

Obiettivi di salute

Elenco obiettivi di salute

1	O2 Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità
2	O3 Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)
3	O1 Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita
4	O4 Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)
5	O5 Obiettivi trasversali

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Titolo obiettivo di salute
1	O2 Assistenza territoriale integrata e presa in carico della cronicità

Collegamento con lo PSSIR

Coerente con gli indirizzi su nuovi modelli di cura, gestione cronicità, appropriatezza e continuità ospedale-territorio.

Obiettivi generali

OG2. L'Assistenza Territoriale, OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione

Fattore di crescita

FT6. Supportare le politiche per la salute attraverso il rafforzamento delle attività internazionali

Descrizione

Punta alla presa in carico unitaria e multiprofessionale e alla piena operatività della rete territoriale (Case e Ospedali di Comunità, COT), assicurando continuità ospedale-territorio e applicazione effettiva dei PDTA. La prossimità dell'offerta è calibrata sulle caratteristiche dei comuni periferici e delle aree interne.

Evidenze dal profilo di salute

La zona presenta un declino demografico marcato e un rapido invecchiamento, con aumento della fragilità e della domanda di continuità assistenziale. Si osserva, insieme, una riduzione delle opportunità per i giovani e dinamiche di spopolamento che accentuano squilibri territoriali, soprattutto nelle aree interne e montane. Le distanze dai servizi e la bassa densità abitativa rendono più difficile intercettare precocemente i bisogni e garantire equità di accesso. In questo contesto, le evidenze disponibili risultano spesso frammentate, non aggiornate con continuità e poco disaggregate per comune, con il rischio di decisioni basate su percezioni o su dati non comparabili. Inoltre, la scarsa sistematicità nell'ascolto dell'utenza riduce la capacità di cogliere ostacoli concreti, soprattutto per anziani, famiglie e residenti in territori periferici. Questi elementi rendono necessario rafforzare in modo strutturale il monitoraggio dei bisogni e l'uso ordinario delle evidenze nella programmazione.

Evidenze dal profilo dei servizi

L'assetto dei servizi territoriali risulta disperso su un territorio ampio e con bassa accessibilità, con una frammentazione che rende complessi i percorsi per i cittadini e discontinui i passaggi tra servizi sanitari e sociali. Le prassi di collaborazione e integrazione tra nodi della rete non risultano uniformi e consolidate, con ricadute sull'efficacia dei percorsi e sulla chiarezza delle responsabilità. Le aree periferiche e montane risultano più penalizzate: si rilevano carenze nei servizi essenziali di prossimità, a partire dalla disponibilità di medici di medicina generale e pediatri, e maggiori difficoltà di orientamento e accesso. La misurazione sistematica di questi aspetti, inclusa l'esperienza dell'utenza (tempi percepiti, facilità di contatto, comprensibilità delle informazioni, qualità del percorso), non è ancora abbastanza stabile e comparabile nel tempo. Queste criticità rendono prioritario disporre di un quadro conoscitivo continuo e condiviso, che supporti scelte mirate e verifiche annuali coerenti con il ciclo PIS-POA.

Metodologia

Il raggiungimento dell'obiettivo si fonda sul rafforzamento di un sistema di programmazione essenziale e verificabile, centrato su conoscenza, monitoraggio e miglioramento continuo. Sarà quindi consolidato il ciclo annuale stabile di monitoraggio e programmazione, anche attraverso nuovi sistemi di rilevazione dei bisogni, lettura dei dati di attività dei servizi, ascolto dell'utenza, definizione di priorità misurabili e verifica periodica con eventuali aggiornamenti del POA, in coerenza con il piano della performance aziendale e il PIAO. Il fulcro operativo potrà essere un Osservatorio epidemiologico zonale permanente, snello e continuativo, in grado di integrare dati demografici, sanitari e sociali e produrre letture per singolo comune, con attenzione alle aree più periferiche. Sarà implementato anche un sistema regolare di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e dei caregiver, con strumenti semplici e confrontabili nel tempo, come componente ordinaria del ciclo PIS-POA.

Risultati attesi

Spostare il baricentro sui servizi di prossimità (DM 77), integrare cure primarie, Continuità Ospedale Territorio (COT), Case di Comunità, Ospedali di Comunità, PDTA, cure palliative; ridurre attese e inappropriatezze.

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Programma Consultori e materno-infantile (2026)
2	PNRR - Missione 6 Salute (2026)
3	Programma salute mentale adulti (2026)
4	Programma cure palliative (2026)
5	Programma Cure primarie e assistenza territoriale (2026)
6	Programma salute mentale infanzia e adolescenza (2026)
7	Programma dipendenze da sostanze (2026)
8	Programma DGA - disturbo da gioco d'azzardo (2026)
9	Programma salute e tutela delle donne (2026)

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Titolo obiettivo di salute
2	O3 Sistema di protezione sociale per soggetti fragili (non autosufficienza, disabilità, anziani, salute mentale minori e adulti, persone con dipendenze patologiche)

Collegamento con lo PSSIR

Integrazione socio-sanitaria e Piani regionali Non Autosufficienza 2025-2027; Equità e appropriatezza nell'accesso, integrazione socio-sanitaria, centralità del territorio/partecipazione. Coerenza con PRP e con la strategia di appropriatezza/prevenzione; integrazione con reti sociali e comunitarie.

Obiettivi generali

OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione, OG5. Appropriately delle cure e governo della domanda

Fattore di crescita

-

Descrizione

Include tutti gli interventi che puntano a fornire assistenza a persone con fragilità derivanti da condizioni fisiche e/o mentali. Mira a consolidare un sistema integrato di interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, con valutazione multidimensionale e sostegni ai caregiver. Potenzia l'intercettazione precoce e l'accesso ai percorsi di cura, integrando i servizi. Si privilegia continuità terapeutica e interventi di prossimità, con attenzione specifica al disagio giovanile e alle fragilità degli anziani soli. La finalità è mantenere o recuperare autonomia e qualità di vita, riducendo i ricoveri evitabili e le discontinuità assistenziali. Per quanto riguarda le dipendenze, integra prevenzione mirata, riduzione del danno, trattamento e reinclusione sociale, in coordinamento con i SerD, i Dipartimenti di Salute Mentale e le reti territoriali. L'obiettivo è contenere i consumi a rischio e le ricadute personali e sociali, con azioni puntuali nei contesti maggiormente esposti. La cura non deve fermarsi alla disintossicazione, ma include opportunità di studio, lavoro e relazioni che favoriscano la stabilità.

Evidenze dal profilo di salute

Il forte declino demografico e l'invecchiamento rapido aumentano in modo strutturale la quota di popolazione con bisogni di assistenza continuativa, in particolare nei comuni periferici e montani, dove isolamento e distanza dai servizi amplificano fragilità e rischio di cronicizzazione. Crescono situazioni di anziani soli e famiglie con carichi assistenziali elevati, spesso con risorse informali in riduzione. Il declino demografico innesca una crescente domanda di forza lavoro immigrata, con il carico di nuovi bisogni e fragilità che il fenomeno porta con sé. Parallelamente emergono bisogni rilevanti sul fronte del disagio psichico, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, e si osservano ricadute importanti delle dipendenze patologiche, incluse forme legate ad alcol e gioco d'azzardo, con impatti su salute, relazioni e inclusione sociale. La povertà e la precarietà abitativa aggravano le condizioni di fragilità e riducono l'accesso tempestivo ai percorsi. L'insieme di queste evidenze richiede un sistema di protezione più capace di intercettare precocemente, sostenere le autonomie, accompagnare nel tempo e prevenire rotture del percorso, soprattutto nei territori più svantaggiati.

Evidenze dal profilo dei servizi

L'offerta territoriale presenta una distribuzione non omogenea e una frammentazione organizzativa che rende complesso, per utenti e famiglie, orientarsi e mantenere continuità tra interventi domiciliari, strutture, servizi specialistici e supporti sociali. La dispersione territoriale e la carenza di alcuni servizi essenziali di prossimità nei comuni periferici e montani aumentano il rischio di accesso tardivo e di discontinuità assistenziale. Le prassi di integrazione tra sociale e sanitario e tra servizi diversi non risultano sempre consolidate e uniformi, con effetti su tempi di attivazione, chiarezza delle responsabilità e qualità del passaggio tra fasi (es. dimissioni, peggioramenti clinici, ricadute). Sul versante salute mentale e dipendenze, la presa in carico e la continuità terapeutico-riabilitativa incontrano criticità legate a percorsi non sempre fluidi e a raccordi variabili con scuola, comunità e servizi sociali. La rilevazione sistematica degli esiti e della soddisfazione di utenti e caregiver non è ancora sufficientemente strutturata e comparabile nel tempo, limitando la capacità di individuare colli di bottiglia e correggere i divari territoriali. Questi elementi rendono necessario consolidare un quadro unico di protezione e un monitoraggio stabile, ancorato all'Osservatorio epidemiologico permanente e al ciclo PIS-POA.

Metodologia

Occorre strutturare l'obiettivo come un unico quadro di protezione, capace di tenere insieme domiciliarietà, semiresidenzialità, residenzialità, interventi riabilitativi e di inclusione, evitando percorsi separati per "categorie". Fondamentale e centrale è rendere ordinaria la valutazione multidimensionale e la definizione di progetti personalizzati, con una regia chiara dei passaggi tra servizi sanitari, sociali e sociosanitari. Rafforzare prassi di collaborazione stabile tra servizi sociali comunali, rete territoriale sanitaria, Dipartimento di Salute Mentale, SerD e Terzo settore, con modalità operative semplici e replicabili nei diversi comuni. Integrare sistematicamente azioni di sostegno ai caregiver e misure di sollievo, valorizzando ciò che già funziona e rendendo più accessibili i punti di orientamento. Affiancare un monitoraggio continuativo dei bisogni e degli esiti, e una rilevazione regolare dell'esperienza dell'utenza e delle famiglie, con focus su continuità del percorso, facilità di accesso, qualità percepita e carico assistenziale. Ricondurre il governo dell'obiettivo all'Osservatorio epidemiologico permanente, con report periodici utili alla programmazione PIS-POA.

Risultati attesi

Rafforzare rete domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sollievo caregiver, progetti "Dopo di noi", sostegni all'abitare e autonomie. Potenziare prevenzione, intercettazione precoce, continuità terapeutico-riabilitativa; azioni comunitarie e scolastiche; sostegni a famiglie/caregiver. Prevenzione selettiva/indicata; presa in carico multiprofessionale; riduzione dei danni; contrasto al gioco d'azzardo.

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Programma disabilità (2026)
2	Programma Pronto intervento sociale (2026)
3	Programma anziani e non autosufficienti (2026)
4	Programma famiglie, bambini, adolescenti e giovani (2026)

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Titolo obiettivo di salute
3	O1 Promozione della salute, prevenzione ed equità lungo il corso di vita

Collegamento con lo PSSIR

Allinea l'azione locale a OG1 – “Promuovere la salute in tutte le politiche” e al PRP 2020-2025 come infrastruttura di programmi e indicatori; approccio intersettoriale e multilivello, con target di copertura PRP e focus su equità/appropriatezza.

Obiettivi generali

OG1. Promuovere la salute in tutte le politiche: "Health in all policies", OG4. Promuovere e realizzare la circolarità tra i servizi territoriali in rete, la rete specialistica ospedaliera e il sistema integrato delle reti cliniche.

Fattore di crescita

FT6. Supportare le politiche per la salute attraverso il rafforzamento delle attività internazionali

Descrizione

Persegue il rafforzamento sistematico della prevenzione primaria e secondaria e la riduzione dei divari di accesso, con interventi intersettoriali nei luoghi di vita e di lavoro. In questo ambito rientrano, come programmi dedicati, la tutela della salute della donna e il contrasto alla violenza di genere, integrati nella cornice della promozione della salute.

Evidenze dal profilo di salute

Il profilo di salute zonale evidenzia bisogni rilevanti legati a stili di vita, prevenzione non sempre tempestiva e differenze di accesso tra popolazione urbana e residenti nelle aree periferiche e interne. La dispersione territoriale e il declino demografico riducono la capacità di intercettare precocemente i bisogni, soprattutto per anziani fragili, famiglie con minori e persone in condizioni socioeconomiche svantaggiate. La minor presenza di servizi di prossimità in alcuni comuni e le difficoltà di mobilità aumentano il rischio di minore adesione a screening e vaccinazioni e di arrivo tardivo ai percorsi di prevenzione secondaria. Si osserva inoltre una crescente domanda di supporto su salute riproduttiva e sessuale, genitorialità, e un bisogno strutturale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere, che richiede riconoscimento precoce e accessi non stigmatizzanti. L'insieme di questi elementi rende necessario un rafforzamento sistematico e continuativo della promozione della salute, con azioni mirate a ridurre i divari territoriali e sociali.

Evidenze dal profilo dei servizi

Le attività di prevenzione e promozione risultano presenti, ma non sempre omogenee e integrate tra comuni, con livelli diversi di capacità di aggancio delle persone più esposte a rischio e di continuità nel tempo. In alcuni ambiti si rileva una frammentazione delle iniziative e una dipendenza da progettualità episodiche, con difficoltà a trasformare le azioni in prassi ordinarie di sistema. Le reti consultoriali e i servizi dedicati ai minori e alle famiglie svolgono un ruolo centrale, ma il raccordo operativo con scuola, servizi sociali e luoghi di lavoro non risulta sempre sistematico. Anche le azioni su salute della donna e violenza di genere necessitano di maggiore uniformità nei percorsi, nella riconoscibilità dei punti di accesso e nell'integrazione con la rete territoriale di tutela e protezione. Infine, la misurazione periodica di coperture, adesioni e qualità percepita dall'utenza non è ancora sufficientemente stabile e disaggregata per comune, limitando la capacità di correggere i divari e orientare le risorse dove il bisogno è maggiore.

Metodologia

L'attuazione dell'obiettivo deve essere programmata come un insieme coordinato di azioni di prevenzione e promozione della salute, integrate tra servizi sanitari, sociali, scuola, lavoro e comunità, evitando iniziative isolate e discontinue, rafforzando l'attenzione all'equità tra comuni e gruppi di popolazione. Occorre integrare stabilmente i consultori e i servizi dedicati alle famiglie e alla genitorialità nel sistema di prevenzione, garantendo connessioni chiare con la scuola e con i servizi sociali. Sempre nella prospettiva dell'integrazione dei servizi, è opportuno collocare i programmi su salute della donna e contrasto alla violenza di genere dentro la cornice della promozione della salute, con percorsi di intercettazione precoce, accesso facilitato e rete di protezione. Per garantire un miglioramento continuo del sistema è altresì necessario rendere ordinaria la rilevazione della soddisfazione dell'utenza e la valutazione di efficacia delle azioni, con strumenti semplici, confrontabili nel tempo e disaggregati per territorio.

Risultati attesi

Ridurre le disuguaglianze agendo sulle determinanti (stili di vita, condizioni ambientali e sociali), rafforzare prevenzione e empowerment, integrare consultori, scuole, comunità e lavoro.

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Programma stili di vita e promozione della salute (2026)

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Titolo obiettivo di salute
4	O4 Inclusione sociale e lotta alla povertà (con focus aree interne e migranti)

Collegamento con lo PSSIR

Centralità della sussidiarietà orizzontale e dell'amministrazione condivisa (LRT 65/2020; protocolli regionali).

Obiettivi generali

OG3. Rafforzare l'integrazione sociale e sociosanitaria e le politiche per l'inclusione

Fattore di crescita

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

Descrizione

Organizzare prese in carico multidimensionali che raccordano servizi sociali, lavoro, abitare e istruzione, con priorità ai territori più esposti. L'integrazione dei cittadini stranieri è considerata leva strutturale per mitigare gli impatti del declino demografico e sostenere la coesione locale.

Evidenze dal profilo di salute

La zona registra un declino demografico marcato, con perdita di giovani e riduzione delle opportunità educative e lavorative, soprattutto nei territori periferici. Questo scenario aumenta il rischio di povertà materiale e di isolamento sociale, e rende più frequenti situazioni di vulnerabilità abitativa, precarietà e fragilità multipla nelle famiglie. Le aree interne e montane risultano più esposte per distanza dai servizi, minore disponibilità di opportunità e rete informale più debole, con effetti sulla capacità delle persone di mantenere autonomia, salute e partecipazione sociale. L'immigrazione rappresenta, nel breve periodo, l'unico fattore in grado di attenuare parte degli impatti socioeconomici del declino demografico, ma richiede politiche di integrazione efficaci per trasformare la presenza in coesione e sviluppo locale, evitando marginalità e conflitti. Le evidenze disponibili indicano quindi la necessità di affrontare povertà e vulnerabilità come determinanti di salute, con attenzione ai differenziali territoriali e alle condizioni di accesso.

Evidenze dal profilo dei servizi

I servizi e le misure di inclusione risultano presenti, ma spesso frammentati tra ambiti e soggetti diversi, con percorsi che possono apparire complessi per utenti e famiglie, soprattutto quando si sommano bisogni economici, abitativi, sanitari e relazionali. Nei comuni periferici la dispersione territoriale e la minore disponibilità di alcuni servizi essenziali amplificano le difficoltà di accesso e di continuità dell'accompagnamento. Le prassi di collaborazione interistituzionale e con il Terzo settore non risultano sempre uniformi e strutturate, con differenze tra territori nella capacità di costruire progetti personalizzati e di attivarli in tempi congrui. Anche la misurazione degli esiti e della qualità percepita dagli utenti non è ancora sufficientemente stabile e comparabile nel tempo, limitando la capacità di individuare colli di bottiglia, replicare ciò che funziona e orientare risorse dove l'impatto può essere maggiore. Da qui l'esigenza di consolidare un quadro operativo unico, sostenuto da monitoraggio continuo e dall'Osservatorio epidemiologico permanente.

Metodologia

L'obiettivo richiede la costruzione di un sistema unitario di presa in carico multidimensionale, con regole semplici e condivise tra Comuni, servizi sociali, servizi sanitari territoriali, scuola, centri per l'impiego, soggetti dell'abitare e Terzo settore. Occorre inoltre rendere ordinari i percorsi personalizzati che integrano sostegni economici, orientamento, accompagnamento sociale, accesso ai servizi, inclusione lavorativa e soluzioni abitative, con priorità ai comuni periferici e alle situazioni più esposte, rafforzando il sistema dei PUA e il modello in corso di sperimentazione degli One Stop Shop (OSS), del Sistema Emergenza Urgenza Sociale (SEUS). Questo per rafforzare la capacità di intercettazione precoce, attraverso punti di accesso riconoscibili e canali di segnalazione non burocratici, in raccordo con presidi territoriali e reti di comunità. Trattare l'integrazione dei cittadini stranieri come componente strutturale dell'inclusione, collegando accoglienza, servizi, lavoro, casa e percorsi di cittadinanza. Per ancorare la programmazione e le azioni conseguenti ai bisogni è altresì necessario rafforzare la prassi della co-programmazione e della co-progettazione, insieme al monitoraggio stabile dei bisogni e degli esiti e a una rilevazione periodica della soddisfazione degli utenti, con letture disaggregate per comune e attenzione alle aree interne, sotto il coordinamento dell'Osservatorio epidemiologico permanente.

Risultati attesi

Maggiore intercettazione precoce dei nuclei vulnerabili, con presa in carico più tempestiva e progetti personalizzati. Riduzione delle situazioni di precarietà abitativa più grave e rafforzamento dei percorsi verso soluzioni stabili. Aumento di misure di inclusione lavorativa e di accompagnamento sociale effettivamente attivate e concluse con esiti verificabili. Migliore accessibilità nei comuni periferici, con riduzione dei divari territoriali nelle opportunità di supporto. Rafforzamento dei percorsi di integrazione dei cittadini stranieri, con maggiore accesso ai servizi, orientamento e inserimento socio-lavorativo. Monitoraggio strutturato e report periodici su bisogni, attività ed esiti, inclusa la soddisfazione dell'utenza, a supporto di aggiornamenti annuali del POA.

N°	Programmi associati all'obiettivo
1	Programma stranieri e migranti (2026)
2	Programma povertà e inclusione sociale (2026)

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana

N°	Titolo obiettivo di salute
5	O5 Obiettivi trasversali

Collegamento con lo PSSIR

Coerente con la linea regionale "La digitalizzazione del sistema sanitario – La salute a portata di click" e con lo sviluppo dell'ecosistema Toscana Salute.
 Rientra negli obiettivi generali su sostenibilità e politiche territoriali (OG7) e nel richiamo a sostenibilità/economia circolare.
 Attua l'orientamento regionale su LRT 65/2020 e i protocolli per la promozione degli istituti dell'amministrazione condivisa.
 Coerenza con il dispositivo PIS e con il POA, e con il rafforzamento delle competenze per un sistema "basato sul valore".

Obiettivi generali

OG6. La trasformazione digitale nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale, OG7. Transizione ecologica e politiche territoriali

Fattore di crescita

FT5. L'amministrazione condivisa e la co-programmazione

Descrizione

Questo obiettivo in raggruppa 4 obiettivi trasversali i programmi e le attività di COeSO SdS che non rappresentano il cuore della sua missione istituzionale, ma sono funzionali al raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere della popolazione. In questo senso si collegano agli Obiettivi generali del PSSIR corrispondenti. Gli obiettivi trasversali sono:
 05a. Digitalizzazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale (obiettivo trasversale)
 05b. Transizione ecologica, ambiente e salute nelle politiche territoriali
 05c. Partecipazione della cittadinanza e amministrazione condivisa
 05d. Programmazione basata su conoscenza, monitoraggio e valutazione

Evidenze dal profilo di salute

Il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, la risposta alle dinamiche demografiche (declino e invecchiamento) e sociali (immigrazione), alle sfide del cambiamento climatico e all'impatto e alle opportunità della rivoluzione tecnologica in atto richiedono un approccio globale trasversale che, insieme, agli obiettivi di salute in senso proprio, sviluppino linee di azione anche su tematiche trasversali interconnesse.

Evidenze dal profilo dei servizi

I processi di digitalizzazione sono in atto da diversi anni, ma devono essere completati e integrati con una maggiore automazione. La revisione delle politiche locali nella prospettiva della sostenibilità ambientale è in atto, ma non è ancora stata pienamente integrata nella programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. L'amministrazione condivisa si sta sviluppando e deve essere consolidata anche al di là dell'applicazione della co-programmazione e della co-progettazione, con un'estensione verso il tema dei beni comuni e dei patti di collaborazione come leva non tanto per integrare servizi pubblici insufficienti, ma per rafforzare la partecipazione e la cittadinanza attiva, e quindi il capitale sociale dell'area.

Metodologia

Il metodo di realizzazione è specifico per ogni obiettivo e segue le linee guida settoriali.

Risultati attesi

- 1) Miglioramento della digitalizzazione dei processi e dei servizi gestiti da COeSO SdS
- 2) Trasferimento e aggiornamento del sistema informativo di COeSO SdS
- 3) Consolidamento ed estensione del metodo della co-programmazione e della co-progettazione
- 4) Crescita della cittadinanza attiva e dell'amministrazione condivisa
- 5) Consolidamento dell'Osservatorio epidemiologico e del monitoraggio degli stili di vita e dei bisogni della popolazione

N° Programmi associati all'obiettivo

- | | |
|---|--|
| 1 | Programmazione e riorganizzazione dei servizi (2026) |
| 2 | Programma cittadinanza attiva e beni comuni (2026) |

Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana