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	38%	38%	38%	29%	53%
Toscana	34%	30%	32%	25%	43%
Italia	31%	28%	30%	22%	42%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-3,6%	-4,6%	-4,6%	-2,1%	-9,0%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	33%	29%	31%	24%	42%
Toscana	28%	23%	26%	20%	34%
Italia	25%	22%	24%	18%	32%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,8%	-7,7%	-3,7%	-2,7%	-6,6%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	26%	20%	23%	17%	32%
Toscana	19%	15%	17%		
Italia	17%	14%	15%	12%	20%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	4,6%	-3,3%	0,8%	3,1%	-3,2%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	6%	4%	5%	3%	8%
Toscana	5%	3%	4%	-	-
Italia	4%	2%	3%	2%	5%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-2,2%	1,3%	-0,9%	-1,9%	0,2%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**20 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % del consumo di cocaina per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	6%	4%	5%	5%	6%
Toscana	4%	3%	4%	3%	4%
Italia	4%	3%	3%	3%	4%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,1%	0,5%	0,5%	1,8%	-0,6%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	4%	2%	3%	3%	4%
Toscana	2%	2%	2%	2%	3%
Italia	2%	1%	2%	2%	2%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	0,0%	0,3%	0,1%	0,7%	-0,2%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3,0%	0,5%	1,8%	1,9%	1,9%
Toscana	1,3%	1,2%	1,2%	-	-
Italia	1,1%	0,8%	1,0%	0,8%	1,2%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,0%	-0,3%	0,4%	0,7%	0,2%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,4%	0,0%	0,7%	0,6%	1,1%
Toscana	-	-	0,6%	-	-
Italia	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,1%	0,0%	-0,1%	-0,6%	1,1%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**10 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % del consumo di stimolanti per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	7%	4%	6%	6%	5%
Toscana	5%	6%	5%	5%	5%
Italia	5%	6%	5%	5%	5%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3,7%	2,1%	2,7%	4,2%	0,4%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	5%	2%	3%	3%	4%
Toscana	3%	2%	2%	2%	2%
Italia	3%	2%	2%	2%	2%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	2,6%	0,4%	1,5%	2,1%	0,7%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	2,3%	1,0%	1,6%	2,4%	0,7%
Toscana	1,5%	0,9%	1,2%	-	-
Italia	1,5%	0,8%	1,2%	1,1%	1,3%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,5%	0,5%	0,9%	2,0%	-0,3%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,5%	0,2%	0,9%	1,4%	0,0%
Toscana	-	-	0,6%	-	-
Italia	0,7%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**10 o più volte nell'ultimo mese*

Distribuzione % del consumo di allucinogeni per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	6%	1%	4%	4%	5%
Toscana	4%	3%	4%	3%	4%
Italia	4%	3%	4%	3%	4%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,9%	1,0%	2,1%	-0,1%	2,0%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3,2%	0,2%	1,7%	1,4%	2,1%
Toscana	2,1%	1,2%	1,7%	1,3%	2,3%
Italia	2,0%	1,1%	1,6%	1,2%	2,1%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,6%	-0,2%	-0,1%	-1,2%	0,0%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,6%	0,0%	0,8%	1,0%	0,4%
Toscana	1,2%	0,8%	1,0%	-	-
Italia	1,2%	0,6%	0,9%	0,7%	1,1%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-0,2%	0,0%	-0,5%	0,6%	-0,5%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,3%	0,0%	0,7%	0,8%	0,4%
Toscana	-	-	0,4%	-	-
Italia	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,3%	0,0%	0,7%	0,8%	0,4%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**10 o più volte nell'ultimo mese*

- Consumo di *psicofarmaci non prescritti*: una pericolosa tendenza che nel consumo nell'ultimo mese coinvolge il 7% dei ragazzi intervistati (quasi la metà di questi ha un consumo frequente), nell'ultimo anno il 14% e nel corso della vita il 21%, con uno sbilanciamento di genere verso la parte femminile

Distribuzione % del consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	18%	25%	21%	20%	23%
Toscana	14%	26%	20%	19%	21%
Italia	13%	25%	19%	18%	20%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	8,6%	3,0%	5,2%	8,4%	2,4%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	10%	18%	14%	14%	15%
Toscana	7%	16%	11%	11%	12%
Italia	7%	15%	11%	10%	12%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	5,4%	2,8%	4,0%	5,8%	-0,1%

Territorio	Nell'ultimo mese				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	4%	9%	7%	7%	7%
Toscana	5%	9%	7%		
Italia	3%	9%	6%	6%	7%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,4%	-1,6%	-0,1%	3,1%	-5,2%

Territorio	Consumo frequente*				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3%	4%	3%	4%	2%
Toscana	-	-	2%	-	-
Italia	1%	3%	2%	2%	2%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	1,5%	0,6%	0,6%	2,7%	-2,8%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
**10 o più volte nell'ultimo mese*

- *Incidentalità*: i ragazzi livornesi hanno esperienze di incidentistica mediamente più elevate rispetto ai coetanei toscani e italiani (20% vs 13% e 9%) e anche i comportamenti rischiosi alla guida (dopo aver bevuto troppo o consumato sostanze psicoattive) sono maggiormente presenti.

Distribuzione % degli studenti che hanno avuto incidenti alla guida di auto o scooter, per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	22%	18%	20%	17%	25%
Toscana	15%	10%	13%	10%	16%
Italia	11%	6%	9%	7%	11%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	4,0%	3,0%	4,0%	5,5%	1,1%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

Distribuzione % degli studenti che hanno guidato dopo aver bevuto troppo, per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	13%	10%	11%	8%	16%
Toscana	11%	5%	8%	6%	11%
Italia	9%	3%	6%	4%	8%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-9,9%	-3,4%	-6,6%	-4,7%	-11,2%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

Distribuzione % degli studenti che sono saliti su un mezzo guidato da qualcuno che aveva bevuto troppo, per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	16%	18%	17%	13%	24%
Toscana	16%	18%	17%	13%	23%
Italia	15%	16%	15%	12%	20%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-5,8%	3,5%	-2,1%	-1,5%	-0,9%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

Distribuzione % degli studenti che hanno guidato dopo aver fatto uso di sostanze psicoattive, per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	8%	7%	7%	6%	9%
Toscana	8%	3%	6%	5%	8%
Italia	5%	2%	4%	3%	5%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-4,1%	0,7%	-1,7%	1,3%	-7,1%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

Distribuzione % degli studenti che sono saliti su un mezzo guidato da qualcuno che aveva fatto uso di sostanze psicoattive, per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	10%	9%	9%	7%	13%
Toscana	10%	8%	9%	7%	13%
Italia	8%	9%	9%	6%	13%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	-7,8%	-2,4%	-5,6%	1,8%	-2,7%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

- *Comportamenti violenti*: il 37% die 15-19enni livornesi dichiara di aver partecipato a zuffe o risse, l'11% di aver preso parte a comportamenti violenti insieme ad amici o conoscenti, il 6% di aver fatto seriamente male a qualcuno

Distribuzione % degli studenti che dichiarano di aver avuto comportamenti violenti per tipo di comportamento, genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022)

Territorio	2022		
	Hanno partecipato a zuffe o risse		
	M	F	Totale
Livorno	47%	28%	37%
Toscana	44%	34%	39%
Italia	46%	34%	40%

Territorio	2022		
	Hanno partecipato a una rissa tra gruppi di amici		
	M	F	Totale
Livorno	18%	7%	12%
Toscana	16%	9%	12%
Italia	14%	9%	11%

Territorio	2022		
	Hanno preso parte a comportamenti violenti insieme a amici/conoscenti		
	M	F	Totale
Livorno	16%	7%	11%
Toscana	14%	6%	10%
Italia	15%	7%	11%

Territorio	2022		
	Hanno fatto seriamente male a qualcuno		
	M	F	Totale
Livorno	9%	4%	6%
Toscana	7%	3%	5%
Italia	6%	3%	4%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

- Propensione al *gioco d'azzardo*: la distanza tra la propensione al gioco d'azzardo dei giovani livornesi (il 62% ha giocato nel corso della vita e il 54% nell'ultimo anno) rispetto a quella dei pari età toscani (rispettivamente 58 e 52%) e italiani (57 e 51%), unita alll'incremento del fenomeno nel tempo, segnala un vero campanello di allarme. La tendenza del fenomeno, inoltre, sembra confermata anche per gli adulti, come si può notare dall'indicatore seguente.

Distribuzione % del gioco d'azzardo per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022 Nella vita				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	69%	55%	62%	58%	69%
Toscana	64%	52%	58%	55%	63%
Italia	63%	51%	57%	56%	60%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	6,8%	13,8%	10,3%	12,1%	7,1%

Territorio	Nell'ultimo anno				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	63%	46%	54%	49%	62%
Toscana	58%	45%	52%	49%	56%
Italia	57%	44%	51%	49%	54%

Territorio	Differenza % 2022-2019				
	M	F	Totale	minorenni	maggiorenni
Livorno	3,0%	6,0%	4,5%	5,5%	1,9%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno

Distribuzione % dei giocatori con profilo di gioco d'azzardo a rischio o problematico* per genere e fascia di età. Comune di Livorno, Toscana e Italia (2022) e differenza % 2022-2019 nel Comune di Livorno

Territorio	2022 Profilo a rischio		
	M	F	Totale
Livorno	10%	6%	8%
Toscana	10%	7%	9%
Italia	12%	7%	10%

Territorio	Differenza % 2022-2019		
	M	F	Totale
Livorno	-18,9%	-2,3%	-12,5%

Territorio	Profili problematico		
	M	F	Totale
Livorno	10%	4%	8%
Toscana	8%	3%	6%
Italia	7%	3%	5%

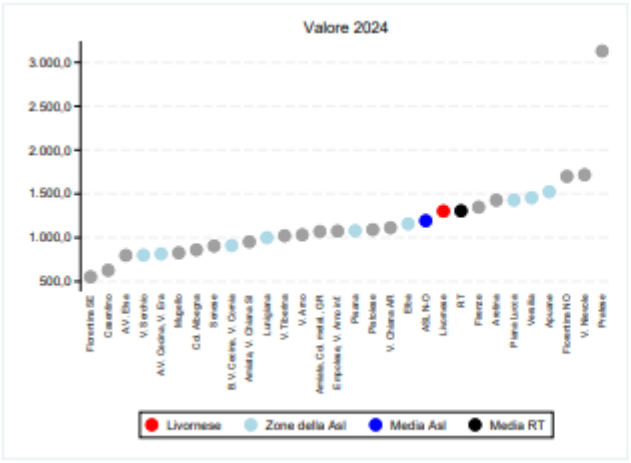
Territorio	Differenza % 2022-2019		
	M	F	Totale
Livorno	-5,0%	-1,0%	-3,6%

Fonte: IFC-CNR, ESPAD®Italia 2019 e 2022-Comune di Livorno
** Il profilo a rischio o problematico è stato valutato attraverso il test di screening South Oaks Gambling Scale – Revised for Adolescents (SOGS-RA) presente all'interno del questionario*

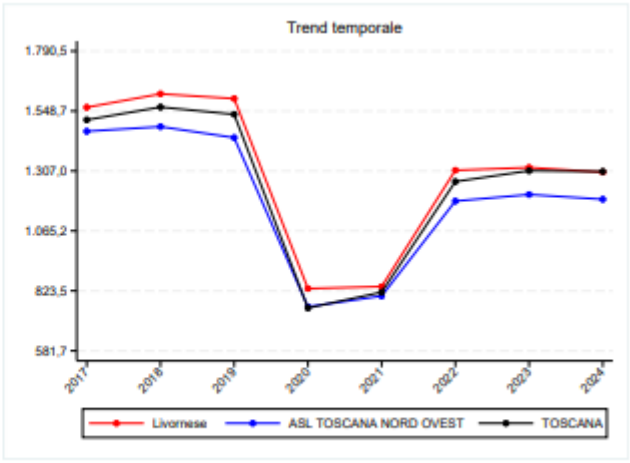
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne

L'indicatore mette in relazione il totale della raccolta (quanto viene giocato, indipendentemente da vincite e perdite) della rete fisica dei giochi d'azzardo leciti (il gioco via web non è territorialmente imputabile) con la popolazione maggiorenne (escludendo il target dei minori, che legalmente non possono giocare) individuando il giocato medio annuo pro-capite in euro, proxy della propensione al gioco di azzardo presente in un territorio. Il trend 2017- 2024 risente ovviamente dell'effetto pandemia, con il periodo di lockdown dei punti gioco che nel 2020 ha di fatto dimezzato la raccolta della rete fisica dei giochi, ma lascia intravedere anche una nuova ripartenza già dal dato 2021 con la riapertura dei centri di gioco. In Toscana nel 2024 sono stati impiegati nella rete fisica del gioco lecito 4,11 miliardi di euro (contro i 4,87 del 2019 e i 2,36 del 2020), ovvero 1.305 euro per maggiorenne residente (erano 1.535 nel 2019 e 754 nel 2020), un valore in linea con quello medio nazionale (1.303 euro). A livello territoriale l'indicatore ha una forte variabilità che va dai 552 euro della Fiorentina Sud-Est ai 3.130 euro per maggiorenne della Pratese, seguita da Val di Nievole, Fiorentina Nord-Ovest, Apuane, Versilia, Piana di Lucca, Aretina, e Firenze, tutte con valori superiori alle medie regionale e nazionale. Se a tutto questo si aggiunge che sempre nel 2024 in Toscana sono stati giocati circa 5 miliardi di euro attraverso la rete telematica (1.415 euro medi per maggiorenne), si evince quanto il fenomeno sia diffuso e in forte crescita.

In merito alla propensione al gioco d'azzardo, la zona **Livornese** (**1.302 euro per maggiorenne**) mostra al 2024 un dato appena inferiore a quello medio toscano (1.305 euro) e superiore a quello aziendale (1.193 euro). La delicatezza del tema impone sicuramente una focalizzazione in termini di azioni preventive, data anche la situazione del gioco d'azzardo riscontrabile nella popolazione giovanile evidenziata dallo studio ESPAD del CNR sul comune di Livorno. Inoltre, occorre segnalare che aggiungendo al giocato su rete fisica (190 milioni di euro) anche il giocato sulla rete telematica (330 milioni di euro), la somma complessiva raccolta dal gioco arriva a circa 520 milioni di euro, ovvero **3.557 euro** per maggiorenne: valori superiori alla media toscana (2.720 €) e nazionale (3.123 €).



(a) Indicatore per zona

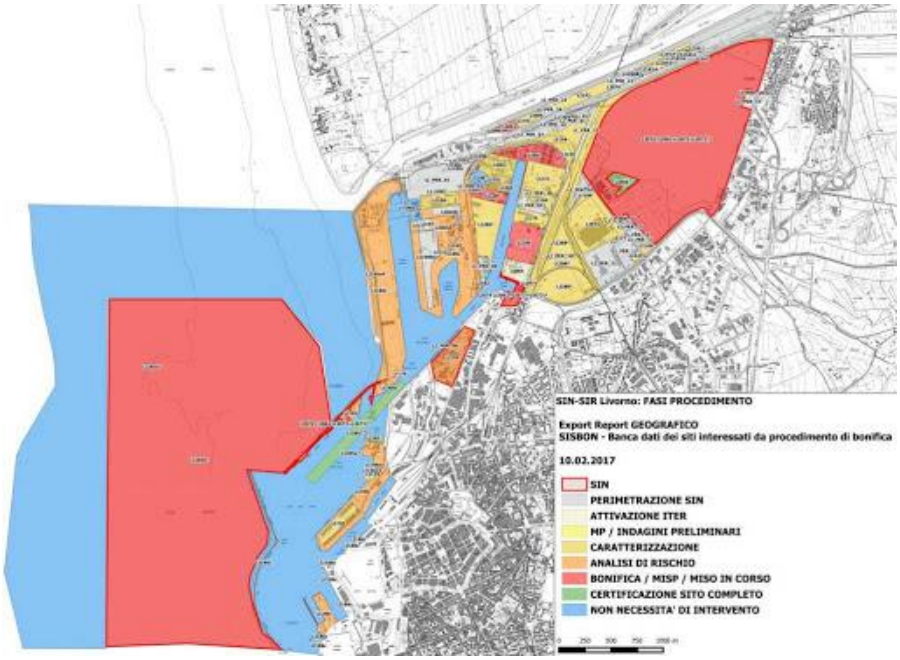


(b) Trend per zona, Asl e regione

Ambiente

Sul territorio della zona Livornese, e precisamente nel comune di Livorno, è presente un **sito classificato di interesse nazionale (SIN) e regionale (SIR)** in ragione del significativo inquinamento ambientale che interessa l'area e del conseguente e necessario processo di bonifiche.

Figura 1: perimetro dell'area Sin e SIR di Livorno



Fonte: ARPAT

Al fine di riportare un quadro conoscitivo dei dati epidemiologici che interessano l'area SIN/SIR di Livorno, si presentano di seguito le informazioni derivanti da un estratto originale del VI Rapporto dello studio SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento), finanziato dal Ministero della Salute attraverso e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (https://epiprev.it/pubblicazioni/sentieri-studio-epidemiologico-nazionale-dei-territori-e-degli-insediamenti-esposti-a-rischio-da-inquinamento-sesto-rapporto).

Estratto dal VI Rapporto dello studio SENTIERI – 2023

LIV

LIVORNO

2
COMUNI

173 545
ABITANTI
Censimento 2019

I COMUNI DEL SITO

- Colle Salvetti
- Livorno

Dalla documentazione relativa al sito, si evince la presenza di un'area portuale (AP) e di una raffineria (P&R).

Il Comune di Livorno ha un alto livello di deprivazione.
Il 55,1% degli abitanti del sito risiede in sezioni di censimento ad alto livello di deprivazione.
Il tasso standardizzato di mortalità prematura per malattie croniche mostra, rispetto al riferimento regionale, un aumento di 14,1/100.000 casi (+5,3%) nei maschi e di 3,6/100.000 casi (+2,2%) nelle femmine.
I tre indicatori di deprivazione sono coerenti nel mostrare una fragilità della popolazione del sito.

Sezione popolazione generale

Mortalità. La mortalità generale nel sito di Livorno risulta più alta di quella attesa su base regionale in entrambi i generi (**Tabella LIV_1**). I decessi per tutti i tumori maligni, per le malattie del sistema circolatorio e per quelle dell'apparato digerente sono in eccesso in entrambi generi. Un difetto si riscontra per le malattie respiratorie.
Tra le cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali definite da SENTIERI come Sufficiente o Limitata, si osservano eccessi di mortalità per tutti i tumori maligni, per il mesotelioma della pleura in entrambi i generi, per il tumore della trachea, dei bronchi e del polmone nei maschi, e per il tumore della mammella nelle femmine (**Tabella LIV_2**).
La mortalità per le malattie respiratorie, in particolare per le malattie respiratorie acute, risulta in difetto in entrambi i generi.
L'eccesso nei maschi della causa «Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti» indica una bassa qualità della codifica delle cause di morte (SMR 120; IC90% 102-141).
Ospedalizzazione. Dalle analisi dei ricoveri (**Tabella LIV_3**) in entrambi i generi non si osservano eccessi rispetto al riferimento regionale. Difetti di ospedalizzazione sono messi in evidenza nei maschi per le malattie del sistema circolatorio, per quelle respiratorie, per le malattie dell'apparato digerente e per quelle dell'apparato urinario. Per le femmine, si riscontrano difetti del numero di ricoveri per tutte le cause naturali, in particolare per quelle dell'apparato respiratorio.
Tra le cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali definite da SENTIERI come Sufficiente o Limitata (**Tabella LIV_4**), si osservano eccessi di ricoverati per i tumori maligni della pleura in entrambi i generi. Tra i maschi, si osservano eccessi per le leucemie.
I difetti di ricoverati si osservano in entrambi i generi per le malattie dell'apparato respiratorio, in particolare per le infezioni acute delle vie respiratorie, polmonite e influenza.

Sezione pediatrico-adolescenziale-giovanile

Mortalità. La mortalità generale in questo sito appare in eccesso rispetto all'atteso con l'eccezione della classe giovanile (20-29 anni), che sembra in linea con il riferimento regionale. D'altra parte, l'incertezza delle stime non consente di identificare chiari elementi di rilievo (**Tabella LIV_5**).
Ospedalizzazione. Il numero di ricoverati per tutte le cause naturali risulta superiore all'atteso nel primo anno di vita, ove l'eccesso è riferibile alle malattie infettive e parassitarie, ai tumori maligni (in particolare tra le femmine, 3 di 4 casi, SHR 343; IC90% 137-858) e alle condizioni morbose di origine perinatale (**Tabella LIV_6**).
I ricoverati per tutte le cause naturali sono in eccesso in età pediatrica (particolarmente tra i maschi, SHR 104; IC90% 101-107), in linea con l'atteso in età 0-19 e 0-29 anni e in difetto tra i giovani adulti (20-29 anni).
In età pediatrica, sul complesso dei due generi, si osserva un eccesso di ricoverati per malattie infettive e parassitarie e per leucemie, mentre si registra un deficit di ospedalizzazione per infezioni acute delle vie respiratorie, asma e per malattie degli apparati digerente e urinario. Questo quadro permane perlopiù analogo, sebbene con differenti gradi di incertezza, anche nelle classi di età 0-19 e 0-29 anni, tranne che per l'eccesso per tutti i tumori osservato in età 0-29.
Il profilo di ricovero tra i giovani adulti mostra un eccesso per tutti i tumori maligni, tra i quali un eccesso per malattia di Hodgkin tra le femmine (3 casi, SHR 265; IC90% 106-664). I ricoveri per malattie circolatorie sono in difetto, particolarmente nella classe di età pediatrico-adolescenziale (0-19 anni).

Sezione anomalie congenite

Nel periodo 2010-2019, sono stati sorvegliati complessivamente 12.956 nati residenti nei due comuni dell'area del sito; nello stesso periodo, sono stati registrati 348 casi con anomalia congenita (AC), con una prevalenza pari a 268,6 per 10.000 nati. La prevalenza totale delle AC risulta superiore alla prevalenza attesa calcolata su base regionale (O/A 125; IC90% 114-137). Eccessi sono stati osservati per le cardiopatie congenite, comprese quelle severe, le AC dei genitali e degli arti, mentre è risultata inferiore all'atteso la prevalenza delle AC cromosomiche (**Tabella LIV_7**).

Discussione, conclusioni e raccomandazioni

Dal confronto con il periodo precedente, si confermano gli eccessi per la mortalità generale, per tutti i tumori maligni, per le malattie del sistema circolatorio e per quelle dell'apparato digerente nella popolazione femminile.[1] Anche nei maschi, per i gruppi sopra riportati, si riscontrano eccessi di mortalità che si rafforzano rispetto al periodo precedente.

Per quanto riguarda la mortalità nelle sottoclassi di età, questo aggiornamento non mostra cambiamenti rispetto al precedente periodo, anche per il basso numero di decessi che limita le interpretazioni (52 *vs* 105 nel periodo 2006-2013, in età 0-29 anni).[1]

L'eccesso di mortalità per cause mal definite osservato nei soli maschi può indicare una carente qualità della certificazione per alcune cause, il che potrebbe portare a una distorsione delle stime puntuali.

La presenza di eccessi in entrambi i sessi può essere ricondotta con maggiore persuasività a esposizioni ambientali, pur ricordando che tali malattie, avendo un'eziologia multifattoriale, possono essere associate anche a fattori come gli stili di vita e quelli occupazionali.

Gli eccessi per tutti i tumori maligni possono essere in parte associati a esposizione alla raffineria, non escludendo effetti sinergici con gli stili di vita, l'abitudine al fumo e all'alcol e lo stato socioeconomico.[2]

Gli eccessi per malattie del sistema circolatorio sono in parte riconducibili a esposizioni a inquinamento atmosferico, pur sapendo che tali malattie hanno un'eziologia multifattoriale con un ruolo non trascurabile dato dagli stili di vita non corretti, abitudine al fumo, alimentazione non corretta e stato socioeconomico deprivato.[2-5] Per questo ultimo fattore, si ricorda che i tre indicatori di deprivazione sopraccitati sono coerenti nel mostrare una fragilità socioeconomica della popolazione del sito, che può aver contribuito agli eccessi per malattie del sistema circolatorio.

Le cause maggiormente associate a insorgenza di malattie dell'apparato digerente sono il fumo attivo, l'abitudine all'alcol e un'alimentazione non corretta.[2]

L'aggiornamento dei risultati sulle ospedalizzazioni mostra un generale miglioramento degli indicatori rispetto al periodo precedente: nessun eccesso per tutte le cause e per tutti i tumori osservati nel periodo precedente; presenza di difetti di ricoverati per le malattie del sistema circolatorio, per quelle dell'apparato respiratorio, per le malattie del digerente e per quelle dell'apparato urinario, precedentemente non osservati.[1]

Dalle analisi dei ricoverati per le principali cause non si confermano gli eccessi osservati mediante le analisi di mortalità. La discordanza dei risultati dell'ospedalizzazione rispetto a quelli della mortalità può essere dovuta al fatto che l'indicatore di ospedalizzazione è più adatto allo studio dello stato di salute legato a esposizioni del breve periodo rispetto a quello della mortalità che valuta uno stato di salute maggiormente dipendente da esposizioni di medio-lungo periodo.

Per i ricoveri ospedalieri si conferma l'eccesso segnalato nel precedente Rapporto per tutte le cause naturali nel primo anno di vita associato alle condizioni morbose perinatali e ai tumori. Si conferma anche l'eccesso di ospedalizzazione per tutti i tumori in età giovanile (20-29 anni). I ricoverati per malattie respiratorie acute e per asma risultano in difetto in età pediatrica e pediatrico-adolescenziale (0-19 anni), mentre erano in eccesso nel precedente periodo.

Tra le cause selezionate *a priori*, per i tumori del polmone si conferma l'eccesso di mortalità nei soli maschi rispetto al periodo precedente.[1] Per tale eccesso, si può ipotizzare un'associazione con le esposizioni alla raffineria, ma, essendo presente solo per il genere maschile, è da ascrivere maggiormente a esposizioni professionali e ad abitudine al fumo.[2]

Per il mesotelioma della pleura, si conferma l'eccesso di mortalità nei maschi e si rafforza quello osservato nelle femmine. Tale eccesso, essendo presente in entrambi i generi, può essere ricondotto a esposizione ad amianto di origine sia occupazionale sia ambientale.

Nelle femmine, si osserva un eccesso di mortalità per il tumore della mammella, patologia precedentemente non analizzata, in quanto per tale tumore le evidenze con le esposizioni a P&R aggiornate a limitate erano precedentemente inadeguate. Da notare che l'elevata mortalità per tumore della mammella può essere attribuibile a scarsa prevenzione secondaria che, attraverso lo screening mammografico, aumenterebbe le percentuali di diagnosi precoci.

Inoltre, in entrambi i generi, la mortalità per malattie respiratorie, in particolare per quelle acute, permane più bassa di quanto atteso su base regionale. Anche nelle analisi per classi di età emerge un deficit di ospedalizzazione per infezioni acute delle vie respiratorie e per asma in età pediatrica, in età 0-19 anni e sul complesso delle età

0-29 anni. Questi risultati sono in controtendenza rispetto a quanto è atteso sulla base delle evidenze (seppur limitate) di associazione con tutte le tipologie di esposizione ambientale presenti nel sito.

Dalle analisi dei ricoverati per le patologie selezionate *a priori*, si confermano i risultati osservati mediante le analisi di mortalità, con l'eccezione della mancanza di eccesso per i tumori del polmone nei maschi e la presenza di un eccesso di ricoverati per le leucemie sempre nei maschi. Per quanto riguarda le leucemie, emerge un eccesso di ricoverati per questi tumori ematici in età pediatrica (0-14 anni), con 10 osservati sull'insieme dei due generi, non riscontrato nel precedente Rapporto.

Le analisi per il periodo 2014-2018 mostrano un generale miglioramento dell'indicatore di ospedalizzazione rispetto al periodo 2006-2013, pur confermando gli eccessi per tumori maligni della pleura in entrambi i generi.

Relativamente alle AC, il profilo epidemiologico aggiornato conferma gli eccessi per alcune sedi anatomiche che erano stati osservati nelle precedenti valutazioni.[1,6] L'eccesso delle cardiopatie congenite si rileva anche nell'approfondimento effettuato sul sottogruppo delle anomalie cardiache severe. L'eziologia multifattoriale delle AC e gli indicatori di tipo descrittivo calcolati non consentono di stabilire un'associazione causale con l'esposizione alle fonti industriali presenti nell'area, ma suggeriscono un approfondimento epidemiologico e il proseguimento dell'attività di sorveglianza.

Va comunque segnalato che, tramite l'attività di sorveglianza epidemiologica condotta dal Registro toscano dei difetti congeniti, negli ultimi anni si è osservato nell'area un decremento nel rapporto osservati/attesi rispetto alla regione, risultato che necessita di essere monitorato.[7,8]

Anche se la metodologia dello studio non permette considerazioni conclusive sulle cause degli eccessi osservati, è comunque in grado sia di indicare lo stato di salute delle popolazioni residenti nei territori in studio sia di generare ipotesi di associazioni di rischio da approfondire con studi analitici.

I dati aggiornati confermano un profilo di salute del sito generalmente peggiore rispetto a quello regionale (in particolare per la mortalità e per le AC), che si ipotizza in parte ascrivibile a pressioni ambientali esistenti nel sito.

Nell'ambito dell'*Accordo per il coordinamento delle azioni per il miglioramento della tutela e il controllo della salute della popolazione e dell'ambiente nei Comuni delle aree* SIN *della Toscana*, sottoscritto in data 20.01.2020,[9] sono state definite le attività relative alla conduzione di uno studio epidemiologico microgeografico con l'obiettivo di comprendere con maggiore precisione la distribuzione delle criticità di salute nella popolazione e sul territorio, e la vulnerabilità della popolazione rispetto ai fattori di rischio (Allegato 1 – Delibera n. 1520 del 09.12.2019). Al fine di raggiungere gli obiettivi dello studio, sarà necessaria un'analisi epidemiologica di coorte residenziale retrospettiva con utilizzo di dati individuali di tipo anagrafico e sanitario raccolti in modo routinario.

Settimo et al. hanno studiato, nello stesso periodo temporale di questo Rapporto SENTIERI, la mortalità e i ricoveri ospedalieri in questo sito, in relazione alla presenza di inquinanti specifici.[10]

Bibliografia

1. Zona A, Fazzo L, Binazzi A, Bruno C, Corfiati M, Marinaccio A (eds). SENTIERI – Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento. L'incidenza del mesotelioma. Epidemiol Prev 2016;40(5) Suppl 1:93-95.
2. Pirastu R, Ancona C, Iavarone I et al. SENTIERI – Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: valutazione della evidenza epidemiologica. Epidemiol Prev 2010;5-6 Suppl. 3:1-96.
3. Dominski FH, Lorenzetti Branco JH, Buonanno G, Stabile L, da Silva MG, Andrade A. Effects of air pollution on health: A mapping review of systematic reviews and meta-analyses. Environ Res 2021;201:111487.
4. Liu C, Chen R, Sera F et al. Ambient particulate air pollution and daily mortality in 652 cities. N Engl J Med 2019;381(8):705-15.
5. Sanyal S, Rochereau T, Maesano CN, Com- Ruelle L, Annesi-Maesano I. Long-term effect of outdoor air pollution on mortality and morbidity: a 12-year follow-up study for metropolitan France. Int J Environ Res Public Health 2018;15(11):2487.
6. Santoro M, Minichilli F, Pierini A et al. Congenital Anomalies in Contaminated Sites: A Multisite Study in Italy. Int J Environ Res Public Health 2017;14(3):292.
7. Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Nati vivi e IVG con almeno una malformazione congenita. Disponibile all'indirizzo: https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dettaglio_indicatore-263-nati-vivi-ivg-almeno-malformazione-congenita?provenienza=consultati&par_top_geografia=090&dettaglio=ric_anno_ausl
8. Pierini A, Coi A, Marrucci S et al. Registro Toscano Difetti Congeniti. Rilevazione dei difetti congeniti nel periodo prenatale, alla nascita, nel primo anno di vita. Rapporto 2020: Dati 2018. Disponibile all'indirizzo: http://www.rtdc.it/pubblicazioni.htm
9. Regione Toscana. Schema di Accordo per il coordinamento delle azioni per il miglioramento della tutela ed il controllo della salute della popolazione e dell'ambiente nei comuni delle aree SIN della Toscana. Approvazione. Delibera n. 1520 del 09.12.2019. Disponibile all'indirizzo: http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001785
10. Settimo G, Soggiu ME, Benedetti M et al. Dalla selezione degli inquinanti prioritari alla lettura dei dati sanitari nel Progetto SENTIERI. Epidemiol Prev 2023;47(1-2) Suppl 1:316-37.

Famiglie e minori

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Famiglie e minori" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:

  scostamento in negativo dalla media regionale

  in linea con la media regionale

  scostamento in positivo dalla media regionale

- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:

  in diminuzione con connotazione negativa

  in aumento con connotazione negativa

  in diminuzione con connotazione positiva

  in aumento con connotazione positiva

  andamento costante

Famiglie e minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Percentuale di minori residenti	**13,8**	13,9	13,5	11,3		15,0		
Indice di instabilità matrimoniale	**6,4**	5,2	5,7	6,8		4,2		
Indicatore di Lisbona servizi educativi	**48,8**	47,7	45,8	33,4		59,8		
Esiti negativi scuola secondaria II grado	**9,2**	9,3	8,9	12,5		4,3		
Tasso minori in affidamento familiare	**4,0**	1,8	2,1	0,5		4,0		
Tasso minori in struttura residenziale	**2,3**	1,1	1,4	2,3		0,0		

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa nell'anno	**14,4**	10,8	10,5	4,1		19,0	😐	↑
Indice di benessere relazionale con i pari (IBRP)	**43,0**	42,6	43,0	38,5		55,1	🙂	
Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)	**41,7**	43,0	41,6	34,9		52,2	🙂	
Soddisfazione con i genitori ragazzi 11-17 anni	**48,8**	47,4	47,7	40,2		63,3	🙂	
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	**19,7**	22,2	22,3	14,7		30,0	☹	↓
Ragazzi 11-17 anni che subiscono violenza/bullismo	**23,6**	19,7	21,4	27,7		13,6	😐	
Tasso di donne con primo accesso ai Centri Antiviolenza	**2,3**	1,7	1,8	2,7		0,5	☹	↑

Come si può notare dal quadro di sintesi, la **presenza di minori sul territorio** è tendenzialmente in linea con la media regionale, ma la tenuta della quota di minori è stata garantita finora soprattutto dalla componente straniera, che è rallentata negli ultimi anni e che se continuerà nelle dinamiche attuali potrebbe mettere definitivamente a rischio il ricambio generazionale, peraltro già in crisi.

L'**instabilità** matrimoniale, e quindi **familiare**, mostra valori molto alti ed è in crescita e questo è un elemento da tenere sotto stretta attenzione perché la rottura dei legami familiari significa anche un allentamento delle reti primarie di supporto e quindi un elemento di crisi per la tenuta del sistema di protezione sociale. Oltretutto questa dinamica è accentuata dal fatto che **si sta assottigliando la composizione media familiare**, che è passata dai 2,8 componenti medi del 1991 agli attuali 2,13.

Gli indicatori relativi alla sfera della **educazione e istruzione** indicano una buona presenza di servizi educativi per l'infanzia (che hanno anche una funzione fondamentale di supporto alle famiglie in chiave di conciliazione dei tempi di vita) e una situazione in miglioramento relativamente al possibile **disagio scolastico** (le bocciature e i ritardi nella scuola secondaria superiore sono infatti direttamente collegate al più ampio fenomeno della dispersione scolastica), anche se occorre monitorare attentamente la forbice tra italiani e stranieri (in diminuzione grazie alla crescita delle seconde generazioni ma ancora rilevante).

Le misure relative agli **interventi sociali per minori e famiglie**, e dunque alle situazioni di disagio familiare, evidenziano dimensioni (minori in affidamento familiare e in strutture residenziali) da monitorare costantemente dato che riguardano situazioni delicate di minori allontanati dalla famiglia di origine. Il dato sugli interventi di sostegno socio educativo è in aumento, così come il numero dei minori presi in carico dai servizi, ambito nel quale si segnala un preoccupante aumento nella sfera dei maltrattamenti.

Gli indicatori di **benessere relazionale dei giovani 11-17 anni** mette in luce una bassa partecipazione civica dei ragazzi, mentre per i rapporti con i genitori e con i pari e per la fruizione di attività culturali/ricreative la zona è in linea con la media regionale.

Il complesso e sfaccettato tema della **violenza di genere**, dati anche i numeri dei centri antiviolenza (che peraltro rappresentano solo la classica punta dell'iceberg del fenomeno), si impone all'attenzione come uno dei campi in cui occorre concentrare un particolare impegno, connesso anche ad un lavoro di cambiamento culturale non certo banale.

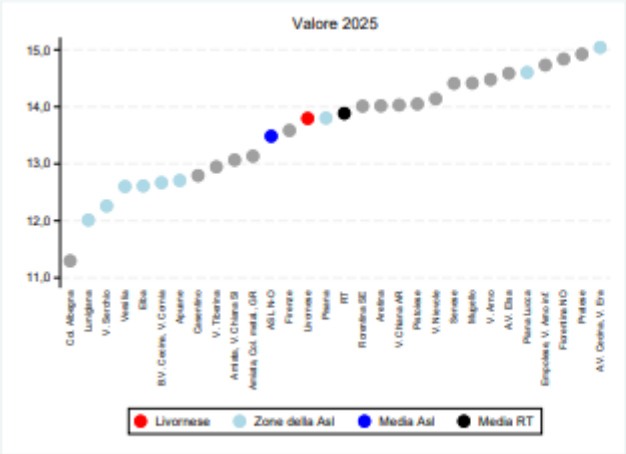
Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

Presenza di minori sul territorio

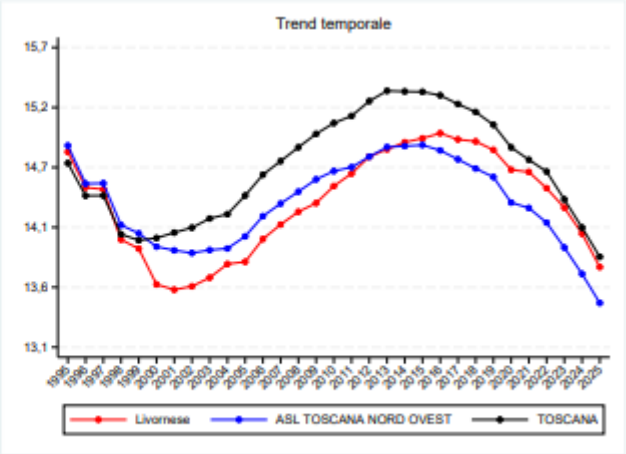
Percentuale di minori residenti

La percentuale di minori sulla popolazione residente risente del trend degli indicatori demografici di natalità e invecchiamento. Le zone con la maggiore presenza di minori, infatti, sono anche quelle con i tassi di natalità più alti e una minor presenza di popolazione anziana, mentre sono le zone più periferiche o montane a chiudere la classifica. In totale i minorenni in Toscana sono 508mila (dato provvisorio ISTAT a gennaio 2025), di cui poco meno della metà risiede nella Asl Centro. Come nel caso degli anziani, il numero assoluto di minori residenti può essere utilizzato come riferimento per la programmazione dei servizi destinati a questa fascia di popolazione.

La zona **Livornese** conta ad oggi circa **23.400 minori residenti** (-300 rispetto al 2024, -600 rispetto al 2023 e -1.100 rispetto al 2022), il **13,8%** della popolazione totale, un dato in linea con quello regionale (13,9%) e aziendale (13,5%). La quota di minori è cresciuta dal 2000 al 2016 grazie soprattutto all'apporto della componente straniera e non a caso, come nel resto della Toscana, si è stabilizzata negli ultimi anni in corrispondenza del rallentamento dei flussi migratori.



(a) Indicatore per zona



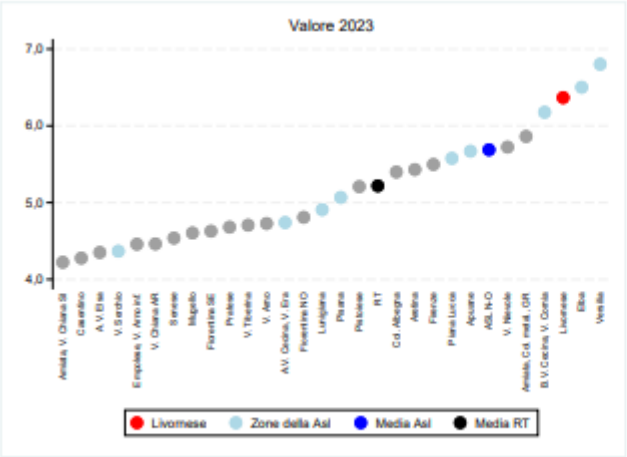
(b) Trend per zona, Asl e regione

L'instabilità familiare

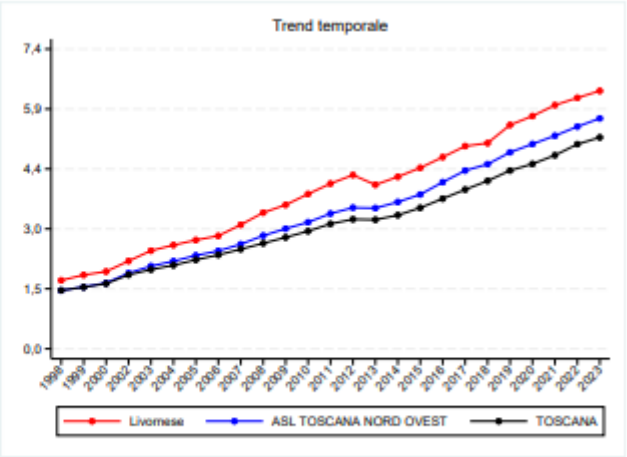
Indice di instabilità matrimoniale

L'indice di instabilità matrimoniale mette in rapporto percentuale i residenti divorziati con i residenti maggiorenni e misura soltanto una parte dell'instabilità che può interessare i contesti familiari: sia perché fa esclusivo riferimento alle situazioni sancite da matrimonio (restano fuori le convivenze e le coppie di fatto), sia perché non contempla tutte le fattispecie di interruzione delle esperienze matrimoniali che non si concludono con divorzio (ad esempio, restano fuori le separazioni). L'indicatore mostra per la Toscana al 2023 un valore del 5,2% (circa 164.500 residenti divorziati/e), superiore a quello medio nazionale (4,2%) ed in netta crescita con un valore più che triplicato in venticinque anni (era 1,4% nel 1998). Le variazioni territoriali sono comprese tra il 6,8% della Versilia ed il 4,2% dell'Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese. A livello di area la Nord-Ovest è quella con il valore più elevato (5,7%) e leggermente al di sopra della media toscana, mentre la Sud-Est e la Centro (entrambe attorno al 5%) sono in linea con il dato regionale, ad ogni modo con dati molto vicini tra loro.

La zona **Livornese** mostra un valore di **6,4 divorziati residenti ogni 100 maggiorenni**, valore superiore al dato medio toscano (5,2%) e tra i più elevati a livello zonale. Il trend storico evidenzia un valore più che triplicato rispetto al 1998, arrivando nel 2023 a circa **9.300** divorziati residenti.



(a) Indicatore per zona



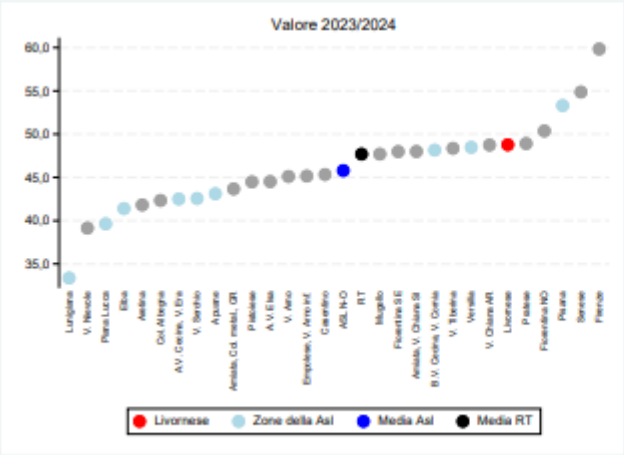
(b) Trend per zona, Asl e regione

Educazione ed istruzione

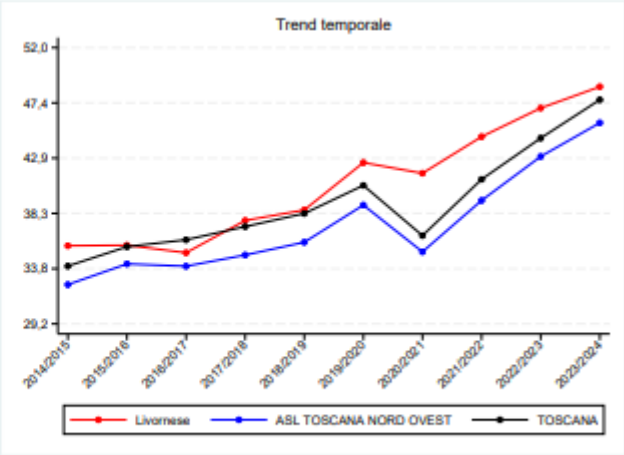
Indicatore di Lisbona servizi educativi infanzia

L'indicatore di Lisbona rappresenta una misura di riferimento europea per la definizione di standard all'interno dei servizi educativi all'infanzia (nido e servizi integrativi) e prevedeva un obbiettivo del 33% per il 2010 e del 45% per il 2030 (considerando i bambini accolti, gli anticipatari ed i ritirati) come risposta da parte dei servizi sul totale dei bambini in età 3-36 mesi. La Toscana ha da diversi anni superato l'obiettivo 2010 e mantenuto lo standard (attualmente al 47,7%) e a parte la leggera flessione del 2020 dovuta agli impatti del COVID-19 sui servizi, il dato è in costante crescita e già sui livelli dello standard europeo 2030. Mentre i valori delle tre aree non sono distanti tra loro (Centro 49%, Sud-Est e Nord-Ovest 46%), quelli zonali oscillano dal 33% della Lunigiana al 60% di Firenze.

La zona **Livornese**, con **1.353 bambini 3-36 anni serviti dai servizi educativi per l'infanzia**, si trova tra le zone che hanno raggiunto, superato e mantenuto l'obiettivo di Lisbona (33%), ad oggi saldamente oltre al **48%**, uno dei valori più elevati in Toscana.



(a) Indicatore per zona

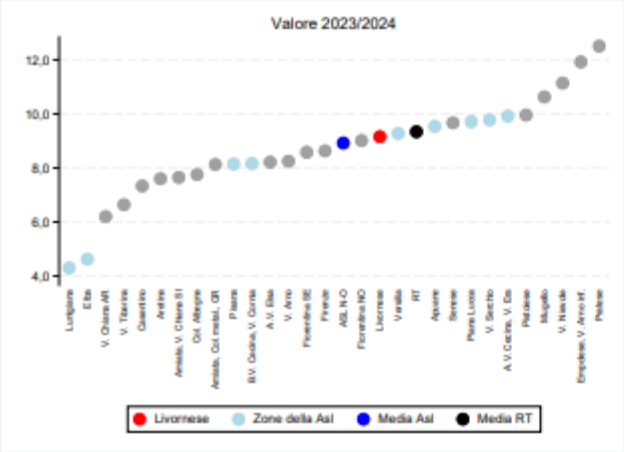


(b) Trend per zona, Asl e regione

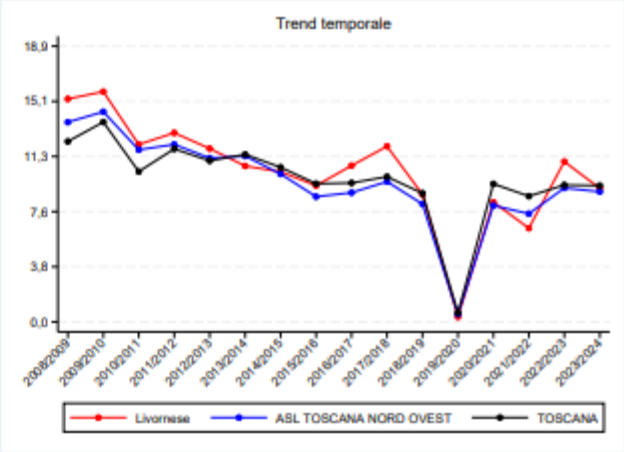
Esiti negativi scuola secondaria di II grado

L'insuccesso scolastico, elemento direttamente collegato al ritardo scolastico e insieme ad esso al più complesso fenomeno della dispersione scolastica, ha avuto un netto miglioramento negli ultimi anni e, a parte il sostanziale azzeramento nel 2020 per effetto della pandemia e delle scelte fatte in sede ministeriale circa il sostanziale blocco delle bocciature, si è attestato ormai da qualche anno sotto al 10%. Anche nell'anno scolastico 2023-2024 in Toscana meno di 1 iscritto su 10 alla scuola secondaria di II grado ha avuto un esito negativo. Tra le aree, la Centro è quella con il valore più elevato (10%), anche in ragione di una maggiore presenza straniera nelle scuole (componente maggiormente sottoposta all'insuccesso), mentre la Nord-Ovest (9%) e la Sud-Est (8%) hanno valori leggermente inferiori. A livello zonale, la Pratese, l'Empolese, la Valdinievole e il Mugello sono quelle con i valori più elevati.

Nell'anno scolastico 2022/23 (ritorno alla normalità dopo l'eccezionalità della pandemia) la zona **Livornese,** con **9,2 studenti con esito negativo ogni 100 iscritti (691 su 7.546)** conferma valori in linea alla media toscana (9,3%). Il trend risulta positivamente in diminuzione anche se il disagio scolastico, stante anche il più basso livello di istruzione zonale rispetto alla media, è sicuramente un elemento da monitorare costantemente.



(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

Indice di ritardo scolastico nella scuola secondaria di II grado

Parallelamente agli esiti negativi, al fine di valutare una ulteriore misura indiretta di dispersione scolastica, sembra opportuno considerare il tasso di ritardo scolastico della scuola secondaria di II grado (alunni in ritardo sul regolare ciclo di studi per 100 iscritti).

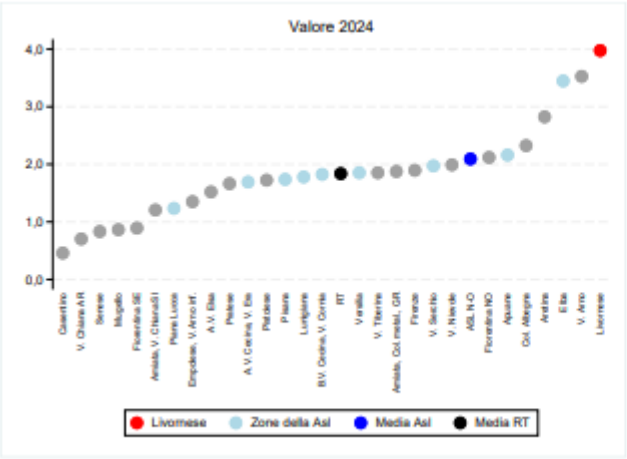
Si tratta di un indicatore, aggiuntivo a quelli previsti dal Set di indicatori deliberato da Regione Toscana, che posiziona la zona **Livornese** – con il **18% dei ragazzi in ritardo scolastico** (1.372 su 7.546) - in linea con le medie aziendale e regionale e con un trend in miglioramento. Su questo versante, oltre al fenomeno generale, occorre monitorare attentamente la differenza tra italiani e stranieri che, seppure in miglioramento grazie alla crescente presenza delle seconde generazioni, ha ancora una forbice rilevante (15% vs 49%).

Minori e famiglie a rischio

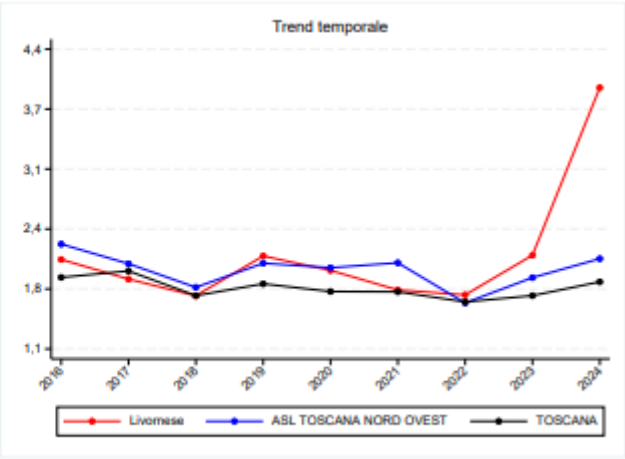
Tasso di minori in affidamento familiare (al netto dei MSNA)

Tra il 2023 e il 2024 il numero dei minori in affidamento familiare, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, in carico ai servizi sociali territoriali toscani ha registrato un aumento passando da 888 a 947 unità. Il tasso calcolato rispetto alla popolazione residente a fine 2024 restituisce un valore medio regionale di 1,8 minorenni in affidamento familiare (al netto dei non accompagnati) ogni 1.000 minorenni residenti in Toscana. Nel 2024 il tasso in questione è particolarmente alto, più del doppio del valore medio regionale, nelle zone distretto della Livornese (4,0), Valdarno (3,5) e dell'Elba (3,4). Di contro parte i valori più bassi, sotto un solo affidamento ogni 1.000 minorenni residenti, si registrano nelle zone distretto della Fiorentina Sud-Est (0,9), Mugello (0,9), Senese (0,8), Val di Chiana Aretina (0,7) e del Casentino (0,5).

Nella zona **Livornese** al 2024 erano **95** i minori (al netto degli stranieri non accompagnati) in affidamento familiare (**4% dei minori residenti**), un dato che risulta superiore alla media regionale (1,8%) ma che ha un andamento altalenante.



(a) Indicatore per zona

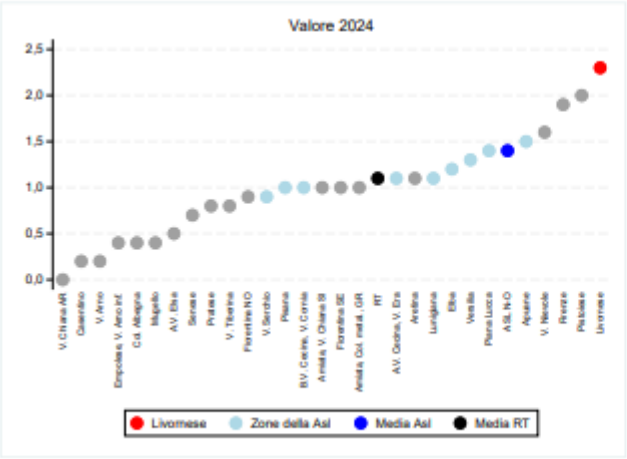


(b) Trend per zona, Asl e regione

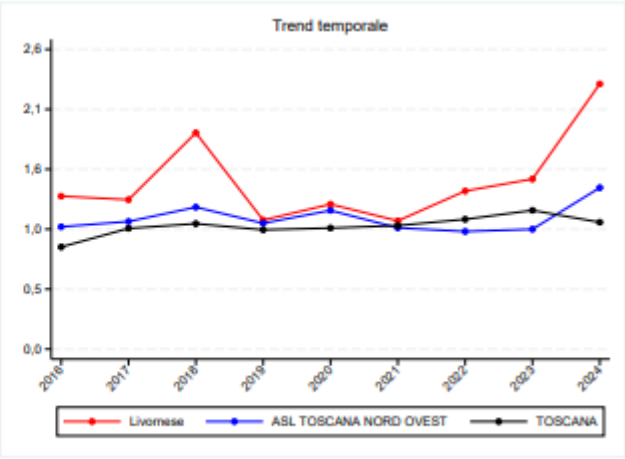
Tasso di minori accolti in struttura residenziale socio educativa (al netto dei MSNA)

Nel 2024 il numero dei minori accolti in struttura residenziale socio educativa, considerati al netto dei minori stranieri non accompagnati, sono stati 579. Il tasso calcolato rispetto alla popolazione residente a fine 2024 restituisce un valore medio regionale di 1,1 minorenni accolti in struttura residenziale socio educativa (al netto dei non accompagnati) ogni 1.000 minorenni residenti in Toscana. Indicatore che risulta particolarmente alto, più del doppio della media regionale (1,1), nella zona distretto livornese (2,3). Molto al di sopra della media regionale si pongono anche la Pistoiese (2) e Firenze (1,9). Particolarmente bassi sono invece i valori della Val di Chiana Aretina (0), del Casentino (0) e del Valdarno (0,2).

Nella zona **Livornese** nel 2024 erano **56** i minori (al netto degli stranieri non accompagnati) in struttura residenziale socio educativa (**2,3% dei minori residenti**) e negli ultimi anni si è assistito ad una crescita dei casi di stock al 31/12 che ha spinto il valore zonale sopra la media regionale (1,1%) dopo il picco 2018 (49 casi). Il bisogno presente sul territorio zonale, tuttavia, non è esaurito dalle informazioni dell'indicatore: il valore è di fatto calcolato allo stock del 31/12 di ogni anno (quanti minori rimangono in struttura alla fine dell'anno) non tenendo conto del flusso annuale, ovvero di quanti minori realmente passano dalle strutture per periodi inferiori all'anno o che comunque escono dal percorso prima del 31/12.



(a) Indicatore per zona



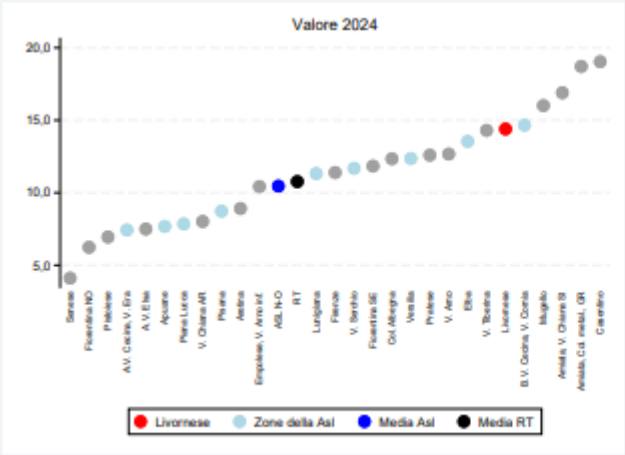
(b) Trend per zona, Asl e regione

Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa nell'anno

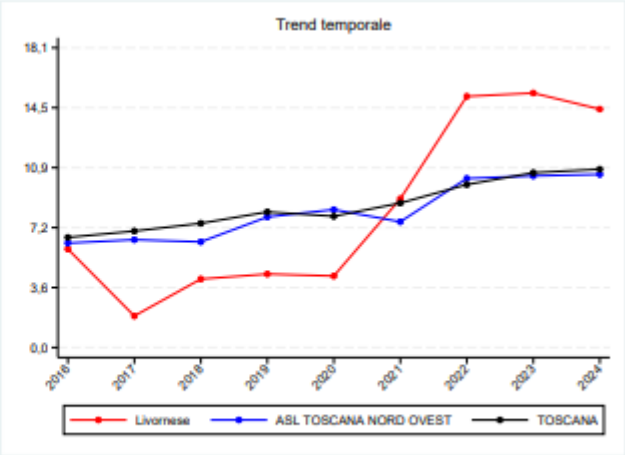
Nel corso del 2024 il numero di minori coinvolti in interventi di educativa domiciliare sono stati 5.364, in lieve diminuzione rispetto ai 5.560 del 2023. Il dato 2024 restituisce un tasso, calcolato sulla popolazione minorile residente, di 10,8 minorenni coinvolti in interventi di educativa domiciliare ogni 1.000 residenti della stessa età. Interventi che rispetto alla popolazione minorile di riferimento assumono dimensioni ancora più significative nelle zone distretto del Casentino (19), Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana (18,7), Amiata senese e Valdorcia-Valdichiana senese (16,9) e Mugello (16), mentre risultano particolarmente bassi nelle zone distretto della Fiorentina Nord-Ovest (6,2) e della Senese (4,1).

Nella zona **Livornese**, c'è stato un sensibile incremento del servizio che ha riportato il dato prima in linea e poi al di sopra della media regionale dopo diversi anni di sensibile distacco da essa, con **344**

minori attualmente coinvolti (erano rispettivamente 94 e 110 nel 2020) in interventi di sostegno socio educativo domiciliare (**14,4‰ dei minori residenti con una media regionale del 11‰**).



(a) Indicatore per zona

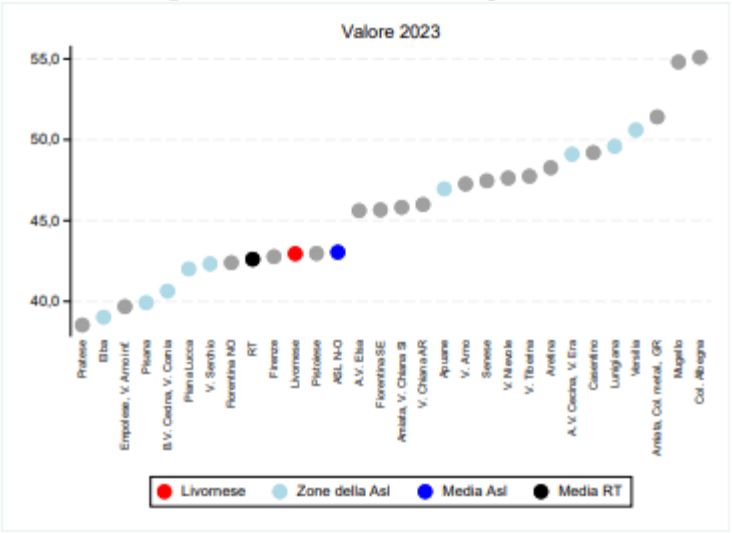


(b) Trend per zona, Asl e regione

Indice di benessere relazionale con i pari (IBRP)

Nel 2023, il 42,6% dei preadolescenti e adolescenti toscani tra gli 11 e i 17 anni interpellati rispetto al livello di soddisfazione del rapporto con i propri amici in una scala che va da 1 (valore minimo) a 10 (valore massimo) hanno espresso un punteggio molto alto, tra il 9 e il 10. La variabilità tra le zone non è significativamente alta e il valore più basso in assoluto si attesta appena sotto il valore medio regionale ed è pari per la Zona distretto Pratese al 38,5%, al pari delle zone dell'Elba (39%) ed Empolese-Valdarno inferiore (39,7%). Valori più alti di soddisfazione, sopra il 50%, si registrano invece nelle zone distretto delle Colline dell'Albegna (55,1%), del Mugello (54,8%), dell'Amiata grossetana-Colline metallifere-Grossetana (51,4%) e Versilia (50,6%).

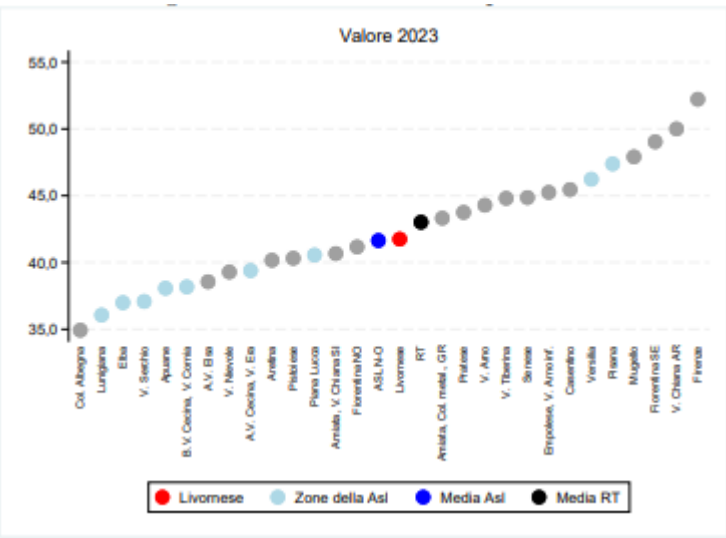
Nella zona **Livornese** la percentuale di ragazzi soddisfatti dei rapporti relazionali con i pari è il **43%**, in linea con il dato medio regionale e meno della metà dell'universo di riferimento.



Indice di benessere culturale e ricreativo (IBCR)

Nel 2023, il 43% dei preadolescenti e adolescenti toscani tra gli 11 e i 17 anni, in aumento rispetto al 28,8% del 2018, dichiarano di aver svolto, negli ultimi 12 mesi, 5 o più delle seguenti attività: andare a teatro, andare al cinema, visitare musei/mostre, andare a concerti di musica classica o ad altri concerti, andare a spettacoli sportivi, visitare monumenti o siti archeologici e praticare sport in maniera continuativa. Attività realizzate in particolare nella Zona distretto di Firenze (52,2%) e nella Zona distretto della Val di Chiana aretina (50%). Diversamente si scende in maniera significativa per le Colline dell'Albegna (34,9%).

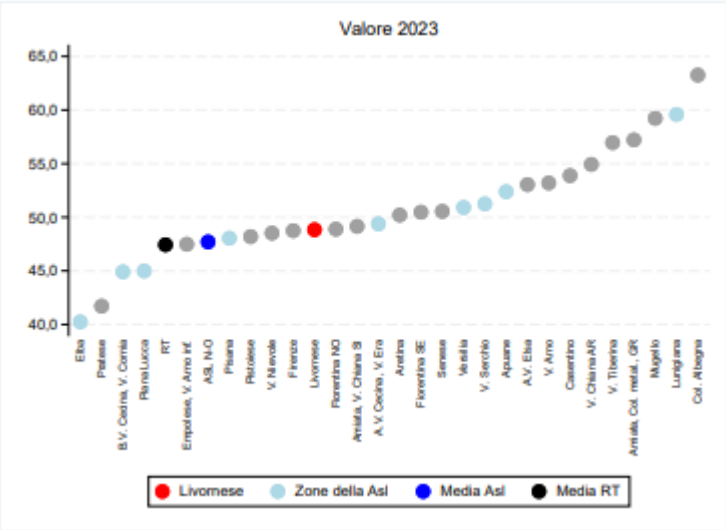
Nella zona **Livornese** il **42% dei ragazzi 11-17enni** ha partecipato ad almeno 5 delle attività previste nell'indagine, un valore quasi identico alla media regionale, evidentemente trainata in alto dal dato di Firenze e dalla sua offerta.



Indice di benessere relazionale con i genitori

Nel 2023, poco meno della metà (47,4%) dei preadolescenti e adolescenti toscani tra gli 11 e i 17 anni interpellati rispetto al livello di soddisfazione del rapporto che hanno con i propri genitori in una scala che va da 1 (valore minimo) a 10 (valore massimo) hanno espresso un punteggio molto alto tra il 9 e il 10. Si evidenzia una bassa variabilità tra le zone distretto, nessuna scende sotto il 40%, solo due sono sotto il 45% e appena una supera il 60%. Nello specifico le zone con il livello di soddisfazione più basso sono la Zona distretto dell'Elba (40,2%) e la Zona distretto delle Valli Etrusche (44,9%), mentre tra le zone distretto con livelli di soddisfazione più alta si segnalano la Zona distretto del Mugello (59,2%) e delle Colline dell'Albegna (63,3%).

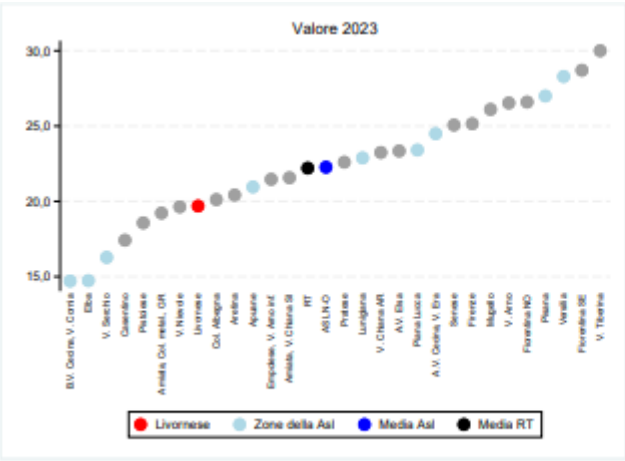
Nella zona **Livornese** la percentuale di ragazzi 11-17enni soddisfatti del rapporto con i propri genitori è del **49%**, una quota in linea con quella media regionale.



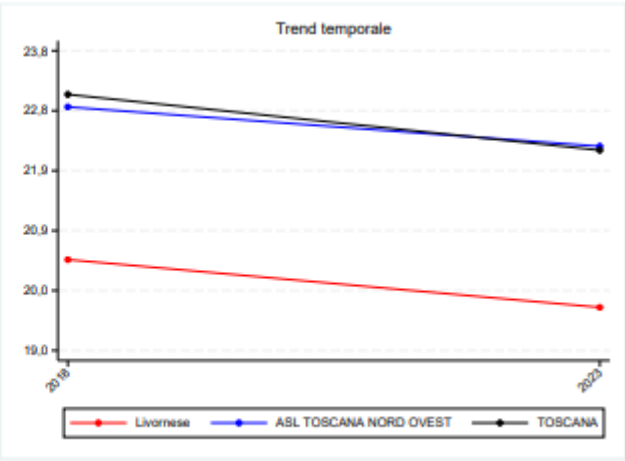
Ragazzi di 11-17 anni che frequentano associazioni o gruppi

Nel 2023, tra i preadolescenti e gli adolescenti toscani tra gli 11 e i 17 anni poco più di uno su cinque (22,2%) ha un'alta frequenza a gruppi o associazioni. Il dato è in linea con quanto rilevato nel 2018 sulla stessa fascia di età quando era stato pari al 23,1%. A livello di Zona distretto si registrano alcune differenze significative tra i valori particolarmente bassi delle zone distretto dell'Elba e delle Valli Etrusche con il 14,7% e la Zona distretto della Valle del Serchio (16,3%) e i valori più alti delle zone distretto Pisana (27%), Versilia (28,3%), Fiorentina Sud-Est (28,7%) e la zona Valtiberina che raggiunge il 30%.

Nella zona **Livornese** la percentuale di ragazzi 11-17enni che frequentano almeno un gruppo di condivisione o un'associazione è del **20%**, una quota zonale tra le più basse con un distacco di circa 2 punti % rispetto alla media regionale (22%). Come nel resto della regione, inoltre, il dato è in calo rispetto al 2018.



(a) Indicatore per zona



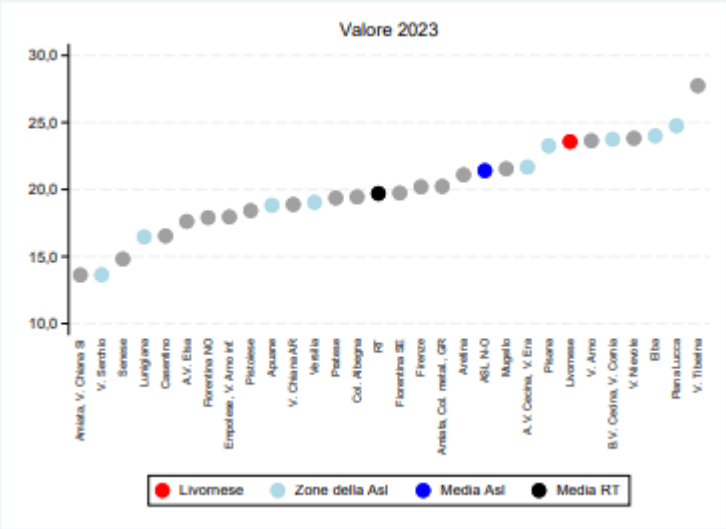
(b) Trend per zona, Asl e regione

Ragazzi di 11-17 anni che dichiarano di commettere atti di violenza, bullismo e cyber bullismo a scuola

Nel 2023, tra i preadolescenti e gli adolescenti toscani tra gli 11 e i 17 anni poco meno di 1 su 5 (19,7%) dichiara di aver subito atti di violenza, di bullismo o di cyberbullismo. Tra le zone distretto il valore più

basso in assoluto è quello della zona della Valtiberina (27,7%), seguito dalla Piana di Lucca (24,8%) e dalla zona dell'Elba (24%), di contro parte i valori più bassi si registrano nella zona Valle del Serchio e Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana senese (13,6%).

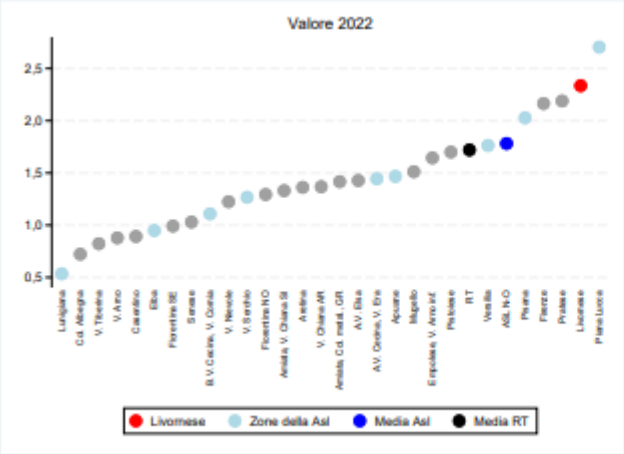
Su questo versante la zona **Livornese** (**24%**) si colloca al di sopra del dato medio regionale (20%) e tra le zone in cui il fenomeno sembra registrare le percentuali più alte.



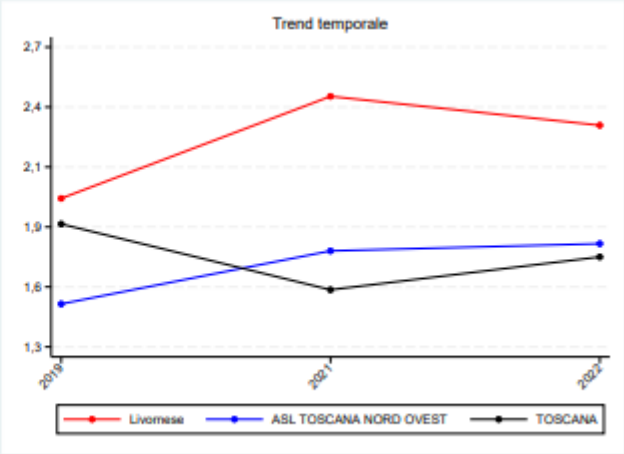
Tasso di donne con primo accesso ai centri antiviolenza

L'indicatore cerca di fornire una misura della parte emersa del fenomeno violenza di genere, calcolando il numero di donne che si sono rivolte per la prima volta ad uno dei Centri antiviolenza presenti in Toscana (attività di accoglienza, orientamento, assistenza psicologica e legale alle donne vittime di violenza, e ai/alle loro figli/e vittime di violenza assistita) ogni 1.000 donne residenti. Occorre quindi precisare due aspetti importanti: 1) l'indicatore offre una valutazione molto parziale del fenomeno complessivo, che rimane ancora oggi in larga parte sommerso (Istat rileva che a livello nazionale quasi 1/3 delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito un episodio di violenza fisica o sessuale nel corso della vita, che quasi il 90% dei casi non vede alcuna denuncia del fatto e che solo il 5% si rivolge ai servizi dedicati); 2) le diverse consistenze zonali che emergono non sono da imputare in automatico a reali differenze di gradazione del fenomeno nei territori poiché riflettono anche la presenza e attività dei servizi negli stessi. Nel 2022 si sono rivolte ai centri antiviolenza toscani 3.232 vittime di violenza (di cui 194 da fuori regione), ovvero 1,7 ogni 1.000 donne residenti nella regione. A livello zonale i valori oscillano tra 0,5 e 2,5 per 1.000 e i più alti si notano nelle zone Piana di Lucca, Livornese, Pratese, Firenze e Pisana, seppur con valori che poco di discostano dalla media regionale.

Su questo versante la zona **Livornese**, con 205 casi nel 2022 (**2,5‰**) si posiziona come la seconda zona con il valore più alto in Toscana. Situazione, questa, che si riaggancia di riflesso all'aumento del fenomeno maltrattamenti sui minori in aumento.



(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

Stranieri

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Stranieri" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:

  scostamento in negativo dalla media regionale

  in linea con la media regionale

  scostamento in positivo dalla media regionale

- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:

  ↓ in diminuzione con connotazione negativa

  ↑ in aumento con connotazione negativa

  ↓ in diminuzione con connotazione positiva

  ↑ in aumento con connotazione positiva

  ↔ andamento costante

Stranieri

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Trend
Percentuale stranieri iscritti in anagrafe	**8,1**	12,0	9,1	6,8		22,9	
Percentuale stranieri nelle scuole	**12,3**	16,6	12,3	7,9		30,1	
Tasso grezzo di disoccupazione stranieri	**50,5**	37,7	50,0	68,6		16,0	
Percentuale MSNA accolti in struttura su minori in struttura	**13,8**	43,9	42,9	100,0		0,0	
Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera	**95,3**	95,6	95,1	117,7		71,1	
Percentuale minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)	**34,5**	38,1	31,3	56,9		10,5	

Il fenomeno migratorio è arrivato in ritardo rispetto a quanto avvenuto in Toscana e oggi l'**incidenza della popolazione straniera è sensibilmente inferiore a**i valori medi regionali. I flussi migratori di stranieri hanno comunque permesso la tenuta della dinamica demografica, sia in termini numerici (la popolazione, in presenza di un saldo naturale nascite-morti negativo, è cresciuta negli ultimi venti anni soltanto grazie agli stranieri) che di ricambio generazionale (assicurando la presenza di coorti di popolazione più giovane, elemento fondamentale per la dinamicità di un territorio).

Una presenza che porta però con sé anche elementi di forte complessità in termini di integrazione e di accesso ai servizi (e dunque di riorganizzazione degli stessi). Riguardo all'integrazione, è senza dubbio un elemento positivo la sensibile crescita degli iscritti stranieri al sistema di istruzione, con quote però inferiori ai valori regionali in ragione della più bassa presenza straniera sul territorio. In chiave di **accesso ai servizi** si nota come il tasso di ospedalizzazione sia in calo e più basso di quello medio regionale, elemento rivelatore anche della crescita in termini di appropriatezza nell'utilizzo dei servizi, oltre che di una struttura per età molto più giovane di quella autoctona.

Il complesso e sfaccettato tema dell'**accoglienza** trova nel territorio un positivo segnale di apertura, con la % di stranieri in carico al servizio sociale territoriale che ha superato i valori medi regionali (indicatore sentinella sia dei bisogni crescenti che della accresciuta capacità dei servizi di intercettare tali bisogni).

Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

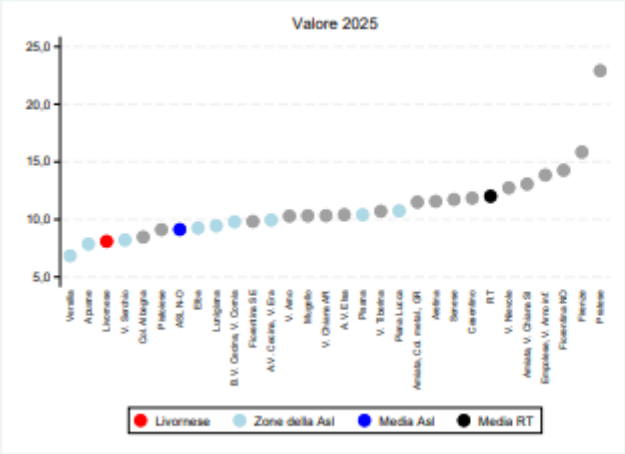
La presenza straniera sul territorio

Percentuale stranieri iscritti in anagrafe

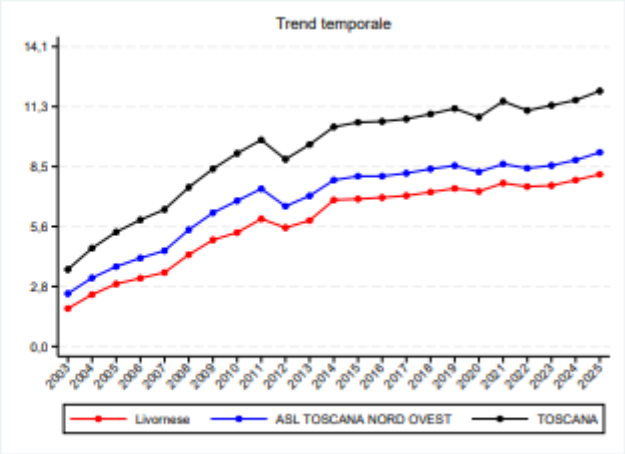
Gli stranieri residenti in Toscana rappresentano il 12% della popolazione (dati provvisori ISTAT al 1 gennaio 2025), in leggero aumento rispetto all'anno precedente (11,6%). Il peso sul totale dei residenti, in termini relativi e assoluti, si conferma più elevato nella zona Pratese (22,9%), seguita dalla zona di Firenze (15,9%). Altre zone sono caratterizzate da una presenza straniera, rispetto alla popolazione residente, maggiore della media e si tratta solitamente di quei territori che hanno al loro interno

distretti industriali, manifatturieri o legati al settore agricolo, in grado di attrarre manodopera dall'estero. Sono invece le aree montane e periferiche, sprovviste di un'attrattiva lavorativa, quelle con la minor presenza di stranieri. La popolazione straniera può portare con sé condizioni di salute, stili di vita e modalità di accesso ai servizi sanitari diverse rispetto alla popolazione autoctona, per questo misurarne il peso, sia in termini relativi che assoluti, fornisce un aiuto alla programmazione dei servizi sociosanitari.

Nella zona **Livornese** risiedono attualmente circa **13.738 stranieri, 8,1% della popolazione totale** (dato zonale tra i più bassi), ed il 55% sono donne. La crescita dei flussi migratori è rallentata negli ultimi anni, così come nel resto della Toscana, e l'effetto di ricambio generazionale si è notevolmente attenuato facendo crescere nuovamente l'indice di vecchiaia zonale che aveva avuto un arresto negli anni precedenti.

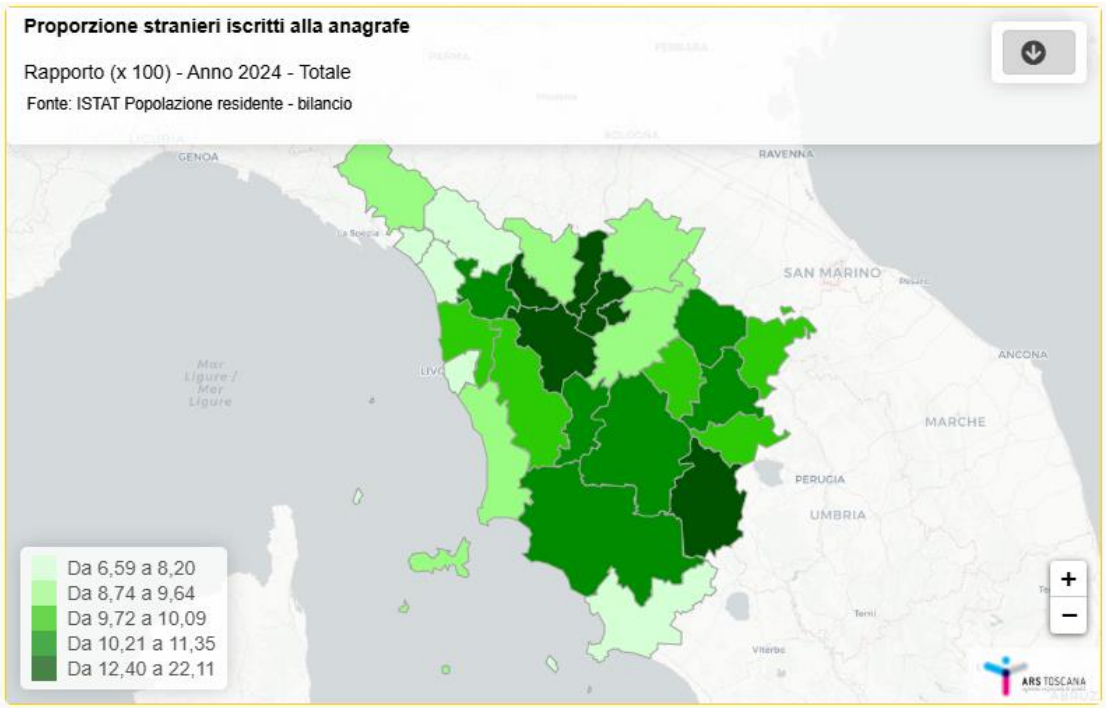


(a) Indicatore per zona

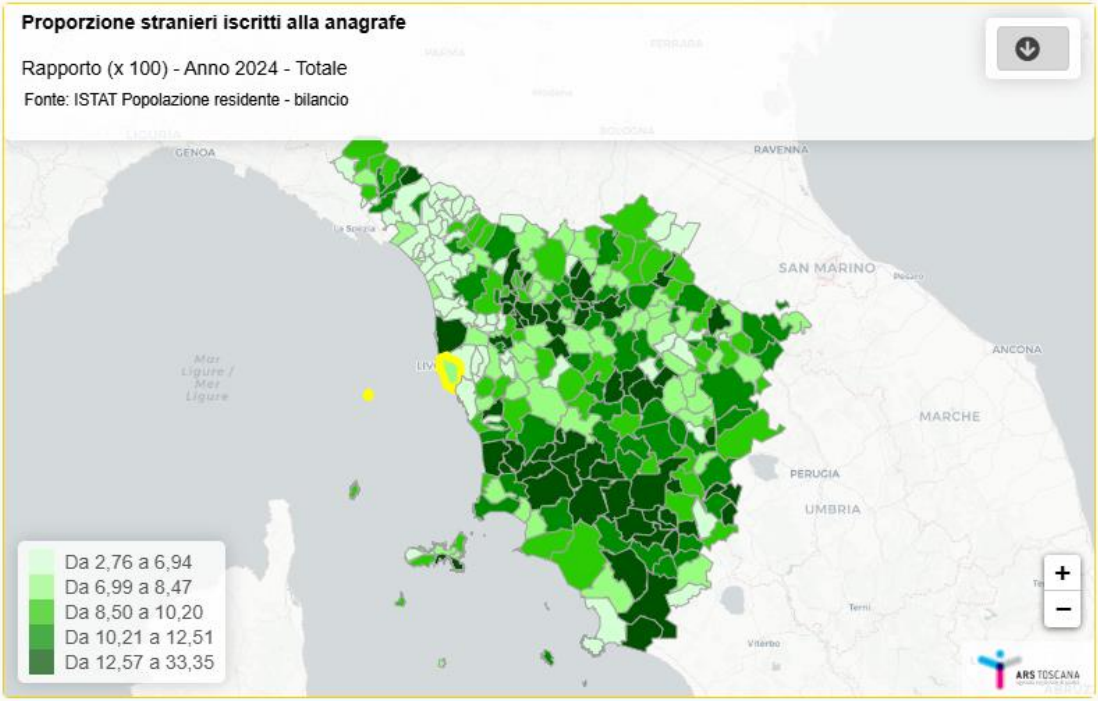


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale

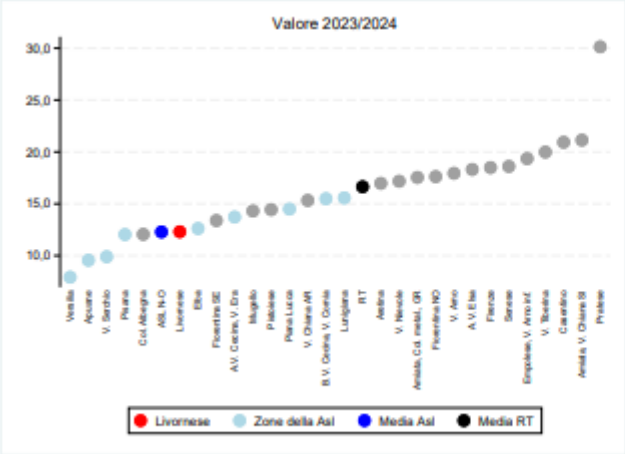


Fattori di integrazione: istruzione, servizi, lavoro

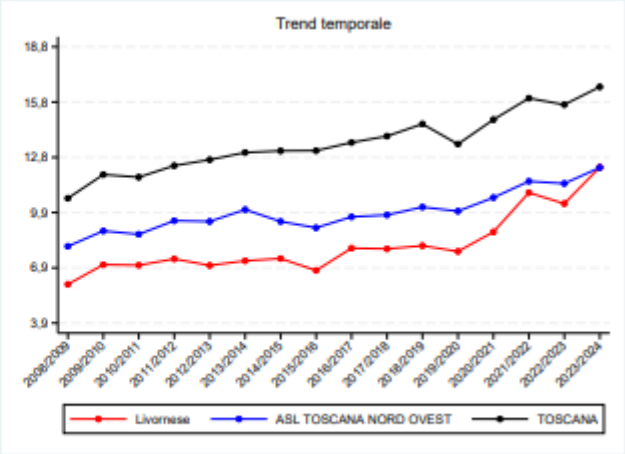
Percentuale di stranieri nelle scuole

L'indicatore misura la percentuale di bambini e ragazzi stranieri iscritti nel ciclo scolastico regionale (scuole primaria e secondarie di I e II grado) e riflette a grandi linee la presenza straniera generale sul territorio. In Toscana ci sono oltre 16 bambini e ragazzi stranieri ogni 100 iscritti, dato in crescita (erano il 10% nel 2008). L'area centrale della regione, ossia quella che contiene le zone di Prato, Empolese-Valdarno-Valdelsa e Firenze, è quella che registra le maggiori quote di alunni stranieri, e anche le zone del territorio senese e aretino mostrano percentuali significative. La variazione zonale ha un intervallo consistente che va dal 30% di Prato all'8% della Versilia.

Nella zona **Livornese** ci sono **2.283 bambini e ragazzi stranieri iscritti al ciclo di istruzione** e rappresentano il **12,3% del totale iscritti**, contro una media toscana del 16%. Dal 2008 c'è stata una crescita di diverse centinaia di iscritti stranieri ma la percentuale è una tra le più basse in Toscana, rispecchiando la presenza straniera complessiva sul territorio.



(a) Indicatore per zona

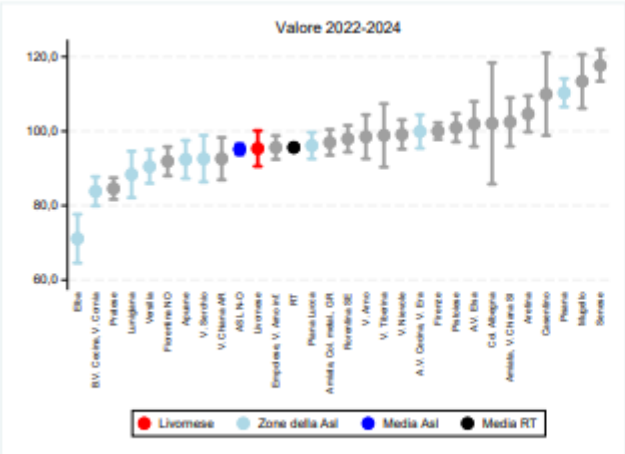


(b) Trend per zona, Asl e regione

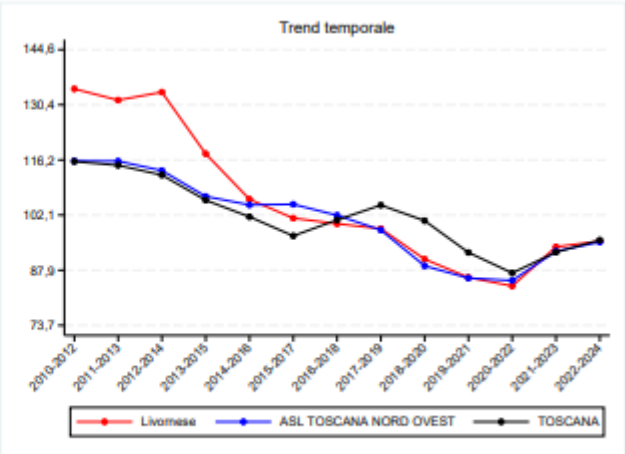
Tasso di ospedalizzazione della popolazione straniera

L'ospedalizzazione tra gli stranieri, come quella nella popolazione generale, si conferma su livelli di ospedalizzazione inferiori rispetto agli anni immediatamente precedenti all'avvento del COVID-19, ma nel triennio 2022-2024 prosegue la lenta risalita rispetto al triennio 2020-2022. Il tasso di ospedalizzazione grezzo è pari a 81,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti stranieri, ma in realtà l'incidenza standardizzata per età è più alta, 95,6 ricoveri per 1.000. Questo perché la popolazione straniera è mediamente più giovane di quella generale e questo di per s´e potrebbe contribuire a tenere l'ospedalizzazione su livelli più bassi, ma l'effetto si perde dopo la standardizzazione, necessaria per capire il reale stato di salute della popolazione. In generale l'ospedalizzazione è maggiore tra le donne straniere rispetto agli uomini (106,7 vs 89,8 ricoveri per 1.000 ab. nel triennio 2022-2024).

Nella zona **Livornese** il tasso di ospedalizzazione degli stranieri è complessivamente in diminuzione e vede circa **2.233 ricoveri nel triennio 2022-2024** per un tasso standardizzato triennale di circa **114 ricoveri ogni 1000 residenti stranieri**, arrivato negli ultimi periodi di riferimento prima al di sotto e poi al di sopra della media toscana (106,7%). La differenza di genere è presente anche qui come nel resto della Toscana, con il tasso femminile (114,5%) più elevato di quello maschile (83,5%).

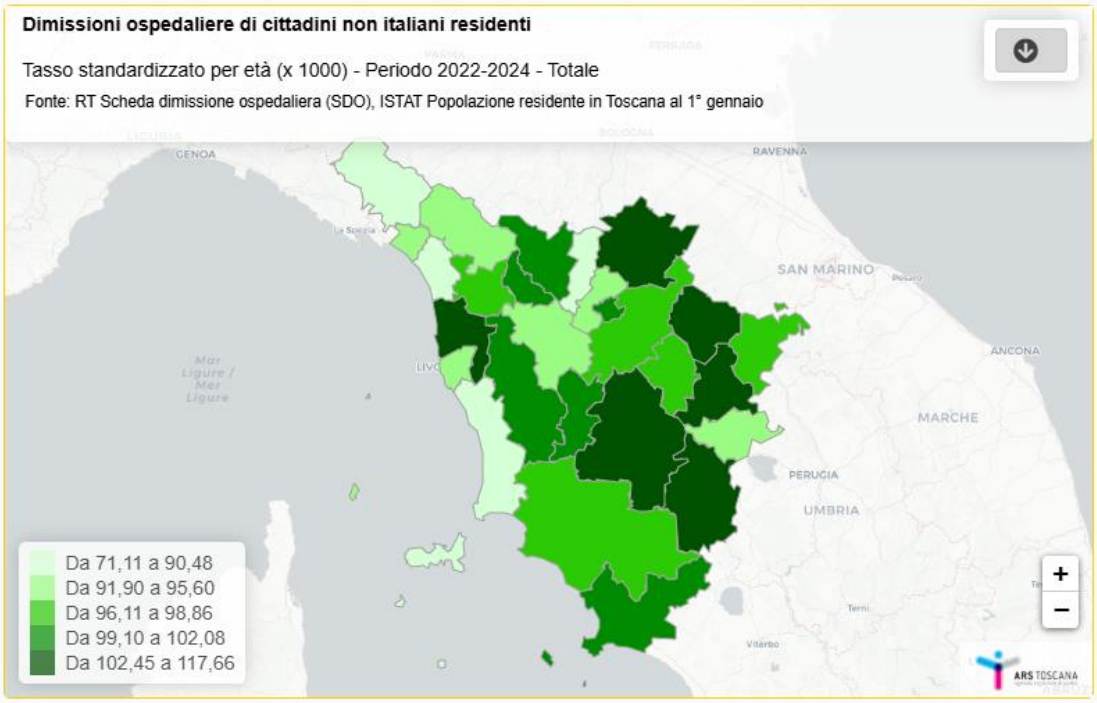


(a) Indicatore per zona

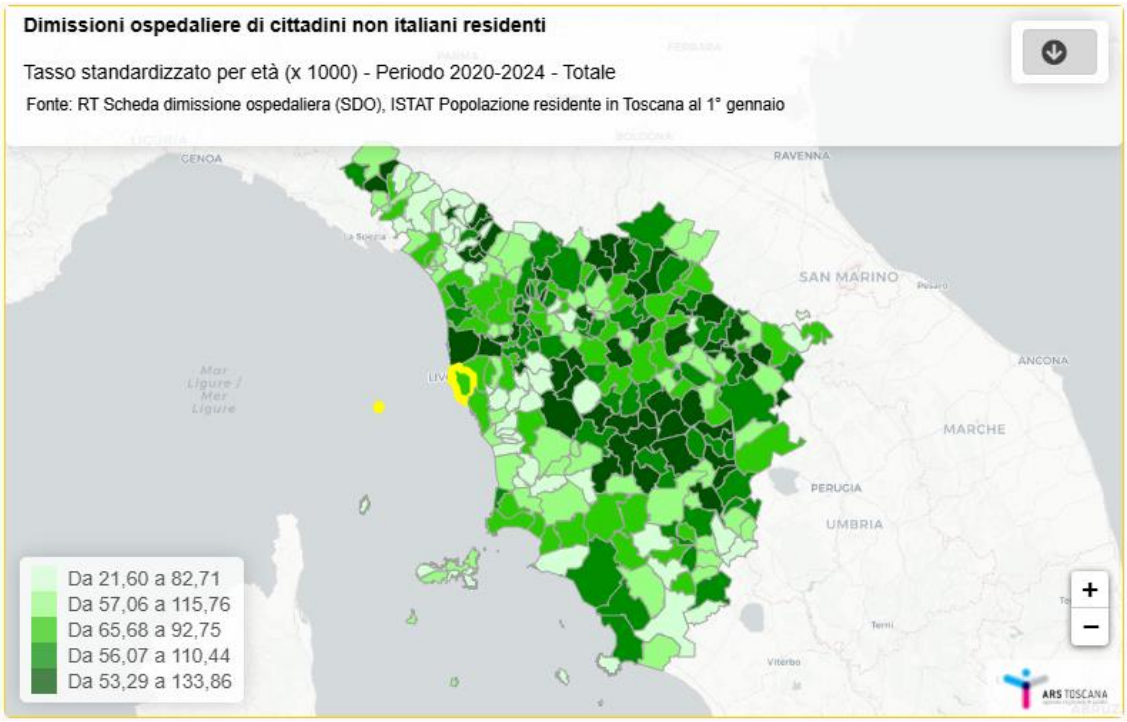


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale

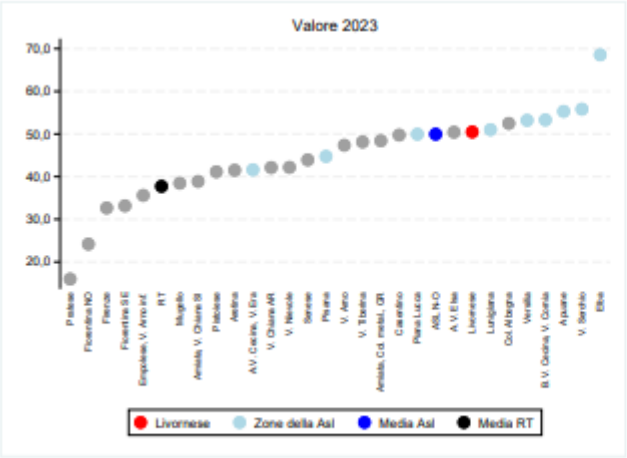


Tasso grezzo di disoccupazione stranieri

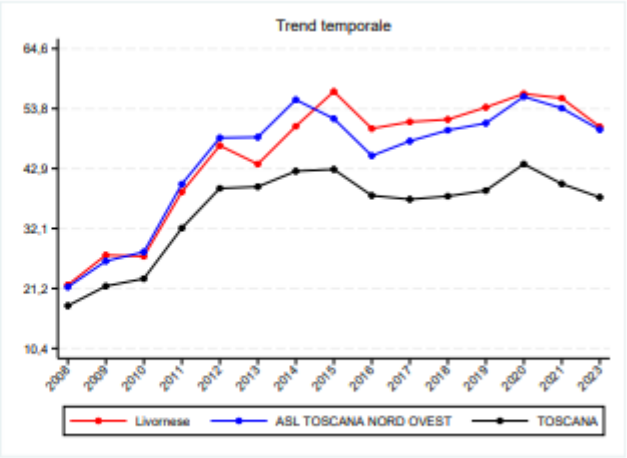
Uno dei motivi del recente rallentamento dei flussi migratori verso la Toscana, la perdita di attrattività dal punto di vista occupazionale, è ben testimoniato dal tasso grezzo di disoccupazione, che mette in rapporto percentuale gli iscritti stranieri ai Centri per l'Impiego in cerca di lavoro e i residenti stranieri in età 15-64 anni. Quasi doppio (37,7%) rispetto a quello degli italiani (21,5%) ed in forte crescita nel

lungo periodo (era al 18% nel 2008), il tasso grezzo di disoccupazione degli stranieri oscilla a livello zonale in un intervallo tra il 16% della Pratese al 68% dell'Elba e prevalentemente nell'area Nord-Ovest (50%) e della Sud-Est (45%) rispetto alla Centro (29%). Come per la disoccupazione totale, si registra una maggiore criticità nelle zone costiere, soprattutto quelle dell'area di crisi complessa del massese e del livornese. Il piccolo calo registrato tra il 2021 e il 2023 è dovuto soprattutto al decremento del numero di stranieri residenti in Toscana iscritti ai CPI come disponibili al lavoro.

Nella zona **Livornese** ci sono circa **5.200 stranieri iscritti ai Centri per l'Impiego** in cerca di lavoro, ovvero circa **50 ogni 100 residenti stranieri in età attiva**, e quindi un tasso grezzo di disoccupazione tra i più elevati in Toscana. Un dato storicamente e sensibilmente superiore a quello medio regionale (38%), che mette in luce una criticità che si riflette in maniera chiara sul fattore integrazione.



(a) Indicatore per zona



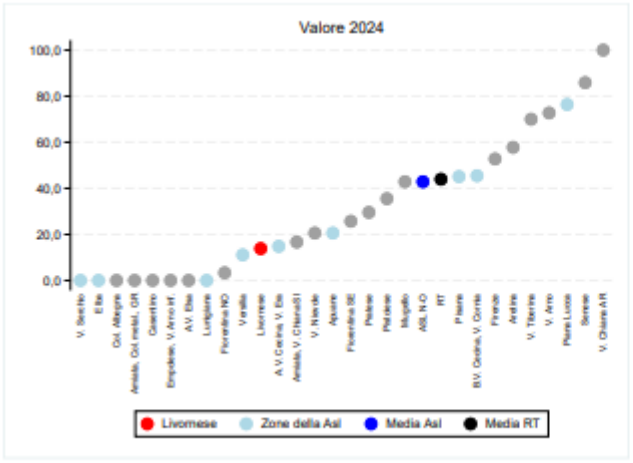
(b) Trend per zona, Asl e regione

Il complesso tema dell'accoglienza

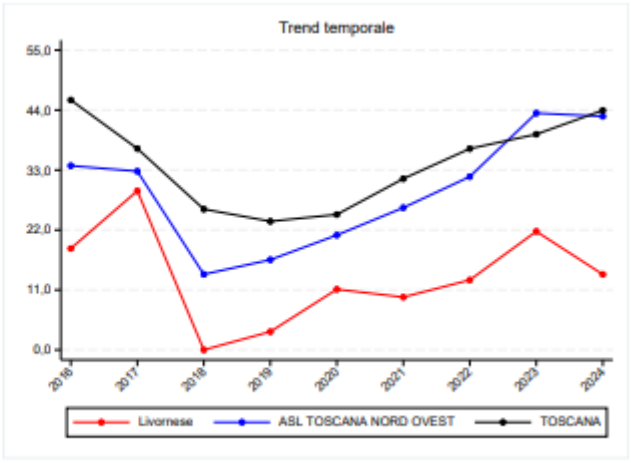
Percentuale MSNA accolti in struttura residenziale socio educativa sul totale dei minori accolti in struttura

Le strutture residenziali socio educative rappresentano uno dei terminali di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) più importanti sul territorio regionale e nazionale. In Toscana la percentuale dei MSNA presi in carico e collocati dai servizi sociali territoriali in struttura residenziale socio educativa sul totale dei minori collocati dagli stessi servizi in struttura risulta nell'ultimo triennio (2022-2024) in forte aumento e al 31 dicembre 2024 raggiunge il 44%. Il dato zonale presenta una fortissima variabilità con i valori più alti e decisamente sopra il valore medio regionale delle zone distretto della Val di Chiana Aretina (100%), Senese (86%), Piana di Lucca (76%), Valdarno (73%) e Val Tiberina (70%).

Il fenomeno nella zona **Livornese** è tornato a crescere negli ultimi anni (9 casi su 65 nel 2024, 13,8% del totale), pur rimanendo ampiamente al di sotto delle medie aziendale (43%) e regionale (44%).



(a) Indicatore per zona



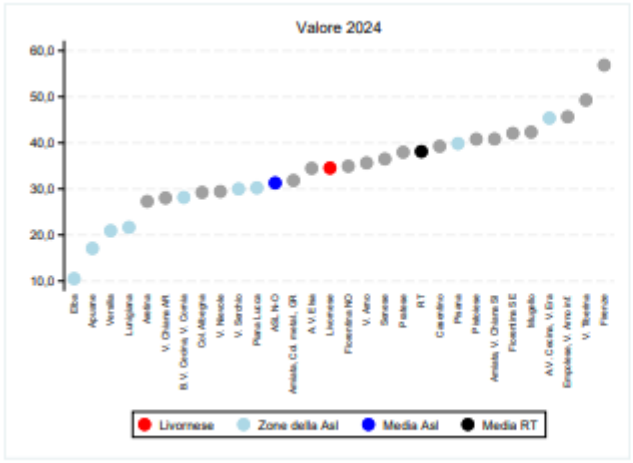
(b) Trend per zona, Asl e regione

La presa in carico dei servizi sociali

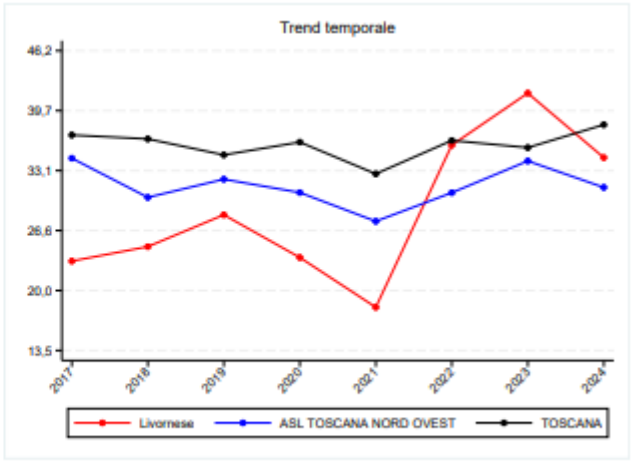
Percentuale di minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)

Al 31 dicembre 2024 la percentuale di minori stranieri presi in carico dal servizio sociale territoriale sul totale dei minori presi in carico (il tutto al netto dei MSNA) è del 38,1% in leggero aumento rispetto a quello registrato negli anni passati. Il dato risulta molto eterogeneo all'interno delle zone distretto e si passa dai valori più bassi registrati nelle zone distretto dell'Elba (10,5%) e delle Apuane (17,1%) a quelli più alti registrati invece nelle zone distretto di Firenze (56,9%), della Valtiberina (49,3%), dell'Empolese-Valdarno Inferiore (45,6%) e dell'Alta Val di Cecina Valdera (45,4%).

Nella zona **Livornese** i minori stranieri (al netto dei MSNA) presi in carico dal servizio sociale al 2024 sono **525**, ovvero il **34,5%** del totale minori in carico, inferiore alla media regionale (38%) e superiore a quella aziendale (31,3%), con notevoli balzi negli ultimi anni.



(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

Cronicità

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Cronicità" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:
  - in diminuzione con connotazione negativa
  - in aumento con connotazione negativa
  - in diminuzione con connotazione positiva
  - in aumento con connotazione positiva
  - andamento costante

Cronicità

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Prevalenza cronicità	**317,0**	321,2	320,2	355,0		308,9		
Prevalenza diabete	**68,8**	63,5	66,7	71,9		55,6		
Prevalenza scompenso cardiaco	**18,0**	19,0	20,2	24,4		15,1		
Prevalenza ictus	**14,1**	15,6	14,7	20,8		13,0		
Prevalenza cardiopatia ischemica	**33,2**	34,9	36,4	44,2		31,4		
Prevalenza BPCO	**13,8**	14,0	13,7	16,4		9,8		
Prevalenza demenza	**11,4**	11,5	10,8	15,0		8,3		

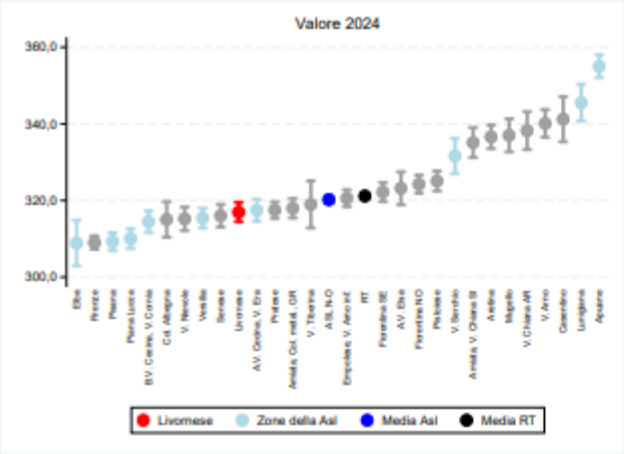
La situazione relativa alle **cronicità** mette chiaramente in evidenza, in un contesto dove il livello di attenzione deve rimanere comunque alto a prescindere dai posizionamenti zonali, quali sono le principali criticità del territorio: il diabete ha una presenza zonale è decisamente superiore al dato medio regionale, lo scompenso cardiaco e la demenza sono in aumento.

Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

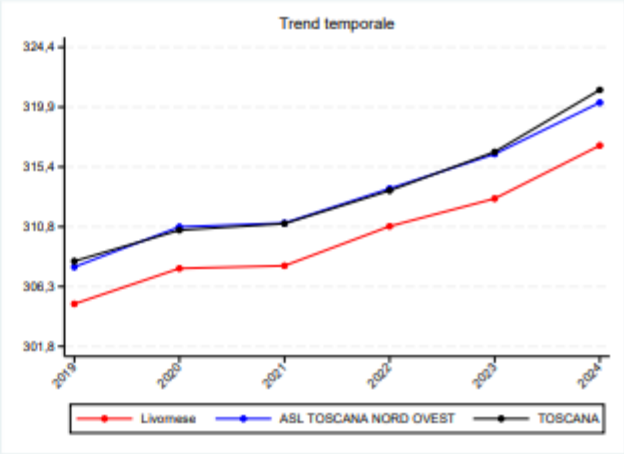
Prevalenza cronicità (almeno una patologia cronica)

Le patologie croniche hanno, insieme alla non autosufficienza, un peso determinante sui servizi territoriali e la medicina generale. Circa un terzo della popolazione toscana maggiorenne soffre di almeno una malattia cronica, tra quelle rilevabili tramite i dati dei flussi sanitari. Si tratta di poco più di 1 milione e 310mila persone, nella maggioranza anziani. La presenza di malati cronici è più diffusa in molte zone della Asl Sud-Est e alcune zone settentrionali della Asl Nord-Ovest (Lunigiana, Apuane), caratterizzate da una popolazione più anziana, ma anche in Val di Chiana aretina, Valdarno e nella zona aretina. Il numero di malati cronici non dipende solo dall'incidenza, ma anche dalla capacità di aumentare l'aspettativa di vita alla diagnosi grazie ad un'assistenza appropriata ed efficacie nel prevenire eventi acuti. Il numero assoluto di cronici sul proprio territorio stima il carico assistenziale e permette di prevedere le risorse necessarie. I malati cronici sono in maggioranza donne, mediamente più anziane degli uomini, tuttavia in termini relativi, una volta aggiustata per età, la prevalenza della cronicità tra le donne è minore rispetto agli uomini (315,8 vs 327 per 1.000). Oltre al totale, gli indicatori che seguono forniscono un dettaglio delle malattie più comuni e allo stesso tempo a maggior rischio di acuzie: diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ictus, broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), demenza. Per tutte quante le evidenze di letteratura mostrano l'importanza del continuo monitoraggio delle condizioni cliniche del malato, da parte principalmente del medico di famiglia, al fine di evitare l'insorgenza di eventi acuti che possano portare a condizioni di non autosufficienza o decesso. Per questo motivo la medicina generale, con specifici progetti regionali, è ormai orientata verso un approccio proattivo alla cura della malattia. La programmazione di percorsi di cura appropriati e programmi di prevenzione potrà essere coadiuvata dalle stime zonali per ogni singola patologia.

Nella zona **Livornese** i **residenti di 16 anni e oltre che hanno almeno una patologia cronica sono circa 62.200**, il **38%** degli over 16 residenti. Il tasso standardizzato per età di prevalenza della cronicità è dunque di **317 affetti da cronicità ogni 1.000 residenti**, un dato che –vista anche la struttura per età zonale – deve costituire una priorità assoluta negli obiettivi di salute, pur essendo al 2024 inferiore alla media regionale (321‰) e a quella aziendale (320%). La presenza di cronicità è maggiore nei maschi (28.600 persone, 321‰) rispetto alle femmine (33.600 persone, 314‰).



(a) Indicatore per zona



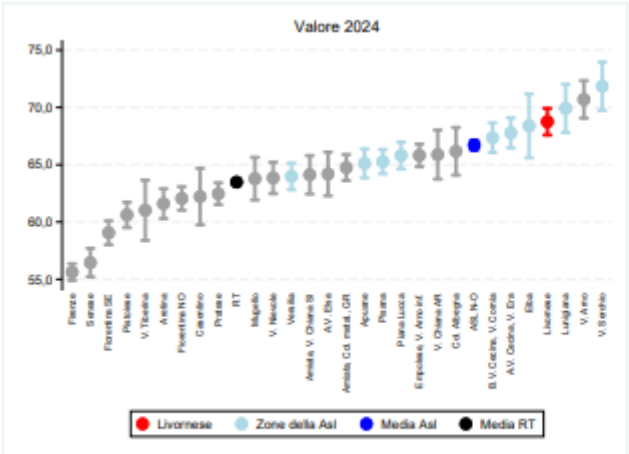
(b) Trend per zona, Asl e regione

Dentro le cronicità

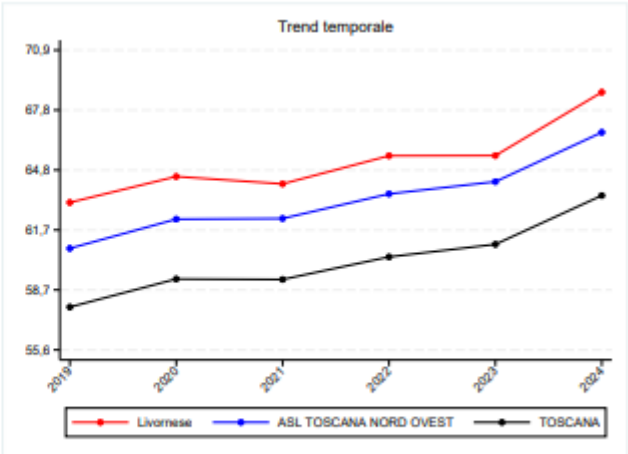
Oltre al totale complessivo visto sopra, gli indicatori che seguono forniscono un dettaglio delle malattie croniche più comuni e allo stesso tempo a maggior rischio di acuzie: diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ictus, broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), demenza. Per tutte quante le evidenze di letteratura mostrano l'importanza del continuo monitoraggio delle condizioni cliniche del malato, da parte principalmente del medico di famiglia, al fine di evitare l'insorgenza di eventi acuti che possano portare a condizioni di non autosufficienza o decesso. Per questo motivo la medicina generale, con specifici progetti regionali, è ormai orientata verso un approccio proattivo alla cura della malattia. La programmazione di percorsi di cura appropriati e programmi di prevenzione potrà essere coadiuvata dalle stime zonali per ogni singola patologia.

Prevalenza diabete

Il diabete è senza dubbio una criticità della zona **Livornese**, e mostra valori in crescita. Ci sono ad oggi circa **13.702 persone** affette da questa patologia e la prevalenza è di **69 ogni 1.000 residenti**, superiore a quella media regionale (63,5‰) e tra le più elevate in Toscana. La prevalenza è maggiore nei maschi (78‰) rispetto alle femmine (61‰).

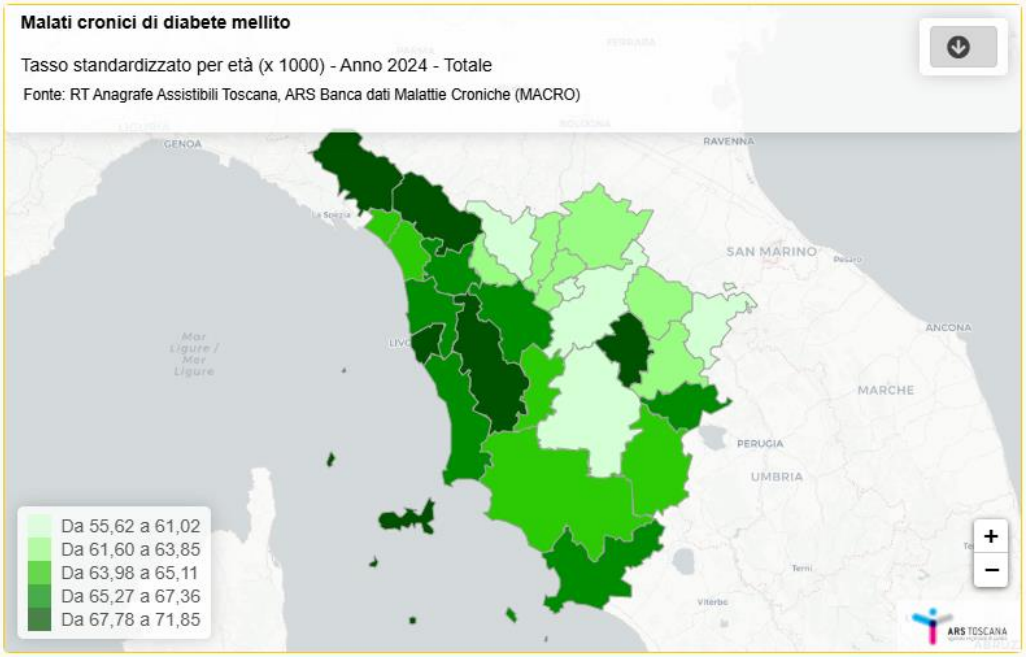


(a) Indicatore per zona

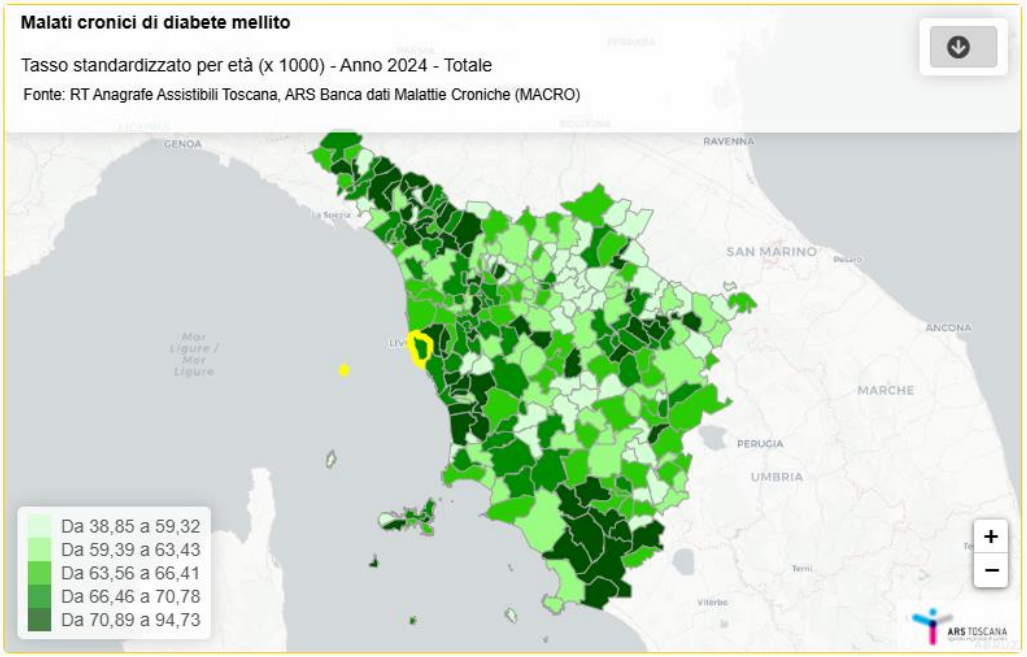


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale

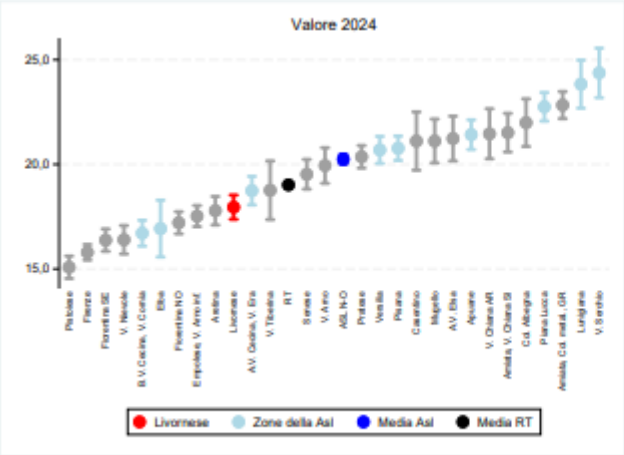


Mappa comunale

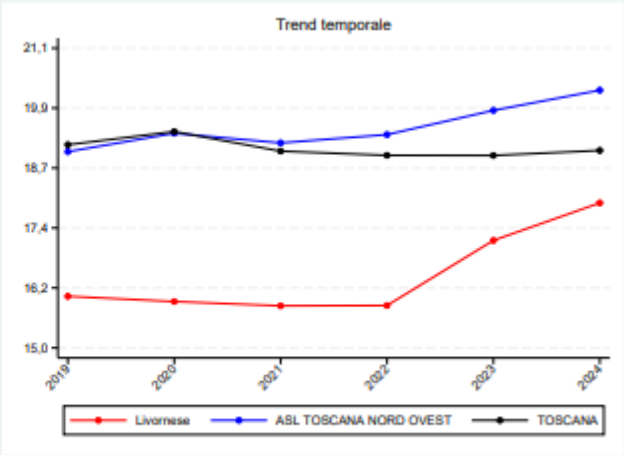


Prevalenza scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco ha nella zona **Livornese** valori tradizionalmente inferiori alla media toscana (tra i più bassi a livello zonale). Attualmente sono circa **3.700** le **persone** che ne soffrono, per una prevalenza di **18 ogni 1.000 residenti** (media regionale 19%), più elevata nei maschi (23‰) rispetto alle femmine (13,7‰).

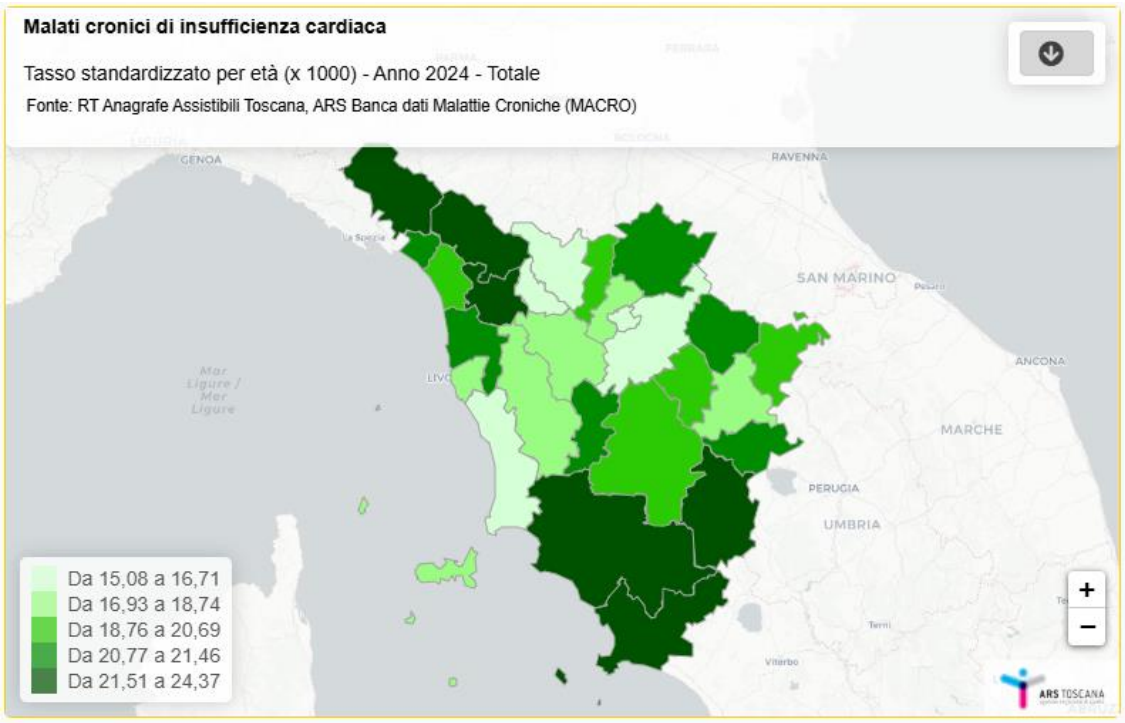


(a) Indicatore per zona

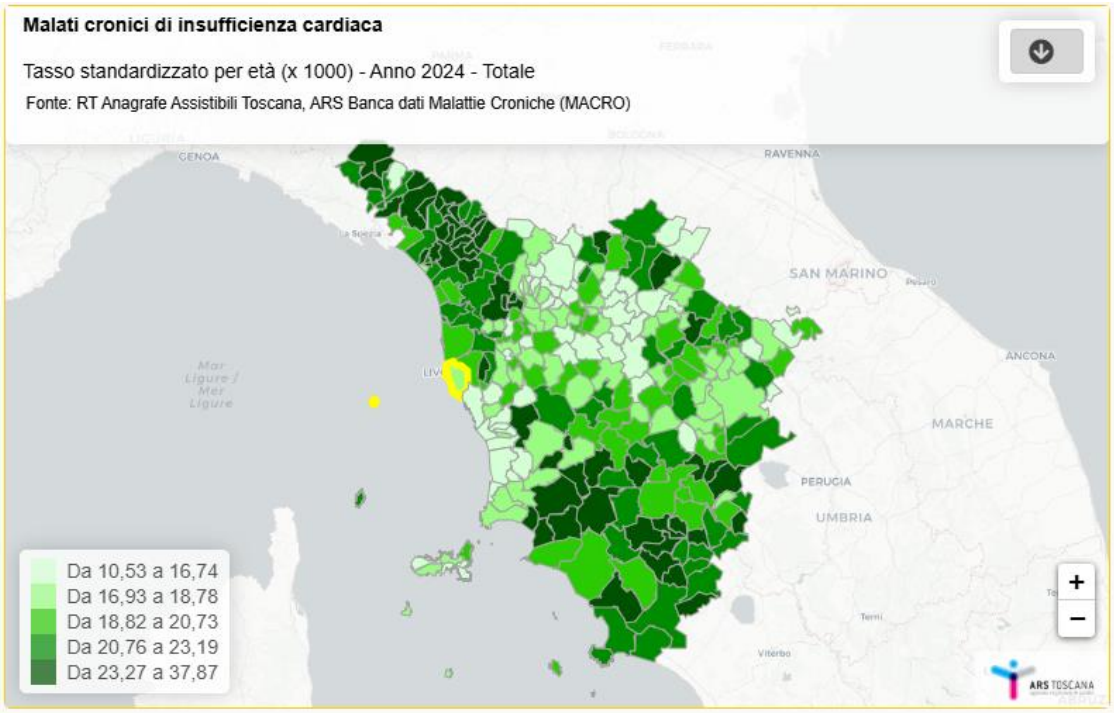


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale

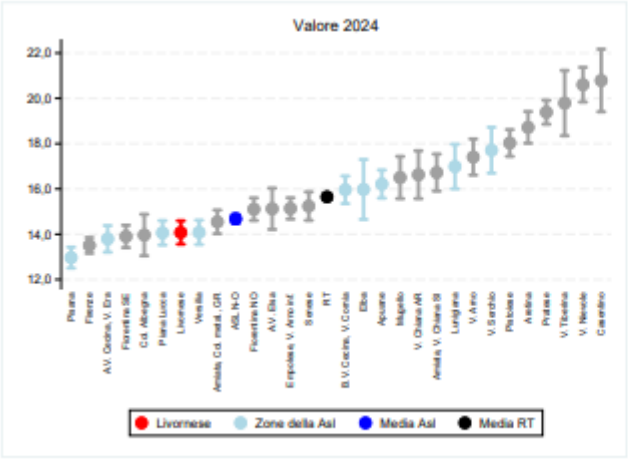


Mappa comunale

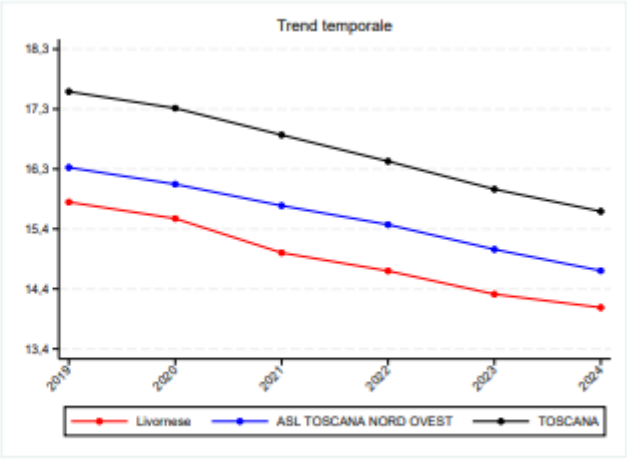


Prevalenza ictus

La prevalenza dell'ictus interessa nella zona **Livornese** circa **2.800 persone**, **14 ogni 1.000 residenti**, con valore in media regionale (15,6‰) e tra i più bassi in Toscana, un andamento in calo nel medio periodo e una maggiore presenza tra i maschi (1.600 persone, 18‰) rispetto alle femmine (1.300 persone, 11‰).

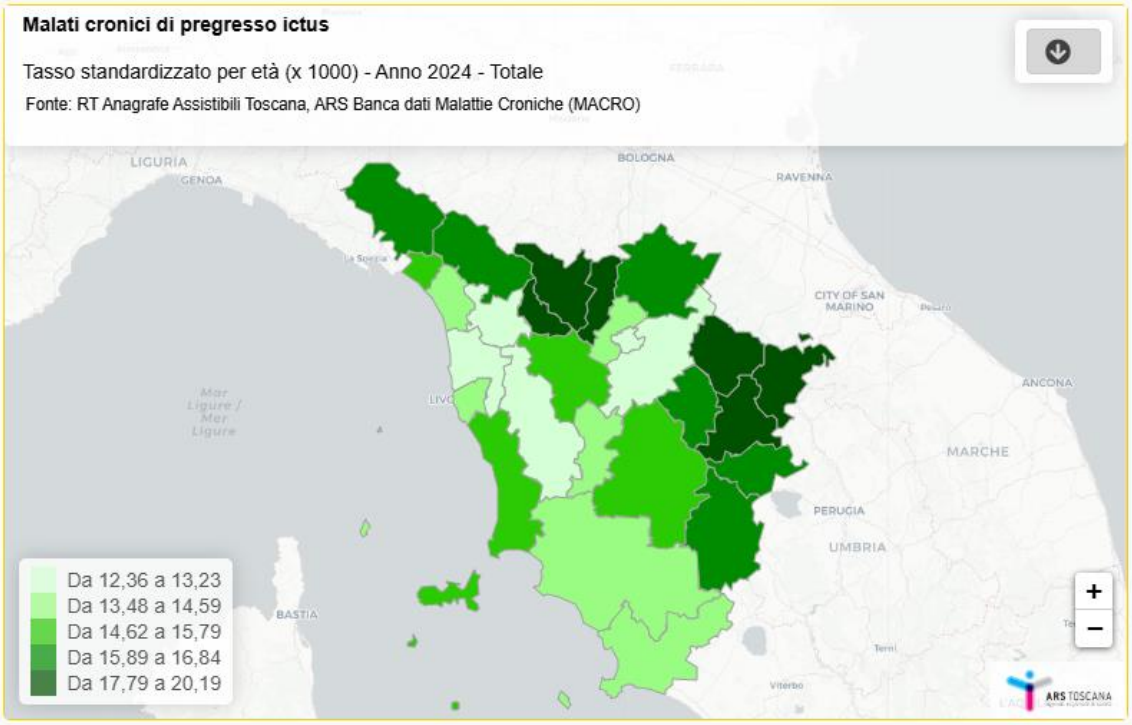


(a) Indicatore per zona

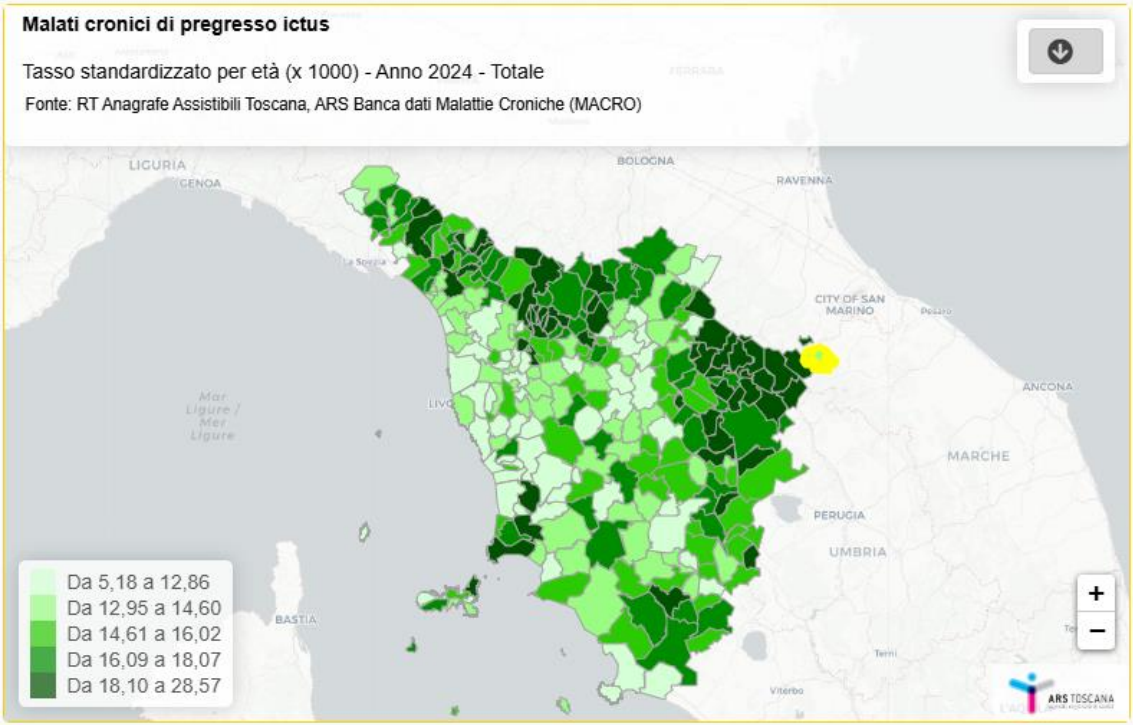


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale

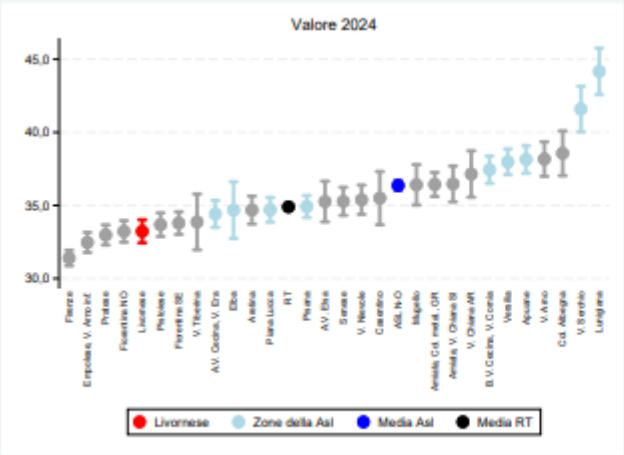


Mappa comunale

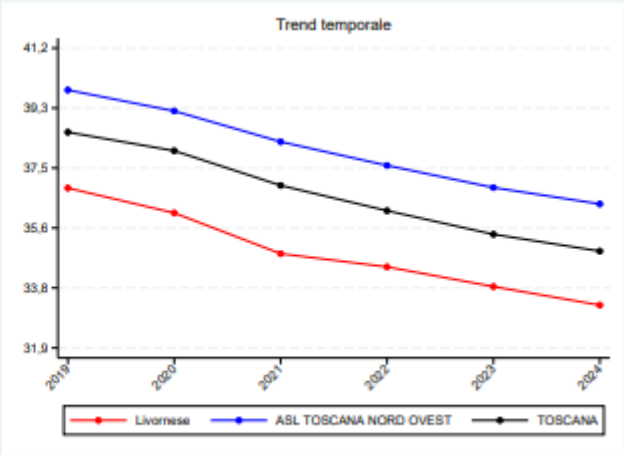


Prevalenza cardiopatia ischemica

Nella zona **Livornese** la cardiopatia ischemica è positivamente in calo e mostra valori costantemente al di sotto della media regionale (che è del 33‰). Le persone affette da tale patologia cronica sono circa **6.800** (4.400 maschi e 2.400 femmine) con una prevalenza nella popolazione di **41 ogni 1.000 residenti** e una presenza nella componente maschile (49‰) più che doppia rispetto a quella femminile (20‰).

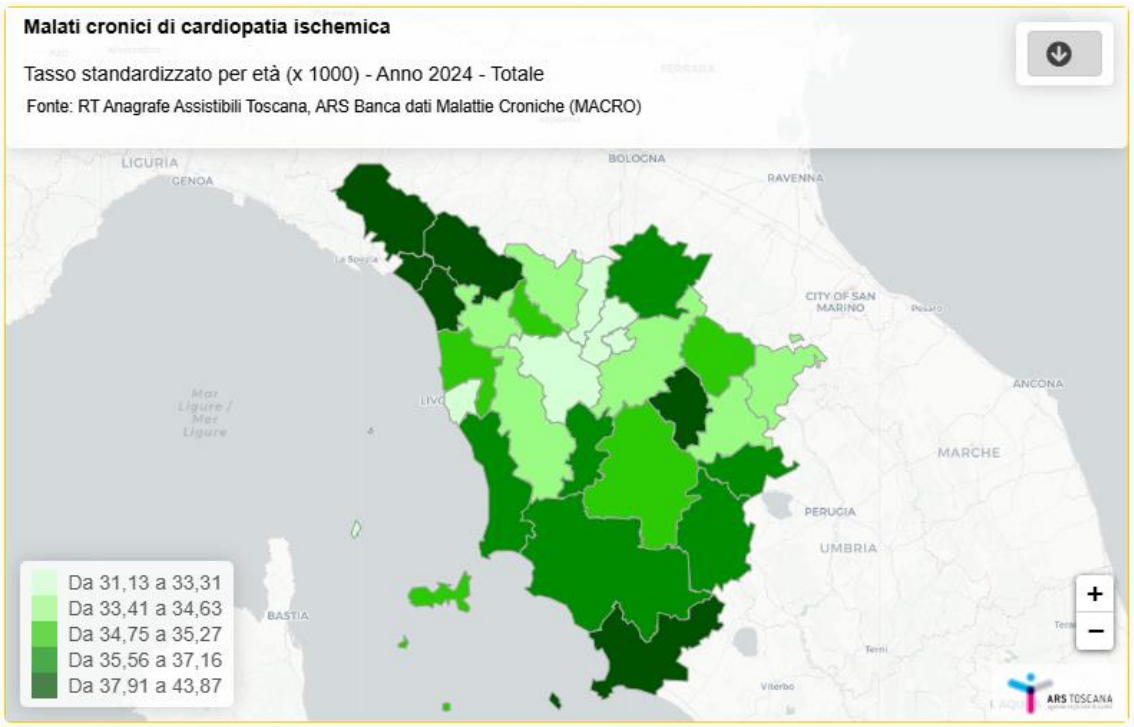


(a) Indicatore per zona

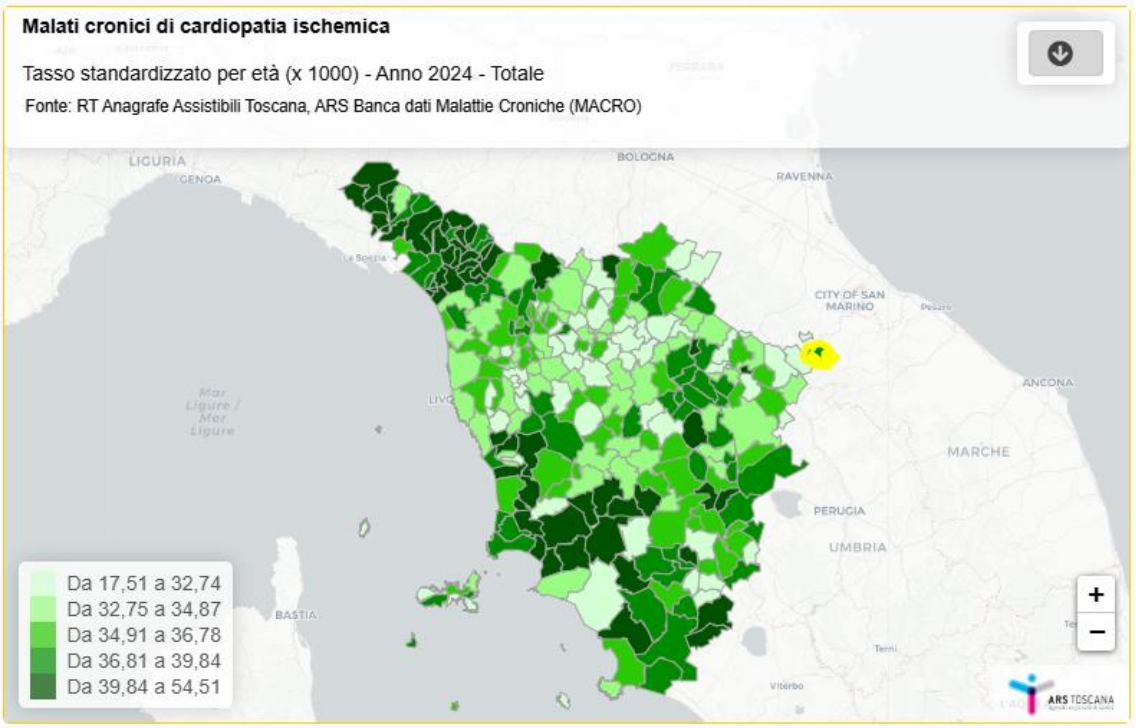


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale

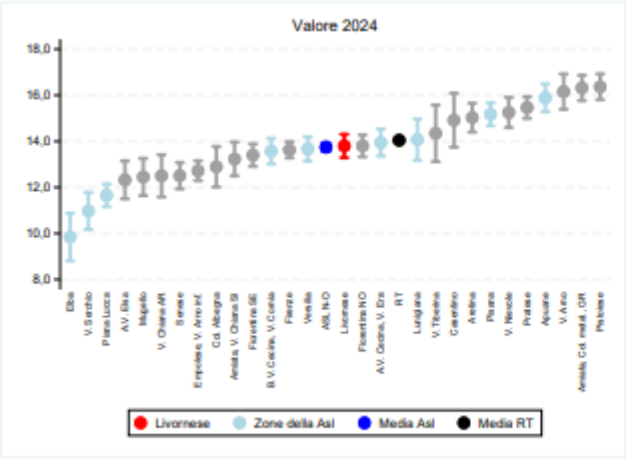


Mappa comunale

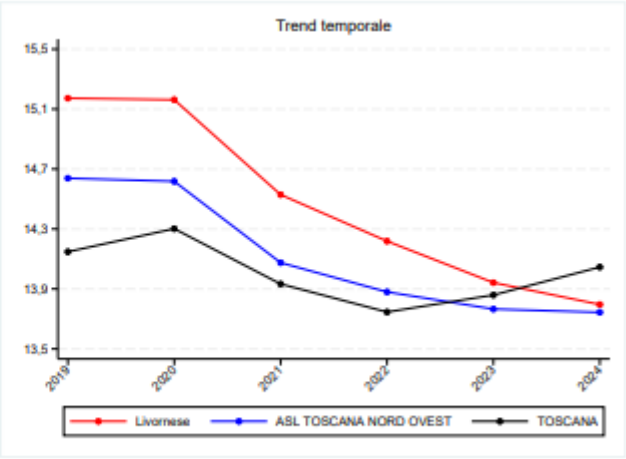


Prevalenza BPCO

Nella zona **Livornese** la broncopneumopatia interessa circa **2.844 persone** (1.394 maschi e 1.450 femmine): **14 ogni 1.000 residenti**. Il trend è in calo e il valore zonale è inferiore al dato regionale.

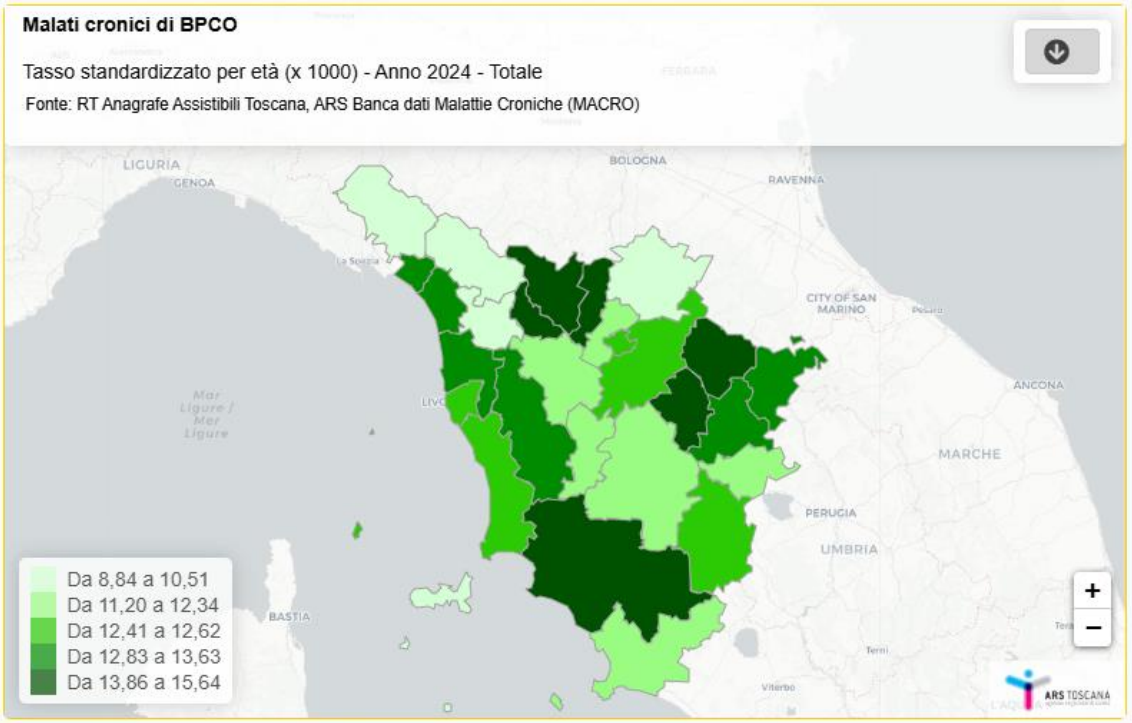


(a) Indicatore per zona

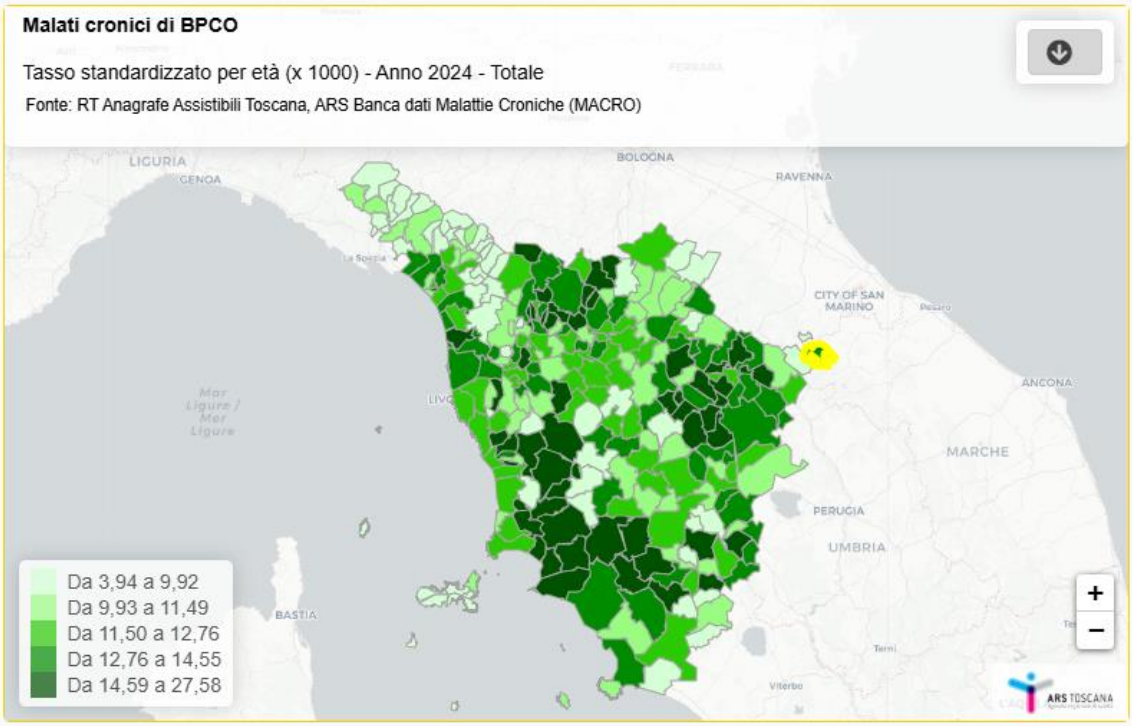


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale

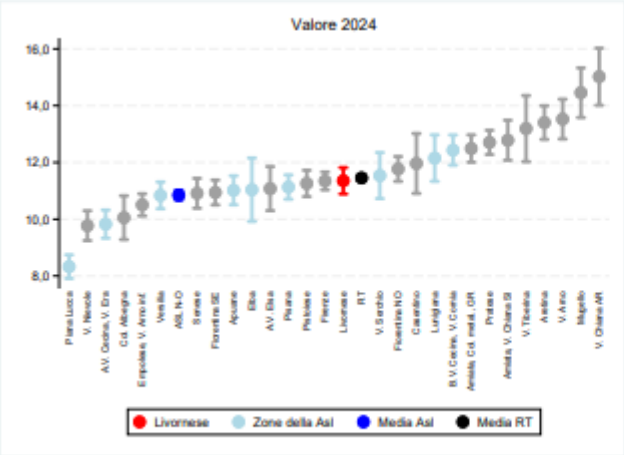


Mappa comunale

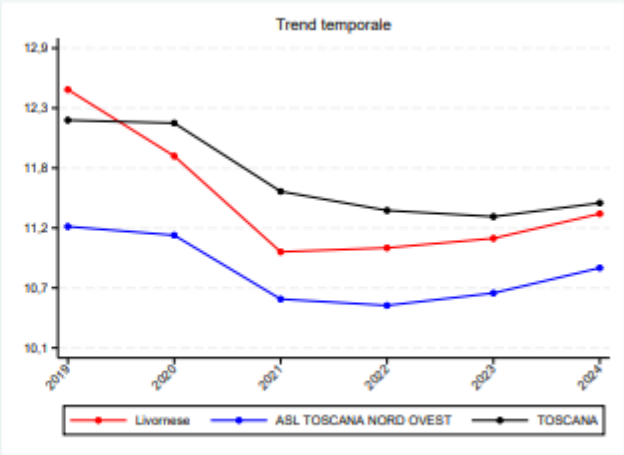


Prevalenza demenza

Per la prevalenza della demenza la zona **Livornese** fa rilevare valori in linea con la media regionale (11%), con una forbice che si è progressivamente assottigliata fino a scenderne al di sotto. La patologia riguarda circa **2.350 persone** (850 maschi e 1.500 femmine): **11 ogni 1.000 residenti**. È presente una leggera differenza di genere (9,3‰ maschi vs 12,6‰ femmine).

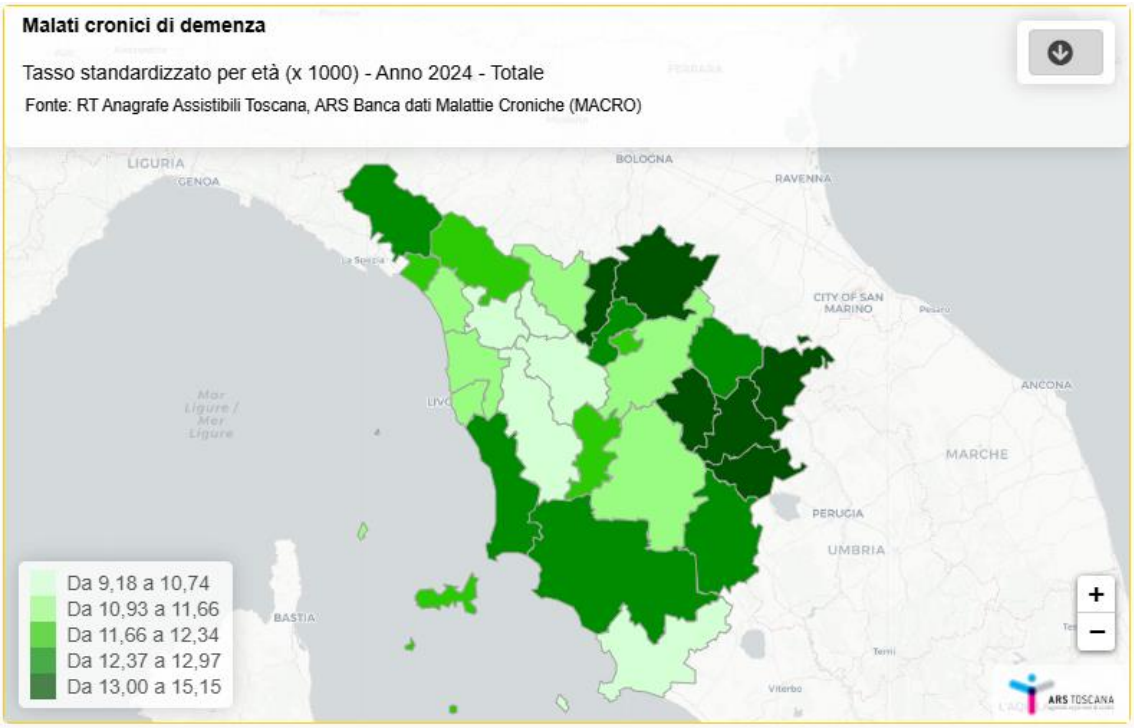


(a) Indicatore per zona

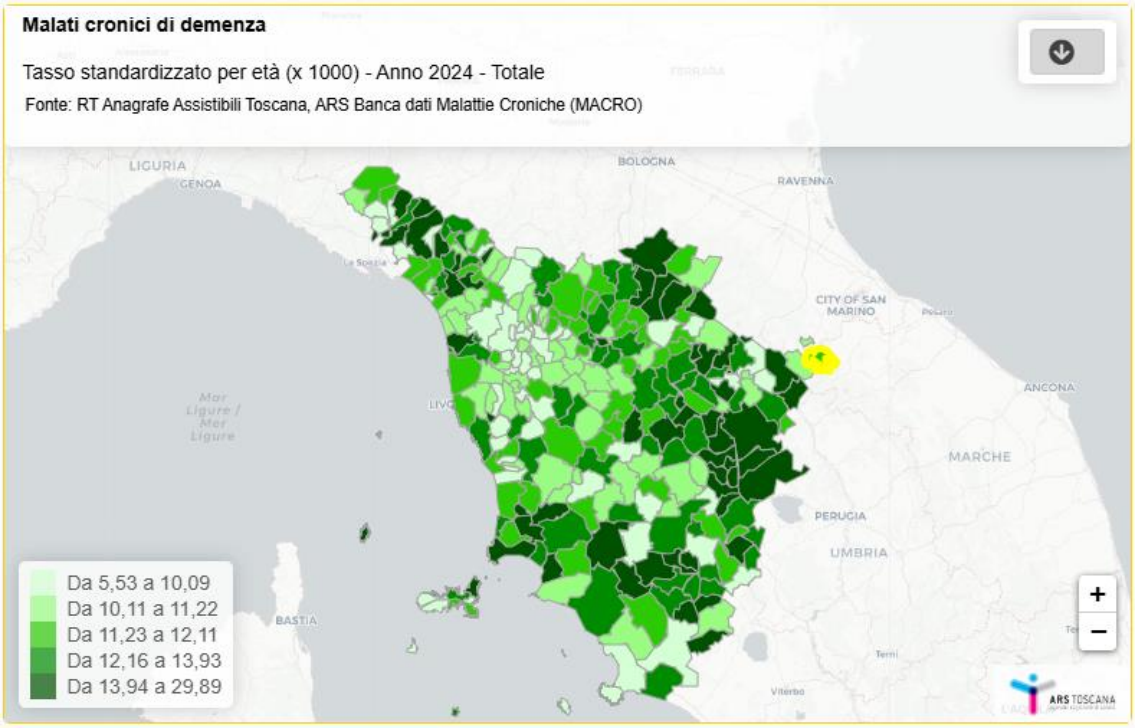


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale



Disabilità e non autosufficienza

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Disabilità e non autosufficienza" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:

↓ in diminuzione con connotazione negativa

↑ in aumento con connotazione negativa

↓ in diminuzione con connotazione positiva

↑ in aumento con connotazione positiva

↔ andamento costante

Disabilità e Non autosufficienza

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente	**7,7**	8,6	7,7	2,0		12,6	😐	↑
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	**23,5**	28,1	22,9	17,2		38,4	😐	↑
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	**11,0**	11,7	12,3	8,1		18,9	😐	↑
Incidenza di disabilità	**7,1**	5,7	8,1	10,6		2,6	😐	↑
Incidenza di disabilità grave	**1,9**	2,2	2,5	5,2		1,2	😐	↑
Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado	**4,7**	4,3	4,9	3,0		6,2	🙂	↑

La **disabilità** presente nella zona può essere stimata in circa 3.000 persone 0-64 anni (applicando il tasso di limitazione funzionale ISTAT alla popolazione residente), mentre le persone con disabilità 0-64 anni conosciute e in carico al servizio sociale professionale sono poco meno di 1.600, con un tasso sui residenti di pari età del 12,5 per 1.000.

La **non autosufficienza** (e con essa anche il tema delle cronicità) data la struttura per età della popolazione locale ed il processo di progressivo invecchiamento, sarà una delle sfide più complesse da affrontare per il sistema di welfare locale sia in chiave di prevenzione che di risposta dei servizi. L'incidenza della non autosufficienza è percentualmente in linea con quella regionale ma in ragione della numerosità più alta delle classi anziane ha e avrà nel tempo una incisività maggiore rispetto ad altri territori. Il bilanciamento tra i servizi di residenzialità (in linea con la media regionale) e domiciliarità (attualmente al di sotto della media toscana) diventa fondamentale nella risposta al bisogno.

Disabilità

La disabilità è un ambito di difficile misurazione, sia per la complessità del tema e la difficoltà definitoria/classificatoria delle disabilità che per l'assenza, di fatto, di dati affidabili a livello zonale. Ne deriva che il tentativo di quantificazione del fenomeno può avvenire soltanto attraverso stime derivate da indagini nazionali (tasso di limitazione funzionale di fonte Istat) al quale è possibile affiancare alcuni

dati di fonte amministrativa (indennità di accompagnamento agli invalidi civili di fonte INPS e dati delle commissioni di valutazione ex L. 104/92).

Applicando dunque il tasso di limitazione funzionale elaborato da Istat[3] alla popolazione 2022 della zona **Livornese** si avrebbero in ritorno circa **9.700 persone con limitazioni funzionali gravi**, di cui circa 3.000 nella fascia 0-64 anni e circa 6.700 tra la componente anziana (5.300 tra gli over 74).

Stima della popolazione della zona Livornese con limitazioni funzionali per classe di età

Classi di età	Popolazione	Tasso di limitazione		Stima persone con	
		Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi	Limitazioni gravi	Limitazioni non gravi
0-44 anni	69.754	1,3	7,1	907	4.953
45-64 anni	53.748	3,9	18,4	2096	9.890
Totale 0-64 ann	**123.502**			**3.003**	**14.842**
65-74 anni	20.993	6,7	31,0	1407	6.508
75+ anni	25.070	21,1	37,2	5290	9.326
Totale 65+ anni	**46.063**			**6.696**	**15.834**
Totale	**169.565**			**9.699**	**30.676**

Fonte: elaborazione su dati Istat

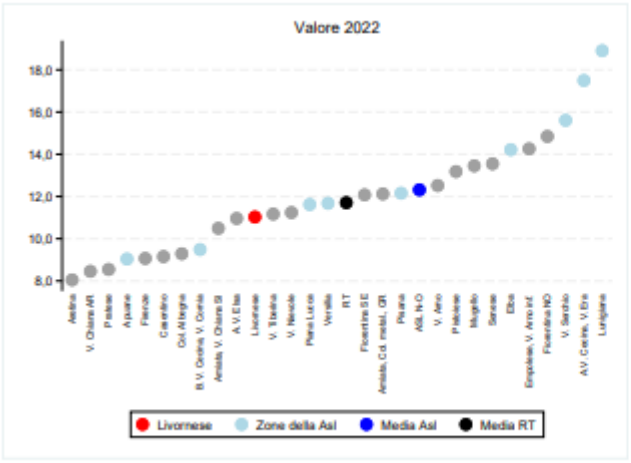
Dopo tale stima, una fonte di tipo amministrativo molto importante è rappresentata dalle **indennità di accompagnamento agli invalidi civili** (totali, parziali, ciechi civili e sordomuti) che nel territorio della zona **Livornese** ammontano per il 2021 a circa **5.700**, per oltre l'80% a persone over 65 e per il restante 20% (ovvero circa 1.200) a 0-64enni.

Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale

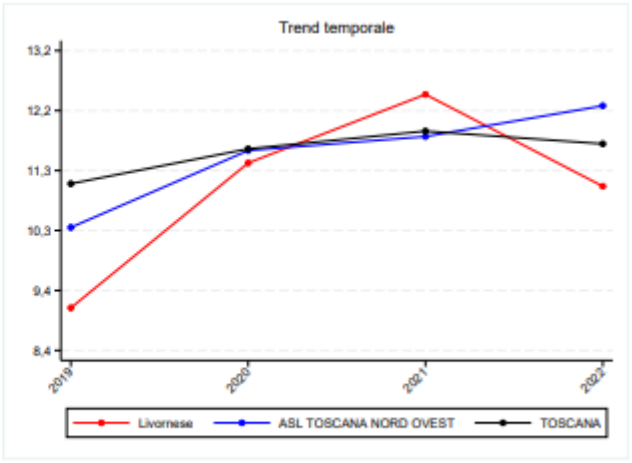
L'indicatore cerca di fornire una misura di prevalenza del fenomeno, calcolando lo stock di persone con disabilità (certificati exL. 104/92 e/o invalidi civili exL. 118/719) in carico al servizio sociale professionale (con cartella sociale attiva e che hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale, anche se in carico ad aree diverse da quella della disabilità) ogni 1.000 residenti 0-64 anni. Al 2022 si contano in Toscana quasi 31.600 persone 0-64 anni con disabilità in carico ai servizi, circa 12 ogni 1.000 residenti della pari fascia d'età, un valore in leggera crescita rispetto al 2019 (30.651 persone, 11 per 1.000). La variabilità interzonale è molto ampia e va dal 8,1 per 1.000 al 19 per 1.000, mentre non si riscontrano differenze rilevanti per le tre aree Centro (11,6 per 1.000), Nord-Ovest (11 per 1.000) e Sud-Est (12,3 per 1.000). Le zone con la prevalenza più elevata sono la Lunigiana, l'Alta Val di cecina-Val d'Era, la Valle del Serchio, la Fiorentina Nord-Ovest e l'Empolese-Valdarno-Valdelsa.

Nella zona **Livornese** al 2022 sono presenti **1.362 persone 0-64 anni con disabilità in carico al servizio sociale professionale** per una prevalenza di **11 ogni 1.000 residenti 0-64**, un dato in linea con la media Toscana e aziendale (entrambe attorno al 12‰).

[3] *http://dati.disabilitaincifre.it/.*



(a) Indicatore per zona

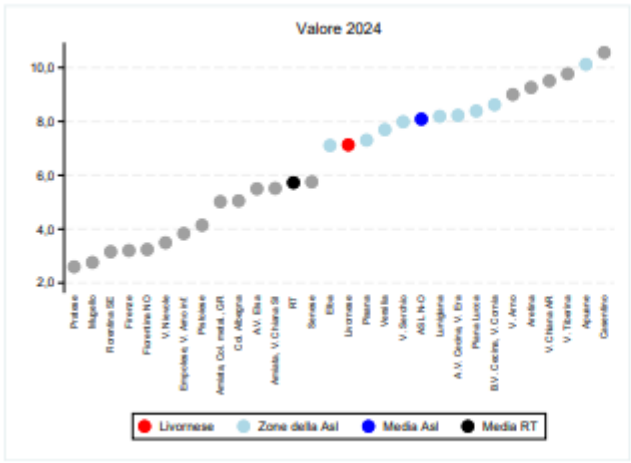


(b) Trend per zona, Asl e regione

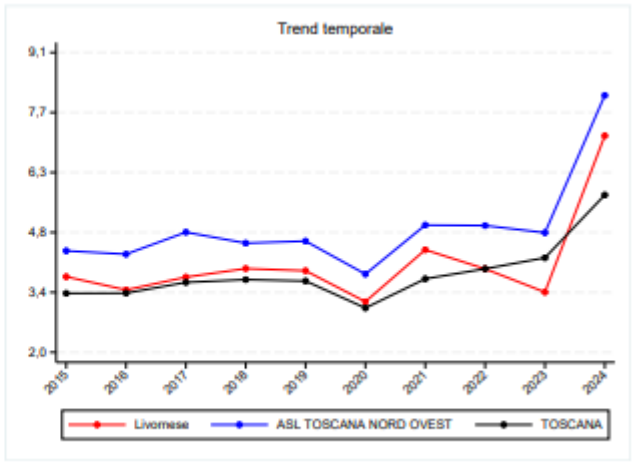
Incidenza della disabilità

L'indicatore, pensato per fornire una misura di incidenza del fenomeno, misura quante persone in età 0-64 anni hanno avuto il primo accertamento exL. 104/92 (Commissioni mediche di accertamento dell'INPS) nell'anno ogni 1.000 residenti 0-64 anni, ed è utile per valutare i nuovi potenziali utenti con disabilità dei servizi sociali professionali. Come tutti gli indicatori basati sui dati amministrativi dei servizi, anche questo riflette in parte il livello di attività degli stessi e la loro capacità di intercettare il target di utenza. Dal 2015 al 2024 si è passati in Toscana dai 9.500 casi di inizio periodo a numeri stabilmente sopra ai 10.000, ad eccezione del 2020 con il calo a circa 8.300 a causa dell'impatto del COVID-19 sulle attività delle Commissioni, che hanno portano l'indicatore dal 3,4 al 5,7 per 1.000, evidenziando quindi una crescita nel tempo, che ha registrato nel 2024 un deciso incremento (nel 2024 hanno avuto un primo accertamento oltre 15.000 persone). L'intervallo dei dati territoriali nel 2024 si muove tra il 2,6 e il 10,6 per 1.000 e le zone si registra una maggiore incidenza sono Casentino, Apuane e Val Tiberina.

Nella zona **Livornese** nel 2024 circa **876 persone 0-64 anni** hanno avuto il primo accertamento ex L. 104/92 con certificazione di disabilità, corrispondenti al **7,1‰** dei residenti 0-64 anni, un valore che, dopo un lungo periodo di stabilità, è cresciuto del 3,6% nell'ultimo anno.



(a) Indicatore per zona

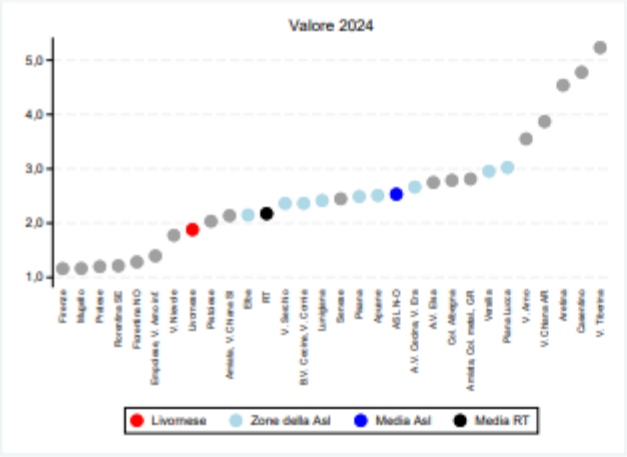


(b) Trend per zona, Asl e regione

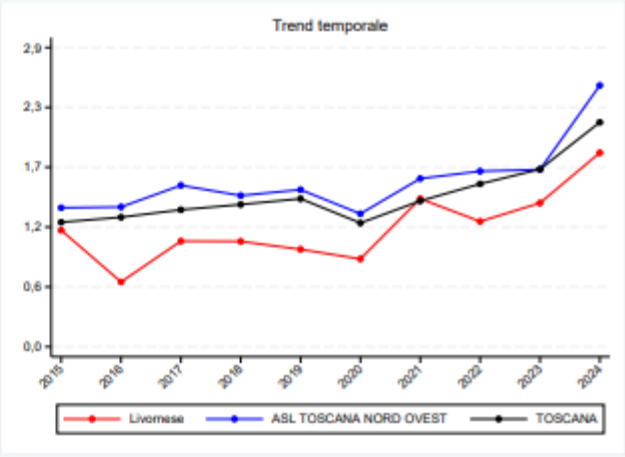
Incidenza della disabilità grave

L'indicatore, pensato per fornire una misura di incidenza della gravità fenomeno, misura quante persone in età 0-64 anni hanno avuto il primo accertamento exL. 104/92 in gravità (Commissioni mediche di accertamento dell'INPS) nell'anno ogni 1.000 residenti 0-64 anni, ed è utile per valutare i nuovi potenziali utenti con disabilità grave dei servizi sociali professionali. Come per l'indicatore di incidenza globale del fenomeno, anche questo sulla disabilità grave riflette in parte in chiave territoriale il livello di attività dei servizi e la loro capacità di intercettare il target di utenza. Dal 2015 al 2024 si è passati in Toscana dai circa 3.400 agli oltre 5.800 accertamenti annui in gravità, con una percentuale sul totale degli accertati che nel 2024 è al 38%. L'indicatore è quindi passato nei sette anni di osservazione da 1,2 a 2,2 per 1.000. L'intervallo dei dati territoriali nel 2024 si muove tra l'1 per 1.000 delle zone Fiorentina, Pratese e Mugello e il 5,2 per 1.000 della val Tiberina.

Nella zona **Livornese** nel 2024 circa **231 persone 0-64 anni** hanno avuto il primo accertamento ex L. 104/92 con certificazione di disabilità grave, corrispondenti al **1,9%** dei residenti 0-64. L'indicatore, come quello dei primi accertamenti, è in leggera crescita e il valore è simile al dato medio regionale (2,2%).



(a) Indicatore per zona

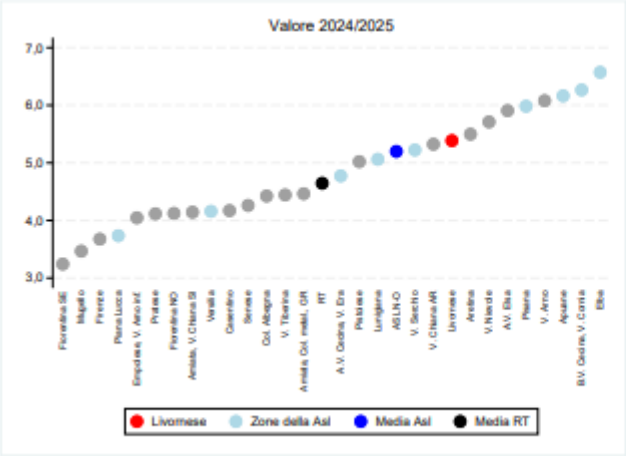


(b) Trend per zona, Asl e regione

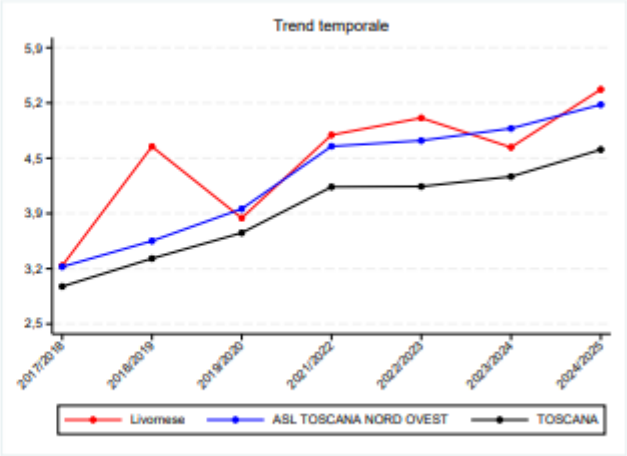
Indice di inserimento di alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di I grado

L'indicatore misura la percentuale di bambini con disabilità iscritti nelle scuole primaria e secondaria di I grado rispetto al totale degli iscritti, con lo scopo di valutare la capacità del sistema di favorirne l'inclusione scolastica, elemento basilare per accrescere l'inclusione sociale). Dall'anno scolastico 2017-18 al 2024-25 c'è stata una netta crescita in termini numerici dei bambini e ragazzi con disabilità, passati da 7.751 a 10.966, che ha portato l'indicatore dal 3% al 4,6%. I dati zonali relativi all'anno scolastico 2024-25 oscillano tra il 3,2% della Fiorentina Sud-Est e il 6,6% dell'Elba. Tra le aree, la Nord-Ovest è quella con la percentuale più alta (5,2%), seguita dalla Sud-Est (4,9%) e dalla Centro (4,1%).

Nella zona **Livornese** nell'anno scolastico 2024/25 risultavano inseriti nelle scuole primarie e secondarie di I grado **529** bambini e ragazzi con disabilità, ovvero il **5,4%** del totale degli iscritti, valore sostanzialmente in linea con il dato medio regionale (4,6%).



(a) Indicatore per zona



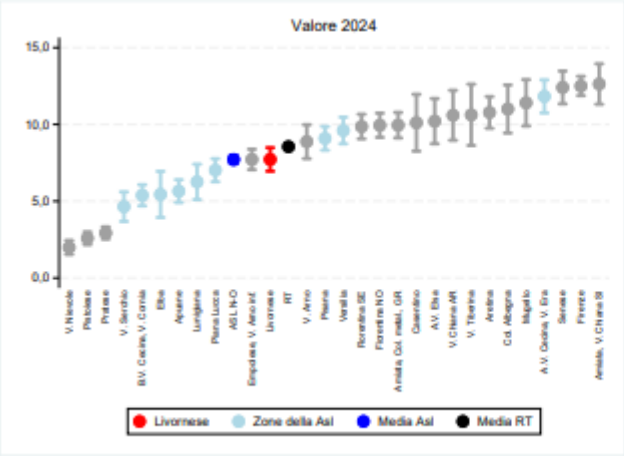
(b) Trend per zona, Asl e regione

Non autosufficienza

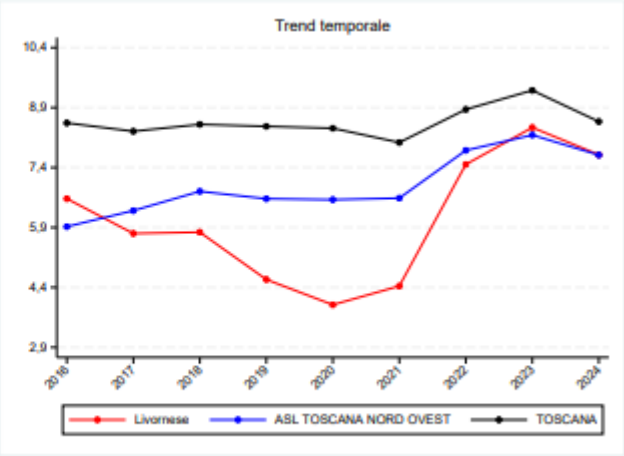
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente

Gli anziani non autosufficienti residenti in RSA permanente (almeno un giorno di assistenza nell'anno) sono 10,4 ogni 1.000 ultra64enni in Toscana (8,6 per 1.000 il dato standardizzato per età), pari a poco più di 10mila persone, di cui 7.200 donne. Il numero può essere in realtà una sottostima del numero reale (sappiamo infatti che in Toscana sono disponibili circa 14mila posti in RSA), a causa di problematicità che ancora permangono nella raccolta dati da parte del flusso informativo in alcune zone. Inoltre nell'ultimo anno il database regionale è sottoposto a un processo di modifica e questo potrebbe portare ad un disallineamento temporaneo rispetto ai valori reali. Ad ogni modo, anche escludendo tali criticità, questi anziani rappresentano comunque un sottogruppo della popolazione anziana non autosufficiente, costituito da coloro che si trovano in una condizione ormai irreversibile, che una valutazione multidimensionale ha valutato di gravità più alta della media e senza una rete sociale privata o familiare in grado di assistere l'anziano al proprio domicilio. Graduatorie che mettano in risalto zone a maggior o minor prevalenza rispetto alla media regionale risultano forse meno utili in questo caso, trattandosi di un indicatore che risente, oltreché delle condizioni di salute della popolazione, dell'organizzazione zonale dell'assistenza territoriale, la quale ovviamente incide sulla politica di governo della risposta (domiciliare o residenziale).

Nella zona **Livornese** si assiste ad una crescita dell'indicatore che dal 2022 si allinea al dato medio aziendale e regionale. Si parla infatti di **403** anziani (di cui 276 donne) con almeno un giorno di residenza in RSA permanente, per un tasso standardizzato di **8 ogni 1.000 anziani residenti**, con una maggiore incisività della componente femminile rispetto a quella maschile.

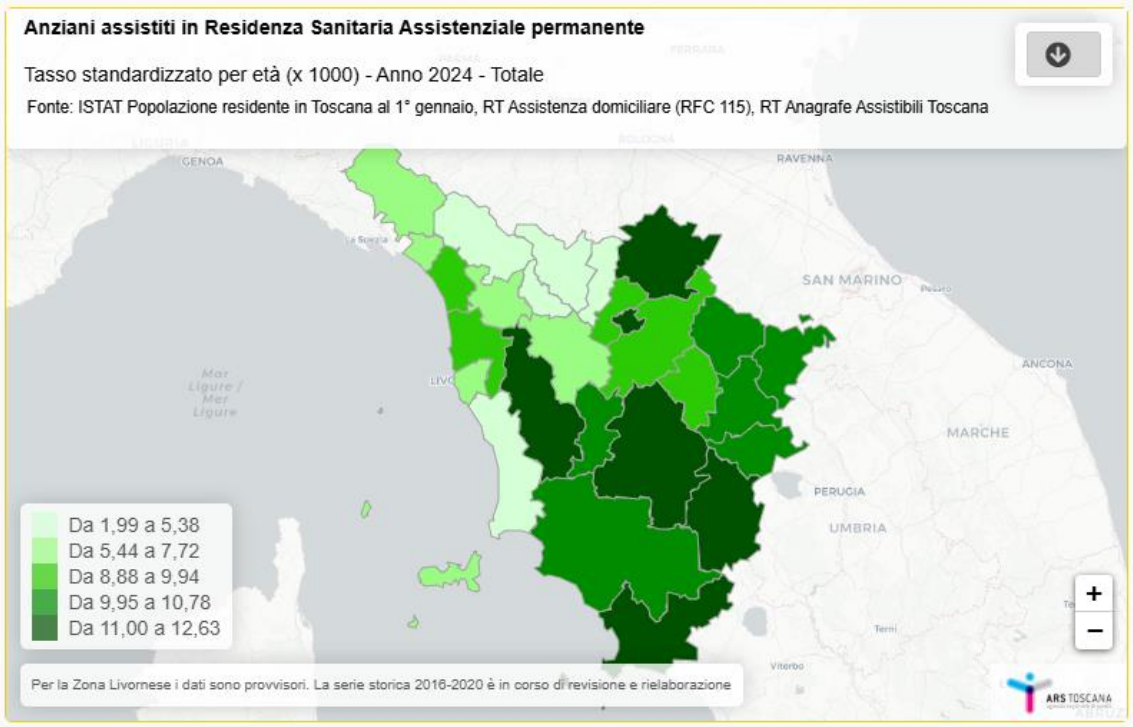


(a) Indicatore per zona

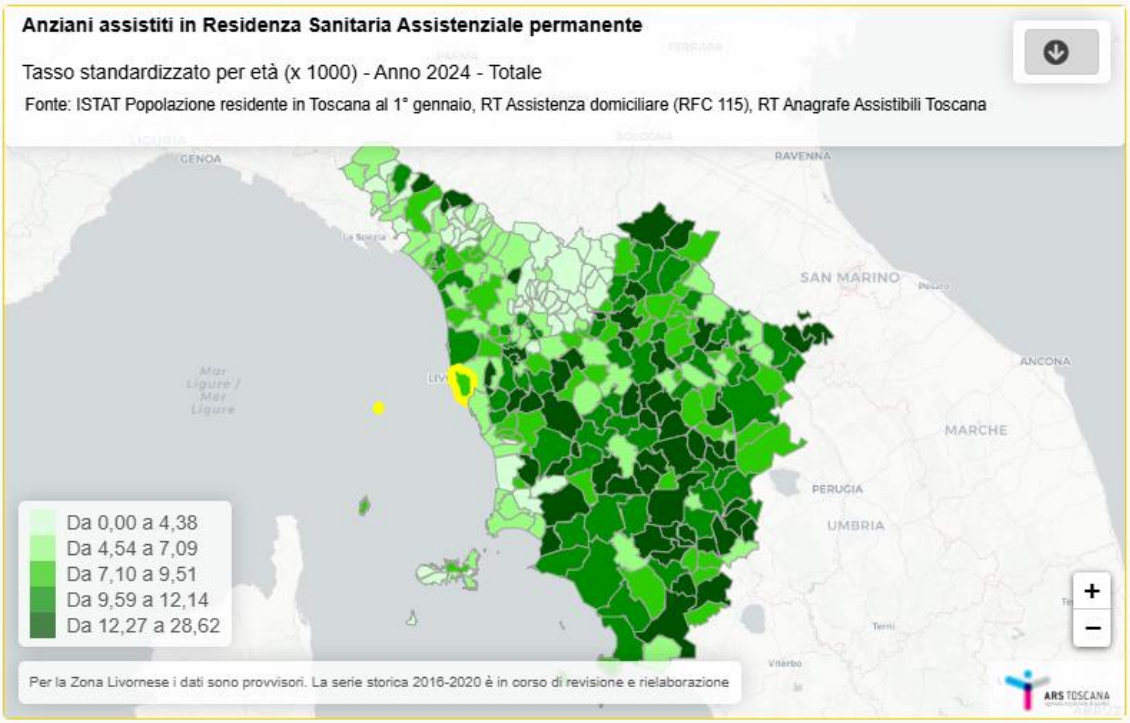


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



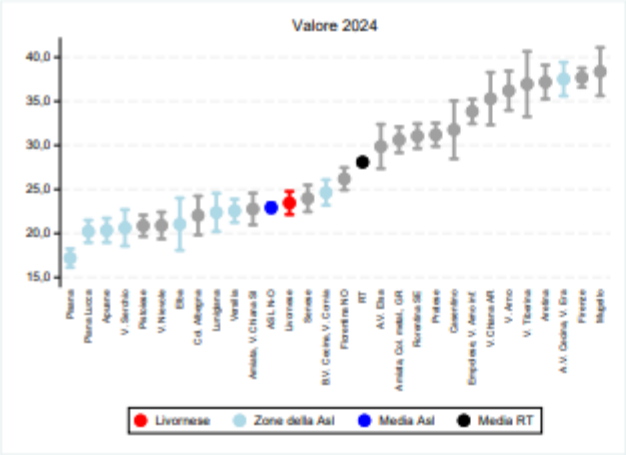
Mappa comunale



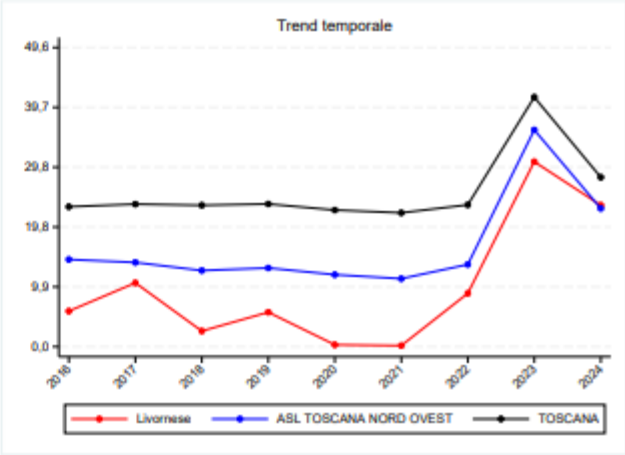
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta

Altra faccia dell'assistenza territoriale alla non autosufficienza è il percorso domiciliare. Gli anziani che nel 2024 hanno avuto almeno una prestazione di assistenza domiciliare (infermieristica, medica, sociale) sono stati poco meno di 33mila (di cui quasi 23mila donne), pari a 34 ogni 1.000 ultra64enni (28,1 il dato standardizzato per età). Anche in questo caso, tendenzialmente il numero può rappresentare una sottostima del reale numero di assistiti al domicilio, a causa di criticità informative e criteri di selezione (solo anziani valutati da unità di valutazione multidimensionale e considerati in condizione di bisogno sociosanitario complesso). Nel 2023 invece i dati potrebbero essere parzialmente influenzati dal riallineamento delle schede informative in seguito alla modifica del flusso dati da Aziende a Regione Toscana (il picco va quindi interpretato con cautela e confrontato con le evidenze disponibili a livello dei sistemi gestionali locali. Anche questa misura permette di monitorare l'andamento della risposta data al bisogno nel tempo e in funzione delle scelte di programmazione fatte.

Per l'assistenza domiciliare diretta si riscontra nella zona **Livornese** un andamento più oscillatorio rispetto alle curve aziendale e regionale, con valori che nel 2024 anche in questo caso si allineano a quelli aziendali. Nel 2024 sono presenti **1.265 anziani assistiti** con una prevalenza standardizzata di **23,5 ogni 1.000 anziani residenti**

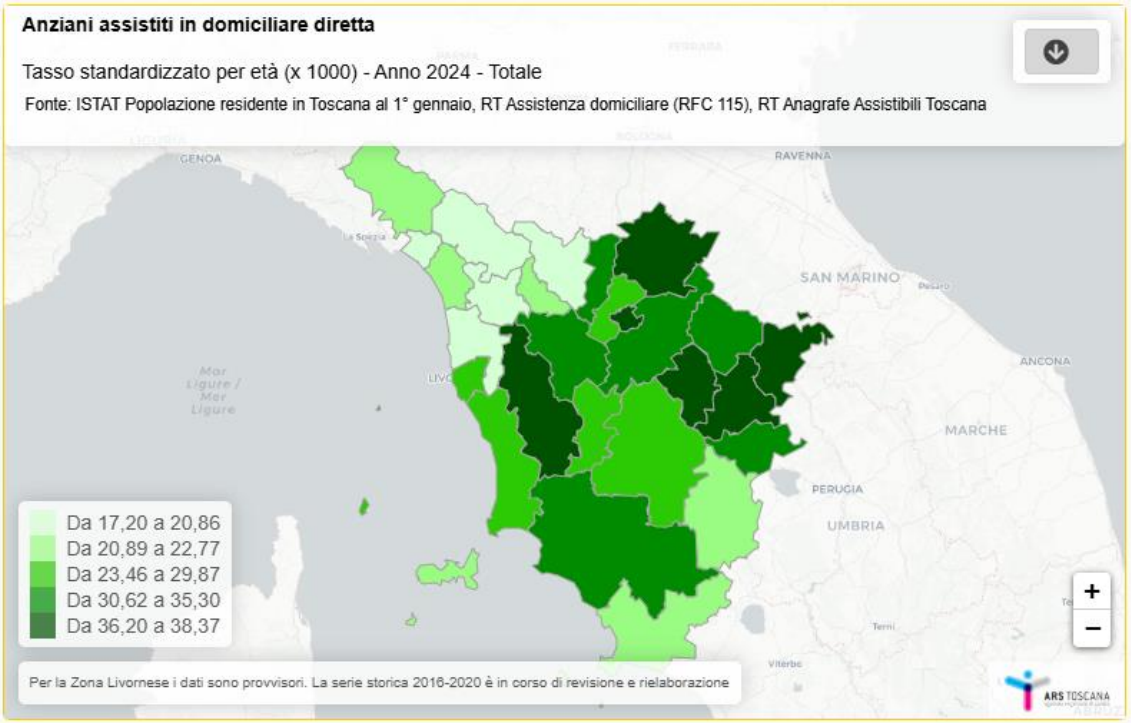


(a) Indicatore per zona

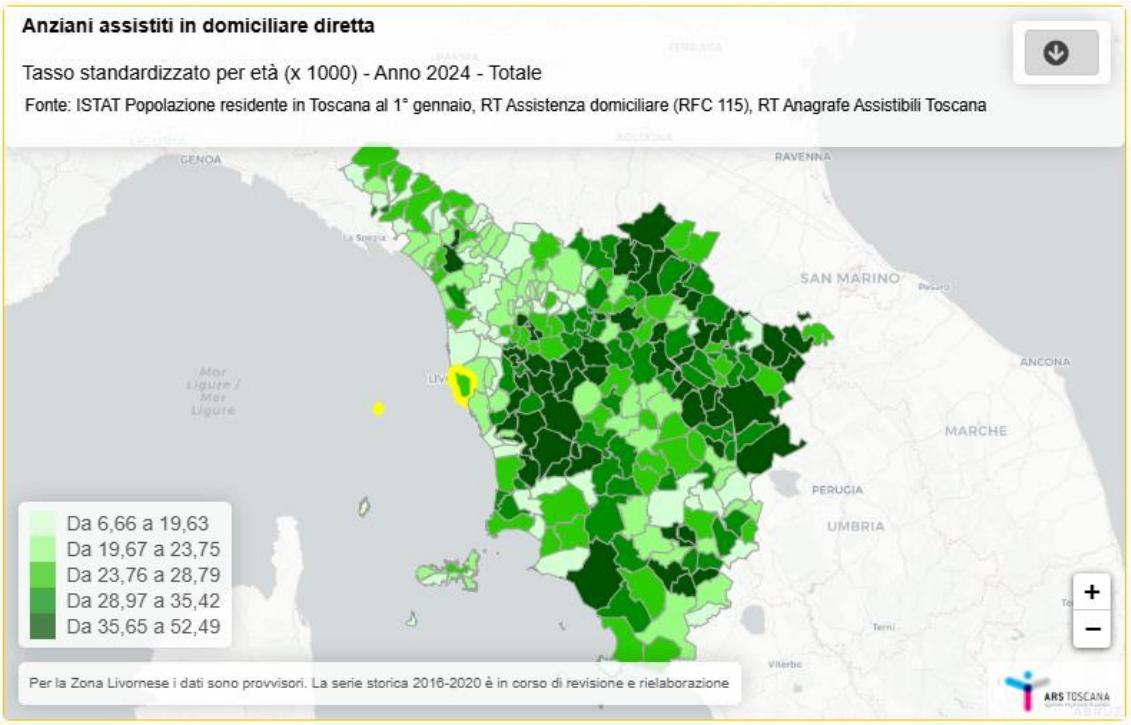


(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Mappa comunale



Salute mentale

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Salute mentale" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:
  - ↓ in diminuzione con connotazione negativa

↑ in aumento con connotazione negativa

↓ in diminuzione con connotazione positiva

↑ in aumento con connotazione positiva

↔ andamento costante

Salute mentale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Trend
Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale	**6,7**	12,4	11,7	2,3		32,8	😐 ↑
Prevalenza uso di antidepressivi	**8,4**	8,4	9,0	11,5		5,2	😐 ↓

La situazione relativa alla **salute mentale**, dati gli indicatori disponibili, evidenzia una situazione in crescita e in media con i valori di riferimento regionali: sia i dati dei servizi dedicati, che il consumo di antidepressivi, che risulta anche positivamente in calo nel medio periodo, pur con un aumento nell'ultimo quadriennio (e pur rimanendo la Toscana una delle regioni con il consumo più elevato).

Dato l'esiguo numero di indicatori a disposizione, la tematica necessita di ulteriori futuri approfondimenti.

Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

Salute mentale e uso di antidepressivi

Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale

L'indicatore fornisce una stima delle persone con problemi di salute mentale tali da richiedere un percorso di cura presso i servizi dedicati. Per l'ultimo triennio i dati risultano parzialmente influenzati da una criticità tecnica intervenuta nel trasferimento delle informazioni dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana, con conseguente sottostima dell'utenza. I tassi di prevalenza vengono comunque riportati, ma devono essere interpretati con cautela e confrontati con le evidenze disponibili a livello dei sistemi gestionali locali. Per il 2024 la problematica risulta in fase di risoluzione e gli effetti sulla qualità dei dati appaiono in via di progressivo superamento.

Infanzia e adolescenza

Nella zona **Livornese** le problematiche di salute mentale dell'infanzia e adolescenza vedono coinvolti circa **1.200 bambini e ragazzi in carico al servizio dedicato** per un tasso grezzo di circa **44 ogni 1.000 residenti di pari età.**

Adulti

In relazione all'età adulta, il dato di salute mentale della zona **Livornese** rileva circa **3.000** persone con almeno 4 prestazioni nell'anno da parte dei servizi per un tasso grezzo di circa **20 ogni 1.000 residenti di 20 anni e oltre**.

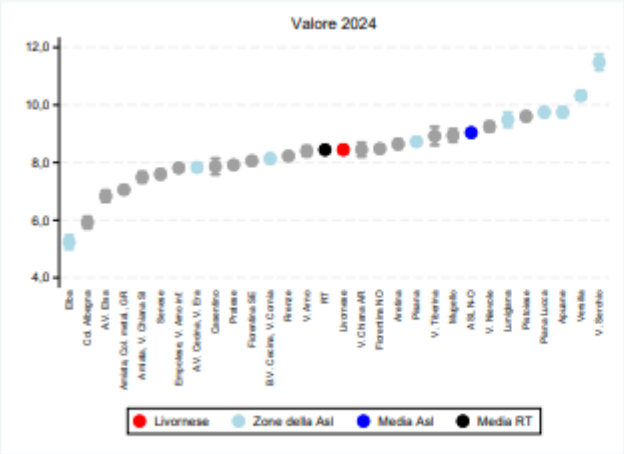
Totale

In totale, quindi, sono circa **4.200** le persone stabilmente in carico ai servizi per un tasso di circa **24 ogni 1.000 residenti**.

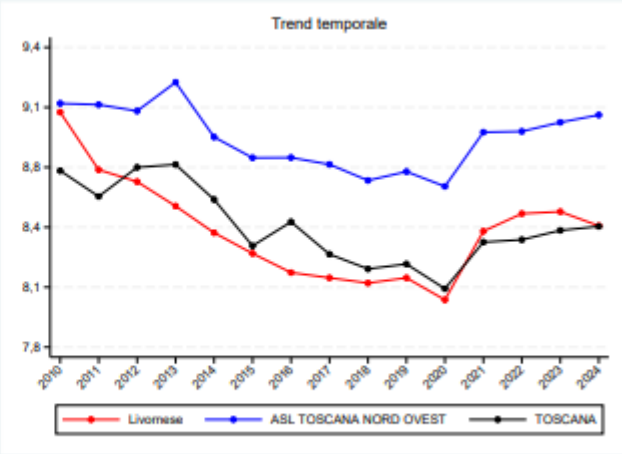
Prevalenza uso di antidepressivi

Circa 378mila persone fanno uso di antidepressivi in Toscana, pari al 10,3% della popolazione residente (8,4% il dato standardizzato per età), e l'indicatore, in generale diminuzione dal 2010, è più stabile negli ultimi anni. Tra le donne si osserva una prevalenza doppia, ne fa uso il 10,8% contro il 5,7% tra gli uomini (percentuali standardizzate per età). Si rileva un uso maggiore nelle zone nord occidentali della regione (Valle del Serchio, Versilia, Piana di Lucca, Lunigiana e Apuane) e nelle zone della Asl Centro Pistoiese, Val di Nievole, Mugello. L'indicatore, pur non riuscendo a cogliere tutte le persone che soffrono di depressione (sono considerate solo quelle che hanno fatto ricorso alla prescrizione medica) da una stima del fenomeno nella propria zona, utile alla programmazione nell'ambito della cura alla depressione.

Nella zona **Livornese** sono circa **17.800 le persone che fanno uso di antidepressivi**, circa il **10% della popolazione** (8,4 il valore standardizzato), dato in linea con la media regionale e che vede un andamento decrescente fino al 2020 e poi un aumento dal 2021 (presumibilmente legato anche agli effetti della pandemia da Covid19). Sensibile la differenza di genere: i 5.500 maschi interessati generano una prevalenza grezza del 7% (5,8 standardizzata), le 12.300 femmine una prevalenza del 14% (10,8% standardizzata), con entrambi i generi in perfetta media toscana.

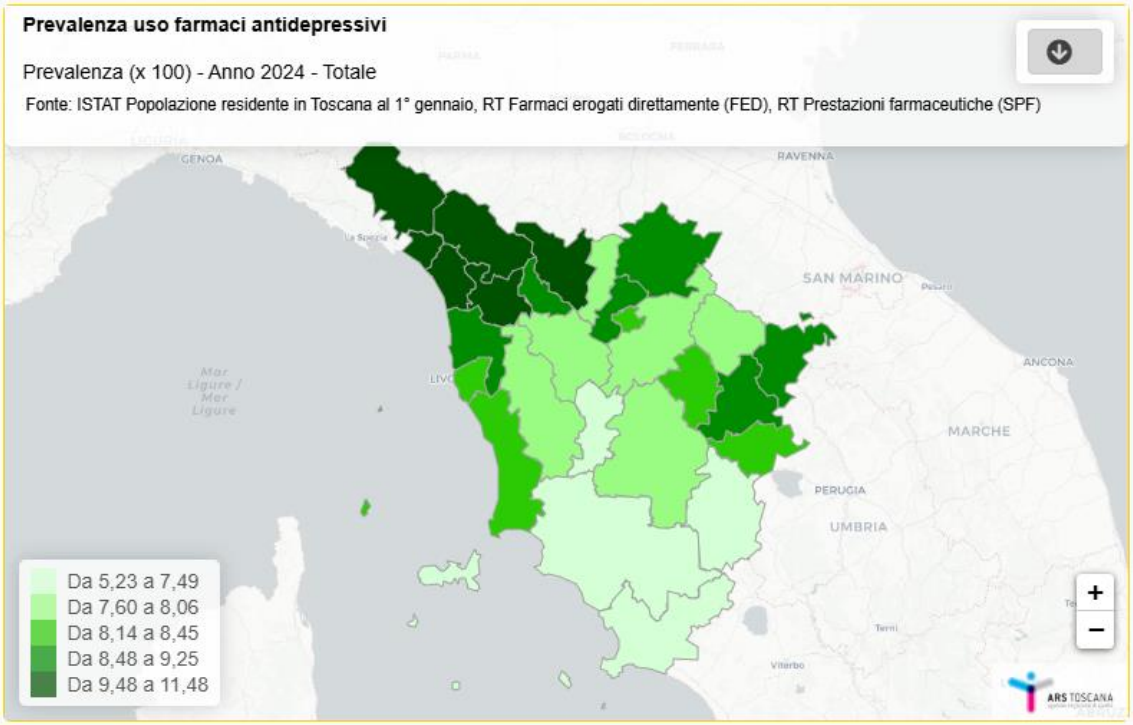


(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

Mappa zonale



Materno infantile

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Salute materno infantile" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:
  - in diminuzione con connotazione negativa

↑ in aumento con connotazione negativa

↓ in diminuzione con connotazione positiva

↑ in aumento con connotazione positiva

↔ andamento costante

Materno infantile

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di mortalità infantile	**1,9**	1,5	1,7	2,8		0,0	😐	↓
Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso	**0,5**	0,7	0,6	1,4		0,2	😐	↔

La situazione relativa alla **salute materno infantile**, dati gli indicatori disponibili, evidenzia miglioramenti, ma data la sua delicatezza rappresenta senza dubbio un'area tematica da attenzionare con costanza.

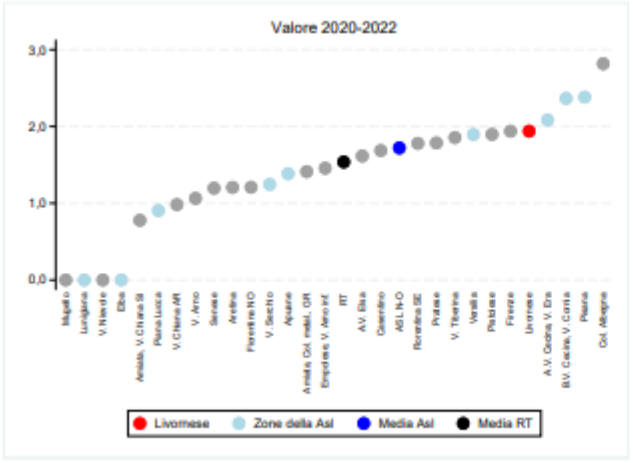
Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

Mortalità infantile e nati gravemente sottopeso

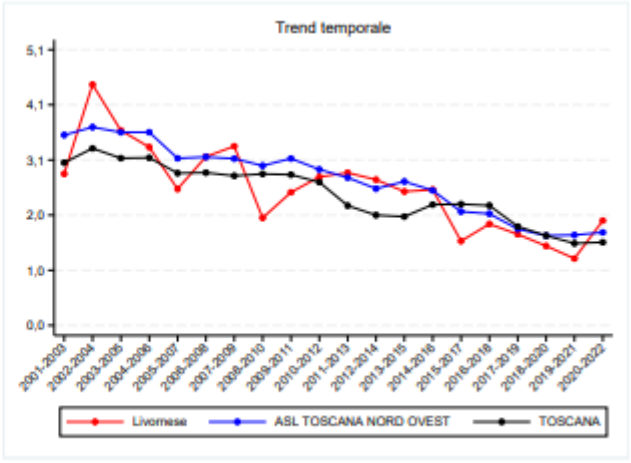
Tasso di mortalità infantile

La mortalità infantile misura i decessi che avvengono nel primo anno di vita. È un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione e, in particolare, della qualità dell'assistenza sanitaria e sociale fornita alla madre e al bambino. I valori più elevati di mortalità si osservano infatti proprio nel primo anno di età nella popolazione ad alta mortalità generale. Ciò è quello che accade nei Paesi in via di sviluppo, come ad esempio, la gran parte dei paesi africani, dove il tasso di mortalità infantile è 10 volte più elevato di quello osservato in Europa. Nei Paesi ad economia avanzata, tra cui l'Italia, il progressivo miglioramento delle condizioni di vita ha invece determinato una continua diminuzione della mortalità generale e di quella infantile. Nel triennio 2020-2022 (ultimo disponibile) sono state 105 le morti infantili, pari a 1,5 ogni 1.000 nati (erano state 107 nel triennio precedente). Il trend è in continua diminuzione dal triennio 2009-2011, quando i decessi osservati in questa fascia d'età furono 273.

Il trend del fenomeno nella zona **Livornese** ha un andamento oscillante ma improntato alla diminuzione, e si muove con leggere discrepanze al di sopra e al di sotto della media regionale e aziendale. Nell'ultimo triennio di riferimento si sono registrati **6 decessi nel primo anno di vita**, per un **tasso di mortalità del 1,9‰**.

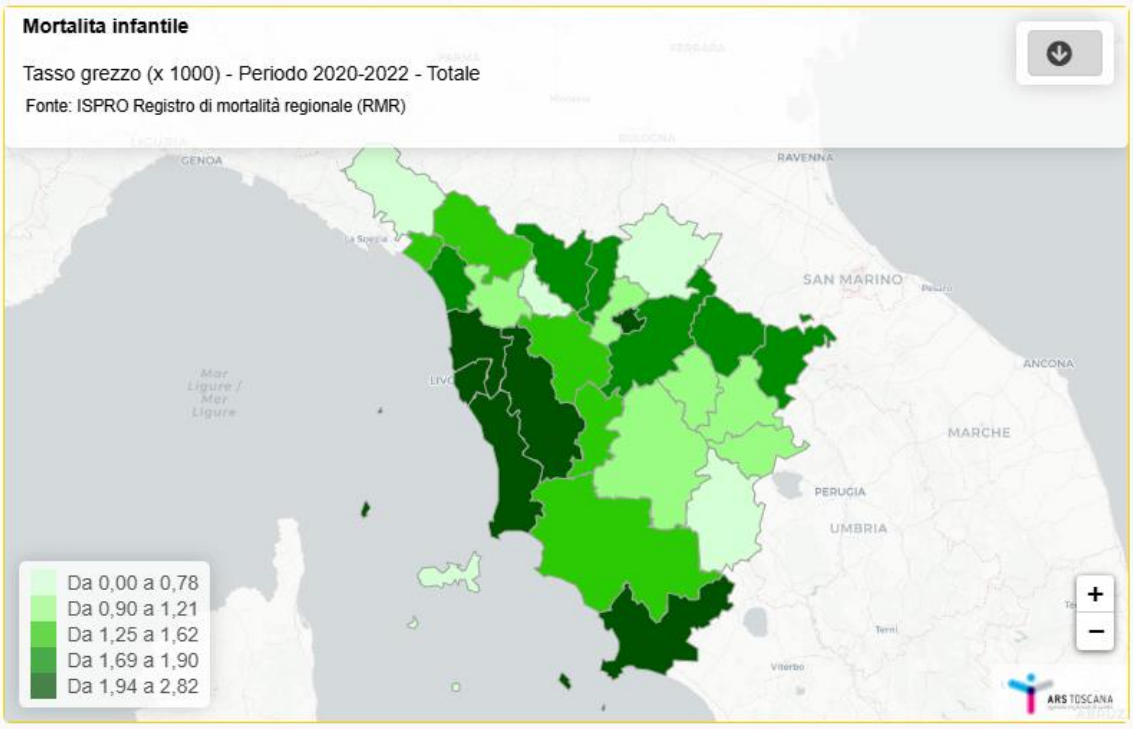


(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

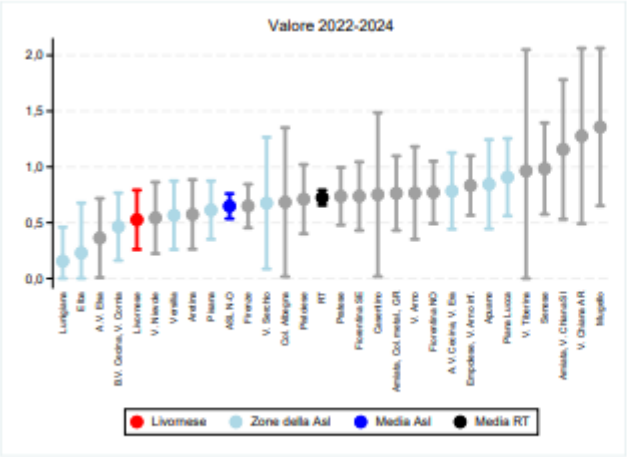
Mappa zonale



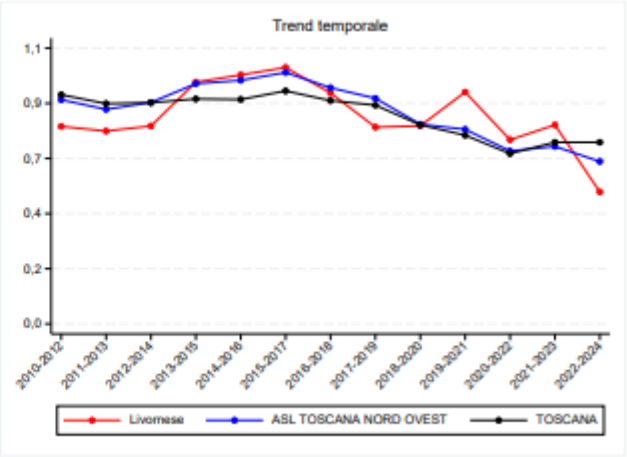
Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso

I nati vivi gravemente sottopeso possono rappresentare un proxy della salute della donna in gravidanza. Nel triennio 2022-2024 sono stati lo 0,8% dei nuovi nati in Toscana (stabile rispetto al triennio precedente). Il trend dell'indicatore a causa della bassa numerosità del fenomeno, può presentare oscillazioni, ma mostra una tendenza in diminuzione dal 2010 ad oggi. La variabilità interna alla regione è piuttosto marcata dallo 0,2% della zona Lunigiana all'1,4% del Mugello.

L'andamento dell'indicatore, pur con alcuni minimi scostamenti annuali, appare costante nel tempo. Nell'ultimo triennio nella zona **Livornese** sono nati **15 bambini gravemente sottopeso, ovvero 0,5 ogni 1.000 nati vivi.**



(a) Indicatore per zona



(b) Trend per zona, Asl e regione

Prevenzione

Una visione di sintesi

Nota di lettura: di seguito è riportato un quadro sintetico relativo alla tematica "Salute materno infantile" con gli indicatori che la compongono, al fine di fornire una fotografia della zona Livornese ed una lettura dei vari fenomeni in benchmarking con la situazione regionale e quella della Azienda di riferimento (USL Toscana Nord Ovest). Per ogni indicatore vengono dunque riportati:

- il valore della zona Livornese (pallino) in riferimento alla distribuzione regionale (barra orizzontale celeste);
- la media regionale (barra verticale nera);
- la media aziendale (rombo nero);
- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:

  scostamento in negativo dalla media regionale

  in linea con la media regionale

  scostamento in positivo dalla media regionale

- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:

  in diminuzione con connotazione negativa

  in aumento con connotazione negativa

  in diminuzione con connotazione positiva

  in aumento con connotazione positiva

  andamento costante

Prevenzione

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di mortalità evitabile	**161,1**	147,7	155,8	183,5		132,7	😐	↓
Infortuni sul lavoro indennizzati	**13,2**	10,4	11,8	6,5		16,1	☹	↓
Rapporto di lesività degli incidenti stradali	**1.242,7**	1.279,0	1.306,9	1.669,5		1.169,8	😐	↓

Le dimensioni della prevenzione mostrano una situazione generale di progresso positivo, risultato anche delle politiche impostate negli anni su questo tema.

La **mortalità evitabile** è in diminuzione, così come l'**infortunistica sul lavoro** e **la lesività degli incidenti stradali**. Per la sicurezza sul lavoro si osservano però valori al di sopra della media regionale e aziendale, rappresentando, quindi, un ambito sul quale sono necessari ulteriori passi di miglioramento.

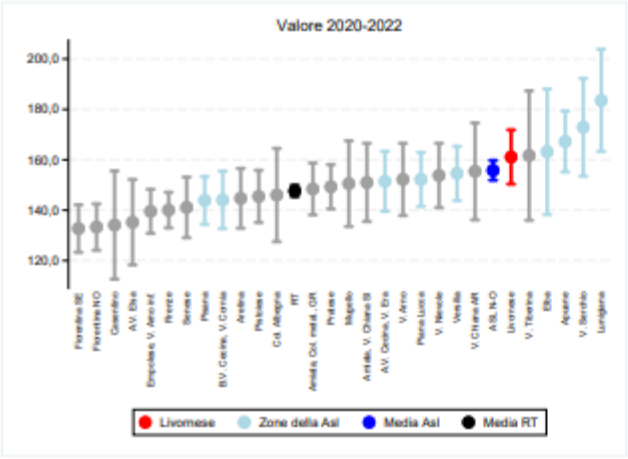
Di seguito una analisi puntuale degli indicatori presenti nel quadro di sintesi, attraverso una descrizione della situazione generale del fenomeno a livello regionale ed una successiva focalizzazione sulla zona Livornese.

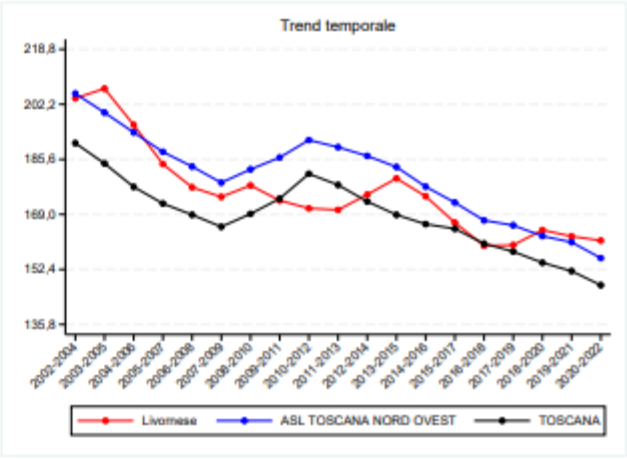
Mortalità evitabile, infortuni sul lavoro, incidenti stradali

Tasso di mortalità evitabile

Poco meno di 17mila sono le morti evitabili avvenute nel triennio 2020-2022 (ultimo disponibile) in Toscana. La classificazione si basa sulla diagnosi della causa di morte principale e considera come evitabili tutti i decessi per i quali interventi di prevenzione primaria, condizioni igieniche adeguate e cure adeguate avrebbero potuto, sulla base delle conoscenze scientifiche, mantenere in vita la persona. Si tratta quindi di un indicatore di sanità pubblica, privo di valutazioni cliniche, che però consente di mettere in risalto criticità geografiche. La Toscana è tra le regioni più virtuose d'Italia da questo punto di vista, ma alcune zone nord occidentali hanno valori al di sopra della media regionale, pur non trattandosi di differenze statisticamente significative. In generale il fenomeno ha un'incidenza quasi doppia negli uomini, rispetto alle donne, 190,7 casi ogni 100mila uomini vs 108,2 casi ogni 100mila donne (dato standardizzato per età). Le differenze possono essere ricondotte in parte ai diversi stili di vita, abitudini alimentari e rischi occupazionali tra i due generi, le maggiori differenze, infatti, si rilevano tra le cause di morte riconducibili a quelle evitabili con interventi di prevenzione primaria.

La mortalità evitabile della zona **Livornese** è tornata aderente al quadro medio regionale dopo un aumento tendenziale dal 2011 al 2015. Con **886 morti** nel triennio 2020-2022, il tasso è di **161 decessi evitabili ogni 100.000 residenti** (superiore alla media regionale e aziendale), con una considerevole variabilità di genere (210 x 100.000 nei maschi contro 117 nelle femmine).

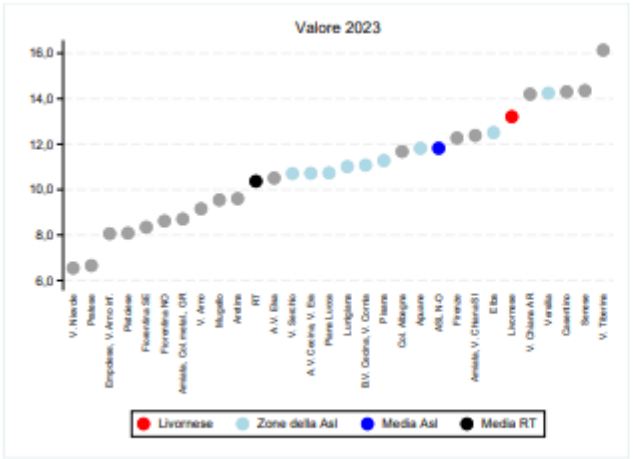




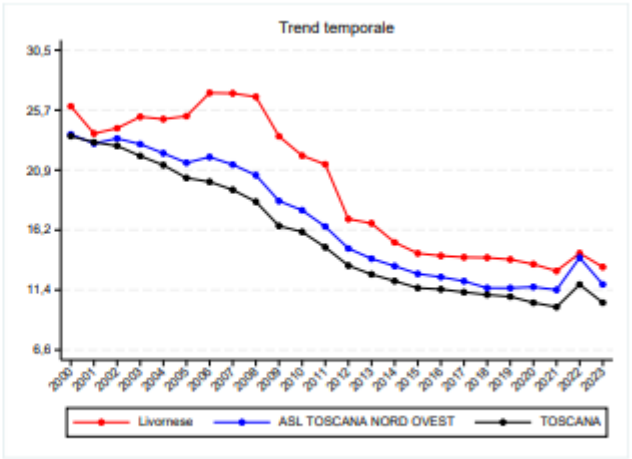
Infortuni sul lavoro indennizzati

Gli infortuni sul lavoro sono in diminuzione dal 2000 a oggi in Toscana. Nel 2020 e 2021 si è osservata una forte riduzione dei casi per le limitazioni alle attività introdotte dalla pandemia, ma nel biennio successivo si osserva una ripresa degli eventi, che nel 2023 sono stati 23.600 circa, pari 10,4 ogni 1.000 abitanti in età lavorativa (26.850 nel 2022, pari 11,8 per 1.000). Le attività di prevenzione sui luoghi di lavoro dovranno essere intensificate in quelle zone che presentano incidenze superiori alla media regionale.

Nella zona **Livornese** il valore più recente dell'indicatore parla di **1.385 infortuni sul lavoro indennizzati, 13 ogni 1.000 residenti** a fronte di una media regionale del 10,4‰. Evidente anche in questo caso il miglioramento, con una sensibile diminuzione del fenomeno rispetto al 2000, quando il tasso era circa il 26‰. Altrettanto evidente però l'urgenza di affrontare il tema della sicurezza sul lavoro: la Livornese ha un valore zonale tra i più elevati ed è costantemente al di sopra della media regionale.



(a) Indicatore per zona

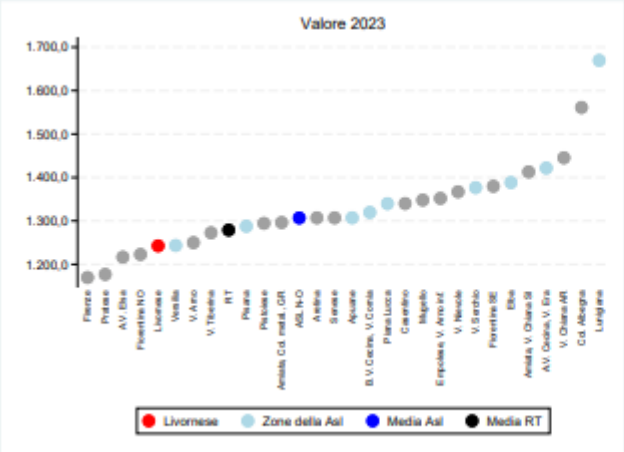


(b) Trend per zona, Asl e regione

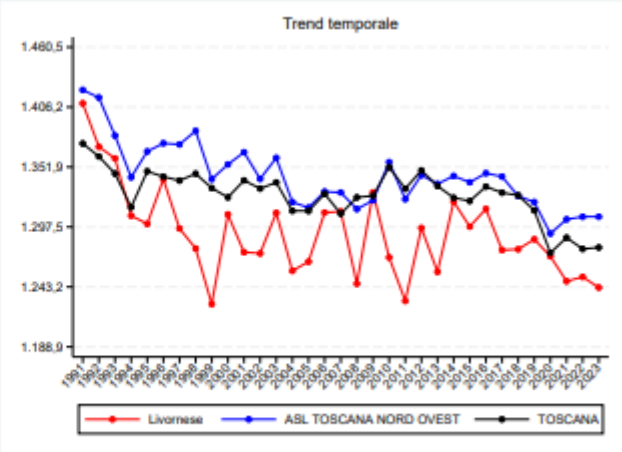
Rapporto di lesività degli incidenti stradali

L'indicatore esprime il numero di feriti in rapporto agli incidenti stradali verificatisi nell'anno, misurando in questo modo la gravità degli incidenti avvenuti, indipendentemente dal loro numero. Nel 2022 (ultimo anno disponibile) i sinistri in Toscana sono stati circa 15.111 e i feriti circa 19.300. Si tratta di un nuovo aumento dopo il calo dovuto alle restrizioni agli spostamenti messe in atto per limitare i contagi Covid. Nel 2021 i sinistri erano stati 13.596 e i feriti 17.510 (prima della pandemia, nel 2019, avevamo 15.500 sinistri in Toscana e 20.400 feriti circa). Durante il 2020, a causa del lockdown e al divieto di spostamento, i sinistri in Toscana erano scesi a 10.350 (con 13.187 feriti). Il rapporto tra feriti e incidenti resta comunque abbastanza stabile. Mediamente nel 2022 sono rimaste ferite 1.278 persone ogni 1.000 incidenti (erano 1.288 per 1.000 nel 2021, 1.274 nel 2020 e 1.313 per 1.000 nel 2019). In regione si va da 1.151 feriti per 1.000 incidenti della zona di Firenze a 1.491 del Casentino.

Nel 2023 nella zona **Livornese** si sono verificati **989 incidenti stradali**, che hanno prodotto **1.229 feriti** per un rapporto di lesività di circa **1.243 feriti ogni 1.000 incidenti (1,24 feriti ad incidente)**. L'andamento, così come per la regione, è oscillatorio e tendenzialmente in diminuzione.



(a) Indicatore per zona

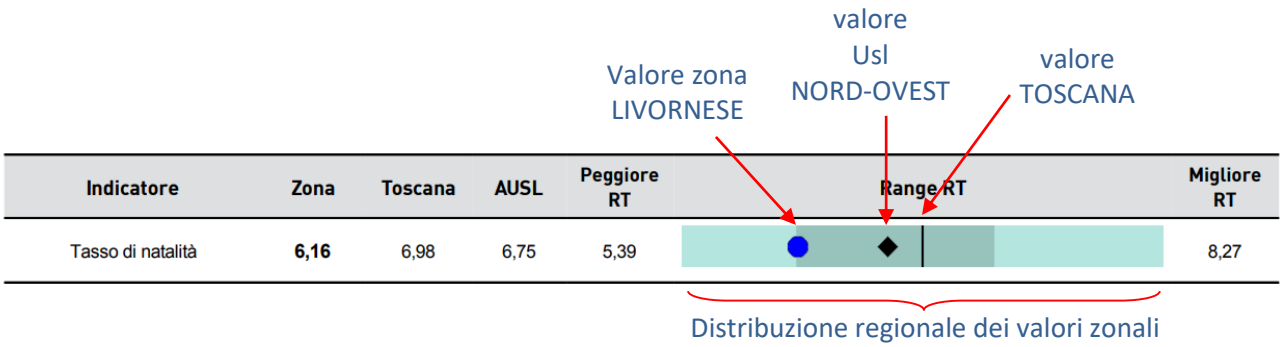


(b) Trend per zona, Asl e regione

Cruscotto delle criticità di salute

Di seguito un cruscotto che mette in evidenza le criticità riscontrate nel presente profilo di salute secondo uno schema che individua gli indicatori problematici per area tematica, il significato di tali criticità e l'intensità del fenomeno nelle diverse articolazioni territoriali.

La prima parte contiene la visualizzazione degli indicatori critici secondo il seguente schema:



La seconda parte dello schema contiene:

- la valutazione dell'indicatore all'ultimo anno disponibile:
  - scostamento in negativo dalla media regionale
  - in linea con la media regionale
  - scostamento in positivo dalla media regionale
- il trend del fenomeno misurato e la valutazione dello stesso:
  - in diminuzione con connotazione negativa
  - in aumento con connotazione negativa
  - in diminuzione con connotazione positiva
  - in aumento con connotazione positiva
  - andamento costante

Infine, la terza parte, esposta attraverso riquadri di colore giallo con scritta in rosso, esprimono le criticità presenti sul territorio

Demografia e Stato di salute generale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di natalità	**5,88**	5,90	5,57	4,67		6,57
Indice di vecchiaia	**244,26**	233,68	247,41	338,74		187,20
Percentuale di over74enni	**15,04**	14,41	14,67	17,46		12,16
Tasso di mortalità generale	**877,79**	818,71	866,35	919,20		748,85
Speranza di vita alla nascita	**84,90**	85,76	85,21	84,31		86,49

Giudizio Trend

Struttura demografica sbilanciata e prossima all'insostenibilità (invertito il rapporto giovani/anziani)

Stato di salute mediamente peggiore della media regionale

Determinanti di salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Tasso di pensioni sociali e assegni sociali	**4,41**	3,58	4,06	4,95		2,31
Famiglie con integrazione canoni locazione	**6,42**	10,58	11,06	19,96		0,00
Tasso grezzo di disoccupazione	**27,80**	23,83	27,08	39,20		17,72
Percentuale famiglie con ISEE inferiore a 6.000 Euro	**8,03**	6,35	6,92	8,24		4,37
Percentuale di 14-19enni che non pratica attività fisica	**14,58**	13,08	12,58	21,32		8,18
Percentuale di 14-19enni fumatori regolari	**19,69**	19,22	19,34	31,01		10,24
Percentuale di 14-19enni bevitori eccedentari (binge drinkers)	**31,19**	33,40	34,24	47,79		26,52
Percentuale di 14-19enni che hanno consumato sostanze psicotrope	**32,35**	30,07	30,60	47,50		22,21
Propensione al gioco d'azzardo nella popolazione maggiorenne	**1.320,87**	1.307,86	1.212,10	3.070,46		516,75
Presenza di SIN/SIR						

Giudizio

Gap occupazionale e sui **livelli di istruzione; Povertà e disagio abitativo** da monitorare

Alcuni stili di vita giovanili denotano **comportamenti a rischio:** attività fisica, fumo, alcol, sostanze psicotrope, abitudini alla guida, azzardo. Criticità confermate dalla recente indagine ESPAD del CNR.

Inquinamento rilevante

Famiglie e minori

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Percentuale di minori residenti	**13,8**	13,9	13,5	11,3		15,0
Indice di instabilità matrimoniale	**6,4**	5,2	5,7	6,8		4,2
Tasso minori in affidamento familiare	**4,0**	1,8	2,1	0,5		4,0
Tasso minori in struttura residenziale	**2,3**	1,1	1,4	2,3		0,0
Tasso di minori coinvolti in interventi di educativa nell'anno	**14,4**	10,8	10,5	4,1		19,0
Ragazzi 11-17 anni che frequentano ass. o gruppi	**19,7**	22,2	22,3	14,7		30,0
Tasso di donne con primo accesso ai Centri Antiviolenza	**2,3**	1,7	1,8	2,7		0,5

Giudizio Trend

Diminuisce la **presenza di minori,** cresce l'**instabilità familiare** (nuclearizzazione)

Alcuni **minori e famiglie** in disagio

Partecipazione civica giovanile da migliorare

Violenza in crescita

Stranieri

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Tasso grezzo di disoccupazione stranieri	**50,5**	37,7	50,0	68,6		16,0
Percentuale minori stranieri tra i minori presi in carico dal servizio sociale territoriale (al netto dei MSNA)	**34,5**	38,1	31,3	56,9		10,5

Giudizio Trend

Alta **disoccupaz. straniera:** quale integrazione?

Monitorare il bisogno legato ai **Minori stranieri**

Disabilità e Non autosufficienza

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Prevalenza anziani residenti in RSA permanente	**7,7**	8,6	7,7	2,0		12,6
Prevalenza anziani in assistenza domiciliare diretta	**23,5**	28,1	22,9	17,2		38,4
Prevalenza persone con disabilità in carico al servizio sociale	**11,0**	11,7	12,3	8,1		18,9
Incidenza di disabilità	**7,1**	5,7	8,1	10,6		2,6

Giudizio Trend

Cresce la **non auto-sufficienza:** necessità di **potenziare e ripensare i servizi**

Attenzione verso la **disabilità**: crescono i numeri dei servizi e le certificazioni

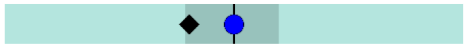
Cronicità

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Prevalenza cronicità	**317,0**	321,2	320,2	355,0		308,9		
Prevalenza diabete	**68,8**	63,5	66,7	71,9		55,6		
Prevalenza scompenso cardiaco	**18,0**	19,0	20,2	24,4		15,1		
Prevalenza ictus	**14,1**	15,6	14,7	20,8		13,0		
Prevalenza cardiopatia ischemica	**33,2**	34,9	36,4	44,2		31,4		
Prevalenza BPCO	**13,8**	14,0	13,7	16,4		9,8		
Prevalenza demenza	**11,4**	11,5	10,8	15,0		8,3		

Cronicità in deciso aumento (data anche la struttura per età zonale).

Critica la situazione del **diabete**

Salute mentale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Prevalenza pazienti in carico ai servizi per la salute mentale territoriale	**6,7**	12,4	11,7	2,3		32,8		
Prevalenza uso di antidepressivi	**8,4**	8,4	9,0	11,5		5,2		

Servizi alle prese con **nuove complessità e bisogni crescenti**, uso di **antidepressivi** da monitorare

Materno infantile

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di mortalità infantile	**1,9**	1,5	1,7	2,8		0,0		
Percentuale di nati vivi gravemente sottopeso	**0,5**	0,7	0,6	1,4		0,2		

Indicatori in miglioramento ma da monitorare

Prevenzione

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT	Giudizio	Trend
Tasso di mortalità evitabile	**161,1**	147,7	155,8	183,5		132,7	😐	↓
Infortuni sul lavoro indennizzati	**13,2**	10,4	11,8	6,5		16,1	☹	↓
Adesione screening mammografico	**61,1**	67,4	63,0	50,4		80,6	😐	
Copertura vaccino antinfluenzale	**52,4**	58,0	51,9	45,5		65,7	☹	
Copertura per vaccino HPV	**73,7**	80,2	81,4	71,4		90,4	😐	

Mortalità evitabile da migliorare; **Infortuni sul lavoro** sono una priorità

Migliorare adesione a screening mammografico, vaccino antinfluenzale anziani (ob. 75%) e vaccino HPV dei giovanissimi

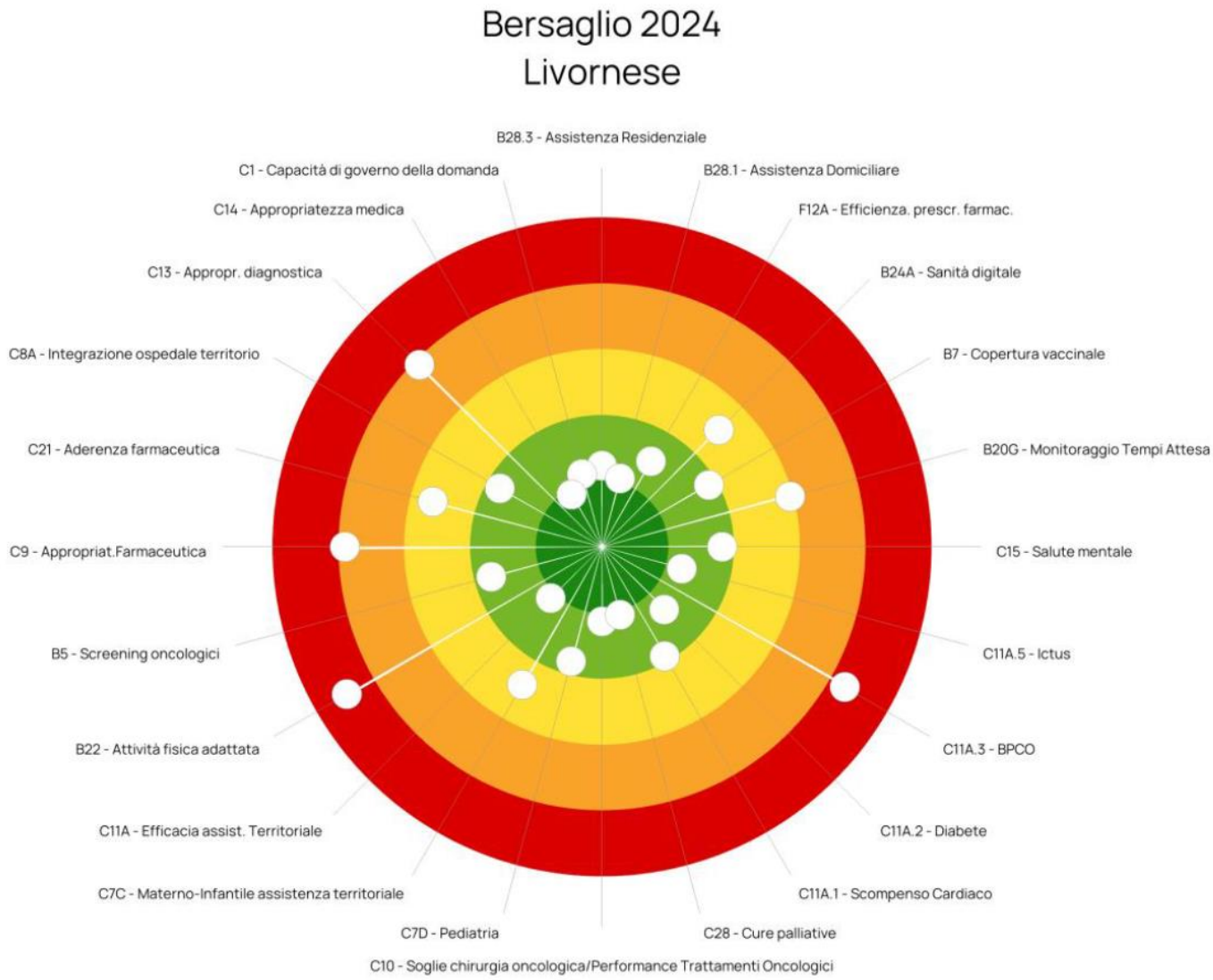
Percorsi assistenziali e ricorso ai servizi

Al fine di fornire un quadro relativo al ricorso ai servizi da parte della popolazione della zona Livornese, si riportano di seguito:

- il bersaglio relativo al monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali della zona Livornese elaborato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna
- un quadro specifico degli indicatori, di cui il bersaglio rappresenta la sintesi, suddivisi in 7 aree tematiche:
  - prevenzione e promozione della salute
  - gestione delle principali patologie croniche
  - Assistenza domiciliare e residenziale degli anziani
  - Ricorso all'ospedalizzazione, al pronto soccorso e appropriatezza diagnostica
  - Assistenza consultoriale e percorso materno infantile
  - Assistenza farmaceutica territoriale
  - Salute mentale e dipendenze

Sia il bersaglio che la tavola di indicatori operano una valutazione zonale sulla base di 5 fasce di colori:

- Performance ottima (punto di forza)
- Performance buona
- Performance media (margini di miglioramenento)
- Performance scarsa (situazione preoccupante da migliorare)
- Performance molto scarsa (punto di bebolezza)


Bersaglio 2024
Livornese
B28.3 - Assistenza Residenziale
B28.1 - Assistenza Domiciliare
F12A - Efficienza. prescr. farmac.
B24A - Sanità digitale
B7 - Copertura vaccinale
B20G - Monitoraggio Tempi Attesa
C15 - Salute mentale
C11A.5 - Ictus
C11A.3 - BPCO
C11A.2 - Diabete
C11A.1 - Scompenso Cardiaco
C28 - Cure palliative
C10 - Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici
C7D - Pediatria
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale
C11A - Efficacia assist. Territoriale
B22 - Attività fisica adattata
B5 - Screening oncologici
C9 - Appropriat.Farmaceutica
C21 - Aderenza farmaceutica
C8A - Integrazione ospedale territorio
C13 - Appropr. diagnostica
C14 - Appropriatezza medica
C1 - Capacità di governo della domanda

Prevenzione e promozione della salute

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Adesione screening mammografico	**61,1**	67,4	63,0	50,4		80,6
Adesione screening colorettale	**47,3**	44,3	40,6	31,9		54,0
Copertura vaccino MPR	**97,8**	97,2	97,2	94,9		99,4
Copertura vaccino antinfluenzale	**52,4**	58,0	51,9	45,5		65,7
Copertura per vaccino HPV	**73,7**	80,2	81,4	71,4		90,4
Copertura vaccino antimeningococcico	**93,0**	91,7	92,2	83,4		95,1
Copertura vaccino esavalente	**98,0**	97,9	97,4	95,3		99,3

Gestione delle principali patologie croniche

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Ospedalizzazione scompenso (>18 anni)	**105,6**	135,7	112,5	260,9		24,5
Scompensati Cardiaci con misura creatinina	**70,4**	73,6	71,2	58,1		83,5
Scompensati Cardiaci con misura sodio potassio	**57,7**	62,0	61,4	48,6		75,2
Post IMA con beta-bloccante	**88,7**	87,6	87,8	68,8		95,2
Ospedalizzazione diabete (>18 anni)	**11,9**	10,4	10,5	36,7		4,0
Diabetici con una visita diabetologica	**41,5**	30,8	34,1	18,4		41,8
Amputazioni maggiori per Diabete	**11,7**	16,9	20,6	38,9		0,0
Ospedalizzazione BPCO (>18 anni)	**2,7**	9,9	6,3	23,7		2,2
Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	**74,8**	73,1	72,7	67,8		79,5

Assistenza Domiciliare e Assistenza Residenziale agli anziani

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Segnalazioni su popolazione anziana	**198,6**	129,1	141,8	78,7		198,6
Anziani in Cure Domiciliari	**12,9**	10,8	11,1	8,3		16,0
Accessi domiciliari di sabato domenica e festivi	**11,0**	13,0	13,2	7,5		16,0
75enni con accesso domic. a 2gg dal ricovero	**24,1**	31,3	24,1	15,1		62,7
Prese in carico over65 con CIA >0,13	**31,6**	45,6	39,1	28,0		66,2
Assistiti in ADI con 2 ricoveri durante la PIC	**1,4**	3,2	3,0	8,2		1,4
Assistiti in ADI con accessi al PS durante la PIC	**17,3**	22,6	21,5	29,6		17,3
PIC resid. a 30 gg dalla segnalazione	**89,9**	70,1	82,3	21,4		99,4
Ammissioni in RSA entro 30 gg dalla PIC	**60,5**	43,0	46,6	14,3		70,6
Ammissioni in RSA per over 65	**4,7**	4,3	3,7	1,0		9,3
Assistiti in RSA con almeno un ricovero osp.	**6,3**	9,4	11,0	22,2		3,4
Assistiti in RSA con almeno un accesso al PS	**31,5**	22,9	27,5	47,8		10,9

Ricorso all'ospedalizzazione, al PS e appropriatezza diagnostica

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Ospedalizzazione totale ordinario e diurno	**105,1**	105,0	105,0	116,5		80,2
Ospedalizzazione in età pediatrica	**4,7**	4,8	4,8	7,2		3,9
Ricoveri patologie sensibili a cure ambulatoriali	**4,2**	6,1	5,4	9,3		3,1
Ospedalizzazione in specialità 56	**1,4**	1,7	1,8	2,3		1,1
Accessi al Pronto Soccorso	**378,6**	358,8	373,0	507,6		295,4
RMN muscolo-scheletriche anziani	**24,4**	22,9	22,3	52,0		12,6

Assistenza consultoriale e percoso materno infantile

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Primipare con tre presenze al CAN	**62,82**	31,37	38,16	2,45		62,82
Accesso al CAN per titolo di studio	**0,72**	0,50	0,55	0,00		1,29
Tasso IVG	**5,99**	5,43	5,35	6,57		3,44
Tasso IVG per straniere (PFPM)	**15,69**	10,95	10,37	15,69		4,22

Assistenza consultoriale e percoso materno infantile

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Tasso IVG	**6,4**	5,4	5,2	6,9		3,7
Tasso IVG per straniere (PFPM)	**13,2**	10,5	10,3	13,3		6,6

Assistenza farmaceutica territoriale

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Consumo di Inibitori di Pompa Protonica	**29,3**	23,7	25,1	33,0		19,5
Consumo di antibiotici	**17,0**	14,4	15,4	17,4		12,5
Consumo di antidepressivi (SSRI)	**22.984,9**	25.452,5	25.268,8	35.507,4		12.939,7
Abbandono di pazienti in terapia antidepressivi	**22,8**	19,9	21,8	24,0		15,1
Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	**2,6**	2,1	2,4	1,4		2,9

Salute Mentale e dipendenze

Indicatore	Zona	Toscana	AUSL	Peggiore RT	Range RT	Migliore RT
Ospedalizzazione patologie psichiatriche >18	**264,7**	217,6	251,2	311,0		97,9
Ospedalizzazione patologie psichiatriche <18	**225,3**	196,9	221,6	450,3		30,4
Ricoveri ripetuti 8 e 30 gg patologie psichiatriche	**9,3**	5,3	5,1	11,4		0,0
Contatto entro 7 gg con il DSM dal ricovero	**39,4**	40,8	39,6	14,3		84,2
Continuità presa in carico pz assistiti salute mentale	**70,2**	63,4	57,6	31,4		76,9

DISPOSITIVO DI PIANO

LINEE STRATEGICHE E OBIETTIVI DI SALUTE

Linee strategiche

Assorbimento del PIZ nel PIS

Ai sensi della LRT 40/2005, articolo 21, comma 4, il ciclo di programmazione del Piano Integrato di Salute assorbe interamente l'elaborazione del Piano d'Inclusione Zonale di cui alla LR 41/2005, articolo 29.

Linee strategiche regionali e zonali

La zona Livornese colloca le proprie linee strategiche e di indirizzo all'interno del quadro definito dal PSSIR della Regione Toscana, recependone gli obiettivi generali:

OG 1: Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies". Questo obiettivo mira a favorire il benessere e i corretti stili di vita con azioni specifiche in diversi contesti (scuola, comunità, lavoro, servizio sanitario), sviluppando la consapevolezza e la responsabilità individuale con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare. Un'ulteriore evoluzione del concetto di salute è l'approccio ·

OG 2: L'assistenza territoriale. Questo obiettivo mira a realizzare un sistema integrato sanitario, sociosanitario e sociale più resiliente, completando le riforme e potenziando la rete territoriale, anche grazie alle opportunità del PNRR Missione 6 e del DM 77/2022. ·

OG 3: Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione. Questo obiettivo impone di agire su più fronti (programmazione, modelli gestionali, processi, comunicazione) per costruire risposte appropriate, ridurre le disuguaglianze e promuovere l'empowerment individuale e comunitario. ·

OG 4: Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche. Questo obiettivo risponde all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie cronico-degenerative, richiedendo una riorganizzazione dei processi di cura centrata sull'integrazione tra ospedali (modello "a rete") e tra rete ospedaliera e servizi territoriali. ·

OG 5: Appropriatezza delle cure e governo della domanda. Questo obiettivo è centrale nella gestione della sanità pubblica, riferendosi alla corretta erogazione di servizi e trattamenti sanitari in base alle esigenze dei pazienti. Le azioni includono l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche, il governo delle liste di attesa attraverso un sistema innovativo e informatizzato dell'intero ciclo di vita della prestazione, la gestione dei percorsi chirurgici, e l'accesso sicuro ed efficace alle terapie innovative. ·

OG 6: La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale. Questo obiettivo mira a continuare e completare la trasformazione digitale del sistema sanitario regionale, in linea con gli investimenti del PNRR Missione Salute (M6), che prevedono il ridisegno della rete di assistenza

territoriale e l'innovazione del parco tecnologico ospedaliero. Si punta a implementare un ecosistema digitale unico regionale. ·

OG 7: Transizione ecologica e politiche territoriali. Questo obiettivo affronta le sfide legate al clima e all'ambiente, promuovendo azioni per ridurre le emissioni climalteranti e l'adattamento ai cambiamenti climatici, già evidenti in Toscana. Si tratta di attivare politiche per sostenere l'abitabilità dei territori, l'offerta di servizi socio-sanitari e commerciali, la connettività, e incoraggiare la permanenza delle giovani generazioni.

Obiettivi di salute

A partire da tale cornice, nel corso del lavoro di costruzione del PIS, sono stati definiti gli **Obiettivi di salute zonali** (orientamenti delle politiche locali sulla salute) cercando di coniugare le criticità di salute del territorio emergenti dal Profilo di salute con le evidenze emerse nel percorso di co-programmazione. Gli obiettivi di salute definiti sono i seguenti:

- **Contrasto delle diseguaglianze di salute e sociali**: garantire l'accesso consapevole e la fruizione responsabile dei servizi in modo equo a tutti gli individui per contrastare le situazioni di vulnerabilità e marginalità. Offrire percorsi di cura e d'assistenza adeguati in ogni luogo, minimizzando ogni possibile condizione di variabilità in termini di tempestività, appropriatezza e qualità, rivolgendo massima attenzione alle famiglie, ai bambini, alle persone in situazione di fragilità.
- **Inclusione sociale e lotta alla povertà**: attuazione delle misure nazionali e regionali di contrasto alla povertà e implementazione di progettualità improntate alla promozione dell'inclusione sociale e alla presa in carico precoce delle fragilità che generano esclusione sociale.
- **Rafforzare l'integrazione sociosanitaria**: presa in carico della cronicità anche nelle situazioni di complessità, superando approcci settoriali, adottando adeguati modelli di prevenzione e cura, attuando politiche integrate coi settori sociali, educativi, della formazione e dell'ambiente. La creazione della rete delle Case della salute e l'applicazione della nuova Convenzione socio-sanitaria saranno gli essenziali strumenti per raggiungere una maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali, avviando un'azione di rafforzamento dell'intervento integrato dei servizi coinvolti nei percorsi di cura e assistenza della persona e favorendo spazi d'intervento ispirati a un modello di welfare generativo.
- **Presa in carico globale della persona**: consolidare il metodo di lavoro in equipe multiprofessionali per la presa in carico globale della persona, sperimentato per l'inclusione sociale e per la disabilità, da estendere e rafforzare come metodo di lavoro sistemico
- **Potenziare la prevenzione e la promozione della salute**: programmare azioni per la promozione di stili di vita sani che migliorino la qualità della vita e consentano alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale. Azioni di questo tipo richiedono la presenza di una sinergia fra azioni di promozione della salute, che coinvolgano le strutture ed i professionisti sanitari, e interventi del contesto comunitario, attivati in primo luogo dagli EELL, che mirino alla responsabilizzazione dei cittadini e facilitino l'adozione di stili di vita corretti, con particolare attenzione alle fasce di età dell'adolescenza arco di tempo in cui si determinano influenze sulla salute futura.

BUDGET INTEGRATO DI PROGRAMMAZIONE

Area di programmazione	Settore	Fondi sanitari	Fondi sociali	Altri fondi	Compartecipazioni	Totale
Socio-Sanitario	Dipendenze da sostanze	926.000 €	- €	- €	- €	926.000 €
	Dipendenze senza sostanze	230.000 €	- €	- €	- €	230.000 €
	Disabilità	7.277.894 €	425.000 €	1.500.000 €	- €	9.202.894 €
	Non autosufficienza	8.675.027 €	4.685.250 €	- €	- €	13.360.277 €
	Salute Mentale - Adulti	3.638.239 €	- €	- €	- €	3.638.239 €
	Salute Mentale - Infanzia-Adolescenza	1.710.357 €	- €	- €	- €	1.710.357 €
	TOTALE	**22.457.517 €**	**5.110.250 €**	**1.500.000 €**	**- €**	**29.067.767 €**
Socio-assistenziale	Anziani	- €	6.576.083 €	1.790.709 €	- €	8.366.792 €
	Disabili	- €	2.682.126 €	1.101.833 €	- €	3.783.959 €
	Immigrazione	- €	1.924.819 €	35.000 €	- €	1.959.819 €
	Inclusione	- €	2.196.113 €	2.228.289 €	- €	4.424.402 €
	Materno-Infantile	- €	4.010.440 €	2.427.691 €	- €	6.438.131 €
	Multiutenza	- €	97.000 €	33.000 €	- €	130.000 €
	TOTALE	**- €**	**17.486.581 €**	**7.616.522 €**	**- €**	**25.103.103 €**
Prevenzione e promozione	**TOTALE**	**- €**	**- €**	**- €**	**- €**	**- €**
Violenza di genere	**TOTALE**	**- €**	**262.800 €**	**2.000 €**	**- €**	**264.800 €**
Cure primarie - Sanità territoriale	Anziano fragile	- €	- €	- €	- €	- €
	Assistenza di base	- €	- €	- €	- €	- €
	Assistenza domiciliare infermieristica	1.490.004 €	- €	- €	- €	1.490.004 €
	Assistenza farmaceutica convenzionata	- €	- €	- €	- €	- €
	Consumi sanitari e non sanitari dei presidi territoriali	- €	- €	- €	- €	- €
	Cure intermedie	1.800.000 €	- €	- €	- €	1.800.000 €
	Cure palliative e Hospice	257.700 €	- €	- €	- €	257.700 €
	Invecchiamento attivo (AFA)	- €	- €	- €	- €	- €
	Materno infantile	- €	- €	- €	- €	- €
	Riabilitazione (fisico-motoria)	- €	- €	- €	- €	- €
	Sanità d'iniziativa	- €	- €	- €	- €	- €
	Self management	- €	- €	- €	- €	- €
	Specialistica ambulatoriale	- €	- €	- €	- €	- €
	TOTALE	**3.547.704 €**	**- €**	**- €**	**- €**	**3.547.704 €**
TOTALE GENERALE		**26.005.221 €**	**22.859.631 €**	**9.118.522 €**	**- €**	**57.983.374 €**

UFFICIO DI PIANO

L'Ufficio di Piano - previsto ai sensi della L.R. 40/2005, art. 64.2 c.5 - costituisce l'organismo tecnico preposto alla elaborazione delle programmazioni territoriali ed è disciplinato specificamente dalla DGRT 269/2019. Per la zona Livornese l'Ufficio di Piano è stato costituito con apposita Delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata n. 13 del 10/12/2019 e poi stato rivisto nella sua composizione con il Decreto del Direttore di zona-distretto Livornese n. 3043 del 09/10/2025, ed è così composto:

- **Ufficio di Piano**:

Componenti designati dalla Conferenza dei Sindaci Zonale Integrata		
COGNOME	**NOME**	**QUALIFICA**
TOCCHINI	Caterina	Dirigente Politiche Sociali e Socio-Sanitarie del Comune di Livorno
CASINI	Alessandra	Responsabile dei Servizi al Cittadino del Comune di Collesalvetti
MASCARO	Luca	Commissario Prefettizio Comune di Capraia Isola
TISO	Paolo	Responsabile Servizi Sociali del Comune di Livorno
TOTARO	Carmela	Responsabile Ufficio Programmazione Sociale e Socio Sanitaria, Rapporti con AUSL, Autorizzazioni Strutture, Accreditamento Servizi, Terzo Settore
Componenti appartenenti all'Azienda USL Toscana nord ovest		
COGNOME	**NOME**	**QUALIFICA**
ALASIA	Eleonora	Resp. UF Assistenza Sociale, Disabilità, Non autosufficienza ZDL
PERINI	Antonella	Responsabile UOC Assistenza Inf. e Ost. ZDL
MARANTO	Rosa	Responsabile UF Consultoriale ZDL
CALO'	Nicola Pietro	Coordinatore Sanitario ZDL
GUGLIELMI	Paola	Direttore UOC SMA ZDL
FASTAME	Claudio	Referente COT
ANGELETTI	Massimo	Coordinatore AFT ZDL
VITELLI	Serena	I.C.O. Ufficio supporto amministrativo e Ufficio di Piano Zona Livornese
ARTICO	Nicola	Responsabile UF UFSMIA ZDL
MANCINO	Lucia	Direttore f.f. UOC Farmaco- tossicodipendenze ZDL
GALLI	Costanza	Dir. UOC Cure Palliative- Hospice

- **Nucleo ristretto minimo dell'Ufficio di Piano**:

COGNOME	NOME	QUALIFICA
TOCCHINI	Caterina	Dirigente Politiche Sociali e Socio-Sanitarie del Comune di Livorno
CASINI	Alessandra	Responsabile dei Servizi al Cittadino del Comune di Collesalvetti
TISO	Paolo	Responsabile Servizi Sociali del Comune di Livorno
TOTARO	Carmela	Responsabile Ufficio Programmazione Sociale e Socio Sanitaria, Rapporti con AUSL, Autorizzazioni Strutture, Accreditamento Servizi, Terzo Settore
ALASIA	Eleonora	Resp. UF Assistenza Sociale, Disabilità, Non autosufficienza ZDL
VITELLI	Serena	I.C.O. Ufficio supporto amministrativo e Ufficio di Piano Zona Livornese

PERCORSO PARTECIPATIVO

Svolgimento del percorso di co-programmazione

Il percorso di co-programmzione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese si è svolto nel periodo **dicembre 2025- febbraio 2026**, attraverso le seguenti fasi:

- **Incontro pubblico di informazione e formazione** sul percorso di co-programmazione del PIS
  - dicembre 2026
- **Manifestazione di interesse** e avvio del procedimento di co-programmazione – dicembre 2025
- Costruzione dei **quattro Tavoli di lavoro** sui seguenti temi:
  - Marginalità – Salute Mentale
  - Disabilità
  - Infanzia, adolescenza e famiglie
  - Riorganizzazione della sanità territoriale e collegamento con la rete ospedaliera
- **Laboratori** di co-programmazione:
  - 13 gennaio 2026 - Definizione dei BISOGNI DI SALUTE: a partire dalle criticità di salute individuate attraverso il Profilo di salute zonale, i partecipanti al laboratorio (Istituzioni ed Enti del Terzo settore) sono stati invitati a contribuire ad una definizio dei bisogni di salute zonali, validando quelli desunti dal Profilo di salute, ridefinendoli con approfondimenti/modifiche, proponendone di nuovi sulla base delle esperienze delle loro attività sul territorio.
  - 27 gennaio 2026 – definizione degli OBIETTIVI DI SALUTE e delle possibili azioni: sulla base dei bisogni di salute definiti nel laboratorio precedente, i partecipanti sono stati invitati a costruire uno o più obiettivi di salute per ciascun bisogno (il cambiamento concreto e auspicabile per migliorare le criticità), a collegarli ai macro-obiettivi del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e ad immaginare azioni e programmi per il raggiungimento di tali obiettivi.

- 10 febbraio 2026 – definizione delle AZIONI e delle PRIORITÀ: per chiudere il percorso logico, i partecipanti al laboratorio hanno ripercorso e validato la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni, eventualmente ridefinendola, e hanno indicato, tra le azioni proposte, quelle ritenute prioritarie.
- 24 febbraio 2026 – incontro finale di RESTITUZIONE: illustrazione dei risultati del percorso di co-programmazione con le principali evidenze di ciascuno dei quattro tavoli di lavoro.

Laboratorio per la definizione dei bisogni di salute - 13.1.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il primo incontro di co-progettazione si è svolto martedì 13 Gennaio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

L'incontro era stato preceduto da una mattinata informativa introduttiva che era stata organizzata il 9 Dicembre 2025, sempre al Cisternino di città, che aveva preceduto l'apertura della manifestazione di interesse per partecipare alla co-progettazione da parte degli ETS.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di quasi 80 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo
- Plenaria conclusiva

La prima parte dell'incontro si è quindi svolto in plenaria: dopo i saluti dell'assessore Andrea Raspanti e della dott.ssa Totaro per il Comune di Livorno, è intervenuto Massimiliano Faraoni per illustrare il percorso di co-programmazione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese, con i tre Comuni coinvolti (Capraia Isola, Collesalvetti, Livorno) e l'Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona distretto Livornese.

Totaro e Faraoni durante la plenaria iniziale

Faraoni ha inquadrato il percorso di programmazione dal livello regionale (Piano sanitario e sociale integrato regionale) al livello zonale, dove il PIS definisce obiettivi di salute, risorse e azioni insiemalla comunità, fino alla programmazione operativa annuale; a supporto, il profilo di salute è la base conoscitiva che analizza lo stato di salute e individua i bisogni.

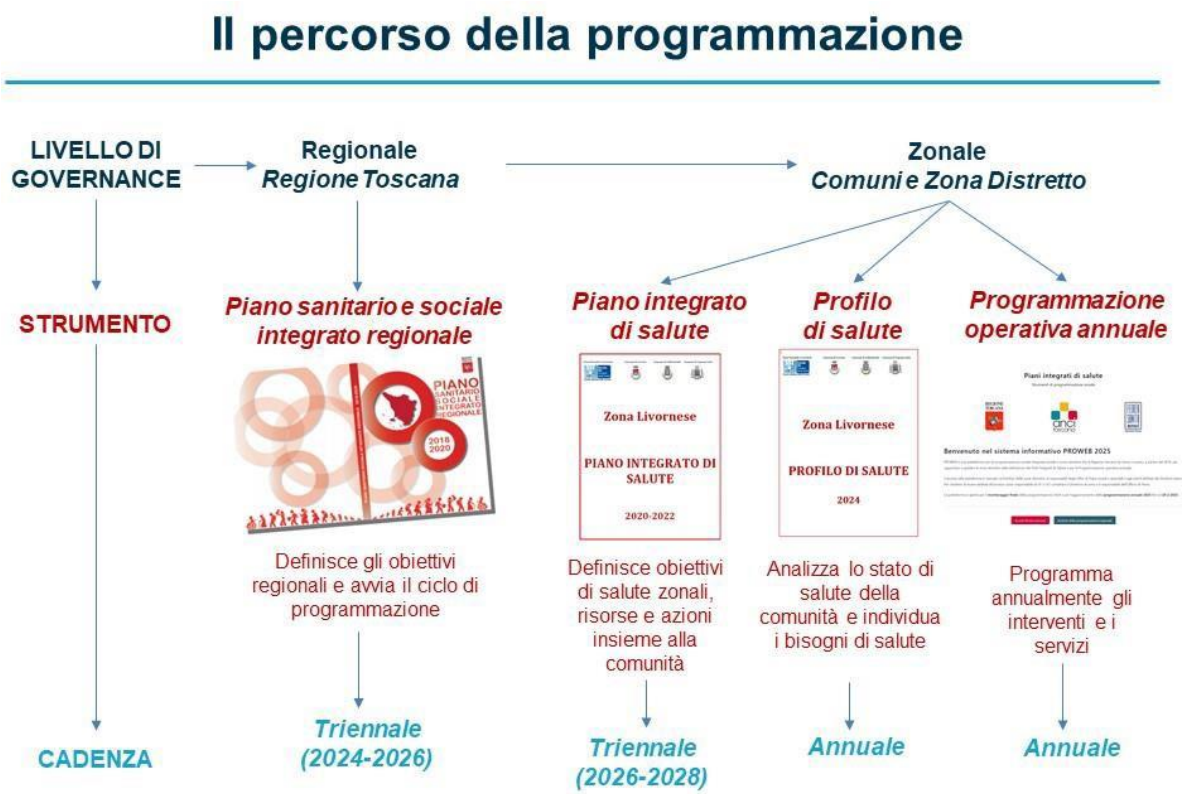
Il PIS è quindi lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, finalizzato a fissare obiettivi di salute e benessere a partire dal profilo di salute e dai bisogni sanitari e sociali, e a definire rete dei servizi, interventi sul territorio e priorità di allocazione delle risorse.

E' stato illustrato brevemente la struttura del PIS, articolato in quattro sezioni: sezione conoscitiva, dispositivo di piano, programmazione operativa annuale, monitoraggio e valutazione; sono stati mostrati gli elementi che compongono il Piano (profilo di salute e dei servizi, linee strategiche, obiettivi, budget integrato, ufficio di piano, percorso partecipativo) e la tempistica da ottobre 2025 a febbraio 2026 con atti e attribuzioni tra Ufficio di Piano, Conferenza dei Sindaci integrata, servizi e co-programmazione.

È stato mostrato anche l'albero della programmazione 2025 (POA): cinque grandi obiettivi di salute e, sotto, i programmi collegati (inclusione e povertà, disuguaglianze, integrazione socio-sanitaria, prevenzione e promozione, presa in carico globale), con l'idea che le attività e i progetti nei diversi settori si aggancino a questo impianto comune.

Si è passati poi a presentare il calendario del percorso di co-programmazione: dal laboratorio in corso sui bisogni di salute, al laboratorio sugli obiettivi di salute, poi quello su priorità e interventi, fino all'incontro finale di restituzione degli esiti complessivi.

Infine, è stata spiegata la struttura del laboratorio: una plenaria iniziale con saluti e inquadramento dei temi, poi tavoli di lavoro con un passaggio di riflessione individuale e una riflessione collettiva più ampia, e infine una plenaria di restituzione; è stato chiarito anche l'uso delle schede e la composizione dei tavoli con ETS, referenti istituzionali e facilitatori.



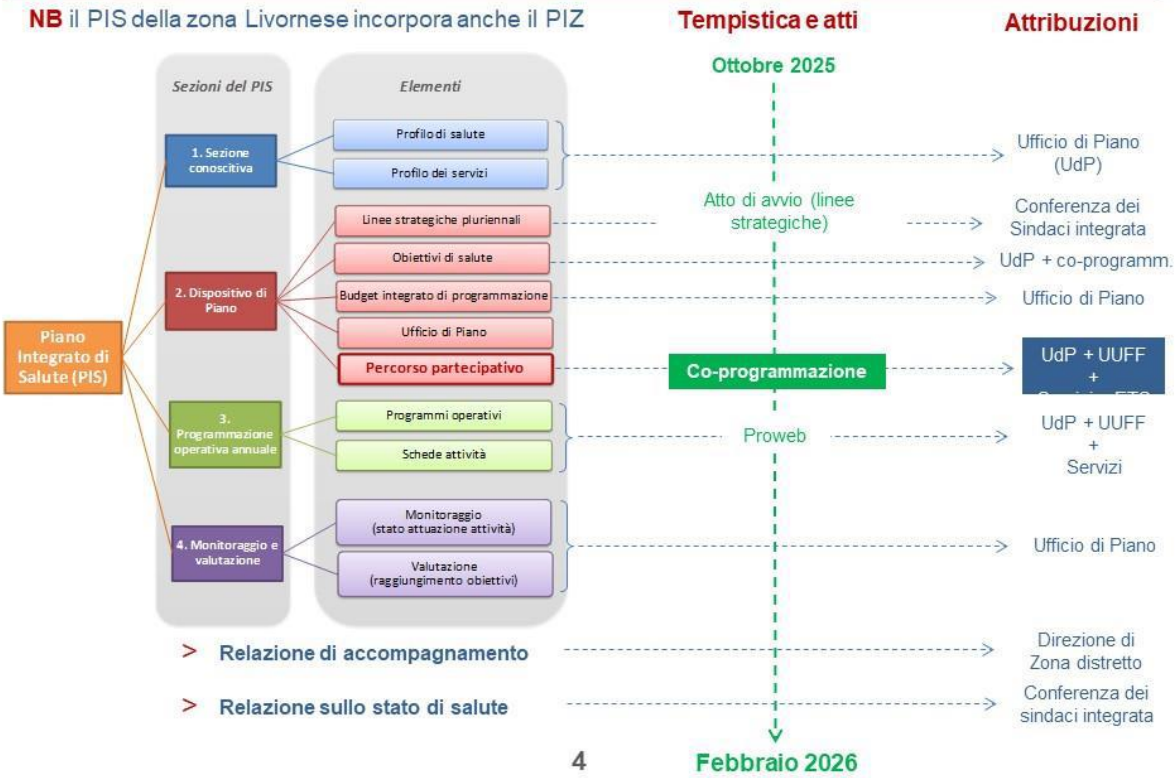
Il Piano Integrato di Salute

Il piano integrato di salute (PIS) è
lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale

È compito del PIS

3

Il percorso del PIS: tempistica, atti, attribuzioni



4

A seguire, Faraoni ha presentato degli approfondimenti tematici sui principali bisogni di salute su:

- infanzia, adolescenza e famiglie

- disabilità
- marginalità e salute mentale
- riorganizzazione della sanità territoriale

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Infanzia, adolescenza e famiglia"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Disabilità"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Marginalità e salute mentale"

La compilazione della scheda individuale per il tavolo "Riorganizzazione della sanità territoriale"

Il momento della restituzione dei lavori dei tavoli

Il lavoro dei tavoli, che è descritto di seguito, è stato poi riportato in sintesi nella plenaria finale.

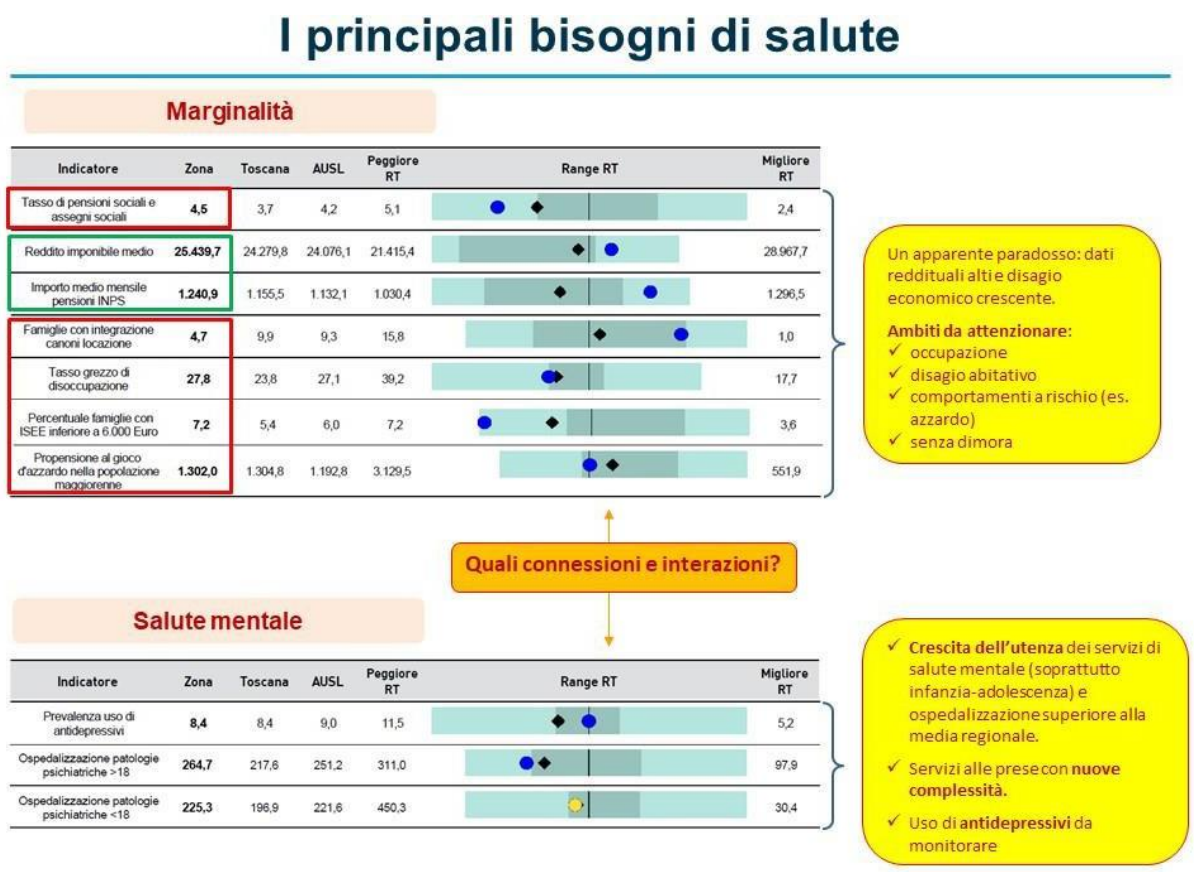
La plenaria si è conclusa con la spiegazione del metodo di lavoro che i facilitatori avrebbero proposto ai tavoli tematici: prima la compilazione di una scheda individuale, dopo la discussione sui bisogni di salute:

quelli già acclamati e resi evidenti dall'analisi dei dati statistici disponibili, ma anche quelli emergenti alla luce dell'esperienza dei partecipanti

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE	
Istituzioni	**ETS**
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass. soc. area marginalità -Loredana Bertagni	APS Il sestante solidarietà – Alessandra Franchini
Comune di Livorno - Resp ufficio casa – Elisabetta cella	CEIS Impresa Sociale
Comune di Livorno - Resp ufficio marginalità e minori – Giovanna Donfrancesco	Ass. AVOFASAM ODV – Riccardo Bientinesi
Comune di Collesalvetti – Alessandra Casini	Ass. AVOFASAM ODV – Nella Benfatto
Comune di Collesalvetti – Giusy Mercadante	Ass. AVOFASAM ODV – Leone M Letizia
Comune di Collesalvetti – Fabio Bacci	Coop sociale San Benedetto – Enrico Centi
USL TNO - Coord Ass soc SMA/SERD - Anna Mei	Associazione La Casa ODV
USL TNO - Eleonora Bemi psichiatra	
USL TNO – ICO salute mentale e SERD zone sud – Rita Scarselli	
USL TNO – IFC infermieristica SERD – Francesca Tamborini	
USL TNO – IFC ostetrica	
USL TNO – ICO salute mentale e dipendenze – Chiara Corazzesi	
USL TNO – ICO prof. Sanitarie riabilitazione… - Ludovica Lepore	
USL TNO – IFC consultori LI	



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

La discussione si è aperta con un giro di presentazione dei partecipanti; la facilitatrice ha poi illustrato gli strumenti di lavoro e i bisogni di salute evidenziati dai dati. La discussione al tavolo si è svolta attorno ai seguenti bisogni di salute:

BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI

- Crescita di complessità e numeri del fenomeno salute mentale;
- Disagio lavorativo, economico, abitativo e comportamenti a rischio

BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

- Carenza di strutture riabilitative e di accoglienza adatte ad alti livelli di complessità;
- Frammentazione delle informazioni relative ai servizi presenti sul territorio da parte di tutti gli attori coinvolti (MMG e PLS, comunità educante etc.);
- Difficoltà di inclusione dei giovani con criticità legate a salute mentale e/o marginalità nelle realtà ricreative e di socializzazione non specificamente dedicati alla salute mentale;
- Fragilità delle reti di solidarietà nei territori periferici della zona livornese.

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Crescita di complessità e numeri del fenomeno salute mentale

(Ri)definizione

Maggiore livello di complessità, rispetto al passato, dei fattori biopsicosociali che concorrono al disagio nelle persone prese in carico dalla salute mentale.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Compresenza di problemi di salute mentale, uso di sostanze stupefacenti o farmaci non prescritti e dipendenze;
- Compresenza di disturbo psichiatrico e condizione di marginalità come l'assenza di dimora e/o background migratorio;
- Aumento stili comportamentali disadattivi;
- Mancato inquadramento come malessere psichico di comportamenti disadattivi e dell'assunzione di farmaci non prescritti e sostanze, come fattore sentinella di una condizione di marginalità che può portare all'insorgenza di disturbi di carattere psichiatrico;
- Aumento dei giorni di ricovero e difficoltà nella dimissione/chiusura progetti;
- Aumento del disagio psicosociale e diminuzione del numero di operatori dei servizi per stranieri minori non accompagnati;
- Presenza di doppia diagnosi che complica il quadro clinico e carenza di operatori e percorsi di cura e riabilitazione, con conseguente peso sulle famiglie che sono sempre più fragili;
- Aumento segnalazioni da parte delle forze dell'ordine per interventi domiciliari;
- Aumento del fenomeno soprattutto nella fase adolescenziale e in particolare nel periodo post-covid; l'aumento è dovuto anche ai contenuti trasmessi dai media e dai social, come guerre e genocidi, che portano molti adolescenti a isolarsi;
- Crescente isolamento sociale;
- Bassa capacità di presa in carico da parte dei servizi a causa della scarsità di risorse umane e problematiche strutturali;
- Assottigliamento dei nuclei famigliari;
- Aumento costante del disagio tra i giovani con conseguente crescita di condotte devianti, violenza e abusi;
- Isolamento delle persone anziane sole, con insorgere di comportamenti a rischio (gioco, ludopatia), trascuratezza e depressione;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Viene evidenziata una mancanza di strumenti di analisi e valutazione adeguati a livelli di complessità tipici della società contemporanea, che richiedono un'integrazione dello spettro di valutazione multidimensionale: in particolare, viene segnalato il fattore linguistico-culturale e più in generale i fattori legati alla presenza di un background migratorio, con particolare riferimento ai minori stranieri non accompagnati; viene segnalata anche una maggiore incidenza di fattori complessi cui sono esposti i più giovani e che determinano una fragilità maggiore in età infantile e adolescenziale, aggravata dall'assenza di reti famigliari e fragilità delle stesse.

I fattori che compongono questo quadro determinano innanzitutto una maggiore esposizione ad una condizione di marginalità, che a sua volta può determinare l'insorgere e aggravarsi di disturbi di tipo psichiatrico.

Questa maggiore complessità viene inoltre indicata come tratto comune ai fenomeni relativi alla marginalità e alla salute mentale, e che può determinare un nesso causale tra i due fenomeni.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con unità di strada per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità;
- Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, figure amministrative);
- Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.;
- Coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione;
- Necessità di formazione specifica del personale e degli operatori sociali coinvolti;
- Rafforzare i servizi di accompagnamento;
- Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

La complessità del fenomeno richiede l'intervento di tanti soggetti che dovranno coordinarsi tra loro in modo da fornire una risposta adeguata alla complessità di fattori. Sarà necessario strutturare una rete di progetti, attività e iniziative tali da fornire un'offerta di servizi a geometria variabile.

Inoltre, sarà necessario dotarsi di strumenti e risorse in grado di rispondere ad esigenze di mediazione linguistico-culturale e, più in generale, di comprendere le implicazioni della presenza di un background migratorio. Infine, è opportuno rafforzare e promuovere il lavoro delle unità operative di strada, necessarie a intercettare l'utenza e a facilitare l'accesso ai servizi

Disagio lavorativo, economico, abitativo e comportamenti a rischio

(Ri)definizione

Precarietà lavorativa, socio-economica e abitativa come insieme di fattori che concorrono all'insorgere di criticità legate sia alla salute mentale che alla marginalità.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Mancanza di reti sociali e mancanza o fragilità delle reti familiari di supporto con conseguente aumento dell'isolamento;
- Crescente difficoltà delle famiglie nel rapporto con i familiari colpiti da disturbo mentale, che quindi non riescono a fornire il loro appoggio;
- Rischio di esclusione/allontanamento dalle reti familiari e relazionali, con aumento di rischio di insorgenza del disturbo psichiatrico o dell'acuirsi dello stesso;
- Precarietà occupazionale cronica;
- Marginalità di persone in uscita dal carcere e difficoltà di (re)integrazione nel mondo lavorativo, con conseguente esclusione sociale e difficoltà economiche;
- Aumento delle richieste di sussidi, attivazione di interventi in area lavoro, attivazione borse lavoro e tirocini;
- Mancanza di opportunità lavorative sul nostro territorio e scarsa connessione tra uffici diversi per fronteggiare problemi multipli che la persona esprime;
- Difficoltà economiche e abitative spesso concomitati a fenomeni comportamentali violenti e devianti e all' abuso di sostanze psicotrope come l'alcool;
- Percezione da parte dell'utenza di un'impossibilità di ricevere concretamente forme di sostegno utili ad una ripresa delle proprie autonomie;
- Difficoltà nel sostenere le spese base della vita quotidiana (affitti, utenze), rischio di perdita alloggio e tracollo della situazione personale/familiare;
- Aumento della domanda di alloggi sociali ed insufficiente capacità del sistema di rispondere alla domanda emergente;
- Aumento degli sfratti esecutivi e/o i pignoramenti da parte delle banche;
- Carenza di figure di tutor per l'inserimento lavorativo di persone marginalizzate o in carico alla salute mentale, discontinuità dei progetti, difficoltà nel rapporto con l'utenza;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Si registra un diffuso e crescente fenomeno di disagio abitativo, spesso accompagnato e acuito da una altrettanto diffusa fragilità delle reti famigliari che sono spesso affaticate dalla gestione delle criticità e non riescono a fornire una risposta, in particolare abitativa: infatti, in presenza di un elemento problematico, le famiglie sono in difficoltà nel gestire problematiche e atteggiamenti devianti e/o violenti, con conseguente rifiuto di mantenere in casa il componente famigliare in questione.

Inoltre, l'instabilità lavorativa, che a Livorno risulta essere particolarmente grave e con carattere di cronicità, determina a catena una condizione di precarietà abitativa e di instabilità socio-economica.

Questi elementi già di per sé destabilizzanti per le persone, se sommati ad altre criticità, possono determinare una forte marginalizzazione e, in alcuni casi, l'insorgere di disturbi di tipo psichiatrico.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali;
- Attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi;
- Potenziamento dei corsi di formazione post-diploma;
- Potenziamento dei percorsi di inserimento lavorativo;
- Attivazione di percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare;
- Promuovere politiche di calmierazione dei canoni di locazione in convenzione con i privati;
- Rafforzare l'accesso ad alloggi di edilizia residenziale pubblica di nuclei familiari di dimensioni variabili;
- Promuovere una strategia di "housing first": la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica;
- Attivazione di realtà di co-housing e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Una condizione abitativa stabile è necessaria come punto fermo dal quale ripartire per costruirsi un progetto di vita e (re)integrarsi nella società e nel mondo del lavoro. Sarà quindi necessario trovare soluzioni abitative adeguate al tipo di utenza, prevedendo in quali casi è possibile e indicata una convivenza con altre persone ed evitare le incompatibilità (in situazioni come quelle dei dormitori, ad esempio, possono esserci fragilità incompatibili tra loro).

Carenza di strutture riabilitative e di accoglienza adatte ad alti livelli di complessità
(Ri)definizione
Carenza di posti letto e inadeguatezza delle strutture riabilitative per la salute mentale, dovuta anche alla chiusura e ridimensionamento delle strutture esistenti.
Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Difficoltà nel ricovero ospedaliero per minori e presenza di liste d'attesa per infanzia e adolescenza;
- Carenza di strutture idonee per disturbi psichici acuti nell'area infanzia e adolescenza;
- Carenze di strutture idonee per percorsi riabilitativi;
- Diminuzione del personale dedicato alla cura e alla riabilitazione psichiatrica (medici, infermieri, educatori);
- Necessità di posti letto per adulti;
- Aumento dell'ospedalizzazione dovuta alla carenza dei servizi;
- Richiesta di strutture residenziali da parte dei famigliari degli utenti in carico alla salute mentale;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Il fenomeno è stato segnalato in particolare dall'Associazione AVOFASAM ODV - Familiari per la Salute Mentale, che riporta quindi un'esperienza personale delle famiglie. Il fenomeno è stato condiviso e validato dal resto dei partecipanti al tavolo.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Potenziamento delle strutture diurne e residenziali sul territorio, adeguate a nuovi bisogni (sia per adulti che per minori);
- Potenziamento dei percorsi orientati al recovery;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Oltre al ripristino dei posti letto persi negli ultimi anni, sarà necessario pensare anche a nuovi percorsi, più adeguati al livello di complessità indicato, e che possano fornire una risposta preventiva e alternativa rispetto alla necessità di ospedalizzazione.

Frammentazione delle informazioni relative ai servizi presenti sul territorio da parte di tutti gli attori coinvolti (MMG e PLS, comunità educante etc.)

(Ri)definizione

Mancanza di una rete territoriale ben strutturata e coordinata in grado di intercettare il disturbo nel momento del suo insorgere e quindi di orientare ai servizi e percorsi possibili, in funzione di prevenzione dell'acuirsi del disturbo. Mancanza di strumenti per comprendere il disturbo da parte di chi ne soffre o ne è soggetto.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Le criticità sono spesso mal gestite, e dopo le fasi acute sulle quali si interviene non ci sono risposte o percorsi volti a prevenire il ripresentarsi della crisi;
- I servizi spesso non riescono a intercettare il disturbo nella sua fase iniziale, con conseguente difficoltà a prevenire l'acuirsi delle criticità;
- Si evidenzia una mancanza di strumenti utili alla prevenzione da parte della comunità in generale, e in particolare nelle scuole;
- L'acuirsi del disagio mentale crea un effetto di "perdita dell'aspettativa di ripresa", con conseguente aumento progressivo di stato ansioso e senso di solitudine;
- L'intervento di individuazione è complesso e necessita di tempo per la definizione di un progetto di vita, piano terapeutico o percorso di recovery;
- Le difficoltà di segnalazione sono spesso aggravate dagli iter burocratici;
- Carenza di percorsi di integrazione tra i servizi della SMIA;

- Difficoltà delle famiglie nell'orientarsi nella conoscenza dei servizi;
- Scarsa conoscenza del disturbo anche da parte di chi ne soffre, con conseguente difficoltà a contribuire alla definizione del proprio percorso di cura o di recovery;
- Molti utenti non hanno consapevolezza rispetto al proprio disturbo;
- Spesso i progetti non nascono da un'analisi dei bisogni effettuata dall'utente;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Viene percepita la mancanza di segnalazioni e di richieste di confronto dagli attori coinvolti nella presa in carico del singolo cittadino (in particolare MMG e PLS, ma anche scuola e comunità educante).

In particolare, si rileva come i MMG non abbiano strumenti per individuare i fattori di rischio e fungere da facilitatori per l'acceso ai servizi.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- È importante che i servizi intercettino i bisogni degli utenti prima che si renda necessario il ricovero;
- Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico da parte degli attori coinvolti (compreso il soggetto che soffre del disturbo);
- Sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
- Maggiore coinvolgimento della scuola tramite progetti educativi;
- Implementazione percorsi di integrazione in pediatria;
- Creazione di sportelli di orientamento diffusi sul territorio;
- Attività di pubblicità ed informazione rivolte a tutta la cittadinanza;
- Promozione della conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno;
- Rafforzamento della presenza di operatori di strada per intercettare i comportamenti più a rischio;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Al fine di intercettare i fattori di rischio per prevenire (o mitigare) l'acuirsi del disturbo, è necessario realizzare attività di informazione e promozione, sia della conoscenza relativa ai fenomeni sentinella dell'insorgere del disturbo, sia dei servizi, strutture e attività presenti sul territorio. In questo modo, infatti, la segnalazione di fattori di rischio può arrivare preventivamente ai servizi, che possono attivarsi prevenendo così l'acuirsi di situazioni critiche.

Difficoltà di inclusione dei giovani con criticità legate a salute mentale e/o marginalità nelle realtà ricreative e di socializzazione non specificamente dedicati alla salute mentale

(Ri)definizione

Bisogno di inclusione dei giovani con fragilità in spazi che siano allo stesso tempo in grado di accogliere le fragilità ma che non siano stigmatizzanti.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Sebbene sul territorio siano presenti strutture e attività dedicate all'accoglienza degli utenti in carico alla SMIA, spesso non sono efficaci per via dello "stigma" che si portano dietro.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Si registra una reticenza, da parte dei giovani con disturbi legati alla salute mentale, a frequentare gli spazi protetti specificamente dedicati ad attività ricreative e di socializzazione per il tipo specifico di utenza, in quanto tali spazi vengono spesso percepiti come stigmatizzanti e con effetto di "riserva indiana".

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti;
- Interventi di prevenzione e lotta allo stigma;
- Educazione all'affettività, alla salute mentale e all'uso del digitale nelle scuole;

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Per rispondere efficacemente al bisogno individuato, sarà necessario promuovere una formazione diffusa per rendere la comunità capace di accogliere le fragilità e realizzare un'inclusione effettiva, allo stesso tempo protetta ma non "ghettizzante".

Inoltre, si suggerisce di realizzare convenzioni con le realtà territoriali adatte ad accogliere e promuovere attività inclusive (associazioni sportive, circoli ricreativi, attività ludiche e culturali di vario tipo – ad esempio teatro).

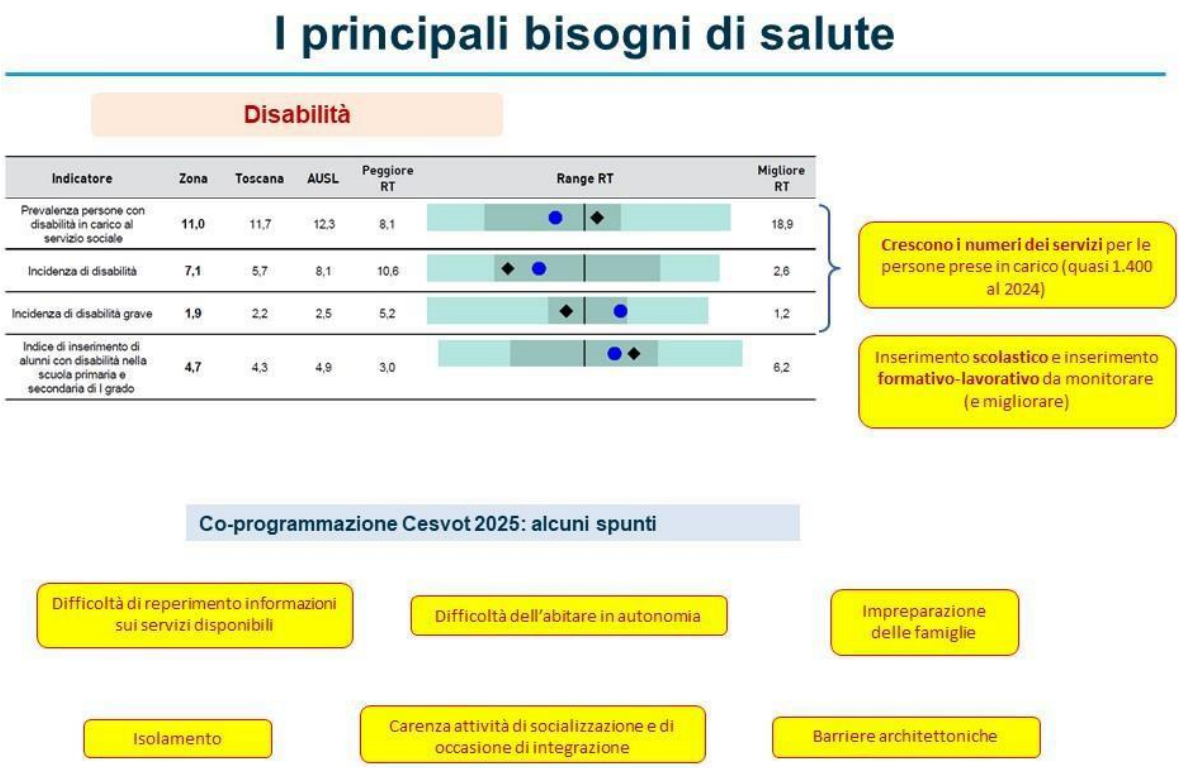
Fragilità delle reti di solidarietà nei territori periferici della zona livornese
(Ri)definizione
Concentrazione della rete delle realtà territoriali nel polo (l'area urbana del Comune di Livorno), con conseguente rarefazione e dispersione nelle zone più periferiche (le frazioni del Comune di Livorno, tutta l'area del Comune di Collesalvetti e delle sue frazioni e, infine, di Capraia Isola).
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Nelle frazioni più piccole persone sane ma anziane sono a rischio di marginalità; DISCUSSIONE COLLETTIVA La criticità è stata portata all'attenzione del tavolo dai referenti del Comune di Collesalvetti. È stata recepita inoltre come indicativa l'assenza (comprensibile) di referenti dell'Isola.
Spunti da approfondire
Il tavolo non ha indicato eventuali ulteriori elementi.

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

TAVOLO 2 – DISABILITÀ	
Istituzioni	**ETS**
Comune Collesalvetti - Lilly Sicilia	Associazione Comunico - Assunta Vania Vitolo
Comune Livorno - Carletti Paola	THISINTEGRA SOC. COOPP SOCIALE - Andrea Benassi
Comune Livorno - Ilaria Ferrari	AMAL LIVORNO APS - Fiorella Cateni
Comune Livorno - Vitelli Serena	COOP. SOC. ELLEUNO SCS - Romina Montagnani
USL Toscana Nord Ovest - ICO Riabilitazione - Gennaro Voccia	Associazione Autismo Livorno - Sandra Biasci
USL Toscana Nord Ovest - IFC Smia Livorno - Ilaria Di sacco	Coop Di Vittorio - Marco Stilo
USL Toscana Nord Ovest - Neuropsichiatria infantile - Cristina Casella	CUORE LIBURNIA SOCIALESoc. Coop Onlu - Morgana Puccinelli

USL Toscana Nord Ovest - UVMD - Di Renzo Simone	Fondazione Scotto - Enrica Montielli
USL Toscana Nord Ovest - UVMD - Manfredi Rosa	Fondazione Scotto - Alessia Bacci
	Fidapa - Oriana Rossi



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha discusso i seguenti bisogni di salute:

<u>BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI</u>

- Aumenta la platea delle persone con disabilità (grazie alla crescita del sistema di valutazione e presa in carico)
- Inserimento scolastico e inserimento formativo-lavorativo da monitorare (e migliorare)
- Difficoltà di conoscenza e orientamento sui servizi disponibili
- Impreparazione delle famiglie
- Autonomia abitativa

<u>BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI</u>

- Migliorare l'offerta ludico ricreativa socializzante, sportiva per minori con disabilità.
- Residenzialità per persone che perdono l'autonomia.
- Educativa adulti
- Domiciliarità
- Residenza minori disabili per scompenso famiglie e non paziente
- Inserimento lavorativo (L.68)

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Aumenta la platea delle persone con disabilità (grazie alla crescita del sistema di valutazione e presa in carico)
(Ri)definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati
Come si percepisce
• Una difficoltà di rispondere alle necessità e poter supportare tutti allo stesso modo. • Disagio sociale, patologie psichiatriche. • Dall'aumentato accesso alle associazioni per avere informazione sui servizi. • Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla commissione UVMD. • Dagli assistiti che sono seguiti dalle associazioni vengono richiesti nuovi servizi sociali. • Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. • Servizi sociali come erogatori di benefici; pletora dei servizi sociali e sanitari con deficit di risorse; medical e social shopping. • Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. • Gestendo le liste di attesa si tocca con mano la realtà: è necessario un reale momento di riflessione. • Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti sui servizi ambulatoriali di riabilitazione • Aumento del carico di lavoro del servizio sociale e rischio di perdita di accuratezza e attenzione nella metodologia della presa in carico • Aunebto del N° di richieste attivazione
Spunti da approfondire
• Differenziare le risposte: più servizi ma meno “universalistici” (universalismo selettivo). • Rafforzare la risposta delle strutture sociali. • Migliorare il rapporto informativo con i MMG (informazioni non sempre corrette sui servizi). • Responsabilità condivisa tra operatori, non delegata a pochi. • Verificare meglio le richieste prima di attivare nuovi servizi. • Coordinare meglio i “progetti di vita” e renderli più armonici/unici. • Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola. • Lavoro di rete territoriale “a 360°”, riducendo l’impatto della carenza di personale. • Riconoscere e valorizzare il ruolo dei caregiver. • Rivedere procedure operative e integrazione con uffici amministrativi. • Chiarire “dove e come” orientare i bisogni. In sintesi, i rispondenti descrivono un sistema che “allarga” la presa in carico e, nello stesso tempo, fatica a reggere l’aumento dei casi e la loro complessità. Nella percezione quotidiana ricorrono carichi crescenti per servizi e operatori, tempi e procedure vissuti come faticosi, e un aumento di fragilità intrecciate (disagio sociale, patologie psichiatriche, bisogni in età evolutiva e diagnosi più

frequenti). Si avverte anche un incremento di richieste “di secondo livello”: nuove prestazioni, contributi, orientamento, oltre alla difficoltà di garantire equità e continuità.

Per i partecipanti la priorità è rafforzare la capacità di risposta e la coerenza del percorso, evitando che l’aumento dei numeri si traduca in frammentazione. Gli spunti convergono su tre direzioni: migliorare l’organizzazione (responsabilità condivise, procedure più chiare,

integrazione amministrativa), rendere più “mirate” le risposte (universalismo selettivo e verifica dei bisogni prima dell’attivazione), e costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici.

Inserimento scolastico e inserimento formativo-lavorativo da monitorare (e migliorare)
(Ri)definizione
L’inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L’inserimento lavorativo e formativo è anch’esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali
Come si percepisce
• Una difficoltà a dare risposte e garantire supporto a chi dovrebbe riceverne. • Difficoltà lamentate da famiglie nel capire orari scolastici, difficoltà a trovare lavoro adatto. • Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire. • Spesso la disabilità è vista in maniera "meno grave" dai genitori, i quali pensano di intraprendere percorsi non alla portata del livello cognitivo dei figli. • In seguito alla mia esperienza di educatrice, ho percepito la volontà di far partecipare la società e inserire nel lavoro le persone con disabilità, percependo però una coscienza organizzativa riguardo i trasporti. • Crescita costante delle richieste dei servizi di supporto proveniente dalle direzioni scolastiche. Inserimenti lavorativi spesso statici e privi di prospettive. • Grandi numeri di studenti certificati; aumento di aspetti burocratici da gestire; dis-orientamento famiglie rispetto a percorsi A,B,C. • L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità sensoriali e in particolar modo all'infanzia in una fase dove avviene l'esordio della comunicazione è molto fragile. Negli adolescenti persistono difficoltà comunicative, soprattutto in contesti non strutturati. • Lavorando con le scuole percepisco complesso il sistema scolastico e l'organizzazione trovata su Livorno. Quello che percepisco è la difficoltà da parte delle scuole di mettere in atto le indicazioni che spesso diamo. • Aspetto fondamentale in un percorso di autonomia e inclusione della persona con disabilità ma penuria di risorse dedicate, soprattutto nei percorsi post-istruzione • Scuola e lavoro vengono percepiti ancora lontani e poco soddisfacenti al mondo della disabilità

- "Lavorativo: spesso più ""formale"" che realmente inclusivo
- lavorativo/formativo: poca integrazione con la scuola"

Spunti da approfondire

- Creare reti.
- Migliorare la conoscenza singoli casi/persone.
- Ulteriore preparazione del mondo scolastico a rapportarsi con la disabilità, migliorare l'integrazione tra servizi e mondo del lavoro per facilitare gli inserimenti.
- Maggior fiducia nel confronto con gli assistenti sociali, miglioramento della rete TRA ETS e comune o USL.
- Nonostante il trasporto sia previsto nei progetti, cercherei di aiutare (dove possibile) le persone con disabilità nella scelta delle modalità di trasporto che dovrebbe essere garantito, ma che risulta difficoltoso.
- Riproduzione dei ruoli dei vari professionisti nel percorso scolastico
- Regolamentazione rapporti tra scuola e altre istituzioni (accordi di programma); tracciare percorsi con ricadute adattive.
- Progettazione di percorsi inclusivi che valorizzano le competenze comunicative non verbali; ruolo attivo dei giovani con disabilità sensoriali nei contesti educativi e di aggregazione; percorsi di orientamento e inserimento lavorativo accessibili alle disabilità sensoriali.
- Consiglierei collegamenti con il CRED CTO per integrare le nostre conoscenze in una formazione continua con gli esperti scolastici.
- Riflessione volta al miglioramento dei servizi al momento offerti, implementando risorse, personale dedicato e target specifici per il post-istruzione
- "Incrementare la collaborazione con territorio/servizi e scuola Territorio/servizi e centro per l'impiego".

Le schede individuali compilate durante il laboratorio riportano: difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro. In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.

I partecipanti al tavolo di lavoro, evidenziano come, in estrema sintesi, il nodo non è solo "entrare" a scuola, ma tenere insieme un percorso che non si interrompa quando cambiano contesti e responsabilità. Gli spunti chiedono di costruire reti e coordinamento (tra scuola, servizi, ETS, lavoro), migliorare la conoscenza dei singoli casi, potenziare l'integrazione tra servizi e mondo del lavoro per rendere praticabili gli inserimenti, chiarire ruoli e regole nei percorsi, rafforzare la fiducia e il confronto con assistenti sociali e tra ETS–Comune/USL, e lavorare sui collegamenti con il CPI. In sintesi: passare da inserimenti "a pezzi" a traiettorie accompagnate e verificabili.

Difficoltà di conoscenza e orientamento sui servizi disponibili
(Ri)definizione
Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono.
Come si percepisce
• Situazione vissuta come un fallimento. • Non adeguata nelle varie sedi USL (distrettuali o territoriali etc). • Si percepisce dal grado di preoccupazione e ansia del familiare che si trova completamente disorientato dalla mancata o cattiva informazione data dal medico curante. • Spesso le famiglie arrivano ai servizi con aspettative sbagliate o informazioni errate. • Alcune persone disabili arrivano ad essere inserite nei laboratori di autonomia in età adulta e non post età scolastica. • Accogliamo spesso richieste dai familiari di persone disabili le necessità di servizi più mirati e diversificati per i loro familiari. • Compressione e disorientamento dell'utenza. Sensazione di frammentazione degli interventi che l'utente richiede. • Forte frammentazione delle informazioni, emerge dalle famiglie il bisogno di riconoscere i giovani con disabilità sensoriale come risorsa attiva nei percorsi di supporto al disagio giovanile, solitudine e marginalità. • Arrivando da poco su Livorno, ho faticato per avere tutte le informazioni, talvolta fornite in modo disorientate. • Disorientamento dei familiari e dei pazienti dalla diagnosi alla presa in carico riabilitativa sia sul percorso da seguire sia sulle patologie presentate. • Scarsa informazione nelle famiglie o informazione parziale e/o sbagliata. • Poca circolarità di informazioni sui servizi e presa in carico delle persone con disabilità, “concordo”. • Spesso la famiglia o il paziente giunge tardi all'attivazione del servizio in maniera confusa e con non pochi disagi". • Rapporto con familiare/caregiver + ex utenti + nuovi cittadini.
Spunti da approfondire
• Cercare di essere più vicini al territorio e valorizzare le diverse reti che possono collaborare per intercettare prima i problemi(scuola, MMG, pediatri, terzo settore) • Migliorare sportelli informativi/informazioni in tutte le sedi USL e comune. • La corretta informazione. • Tramite le case di comunità e l'istituzione dei PUA si auspica un miglioramento nella circolarità delle informazioni • Miglioramento della rete tra ETS e Comune o USL. • Offrire servizi a persone disabili oltre l'età di 65 anni, servizi personalizzabili per il loro mantenimento se non in RSA per anziani. • Creare depliant omnicomprensivo o sito internet con diagrammi di flusso.

- Progettazione dove si coinvolgono persone con disabilità sensoriale; reti inclusive tra associazioni, ASL, scuole e tutti i servizi territoriali.
- I percorsi migliorerebbero queste informazioni.
- Integrazione dei servizi nella presa in carico delle famiglie e dei pazienti dai Medici di Medicina Generale ai servizi ASL.
- Miglioramento degli sportelli informativi dedicati al cittadino e documentazione chiara e fruibile online, organizzando anche incontri ad hoc con la cittadinanza (DLGS 62/24)
- Creare più sportelli di orientamento e informazione sul territorio, tenuti da persone che ci lavorano da tempo!
- "Migliorare la comunicazione tra MMG/ass/servizi
- Modalità più snelle di attivazioni di attivazioni e soprattutto chiare per far sentire il cittadino seguito e accolto nel suo processo di presa in carico"
- per nuovi cittadini: "kit prontuario" per servizi.

Qui il tono delle schede è molto netto e quasi uniforme. Quasi tutti nella loro esperienza lavorativa percepiscono la difficoltà di orientamento che viene vissuto “come un fallimento” e si manifesta nella preoccupazione e nell’ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l’idea che l’orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.

Una delle possibili soluzioni identificate attraverso le schede sembra essere la valorizzazione delle reti (scuola, MMG, pediatri, terzo settore), migliorare sportelli e informazioni in USL e Comune, puntare sulla correttezza informativa, e valorizzare strumenti come Case di Comunità e PUA per rendere più fluida la circolarità delle informazioni. Si chiede anche documentazione chiara e fruibile online e incontri dedicati con la cittadinanza: l’obiettivo implicito è trasformare l’accesso ai servizi in un percorso leggibile, non in un rimbalzo.

Impreparazione delle famiglie
(Ri)definizione
Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all’accesso a percorsi/servizi e quindi all’inclusione e all’autonomia.
Come si percepisce
• Come un fallimento dello stato/regione ed enti locali. • Attraverso la scuola rifiuto delle famiglie ad essere consapevoli. • Soprattutto non preparata ad accettare una diagnosi nefasta di demenza di un familiare e conseguentemente alla sua gestione in assenza di cure medicinali inesistenti. • Specialmente nei genitori più anziani c'è difficoltà ad affidarsi ai servizi.

- Mancanza di fiducia o convinzione nei colloqui conoscitivi nell'intraprendere percorsi strutturati. Scarsa frequenza ai percorsi concordati.
- Si percepisce, nonostante i progetti esistano, l'esistenza di una impreparazione in relazione ai controlli e alla percezione generale di autonomia abitativa stessa.
- Difficoltà di inserimento in strutture residenziali e/o semiresidenziali nelle attività, nella partecipazione e collaborazione di lavoro in gruppo.
- Ambivalenza tra richieste di istituti sociali autonomizzanti e non permettere l'accesso ai propri figli a percorsi di reale autonomia.
- Percepita in modo particolarmente critico nei casi di disabilità sensoriale soprattutto quando l'esordio della difficoltà avviene in età precoce. Generalmente incertezze nelle famiglie e isolamento.
- Si vede ma non per tutte le situazioni. Si tenta sempre di inquadrare il tutto in modo specifico.
- Disorientamento e ricerca delle informazioni delle famiglie nella gestione dei familiari con disabilità cronica e acquisita negli accessi ai servizi di riabilitazione.
- apprensione particolare che spesso sfocia in incomprensioni e/o episodi di conflittualità
- Le famiglie si sentono abbandonate al termine del percorso scolastico
- Spesso le famiglie hanno timore o ignoranza sui servizi e non chiedono aiuto creando più disagio alla persona che ha bisogno
- "resistenza" nell'alleanza con noi.

Spunti da approfondire

- Maggiori tavoli di confronto per sviluppare senso di comunità e confronto: creare momenti.
- Approccio comunicativo, mai ghettizzante, non iper protettivo, non certificatorio.
- Aumento il supporto al familiare con accompagnamento piscologico e un migliore rapporto con il medico di famiglia.
- Maggior circolarità delle informazioni e supporti alle famiglie che si occupano di un familiare disabile.
- Percorsi psicologici per famiglie con figli diversamente abili.
- Mantenimento delle autonomie abitative: modalità di valutazione periodica.
- Un'adeguata preparazione a conoscenza alle famiglie, magari in gruppo con altri familiari.
- Accettazione del problema
- Attività di gruppo di genitori andrebbe implementata con genitori competenti che passano il "testimone".
- Sostegno precoce alle famiglie e nelle scuole d'infanzia con assistenza specialistica; coinvolgimento di figure con disabilità sensoriale adulte come figure di riferimento.
- Tenere incontri specifici di counselling può aiutare. Necessaria l'integrazione anche con il sociale.
- Più integrazione dei servizi nella presa in carico delle famiglie e dei pazienti dai MMG, ai servizi sociali ai servizi ASL.
- Supporto psicologico da dedicare ai familiari
- Durante il percorso scolastico (dal nido alla scuola secondario di II grado) sopportare famiglie o alunni e nella consapevolezza di disabilità

- Difficoltà di inserimento dei servizi, massiccio disagio anche sociale, che si aggiunge alla complessità sanitaria
- Ancora molto forte la tendenza a "raggrupparci" per categorie in cui ci sentiamo riconosciuti.

Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse (con esempi che richiamano anche la demenza). Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.

Gli "spunti da approfondire" chiedono più tavoli di confronto e momenti di comunità, un approccio comunicativo non ghettizzante e non solo certificatorio, più supporto psicologico e counselling, maggiore circolarità delle informazioni e riconoscimento dei caregiver, oltre a un migliore rapporto con il medico di famiglia. L'idea di fondo è rafforzare accompagnamento e fiducia, perché senza questo i percorsi rischiano di non partire o di non reggere nel tempo.

Autonomia abitativa

(Ri)definizione

Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo.

Come si percepisce

- Come una difficoltà, paura di incentivare questi percorsi per non creare maggiori difficoltà.
- Valutazione barriere architettoniche, autonomia economica.
- Non viene percepita l'emergenza e la grande possibilità, soprattutto da parte della famiglia, che spesso pensa a fratelli e sorelle per il "dopo di noi".
- Si percepisce, nonostante i progetti esistano, l'esistenza di una impreparazione in relazione ai controlli e alla percezione generale di autonomia abitativa stessa.
- Benissimo incentivare l'autonomia abitativa. I servizi territoriali devono essere a conoscenza di eventuali utenti.
- Difficoltà da parte dei servizi nel reperire soggetti adeguati a partecipare e progetti per autonomie abitative.
- Non è possibile il salto da "bimbo di famiglia" ad autonomia abitativa, è spesso impossibile e frustrante.
- Presente autonomia sui bisogni primari anche se in alcuni, la mancata interazione comunicativa ha creato situazioni di poca cura del sé e dell'ambiente domestico. Grandi criticità nella coabitazione sia tra pari, sia con persone senza disabilità sensoriale o altre.
- Ho poca esperienza in questo ambito, ma quello che percepisco nei casi che ho riscontrato sono maggiormente differenze nelle capacità.

- Aspetto residuale nell'ambito della progettazione da parte dei servizi.
- Poca attenzione alla parte "esperienza abitativa" che viene interrotta dai "fine progetti" in tal senso.
- Match tra disabilità e personalità.
- Mancanza sul territorio di strutture intermedie che si occupano dei disabili.

Spunti da approfondire

- Mancanza di reti.
- Lavoro, autonomia economica, domiciliarità, posti in RSA.
- Incentivare la cultura all'autonomia abitativa per le persone con disabilità.
- Gruppo di ascolto e condivisione.
- Mantenimento delle autonomie abitative: modalità di valutazione periodica.
- Anche le persone individuate devono essere preparate e formate. Importante la valutazione dei costi.
- Concrete analisi dei bisogni e coordinamento dei supporti domiciliari.
- Attivazione percorsi di addestramento ed autonomia domestica già nel corso di infanzia e adolescenza (vedi progetto C scuola).
- Azioni di empowerment famigliare orientate all'autonomia e all'inclusione; mediazione comunicativa ed educativa; percorsi graduali e accompagnati all'autonomia abitativa condivisa.
- Implementazione cohousing e dopo di noi.
- Partire dall'abitare per arrivare alla vera "vita indipendente" tanto auspicata!
- Valutare possibilità di fare appartamenti per over 70 anni soli per creare delle mini comunità dove poter mantenere la propria autonomia ma avere comunque una supervisione.
- "Durata finanziamenti/durata progetti.
- Unire questo a giovani/universitari ecc.
- Da approfondire la presenza di strutture residenziali di supporto alla disabilità (marginalità/disabilità).

Dalle schede individuali, l’autonomia abitativa appare come un tema complicato. Vi è, infatti una certa paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. La percezione dei presenti è che spesso non venga colta l’urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al “dopo di noi”, che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle). Si evidenzia la necessità di creare una rete di accompagnamento: senza una rete, l’autonomia rischia di restare un obiettivo astratto.

Tra gli spunti per il futuro si evidenzia: l’esigenza di ricostruire reti, legare autonomia abitativa a lavoro/autonomia economica/domiciliarità e (quando necessario) a risposte residenziali, promuovere cultura dell’autonomia, attivare gruppi di ascolto e condivisione, prevedere valutazioni periodiche per mantenere autonomie e sviluppare competenze domestiche già da età precoce. Ricorrono anche ipotesi operative come cohousing, “dopo di noi”, mini-comunità (anche per anziani soli con supervisione) e attenzione alla continuità dei progetti rispetto alla durata dei finanziamenti.

Residenzialità (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Mancanza di strutture residenziali adeguate per ospitare persone che sono "temporaneamente colpite da disabilità"
Come si percepisce
• Può succedere che persone senza problemi fisici possono acquisire una disabilità anche temporanea (esempio incidente stradale). Queste persone potrebbero non avere una casa o non poter contare sull'assistenza di una rete familiare. • In questi casi si fa ricorso alle RSA che tuttavia ospitano prevalentemente persone molto anziane (80 anni) e quindi non sono adeguate per supportare i casi come questo.
Spunti da approfondire
• Creare delle strutture specifiche per questi casi sarebbe dispendioso, pertanto converrebbe pensare a creare dei "nuclei" nelle strutture esistenti specificamente adibiti a queste situazioni. Si potrebbe pensare alla creazione di una rete di queste strutture a livello di Asl Nord Ovest.

Residenza minori disabili per scompenso famiglie e non paziente (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Temporanee residenzialità per minori disabili per motivi legati alla famiglia (scompenso familiare) e non al paziente
Come si percepisce
• Scarsità di posti letto disponibili nella zona e assenza di possibilità di inserimenti temporanei
Spunti da approfondire
• Implementazione strutture attualmente previste; • Miglioramento procedure per inserimenti fuori zona • Aumento risorse.

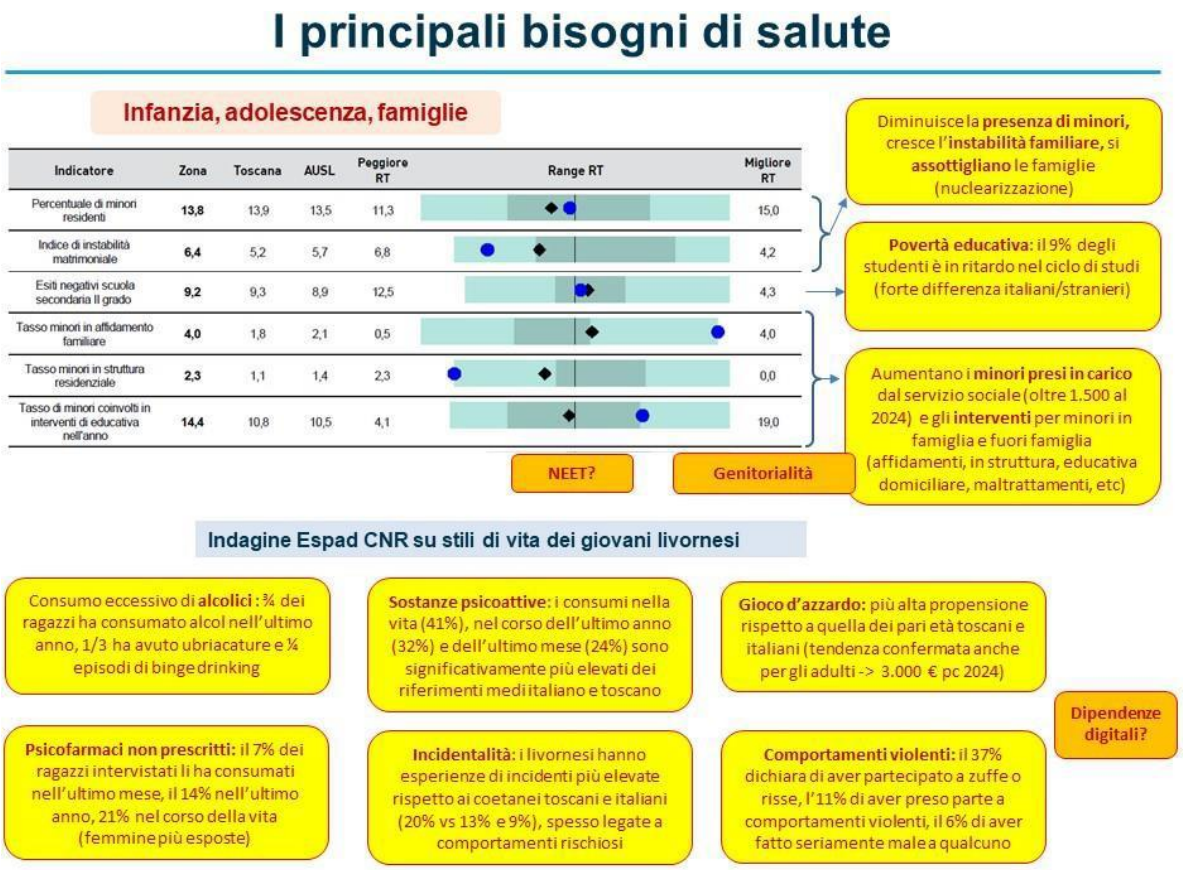
Miglioramento dell'offerta socializzante ludico ricreativa e sportiva (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Difficoltà di accesso a strutture sportive, ricreative, ludiche senza supporto di personale adeguato.
Come si percepisce
• Le giovani persone con disabilità hanno l'esigenza di frequentare luoghi dove possono soddisfare le proprie esigenze ludico, ricreative e di socialità. Tale esigenza non era percepita in passato.
Spunti da approfondire
• E' necessario che tutti i servizi e le organizzazioni ludico ricreative e sportive mettano a disposizione personale formato in grado di includere le persone con disabilità. • Occorre un cambio di paradigma, è necessario che tutti coloro che lavorano nel settore ludico ricreativo e sportivo devono essere in gradi di operare in funzione di chi hanno di fronte.

Educativa adulti (Bisogno di salute emerso durante l'incontro)
(Ri)definizione
Come si percepisce
• Progetti educativi previsti anche per adulti (o giovani adulti) che non hanno terminato il proprio percorso formativo o che hanno necessità di interventi educativi individuali.
Spunti da approfondire
• Dedicare risorse specifiche.

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

TAVOLO 3 – INFANZIA, FAMIGLIA, ADOLESCENZA	
Istituzioni	**ETS**
Comune di Livorno – Dirigente - Settore Politiche Sociali e Sociosanitarie - Caterina Tocchini	Radici arcobaleno APS
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.Soc. Area minori e famiglia – Rachele Vitali	Radici arcobaleno APS
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.Soc. Area tutela – Laura Passerai	Arca coop – Lisa Giannelli
Comune di Livorno - Francesca Rosaspina	Ass Il sestante salidarietà - Damiana barbato
USL TNO - Ass.soc. SMIA Daniela Pupi	Cuore Liburnia Sociale – Assunta Astorino
USL TNO - Responsabile UFSMIA – Nicola Artico	Ass Sistema Famiglia – Ester Morisciano
USL TNO - ICO ostetrica – Marta Chellini	Ass Comunico – Donatella Iannaccone
Comune di Collesalvetti - Elena Agosta	



I principali bisogni di salute tematici presentati in plenaria

Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha discusso i seguenti bisogni di salute:

BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI

- Crescita dell'instabilità familiare e assottigliamento delle famiglie
- Povertà educativa
- Alcune sacche di disagio che interessano minorenni e famiglie, e con essi il fattore genitorialità
- Stili di vita giovanili a rischio

BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI

- Donne straniere in situazioni di fragilità
- Differenza di genere, famiglie omogenitoriali, pluralità di famiglie
- Donne e minori vittime di violenza
- Giustizia riparativa minorile
- Indebolimento delle reti sociali e di presenza di adulti pensanti e capaci di regolare le proprie emozioni, divenendo punto di riferimento solido e modello per i bambini e gli adolescenti

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Crescita dell'instabilità familiare e assottigliamento delle famiglie
(Ri)definizione
L'aumento di separazioni e divorzi (spesso con conflittualità) e la diminuzione dei componenti delle famiglie assottigliano le reti di supporto familiare, primo baluardo del welfare Integrazione: è importante tener conto, nell'analisi del fenomeno, della differenza di genere nella distribuzione del carico, dei casi sempre più frequenti di famiglie omogenitoriali e in generale dell'esistenza di pluralità di tipologie di famiglie.
Come si percepisce
SCHEDE INDIVIDUALI • Conflittualità che determina isolamento delle famiglie e dei minori. L'incapacità genitoriale *compatta* il minore non adeguato ed inserito in ambienti scolastici. • Alto numero di bambini coinvolti nel disagio familiare per i quali l'autorità giudiziaria richiede approfondimenti e sostegni. Segnalazioni da parte della scuola per situazioni di disagio, isolamento e maltrattamento. • Situazioni familiari che presentano diverse e più complesse problematiche. Molti cittadini stranieri con diversa percezione di cosa sia la famiglia. • Aumento della vulnerabilità genitoriale intesa come un momento del ciclo di vita familiare in cui per varie cause (perdita di lavoro, vitto, giovane età, cittadini stranieri) i genitori non sono in grado di supportare i figli. • Le famiglie sono sempre più sole ed isolate. Quando c'è un problema in una famiglia si tende a risolverlo da soli o direttamente con uno specialista individuale. Manca la comunità educante e la solidarietà spontanea. • Perdita di vista dei bisogni dei figli. • È un bisogno estremamente emergente. Livorno risulta essere la quinta città in Italia in ambito di divorzi e separazioni. • Aumento delle famiglie separate/divorziate in carico ai servizi. Solitudine nella "presa in carico" delle figure genitoriali. Rete: famiglie allargate. • Poca ricerca di mediazione familiare, poco sostegno sulla comunicazione tra genitori. • Mancata equa distribuzione del carico familiare tra madre e padre. • Richieste valutazioni da parte del tribunale al consultorio (psicologa-assistente sociale). • Sempre più alto il numero di famiglie di questo tipo già nei nidi di infanzia dove l'età dei bambini è appunto da 0 a 3 anni, le famiglie chiedono orari sempre più ampi rispetto alla tradizionale chiusura alle 15:30. • Alto tasso di confusione nei nuclei che afferiscono ad UFSMIA. Aumento di richieste dei tribunali minori ed ordinari pressione per avere benefici economici (tramite diagnosi) - welfare.

- Isolamento degli individui: il bisogno di aggregarsi corrisponde spesso nell'incapacità di cogliere occasioni sociali e culturali che aiutino a incrociarsi con gli altri. Aumento dell'individualismo: diminuisce la solidarietà e l'attenzione/ascolto dall'alto.
- Aumento del senso di solitudine e stabilità dato anche da sostengo al femminile e al maschile.
- Nella realtà più piccole anche se il fenomeno si percepisce, rimane ancora presente il supporto familiare.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Bisogna fare attenzione al carico che finisce solo sulle donne, bisogna pensare a come coinvolgere di più i padri.

Oggi manca la capacità di farsi carico del conflitto con percorsi con i genitori, prima che questo crei disagi e danni al minore.

Spesso i genitori sono soli, non possono contare né sui nonni né su un vicinato solidale.

Spesso i conflitti familiari sono associati a scarsa capacità di autoregolazione delle emozioni da parte degli adulti. La capacità di regolazione delle emozioni si apprende da piccoli dai genitori, quindi se a Livorno in generale molti genitori non la hanno, stiamo crescendo una generazione a sua volta incapace di regolare le proprie emozioni. È evidente la connessione col problema degli stili di vita giovanili a rischio e l'aumento della violenza.

A molte famiglie mancano strumenti relazionali, sociali, di lettura del contesto; se c'è mancanza di consapevolezza di questi limiti, manca anche la capacità di comprendere le proposte che vengono fatte dai servizi: chi ha più bisogno, meno si rivolge ai servizi perché non si rende conto di aver bisogno, oppure non comprende quello che i servizi propongono.

Il servizio sociale offre strumenti che non vengono apprezzati e capiti, vengono vissuti solo come imposizioni.

Spesso invece le famiglie cercano diagnosi che generano benefit economici. C'è una relazione tra assegni e debolezza genitoriale.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Comportamenti e patologie dei bambini e adolescenti come sono visti dalla comunità: importanza della prevenzione e antenne.
- Sviluppare un vicinato solido di quartieri o comunque molto capillare
- Cosa poter fare per prevenire il fenomeno? Intervenire su educazione affettiva, acquisizione competenze nella gestione del conflitto, consapevolezza del significato di avere un figlio (favorire stile relazionale più sano e funzionale).
- Sono coordinatrice genitoriale e gestione della conflittualità: potenzierei incontri mirati a disposizione delle esigenze delle famiglie e dei minori (tramite percorsi pubblici).
- La coppia con figli che si separa dovrebbe essere sempre gratuitamente accompagnata nella gestione delle proprie emozioni e su come queste interferiscono sui figli.
- Difficoltà a garantire in tempi rapidi le molteplici valutazioni sulle competenze genitoriali: importanza della rete antiviolenza, assenza di punti di riferimento "adulti" per i ragazzi.

- Sostenere l'apertura e/o il rafforzamento dei servizi post-scuola a partire dall'ampiamento dell'orario dei nidi e delle scuole? Favorire servizi con educatori capaci di sostenere la genitorialità? (In parte il comune sta rispondendo).
- Sia questo bisogno che quello dopo "povertà educativa" hanno un fattore grande in comune: l'assenza di un adulto che pensa (e non solo che reagisce oppure eclissa). Bisogna aiutare gli adulti (scuola, famiglia, allenatori, parroci) a pensare ai minori.
- Presenza di famiglie allargate. Famiglie mono-genitoriali. Strumenti per le famiglie.
- Sostegno alla coppia: aumentare la possibilità di accesso a sportelli d'aiuto in tempi brevi, presa in carico del nucleo in ottica di prevenzione al disagio. Spazi di aggregazione per le famiglie.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Proposta di percorsi di gestione del conflitto con i genitori durante la separazione.

Proposta di rafforzamento e supporto alle reti sociali e psicologiche di “adulti pensanti”, ovvero consapevoli e capaci di regolare le proprie emozioni offrendo modelli positivi ai bambini e ai ragazzi.

Fondamentale il progetto PIPPI, iniziato in modo sperimentale ma con ottimi impatti.

Povertà educativa

(Ri)definizione

Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

- Sempre minori occasioni di socializzazione, famiglia finisce strumenti di crescita naturale
- Abbandono scolastico e povertà di esperienze di socializzazione e formazione alternativa con difficoltà ad interagire
- Aumento di studenti/alunni stranieri che per diversa cultura o per mancanza di adeguato supporto (i genitori li mandano a scuola ma poi non sanno aiutarli perché non parlano italiano) abbandonano.
- Non so quanto i bambini o gli adolescenti aspirino a diventare grandi professionisti o solo ricchi. Riescono ad avere dei sogni e degli ideali da perseguire con dedizione, studio e passione?
- Disagio complesso che riguarda altre aree di vita oltre quella scolastica.
- Sempre più dirompente, soprattutto in ambito scuole superiori e in rapporto alla giustizia riparativa.
- Le scuole sono lontane dal cuore dei bambini: poco ascolto al loro bisogno di imparare facendo esperienze e sono dall'altra parte poco attente a sviluppare un pensiero critico.

- Mancanza di ascolto emotivo dello studente. Scuola incentrata su performance e prestazioni. Impossibilità da parte dello studente di esprimere le proprie peculiarità personali.
- Numero di famiglie che arrivano da altri paesi anche ad anno avviato, bambini e bambine che hanno difficoltà con l'apprendimento della lingua.
- Attivazione delle scuole verso famiglie e servizi-minori. Alta incidentalità e abuso di sostanze.
- Aumento di adolescenti con difficoltà (DSA-ADHD). Aumento NEET: partecipazione a corsi di formazione. Aumento delle difficoltà scolastiche (necessità che siano maggiormente seguiti nei compiti).
- Gruppi di giovani che si uniformano a stili standard attraverso: luoghi che frequentano, stili estetici, linguaggio. Poca curiosità e disponibilità nel "meticciarsi", mischiarsi e scoprire l'altro diverso da sé. Fenomeno dell'isolamento a vari livelli (grave Hikikomori).
- Fenomeno in crescita non legato necessariamente alla differenziazione italiani/stranieri, ma all'impoverimento dei valori culturali della società e del rispetto.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Le proposte fatte da servizi e istituzioni vengono accolte da chi non ne ha bisogno.

È vero che i dati evidenziano che il fenomeno si manifesta di più tra le famiglie straniere, ma a volte è il nostro punto di vista, la nostra definizione di povertà educativa a generare dei bias culturali.

Comunque, la povertà educativa si manifesta anche nelle famiglie italiane.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia.
- Offerta di percorsi di studio più personalizzabili. Centri dove il minore può sperimentare le proprie abilità, potenzialità e interessi.
- Percorsi mirati di sensibilizzazione al problema ponendo spunti pratici che possano contribuire alla soluzione.
- Più educazione all'affettività per i genitori ed insegnanti, più lavori di gruppo, più lavori pratici, più cultura, più possibilità di scrivere testi.
- Potenziare la scuola con docenti formati sull'importanza di insegnare l'intelligenza emozionale. Potenziare la "natura" come strumento educativo e didattico.
- Immaginare una diversa organizzazione delle assegnazioni dei posti disponibili per favorire una maggiore integrazione? Rafforzare i servizi di mediazione culturale?
- Conciliazione famiglia nel lavoro e tempo libero.
- Come sorprendere per indurre la curiosità anche delle proprie capacità e limiti, sollecitare il confronto tra le diversità che arricchiscono attraverso attività che esulino dal programma scolastico.
- Percorsi di studi meno standardizzati, capacità di rilevare i "discostamenti" e farne un punto di forza per avviare percorsi individuali, aumento età obbligo scolastico.

DISCUSSIONE COLLETTVA

Serve un approccio di PROSSIMITÀ per agganciare chi non si avvicinerebbe mai ai servizi o alle proposte formative e culturali che esistono.

Alcune sacche di disagio che interessano minorenni e famiglie, e con essi il fattore genitorialità
(Ri)definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazione: Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza.
Come si percepisce SCHEDE INDIVIDUALI • Incremento di tutte le prese in carico da parte dei servizi non solo sul minore, ma sui bisogni complessi delle famiglie. • Povertà culturale e solitudine rendono le famiglie fragili e consapevoli delle ricadute sui figli di violenza familiare e assistiti da equipe stabili a trasferire servizi. • Aumento dei progetti a livello nazionale e riconoscimento di interventi di prevenzione come LEPS sulla tematica del supporto alla genitorialità e sostegno ai minori per prevenire forme di istituzionalizzazione (intesa non solo come inserimenti in comunità ma come incasellamento in sacche di disagio). Tema strettamente collegato all'instabilità familiare. • Aumento della richiesta di interventi educativi per adolescenti spesso con rifiuto sociale o con disturbi alimentari. • Aumento della vulnerabilità genitoriale e familiare. • È un problema sottovalutato e poco conosciuto, necessitano percorsi mirati in ambito scuola. Famiglie sensibilizzazione al problema. • I genitori sono stanchi, soli e poco educati nel ruolo di genitore. • I genitori non desiderano trascorrere tempo di qualità con i propri figli in quanto frustrati dalla della vita quotidiana frenetica. • Donne in gravidanza: futuri nuovi nati inseriti in contesti di forte disagio sociale e marginalità. • Analizzare i dati dei servizi per minori. • Aumento dei nuclei in carico ai servizi sociali: maggiore attivazione, la parte dei servizi sociali territoriali del servizio, educativa territoriale. • Aumento di famiglie in disagio provenienti da altri paesi: difficoltà linguistiche, difficoltà dei servizi nel far fronte ai numeri crescenti. • Situazioni sempre più presenti e difficili da gestire che non trovano una risposta

individualizzata a causa dell'aumento delle situazioni.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

- È necessario far conoscere di più l'istituto dell'affido, valorizza le famiglie non disfunzionali.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Come sostenere la genitorialità: incremento vicinanza sociale.
- La nostra associazione si occupa di sensibilizzare il tema dell'affido e diffonderne le sue modalità. Incrementare le operatività dei servizi sociali nelle varie tematiche.
- Sarebbe necessario accompagnare gratuitamente i genitori in tutte le fasi di crescita dei figli e sarebbe importante dare la possibilità ai genitori di lavorare meno ore fuori casa.
- Creare spazi ed eventi per sostenere e coltivare il rapporto genitori-figli.
- Sostegno alle famiglie/coppie in situazioni di marginalità (peer).
- Riflettere su percorsi a sostegno della genitorialità? Intervenire in maniera più capillare nello 0/6?
- Noi spendiamo molto in assegni (welfare) di vario tipo, ma poi lasciamo sole le famiglie a gestire le risorse economiche (per i minori). Forse dovremmo convertire gli assegni in supporti forti di rete solidale e psicologica agli adulti (scuola, famiglia, sport) pensanti.
- Motivi della segnalazione e percorsi che vengono attivati.
- Aumento di servizi atti alla prevenzione dell'allontanamento, aumento della cultura di solidarietà tra famiglie.
- Individuare la criticità principale alla quale si collegano possibili altre esigenze presenti; riconsiderare il concetto di libertà in relazione al concetto di libertà che si sta diffondendo; il valore di sé e della capacità che ognuno ha di fare qualcosa per cambiare.
- Importanza della presa in carico di equipe: servizio sociale, ma anche servizi specialistici.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

Bisogna intervenire in prevenzione tramite il supporto alla genitorialità

Stili di vita giovanili a rischio

(Ri)definizione

Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali).

Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.

Come si percepisce

SCHEDE INDIVIDUALI

Cambiamento degli stili di vita dei figli, famiglie non consapevoli.

- Al momento di situazioni di disagio in adolescenza non solo in numero, ma in intensità. Scompenso psichico.
- Fenomeni di comportamenti violenti per strada anche in quartieri tranquilli.
- DCA, ritiro sociale.
- Problema in netto aumento dove spesso risulta difficile ottenere una risoluzione.
- Nelle scuole ancora i ragazzi fanno uso di droghe e tutti sono consapevoli, lo spaccio avviene per strada alla luce del giorno.
- Giovani che hanno perso speranza nei confronti della vita: apatici e privi di motivazione.
- Richieste di supporto psicologico al consultorio giovani. Cambio del linguaggio e delle richieste da parte dei giovani.
- É sufficiente osservare i ragazzi che si incontrano per le strade nei punti di ritrovo nei locali.
- Alta incidentalità, forte conflittualità anche in contesti come la scuola poco gestiti e sorvegliati. Aumento di ideazione suicidiaria e di tentati suicidi nei minori.
- Abbassamento dell'attenzione e dell'interesse, spazi di aggregazione che si adattano a stili disfunzionali per fare "cassa".

DISCUSSIONE COLLETTIVA

- I tanti suicidi e tagli sono indice di un dolore inespresso, e l'uso di sostanze è un tentativo di auto-medicare quel dolore. Si crea un circolo vizioso con l'alta incidentalità, e il ceto sociale in questo caso non c'entra nulla.
- I ragazzi non si trovano circondati e accompagnati nella gestione del loro dolore da adulti pensanti.
- C'è un aumento del ricorso al carcere minorile, bisognerebbe misurare i dati di questo fenomeno.

Spunti da approfondire

SCHEDE INDIVIDUALI

- Coinvolgimento di più enti e associazioni.
- Cosa ci stanno comunicando i giovani?
- Lavorare in più fronti (psicologico, percorso alternativo terapeutico di gruppo e ad hoc). Contribuire all'autonomia femminile in quanto figure cardine della casa e dei suoi equilibri (aiuto sul fronte lavorativo, supporto psicologico e formativo).
- Sarebbe importante aiutare i ragazzi a poter incontrare adulti educativi, fare esperienze di vita che possano aprire il loro sguardo (volontariato ecc) attraverso crediti formativi incentivanti dati dalle scuole.
- Riportare i giovani al contatto con la natura, con i lavori manuali ed artigianali.
  Mappare presenza in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi. Utilizzo di piattaforme tipo instagram per promuovere salute da parte dei servizi. Utilizzo di linguaggio vicino a loro. Tasso di IVG abitare i loro spazi per peer educator.
- Reti capillari di educazione di strada? Presenza educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione?
- Mappatura dei luoghi di aggregazione, mappatura e promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani.

DISCUSSIONE COLLETTIVA

- Bisogna fare un focus sulla dipendenza digitale: servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono “patti digitali” tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.

Indebolimento delle reti sociali e di presenza di adulti pensanti e capaci di regolare le proprie emozioni, divenendo punto di riferimento solido e modello per i bambini e gli adolescenti (NUOVO BISOGNO)

(Ri)definizione

Come si percepisce

I bambini e i ragazzi, con le loro famiglie, non hanno sempre gli strumenti per percepire con consapevolezza la loro fragilità, strutturale o momentanea. L’alto tasso di conflittualità familiare e l’assottigliamento della famiglia stessa rendono indispensabile far riferimento ad una comunità educante molto larga, sia per i giovani che per gli adulti. Se lo stile di vita è un determinante di salute fondamentale, lo stile di vita deve essere sempre più relazionale.

Il rapporto con i medici ed i pediatri è sbagliato, a loro si chiede di far guarire velocemente i pazienti, spesso non sono considerati punti di riferimento per altri motivi.

Spunti da approfondire

Bisogna irrobustire le reti sociali di adulti pensanti. È nelle relazioni con l’esterno, non necessariamente con istituzioni e servizi, che si possono riconoscere bisogni non solo economici, ma fisici e relazionali.

Investire nelle reti sociali non significa investire nei servizi, di cui tra l’altro chi ha bisogno non si fida. Bisogna investire su docenti e altre figure scolastiche chiave (es. psicologi scolastici), allenatori sportivi, leader delle comunità straniere…
Funziona molto bene il modello dei peer, che andrebbe replicato, tra ragazzi ma anche tra donne. Funzionano molto bene le giornate in cui i servizi escono sul territorio e si fanno conoscere (es. giornata sui bagni d’estate).

Torna il concetto utilizzare un approccio di prossimità: non grandi progetti con attività e obiettivi predefiniti, ma piccoli progetti che avvicinino le persone e le famiglie e creino contesti di socializzazione generativi, dentro ai quali possano emergere bisogni e possano essere progettate risposte specifiche per la piccola comunità coinvolta. Il principio “da cosa nasce cosa” in questi contesti funziona, e valorizza moltissimo il ruolo del terzo settore..

Donne e minori vittime di violenza e violenza assistita (NUOVO BISOGNO)
(Ri)definizione
È importante capire come si misura per definirlo correttamente: ad. Es, non va bene utilizzare solo il numero di donne e minori presi in carico (dai centri anti-violenza), perché prima di arrivare alla presa in carico la violenza si manifesta in moltissimi modi che andrebbero intercettati precocemente.
Come si percepisce
Aumentano i casi
Spunti da approfondire

Aumento dei minori che entrano nel circuito penale (NUOVO BISOGNO)
(Ri)definizione
È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, perché segnala un accumulo di fragilità che impatta direttamente su salute mentale, dipendenze, trauma, comportamenti autolesivi e suicidari, gestione della rabbia e dell'impulsività, sicurezza e incidentalità, oltre che su dispersione scolastica, rottura delle reti familiari e impoverimento del capitale sociale. Se questi dati crescono, indicano che una parte di adolescenti non viene intercettata o sostenuta abbastanza presto da scuola, servizi, comunità e famiglie, e che le risposte arrivano tardi, spesso in modalità emergenziale o solo sanzionatoria.
Come si percepisce
Spunti da approfondire
L'obiettivo di salute non riguarda solo "ridurre i reati", ma **ridurre l'esposizione a fattori di rischio e aumentare i fattori protettivi**, con percorsi che lavorano su competenze emotive, regolazione degli impulsi, riparazione del danno, legami educativi, autonomia e progetto di vita, includendo la famiglia quando possibile e proteggendo la vittima e la comunità. Bisogna **prevenire l'ingresso e la recidiva nel circuito penale minorile** e garantire una **presa in carico integrata** dei ragazzi già segnalati o già in carico alla giustizia minorile, con continuità tra dentro e fuori (territorio, servizi sociali e sanitari, scuola, comunità). In questo ha un ruolo fondamentale la **giustizia riparativa minorile.**

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	
Istituzioni	**ETS**
AFT Medicina Generale - Massimo Angeletti	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Paolo Fagorzi
AFT Medicina Generale - Matteo Brunu	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Eleonora Braci
Comune Livorno - Totaro Carmela	COOPERATIVA SOCIALE SENEX - Patrizia Fincato
Comune Livorno - Tiso Paolo	PUBB. ASSIS. COLLESALVETTI ODV -
USL Toscana Nord Ovest - Alasia Eleonora	PUBBLICA ASSISTENZA S.V.S. DI LIVORNO ODV ETS - Veruska Barbini
USL Toscana Nord Ovest - Calò Nicola	PUBBLICA ASSISTENZA S.V.S. DI LIVORNO ODV ETS - Francesca Nistri
USL Toscana Nord Ovest - Fastame Claudio	AVO Associazione Volontari Ospedalieri - Gianluca Bibolino
USL Toscana Nord Ovest - Infermieristica Territoriale FQS - Barbara Minello	AVO Associazione Volontari Ospedalieri - Cinzia Giorgi
USL Toscana Nord Ovest - Patrizia Politi	Coop. Soc. Onlus G. Di Vittorio - Giacomo Bastianelli
USL Toscana Nord Ovest - Hospice - Laura Cardone	Coop. Cuore Liburnia Sociale - Beatrice Santoro
USL Toscana Nord Ovest - UF Consultoriale - Rosa Maranto	
USL Toscana Nord Ovest - Cure Palliative - Costanza Galli	

I principali bisogni di salute

Riorganizzazione sanità territoriale e integrazione con rete ospedaliera

La regione Toscana con la D.GRT 1508/2022 di recepimento del DM 77/2022 **"Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"** ha sostenuto e potenziato la rete dei servizi e interventi sociali, sanitari e socio sanitari favorendo l'integrazione e il coordinamento dei percorsi assistenziali

OBIETTIVI

- ✓ garantire una presenza capillare di servizi territoriali attraverso la rete delle Case di Comunità
- ✓ creare equipe multiprofessionali per cronici e fragili e potenziare la rete dei professionisti territoriali;
- ✓ potenziare i livelli di interazione del sistema e seguire i percorsi dei cittadini attraverso le COT;
- ✓ aumentare il numero di posti letto di cure intermedie;
- ✓ aumentare i cittadini a cui fornire servizi di ADI di livello avanzato, anche attraverso la telemedicina;
- ✓ potenziare la rete delle cure palliative e rendere semplici i percorsi di accesso e cura.

I principali bisogni di salute

Riorganizzazione sanità territoriale e integrazione con rete ospedaliera

Centri Socio Sanitari e Case della Salute

Livorno
- ✓ Nord – Via Fiera S. Antonino
- ✓ Est – Via Impastato
- ✓ Centro 7°/Padiglione PO Livorno – Viale Alfieri
- ✓ Casa della Salute Via del Mare
- ✓ CDCD e Ambulatorio Anziani Fragili – Via Mondolfi

Collesalvetti
- ✓ CSS Collesalvetti – Via Don Bosco
- ✓ CDS Stagno – Via Carlo Marx

Capraia Isola
- ✓ CSS Capraia Isola – Via Del Semaforo

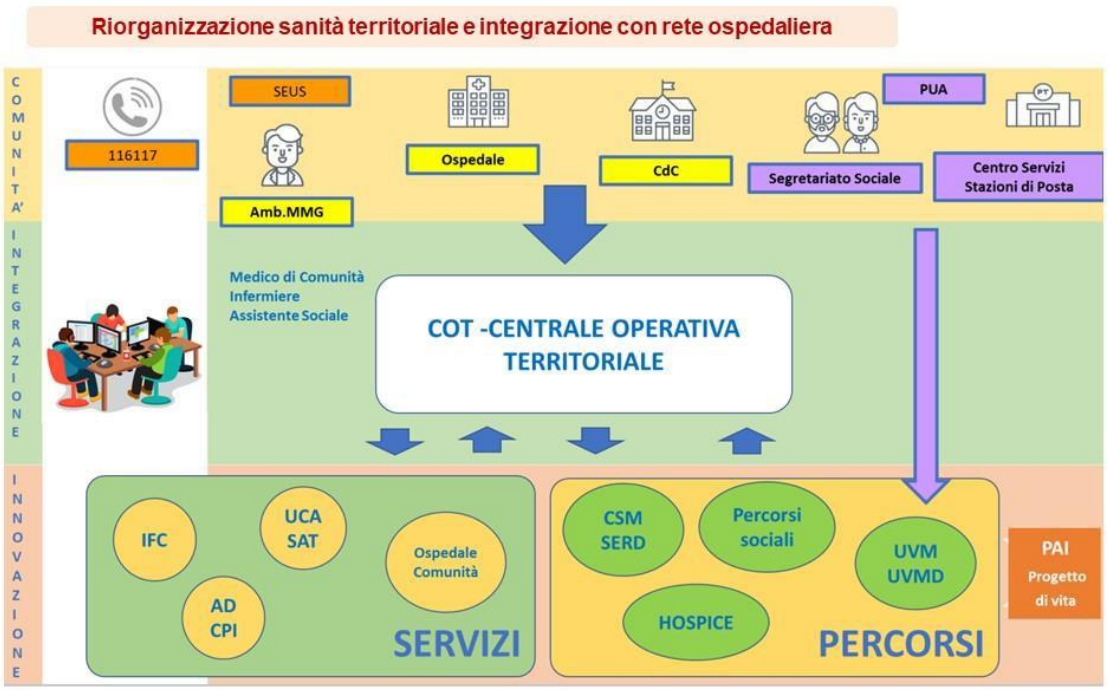
Cure Intermedie
- ✓ n.34 posti letto low care 1° livello presso Casa di Cura Villa Tirrena

Agenzia Continuità Ospedale Territorio
- ✓ 7° Padiglione/2° piano PO Livorno

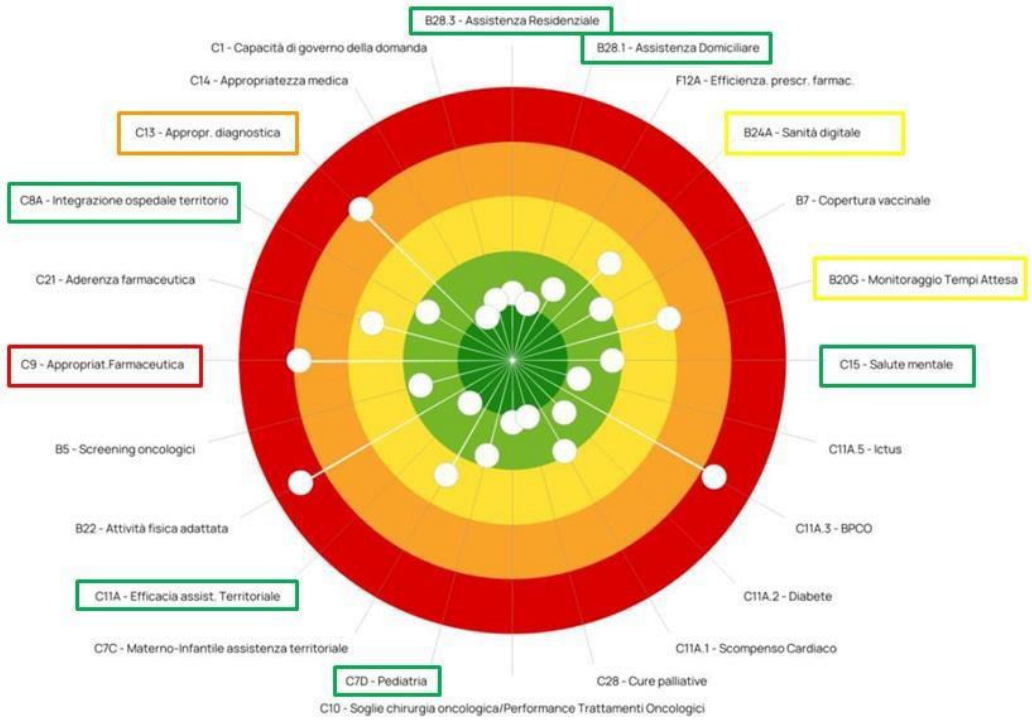
Continuità Assistenziale
- ✓ 4 Postazioni Guardia Medica Comuni Livorno – Capraia Isola
- ✓ 1 Postazione Guardia Medica Collesalvetti

Medicina di Famiglia
- ✓ 120 medici a ciclo di scelte
- ✓ 15 pediatri di libera scelta

I principali bisogni di salute



I principali bisogni di salute



Dopo un iniziale giro di presentazione dei partecipanti, il tavolo ha dibattuto i seguenti spunti di discussione/miglioramento:

SPUNTI DI DISCUSSIONE INIZIALI

- Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza
- Presa in carico di pazienti con determinate patologie
- Contenuti della casa di comunità

SPUNTI DI DISCUSSIONE EMERGENTI

Gli spunti nuovi emersi in discussione di gruppo (Liste di attesa, infermiere di comunità, dimissioni protette) fanno comunque più ampio riferimento agli spunti iniziali e possono essere ricondotti ad essi.

Le tabelle che seguono riportano le principali indicazioni raccolte sia dalle schede individuali che dalla discussione collettiva.

Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
(Ri)definizione
L'orientamento del cittadino/utente/paziente, anche per l'utilizzo consapevole e appropriato del sistema servizi (empowerment della cittadinanza)
Come si percepisce

- Nello svolgere servizi di assistenza domiciliare
- Nelle telefonate ricevute dalla centrale operativa h24
- Dai contatti uffici vari SVS
- L'informazione risulta spesso incompleta
- L'informazione spesso non è condivisa alla rete medici – sanitari (silos informativi)
- Non sempre il cittadino è in grado di capire a chi rivolgersi e sapere quali servizi presenti sul territorio possono soddisfare il bisogno di salute
- Distinzione tra utenza già seguita dai servizi (mediamente informata) e nuovi utenti che rappresentano un'area in aumento (poco informata)
- Scarsa conoscenza del sistema dei servizi anche tra i professionisti e gli operatori dei diversi servizi (silos operativi)
- Difficoltà di accesso ai servizi per indisponibilità delle liste di prenotazione: il cittadino può essere informato sui servizi ma non vi accede
- Dal punto di vista AVO che presta accoglienza in ospedale, l'informazione non è completamente adeguata

Spunti da approfondire

- Accesso primario ai servizi tramite ETS anziché tramite servizi pubblici (non conoscenza e disorientamento)
- Interazione (e alleanza) enti pubblici-ETS
- Inserimento degli ETS accreditati per servizi assistenziali nell'informazione all'utenza
- Capacità di informare i nuovi utenti
- Il gap tra aspettative e disponibilità di servizi
- Difficoltà nel targettizzare l'informazione, nel canalizzarla (complessità del metodo multicanale) e nel superamento dell'ascolto selettivo
- Uniformità e semplificazione dei messaggi (soprattutto per la popolazione anziana)
- Educazione sanitaria nelle scuole: le nuove generazioni come cittadini informati/consapevoli (primo livello) e diffusori di cultura e conoscenza presso le famiglie di appartenenza (secondo livello)
- Potenziamento del numero 116117 (attualmente dedicato alla continuità assistenziale non urgente – ex guardia medica) come numero unico per il bisogno
- Condivisione di informazioni (sia specifiche che trasversali) e progettualità affini all'interno dei settori dei servizi pubblici (sia inter-settoriale che intra-settoriale)

Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza

(Ri)definizione

coniugare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva con un sensibile cambiamento culturale da parte della cittadinanza (concetto salute e dei determinati, approccio consapevole e appropriato, etc)

Come si percepisce

- Liste di attesa
- Mancanza di consapevolezza diffusa sull'importanza degli stili di vita

Spunti da approfondire

- Prevenzione
- Paradosso "Desideri vs Bisogni": l'aspettativa è spesso disillusa a causa del fraintendimento desiderio/bisogno, ovvero dall'attribuire ai desideri (definiti dalla persona sulla base di bias) la valenza dei bisogni (definiti dai professionisti dei servizi)
- Delegittimazione del sistema pubblico

Presa in carico di pazienti con determinate patologie

(Ri)definizione

Miglioramento delle prese in carico di alcune determinate patologie (es. gravi disabilità, Parkinson, Alzheimer, Fibrosi cistica, etc)

Come si percepisce

- Centro Alzheimer
- Progetto fibrosicistica
- trasporto disabili gravi
- La famiglia si percepisce sola
- Costruzione di partenariato

Spunti da approfondire

- Funzione SVS-enti pubblici
- Collaborazione e comunicazione con MMG
- Fondamentale portare assistenza e formazione
- Approccio trasversale per una presa in carico integrata
- Figura interfaccia che faccia da collante tra le varie patologie
- Cornice istituzionale dentro la quale rendere operative queste collaborazioni tra professionisti

Contenuti della casa di comunità

(Ri)definizione

Costruzione partecipata dei contenuti delle case della Comunità (servizi aggiuntivi, ruolo del Terzo settore, etc), al di là e oltre quanto previsto dal PNRR, come luogo dell'integrazione sanitaria e sociale

Come si percepisce

- Work in progress
- RSA all'interno del sistema informativo che preveda l'utilizzo di strumenti informatici con programmi condivisi con MMG , specialisti, profili sanitari nelle residenze
- Deligittimazione del sistema sanitario/fiducia
- Scarsa partecipazione e richiesta di informazioni da parte degli ETS

Spunti da approfondire

- Linee guida, istruzioni, protocolli condivisi per strumenti gestionali di presa in carico comuni.
- Come farla diventare il nodo fondamentale per l'integrazione dei servizi?
- Luogo di interazione e collaborazione (e dunque di confronto, condivisione di strumenti e progettualità, monitoraggio continuo degli interventi) tra servizi pubblici e ETS, secondo una progettualità specifica e cornici di azione chiari, condivisi e formalizzati (NB è in corso lo sviluppo di progetti su questo tema da parte delle USL Nord-Ovest)
- Tarare le aspettative sulle Case della Comunità: conservare la capillarità della Medicina Generale e consapevolezza della non scontata corrispondenza Casa di Comunità-IFEC-AFT
- Programmare i servizi e le Case di Comunità su bisogni reali e non su "desideri"
- Possibile campo minato: aumento dell'offerta che genera domanda (eterogenesi dei fini)

Laboratorio per la definizione degli obiettivi di salute – 27.1.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il secondo incontro di co-programmazione si è svolto martedì 27 Gennaio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di circa 65 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo

La prima parte dell'incontro si è quindi svolto in plenaria: hanno introdotto i lavori la dott.ssa Cinzia Porrà, Direttrice Zona Livornese ASL TNO e la dott.ssa Caterina Tocchini, Dirigente - Settore Politiche Sociali e Sociosanitarie per il Comune di Livorno; Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche) ha quindi ripresentato il percorso di co-programmazione del Piano Integrato di Salute della Zona Livornese, con i tre Comuni coinvolti (Capraia Isola, Collesalvetti, Livorno) e l'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona distretto Livornese.

L'intervento di Faraoni durante la plenaria iniziale

È stato quindi inquadrato il percorso di programmazione dal livello regionale (Piano sanitario e sociale integrato regionale) al livello zonale, dove il PIS definisce obiettivi di salute, risorse e azioni insieme alla comunità, fino alla programmazione operativa annuale; a supporto, il profilo di salute è la base conoscitiva che analizza lo stato di salute e individua i bisogni.

Sono stati presentati i risultati del primo laboratorio, in cui i nuovi bisogni proposti sono stati consolidati oppure accorpati a quelli già esistenti; infine è stata presentata la struttura del pomeriggio, in cui i gruppi tematici si sono dedicati al passaggio dai bisogni agli obiettivi di salute. A questo proposito, un approfondimento è stato dedicato ai sette macro-obiettivi del PSSIR 2024- 2026, a cui ricollegare gli obiettivi tematici individuati dai gruppi.

PSSIR 2024-2026 (Approvato 30-7-2025)

LE SFIDE DEL MODELLO TOSCANO PER UN'ASSISTENZA SANITARIA, SOCIOSANITARIA E SOCIALE PUBBLICA E UNIVERSALISTICA

OBIETTIVI GENERALI

1. Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"
2. L'assistenza territoriale
3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
4. Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche
5. Appropriatezza delle cure e governo della domanda
6. La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale
7. Transizione ecologica e politiche territoriali

10

I tavoli di lavoro 1, 2, 3, 4

Nelle pagine successive riportiamo, per ogni tavolo, i partecipanti e le evidenze emerse dalla discussione del secondo laboratorio, in modo coordinato rispetto agli elementi consolidati durante il primo laboratorio.

Si tratta di una sintesi dei bisogni di salute, con i rispettivi obiettivi, riferimenti agli obiettivi regionali e programmi/interventi/azioni, che servono come base di partenza per la discussione del terzo laboratorio.

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

Istituzioni	
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.soc. Area marginalità	Bertagni Loredana
Resp ufficio casa	Cella Elisabetta
Comune di Livorno - Resp ufficio marginalità e minori	Donfrancesco Giovanna
Dott.ssa Eleonora Bemi (Psichiatra)	Bemi Eleonora
Responsabile UF SERD	Mancino Lucia
IFC Infermieristica SERD	Tamborini Francesca
IFC Prof. San. Riabilitazione UFSMIA UFSerD ivorno	Ludovica Lepore
Comune di Collesalvetti	Alessandra Casini
Comune di Collesalvetti	Giusy Mercadante
IFL Consultori Livorno	Isabella Iori
ICO Salute mentale e Dip	Chiara Corazzesi
Terzo settore	
Ass. “CE.IS. Impresa Sociale”	Luisa Elefante
Ass.A.VO.FA.SA.M. ODV	M. Letizia Leone
Coop. Soc. San Benedetto	Enrico Centi
Ass. LA CASA ODV	Antonella Dal Canto
AVOFASAM	Nella Benfatto

TAVOLO 1 – SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ

Bisogno
SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ- CRESCITA DI COMPLESSITÀ E NUMERI DEL FENOMENO SALUTE MENTALE E DELLA MARGINALITÀ
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Aumento delle risorse umane e strutturali dedicate alla lettura e valutazione della complessità
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) Azioni di **RAFFORZAMENTO DELLE RISORSE E DELLE FIGURE PROFESSIONALI**: • Promuovere e rafforzare la formazione professionale specifica per tutte le figure coinvolte, con particolare attenzione alla mediazione linguistico-culturale e agli strumenti di analisi etnopsicologica; • Integrare/aumentare le risorse destinate alla presa in carico e alla realizzazione di progetti individuali
2) Azioni di **COORDINAMENTO DEI SERVIZI**: • Aggiornamento della mappatura delle strutture e dei servizi;

- Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, operatori, figure amministrative);
- Rafforzare il coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione;
- Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.

3) Potenziamento dell'**OFFERTA DI SERVIZI E PERCORSI**, tenendo conto dello spettro di complessità:

- Rafforzare i servizi di accompagnamento;
- Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con **unità di strada** per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità;
- Incrementare e rafforzare l'offerta di strutture di accoglienza adeguate ai livelli di complessità rilevati (strutture residenziali per la salute mentale, centri diurni, strutture di accoglienza per persone senza dimora etc.);
- Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo.

4) **FACILITAZIONE DEGLI ITER BUROCRATICI** per l'accesso ai servizi delle persone straniere e delle persone senza dimora (anagrafe, questura, rilascio tessera sanitaria), per quanto di competenza degli Enti Locali.

Bisogno

SALUTE MENTALE - ORIENTAMENTO DELLA CITTADINANZA, DEI PROFESSIONISTI (MMG, PLS) E DELLA COMUNITÀ EDUCANTE E DELLE FAMIGLIE ALL'INTERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- **Conoscenza e informazione alla cittadinanza orientata alla prevenzione e all'individuazione del servizio/percorso adeguati**
- **Compimento delle disposizioni previste dal DM 77/2022, in particolare per quanto riguarda il funzionamento delle Case di Comunità**

Obiettivo PSSIR collegato

- Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) Azioni di **COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE COINVOLTE** per assicurare la corretta informazione reciproca e realizzare un'efficace informazione verso l'utenza:

2) Realizzare gruppi a geometria variabile per le attività di informazione sui servizi;

3) Istituire di un Tavolo permanente di monitoraggio per le attività di informazione, organizzato a gruppi a geometria variabile per assicurare un lavoro poliedrico sui percorsi diversi e complessi;

4) Realizzare un protocollo operativo di accesso ai servizi;

5) Riorganizzare le procedure di passaggio di consegne al momento di ingresso di nuove

risorse (MMG, assistenti sociali, etc.)

- Implementare percorsi di integrazione in pediatria.

6) Azioni di rafforzamento dell'**INFORMAZIONE DELLA CITTADINANZA E *EMPOWERMENT* DELL'UTENZA**:

- Rafforzare la presenza di **operatori di strada** per intercettare i comportamenti più a rischio e orientare gli utenti individuati;
- Promuovere la figura del "paziente esperto" da coinvolgere nel PUA;
- Promuovere un maggiore coinvolgimento delle scuole tramite progetti educativi;
- Attivare sportelli di orientamento diffusi sul territorio, in particolare destinati a:
- Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico, anche e soprattutto rivolto a potenziali utenti dei servizi per conoscere meglio le caratteristiche del disturbo a fornire gli strumenti per gestirlo;
- Realizzare attività di pubblicità e informazione rivolte a tutta la cittadinanza orientate a sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
- Promuovere la conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno.

Bisogno
SALUTE MENTALE – MARGINALITA' INCLUSIONE DEI GIOVANI CON CRITICITÀ LEGATE A SALUTE MENTALE E/O MARGINALITÀ NELLE REALTÀ RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE NON SPECIFICAMENTE DEDICATE
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Sperimentazione di attività ricreative inclusive aperte a tutti e adatte ad accogliere le fragilità
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) Promozione di un **SISTEMA DI INCLUSIVITÀ DIFFUSA**:
• Individuare associazioni e spazi per attivazione di convenzioni per la realizzazione di attività inclusive rivolte a tutti; • Promuovere una formazione diffusa agli operatori delle realtà che fanno attività per ragazzi; • Promuovere un maggiore coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti.

2) Azioni di **PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO**:

- Realizzare interventi informativi orientati alla prevenzione dell'insorgere di comportamenti devianti e dipendenze e alla lotta allo stigma relativo ai fenomeni di marginalità e salute mentale;
- Promuovere e realizzare progetti nelle scuole di educazione all'affettività, alla salute mentale e alle dipendenze (digitali, ludopatiche e da sostanze);
- Promuovere lo sviluppo di iniziative da parte dei locali notturni che prevedono la presenza di operatori e la realizzazione di spazi riservati ai giovani che presentano lievi disturbi legati all'assunzione di sostanze/alcool (sala chill); l'iniziativa è attualmente attivata nello spazio The Cage.

3) Azioni di **POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE DEDICATE** a tematiche specifiche, rivolte in particolare a un'utenza particolarmente critica o che attraversa un momento di acutizzazione della crisi, prestando tuttavia attenzione all'"effetto riserva indiana":

- Promuovere lo sviluppo di progettualità come il progetto del Centro diurno PROVIAMOCI;
- Realizzare centri diurni per ragazzi che consumano sostanze.

Bisogno

MARGINALITA' - DISAGIO LAVORATIVO, ECONOMICO, ABITATIVO E COMPORTAMENTI A RISCHIO

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

- **Rafforzamento dei percorsi di accompagnamento nei termini di continuità e appropriatezza dei progetti (portandoli ad una durata di medio-lungo termine);**
- **Integrazione delle politiche abitative e servizio sociale**

Obiettivo PSSIR collegato

- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) Promozione di una **STRATEGIA "HOUSING FIRST"**, che pone la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica:

- Promuovere un maggior coordinamento tra gli uffici per monitorare, e rispondere laddove possibile, alle esigenze di revisione della normativa per l'accesso all'abitare (accesso alle abitazioni ERP per nuclei familiari di dimensioni variabili, contributi affitto, altre forme di sostegno all'accesso al diritto all'abitare anche in convenzione con i privati).

2) Azioni di ***EMPOWERMENT*** **DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI**: • Rafforzare i percorsi di inserimento e accompagnamento lavorativo e potenziare la figura del tutor di accompagnamento, incrementando le risorse sul territorio; • Incrementare la realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali; • Potenziare l'offerta di corsi di formazione post-diploma sul territorio.
3) Potenziamento dei percorsi di co-housing e abitare supportato: • Attivare convenzioni con associazioni e cooperative che mettono a disposizione appartamenti; • Promuovere l'attivazione di realtà di co-housing e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia.
4) Azioni di supporto ai nuclei famigliari, sia per l'autonomia di adulti in difficoltà che per il sostegno ai famigliari di persone con disturbi psichiatrici e/o difficoltà di inserimento sociale/lavorativo: • Promuovere l'attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi; • Realizzare percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare

Bisogno
MARGINALITA' - FRAGILITÀ DELLE RETI DI SOLIDARIETÀ NEI TERRITORI PERIFERICI DELLA ZONA LIVORNESE
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rafforzamento delle reti di solidarietà e dell'accesso ai servizi nei territori periferici della Zona Livornese
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
Promuovere la realizzazione di progetti radicati sul territorio, in particolare per quanto riguarda l'accompagnamento al lavoro e l'accesso all'abitare

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

Istituzioni	
Comune di Livorno	Carletti Paola

Comune di Livorno	Centelli Annalisa
UST NO Coordinatrice UVMD Ass.soc.	Manfredi Rosa
UST NO Ass. Soc. UVMD	Di Renzo Simone
UST NO IFC Smia Livorno	Di Sacco Ilaria
UST NO Ufficio di Piano	Vitelli Serena
UST NO IFC Smia Livorno	Casella Cristina
UST NO ICO Riabilitazione	Gennaro Voccia
Comune di Livorno	Ferrari Ilaria
Comune di Collesalvetti	Lilly Sicilia
Terzo settore	
ASS.NE AFASICI TOSCANA APS	Crovetti Davide
IN ASSOCIAZIONE APS	Morucci Mattia
ASS. PARKINSONIANI LIVORNESI ODV	Russo Giancarlo
THISINTEGRA SOC. COOP SOCIALE	Benassi Andrea
COOP CUORE LIBURNIA SOCIALE	Puccinelli Morgana
FONDAZIONE LUIGI SCOTTO	Bacci Alessia
Ass. Arianna	Volpe Valeria
Ass Comunico	Saracino Gloria

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Bisogno
AUMENTA LA PLATEA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (GRAZIE ALLA CRESCITA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO)
Definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati Integrazioni: • Rappresentanti delle associazioni: aumenta il numero di persone che chiedono informazioni sui servizi. Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla Unità di Valutazione Multidimensionale/Multidisciplinare della Disabilità o Disagio (UVMD). Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
1) **Rendere la presa in carico più sostenibile, coerente e mirata integrando gli aspetti sociali e sanitari. Differenziare i percorsi di presa in carico a seconda del tipo di patologie e della gravità.** 2) **Promuovere un cambio di paradigma culturale che riconosca la disabilità non come un limite individuale o un carico per le famiglie, ma come un tema di cittadinanza che investe l'intera collettività.**
Obiettivo PSSIR collegato
• L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Potenziare la rete dei PUA (Punti Unici di Accesso). I PUA devono effettuare una presa in carico sociale e sanitaria che vada a definire percorsi tracciati secondo il tipo di malattia e la gravità della malattia stessa.
2. Migliorare il sistema informativo dei PUA , renderlo più funzionale, chiaro, coerente e integrato sul modello dei "Community Center".
3. Costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici.
4. Coordinare meglio i "progetti di vita" e renderli più armonici/unici. Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola.

5. Migliorare l'integrazione delle informazioni tra tra il distretto, le associazioni, l'ordine dei medici (MMG).

Bisogno
INCLUSIONE SOCIALE E SCOLASTICA - INSERIMENTO FORMATIVO-LAVORATIVO
Definizione
L'inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L'inserimento lavorativo e formativo è anch'esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali. Integrazioni: Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro. In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Creare/rafforzare reti operative tra scuola, servizi sociali/specialistici, Centro per l'Impiego, ETS e famiglie, attivate già durante le scuole superiori (uso qualificato dell'alternanza).
Obiettivo PSSIR collegato
• L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Lavorare sul tema della "consapevolezza" per aiutare le persone con disabilità a collocarsi in modo "saggio" nel mondo.
2. Estendere la logica dell'Ufficio di Piano alle scuole (strumenti di raccordo continui, oltre gli adempimenti formali).
3. Mappare e coinvolgere nuove aziende/settori (non solo GDO) per tirocini/borsa lavoro coerenti con interessi e capacità.
4. Attivare lo Sportello di Inclusione Lavorativa come hub integrato Comune–ASL–CPI, con ingaggio strutturato delle scuole.

Bisogno
DIFFICOLTA' DI CONOSCENZA E ORIENTAMENTO SUI SERVIZI DISPONIBILI
Definizione
Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono. Integrazioni: Difficoltà di orientamento che viene vissuto "come un fallimento" e si manifesta nella preoccupazione e nell'ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l'idea che l'orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Ridurre disorientamento, ansia e accessi tardivi ai servizi, garantendo informazioni più corrette, omogenee e capillari
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Fare della disabilità un tema di interesse generale (non "dei disabili"), per mobilitare risorse e favorire prevenzione e cultura inclusiva.
2. Potenziare i canali informali e prossimi al cittadino (patronati, ETS, social media), coordinati e alimentati con contenuti corretti dai servizi.
3. Diffondere un vademecum disabilità anche online (diritti, servizi, contatti, percorsi), distribuito capillarmente (MMG, pediatri, scuole, ospedali, ambulatori, associazioni).
4. Allineare e coinvolgere sistematicamente MMG/pediatri/specialisti nell'orientamento ai PUA/Punti Insieme.

Bisogno
IMPREPARAZIONE DELLE FAMIGLIE
Definizione
Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all'accesso a percorsi/servizi e quindi all'inclusione e all'autonomia. Integrazioni: Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse. Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Offrire/supportare percorsi di sostegno psicologico ed educativo (individuali e di gruppo) e creare centri/gruppi di ascolto e mutuo aiuto.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Approccio proattivo: intercettare precocemente le famiglie (es. tramite scuole/PUA) e proporre accompagnamento dedicato.
2. Promuovere prassi di coinvolgimento della comunità (pari, classe, genitori, vicinato, associazioni) a sostegno quotidiano, oltre l'ora "erogata" dal servizio.
3. Informare in modo chiaro su normative e strumenti (caregiver, riforma disabilità, progetto di vita).

Bisogno
AUTONOMIA ABITATIVA
Definizione
Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo. ***Integrazioni:*** Paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. Spesso le famiglie non colgono l'urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al "dopo di noi", che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle).
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rendere praticabili e continuativi percorsi graduali di autonomia abitativa e vita indipendente dando continuità ai progetti qualosa finissero le risorse.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"
• L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale • Transizione ecologica e politiche
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Sperimentare co-housing a prezzi calmierati (coinquilinato misto: giovani, studenti, persone con disabilità), coinvolgendo pubblico e privato.
2. Sviluppare servizi diurni "efficaci e realistici" per minori (con appoggio notturno in caso di scompenso familiare) e tipologie intermedie tra RSD e RSA. **3.**
4. Promuovere cultura dell'autonomia, fare valutazioni periodiche e garantire continuità oltre la durata dei finanziamenti.

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

Istituzioni	
Comune di Livorno Coordinatrice Ass.soc. Area tutela	Passerai Laura
Dip Inf Ostetrico + TNO	Chellini Marzia
Comune di Livorno	Rosaspina Francesca
Ass. Soc. SMIA	Pupi Daniela
Comune di Collesalvetti	Agosta Elena
Terzo settore	
ARCA COOP.VA SOCIALE	Giacomelli Lisa
CUORE LIBURNIA SOCIALE Soc. Coop	Gasperini Giada
IL SESTANTE SOLIDARIETA' APS	Barbato Daniela
ASS. NESI COREA ODV	Romboli Stefano
ASS. SISTEMA FAMIGLIA APS	Morisciano Ester
ASSOCIAZIONE COMUNICO	Iannaccone Antonella
RADICI ARCOBALENO	Galli Lisa

Bisogno
POVERTA' EDUCATIVA
Definizione
Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Transizione ecologica e politiche territoriali
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS • Creazione di una rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia. • Mappatura e sostegno alle realtà che offrono dopo-scuola • Promozione del modello delle scuole-aperte, che il pomeriggio diventano centri di aggregazione e offerta culturale di prossimità
2) Azioni sui ragazzi • Gestire meglio le neuro-divergenze a scuola e le difficoltà linguistiche per i ragazzi NAI, perché queste condizioni non sono di per sé sinonimo di povertà educativa ma purtroppo spesso la possono aggravare. • Azioni verso i NEET (es. partecipazione a corsi di formazione)
3) **Azioni sui docenti** su • Ascolto emotivo dello studente VS approccio prestazionale • Personalizzazione dei percorsi scolastici e valorizzazione delle abilità, potenzialità e interessi personali
4) Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**
5) Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**

Bisogno
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)
Definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazioni: • Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza. • Bisogna misurare meglio il fenomeno dei minori (e donne) vittime di violenza assistita • È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, aumentando anche l'uso della giustizia riparativa
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione del disagio di minori e famiglie
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1) Rinforzo per ragazzi con **neuro-divergenze** con famiglie non competenti
2) Azioni mirate contro il **ritiro sociale volontario**
3) Azioni per i **minori nel circuito penale** anche tramite la giustizia riparativa minorile
4) Azioni di advocacy e **tutela del diritto alla salute dei minori stranieri** anche in assenza di documenti
5) Azioni di promozione dell'istituto dell'**affido** e sostegno alle famiglie affidatarie
6) Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**

Bisogno
STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO

Definizione

Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali).

Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Promozione di stili di vita sani attraverso la valorizzazione dei giovani e la creazione di spazi di ascolto

Obiettivo PSSIR collegato

- Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies"
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)

1) COINVOLGIMENTO DEI RAGAZZI STESSI

- nella espressione dei loro bisogni e nella ricerca di soluzioni ad esempio attraverso la valorizzazione dei ragazzi che fanno il servizio civile volontario o i ragazzi volontari in associazioni di cura (es. SVS, Pubblica assistenza)
- Utilizzo del modello dei peer, che è già utilizzato e sembra funzionare molto bene

2) Coinvolgere i ragazzi in esperienze di gruppo, di convivenza e di gioco che generino loro piacere e appagamento ma senza bisogno di sostanze (es. settimane in barca, scoutismo, contatto con la natura, artigianato…)

3) RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS

- Mappatura dei luoghi di aggregazione, promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi - abitare i loro spazi. Reti capillari di educazione di strada
- Mappatura della presenza dei servizi in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione.

4) **DIPENDENZA DIGITALE**

Servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono "patti digitali" tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.

5) COMUNICAZIONE

Investire su un piano di comunicazione dei servizi socio-sanitari mirato al target giovanile (es. pagina IG del consultorio)

7) **Azioni sugli adulti e sulle famiglie**

Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**

6) Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

Istituzioni	
Comune di Livorno	Tocchini Caterina
Comune di Livorno	Totaro Carmela
Comune di Livorno	Tiso Paolo
U.F. SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'	Alasia Eleonora
Resp UF Cure Primarie Livorno	Calo' Nicola
Ico riabilitazione funzionale zone Pisana, Livornese, AVC VDE	Voccia Gennaro
Infermieristica Territoriale FQS Facilitatore Qualità e Sicurezza	Minello Barbara
Coordinatori AFT Medicina Generale	Maranto Rosa
Coordinatore MMG Livorno	Angeletti Massimo
UF cure palliative	Galli Costanza
Comune di Collesalvetti	Crespolini Andrea
Terzo settore	
FEDERCONSUMATORI UTENTI LIVORNO E PROV.	Cosimi Maria Rosaria
Confr. MISERICORDIA di Vicarello ODV	Paoli Matteo
AVO Associazione Volontari Ospedalieri	Giorgi Grazia
COOP CUORE LIBURNIA SOCIALE	Santoro Beatrice
COOP SOCIALE SENEX	Bracci Eleonora
COOP SOCIALE SENEX	Fincato Letizia

TAVOLO 4 – RIORGANIZZAZIONE SANITÀ TERRITORIALE

BISOGNI DI SALUTE EVIDENZIATI DAI DATI

- Informazione adeguata e capillare sui servizi presenti sul territorio e modalità/luoghi di accesso
- Appropriatezza diagnostica e prescrittiva… accompagnata da UN cambiamento culturale (di paradigma) da parte della cittadinanza/utenza
- Presa in carico di pazienti con determinate patologie
- Contenuti (e ruolo) della casa di comunità

Gli spunti nuovi emersi in discussione di gruppo (Liste di attesa, infermiere di comunità, dimissioni protette) fanno comunque più ampio riferimento agli spunti iniziali e sono stati ricondotti ad essi.

Tema/Bisogno: INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/LUOGHI DI ACCESSO
Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi **Obiettivi specifici:** **i) Accesso appropriato ai servizi;** **ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)**
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete
2. Formazione agli ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatore della conoscenza)
3. Momenti di formazione interprofessionale
4. Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment delle nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie)
5. Strutturazione del PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS
6. Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale
7. Progettualità specifica su mappatura servizi/comunicazione, sotto la guida di un soggetto esterno specializzato in comunicazione e con il coinvolgimento dei servizi (Piano di comunicazione)

8. Diffusione di cultura sanitaria: lavorare sulla "percezione" del bisogno (bisogni vs desideri) e sul tema dei bisogni indotti (es. ipertrofia dei bisogni del corpo), contrastando l'idea di sanità "modello amazon".
9. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico

Tema/Bisogno: Appropriatezza diagnostica e prescrittiva…accompagnata ad un cambiamento culturale da parte della cittadinanza verso il concetto di salute
Obiettivo: Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. (Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia)
2. Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico"
3. Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)
4. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico

Tema/Bisogno: RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ
Obiettivi: **i) Implementazione Case della Comunità;** **ii) Potenziamento della presa in carico integrata;** **iii) Costruire welfare generativo**
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)
1. Alleanza pubblico/terzo settore
2. Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all'interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell'interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato

Laboratorio per la definizione delle priorità e degli interventi - 10.2.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

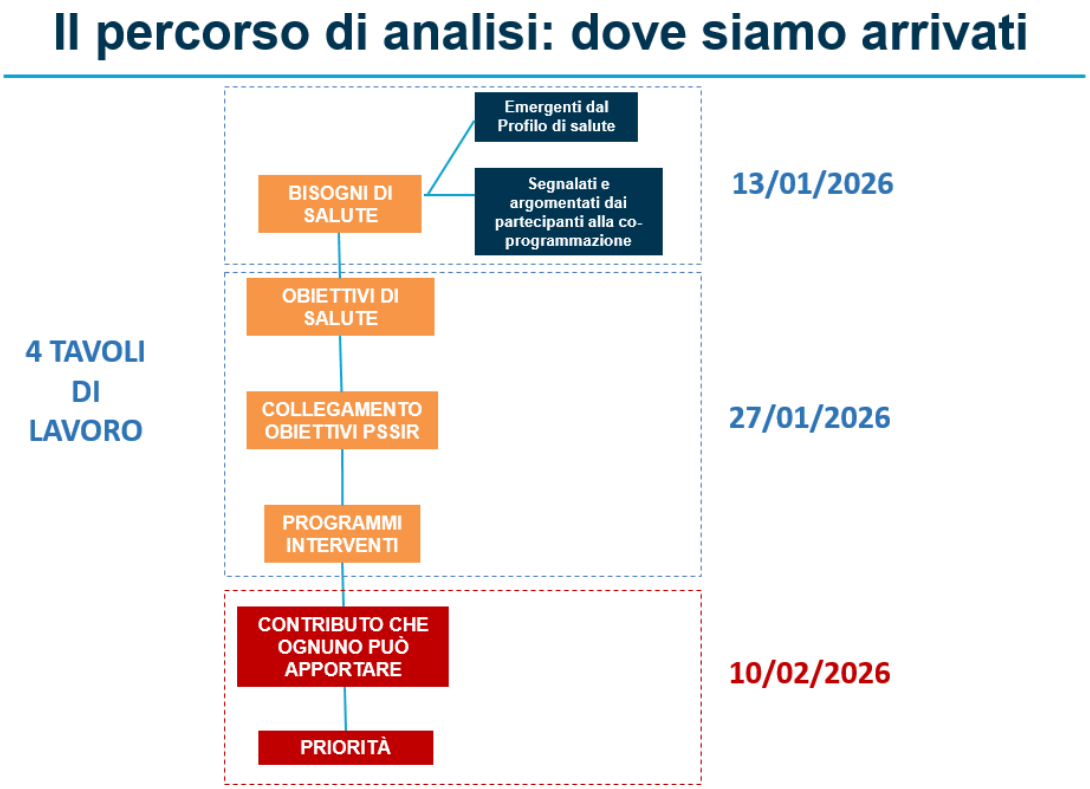
Il terzo incontro di co-programmazione si è svolto martedì 10 Febbraio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che avevano risposto alla manifestazione di interesse specifica, per un totale di circa 54 persone.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria introduttiva
- Divisione in tavoli tematici e lavori di gruppo

La prima parte dell'incontro, in plenaria, è servita a riprendere le fila del lavoro svolto e spiegare le modalità di lavoro nei gruppi: dopo aver esaminato i bisogni di salute (primo laboratorio del 13.01), i tavoli tematici hanno lavorato sull'individuazione degli obiettivi di salute e degli interventi correlati (secondo laboratorio del 27.01); l'ultimo passo da fare è quello di precisare ancora meglio gli interventi con una riflessione collettiva, e poi individuare le priorità.



L'intervento di Faraoni durante la plenaria iniziale

Ogni tavolo ha quindi ripercorso gli interventi ed i programmi individuati, precisandoli e integrandoli dove necessario.

Per ogni tema (bisogno/obiettivo) sono poi state espresse delle priorità, prima con una discussione facilitata e poi con una votazione con ordinamento delle preferenze (dot voting).

In questo modo è possibile estrarre delle indicazioni significative sia per quanto riguarda le priorità di investimento che per l'eventuale attivazione di futuri tavoli di co-programmazione.

Tavolo "Marginalità – Salute mentale"

Tavolo "Disabilità"

Tavolo "Infanzia, Adolescenza, Famiglia"

Tavolo "Riorganizzazione sanità territoriale"

Nelle pagine successive riportiamo, per ogni tavolo, i partecipanti e la filiera bisogno – obiettivo – interventi con indicazione delle priorità individuate.

TAVOLO 1 – MARGINALITÀ E SALUTE MENTALE

Facilitatrice: Olivia Tersigni

Istituzioni	
Comune di Livorno - Coordinatrice Ass.soc. Area marginalità	Bertagni Loredana
UFSMA VOC. Psichiatria	Paola Guglielmi
Responsabile UF SERD	Mancino Lucia
IFC Prof. San. Riabilitazione UFSMIA UFSerD ivorno	Ludovica Lepore
Comune di Collesalvetti	Alessandra Casini
Comune di Collesalvetti	Fabio Bacci
IFL Consultori Livorno	Isabella Iori
ICO Salute mentale e Dip	Chiara Corazzesi
Terzo settore	
Ass. “CE.IS. Impresa Sociale”	Bruna Damiana
Ass.A.VO.FA.SA.M. ODV	Bientinesi Riccardo
Coop. Di Vittorio	Alessandra Viti
Ass. LA CASA ODV	Antonella Dal Canto

Bisogno	
SALUTE MENTALE E MARGINALITÀ- CRESCITA DI COMPLESSITÀ E NUMERI DEL FENOMENO SALUTE MENTALE E DELLA MARGINALITÀ	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Aumento delle risorse umane e strutturali dedicate alla lettura e valutazione della complessità	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Azioni di **COORDINAMENTO DEI SERVIZI**: • Aggiornamento della mappatura delle strutture e dei servizi; l'azione è già implementata, con modalità informale e quindi da sistematizzare, dal Servizio Sociale professionale del Comune di Livorno; • Promuovere un lavoro integrato e una maggiore collaborazione tra ambiti diversi (ASL - enti territoriali - terzo settore) e competenze diverse (medici, assistenti sociali, operatori, figure amministrative), dove Ente Pubblico e ASL svolgono ruolo di coordinamento e gli ETS contribuiscono fornendo informazioni sulle proprie attività e sulle criticità rilevate e strategie adottate; • Rafforzare il coordinamento dei progetti e interventi attivati nella zona dalle UF (SMA-SMIA-SERD) orientati soprattutto alla prevenzione; • Realizzare gruppi di lavoro strutturati tra più servizi per costruire percorsi idonei.	**13**
FACILITAZIONE DEGLI ITER BUROCRATICI per l'accesso ai servizi delle persone straniere e delle persone senza dimora (anagrafe, questura, rilascio tessera sanitaria), per quanto di competenza degli Enti Locali: • Facilitare un maggiore allineamento con la Questura su modalità e procedure di rilascio di documenti; • Realizzare un prontuario informativo/operativo sulle procedure burocratiche per l'accesso ai servizi.	**8**
Potenziamento dell'**OFFERTA DI SERVIZI E PERCORSI**, tenendo conto dello spettro di complessità: • Rafforzare i servizi di accoglienza e accompagnamento in collaborazione con il SERD e con i progetti già in essere; • Realizzare interventi sanitari in strada in collaborazione con **unità di strada** per intercettare giovani e persone in condizione di marginalità, rafforzando i progetti in essere realizzati in collaborazione con CISOM e Caritas; • Promuovere progettualità in rete per realizzare attività di socializzazione per persone in carico alla Salute Mentale, come quelle realizzate da AVOFASAM in	**6**

collaborazione con Associazione Nesi nell'ambito del progetto *L'Amico di quartiere*; • Incrementare e rafforzare l'offerta di strutture di accoglienza adeguate ai livelli di complessità rilevati (strutture residenziali per la salute mentale, centri diurni, strutture di accoglienza per persone senza dimora etc.); • Rafforzare i percorsi di riabilitazione attraverso psicoeducazione e rimedio cognitivo; gli interventi in questo ambito presuppongono la previsione di nuove assunzioni da parte di ASL per rispondere all'alto numero di utenza, e un lavoro di sinergia e sussidiarietà con gli ETS del territorio che si occupano di prevenzione, sostegno psicologico e accompagnamento, anche tramite l'attivazione di comunità terapeutiche riabilitative.	
Azioni di **RAFFORZAMENTO DELLE RISORSE E DELLE FIGURE PROFESSIONALI**: • Promuovere e rafforzare la formazione professionale specifica per tutte le figure coinvolte, con particolare attenzione alla mediazione linguistico-culturale e agli strumenti di analisi etnopsicologica; • Integrare/aumentare le risorse destinate alla presa in carico e alla realizzazione di progetti individuali; • Sfruttare le opportunità formative offerte dai progetti già attivi, come ad esempio il progetto FAMI *WE IN Toscana* che prevede un corso di formazione specifico per mediatori culturali, e prevedere laddove possibile attività di formazione nelle progettazioni future; • Valutare la fattibilità di attivazione di uno sportello di orientamento itinerante; • Facilitare l'incontro tra domanda e offerta, soprattutto nel territorio del Comune di Collesalvetti, caratterizzato da una forte parcellizzazione dei centri abitati e dove c'è una maggiore difficoltà di mappatura sia dei bisogni che delle risorse.	**4**

Bisogno	
SALUTE MENTALE - ORIENTAMENTO DELLA CITTADINANZA, DEI PROFESSIONISTI (MMG, PLS) E DELLA COMUNITÀ EDUCANTE E DELLE FAMIGLIE ALL'INTERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
• **Conoscenza e informazione alla cittadinanza orientata alla prevenzione e all'individuazione del servizio/percorso adeguati** • **Compimento delle disposizioni previste dal DM 77/2022, in particolare per quanto riguarda il funzionamento delle Case di Comunità**	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Appropriatezza delle cure e governo della domanda	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**

Azioni di rafforzamento dell'**INFORMAZIONE DELLA CITTADINANZA E *EMPOWERMENT* DELL'UTENZA**:
• Rafforzare la presenza di **operatori di strada** per intercettare i comportamenti più a rischio e orientare gli utenti individuati;
• Sfruttare le strutture di orientamento e informazione presenti sul territorio, in particolare i PUA e gli sportelli attivi, ad esempio quello attivato dall'Associazione Nesi, per condividere il materiale informativo;
• Promuovere strategie di comunicazione su social condivise con gli utenti e che prevedano la collaborazione degli Enti e degli ETS; ad esempio, è stato suggerito di sfruttare l'iniziativa già in essere presso il centro diurno PROVIAMOCI, dove gli utenti già creano contenuti social condividendo testimonianze e informazioni sulle attività del centro, implementando la parte informativa e orientativa sui servizi in generale;
• Promuovere la figura del "paziente esperto" da coinvolgere nel PUA;
• Promuovere un maggiore coinvolgimento delle scuole tramite progetti educativi;
• Attivare sportelli di orientamento diffusi sul territorio, in particolare destinati a:
  ○ Promuovere una maggiore conoscenza ed informazione del fenomeno della marginalità e del disturbo psichiatrico, anche e soprattutto rivolto a potenziali utenti dei servizi per conoscere meglio le caratteristiche del disturbo a fornire gli strumenti per gestirlo;
  ○ Realizzare attività di pubblicità e informazione rivolte a tutta la cittadinanza orientate a sensibilizzare i cittadini rispetto ai percorsi di recovery e in generale all'importanza delle possibilità di re-integrazione nel tessuto sociale;
• Promuovere la conoscenza di strumenti di sostegno, come, in particolare, la figura dell'amministratore di sostegno.
	13

Azioni di **COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE COINVOLTE** per assicurare la corretta informazione reciproca e realizzare un'efficace informazione verso l'utenza: • Promuovere iniziative come l'Agorà della Salute per facilitare l'incontro tra operatori e professionisti di diversi ambiti e discipline; • Realizzare gruppi a geometria variabile per le attività di informazione sui servizi; • Istituire di un Tavolo permanente di monitoraggio per le attività di informazione, organizzato a gruppi a geometria variabile per assicurare un lavoro poliedrico sui percorsi diversi e complessi; • Prevedere una figura/ufficio preposto alle attività di coordinamento delle informazioni e comunicazione; • Realizzare un protocollo operativo di accesso ai servizi; • Riorganizzare le procedure di passaggio di consegne al momento di ingresso di nuove risorse (MMG, assistenti sociali, etc.) • Implementare percorsi di integrazione in pediatria.	**9**

Bisogno	
SALUTE MENTALE – MARGINALITA' **INCLUSIONE DEI GIOVANI CON CRITICITÀ LEGATE A SALUTE MENTALE E/O MARGINALITÀ NELLE REALTÀ RICREATIVE E DI SOCIALIZZAZIONE NON SPECIFICAMENTE DEDICATE**	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Sperimentazione di attività ricreative inclusive aperte a tutti e adatte ad accogliere le fragilità	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Azioni di **PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL DANNO**: • Realizzare interventi informativi orientati alla prevenzione dell'insorgere di comportamenti devianti e dipendenze e alla lotta allo stigma relativo ai fenomeni di marginalità e salute mentale; • Realizzare percorsi orientati all'informazione e alla prevenzione delle dipendenze e rivolti a tutta la cittadinanza, con progetti anche sui luoghi di lavoro; • Promuovere e realizzare progetti nelle scuole di educazione all'affettività, alla salute mentale e alle dipendenze (digitali, ludopatiche e da sostanze), dando continuità a quelli già attivi (ad esempio quelli realizzati da CEIS); • Promuovere lo sviluppo di iniziative da parte dei locali notturni che prevedono la presenza di operatori e la realizzazione di spazi riservati ai giovani che presentano lievi disturbi legati all'assunzione di sostanze/alcool (sala chill); l'iniziativa è attualmente attivata nello spazio The Cage.	**11**
Promozione di un **SISTEMA DI INCLUSIVITÀ DIFFUSA**: • Individuare associazioni e spazi per attivazione di convenzioni per la realizzazione di attività inclusive rivolte a tutti; • Promuovere una formazione diffusa agli operatori delle realtà che fanno attività per ragazzi; • Promuovere un maggiore coordinamento delle UF (SMA, SMIA, SERD) per la promozione di servizi, spazi e attività non stigmatizzanti. • Promuovere l'attivazione di progetti di socializzazione sul modello dell'esperienza *L'Amico di quartiere* realizzata da AVOFASAM e Associazione Nesi (cfr. sopra); • Dare continuità e replicare iniziative svolte dagli utenti dei servizi ma aperte alla cittadinanza, come l'iniziativa di letture ad alta voce realizzate dalll'UF SMA con cadenza mensile ai Bottini dell'Olio.	**10**

Azioni di **POTENZIAMENTO DELLE STRUTTURE DEDICATE** a tematiche specifiche, rivolte in particolare a un'utenza particolarmente critica o che attraversa un momento di acutizzazione della crisi, prestando tuttavia attenzione all'"effetto riserva indiana": • Promuovere lo sviluppo di progettualità come il progetto del Centro diurno PROVIAMOCI; • Realizzare centri diurni per ragazzi che consumano sostanze.	**8**

Bisogno	
MARGINALITA' - DISAGIO LAVORATIVO, ECONOMICO, ABITATIVO E COMPORTAMENTI A RISCHIO	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
• **Rafforzamento dei percorsi di accompagnamento nei termini di continuità e appropriatezza dei progetti (portandoli ad una durata di medio-lungo termine);** • **Integrazione delle politiche abitative e servizio sociale**	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Potenziamento dei **PERCORSI DI CO-HOUSING E ABITARE SUPPORTATO**: • Promuovere una maggiore informazione, soprattutto rivolta ai privati, per abbattere le paure connesse con la mancanza di garanzie "forti" presentate dalle persone che cercano casa in affitto; • Attivare convenzioni con associazioni e cooperative che mettono a disposizione appartamenti; • Aumentare il numero di convenzioni con i proprietari privati; • Promuovere l'attivazione di percorsi di abitare supportato e strutture di accoglienza sociale a bassa soglia.	**7**
Promozione di una **STRATEGIA "HOUSING FIRST"**, che pone la casa come punto di partenza per costruirsi una stabilità lavorativa ed economica: • Rafforzare e potenziare le attività e i servizi già in essere nell'ambito del diritto all'abitare; • Promuovere un maggior coordinamento tra gli uffici per monitorare, e rispondere laddove possibile, alle esigenze di revisione della normativa per l'accesso all'abitare (accesso alle abitazioni ERP per nuclei familiari di dimensioni variabili, contributi affitto, altre forme di sostegno all'accesso al diritto all'abitare anche in convenzione con i privati); • Promuovere lo sviluppo sul territorio di agenzie sociale per la casa, ai sensi della L.R. 13/2015.	**6**

Azioni di **SUPPORTO AI NUCLEI FAMIGLIARI**, sia per l'autonomia di adulti in difficoltà che per il sostegno ai famigliari di persone con disturbi psichiatrici e/o difficoltà di inserimento sociale/lavorativo: • Promuovere l'attivazione di gruppi di aiuto e sostegno al nucleo familiare, soprattutto davanti a carichi emotivi; • Attivare percorsi di supporto alla gestione del budget famigliare, sul modello di quelli realizzati dal SERD; • Rafforzare i percorsi in essere nell'ambito della salute mentale e assicurare una differenziazione e gradualità (residenziale, abitare supportato, eventuali rientri in famiglia etc.)	**6**
Azioni di ***EMPOWERMENT* DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI**: • Rafforzare i percorsi di inserimento e accompagnamento lavorativo e potenziare la figura del tutor di accompagnamento, incrementando le risorse sul territorio; • Incrementare la realizzazione di attività di valutazione e bilancio delle competenze individuali; • Potenziare l'offerta di corsi di formazione post-diploma sul territorio; • Potenziare la rete con le aziende del territorio per gli inserimenti lavorativi.	**4**

Bisogno	
MARGINALITA' - FRAGILITÀ DELLE RETI DI SOLIDARIETÀ NEI TERRITORI PERIFERICI DELLA ZONA LIVORNESE	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Rafforzamento delle reti di solidarietà e dell'accesso ai servizi nei territori periferici della Zona Livornese	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Promuovere la realizzazione di progetti radicati sul territorio, in particolare per quanto riguarda l'accompagnamento al lavoro e l'accesso all'abitare, sfruttando le attività e gli interventi già in corso e la presenza sul territorio degli ETS.	**16**

TAVOLO 2 – DISABILITÀ

Facilitatore: Daniele Mirani

Istituzioni	
Comune di Livorno	Caterina Tocchini
Comune di Livorno	Carletti Paola
USL TNO Coordinatrice UVMD Ass.soc.	Manfredi Rosa
USL TNO Ass. Soc. UVMD	Di Renzo Simone
USL TNO IFC Smia Livorno	Di Sacco Ilaria
USL TNO Ufficio di Piano	Vitelli Serena
UST TNO IFC Smia Livorno	Casella Cristina
Comune di Livorno	Ferrari Ilaria
Terzo settore	
ASS. PARKINSONIANI LIVORNESI ODV	Russo Giancarlo
THISINTEGRA SOC. COOP SOCIALE	Benassi Andrea
FONDAZIONE LUIGI SCOTTO	Bacci Alessia
Ass Comunico	Vitolo

Bisogno
AUMENTA LA PLATEA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (GRAZIE ALLA CRESCITA DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO)
Definizione
Crescono i numeri dei servizi sociali relativamente alle persone prese in carico (quasi 1.400 al 2024) e la complessità dei servizi dedicati Integrazioni: • Aumenta il numero di persone che chiedono informazioni sui servizi. • Aumento del numero di persone con disabilità che passano dalla Unità di Valutazione Multidimensionale/Multidisciplinare della Disabilità o Disagio (UVMD). • Aumento annuo delle richieste di servizi da adottare e contributi da erogare. • Crescita di bambini con sordità, pluridisabilità sensoriali da prima dell'infanzia. • Criticità comunicative non verbali contesti educativo e sociali. Aumento delle patologie croniche - degenerative nelle prese in carico dei pazienti.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
• **Rendere la presa in carico più sostenibile, coerente e mirata integrando gli aspetti sociali e sanitari. Differenziare i percorsi di presa in carico a seconda del tipo di patologie e della gravità.** • **Promuovere un cambio di paradigma culturale che riconosca la disabilità non come un limite individuale o un carico per le famiglie, ma come un tema di cittadinanza che investe l'intera collettività.**
Obiettivo PSSIR collegato
○ L'assistenza territoriale ○ Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione ○ Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Costruire un lavoro di rete stabile (MMG, scuola, servizi, ETS) che sostenga sia le persone sia i caregiver, soprattutto nei passaggi più critici. • Organizzare all'interno della scuola delle situazioni di confronto (momenti formativi) tra ETS, i Servizi, MMG, Scuola per guidare le famiglie e i caregiver sul percorso che dovranno sostenerei figli. • La scuola rappresenta solo una parte di un percorso, nel senso che questo tipo di approccio si potrebbe estendere anche nella fascia 0-6 in caso di situazioni particolarmente gravi e anche nella fascia 18+.	**9**
Coordinare meglio i "progetti di vita" e renderli più armonici/unici. Potenziare servizi precoci (anche per disabilità sensoriali) e rete sanità–scuola.	**5**

- Manca uno specialista della disabilità sensoriale (sordità) che dia indicazioni precise sul ventaglio di possibilità dal punto di vista diagnostico e riabilitativo.	
Migliorare l'integrazione delle informazioni tra il distretto, le associazioni, l'ordine dei medici (MMG). • Piano di comunicazione condiviso tra ETS, MMG, Comune, per poi creare materiale informativo cartaceo di facile lettura. È stata citata un'esperienza concreta finalizzata a diffondere informazioni circa i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeuci Assistenziali) riferiti alla malattia del Parkinson. • Distribuzione e coordinata delle informazioni attraverso tutti i soggetti coinvolti.	**4**
Potenziare la rete dei PUA (Punti Unici di Accesso). I PUA devono effettuare una presa in carico sociale e sanitaria che vada a definire percorsi tracciati secondo il tipo di malattia e la gravità della malattia stessa. • **Organizzare giornate sulla disabilità "festose",** cioè eventi a tema che coinvolgano la cittadinanza con un approccio ludico e coinvolgente con l'ausilio di spettacoli e concerti. L'nclusione passa dalla visualizzazione. Durante gli eventi la cittadinanza approfondisce il tema della disabilità e nello stesso tempo si danno invormazioni sui servizi. • Integrare questi eventi all'interno di manifestazioni esistenti come "Le notti dello sport" "Leggermente", "Giornate organizzate dalla "Folgore", Il Palio Marinaro. Un ruolo di coordinamento per organizzare queste iniziative lo potrebbe avere il Disability Manager (Comune di Livorno). • Lavorare sulla comunità per concretizzare il cambio di paradigma. L'inclusione passa attraverso il lavoro con le persone, bisogna "portare fuori".	**2**
Migliorare il sistema informativo dei PUA , renderlo più funzionale, chiaro, coerente e integrato sul modello dei "Community Center".	**2**

Bisogno
INCLUSIONE SOCIALE E SCOLASTICA - INSERIMENTO FORMATIVO-LAVORATIVO
Definizione
L'inserimento scolastico (ad oggi il 4,7 degli studenti della primaria e secondaria di I grado) è cresciuto ma diventa sempre più complesso il sistema di supporti. L'inserimento lavorativo e formativo è anch'esso cresciuto ma risente a volte di interventi frammentati e non strutturali.

Integrazioni:

- Difficoltà della scuola e del mondo del lavoro a sostenere l'elevato numero di persone da seguire, famiglie che faticano a orientarsi su orari/organizzazione, ostacoli nel trovare lavori "adatti", e discontinuità tra percorso scolastico, formazione e accesso al lavoro.
- In alcuni contributi emerge anche la fatica nel costruire aspettative realistiche e condivise (tra famiglie, servizi e contesti educativi/lavorativi), oltre a problemi pratici come il trasporto.

Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)

Creare/rafforzare reti operative tra scuola, servizi sociali/specialistici, Centro per l'Impiego, ETS e famiglie, attivate già durante le scuole superiori (uso qualificato dell'alternanza).

Obiettivo PSSIR collegato

- L'assistenza territoriale
- Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Lavorare sul tema della "consapevolezza" per aiutare le persone con disabilità a collocarsi in modo "saggio" nel mondo. • Consapevolezza potrebbe anche voler dire non non prendere assolutamente in considerazione il mondo del lavoro. Purtroppo ci sono delle situazioni per le quali è difficle poter immaginare un'inclusione lavorativa. Quindi potremmo pensare a percorsi organizzati tra le famiglie le persone con disabilità e gli ETS per capire se e quali percorsi lavorativi si possono intraprendere. • Bisogna creare situazioni nelle quali la persona si possa "pensare nel mondo" in modo svincolato dall'idea e dai desideri della famiglia. Un esempio è un progetto che è stato realizzato attraverso un finanziamento del Ministero della Disabilità. Il progetto era basato sul concetto di "avvicinamento" al mondo del lavoro. Cosa ti piace fare? Accompagnamento per intere giornate per capire i desideri della persona che magari ha desideri differenti da quelli della famiglia … Miglioramento della figura del Tutor. Formazione specifica per i tutor dei progetti di inserimento lavorativo.	**10**
Estendere la logica dell'Ufficio di Piano alle scuole (strumenti di raccordo continui, oltre gli adempimenti formali). Creare un ufficio di Paino ad hoc per lavorare sui progetti scolastici.	**6**
Mappare e coinvolgere nuove aziende/settori (non solo GDO) per tirocini/borsa lavoro coerenti con interessi e capacità.	**4**

- Occorre coinvolgere i centri per l'impiego - Puntare sulle aziende radicate sul territorio	
Attivare lo Sportello di Inclusione Lavorativa come hub integrato Comune–ASL–CPI, con ingaggio strutturato delle scuole.	**1**

Bisogno
DIFFICOLTA' DI CONOSCENZA E ORIENTAMENTO SUI SERVIZI DISPONIBILI
Definizione
Circolarità, adeguatezza e capillarità delle informazioni e raggiungibilità delle famiglie: una criticità che può generare disorientamento e senso di abbandono. Integrazioni: Difficoltà di orientamento che viene vissuto "come un fallimento" e si manifesta nella preoccupazione e nell'ansia di familiari che arrivano ai servizi con informazioni mancanti o errate (spesso attribuite anche al canale del medico curante). Alcuni contributi richiamano la disomogeneità delle informazioni nelle diverse sedi e il rischio di aspettative sbagliate. Compare anche l'idea che l'orientamento tardivo produca effetti concreti: persone che arrivano a laboratori e percorsi di autonomia in età adulta, invece che nella fase post-scolastica, quando sarebbe più utile e tempestivo.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Ridurre disorientamento, ansia e accessi tardivi ai servizi, garantendo informazioni più corrette, omogenee e capillari
Obiettivo PSSIR collegato
• Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Allineare e coinvolgere sistematicamente MMG/pediatri/specialisti nell'orientamento ai PUA/Punti Insieme.	**11**

Diffondere un vademecum disabilità anche online (diritti, servizi, contatti, percorsi), distribuito capillarmente (MMG, pediatri, scuole, ospedali, ambulatori, associazioni).	**6**
Potenziare i canali informali e prossimi al cittadino (patronati, ETS, social media), coordinati e alimentati con contenuti corretti dai servizi.	**5**
Fare della disabilità un tema di interesse generale (non "dei disabili"), per mobilitare risorse e favorire prevenzione e cultura inclusiva.	

Bisogno	
IMPREPARAZIONE DELLE FAMIGLIE	
Definizione	
Famiglie iperprotettive o non preparate possono diventare barriera all'accesso a percorsi/servizi e quindi all'inclusione e all'autonomia. Integrazioni: Nell'esperienza dei partecipanti spesso le famiglie faticano a essere consapevoli (a volte già nel rapporto con la scuola), che possono non fidarsi dei servizi o non aderire con continuità ai percorsi concordati, e che in alcuni casi non sono preparate ad affrontare diagnosi e gestione di condizioni complesse. Viene evidenziata anche la difficoltà, soprattutto in genitori anziani, di "affidarsi" a percorsi strutturati e la necessità di accompagnamento psicologico e comunicativo.	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Offrire/supportare percorsi di sostegno psicologico ed educativo (individuali e di gruppo) e creare centri/gruppi di ascolto e mutuo aiuto.	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Approccio **tempestivo finalizzato intercettare precocemente la domanda delle** famiglie (le necessità) e proporre un accompagnamento dedicato (es. tramite scuole/PUA). • Evitare di fornire consigli a chi non ha ancora maturato un certo bisogno, altrimenti si ottiene una reazione contrazia, le famiglie si chiudono sulla	**8**

difensiva. Evitare l'approccio proattivo: es. Test M-Chart a 18 mesi che genera più resistenze che adesioni. • Fornire sia percorsi educativi per le famiglie ma anche psicologici in particolare nei casi di disabilità sopraggiunte dopo traumi.	
Informare in modo chiaro su normative e strumenti (caregiver, riforma disabilità, progetto di vita).	**8**
Promuovere prassi di coinvolgimento della comunità (pari, classe, genitori, vicinato, associazioni) a sostegno quotidiano, oltre l'ora "erogata" dal servizio.	**5**

Bisogno
AUTONOMIA ABITATIVA
Definizione
Incentivare percorsi di autonomia abitativa è cruciale; serve potenziamento e accompagnamento, considerando anche difficoltà nel mantenimento dell'autonomia nel tempo. ***Integrazioni:*** Paura da parte delle famiglie di incentivare percorsi che sembrano troppo difficili: attenzione a barriere architettoniche e sostenibilità economica. Spesso le famiglie non colgono l'urgenza e la necessità di pianificare il futuro (con richiami espliciti al "dopo di noi", che alcune famiglie immaginano delegato a fratelli e sorelle).
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Rendere praticabili e continuativi percorsi graduali di autonomia abitativa e vita indipendente dando continuità ai progetti qualora finissero le risorse.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale • Transizione ecologica e politiche

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Creare centri diurni per i minori, con appoggio notturno in caso di scompenso familiare, con una declinazione socio-sanitari e strettamente sociale. • La parte più sociale è per l'aggregazione dei ragazzini che hanno problematiche sociali e la parte socio-sanitaria è per i ragazzi che hanno problematiche sanitarie. **E creare strutture residenziali per adulti con disabilità anche temporanea (che non sia RSD e RSA).** • Esempio la persona incidentata che magari ha necessità di una struttura residenziale a lungo periodo (un anno). *(Riformulato l'obiettivo)*	**15**
Promuovere cultura dell'autonomia, fare valutazioni periodiche e garantire continuità oltre la durata dei finanziamenti. Questioni di sostenibilità: • Continuità dei progetti oltre i finanziamenti: Progetti PNRR che necessitano di sostenibilità futura. • Compartecipazione proporzionale: utilizzo delle risorse economiche della persona con disabilità nel progetto di vita. • Responsabilizzazione economica: superamento del concetto: "tutto mi è dovuto" verso una compartecipazione tra risorse pubbliche e private.	**7**
Sperimentare co-housing a prezzi calmierati (coinquilinato misto: giovani, studenti, persone con disabilità), coinvolgendo pubblico e privato.	

TAVOLO 3 - INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIA

Facilitatrice: Claudia Casini

Istituzioni	
Comune di Livorno Coordinatrice Ass.soc. Area tutela	Passerai Laura
Comune di Livorno	Rachele Vitali
Dip Inf Ostetrico + TNO	Chellini Marzia
Comune di Livorno	Rosaspina Francesca
Ass. Soc. SMIA	Pupi Daniela
Comune di Collesalvetti	Agosta Elena
USL TNO - Responsabile UFSMIA	Nicola Artico
CRED Comune di Livorno	Testa Cecilia

Terzo settore	
CUORE LIBURNIA SOCIALE Soc. Coop	GASPERINI GIADA
IL SESTANTE SOLIDARIETA' APS	BARBATO DAMIANA
ASS. NESI COREA ODV	ROMBOLI STEFANO
ASS. SISTEMA FAMIGLIA APS	MORISCIANO ESTER
ASSOCIAZIONE COMUNICO	SARACINO GLORIA
RADICI ARCOBALENO APS	GALLI LISA

Bisogno
CRESCITA DELL'INSTABILITÀ FAMILIARE, ASSOTTIGLIAMENTO DELLE RETI FAMILIARI, NUOVE MODALITÀ FAMILIARI
Definizione
L'aumento di separazioni e divorzi (spesso con conflittualità) e la diminuzione dei componenti delle famiglie assottigliano le reti di supporto familiare, primo baluardo del welfare Integrazioni: • Spesso c'è una differenza di genere nella distribuzione del carico • Il fenomeno è reso più complesso dai casi sempre più frequenti di famiglie omo-genitoriali e in generale dell'esistenza di pluralità di tipologie di famiglie. • Anche le reti di supporto sociale e la comunità educante sono spesso troppo deboli per sopperire alla fragilità familiare o, in alcuni casi, del tutto assenti. • Spesso le famiglie assottigliate e fragili non sono consapevoli di avere dei bisogni che invece risultano evidenti
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione dell'instabilità familiare attraverso interventi di prevenzione, rinforzo della consapevolezza genitoriale, della genitorialità positiva e delle relazioni comunitarie significative, prima che il bisogno di aiuto diventi bisogno di presa in carico.
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • L'assistenza territoriale

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti

Azioni di sostegno alla **GENITORIALITÀ** • In generale su educazione affettiva, acquisizione competenze nella gestione del conflitto, consapevolezza del significato di avere un figlio (favorire stile relazionale più sano e funzionale) • Nei momenti del ciclo di vita familiare in cui per varie cause (perdita di lavoro, vitto, giovane età, cittadini stranieri) i genitori non sono in grado di supportare i figli. • Azioni di rinforzo alla genitorialità maschile • Programma (metodo) PIPPI • Valorizzazione delle educatrici dello 0-6, che fanno anche formazione obbligatoria • Utilizzo dei *peer* anche tra adulti • Supporto alle famiglie con figli con disabilità anche non verbali	**12**
Utilizzare un **APPROCCIO DI PROSSIMITÀ** (per evitare l'istituzionalizzazione che crea distanza) e arrivare a chi ha davvero bisogno ma che invece non coglie le opportunità offerte: • non grandi progetti con attività e obiettivi predefiniti, ma **piccoli progetti** che avvicinino le persone e le famiglie e creino contesti di socializzazione generativi, valorizzando gli ETS. • Promozione di **eventi** non tematici che diventino occasioni di socializzazione e aggancio delle famiglie; presenza dei servizi durante eventi sportivi e feste di quartiere per parlare di genitorialità e altri temi significativi in contesti informali. • Sviluppare un **vicinato** solido di quartieri o comunque molto capillare Sostenere l'apertura e/o il rafforzamento dei **servizi post-scuola** a partire dall'ampiamento dell'orario dei nidi e delle scuole	**9**
RAFFORZAMENTO E SUPPORTO ALLE RETI SOCIALI di "adulti pensanti", ovvero consapevoli e capaci di regolare le proprie emozioni offrendo modelli positivi ai bambini e ai ragazzi. Bisogna investire su docenti e altre figure scolastiche chiave (es. psicologi scolastici), allenatori sportivi, leader delle comunità straniere…	**5**
Percorsi di **GESTIONE DEL CONFLITTO** • con i genitori durante la separazione. La coppia con figli che si separa dovrebbe essere sempre gratuitamente accompagnata nella gestione delle proprie emozioni e su come queste interferiscono sui figli; • con coppie in conflitto anche in prevenzione, prima della separazione, magari dopo segnalazione di scuole, società sportive… • a scuola sia per genitori che per bambini, perché è importante imparare a litigare fin da piccoli. Esistono delle proposte nel programma scuola-città sul tema ma non sono state richieste dalle scuole quanto auspicabile.	**2**

RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DELLE ETS • Mappatura dei progetti attivi sul territorio sia per la costruzione e rinforzo delle reti sul territorio (obiettivo interno – nascita di relazioni tra associazioni) che per far conoscere all'esterno quali possibilità ci sono nel territorio di prossimità. Inclusione nella rete delle educatrici dello 0-6. • Creazione di momenti e spazi di confronto e supervisione che le istituzioni dedicano al terzo settore, per "aiutare chi aiuta", cioè accompagnare e rafforzare la gestione di casi complessi non gestiti direttamente dai servizi ma delegati a docenti o educatori. E' necessario superare i problemi di privacy.	**0**

Bisogno	
POVERTA' EDUCATIVA	
Definizione	
Gli indicatori di disagio scolastico indicano una quota di studenti in ritardo nel ciclo di studi. Possibili conseguenze in termini di dispersione scolastica e fenomeno NEET (forte differenza italiani/stranieri, che si sta riducendo grazie alle II generazioni)	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Transizione ecologica e politiche territoriali	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS • Creazione di una rete tra istituzioni scolastiche, servizi e terzo settore come luogo in cui far crescere i bambini che non hanno possibilità all'interno della famiglia. La Conferenza Zonale, con USP/USR, sta lavorando ad un Patto Educativo di Comunità. • Mappatura e sostegno alle realtà che offrono dopo-scuola e in generale spazi de-scolarizzati che offrono opportunità di ferse a ragazzi in povertà educativa. • Promozione del modello delle scuole-aperte, che il pomeriggio diventano centri di aggregazione e offerta culturale di prossimità. • Valorizzazione dei laboratori PEZ e del programma scuola-città.	**14**

Cfr azioni sulla **PROSSIMITÀ**	**7**
Azioni sui docenti perché serve una rivoluzione nel merito e nel metodo didattico, anche se si è già fatto molto. Bisogna lavorare su: • Ascolto emotivo dello studente VS approccio prestazionale; • Personalizzazione dei percorsi scolastici e valorizzazione delle abilità, potenzialità e interessi personali; • Focus sulle scuole superiori.	**5**
Azioni sui ragazzi	**1**
Gestire meglio le neuro-divergenze a scuola e le difficoltà linguistiche per i ragazzi NAI, perché queste condizioni non sono di per sé sinonimo di povertà educativa ma purtroppo spesso la possono aggravare. Azioni verso i NEET (es. partecipazione a corsi di formazione)	
Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**1**

Bisogno
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)
Definizione
Aumentano i minori presi in carico dal servizio sociale (oltre 1.500 al 2024) e gli interventi per minori in famiglia e fuori famiglia (affidamenti, in struttura, educativa domiciliare, maltrattamenti, etc) Integrazioni: • Spesso si trovano situazioni con donne (molte volte straniere, ma non solo) che devono affrontare un carico permanente importante e necessitano del supporto; è un problema che spesso si ritiene connesso alla poca alfabetizzazione o a situazioni di violenza. • Bisogna misurare meglio il fenomeno dei minori (e donne) vittime di violenza assistita • È necessario misurare l'aumento dei minori che entrano nel circuito penale e, nei casi più gravi, arrivano alla detenzione, aumentando anche l'uso della giustizia riparativa
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Diminuzione del disagio di minori e famiglie

Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: “Health in all policies” • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione	
Programmi/interventi (per raggiungere l’obiettivo)	**Voti**
Azioni mirate contro il **ritiro sociale volontario**, fenomeno esploso dopo il covid e preoccupante difficile da far emergere e intercettare anche per i servizi sociali.	**15**
Azioni di promozione dell’istituto dell’**affido**, sostegno alle famiglie affidatarie e ai ragazzi dopo i casi di fallimento.	**4**
Rinforzo per ragazzi con **Bisogni Educativi Speciali** con famiglie non competenti	**3**
Azioni per i **minori nel circuito penale** anche tramite la giustizia riparativa minorile	**2**
Azioni di advocacy e **tutela del diritto alla salute dei minori stranieri** anche in assenza di documenti	**2**
Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**2**

Bisogno
STILI DI VITA GIOVANILI A RISCHIO
Definizione
Criticità nel consumo di alcol, sostanze psicotrope, psicofarmaci non prescritti, incidentalità, comportamenti violenti, nuove dipendenze (azzardo, dipendenze digitali). Integrazione - I genitori non percepiscono questo rischio.
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)
Promozione di stili di vita sani attraverso la valorizzazione dei giovani e la creazione di spazi di ascolto
Obiettivo PSSIR collegato
• Promuovere la salute in tutte le politiche: “Health in all policies” • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione

Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	Voti
Coinvolgere i ragazzi in **ESPERIENZE DI GRUPPO INCLUSIVE** anche verso la disabilità e che non prevedano la competizione: • attività di convivenza e di gioco che generino loro piacere e appagamento ma senza bisogno di sostanze (es. settimane in barca, scoutismo, contatto con la natura, artigianato…) e valorizzino il territorio; • attività sportive non agonistiche anche di squadra e anche dopo i 16 anni;	**9**
COINVOLGIMENTO DEI RAGAZZI STESSI nella espressione dei loro bisogni e nella ricerca di soluzioni ad esempio • attraverso la valorizzazione dei ragazzi che fanno il servizio civile volontario o i ragazzi volontari in associazioni di cura (es. SVS, Pubblica assistenza)	**8**
• attraverso l'utilizzo del modello dei peer, che è già utilizzato e sembra funzionare molto bene Attenzione a sfruttare al meglio i progetti europei.	
DIPENDENZA DIGITALE Servono informazioni nei corsi pre-parto e nello 0-3, e poi per i ragazzi più grandi servono "patti digitali" tra famiglie facilitati da un dialogo tra USL e scuole.	**8**
COMUNICAZIONE Investire su un piano di comunicazione dei servizi socio-sanitari mirato al target giovanile (es. pagina IG del consultorio)	**2**
RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS • Mappatura dei luoghi di aggregazione, promozione di attività culturali e artistiche con e per i giovani. Presenza di operatori di luoghi frequentati da ragazzi - abitare i loro spazi. Reti capillari di educazione di strada • Mappatura della presenza dei servizi in contesti scolastici con interventi sull'affettività sugli stili di vita ecc. Presenza di educatori nelle scuole che possano coadiuvare i professori nell'intercettare sacche di disagio giovanile e che sostengano la prevenzione.	**1**
Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla **GENITORIALITÀ**	**0**

TAVOLO 4. RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE e INTEGRAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Facilitatore: Massimiliano Faraoni

Istituzioni	
Comune di Livorno	Totaro Carmela
Comune di Livorno	Tiso Paolo
Ico riabilitazione funzionale zone Pisana, Livornese, AVC VDE	Voccia Gennaro
Infermieristica Territoriale FQS Facilitatore Qualità e Sicurezza	Minello Barbara
Coordinatori AFT Medicina Generale	Maranto Rosa
Coordinatore MMG Livorno	Angeletti Massimo
UF cure palliative	Laura Cardone
Comune di Collesalvetti	Crespolini Andrea
Terzo settore	
Confr. MISERICORDIA di Vicarello ODV	BELLI ANTONIO
PUBB. ASSIS. COLLESALVETTI ODV	SIRACUSA ADRIANA
AVO Associazione Volontari Ospedalieri	
COOP SOCIALE SENEX	BRACCI ELEONORA
COOP SOCIALE SENEX	FINCATO LETIZIA
ASS. ARIANNA	VOLPE VALERIA
Comitato aziendale di partecipazione	COSIMI MARIA LINA
COOP SOCIALE ELLEUNO	MONTAGNANI ROMINA

Bisogno	
INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/LUOGHI DI ACCESSO	
Definizione	
L'orientamento del cittadino/utente/paziente, anche per l'utilizzo consapevole e appropriato del sistema servizi (empowerment della cittadinanza – Comunità consapevole)	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi Obiettivi specifici: i) Accesso appropriato ai servizi; ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche di inclusione • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete	**10**
Momenti di formazione interprofessionale	**7**
Formazione agli ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatore della conoscenza)	**4**
Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale	**3**
Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico	**2**
Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment delle nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie)	**1**

Strutturazione del PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS	**1**
Progettualità specifica su mappatura servizi/comunicazione, sotto la guida di un soggetto esterno specializzato in comunicazione e con il coinvolgimento dei servizi (Piano di comunicazione)	**1**
Diffusione di cultura sanitaria: lavorare sulla "percezione" del bisogno (bisogni vs desideri) e sul tema dei bisogni indotti (es. ipertrofia dei bisogni del corpo), contrastando l'idea di sanità "modello amazon"	**1**

Bisogno	
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E PRESCRITTIVA…ACCOMPAGNATA AD UN CAMBIAMENTO CULTURALE DA PARTE DELLA CITTADINANZA VERSO IL CONCETTO DI SALUTE	
Definizione	
coniugare l'appropriatezza diagnostica e prescrittiva con un sensibile cambiamento culturale da parte della cittadinanza (concetto salute e dei determinati, approccio consapevole e appropriato, etc)	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
Obiettivo: Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Appropriatezza delle cure e governo della domanda • Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico"	**13**
Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia)	**9**
Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico	**5**

Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)	**3**

Bisogno	
RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ	
Definizione	
Costruzione partecipata dei contenuti delle case della Comunità (servizi aggiuntivi, ruolo del Terzo settore, etc), al di là e oltre quanto previsto dal PNRR, come luogo dell'integrazione sanitaria e sociale	
Obiettivo (cambiamento auspicato e realistico)	
i) Implementazione Case della Comunità; ii) Potenziamento della presa in carico integrata; iii) Costruire welfare generativo	
Obiettivo PSSIR collegato	
• Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies" • Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, le cure di transizione, la riabilitazione, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti • Appropriatezza delle cure e governo della domanda	
Programmi/interventi (per raggiungere l'obiettivo)	**Voti**
Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all'interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell'interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato	
Alleanza pubblico/terzo settore	

Laboratorio di restituzione degli esiti del percorso di co-programmazione - 24.2.26

LO SVOLGIMENTO DEL LABORATORIO

Il QUARTO incontro di co-programmazione si è svolto martedì 24 Febbraio 2026 presso il Cisternino di città a Livorno dalle 14.30 alle 18.00.

All'incontro hanno partecipato sia le istituzioni locali che gli Enti del Terzo Settore che hanno preso parte al percorso.

Il pomeriggio è stato così organizzato:

- Registrazione dei partecipanti
- Plenaria di presentazione degli esiti del percorso
- Interventi dei partecipanti

La prima parte dell'incontro, in plenaria, è servita a illustrare i risultati del percorso di co-programmazione, esponendo per ogni tavolo di lavoro la filiera bisogni di salute-obiettivi di salute-azioni-priorità costruita nei tre laboratori precedenti. Sono poi seguiti interventi delle istituzioni di commenti ai risultati del percorso e, infine, alcuni interventi dei partecipanti.

Di seguito i punti toccati nel corso della presentazione

La restituzione di oggi

> **Plenaria**

- Saluti iniziali
- Presentazione delle principali evidenze del percorso
- Considerazioni di USL TNO (Zona Distretto) e Comuni alla chiusura del percorso
- Interventi dei partecipanti sui risultati dei Tavoli di lavoro (**NB** 2-3 minuti a intervento su argomenti strettamente connessi ai risultati dei Tavoli di lavoro)

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	*OBIETTIVO/I*	*AZIONI E PRIORITÀ*
INFORMAZIONE ADEGUATA E CAPILLARE SUI SERVIZI PRESENTI SUL TERRITORIO E MODALITÀ/ LUOGHI DI ACCESSO	**Obiettivo generale: Accesso consapevole e informato al sistema dei servizi** **Obiettivi specifici: i) Accesso appropriato ai servizi; ii) Miglioramento della conoscenza dei servizi offerti e dei nodi della rete (diffusione esterna e interna della conoscenza)**	**1. Mappatura dei percorsi/servizi e dei nodi della rete** **2. Momenti di formazione interprofessionale** **3. Formazione a ETS (crescita degli ETS e loro ruolo di moltiplicatori di conoscenza)** **4. Stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale** **5. Riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico** **6. Formazione sulla salute all'interno dei percorsi scolastici (empowerment nuove generazioni e loro ruolo di divulgazione di conoscenza verso le famiglie)** **7. Strutturazione PUA multiprofessionale, con la collaborazione degli ETS**

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E PRESCRITTIVA...E UN CAMBIAMENTO CULTURALE DA PARTE DELLA CITTADINANZA VERSO IL CONCETTO DI SALUTE	Governo della domanda attraverso la crescita di cultura della salute (lato cittadinanza e lato professionisti/ operatori) e dell'appropriatezza della cura (comunità consapevole)	1. Superare l'approccio "orientamento alla prestazione", verso il concetto di "presa in carico" 2. Ri) Considerazione dei fattori "distorsivi" dell'utenza (ansia, paura, sfiducia) 3. Lavorare sulla riacquisizione di autorevolezza da parte del servizio pubblico 4. Contrastare l'inappropriatezza generata dai sistemi esterni (che seguono altri parametri, come ad esempio il guadagno attraverso la sanità come prodotto) che generano distorsioni (es. medicina difensiva)

Tavolo «Riorganizzazione sanità territoriale»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
RUOLO E CONTENUTI DELLE CASE DELLA COMUNITÀ	i) Implementazione Case della Comunità; ii) Potenziamento della presa in carico integrata; iii) Costruire welfare generativo	Meta progetto per definire rapporti e ruoli tra pubblico e terzo settore all'interno delle Case della Comunità (cornice e regole dell'interazione) e successivo sviluppo di progettualità sulle varie tematiche di salute [NB la sfida è evitare di fare un condominio -> non basta una stanza per gli ETS nelle CdC per fare integrazione, serve un disegno definito, condiviso e formalizzato] Alleanza pubblico/terzo settore

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
CRESCITA DELL'INSTABILITÀ FAMILIARE, ASSOTTIGLIAMENTO DELLE RETI FAMILIARI, NUOVE MODALITÀ FAMILIARI	Diminuzione dell'instabilità familiare attraverso interventi di prevenzione, rinforzo della consapevolezza genitoriale, della genitorialità positiva e delle relazioni comunitarie significative, prima che il bisogno di aiuto diventi bisogno di presa in carico.	1. Azioni di sostegno alla GENITORIALITÀ 2. Utilizzare un APPROCCIO DI PROSSIMITÀ (per evitare l'istituzionalizzazione che crea distanza) e arrivare a chi ha davvero bisogno ma che invece non coglie le opportunità offerte 3. RAFFORZAMENTO E SUPPORTO ALLE RETI SOCIALI di "adulti pensanti" 4. Percorsi di GESTIONE DEL CONFLITTO 5. RINFORZO E PUBBLICIZZAZIONE DELLE RETI ISTITUZIONALI E DEGLI ETS

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
POVERTA' EDUCATIVA	Diminuzione della povertà educativa agendo sia sulle famiglie che direttamente sui bambini e ragazzi	1. Rinforzo e pubblicizzazione delle reti istituzionali e degli ETS 2. Cfr azioni sulla PROSSIMITÀ 3. Azioni sui docenti 4. Azioni sui ragazzi 5. Azioni sugli adulti e sulle famiglie Cfr azioni sulla GENITORIALITÀ

Tavolo «Infanzia, adolescenza e famiglie»

TEMA/BISOGNO	OBIETTIVO/I	AZIONI E PRIORITÀ
DISAGIO DI MINORENNI E FAMIGLIE (FATTORE GENITORIALITÀ)	Diminuzione del disagio di minori e famiglie	1. Azioni mirate contro il ritiro sociale volontario, fenomeno esploso dopo il covid e preoccupante difficile da far emergere e intercettare anche per i servizi sociali. 2. Azioni di promozione dell'istituto dell'affido, sostegno alle famiglie affidatarie e ai ragazzi dopo i casi di fallimento 3. Rinforzo per ragazzi con Bisogni Educativi Speciali con famiglie non competenti 4. Azioni per i minori nel circuito penale anche tramite la giustizia riparativa minorile 5. Azioni di advocacy e tutela del diritto alla salute dei minori stranieri anche in assenza di documenti 6. Cfr azioni sulla GENITORIALITÀ

PROGRAMMAZIONE OPERATIVA ANNUALE

INTRODUZIONE

La Programmazione Operativa Annuale 2026 e la costruzione dell'albero della programmazione sono stati realizzati attraverso il sistema informativo per la programmazione messo a disposizione da Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana: https://proweb.toscana.it/.

L'albero della programmazione è composto dagli **Obiettivi di salute zonali** (già esplicitati nel paragrafo LINEE STRATEGICHE E OBIETTIVI DI SALUTE contenuto nel Dispositivo di Piano e collegati agli obiettivi regionali del PSSIR), dai **Programmi di attività** e dalle **Schede attività** (i servizi, gli interventi e i progetti sul territorio).

L'ALBERO DELLA PROGRAMMAZIONE: OBIETTIVI DI SALUTE, PROGRAMMI E SCHEDE DI ATTIVITÀ

Di seguito lo schema dell'albero della programmazione della Zona Livornese.

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
Presa in carico globale della persona	SEUS Zona Livornese	Servizio di pronto intervento sociale QSFP_LEPS 2.6_ SEUS	SA	Pronto intervento sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Servizio SEUS	SA	Pronto intervento sociale	Altro tipo di gestione	117.138,00 €	-
	Riorganizzazione dei percorsi e dei processi nella sanità territoriale	Promozione e rafforzamento delle attività degli enti del Terzo Settore	SA	Integrazione sociale	Comune forma singola	30.000,00 €	-
		Rafforzamento dei Punti Unici di Accesso	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	20.000,00 €	-
		Rete Consultoriale: attuazione linee di indirizzo regionale (DGR 674/23)	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		Progettare Case della Comunità secondo indicazioni del DM77	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	-	PNRR
		Organizzazione della Continuità Assistenziale a livello aziendale secondo le linee guida del DM77	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA E INTEGRATA	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	1.590.000,00 €	PNRR
		CONSOLIDAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELLA AFT	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		Omogeneità dei percorsi e dei consumi dei MMG a livello territoriale del materiale dell'assistenza integrativa	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		RAFFORZAMENTO PERCORSO ASSISTENZA DI CONTINUITA' OSPEDALE E TERRITORIO	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		L'attuazione del modello di Infermiere di Famiglia e Comunità	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	PNRR
		Attivazione dei percorsi di community building nel territorio livornese per rafforzare l'integrazione socio-sanitaria	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
	Assistenza sanitaria di base	ASSISTENZA PEDIATRICA DI BASE: promozione dell'adesione dei Pediatri al programma delle vaccinazioni.	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		ASSISTENZA PEDIATRICA DI BASE: adeguata copertura territoriale.	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
	Invecchiamento attivo	INVECCHIAMENTO ATTIVO: attivazione della DGRT 903/2017	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
	Assistenza farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica Medicina Generale.	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
	Sanità d'iniziativa	SVILUPPO DELLA SANITA' DI INIZIATIVA SECONDO LA DGRT 906/2017	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		CONSULENZA FISIATRICA E GERIATRICA NEL TERRITORIO	CP	Assistenza territoriale	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
	Attività di contrasto alla cronicità dalla fase acuta in SPDC alla presa in carico nei CSM	Rafforzamento lavoro multidisciplinare nell'ambito della Salute Mentale	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		GRUPPI AUTO AIUTO	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Abitare
		SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA-RICOVERI OSPEDALIERI	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	564.000,00 €	Budget di salute
		RETE SEMIRESIDENZIALE	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	1.907.432,00 €	Budget di salute, Abitare
		RETE RESIDENZIALE	SS	Salute mentale - Adulti	AUSL gestione diretta	1.695.829,00 €	-
	Cure palliative	Implementazione servizio di cure palliative domiciliare e ambulatorio	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	247.500,00 €	Budget di salute
		AVVIO "GENOM"	CP	Cure palliative	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
Rafforzare l'integrazione sociosanitaria	Rafforzare sistema dei servizi per non autosufficienza e disabilità	Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliare (AZIENDA USL) M.5C.2 I.1.1.3.	SS	Azioni di sistema Socio-Sanitario	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	PNRR
		Autonomia degli anziani non autosufficienti_M5C2I1.1.2.	SS	Disabilità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	PNRR
		Un piano comunale contro la solitudine e per la socialità	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Comune forma singola	-	Stile di vita
		SERVIZI SOCIALI DI SOLLIEVO - PRONTO BADANTE	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	413.481,00 €	Budget di salute
		DOPO DI NOI	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	311.682,00 €	Budget di salute
		In Aut Indipendenza e autonomia	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	160.000,00 €	Budget di salute
		RSA - Accordo DRGT 995/2016 - Quota sanitaria	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	8.385.648,00 €	Budget di salute
		Centri diurni sociosanitari per anziani non	SS	Non Autosufficienza	Altro tipo di	8.385.648,00 €	Budget di salute

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		autosufficienti			gestione		
		INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FUNZIONE ASSISTENZIALE DOMICILIARE PER PERSONE AFFETTE DA SLA	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	215.000,00 €	-
		Fondazione Casa Cardinal Maffi - inserimenti residenziali in RSD Santa Caterina e Il Germoglio e semiresidenziali in CD Il Mosaico	SS	Disabilità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	2.673.386,00 €	Budget di salute
		Comunità Alloggio protette per persone adulte con disabilità (CAP)	SS	Disabilità	Altro tipo di gestione	2.284.106,00 €	Budget di salute
		SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, DISABILI E ANZIANI	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Centri Diurni per persone con disabilità	SS	Disabilità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	2.284.106,00 €	Budget di salute
		Tutti a scuola	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	15.000,00 €	Budget di salute
		Attività - progetto AMIBUS 4 - Sostegno ai servizi di cura domiciliare	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	1.461.245,00 €	FSE +
		PERCORSI DOMICILIARI PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	1.380.200,00 €	Budget di salute
		Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	330.000,00 €	PNRR
		Percorsi di autonomia per persone con disabilità	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	715.000,00 €	PNRR
		Vita Indipendente	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	3.449.485,00 €	FSE +
		Contributo Care Giver	SS	Disabilità	AUSL gestione diretta	15.000,00 €	Budget di salute
		RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI PER LA DEMENZA	SS	Non Autosufficienza	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Servizi Residenziali per Anziani	SS	Non Autosufficienza	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		Assistenza Domiciliare Anziani	SA	Interventi volti a favorire la domiciliarità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
	PERCORSI COT: CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	Cure Intermedie	CP	Azioni di sistema Cure primarie	AUSL gestione diretta	1.800.000,00 €	Budget di salute
	Salute mentale Infanzia e Adolescenza	L'INCLUSIONE DELLE PERSONE CON IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	145.205,00 €	Stile di vita
		CONTINUITÀ DELLE CURE NEL PASSAGGIO ALL'ETÀ ADULTA	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		QUALIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PSICOLOGICO RIABILITATIVA AI MINORI ABUSATI (PROGETTO ABUSI)	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	44.000,00 €	-
		OTTIMIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELLA DOTAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E INTERMEDIA PER MINORI - Villa Porcelli	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		Terapeutica e riabilitativa CD Il Delfino	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	1.040.000,00 €	Budget di salute, COVID, Stile di vita
		Terapeutica Riabilitativa Residenziale esterna	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	580.000,00 €	COVID, Budget di salute, Abitare, Stile di vita
		Strategie visive per minori con gravi disabilità	SS	Salute mentale - Minori	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
Contrasto delle diseguaglianze di salute e sociali	Contrasto della povertà ed alte marginalità sociali	QSFP_LEPS 2.2._Sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		QSFP_LEPS 2.1._Tirocini di inclusione sociale	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Povertà
		Housing First M.5 C.2 I.1.3.1.	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Comune forma singola	-	PNRR
		Assegno di Inclusione	SA	Integrazioni al reddito	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Povertà

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		RIDUZIONE DEL DANNO E CONTRASTO DELLA GRAVE EMARGINAZIONE SOCIALE	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	180.607,00 €	Povertà
	Tutela dell'infanzia e della famiglia	QSFP LEPS 2.4. Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare	SA	Integrazione sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		PROMOZIONE DEI SERVIZI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'	SA	Servizio sociale di supporto	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini M5C2I1.1.1.	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	211.500,00 €	PNRR
		Progetto Care Leavers	SA	Integrazione sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Abitare, Povertà
		Centro per le Famiglie	SA	Prevenzione e sensibilizzazione	Comune forma singola	62.080,00 €	-
		UNITA' LOCALE TUTELA MINORI (ULTM)	SS	Salute mentale - Minori	Convenzione socio-sanitaria - gestore Azienda Sanitaria (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Presa in carico integrata dei minori e delle loro famiglie in situazione complessa di vulnerabilità attraverso l'Unità Locale Tutela Minori)	CP	Materno-infantile	SdS gestione diretta	Zero risorse	-
		"DesTEENazione-Desideri in azione"	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	Comune forma singola	-	-
	Integrazione sociale della disabilità	Percorsi di autonomia per persone con disabilità M.5 C.2 I.1.2.	SS	Disabilità	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	PNRR
		VALORIZZAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE AI DISABILI	SA	Integrazione sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
Rafforzare la prevenzione e la promozione della salute	CONTRASTO VIOLENZA DI GENERE	TEAM MULTIDISCIPLINARI DI ZONA PER LA VIOLENZA DI GENERE NEI CONSULTORI (DGRT 1260/2016)	VG	Azioni di sistema Violenza di genere	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Violenza di genere
		APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA NAZIONALI "PERCORSO DONNA" DPCM 24/11/2017	VG	Accoglienza e ascolto	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Contrasto della teen dating violence	VG	Accoglienza e ascolto	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
	Tutela della salute della donna e dell'area materno-infantile	Comunità Amica dei Bambini e delle Bambine	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		Sostegno alla genitorialità	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		SVILUPPO PERCORSO CONTRACCEZIONE E TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		MODALITÀ OMOGENEE DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E APPROPRIATEZZA PER L'EQUITÀ DI ACCESSO NEL PERCORSO NASCITA	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ CONSULTORIALI E CORRETTO INVIO DEI FLUSSI	CP	Materno-infantile	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Budget di salute
		Sessualità e affettività nei giovani	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
	Contrasto alle dipendenze	PERCORSO ASSISTENZIALE SEMIRESIDENZIALE PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	SS	Dipendenze senza Sostanze	Altro tipo di gestione	12.000,00 €	GAP
		PERCORSO ASSISTENZIALE SERD GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	SS	Dipendenze senza Sostanze	AUSL gestione diretta	Zero risorse	GAP
		PERCORSO ASSISTENZIALE SERD PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		PERCORSO ASSISTENZIALE SEMIRESIDENZIALE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE	SS	Dipendenze con Sostanze	Altro tipo di gestione	200.000,00 €	-
		PROGETTO MIG (MEDIA INTENSITA' DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO, IAD- INTERNET ADDICTION DISORDER/DIPENDENZA DA INTERNET –Operatori indoor e outdoor nei servizi e sul territorio	SS	Dipendenze senza Sostanze	AUSL gestione diretta	68.111,00 €	GAP
		Slow Life 2.0	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	78.750,00 €	GAP
		Vinciamo insieme contro l'azzardo	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	129.291,00 €	-
		ATTIVITA' SOCIO-RIABILITATIVA DOMICILIARE/ borse lavoro	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	10.200,00 €	Povertà

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
		SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE GIOVANILE: progetti di riduzione del danno	SS	Dipendenze con Sostanze	AUSL gestione diretta	60.000,00 €	Stile di vita
		PERCORSO ASSISTENZIALE RESIDENZIALE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE	SS	Dipendenze con Sostanze	Altro tipo di gestione	Zero risorse	-
		PERCORSO ASSISTENZIALE RESIDENZIALE PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	SS	Dipendenze senza Sostanze	Altro tipo di gestione	20.000,00 €	GAP
	Scuole che Promuovono Salute	Benessere a scuola	PR	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	AUSL gestione diretta	Zero risorse	-
		IL MONDO E GLI ALTRI ANIMALI	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
		UN MARE DI AMICI	PR	Azioni di sistema Prevenzione e promozione	AUSL gestione diretta	Zero risorse	Stile di vita
Inclusione sociale e lotta alla povertà	Misure di contrasto alla povertà_Assegno Di Inclusione e simili condizioni di svantaggio	INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ	SA	Servizio sociale di supporto	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Povertà
		Dispositivi connessi all'Assegno Di Inclusione	SA	Integrazioni al reddito	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Povertà
		Segretariato Sociale_QSFP_LEPS3	SA	Segretariato sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Rafforzamento del servizio sociale professionale QSFP_LEPS1	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Serivzi di mediazione culturale_QSFP_LEPS 2.5	SA	Integrazione sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
		Gruppo adulti multiproblematici - GAM	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	Povertà, Abitare

Obiettivo	Programma	Titolo attività	Area	Settore Prevalente	Modalità di gestione	Risorse	Argomenti
	PNRR_Missione 5	M5C2I1.1.4. Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno dei burn out tra gli operatori sociali	SA	Azioni di sistema Socio-assistenziale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	PNRR
		Sicurezza Integrata - Percorsi di rigenerazione sociale e culturale	SA	Integrazione sociale	Comune forma singola	-	Stile di vita, Povertà, Immigrazione
	progetti SAI	Sviluppo del sistema SPRAR	SA	Integrazione sociale	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	616.000,00 €	Immigrazione
		MIGLIORAMENTO SERVIZI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E INTERMEDIA PER MINORI	SA	Strutture comunitarie residenziali	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	-	-
	Programma Senza dimora	Stazioni di Posta M5C2I1.3.2.	SA	Servizi di supporto	Convenzione socio-sanitaria - gestore Comune Capofila (Art. 70bis lr.40/2005)	370.000,00 €	PNRR
	S.TA.R	S.TA.R	SA	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Comune forma singola	-	FSE +