PROFILO DI SALUTE

ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA

Il Profilo di Salute della Zona-Distretto Piana di Lucca è stato predisposto e sviluppato dalla Componente Tecnica della Commissione Piano Integrato di Salute dell' Articolazione Zonale - Piana Di Lucca, sulla base degli indirizzi forniti dalla Componente Politica della Commissione e dalla Direzione Generale dell'ASL 2.

In particolare hanno collaborato all'elaborazione ed alla stesura del documento:

per l'Azienda USL 2

Sergio Coccioli	Direttore U.O. Epidemiologia
Antonio Elmi	Direttore Servizi Sociali
Maurizio Petrillo	Direttore Zona-Distretto Piana di Lucca
Alberto Tomasi	Direttore Dipartimento di Prevenzione

e, per quanto di competenza:

Incoronata Favatà	Direttrice Dipartimento Salute Mentale
Elena Pioli	Direttrice SerT
Fernanda Monti	Direttrice U.O. Comunicazione e Marketing

ed i seguenti collaboratori:

Daniela Giorgi	U.O. Epidemiologia
Samanta Particelli	Collaboratrice U.O. Epidemiologia
Gregorio Loprieno	Dipartimento di Prevenzione
Maria Carolina Turelli	Unita Funzionale Assistenza Sociale
Ivano Girletti	U.O. S.I.P.C.

per la Provincia

Rossana Sebastiani	Dirigente Servizio Politiche Sociali e Sport
Cristina Baglini	Osservatorio Politiche Sociali
Daniela Fontana	Osservatorio Politiche Sociali

e, per quanto di competenza:

Massimo Antonelli	Servizio Ambiente
Vania Frumenti	Servizio Urbanistica – S.I.T.

per i Comuni

Nelita Lilli Begliomini	Rappresentante Comune di Lucca
Simona Bottiglioni	Rappresentante Comune di Capannori

ed i seguenti collaboratori:

Silvia Della Santa

per l' ARPAT

Marco Pellegrini	Direttore Provinciale

Si ringraziano, per il prezioso contributo apportato, i facilitatori, gli osservatori ed i partecipanti ai focus-group, elencati nel rispettivo capitolo.

Si ringraziano inoltre tutti i collaboratori che hanno partecipato a vario titolo alla produzione del documento e che non risultano citati.

I N D I C E

INTRODUZIONE **6**
CAPITOLO 1 - ASPETTI TERRITORIALI E DEMOGRAFICI **8**
1.1 SITUAZIONE TERRITORIALE ***9***
1.1.1 Mobilità 10
1.1.2 Urbanizzazione 11
1.2 SITUAZIONE DEMOGRAFICA ***12***
1.2.1 Popolazione, andamento e proiezione demografica 12
1.2.2 Immigrazione 23
Aspetti Territoriali e Demografici - SINTESI *26*
CAPITOLO 2 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE **27**
2. INTRODUZIONE ***28***
2.1 ASPETTI SOCIO-CULTURALI ***28***
2.1.1 Stili di vita 28
2.1.1.1 Abitudine al fumo 29
2.1.1.2 Abitudine all'alcol 30
2.1.1.3 Obesità e consumi alimentari 32
2.1.1.4 Attività fisica 33
2.1.1.5 Uso e abuso di farmaci e sostanze stupefacenti 34
2.1.2 Famiglia 37
2.1.2.1 La trasformazione della famiglia 37
2.1.2.2 Numerosità e tipologia dei nuclei familiari 37
2.1.2.3 L'istituzione matrimoniale 39
2.1.2.4 L'instabilità familiare 41
2.1.2.5 Minori: presenza e distribuzione sul territorio 42
2.1.2.6 Giovani: valori, motivazioni e interessi 43
2.1.2.7 Anziani: presenza e distribuzione sul territorio 44
2.1.3 Educazione e formazione 46
2.1.3.1 Asili-nido e servizi educativi 46
2.1.3.2 Scuola 47
2.1.3.3 Educazione permanente e formazione professionale 48
2.1.4 Attività ricreative e volontariato 50
2.1.4.1 Biblioteche E Musei 50
2.1.4.3 Le Associazioni Sportive 54
2.1.4.4 Gli impianti sportivi 55
2.1.4.5 Il Volontariato e la Promozione Sociale 55
Aspetti Socio-Culturali - SINTESI *57*
2.2 ASPETTI ECONOMICO-OCCUPAZIONALI ***61***
2.2.1 Lavoro ed economia 61
2.2.1.1 Impresa sociale 62
2.2.1.2 Cooperative Sociali in base al territorio di appartenenza 63
2.2.1.3 Cooperative Sociali di tipo A 64
2.2.1.4 Cooperative Sociali di tipo B 64
Aspetti Economico-Occupazionali - SINTESI *67*
2.3 STATO DELL'AMBIENTE FISICO ***68***
2.3.1 Territorio 68
2.3.1.1 Analisi dei rischi 68
2.3.1.2 Bonifiche siti inquinati 69
2.3.2 Rifiuti 71
2.3.3 Acqua 73
2.3.3.1 Qualità delle acque superficiali e sotterranee 75
2.3.3.2 Fabbisogno idrico 76

2.3.3.3 Qualità acque destinate al consumo umano 78
2.3.3.4 Depurazione 81
2.3.4 Aria 84
2.3.4.1 Emissioni climateriali 84
2.3.4.2 Qualità dell'aria in ambiente urbano 84
2.3.4.3 Stima delle emissioni industriali 87
2.3.5 Rumore 88
2.3.5.1 Livelli di pressione acustica 88
2.3.6 Radiazioni non ionizzanti 90
2.3.7 Zone di Criticità Ambientale 91
Stato dell'Ambiente Fisico - SINTESI *93*
2.4 STATO DELL'AMBIENTE URBANISTICO ***95***
2.4.1 Disponibilità di verde e aree urbanizzate 95
2.4.2 Struttura degli insediamenti produttivi 96
2.4.3 Funzioni urbane 97
2.4.3.1 Trasporti pubblici 97
2.4.3.2 Trasporto Pubblico Locale 97
2.4.3.3 La Rete Urbana di Lucca 100
2.4.4 Sicurezza rete stradale 102
2.4.4.1 Livelli di traffico 102
2.4.4.2 Incidenti stradali 103
2.4.5 Situazione abitativa 107
2.4.5.1 Le condizioni abitative della popolazione 108
2.4.5.2 La nuova domanda di abitazione 112
2.4.6 Siti industriali dismessi 114
Stato dell'Ambiente Urbanistico - SINTESI *115*
CAPITOLO 3 – STATO DI SALUTE E SERVIZI SOCIO-SANITARI **117**
3.1 LA PREVENZIONE ***118***
3.1.1 Alcuni indicatori 118
3.1.2 Le vaccinazioni 119
3.1.2.1 Campagna di vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia 119
3.1.2.2 Campagna di vaccinazione raccomandate 120
3.1.2.3 Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2004-2005 121
3.1.3 Le Malattie Infettive 121
3.1.3.1 AIDS 123
3.1.3.2 TBC - Tubercolosi e Micobatteriosi 125
3.1.4 Infortuni sul lavoro e malattie professionali 126
3.1.4.1 Infortuni sul lavoro 128
3.1.4.2 Malattie Professionali 128
3.1.5 Screening tumori 129
3.1.5.1 Screening per il tumore della cervice uterina 129
3.1.5.2 Screening per il tumore della mammella 131
3.1.5.3 Screening per il tumore del colon-retto 133
La Prevenzione - SINTESI *136*
3.2. OSPEDALIZZAZIONE ***139***
3.2.1 Ricoveri ospedalieri 139
3.2.1.1 Ricoveri ordinari (RO) e day-hospital (DH) 139
3.2.1.2 Tipologia della patologia trattata 140
3.2.1.3 Fughe 141
3.2.1.4 Attrazioni 141
3.2.1.5 Indicatori di performance 141
3.2.1.6 Alcuni indicatori elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità 144

3.2.2 Prestazioni ambulatoriali 146
3.2.2.1 Fughe ambulatoriali 146
Ospedalizzazione - SINTESI *148*
3.3. PROCREAZIONE E SALUTE DEL NEONATO E DELLA DONNA ***149***
3.3.1 Parti 149
3.3.1.1 Caratteristiche demografiche delle madri 150
3.3.1.2 Parti cesarei 150
3.3.1.3 Bambini prematuri 151
3.3.1.4 Soggetti affetti da malformazioni congenite 151
3.3.2 Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e aborti 152
3.3.2.1 IVG 152
3.3.2.2 Aborti spontanei 152
3.3.3 Mortalità infantile 152
Procreazione e Salute del Neonato e della Donna - SINTESI *155*
3.4. ANALISI DI MORTALITÀ GENERALE E PER CAUSE ***156***
3.4.1 Andamento della mortalità: periodo 1987-2003. 160
3.4.2 Mortalità evitabile 163
3.4.2.1 Mortalità attribuibile al fumo 163
Analisi di Mortalita' - SINTESI *166*
3.5. PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE ***167***
3.5.1 Tempi di attesa 167
3.5.2 Partecipazione e ascolto dei cittadini 167
3.5.2.1 Istanze di gruppi organizzati 167
3.5.2.2 I reclami 168
3.5.2.4 Servizi in lingua straniera 171
3.5.3 Minori e problematiche socio-sanitarie 175
3.5.3.1 I bisogni che emergono dal territorio 175
3.5.3.2 I servizi disponibili sul territorio 176
3.5.3.3 Violenza contro i minori 179
3.5.4 Tutela della salute degli anziani 179
3.5.5 La condizione di non autosufficienza e la disabilità 183
3.5.6 Salute mentale 188
3.5.6.1 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza *188*
3.5.6.2 Salute Mentale Adulti *191*
3.5.7 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze 195
3.5.7.1 Analisi dell'utenza dei SerT 195
3.5.7.2 L'andamento della domanda e la modificazione dei consumi 199
3.5.7.3 Il rapporto tra servizio pubblico e privato sociale 200
3.5.7.4 Il rapporto con gli istituti penitenziari 201
Problematiche Socio-Sanitarie - SINTESI *203*
CAPITOLO 4 – AREE DI INTERVENTO E CRITICITA' **209**
4. Introduzione *210*
4.1 Premesse metodologiche *210*
4.2 Modalità di conduzione dei gruppi focus *211*
4.3.1 Focus Group 1: Infanzia ed età evolutiva e Salute donna *212*
4.3.2 Focus Group 2: Salute e autonomia degli anziani *214*
4.3.3 Focus Group 3: Marginalità *216*
4.3.4 Focus Group 4: Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità *219*
4.3.5 Focus Group 5: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro *221*
4.3.6 Focus Group 6: Stili di vita e salute *223*
4.4 Conclusioni *225*

INTRODUZIONE

La Regione Toscana ha previsto, con il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2005-2007, l'attivazione, a livello di zona-distretto, dei Piani Integrati di Salute (PIS), strumenti di programmazione integrata delle politiche socio-sanitarie e di interconnessione con quelle relative agli altri settori, prevalentemente ambientali e territoriali, che influenzano comunque lo stato di salute della popolazione.

Il PIS deriva da un procedimento di partecipazione che coinvolge i soggetti istituzionali e quelli rappresentativi delle comunità locali e delle forze sociali, è coerente con l'impostazione regionale della programmazione integrata, ed è in linea con le direttive della Organizzazione Mondiale della Sanità sullo sviluppo della salute nelle comunità.

Il PIS è costituito da programmi e progetti operativi che realizzano gli interventi necessari a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute.
Esso tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le strutture di assistenza, delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, etc.

Il PSR 2005-2007 prevede i seguenti compiti per il PIS:

- definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi;
- individuare le azioni attuative;
- individuare le risorse messe a disposizione dai diversi soggetti per la sua attuazione;
- attivare gli strumenti per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

L'avvio del processo di realizzazione del PIS è stato determinato da un atto deliberativo dell'articolazione zonale della Conferenza dei sindaci che ha definito l'accordo con l'ASL 2 di Lucca e l'Amministrazione Provinciale e che prevede il coinvolgimento di altri soggetti.
I soggetti interessati sono in particolare:

- i soggetti del terzo settore, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, mediante la stipula di patti territoriali;
- le organizzazioni sindacali, il privato accreditato, le forze produttive e le altre componenti della società civile a livello locale, con le quali vengono utilizzati vari strumenti giuridici quali protocolli 'intesa, convenzioni, ecc..

L'Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci dovrà definire altresì accordi di programma con altre Amministrazioni (es. ARPAT – Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Toscana) ai fini del coordinamento del PIS con gli altri progetti di settore per gli aspetti rilevanti in materia di salute.
In particolare le Università, tramite i protocolli d'intesa, possono contribuire alla qualificazione dell'attività e dell'impegno sulle alte specialità, in un'ottica di partecipazione ai Piani integrati di salute.

Il PIS ha durata triennale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

I soggetti partecipanti hanno messo a punto uno strumento di lavoro comune, definito Profilo di Salute, che costituisce la base informativa per orientare la progettazione del PIS, il momento iniziale del percorso che porta all'attuazione del sistema di governance locale attraverso la partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali.

Il *Profilo di salute*, che è un documento tecnico contenente tutti i dati disponibili sanitari, demografici, ambientali, prevede altresì l'individuazione degli obiettivi di salute, tenendo conto delle priorità, delle evidenze scientifiche e dei dati disponibili relativi al territorio ed alla salute della popolazione, oltre che della percezione dei bisogni da parte dei cittadini.

Gli strumenti e le risorse utilizzate per l'elaborazione del Profilo di salute sono stati quelli già disponibili a livello dei vari Enti, ed il lavoro rappresenta il frutto di una collaborazione tra i componenti del Gruppo Tecnico di Lavoro e le equipes dei vari Enti competenti.

I dati adoperati nelle elaborazioni sono quelli già presenti a livello degli archivi e sono riferiti, per quanto possibile, all'anno 2005; per alcuni indicatori, però, i dati più aggiornati sono stati quelli relativi ad anni precedenti; si è cercato comunque di costruire degli andamenti temporali o spaziali per un'analisi più accurata ed approfondita dei fenomeni sanitari, sociali ed ambientali.

I risultati delle analisi e le valutazioni sono relative alla popolazione della Zona distretto Piana di Lucca; laddove non è stato possibile disaggregare i dati disponibili fino a tale livello si è ricorso a dati aggregati per ASL o per Provincia e confrontati con i livelli regionali o nazionali; in assenza di informazioni specifiche relative al Comuni ed al territorio della Zona distretto, infatti, si sono utilizzati dati relativi a flussi istituzionalizzati regionali e/o nazionali afferenti ad istituzioni come il Ministero della Salute e l'ISTAT.

L'avvio del processo di costruzione del PIS è stato dunque caratterizzato dall'elaborazione del presente Profilo di salute della Zona-distretto Piana di Lucca, necessario per la individuazione delle linee d'indirizzo e di programmazione.

CAPITOLO 1 - ASPETTI TERRITORIALI E DEMOGRAFICI

1.1 Situazione territoriale

1.1.1 Mobilità

1.1.2 Urbanizzazione

1.2 Situazione demografica

1.2.1 Popolazione, andamento e proiezione demografica

1.2.2 Immigrazione

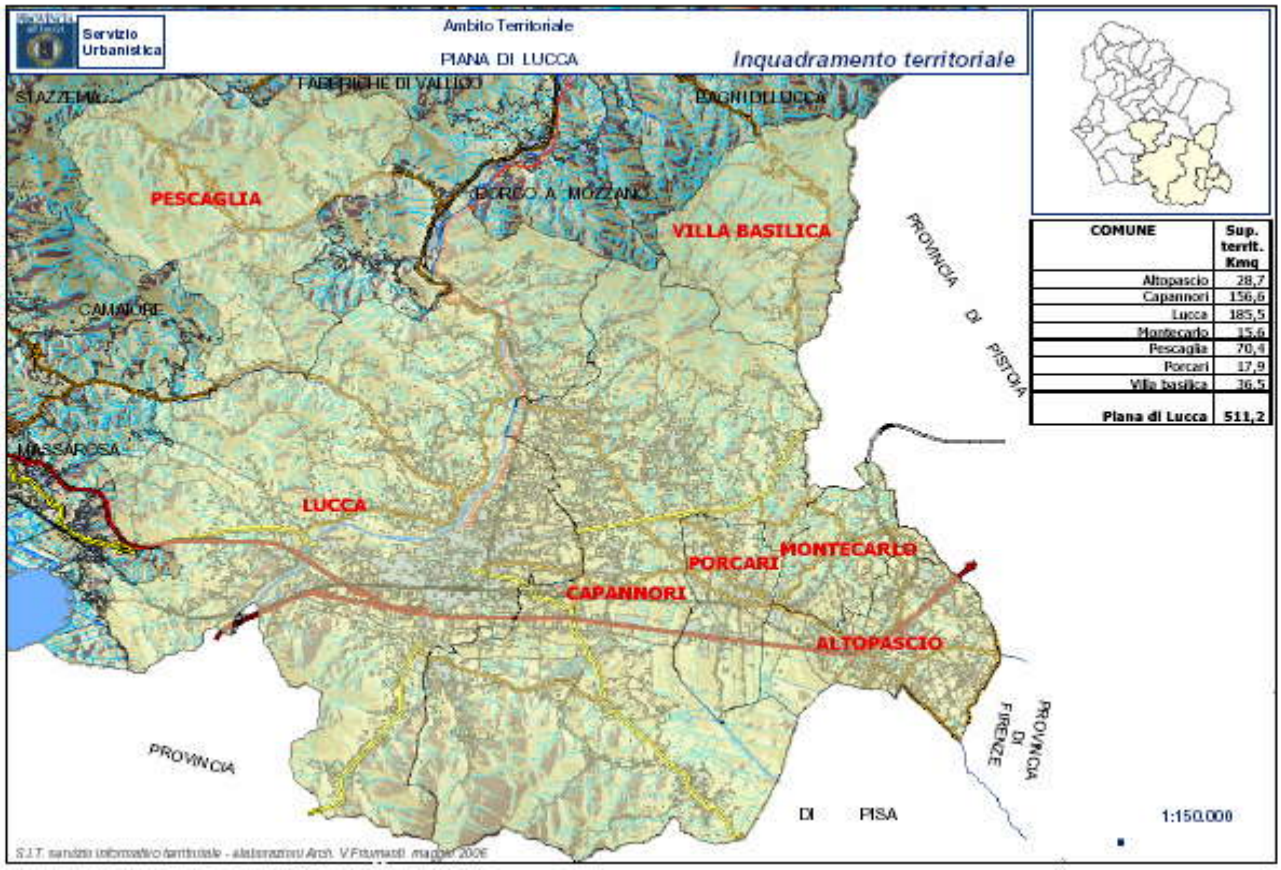
1.1 SITUAZIONE TERRITORIALE

La Piana di Lucca ha una superficie territoriale di 511,2 kmq di cui i Comuni di Capannori e Lucca occupano i due terzi (rispettivamente con il 30,63% e 36,29%).

Dal punto di vista morfologico l'area si caratterizza, nella parte nord, per la presenza di un esteso rilievo, le Alpi Apuane, che si inserisce tra il litorale marino e il retropaese appenninico e che forma, nella parte centro-settentrionale della Provincia di Lucca, una grande vallata inframontana (Media Valle e Garfagnana) percorsa dal sistema fluviale del Serchio.

La zona a sud risulta invece caratterizzata da una ampia zona pianeggiante di tipo alluvionale (Piana Lucchese) che si estende sino al territorio pedecollinare pesciatino della Valdinievole.
Questa può esser assimilata ad un ampio e piatto conoide con pendenze maggiori nella sua parte a monte (valori di circa 4%) e minori nella parte più bassa con valori intorno a 1,5%. Dal punto di vista morfologico la pianura presenta infatti una pendenza media pari al 2,4%, lungo la direttrice NW-SE (in 12,5 km si passa dai 40 metri s.l.m. di Ponte a Moriano ai 10 metri s.l.m. delle aree più basse del territorio di Porcari), anche se si deve notare, come avviene in tutte le pianure non troppo estese ed assimilabili ad ampi e piatti conoidi, che la pendenza presenta valori del 4% nella sua parte più alta e valori al di sotto del 1,5%, nelle porzioni più basse.

Figura 1 - Assetto territoriale – Zona distretto Piana di Lucca



Fonte: Servizio Urbanistica Provincia di Lucca

Il territorio sul versante pesciatino risulta invece prevalentemente montano o collinare, con modesta porzione di pianura.

Le quote dei rilievi di crinale di entrambe i bacini superano di poco i 1100 m s.l.m., mentre la parte più depressa della pianura pesciatina si attesta intorno a 22 m s.l.m.

I siti dismessi ricoprono una superficie territoriale di 125 Kmq circa, destinata ad aree produttive, terziario - trasporti, infrastrutture per la mobilità, ecc.

1.1.1 Mobilità

La mobilità, oggetto di trattazione da parte di tutti gli strumenti di pianificazione sia territoriali che comunali rappresenta un essenziale riferimento per gli obiettivi dei piani stessi.
Un'adeguata accessibilità al territorio è riconosciuta come elemento essenziale per innalzare la qualità della vita della popolazione ed un indispensabile supporto per le attività lavorative delle imprese insediate ed insediabili.
Il tema della mobilità nella zona della Piana di Lucca si configura come assai complesso e come tale è da lungo tempo oggetto di discussione per i comuni interessati, provocando nel corso degli anni forti reazioni da parte delle popolazioni. Dall'analisi dei dati rilevati con un'indagine sul traffico eseguita nell'ottobre-novembre 1997 emerge una spiccata polarizzazione dei flussi veicolari sulla città di Lucca[1].

Sintetizzando, nella Piana di Lucca le più evidenti criticità sono evidenziate dal territorio a est della città su cui intervenire a completamento degli interventi già definiti relativi alla riorganizzazione del sistema dei due caselli autostradali, al fine di migliorarne il collegamento con l'area urbana del capoluogo provinciale e con le direttrici di traffico ad essa afferenti e della localizzazione del nuovo casello autostradale di Capannori (località Frizzone), in posizione baricentrica rispetto agli accessi di Lucca e Altopascio, attraverso:

- le definizione di un itinerario est-ovest che garantisca il collegamento del casello di S.Donato con la località Mugnano, con gli insediamenti produttivi ubicati a Capannoni e Porcari e infine il collegamento con il nuovo casello;
- la definizione di un itinerario nord/sud di raccordo dell'area lucchese con la Valle del Serchio con caratteristiche complessive di strada extra-urbana secondaria.

L'incremento dei traffici nord-sud ed est-ovest, di attraversamento ed in arrivo/partenza rispetto all'area, sta determinando un ulteriore scadimento dei livelli prestazionali della rete stradale e mette in chiara evidenza le necessità di un suo potenziamento rispetto sia alle funzioni di accesso alla direttrice dell'autostrada A11 che all'area urbana di Lucca, per i flussi veicolari provenienti dalla Piana e dalla Garfagnana Media Valle[2].
Il trend evolutivo del sistema della mobilità tende quindi a riconfermare le criticità degli ambiti territoriali orientali rispetto al capoluogo provinciale riproponendo, in termini di priorità la realizzazione di nuove infrastrutture viarie quali il sistema tangenziale ad est di Lucca e la circonvallazione di Altopascio.

Oltre al panorama sulla struttura viaria, si è deciso di riportare in questa sezione anche alcuni dati relativi al movimento pendolare giornaliero derivanti dal Censimento Generale sulla Popolazione e sulle Abitazioni 2001.
L'analisi riguarderà il territorio dell'Azienda USL 2 con particolare riferimento agli spostamenti che si "esauriscono" nella zona socio sanitaria Piana di Lucca.
A proposito di questi si osserva che i comuni della Piana che registrano maggiori movimenti interni sono Lucca e a seguire Capannoni. Questo risultato era prevedibile visto

[1] Dai dati di rilievo risultavano 72.000 veicoli giorno in ingresso/uscita dall'area urbana di Lucca.
[2] "Studio delle prestazioni della rete viaria di interesse provinciale", dicembre 2005, Tages Scrl per conto del Servizio Viabilità della Provincia di Lucca.

che il Censimento registra esclusivamente le motivazioni di spostamento per studio e lavoro e i due comuni sopra menzionati sono quelli che detengono la "fetta" maggiore sia di posti di lavoro sia di scuole rendendo così possibile per i propri residenti lo spostamento giornaliero all'interno del comune stesso.

Nella Tabella 1 sono riportati i movimenti pendolari che si esauriscono quotidianamente all'interno dell'Azienda Sanitaria: si tratta di oltre 90.000 spostamenti pendolari che si realizzano sul territorio aziendale per motivi di studio e lavoro.
La provenienza di questi pendolari è principalmente il comune di Lucca (quasi il 40%) a seguire Capannori con circa il 20%. Vale lo stesso per quanto riguarda la destinazione: la maggior parte dei lavoratori o degli studenti che si sposta all'interno del territorio dell'Azienda Sanitaria si dirige verso Lucca (43%) o Capannori (19%).

Tabella 1 - Matrice di mobilità relativa alle zone socio-sanitarie della Piana di Lucca e della Valle del Serchio. Censimento Generale Popolazione e Abitazioni. Anno 2001

Comuni	Altopascio	Capannori	Lucca	Montecarlo	Pescaglia	Porcari	Villa Basilica	**Piana di Lucca**	**Valle del Serchio**	**Totale**
Altopascio	2.799	289	455	215	0	398	6	**4.162**	**17**	**4.179**
Capannori	282	11.863	5.859	106	31	1.170	39	**19.350**	**206**	**19.556**
Lucca	266	3.879	30.210	102	158	961	24	**35.600**	**526**	**36.126**
Montecarlo	298	188	210	643	0	280	4	**1.623**	**6**	**1.629**
Pescaglia	6	105	528	2	731	33	0	**1.405**	**151**	**1.556**
Porcari	146	600	531	49	2	2.056	13	**3.397**	**14**	**3.411**
Villa Basilica	19	77	68	6	0	34	398	**602**	**8**	**610**
Piana di Lucca	**3.816**	**17.001**	**37.861**	**1.123**	**922**	**4.932**	**484**	**66.139**	**928**	**67.067**
Valle del Serchio	**36**	**452**	**1.885**	**6**	**79**	**169**	**4**	**2.631**	**22.493**	**25.124**
Totale	**3.852**	**17.453**	**39.746**	**1.129**	**1.001**	**5.101**	**488**	**68.770**	**23.421**	**92.191**

Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio Statistica del Comune di Lucca su dati censuari

1.1.2 Urbanizzazione

La Piana di Lucca si caratterizza per la compresenza di due tendenze spontanee contraddittorie tra loro.
Da un lato, la storia e i caratteri del centro storico del capoluogo configurano quest'ultimo come un prodigioso attrattore. Dall'altro, le necessità di sviluppo di alcune funzioni rare, ospedaliere, ricreative direzionali e commerciali, rendono poco idonee localizzazioni di funzioni speciali all'interno della città e stimolano ad un decentramento in aree molto periferiche.
In assenza di adeguati indirizzi e di valutazioni sugli effetti indotti, la somma di queste due tendenze rischia di compromettere l'organizzazione del sistema insediativo della piana, aggravando i fattori di crisi già oggi percepibili.
Si tratta evidentemente di un problema di scala sovracomunale, per la dimensione dei fenomeni e per le ricadute rispetto ad altri comuni; il bacino d'utenza delle strutture in questione corrisponde quantomeno all'intero sistema territoriale.

Le principali caratteristiche del sistema delle funzioni urbane mostrano l'area corrispondente alla pianura della città storica di Lucca come contraddistinta da funzioni strutturate secondo il tradizionale schema centrato sulla città murata che caratterizza tutti i fenomeni urbanistici ad essa connessi, tanto da poter distinguere nella piana due strutture funzionali distinte, quella centrata su Lucca densa e compatta e quella discontinua ed episodica del sistema Capannori – Altopascio.
Per il tipo di funzioni presenti, il governo della città, in molti casi, assume una dimensione territoriale che va ben oltre i confini comunali, ma nel caso della realtà locale, si deve rilevare che la città struttura il suo territorio secondo uno schema in cui i luoghi dell'abitare non sono separati e distanti da quelli del lavoro, a loro volta no lontani da quelli della socialità e dei servizi.
Quindi ambiti territoriali significativi sono caratterizzati da una struttura mista e consolidata, per certi versi difficilmente mutevole e assai resistente al cambiamento. E' in questo doppio livello che si devono individuare sistemi funzionali forti ed esclusivi qualificanti in genere gli assetti urbani di cui registrano il livello di efficienza e modernità; mentre si individuano poi altre funzioni che semplicemente verificano il livello della qualità della città, in termini di accessibilità, qualità ambientale e vivibilità.

1.2 SITUAZIONE DEMOGRAFICA

1.2.1 Popolazione, andamento e proiezione demografica

L'analisi demografica prende in esame la popolazione residente nella Zona Distretto Piana di Lucca e quella totale dell'ASL 2. I dati elaborati sono aggiornati al 31/12/2004 e derivano dall'Istituto Nazionale di Statistica[3] che aggiorna i dati censuari (ottobre 2001) con l'ausilio dei saldi (naturale e migratorio) derivanti dalle Anagrafi dei comuni.

La popolazione della Piana di Lucca (Tabella 2) si concentra principalmente nei tre Comuni di Lucca, Capannori e Altopascio che insieme rappresentano l'89% della popolazione della zona ed un'estensione territoriale pari al 73% del totale.

La sola città di Lucca detiene il 53,1% della popolazione totale, con un indice di densità di 445,2 ab./km^2, la più alta della Piana. Anche i Comuni di Porcari (con 423,8ab./km^2) e Altopascio (con 435,0 ab./km^2), presentano elevati livelli di densità abitativa.
Al contrario, i Comuni con il più basso livello di densità abitativa sono quelli di Pescaglia (53,5) e Villa Basilica (49,1) che ripetono lo schema Provinciale del tendenziale spopolamento delle zone collinari e montuose che sembra essersi stabilizzato in tempi recenti.

Rispetto alla popolazione totale dell'Azienda Sanitaria, la zona della Piana mantiene un livello di grande stabilità demografica che attualmente la vede attestata a quota 155.520 abitanti ed una densità abitativa media di 304,3 ab./km^2 (dati anagrafi comunali al 31/12/2004).
La popolazione della Piana, infatti, a differenza della ASL che nell'ultimo cinquantennio registra un decremento di quasi 10 punti percentuali, appare straordinariamente stabile dal punto di vista demografico sul lungo periodo, con un'oscillazione di appena 0,2 punti percentuali rispetto al 1951 che la fa apparire esente dai cambiamenti sociali e strutturali che hanno investito la Penisola italiana negli ultimi cinquant'anni. Nell'arco di mezzo secolo, in effetti, il livello medio della popolazione è rimasto costante (eccetto una lieve impennata attorno agli anni Ottanta) passando dalle 155.214 unità del 1951 alle 155.520

[3] http://demo.istat.it/

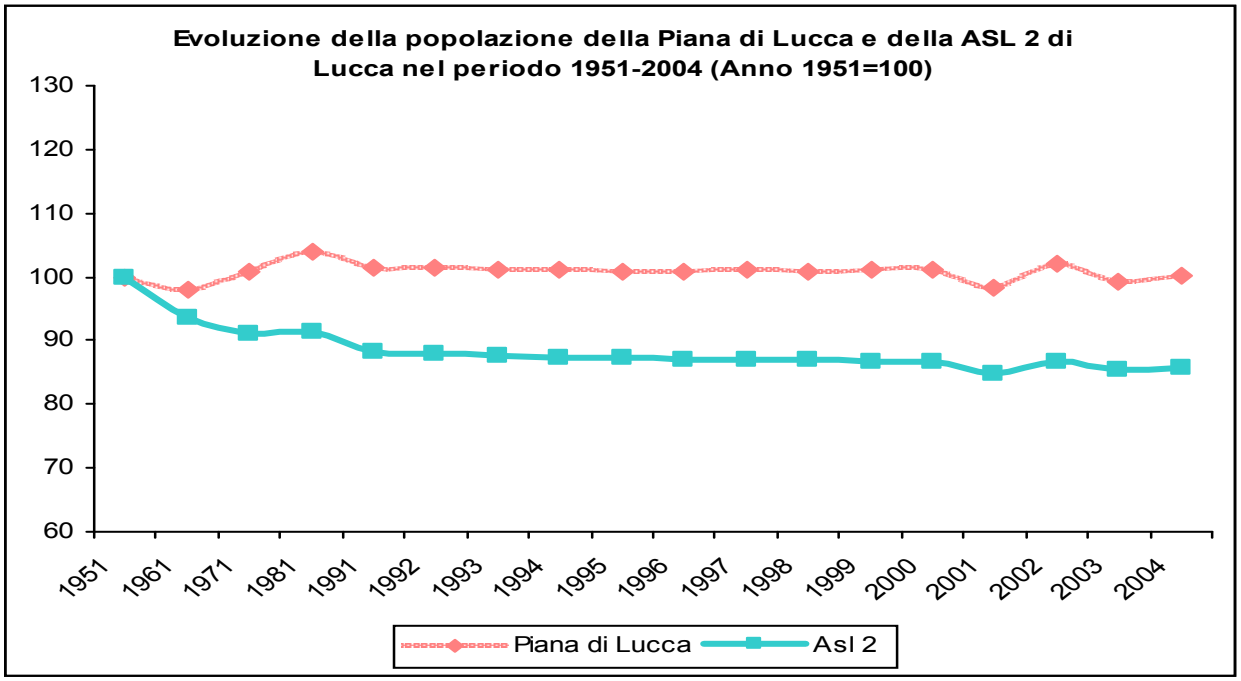
del 2004 (Figura 2).
Il livello di maggiore incremento si registra in concomitanza del censimento del 1981 (+3,9%) mentre il maggiore decremento si calcola per il 1961 (-2% rispetto al censimento precedente).

L'analisi dell'ultimo quinquennio denota come la Piana di Lucca sia stata soggetta ad alcune oscillazioni che da 157.082 abitanti nel 2000 hanno portato la sua popolazione nel 2001 a 152.432, un valore molto inferiore alla media dell'ultimo decennio.
L'andamento demografico è comunque ripreso a ritmo regolare negli anni successivi con un balzo in avanti di 6.004 unità nel 2002, un ulteriore calo di 4.398 unità nel 2003 e di nuovo un aumento di 1.482 unità nel 2004.

A partire dal 1994 il comportamento più stabile è stato registrato, naturalmente, dai comuni di maggiori dimensioni, ovvero da quelli di Lucca e di Capannori che hanno mantenuto sostanzialmente invariati i livelli della popolazione residente.
Diversamente la popolazione dei comuni di Montecarlo e Porcari è aumentata in modo regolare fino ad arrivare, nel 2004, rispettivamente a 4.450 e 7.577 abitanti.
Tuttavia si registra nel comune di Altopascio il maggior incremento percentuale del decennio, passando dai 10.040 abitanti del 1994 ai 12.485 del 2004.
L'unico Comune della Piana a registrare un regolare spopolamento è quello di Villa Basilica con un decremento dell'8% e una riduzione, in valori assoluti, di 157 abitanti.

Nonostante questa tendenziale stabilità, tuttavia, i dati rilevati dai principali indici demografici denunciano alcuni preoccupanti disequilibri in tutta la zona.
Per quanto riguarda il saldo naturale la Piana di Lucca ci consegna l'immagine di una realtà non più capace di auto-riprodursi autonomamente, con le sole eccezioni di Altopascio e Montecarlo. Villa Basilica presenta l'indice di crescita naturale peggiore (-5,71), seguito da Capannori (-2,92) e da Pescaglia (-2,13).
La stabilità demografica prima registrata, quindi, può essere spiegata solamente attraverso l'analisi dell'apporto proveniente dal saldo migratorio: ovvero dall'aumento della popolazione residente per effetto delle immigrazioni da altro comune o dall'estero.
Prendendo in considerazione anche i flussi migratori, infatti, la situazione generalmente si compensa e addirittura si ribalta come nel caso del comune di Altopascio che nel 2004 registra un indice di crescita totale di 40,76. L'indice di crescita totale di Porcari (24,33) corrisponde esattamente all'indice di crescita migratoria (24,33) mentre Villa Basilica ha un indice di crescita migratoria (29,13) decisamente superiore all'indice di crescita totale (23,42).

Figura 2 - Evoluzione della popolazione della Piana di Lucca e dell'ASL 2 nel periodo 1951-2004. *Numeri indice (anno 1951 = 100)*



Come già anticipato, non si può dire lo stesso per l'Azienda Sanitaria Locale che registra un decremento di quasi 10 punti percentuali nel cinquantennio esaminato. Emergono dunque comportamenti diversi all'interno delle singole zone distretto socio-sanitarie (Piana di Lucca e Valle del Serchio) attestando differenti vocazioni territoriali e differenti capacità di adattamento e reazione alle trasformazioni economiche e culturali degli ultimi 30 anni.

Tabella 2 - Evoluzione della popolazione dei comuni della Piana di Lucca e della ASL 2 dal 1999 al 2004 - *Valori assoluti*

Comuni	1999			2000			2001			2002			2003			2004		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Altopascio	5.183	5.470	10.653	5.328	5.603	10.931	5.427	5.725	11.152	5.603	5.901	11.504	5.864	6.132	11.996	6.160	6.325	12.485
Capannori	21.283	22.352	43.635	21.343	22.373	43.716	20.638	21.816	42.454	21.457	22.464	43.921	20.779	21.968	42.747	20.825	22.024	42.849
Lucca	40.543	44.941	85.484	40.611	44.876	85.487	38.708	43.154	81.862	40.903	44.889	85.792	38.857	43.138	81.995	39.109	43.496	82.605
Montecarlo	2.132	2.165	4.297	2.138	2.158	4.296	2.164	2.181	4.345	2.191	2.198	4.389	2.198	2.200	4.398	2.213	2.237	4.450
Pescaglia	1.899	1.903	3.802	1.897	1.874	3.771	1.856	1.862	3.718	1.877	1.861	3.738	1.884	1.870	3.754	1.894	1.868	3.762
Porcari	3.468	3.569	7.037	3.478	3.556	7.034	3.534	3.575	7.109	3.640	3.660	7.300	3.702	3.695	7.397	3.794	3.783	7.577
Villa Basilica	927	963	1.890	900	947	1.847	883	909	1.792	884	908	1.792	870	881	1.751	892	900	1.792
Piana di Lucca	**75.435**	**81.363**	**156.798**	**75.695**	**81.387**	**157.082**	**73.210**	**79.222**	**152.432**	**76.555**	**81.881**	**158.436**	**74.154**	**79.884**	**154.038**	**74.887**	**80.633**	**155.520**
ASL 2 di Lucca	**104.427**	**112.119**	**216.546**	**104.641**	**111.958**	**216.599**	**101.837**	**109.624**	**211.461**	**105.193**	**112.247**	**217.440**	**102.791**	**110.168**	**212.959**	**103.564**	**110.846**	**214.410**

Fonte : elaborazioni OPS su dati ISTAT
Per l'anno 2001 dati Istat Censimento 2001

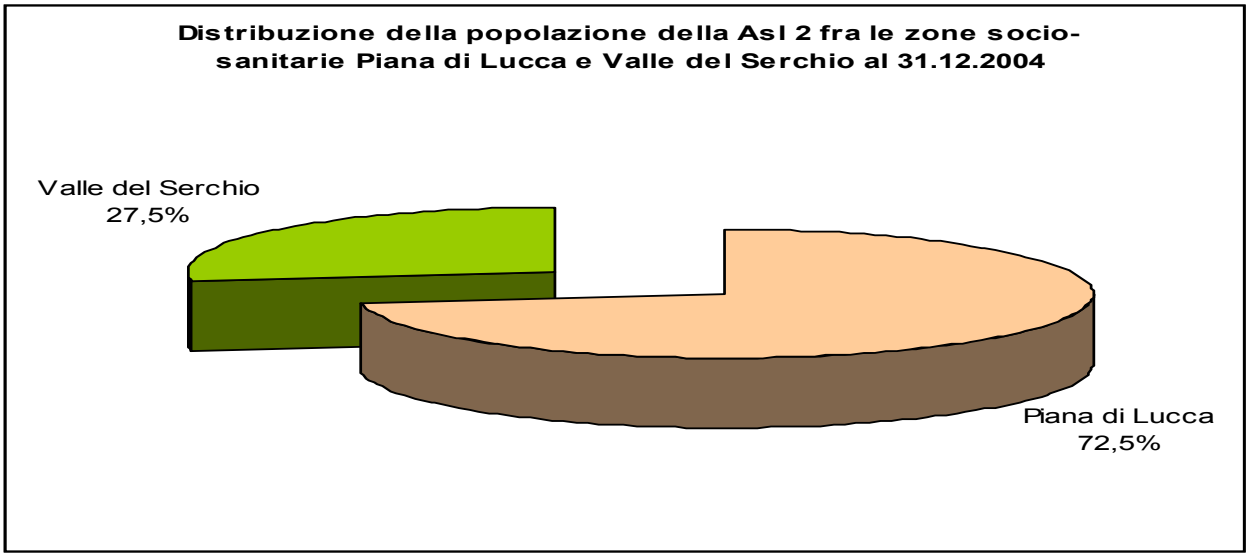
Il confronto con le superfici territoriali permette di cogliere la principale anomalia demografica della realtà aziendale che consiste nel fatto che la Piana di Lucca, con un'estensione pari a circa il 36% della superficie provinciale, presenti il più alto contributo in termini di popolazione (Figura 3). Tale situazione viene ulteriormente messa in evidenza dall'analisi dei livelli di *densità della popolazione* per chilometro quadrato. L'indice di densità della popolazione misura il numero medio di abitanti presenti per ogni chilometro quadrato e permette di analizzare il livello di antropizzazione del territorio (così come i corrispondenti e complementari potenziali di isolamento e marginalità geografica) in modo da metterne in risalto alcune caratteristiche strutturali.

Tabella 3 Evoluzione della popolazione dei comuni della Piana di Lucca e della ASL 2 dal 1999 al 2004 - *Valori percentuali sui totali comunali*

Comuni e SEL	Classi di età																	TOTALE
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	
Altopascio	5,08	4,18	4,55	4,68	5,36	7,34	8,49	8,87	8,22	6,67	6,50	6,06	5,09	5,01	4,46	4,16	5,29	100,00
Capannori	4,15	3,87	3,83	4,12	5,00	6,61	8,33	8,02	7,22	6,67	6,58	6,95	6,39	6,29	5,28	4,42	6,25	100,00
Lucca	4,20	3,85	3,99	3,82	4,67	6,32	7,68	8,08	7,80	6,55	6,43	7,00	6,45	6,19	5,40	4,90	6,66	100,00
Montecarlo	4,99	4,02	4,88	4,72	5,39	6,27	7,82	8,38	8,34	6,74	6,72	6,92	5,08	5,62	4,88	4,04	5,19	100,00
Pescaglia	3,72	4,31	3,80	3,83	4,70	6,17	7,60	8,03	7,15	6,49	6,49	6,99	6,62	6,46	5,72	5,00	6,94	100,00
Porcari	4,24	4,46	4,54	4,83	5,48	7,15	8,05	8,42	7,96	6,59	6,85	6,47	5,02	5,52	4,47	4,39	5,57	100,00
Villa Basilica	2,96	3,63	4,24	4,91	4,69	6,64	7,65	7,92	7,25	6,92	5,36	7,03	4,97	6,47	5,19	5,36	8,82	100,00
Piana di Lucca	**4,26**	**3,93**	**4,04**	**4,06**	**4,88**	**6,52**	**7,94**	**8,15**	**7,67**	**6,60**	**6,49**	**6,88**	**6,20**	**6,09**	**5,24**	**4,66**	**6,37**	**100,00**
TOTALE ASL	**3,86**	**4,08**	**3,74**	**3,54**	**4,01**	**5,71**	**7,18**	**7,74**	**7,12**	**6,57**	**6,48**	**7,50**	**6,97**	**6,65**	**5,38**	**5,30**	**8,17**	**100,00**

Elaborazioni OPS su dati ISTAT

Figura 3 - Distribuzione della popolazione dell'ASL 2 fra le zone socio-sanitarie Piana di Lucca e Valle del Serchio al 31.12.2004



Il dato aggregato relativo all'ASL 2 mette in evidenza ancora una volta come, negli anni, sia divenuta costante una pur lieve tendenza alla diminuzione della popolazione, che da 168 abitanti per Km² del 1951 passa a 151 abitanti per Km² (2004).
Coerentemente con quanto osservato rispetto alla popolazione residente, le serie storiche mettono in evidenza la tendenziale stabilità della popolazione della Piana di Lucca, dove la densità abitativa si è mossa di poco e dove semmai si è assistito, nel 2001, ad un calo degli abitanti per chilometro quadrato (296,5), attestatisi a quella data ad un livello inferiore a quello registrato nel 1951 ed eguagliando praticamente il minimo storico del cinquantennio.
Il movimento dell'ultimo decennio è comunque positivo, a segnalare una tendenziale ripresa.

Dal momento che la stabilità della popolazione della Piana di Lucca corrisponde in gran parte all'ampiezza della popolazione anziana residente (si nota anche dalla *piramide per età e sesso* di Figura 4, quasi rovesciata poiché le classi più anziane sono più ampie di quelle più giovani) sul lungo periodo questo fenomeno può tuttavia tradursi in una scarsa flessibilità strutturale della popolazione (quindi senza un grosso ricambio generazionale), che esporrebbe il territorio ad una sostanziale difficoltà di reazione (demografica ma anche, forse, socio-economica) nei confronti delle principali sfide dei prossimi anni

(innovazione, rilancio economico, integrazione multiculturale, etc.).
La percentuale positiva di variazione demografica infatti, esprime la vitalità di un territorio e la capacità della sua popolazione di rinnovarsi, di fornire nuove energie lavorative e deve essere analizzato tenendo conto dei principali fattori che lo compongono e che contribuiscono alla crescita generale della popolazione.
Tra questi assume un particolare significato l'evento demografico della nascita che viene rappresentato attraverso il *tasso di natalità*, che misura la frequenza delle nascite in una popolazione fittizia di 1.000 persone ed è un dato molto importante che permette di valutarne l'evoluzione.
Il *tasso di fecondità*, inoltre, indica il numero medio di figli che 1.000 donne, appartenenti ad una determinata popolazione, generano in un anno di calendario. Questo parametro permette di osservare i comportamenti riproduttivi di una popolazione e fornisce importanti elementi per la determinazione dei meccanismi di ricambio generazionale: è una delle componenti positive che concorrono a determinare la dinamica demografica di una popolazione.
A livello aziendale si può osservare come il *tasso di natalità* (Figura 5), il rapporto tra le nascite e il totale della popolazione, appaia generalmente più basso rispetto alla Piana di Lucca e non riesca a superare il *tasso di mortalità* che è il principale elemento negativo che determina il movimento naturale della popolazione e permette di evidenziare l'intensità con cui viene colpita dai decessi (indica infatti il numero delle morti avvenuto nella popolazione analizzata durante l'anno, rapportato all'ammontare medio della popolazione stessa).
L'ASL 2 di Lucca presenta infatti un *indice di crescita naturale* fortemente negativo (pari a -3,39‰ anche se con miglioramento del 34% rispetto al 2000) che segnala una scarsa capacità della popolazione residente di rigenerarsi.
Se la tendenza al lieve aumento delle nascite registrata nell'ultimo periodo tenderà ad avere un andamento positivo anche in futuro, potremmo ipotizzare un cambiamento nel rapporto nascite/decessi (con aumento della popolazione), ipotesi che necessita tuttavia di verifiche empiriche nel medio-lungo periodo.

Figura 4 - Piramide per età e sesso della popolazione residente nella Piana di Lucca al 31/12/2004

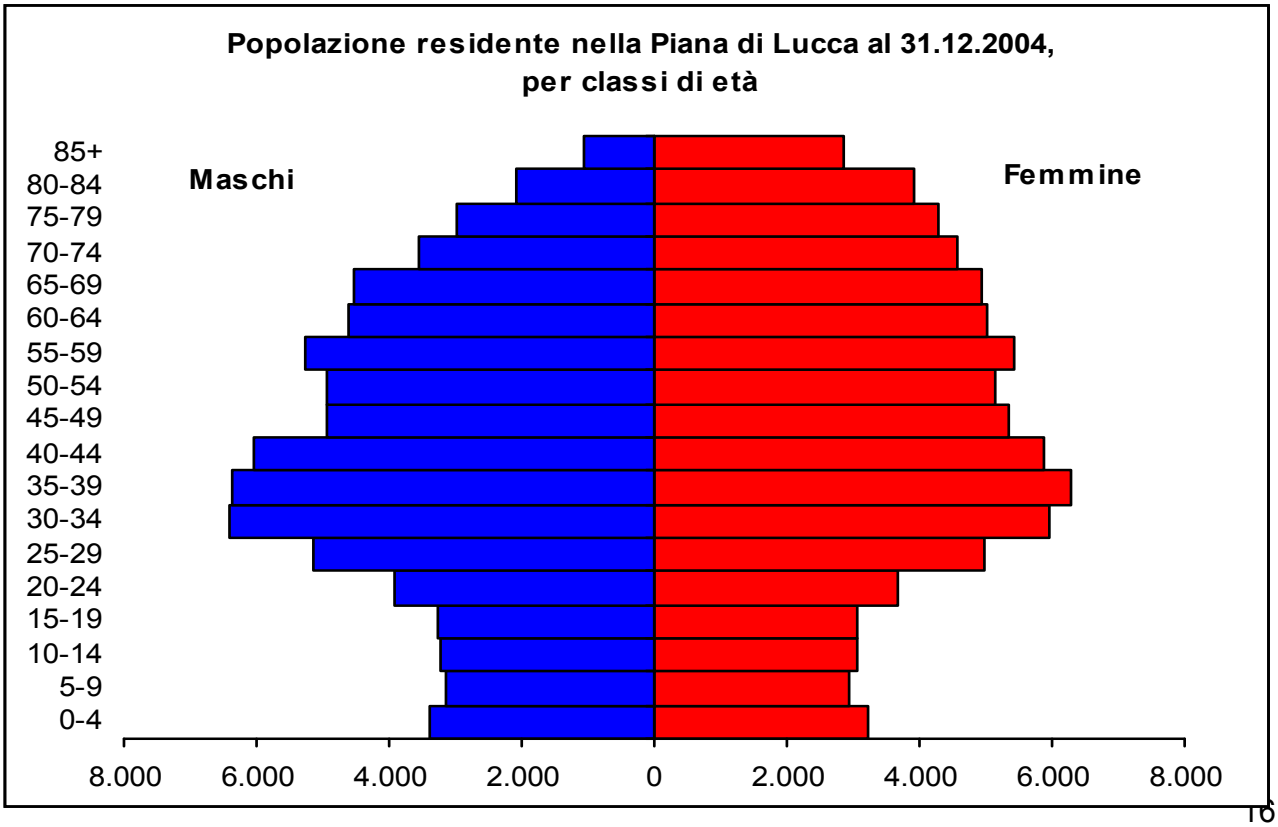
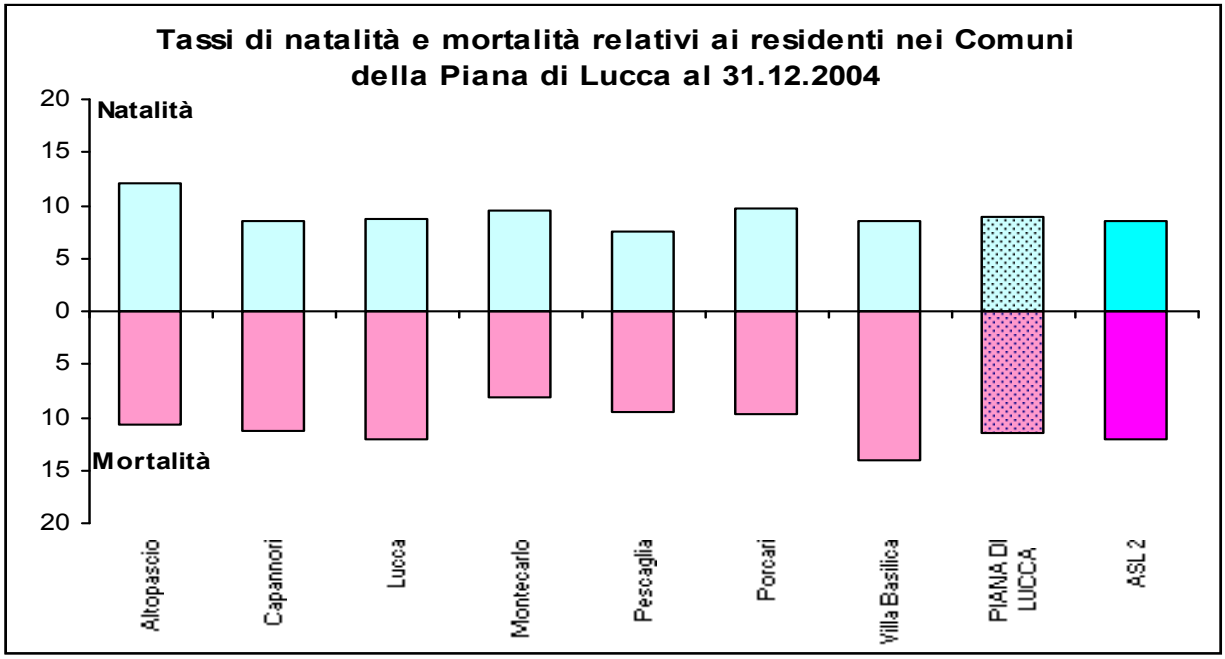


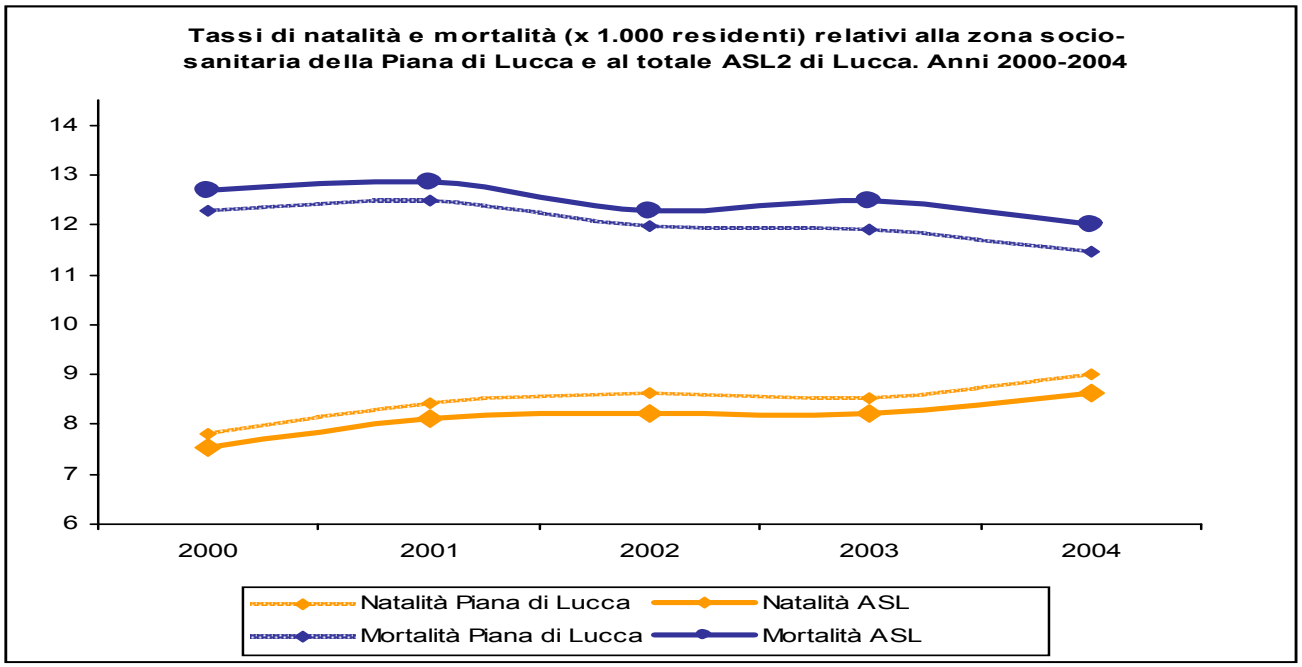
Figura 5 - Tassi di natalità e mortalità relativi ai residenti nei Comuni delle zone socio-sanitarie Piana di Lucca e della Valle del Serchio al 31.12.2004



La speranza di vita alla nascita nel 2003 relativa al territorio della ASL 2 (non è possibile differenziare per zone) è di 77,7 anni nei maschi e 83,3 anni nelle femmine e risulta in aumento in entrambi i sessi ed in recupero rispetto ai valori medi regionali (78,2 anni nei maschi ed 83,8 nelle femmine) - (fonte ARS).

A proposito dell'analisi dei tassi appena effettuata, è chiaro che una visione più ampia dei fenomeni e dei confronti territoriali si può ottenere valutando gli stessi in un periodo di tempo. A tal fine si riporta il *trend* dell'ultimo quinquennio disponibile (2000-2004).

Figura 6 - Tassi di natalità e mortalità (x 1.000 residenti) relativi alla Piana di Lucca e al totale ASL 2 di Lucca. Trend del quinquennio



La Figura 6 mostra come le considerazioni effettuate per l'anno 2004 siano valide anche per l'intero quinquennio. In particolar modo come la natalità della zona socio-sanitaria Piana di Lucca sia sempre superiore allo stesso indicatore calcolato per il totale ASL 2.
Anche per la mortalità resta invariato il risultato osservato per il 2004: l'ASL 2 registra in ognuno degli anni considerati valori più alti della Piana di Lucca. E' lecito pensare che tale risultato non sia casuale ma piuttosto strutturale della popolazione in oggetto.
A tal proposito può essere d'aiuto la Figura 7 che illustra i tassi di immigrazione ed emigrazione dei due contesti territoriali. Da quest'ultima si nota infatti come l'ASL 2 sia più chiusa verso l'esterno di quanto non lo sia la Piana di Lucca. Questo si riscontra sia nelle entrate che nelle uscite, infatti entrambi i *tassi di immigrazione* e *di emigrazione* risultano più bassi per l'ASL rispetto alla Piana. Questo fenomeno non è affatto trascurabile: infatti la struttura per età degli ingressi è nota come "Labour Dominant" (Roger Castro) ovvero si osserva che la motivazione scatenante la variazione di residenza è principalmente di ordine lavorativo; è noto come la propensione a migrare sia molto alta nelle età da 25 a 35 anni, presenti un certo rilievo nelle età infantili e tenda a declinare lentamente da 40 anni in poi.
Questo giustifica il comportamento dei tassi di natalità e mortalità che confluiscono con i tassi di immigrazione e emigrazione nell'andamento dei quozienti di incremento demografico riportato in Figura 8. Tale figura mostra come la "ripresa" demografica dell'ASL sia decisamente più lenta rispetto a quella della Piana di Lucca (le linee dei quozienti di incremento naturale e migratorio sono sempre le più basse).

La Tabella 4 permette di osservare nel dettaglio il comportamento demografico complessivo della Piana di Lucca e della zona socio-sanitaria. Dobbiamo qui notare che l'indice di crescita totale, pari a 10,5 (per 1.000 abitanti) risulta positivamente influenzato solo dall'indice di crescita migratoria (essendo negativo – come abbiamo visto – l'indice di crescita naturale).

Figura 7 - Tassi di immigrazione e di emigrazione (x 1000 residenti) relativi alla zona socio-sanitaria della Piana di Lucca e al totale ASL 2 di Lucca. Trend del quinquennio 2000-2004

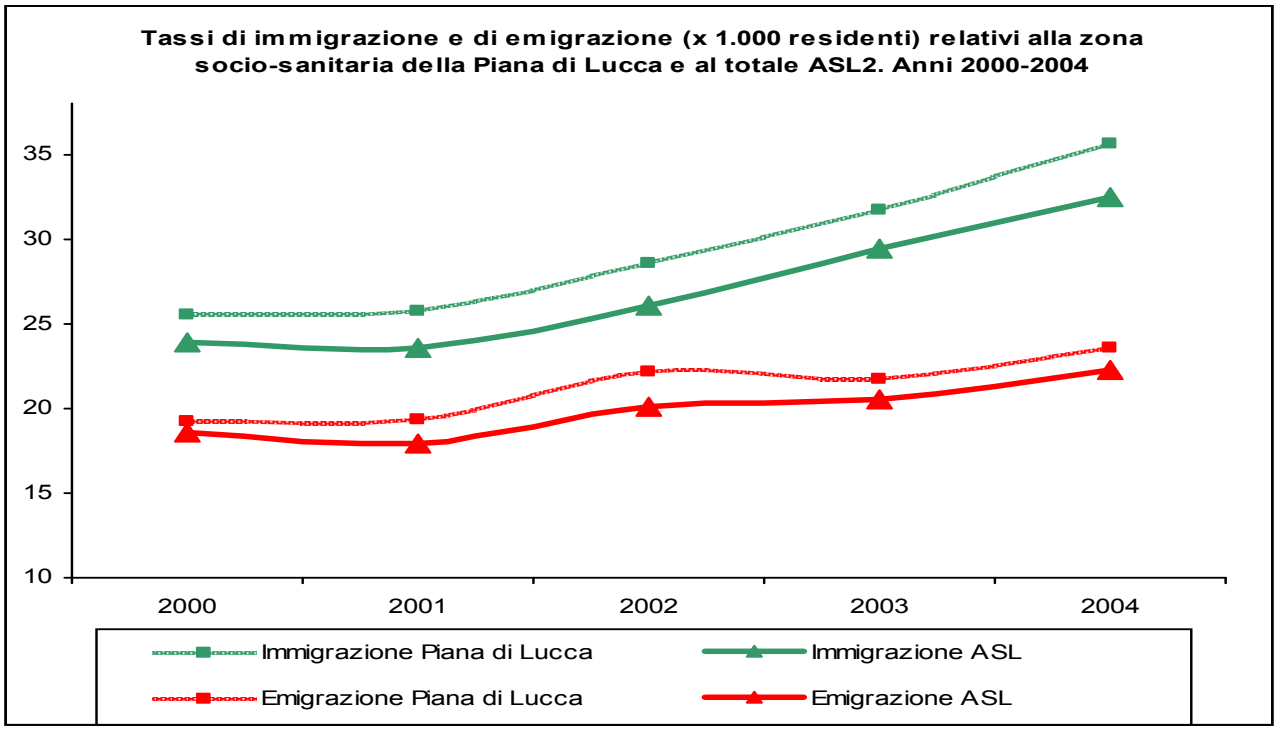
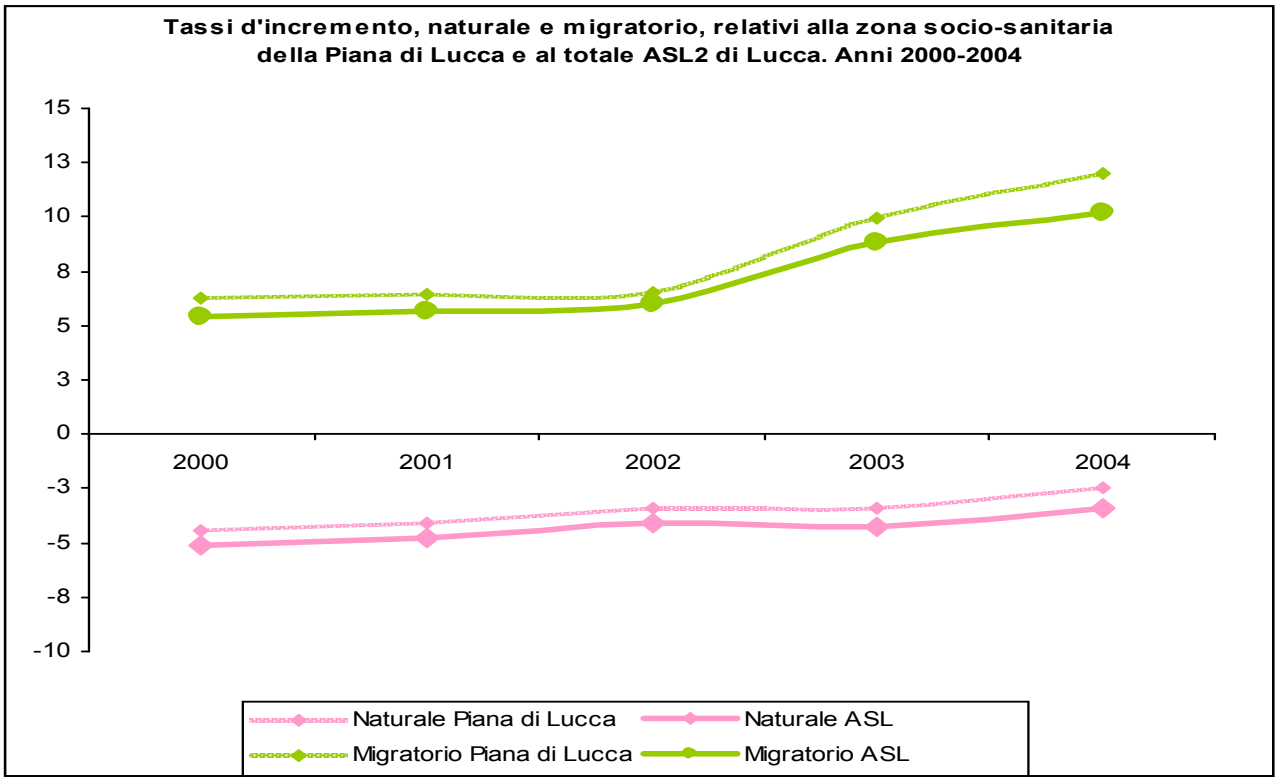


Figura 8 - Quozienti generici d'incremento, naturale e migratorio, relativi alla zona socio-sanitaria della Piana di Lucca e al totale ASL2 di Lucca. Anni 2000-2004



L'andamento positivo della popolazione lucchese è quindi garantito sostanzialmente dal *saldo migratorio* che compensa il decremento naturale della popolazione residente dovuto al rapporto negativo nascite/decessi. Stesse considerazioni valgono per l'Azienda Sanitaria Locale che registra un *indice di incremento totale* più basso rispetto a quello della Piana.

Tabella 4 Tassi demografici dell'andamento della popolazione residente per comune della Piana di Lucca (indici x 1.000).

Comune	Tasso generico di natalità	Tasso generico di mortalità	Indice di crescita naturale	Indice di immigratorietà	Tasso generico di emigratorietà	Indice di crescita migratoria	Indice di crescita totale	Tasso generico di fecondità
Altopascio	12,4	10,9	1,5	71,8	32,5	39,3	40,8	49,2
Capannori	8,5	11,4	-2,9	31	25,7	5,3	2,4	35,9
Lucca	8,8	12	-3,2	30,4	19,7	10,6	7,4	37,3
Montecarlo	9,5	8,2	1,4	41,4	30,9	10,5	11,8	40,9
Pescaglia	7,5	9,6	-2,1	29,8	25,6	4,3	2,1	35,2
Porcari	9,9	9,9	-	60	35,7	24,3	24,3	41,6
Villa Basilica	8,6	14,3	-5,7	56	26,8	29,1	23,4	38,7
Piana di Lucca	**9**	**11,5**	**-1,6**	**35,8**	**23,7**	**12,1**	**10,5**	**38,2**
ASL 2	**8,6**	**12,02**	**-3,4**	**32,5**	**22,3**	**10,2**	**6,8**	**38,9**

Fonte: Elaborazioni OPS su dati Istat

In entrambi i contesti territoriali (Piana di Lucca e ASL) la classe di età degli over65 è maggiore della classe degli under14, cioè di coloro che non sono ancora entrati nel mercato del lavoro e che dovrebbero rappresentare le nuove leve generazionali, il ricambio necessario al mantenimento di una economia in crescita (Tabella 5).

Tabella 5 - Indici demografici della struttura per età della popolazione per comune di residenza al 31/12/2004

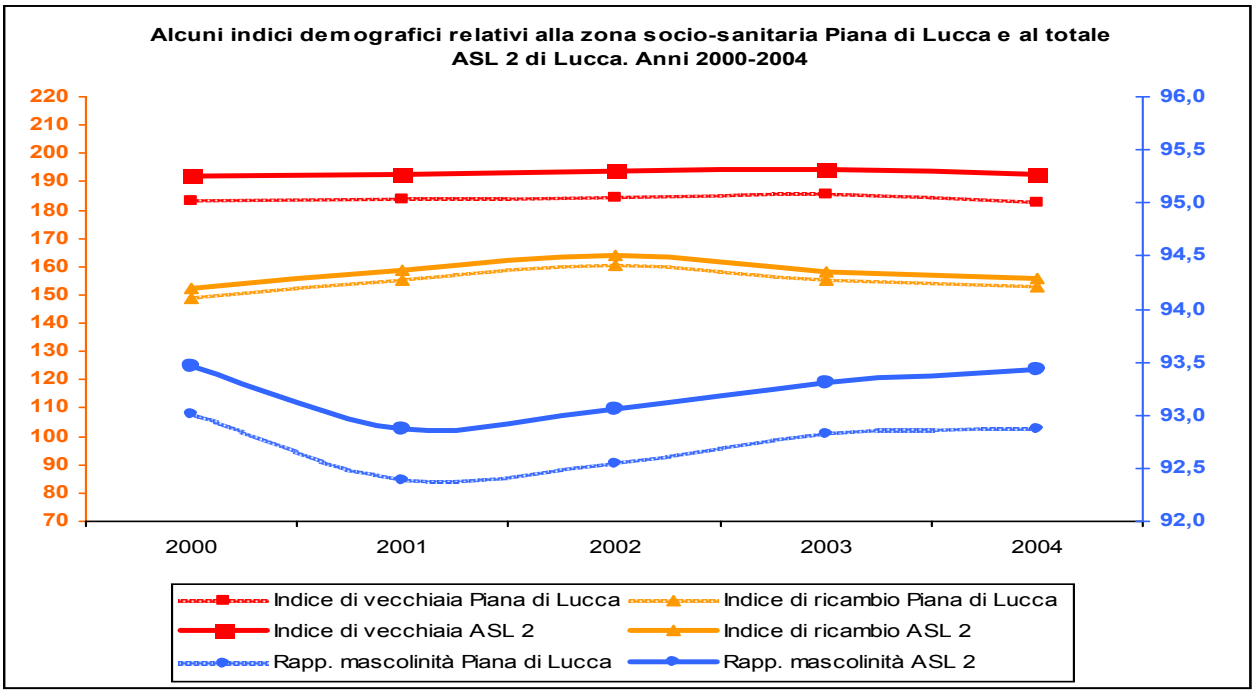
Comune	Indice di vecchiaia	% anziani 65+	% anziani 75+	% giovani 0-14	Indice di dipendenza demografica	Indice del carico di figli per donna in età feconda	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva
Altopascio	137,1	18,9	9,5	13,8	48,7	21,2	108,7	106,7
Capannori	187,5	22,2	10,7	11,9	51,7	18,3	155,1	94,9
Lucca	192,2	23,2	11,6	12,0	54,3	18,8	168,6	89,4
Montecarlo	142,1	19,7	9,2	13,9	50,6	21,6	107,6	96,4
Pescaglia	203,8	24,1	11,9	11,8	56,1	17,6	172,9	89,9
Porcari	150,7	20,0	10,0	13,2	49,7	18,3	103,8	103,2
Villa Basilica	238,7	25,8	14,2	10,8	57,9	13,6	101,1	100,9
Piana di Lucca	**182,9**	**22,4**	**11,0**	**12,2**	**52,9**	**18,8**	**152,7**	**93,2**
ASL2	**192,6**	**23,1**	**11,5**	**12,0**	**54,2**	**18,5**	**155,5**	**91,7**

Fonte : Elaborazioni OPS su dati ISTAT

Indice di vecchiaia : (pop>65)/(pop0-14)*100
Indice di dipendenza demografica : (pop0-14+pop>65)/(pop15-64)*100
Indice del carico dei figli : (pop0-4)/(popfemminile15-49)*100
Indice di ricambio della popolazione attiva : (pop60-64)/(pop15-19)*100
Indice di struttura della popolazione : (pop15-39)/(pop40-64)*100

In un sistema in equilibrio le due classi dovrebbero almeno eguagliarsi per garantire un ricambio generazionale completo. Le peggiori prestazioni su questo indicatore vengono fornite in particolare dalla Azienda Sanitaria che presenta, infatti, un rapporto di quasi 2 a 1 tra gli anziani e i giovani al di sotto dei quattordici anni: due anziani per ogni adolescente (Indice di Vecchiaia – Figura 9).

Figura 9 - Indice Vecchiaia, Indice di Ricambio e Rapporto di Mascolinità. Piana di Lucca-ASL 2



Questo indice permette di apprezzare il rapporto tra le nuove generazioni comprese nella classe di età 0-14, che non possono ancora essere considerate economicamente

produttive, e le generazioni più anziane (over 65) "formalmente" già uscite dal mercato del lavoro. Rispetto alle indicazioni offerte dall'indice di ricambio, questo dato sottolinea le criticità demografiche del medio-lungo periodo e, quindi, fornisce un'indicazione ancora più preziosa relativamente agli squilibri futuri della popolazione residente.

Inoltre, il rapporto tra i 60-64enni e i 15-19enni, cioè tra coloro che sono prossimi all'uscita dal mercato del lavoro e coloro che invece (almeno anagraficamente) hanno appena fatto in questo il loro ingresso, è di circa 3 a 2 sia nella Piana che nella ASL: una misura che se lascia buone speranze per l'inserimento lavorativo dei giovani che possono andare ad occupare le posizioni lasciate libere dai lavoratori prossimi alla pensione, lascia anche intravedere futuri problemi sul lungo periodo con particolare riguardo al versamento dei contributi pensionistici (Indice di ricambio – Figura 9).

Comunque, l'analisi della struttura demografica appena effettuata, pur essendo molto interessante, è limitata poiché è destinata a "sbiadire" nel breve termine considerato che la popolazione non è un'entità statica, bensì sottoposta a modificazioni anche piuttosto frequenti nel corso del tempo.
Le modificazioni riguardano il fatto che, continuamente, alcuni individui muoiono, altri ancora emigrano, immigrano, ecc..
Anche coloro che rimangono all'interno della popolazione modificano le loro caratteristiche intrinseche, invecchiando di pari passo con il trascorrere del tempo; inoltre, l'avanzamento dell'età anagrafica comporta, per le classi più giovani, l'ingresso del gruppo di persone potenzialmente riproduttive, e, per le classi più anziane, l'aumento del rischio di decesso.
Ecco allora sorgere l'esigenza, se non proprio la necessità, di associare all'analisi strutturale anche un'analisi di tipo dinamico, volta a capire quale sarà verosimilmente l'andamento della popolazione nei prossimi anni. Di seguito si riportano le tabelle e i grafici della popolazione "prevista" per i contesti territoriali analizzati in questo studio.

Tabella 6 - Previsioni demografiche della popolazione residente al 31.12.2004 nella Piana di Lucca, per classe di età

Classi di età	Popolazione effettiva al 31.12.2004	Previsione al 2008	Previsione al 2013	Previsione al 2018	Previsione al 2023
0-4	6.621	6.064	5.736	5.553	5.594
5-9	6.108	6.437	6.298	6.033	5.893
10-14	6.287	6.188	6.620	6.515	6.285
15-19	6.318	6.521	6.402	6.820	6.742
20-24	7.586	6.830	6.950	6.886	7.291
25-29	10.142	8.673	7.823	7.960	7.980
30-34	12.355	11.090	9.675	9.057	9.214
35-39	12.674	12.295	11.650	10.506	10.019
40-44	11.933	12.702	12.556	12.005	11.005
45-49	10.270	11.190	12.729	12.634	12.150
50-54	10.096	9.940	11.158	12.622	12.569
55-59	10.707	10.439	9.902	11.070	12.470
60-64	9.645	10.191	10.245	9.783	10.902
65-69	9.466	9.779	9.798	9.886	9.492
70-74	8.143	8.352	9.003	9.070	9.190
75-79	7.255	7.172	7.269	7.880	8.004
80+	9.914	10.637	11.288	11.674	12.358
Totale	**155.520**	**154.500**	**155.102**	**155.954**	**157.158**

Fonte : Regione Toscana

Tabella 7 - Previsioni demografiche della popolazione della ASL 2 di Lucca al 31.12.2004, per classe di età

Classi di età	Popolazione effettiva al 31.12.2004	Previsione al 2008	Previsione al 2013	Previsione al 2018	Previsione al 2023
0-4	8.794	8.145	7.681	7.400	7.431
5-9	8.419	8.656	8.438	8.053	7.834
10-14	8.553	8.459	8.887	8.709	8.377
15-19	8.652	8.833	8.719	9.132	8.990
20-24	10.251	9.316	9.374	9.319	9.734
25-29	13.671	11.744	10.603	10.698	10.747
30-34	16.604	15.004	12.995	12.156	12.290
35-39	17.313	16.717	15.693	14.053	13.381
40-44	16.228	17.273	17.021	16.135	14.690
45-49	14.167	15.329	17.282	17.103	16.307
50-54	13.906	13.629	15.248	17.111	16.993
55-59	14.781	14.380	13.545	15.099	16.890
60-64	13.458	13.870	14.077	13.351	14.846
65-69	13.336	13.681	13.305	13.550	12.923
70-74	11.639	11.680	12.559	12.284	12.564
75-79	10.369	10.179	10.125	10.947	10.808
80+	14.269	15.104	15.922	16.283	17.112
Totale	**214.410**	**211.999**	**211.474**	**211.383**	**211.917**

Fonte : Regione Toscana

Figura 10 Previsioni demografiche della popolazione residente al 31.12.2004 nella Piana di Lucca

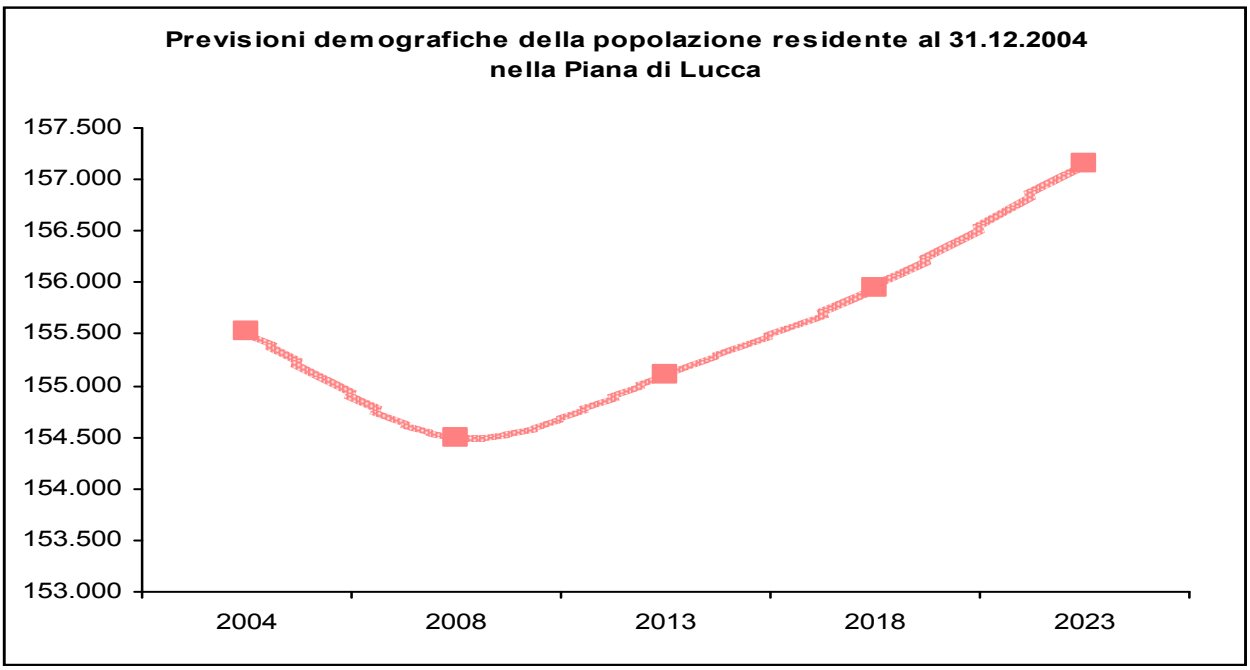
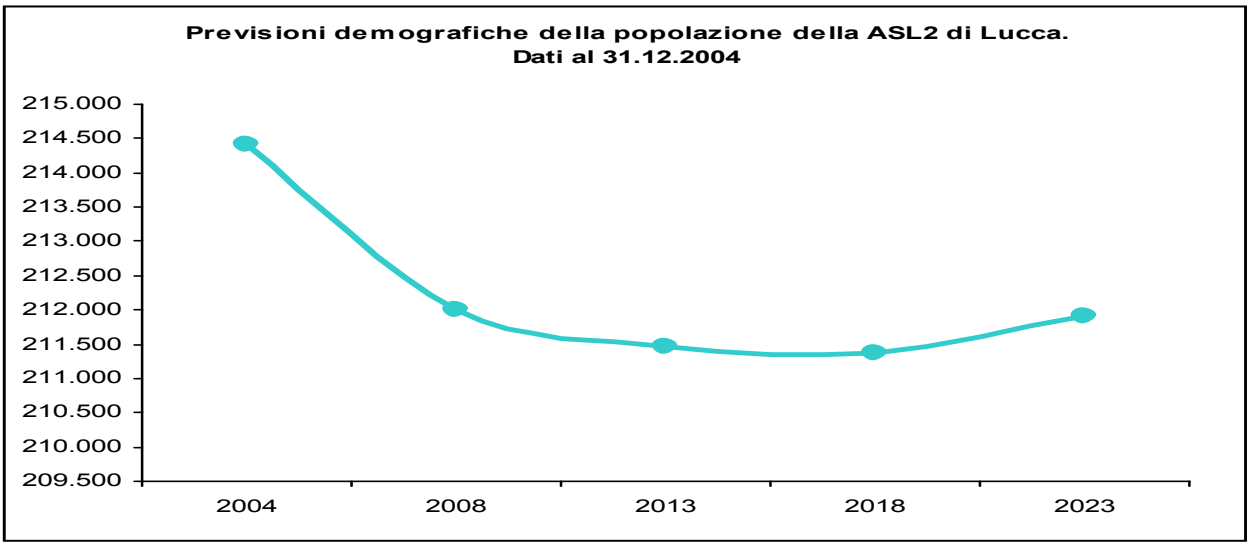


Figura 11 Previsioni demografiche della popolazione della ASL2 di Lucca. Dati al 31.12.2004



Come si può notare dalle Figure 10 e 11 la Piana di Lucca "prevede" un incremento di popolazione, al contrario per l'intera ASL 2 si attende un calo di popolazione.
In particolare le Tabelle 6 e 7 mostrano un dato preoccupante: in entrambi i contesti territoriali analizzati le fasce d'età che subiranno un calo sono quelle infantili e quelle feconde.

1.2.2 Immigrazione

Come già visto, in un contesto a bassa fecondità come quello della Piana di Lucca il saldo migratorio positivo riesce a compensare la negativa dinamica naturale.
Per questo motivo si è deciso di analizzare la componente straniera residente nel territorio oggetto del nostro studio.
La popolazione straniera residente nella Piana di Lucca ammonta a 7.308 unità e rappresenta il 4,7% della popolazione totale (quasi mezzo punto percentuale più di quanto registrato nella ASL – Tabella 8). Oltre il 60% degli stranieri residenti nella ASL si concentrano nei Comuni di Lucca e Capannori in cui la presenza però, sempre in rapporto alla popolazione residente, non si discosta dalla media della zona. Il rapporto più elevato viene invece rilevato nel Comune di Porcari con un impatto del 6,3% degli stranieri sugli autoctoni (uno dei valori più elevati di tutta la Provincia).

Tabella 8 - Popolazione straniera residente. Piana di Lucca e ASL 2. Valori assoluti e percentuali. Anno 2004

Comuni e SEL	Popolazione residente	di cui stranieri	% di stranieri sulla pop. residente
Altopascio	12.485	740	5,9
Capannori	42.849	1.820	4,2
Lucca	82.605	3.874	4,7
Montecarlo	4.450	210	4,7
Pescaglia	3.762	145	3,9
Porcari	7.577	477	6,3
Villa Basilica	1.792	42	2,3
Piana di Lucca	**155.520**	**7.308**	**4,7**
TOTALE ASL	**214.410**	**9.194**	**4,3**

Fonte : Elaborazioni dell'Ufficio Statistica del Comune di Lucca su dati ISTAT

Riguardo la distribuzione per classi di età (Tabella 9 e Tabella 10), è da notare come la popolazione straniera nella Piana sperimenti particolari concentrazioni in corrispondenza delle classi comprese tra 0 e 19 anni, in alcuni casi addirittura più dense che per la popolazione italiana. Ciò sembrerebbe testimoniare che gli stranieri immigrati nella Piana di Lucca, tendono a radicarsi in modo stabile, agendo sui ricongiungimenti familiari e sul consolidamento delle comunità di minori, e producendo di conseguenza un innalzamento significativo dei tassi di natalità.

Tabella 9 - Popolazione straniera residente al 31.12.2004 nei Comuni della Piana di Lucca e nella ASL 2 di Lucca, per classi di età. Valori assoluti

Comuni e SEL	Classi di età																	TOTALE
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	
Altopascio	63	38	39	42	75	124	109	97	77	35	11	11	11	6	0	1	1	740
Capannori	167	101	91	84	160	245	288	236	171	103	53	48	27	20	11	8	7	1.820
Lucca	262	191	162	181	303	518	576	530	392	287	169	114	70	48	33	19	19	3.874
Montecarlo	17	8	16	6	21	31	28	35	16	6	6	6	5	3	5	1	0	210
Pescaglia	8	5	9	16	12	8	17	15	14	17	12	6	4	1	1	0	0	145
Porcari	46	43	25	31	49	55	63	69	30	19	20	9	8	4	4	0	2	477
Villa Basilica	1	1	2	2	4	7	8	8	4	3	0	2	0	0	0	0	0	42
Piana di Lucca	**564**	**387**	**344**	**362**	**624**	**988**	**1.089**	**990**	**704**	**470**	**271**	**196**	**125**	**82**	**54**	**29**	**29**	**7.308**
TOTALE ASL	**711**	**494**	**427**	**455**	**770**	**1.203**	**1.308**	**1.226**	**862**	**611**	**360**	**257**	**183**	**135**	**89**	**56**	**47**	**9.194**

Fonte : ISTAT

Tabella 10 - Popolazione straniera residente al 31.12.2004 nei Comuni della Piana di Lucca e nella ASL 2 di Lucca, per classi di età. Valori percentuali

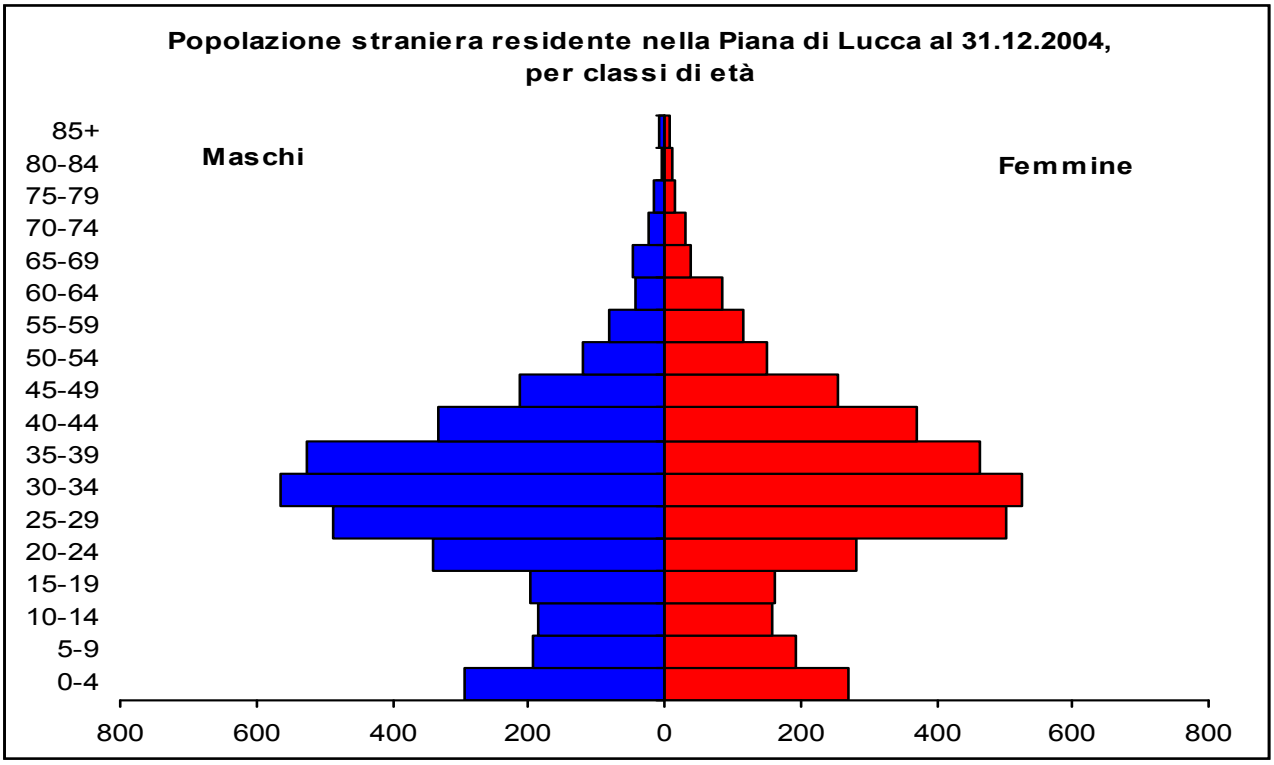
Comuni e SEL	Classi di età																	TOTALE
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+	
Altopascio	8,5	5,1	5,3	5,7	10,1	16,8	14,7	13,1	10,4	4,7	1,5	1,5	1,5	0,8	0,0	0,1	0,1	100,0
Capannori	9,2	5,5	5,0	4,6	8,8	13,5	15,8	13,0	9,4	5,7	2,9	2,6	1,5	1,1	0,6	0,4	0,4	100,0
Lucca	6,8	4,9	4,2	4,7	7,8	13,4	14,9	13,7	10,1	7,4	4,4	2,9	1,8	1,2	0,9	0,5	0,5	100,0
Montecarlo	8,1	3,8	7,6	2,9	10,0	14,8	13,3	16,7	7,6	2,9	2,9	2,9	2,4	1,4	2,4	0,5	0,0	100,0
Pescaglia	5,5	3,4	6,2	11,0	8,3	5,5	11,7	10,3	9,7	11,7	8,3	4,1	2,8	0,7	0,7	0,0	0,0	100,0
Porcari	9,6	9,0	5,2	6,5	10,3	11,5	13,2	14,5	6,3	4,0	4,2	1,9	1,7	0,8	0,8	0,0	0,4	100,0
Villa Basilica	2,4	2,4	4,8	4,8	9,5	16,7	19,0	19,0	9,5	7,1	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Piana di Lucca	7,7	5,3	4,7	5,0	8,5	13,5	14,9	13,5	9,6	6,4	3,7	2,7	1,7	1,1	0,7	0,4	0,4	100,0

In particolare si noti la Figura 12 raffigurante la piramide per età degli stranieri residenti nella zona socio-sanitaria Piana di Lucca.

È evidente la differenza di quest'ultima con la piramide per età e sesso dei residenti autoctoni nella stessa zona socio-sanitaria: a differenza della Figura 4 il grafico degli stranieri residenti mostra una piramide nella sua forma "più consona" ovvero pochi anziani al vertice e molti giovani e bambini alla base.

Il positivo saldo migratorio consente alla Piana di Lucca di frenare in qualche modo la tendenza al declino della popolazione ascrivibile al negativo saldo naturale (poche nascite a fronte di molti decessi, indotti da una struttura per età della popolazione piuttosto matura come si evince dalla Figura 4).

Figura 12 - Piramide per età e sesso dei residenti stranieri nella Piana di Lucca. Anno 2004



Aspetti Territoriali E Demografici - SINTESI

Situazione territoriale

- La superficie territoriale della Piana di Lucca ha un'estensione di 511,2 kmq.
- Il territorio della Piana di Lucca è rappresentato al 42% da aree boscate, al 15,4% da aree protette, al 12,77% da aree urbanizzate e da siti dimessi con una superficie di 125 Kmq circa (24,5%).
- Nella Piana di Lucca le più evidenti criticità riguardano il territorio a est della città ed in particolare il completamento degli interventi di riorganizzazione del sistema dei due caselli autostradali
- I comuni della Piana che registrano maggiori movimenti interni sono Lucca e Capannori e sono quelli che detengono la quota maggiore sia di posti di lavoro che di scuole.
- La Piana di Lucca è caratterizzata da una parte, da una tendenza centripeta, con il centro storico di Lucca come forte attrattore e, dall'altra, da una tendenza al decentramento in aree periferiche per le necessità di sviluppo di alcune funzioni rare, ospedaliere, ricreative direzionali e commerciali. La somma di queste due tendenze rischia di compromettere l'organizzazione del sistema insediativi della piana.

Situazione demografica

- La popolazione della Piana di Lucca, al 31/12/2004, è costituita da 155.520 residenti di cui circa il 48% maschi e il 52% femmine, composizione per sesso molto simile a quella della ASL, di cui rappresenta il 73% circa.
- La popolazione della Piana si concentra principalmente nei tre Comuni di Lucca, Capannori e Altopascio che insieme rappresentano l'89% della popolazione della zona ed un'estensione territoriale pari al 73% del totale.
- L'andamento demografico, sul lungo periodo, presenta un livello di grande stabilità rispetto alla popolazione totale dell'ASL che, al contrario, registra un decremento di quasi 10 punti percentuali. Tale stabilità demografica però è strettamente collegata all'aumento della popolazione come effetto delle immigrazioni.
- Alcune proiezioni fanno prevedere per la Piana di Lucca un incremento di popolazione (157.158 residenti nel 2023). Per la ASL invece si attende un decremento. In entrambi i contesti territoriali analizzati (Piana e ASL) le fasce d'età che subiranno un calo sono quelle infantili e quelle feconde.
- La composizione della popolazione della Piana di Lucca per fasce di età è caratterizzata da una forte presenza di anziani (il 22% circa del totale) e da una ridotta consistenza degli under14 (poco più del 12% del totale). Tale dato è confermato anche dall'indice di vecchiaia che misura, per la Piana, circa 183 anziani ogni 100 giovani al di sotto dei 14 anni. Le peggiori prestazioni su questo indicatore vengono tuttavia fornite dalla ASL che presenta un rapporto di quasi 2 a 1 tra anziani e adolescenti.
- La popolazione straniera residente nella Piana di Lucca ammonta a 7.308 unità e rappresenta il 4,7% della popolazione totale (quasi mezzo punto percentuale più di quanto registrato nella ASL). La composizione di tale popolazione per classi di età è caratterizzata da una forte concentrazione oltre che nelle fasce attive e riproduttive anche in corrispondenza delle classi comprese tra 0 e 19 anni, in alcuni casi addirittura più dense che per la popolazione italiana. Ciò conferma la tendenza degli immigrati stranieri della Piana di Lucca a radicarsi in modo stabile.

CAPITOLO 2 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE

2. Introduzione

2.1 Aspetti Socio-Culturali

2.1.1 Stili di vita

2.1.2 Famiglia

2.1.3 Educazione e formazione

2.1.4 Attività ricreative e volontariato

2.2 Aspetti economico-occupazionali

2.2.1 Lavoro ed economia

2.3 Stato dell'Ambiente Fisico

2.3.1 Territorio

2.3.2 Rifiuti

2.3.3 Acqua

2.3.4 Aria

2.3.5 Rumore

2.3.6 Radiazioni non ionizzanti

2.3.7 Zone di Criticità Ambientale

2.4 Stato dell'Ambiente Urbanistico

2.4.1 Disponibilità di verde e aree urbanizzate

2.4.2 Struttura degli insediamenti produttivi

2.4.3 Funzioni urbane

2.4.4 Sicurezza rete stradale

2.4.5 Situazione abitativa

2.4.6 Siti industriali dismessi

2. INTRODUZIONE

Il concetto di salute identifica, secondo la definizione dell'OMS, uno stato di benessere psicofisico e sociale dell'uomo, connesso all'ambiente di vita, di lavoro, alle relazioni sociali ed al contesto culturale di riferimento.
Valutare la salute di una popolazione e del suo territorio implica pertanto anche la rilevazione di aspetti legati alla cultura che si riflettono inevitabilmente sullo stile di vita e sul comportamento; in particolare fattori socio-economici e occupazionali, aspetti socio-relazionali, educativi, formativi ed infine aspetti di carattere ambientale, sia riferiti all'assetto fisico che urbanistico.
Questi dati sono noti in letteratura come determinanti di salute e in passato venivano ritenuti poco influenti sul livello di salute in termini di qualità e quantità della vita.
E' oramai acquisita la consapevolezza che la salute, non più semplice assenza di malattia, dipende da una pluralità di elementi non esclusivamente di natura sanitaria: è stimato che il contributo dato dal settore sanitario al conseguimento degli obiettivi di salute sia attorno al 10-15% mentre l'influenza dei fattori socioeconomici si attesta sull'ordine del 40-50%.
E' altresì comprovato statisticamente che si vive meglio e ci si ammala meno in contesti sani dal punto di vista ambientale, economico, culturale e sociale mentre molto spesso le diseguaglianze socio-economiche vanno a radicare importanti diseguaglianze di salute.
Pertanto la salute si promuove intervenendo anche sul modo di vivere e di lavorare, sulla qualità dell'aria, dell'acqua, sui cibi, sull'uso corretto del territorio, sulla prevenzione.
Impostare le politiche sociali e sanitarie sulla base di questi presupposti comporta di interessarsi a tutte le problematiche afferenti la qualità della vita, passando da una visione statica e segmentata delle scelte ad una visione processuale e dinamica con alti livelli d'integrazione dei soggetti istituzionali competenti.

2.1 ASPETTI SOCIO-CULTURALI

2.1.1 Stili di vita

Le evidenze scientifiche sottolineano l'importanza dei fattori di rischio correlati agli stili di vita (sedentarietà, obesità, tabagismo, abuso di alcol) quali determinanti delle principali patologie causa di morbilità e mortalità nella popolazione.
Questi fattori hanno assunto un peso sempre maggiore, soprattutto per le conseguenze legate o all'uso eccessivo o a comportamenti non corretti. In alcuni casi l'abuso può avere conseguenze anche in termini di pericolo per la salute collettiva, oltre che per la salute individuale.

Stime nazionali e regionali sulla prevalenza di questi fattori negli adulti sono ottenute periodicamente attraverso indagini condotte dall'Istituto Centrale di Statistica (ISTAT), ma non sono disponibili dati locali; questa carenza può rappresentare una criticità nella programmazione e valutazione di interventi per ridurre i fattori di rischio e le patologie correlate.
Nelle realtà territoriali più piccole, quale ad esempio una ASL, le sole fonti a disposizione sono fornite da studi condotti a livello locale.
Nella ASL 2, nell'ambito di uno studio nazionale denominato "PASSI" preparato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, nell'autunno del 2005 è stata condotta un'indagine, tramite questionario telefonico, su un campione statisticamente significativo della popolazione residente nella fascia di età 18-69 anni, con lo scopo di raccogliere informazioni su alcuni aspetti dello stato di salute, utili per la programmazione di interventi

mirati alla promozione di uno stile di vita sano ed alla prevenzione di importanti malattie croniche (es: tumori, malattie cardiovascolari, obesità, ecc.).
L'analisi dei risultati definitivi di questa indagine è ancora in corso.

I dati sugli stili di vita riportati nel presente paragrafo, fanno quindi riferimento all'indagine multiscopo ISTAT per quanto riguarda il livello nazionale e regionale (dati elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità – ARS), ed ai risultati preliminari dello studio PASSI effettuato nella ASL di Lucca per il livello aziendale.

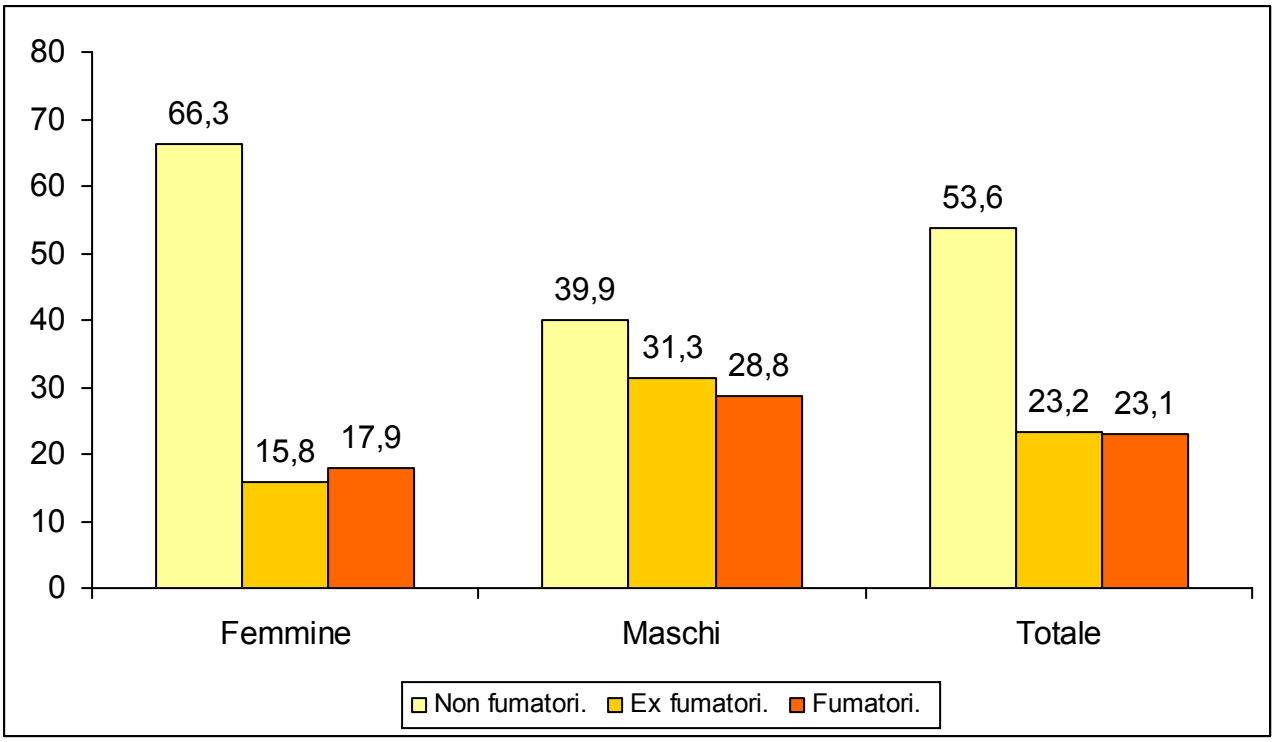
2.1.1.1 Abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molti tumori e per numerose patologie che colpiscono, soprattutto, l'apparato respiratorio e cardiovascolare.
Nel complesso è uno dei fattori legati ad abitudini individuali maggiormente responsabile di morte prematura nei paesi sviluppati.
Molto dannosa è anche l'esposizione passiva al fumo, che spesso riguarda classi di popolazioni più deboli o maggiormente esposte come i bambini o i lavoratori.
Il fumo passivo è stato infatti classificato dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro come sostanza cancerogena certa per l'uomo.

In Toscana la prevalenza dei fumatori è nella media italiana, registrando valori più alti nelle classi di età comprese tra 35 e 64 anni. Si nota però un aumento evidente del fumo tra le giovani donne.

I dati dell'indagine ISTAT aggiornati al 2003 (Figura 13) hanno rilevato che in regione Toscana la quota di popolazione dei fumatori correnti (soggetti dai 14 anni in su) è rappresentata dal 28,8% nei maschi e dal 17,9% nelle femmine.
Inoltre i forti fumatori, ovvero coloro che fumano oltre 20 sigarette al giorno, sono 3 volte più frequenti tra i maschi rispetto alle femmine: 14,6% contro il 4,4%.

Figura 13 - Indagine multiscopo ISTAT - Abitudine al fumo nella popolazione di 14 anni e più. Regione Toscana, anno 2003. (fonte dati: ARS, modificato).



Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", risulta che il 25,0% degli intervistati (soggetti nella fascia di età 18-69 anni) ha dichiarato di essere fumatore; anche qui la quota più elevata si registra nei maschi (30,3%) rispetto alle femmine (19,8%).
I non fumatori rappresentano il 51,5% del totale degli intervistati, mentre gli ex-fumatori sono il 23,5%.

Per quanto riguarda l'esposizione a fumo passivo è importante rilevare che la prevalenza di esposti è elevata sia in ambito domestico che in ambito lavorativo.
L'ISTAT ha stimato che circa il 25% degli italiani convivono con fumatori e sono quindi esposti a fumo passivo in ambito domestico e che la percentuale di esposti nelle fasce giovanili è assai più elevata ed è intorno al 50% per le fasce di età 0-14 anni.

Il fumo, come è stato già detto, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali, cardiovascolari e dell'apparato respiratorio.

In Italia le stime sulle morti dovute al fumo sono di circa 85.000 decessi all'anno, ovvero uno su sei-sette decessi è dovuto al tabacco.

Il Registro di Mortalità Regionale (RMR) ha fornito una stima delle morti attribuibili al fumo nel triennio 1998 - 2000, sia negli adulti di 35 anni e più che nei neonati, con valori complessivamente più elevati nei maschi (il 23,0% dei decessi è attribuibile al fumo attivo) che nelle femmine (il 5,7%).

Molto più importante è la quota di morti per tumori attribuibili al fumo attivo che, nei maschi, è di oltre il 70% dei decessi, mentre, nelle femmine i valori medi corrispondenti risultano di poco superiori al 40% (soprattutto nelle donne giovani rispetto alle anziane).

Il RMR ha stimato anche la mortalità attribuibile al fumo passivo per il tumore del polmone e per le malattie ischemiche del cuore: risulta che circa un quarto dei tumori al polmone che insorgono in soggetti non fumatori sono legati ad esposizione a fumo passivo (del coniuge o in ambiente di lavoro).
Per le malattie ischemiche del cuore tale quota si assesta intorno al 3-6% delle morti in soggetti non fumatori.

2.1.1.2 Abitudine all'alcol

L'assunzione di alcol è un'abitudine alimentare quotidiana con duplice valenza: in quantità moderate e durante i pasti sembra avere effetti benefici sulla salute; l'eventuale consumo in eccesso può invece portare a danni anche gravi per l'organismo.
In ogni caso spesso l'assunzione in eccesso è fortemente legata al contesto culturale, sociale ed economico.
Gli effetti negativi dell'abuso spesso ricadono, oltre che sul bevitore, anche sulle famiglie e sulla collettività, con costi stimati che arrivano fino al 9% della spesa sanitaria.

Il consumo continuativo di bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio per l'insorgenza di varie patologie croniche, tra cui la cirrosi epatica ed, in misura minore, alcune neoplasie maligne (soprattutto se combinato con il fumo di tabacco).

In Toscana, le elaborazioni dell'ARS - Agenzia Regionale di Sanità basate sull'indagine multiscopo ISTAT aggiornata al 2003 (Tabella 11), fanno rilevare che la percentuale di bevitori al di sopra dei 14 anni risulta, in totale, del 71,9%, con distribuzione differenziata tra i due sessi: 84,9% nei maschi e 59,8% nelle femmine.
Il 10,4% dei maschi e il 2,5% delle femmine beve più di mezzo litro di vino al giorno.

A livello di ASL, sempre dalla stessa indagine descritta precedentemente (studio "PASSI"), risulta che il 29,0% degli intervistati (soggetti nella fascia di età 18-69 anni) non ha assunto alcuna bevanda alcolica nell'ultimo mese; differenziando per sesso, nei maschi la quota è pari al 18,2%, contro il 39,6% delle femmine.

I "bevitori a rischio", che includono le tre categorie di "forti bevitori", "binge" (ovvero coloro che hanno l'abitudine di consumare eccessive quantità in una sola occasione) e "bevitori fuori pasto", rappresentano il 18,5% del campione intervistato.

Considerando separatamente le tre categorie (e tenendo presente che un soggetto può essere incluso in più di una categoria), risulta che i "forti bevitori" (definiti come coloro che bevono più di 3 unità di bevanda alcolica al giorno per i maschi, e più di 2 unità al giorno per le femmine) sono il 5,5% degli intervistati, i bevitori "binge" rappresentano l'8,5% e i "bevitori fuori pasto" il 9,0%.

Tabella 11 - Indagine multiscopo ISTAT - Consumo di alcol nei soggetti oltre 14 anni di età. Regione Toscana, anno 2003. *(Fonte: ARS).*

SESSO	*Percentuale di non bevitori (soggetti oltre 14 anni). Anno 2003*	*Percentuale di bevitori di più di mezzo litro di vino al giorno. Anno 2003*
Femmine	40,2	2,5
Maschi	15,1	10,4
TOTALE	***28,1***	***6,3***

La stima dei decessi attribuibili all'alcol risulta molto complessa: nel 1991 la stima del numero totale di morti in Italia attribuibili all'alcol è stata di quasi 16.000 decessi (circa il 2,8% dei decessi totali nello stesso anno).

Un dato indicativo elaborato dalla Società Italiana di Alcologia, suggerisce una proporzione di decessi attribuibili all'alcol (rispetto ai decessi totali del 1994) compresa fra il 6,6% ed il 7,9%, con una quota maggiore nel sesso maschile (11,1% contro il 4,5%).

Nella Tabella 12 sono riportati i numeri assoluti dei soggetti residenti nella ASL 2 e utenti dei Servizi di Alcologia dei SerT (Servizi Tossicodipendenze) della Zona-distretto Piana di Lucca e del totale dell'ASL 2 al 31/12/2005, suddivisi in maschi e femmine e distinti nel modo seguente:

- *Attivi* = casi che hanno avuto almeno un contatto con i SerT nel corso del 2005;
- *Presi in carico* = casi per i quali è stato predisposto almeno un programma terapeutico nel corso del 2005.

Tabella 12 - Utenti dei servizi di alcologia dei SerT al 31/12/2005 residenti nella ASL 2 *(Fonte Relazione Sanitaria Aziendale).*

	Piana di Lucca			***Totale ASL 2***		
	Maschi	*Femmine*	*Totali*	*Maschi*	*Femmine*	*Totali*
Attivi	157	69	***226***	217	87	***304***
Presi in carico	125	64	***189***	174	79	***253***

2.1.1.3 Obesità e consumi alimentari

L'obesità rappresenta un problema di grande rilevanza sociale ed economica, poiché costituisce uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, ipertensione, etc..) e muscolo-scheletriche.

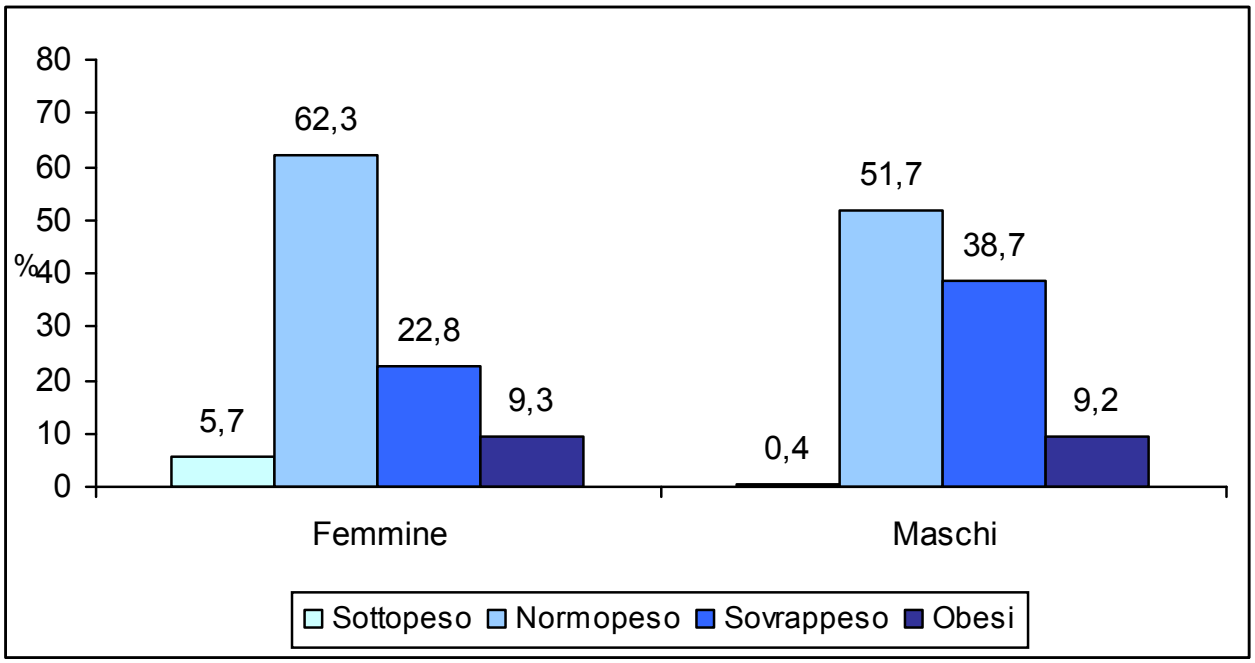
Il sistema di misura dell'obesità è rappresentato dall'indice di massa corporea (BMI – rapporto tra il peso corporeo in Kg ed il quadrato della statura in metri), che, secondo i criteri dell'OMS, prevede quattro classi:

- sottopeso: BMI inferiore a 18,50
- normopeso: BMI compreso fra 18,50 e 24,99
- soprappeso: BMI compreso fra 25,00 e 29,99
- obeso: BMI maggiore o uguale a 30,00.

L'ultima indagine multiscopo ISTAT ("Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – 1999 - 2000") condotta sulle famiglie italiane ha evidenziato che circa 16 milioni di italiani sono in sovrappeso, oltre 4 milioni sono obesi e 1,8 milioni sono in sottopeso.
A livello nazionale, si nota un trend in aumento della percentuale di persone obese: dal 1994 al 1999 le persone obese sono aumentate del 25%.
La quota di soggetti in soprappeso tra i bambini e gli adolescenti è pari a circa il 20%, mentre i francamente obesi sono circa il 4%; la fascia di età più interessata è quella tra i 6 e i 13 anni, ed interessa soprattutto i maschi.

In Toscana, sulla base dei risultati dell'indagine Multiscopo ISTAT del 2003 ed elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (Figura 14), si può notare che i soggetti in sovrappeso e francamente obesi rappresentano quasi il 50% dei maschi e quasi un terzo delle femmine.

Figura 14 – Indagine multiscopo ISTAT – Popolazione di 18 anni e più: distribuzione % dell'indice di massa corporea (BMI). Regione Toscana, anno 2003. (*Fonte: ARS, modificato*



Nella ASL 2, dall'indagine dello studio PASSI (soggetti in età 18-69 anni) è risultato che il 31,5% degli intervistati è in sovrappeso, l'8,0% è obeso, mentre il 3,0% risulta sottopeso. Complessivamente quindi, quasi il 40% dei soggetti risulta in eccesso ponderale.

Differenziando per età, nei soggetti di 50 anni o più la percentuale di persone in sovrappeso o obese sale al 56,8%.
L'analisi per sesso fa rilevare che nei maschi i soggetti in sovrappeso o obesi risultano il 50,5% degli intervistati, mentre nelle femmine tale gruppo rappresenta il 28,7%.

Un'indagine effettuata in tutte le ASL della Regione Toscana nel 2003 su un campione rappresentativo di bambini dell'età di 8 anni, ha messo in luce che il 67,7% è risultato normopeso, il 22,5% sovrappeso e quasi il 9% francamente obeso.

A livello di abitudini alimentari, è ormai riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è infatti consolidato.
Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Nella ASL 2, sempre all'interno dello studio PASSI, è risultato che il 24,0% dei soggetti ha dichiarato di aderire alla regola del "5 a day", con una quota maggiore nella popolazione femminile: 31,7% contro il 16,2% nei maschi.

2.1.1.4 Attività fisica

Un'attività fisica condotta in forma regolare permette un miglioramento sia dello stato fisico, svolgendo un ruolo protettivo contro alcune patologie importanti (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari), sia del tono umorale e psico-emotivo che a sua volta ha ricadute positive sull'umore e sui livelli di autostima individuali e quindi sullo stato di salute.
Le indicazioni del Department of Health and Human Services degli USA raccomandano alla popolazione almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana.

Si stima che la sedentarietà rappresenti la causa o la concausa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo, contribuendo allo sviluppo del 22% delle malattie cardiovascolari, e del 10-16% dei casi di tumori della mammella, del colon e di diabete; inoltre insieme ad un'alimentazione non corretta concorre all'attuale epidemia di obesità.
La tendenza alla sedentarietà appare in crescita nei paesi sviluppati, in conseguenza del consolidarsi di stili di vita e condizioni di lavoro con ridotto sforzo fisico e movimenti sempre più contenuti.

Un'attività fisica moderata e regolare influenza l'aspettativa di vita: le persone fisicamente attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro alle patologie summenzionate con una stima di riduzione di circa il 10% della mortalità per tutte le cause.

L'indagine multiscopo ISTAT ha evidenziato che il 65% della popolazione italiana ha dichiarato di svolgere una qualche attività sportiva durante l'anno, ma solo il 18% circa in modo continuo (almeno una volta a settimana), soprattutto maschi (22,4% contro 14,1%).

Tabella 13 – Indagine multiscopo ISTAT – Percentuale di sedentari (che non svolgono abitualmente attività fisica seppure leggera: passeggiare, salire scale, etc..). Regione Toscana, anno 1999-2000. (*Fonte: ARS)*.

SESSO	*6-19 anni. Anni 1999-2000*	*20-64 anni. Anni 1999-2000*	*>64 anni. Anni 1999-2000*	*>=6 anni. Anni 1999-2000*
Femmine	6,8	26,5	46,7	29,7
Maschi	5,1	23,0	27,7	21,9

In Toscana l'indagine (Tabella 13) ha messo in luce che circa un quarto della popolazione adulta ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà, soprattutto nel sesso femminile e che tale quota aumenta con l'età; il gap tra sesso maschile e femminile è infatti molto alto nei soggetti di età superiore a 64 anni: 47% di donne sedentarie contro il 28% circa di maschi sedentari.

Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", il 37,5% delle persone intervistate risulta aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica o effettua un lavoro pesante (il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione, su cui esiste ormai un largo consenso, è di circa 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni); il 43,5% pratica una qualche attività fisica, mentre il 16,5% risulta sedentario, ovvero non svolge regolarmente un lavoro attivo e non pratica alcuna attività fisica; il residuo 2,5% preferisce non rispondere.
Sempre secondo i dati dell'indagine risulta che per il 43% degli intervistati il medico si è informato in merito al livello di attività fisica praticata ed il 51% ha ricevuto raccomandazioni di svolgere regolare attività fisica; solo poco più della metà ha però ricevuto informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere.
Infine solo il 13% degli intervistati dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.

2.1.1.5 Uso e abuso di farmaci e sostanze stupefacenti

Dai dati dell'indagine multiscopo ISTAT del 2001 risulta che a livello nazionale il *consumo di farmaci*, con riferimento ai due giorni precedenti l'intervista, ha interessato il 33,6% della popolazione; il dato risulta leggermente in crescita rispetto all'anno precedente (32,7% nel 2000).
Le donne assumono farmaci più frequentemente (37,9%) degli uomini (29,1%).
Per entrambi i sessi il consumo di medicinali aumenta al crescere dell'età: tra gli anziani di 75 anni e più, la percentuale di coloro che nei due giorni precedenti l'intervista ha fatto ricorso a farmaci raggiunge il 77,6%.
Un quinto (20,6%) dei bambini al di sotto dei 6 anni ha fatto uso di farmaci, dato in leggero calo rispetto al 2000 (22,6%) mentre rimane costante per i bambini sopra i 5 anni e per i ragazzi (12,7% tra i 6 e i 10 anni, 11,5% tra gli 11 e i 14 anni).
L'uso di farmaci si rileva più alto al nord (36,1% nel nord-ovest, 37,9% nel nord-est) e al centro (34,1%), minore nel sud del Paese (29,1% nel meridione, 30,0% nelle isole).

Il numero medio di ricette farmaceutiche pro-capite esprime il rapporto tra il numero di ricette farmaceutiche prescritte e la popolazione residente; esso rappresenta un indicatore indiretto del consumo di farmaci.
Nella ASL 2 nel 2005 complessivamente le farmacie convenzionate hanno spedito 8,96 ricette per abitante, per una spesa netta pro capite a carico del SSN pari a € 198,88.
La spesa pro capite nella zona Piana di Lucca è stata pari a € 196,11.

La spesa pro capite netta è stata superiore alla media regionale del 7,17% contro il 6,94% del 2004 e il 9,26% del 2003.

Per quanto riguarda le *sostanze stupefacenti*, le principali forme di dipendenza rilevate nel territorio dell'ASL 2 ed, in particolare, della Zona-distretto Piana di Lucca, risultano essere legate al consumo di eroina e alcol.
Il dato sembra confermato dal fatto che il maggior numero di soggetti che si rivolge ai Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T) e che risultano inseriti in programmi terapeutici presentano problemi di dipendenza legati all'uso di queste sostanze.

Ponendo l'attenzione sulle prese in carico avvenute nel 2004, si ha la conferma della predominanza di queste forme di dipendenza.
Degno di interesse appare anche il dato relativo a nuove forme di dipendenza quali anfetamine, nicotina, disturbi del comportamento alimentare e gioco d'azzardo patologico.

Tabella 14 - Ser.T: Distribuzione dell'utenza contatto (nuovi e vecchi) al 31.12.2004 in base alla sostanza d'abuso primaria

Sostanza d'abuso	Piana di Lucca			Totali ASL 2		
	Nuovi	Vecchi	Totale	Nuovi	Vecchi	Totale
Eroina	81	502	583	96	608	704
Cannabinoidi	46	82	128	57	102	159
Alcol	71	174	245	90	222	312
Altre dipendenze:						
Cocaina	45	48	93	47	49	96
Ecstasy	3	4	7	4	7	11
Anfetamine	0	1	1	0	1	1
Nicotina	1	2	3	1	2	3
Disturbi del comportamento alimentare	0	0	0	0	2	2
Gioco d'azzardo patologico	11	45	56	12	45	57
Altro (adozioni internazionali)			0			2
Non indicato / non risposto	6	0	6	9	8	17
Altro e poliabuso			0	0	0	0
Totali	264	858	1122	316	1046	1364

Fonte: Ser.T.

Nella Piana di Lucca 7,2 soggetti su 1000 risultano utenti del Ser.T., indice che scende leggermente al 6,4 se ci riferiamo a tutto il territorio della ASL 2.

Per quanto riguarda l'età delle persone afferenti al servizio, risulta essere nella maggior parte dei casi compresa nella fascia d'età che va dai 25 ai 39 anni. L'incidenza rispetto alla popolazione residente risulta essere maggiore in primo luogo per la fascia d'età 30-34 anni (21,3 utenti ogni 1000 residenti nella Piana di Lucca e 19 utenti ogni 1000 residenti per tutto il territorio della ASL 2) (Tabella 15).

Con riferimento ai dati del 2004, la distribuzione per età dei contatti del servizio evidenzia bassi valori in relazione ai giovanissimi. Il dato relativo alla bassa utenza da parte degli adolescenti suggerisce la necessità di riaprire maggiormente il servizio a questa fascia di età, investendo maggiori energie e risorse non solo nella direzione della cura e recupero di soggetti che hanno sviluppato la dipendenza, ma anche nell'ottica della prevenzione primaria.

Tabella 15 – Distribuzione per fascia di età delle persone afferenti al servizio

Popolazione Piana di Lucca e ASL 2 per classe di età al 31.12.2004. V.a.

	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	> 39	Tot
Piana di Lucca	19016	6318	7586	10142	12355	12674	87429	155520
ASL 2 Lucca	25766	8652	10251	13671	16604	17313	122153	214410

Fonte: Elaborazioni OPS su dati Istat

Utenti attivi/contatti dei Ser.T. per classe di età - anno 2004. V.a.

	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	> 39	Tot
Piana di Lucca	0	12	69	176	263	227	375	1122
ASL 2 Lucca	0	17	98	209	316	277	447	1364

Fonte: Elaborazioni OPS su dati Ser.T.

Utenti attivi/contatti dei Ser.T. per classi di età sulla popolazione al 31.12.2004 Valori percentuali

	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	> 39	Tot
Piana di Lucca	0,0	1,9	9,1	17,4	21,3	17,9	4,3	7,2
ASL 2 Lucca	0,0	2,0	9,6	15,3	19,0	16,0	3,7	6,4

Fonte: Elaborazioni OPS su dati Istat e Ser.T.

Andando ad analizzare l'incidenza delle sostanze specifiche, si osserva che l'utilizzo di eroina costituisce la principale causa di dipendenza, infatti l'incidenza riscontrata è del 52% nella Piana di Lucca. L'alcol è la seconda sostanza utilizzata in relazione all'abuso: l'incidenza è del 21,8% nella Piana di Lucca (Tabella 16).

Particolare attenzione deve essere dedicata alle nuove forme di dipendenza quali il gioco d'azzardo patologico, i disturbi del comportamento alimentare, l'utilizzo di anfetamine e di nicotina. In relazione al consumo di nicotina ancora una volta particolare attenzione deve essere rivolta ai più giovani, che vedono nella sigaretta uno strumento di affermazione anticipata della propria maturità e un mezzo in grado di far assumere comportamenti trasgressivi, particolarmente ricercati durante l'adolescenza[4].

Tabella 16 - Incidenza percentuale della sostanza sul totale dipendenti anno 2004

Sostanza d'abuso	Piana di Lucca
Eroina	52,0
Cannabinoidi	11,4
Alcol	21,8
Altre dipendenze:	0,0
Cocaina	8,3
Ecstasy	0,6
Anfetamine	0,1
Nicotina	0,3
Disturbi del comportamento alimentare	0,0
Gioco d'azzardo patologico	5,0
Non indicato / non risposto	0,5
Altro	0,0
Totali	**100,0**

Fonte: Elaborazione OPS su dati del Ser.T

[4] Caritas Italiana - Fondazione E. Zancan, *La rete spezzata*, Feltrinelli, Milano, 2000.

2.1.2 Famiglia

2.1.2.1 La trasformazione della famiglia

La famiglia, negli ultimi decenni si è trasformata profondamente, tanto che non si può parlare più di "famiglia" ma di "famiglie".
Negli ultimi tre decenni, infatti, si sono registrate sia trasformazioni delle strutture familiari[5] (diminuzione del numero di matrimoni; declino della natalità; riduzione del numero medio di figli per donna; riduzione del numero medio di componenti per famiglia; crescita dei matrimoni civili; il relativo aumento dell'instabilità matrimoniale) sia dei modelli di convivenza familiare[6] (aumento delle famiglie di fatto; aumento delle famiglie con un solo genitore; aumento delle famiglie unipersonali; presenza di famiglie ricostituite formate da coppie non sposate che vivono con almeno un figlio di uno solo dei partner).

Il quadro risultante è quello di una famiglia invecchiata, sempre più stretta e lunga, sviluppata sempre più in verticale che in orizzontale: una famiglia multigenerazionale, in cui spesso coesistono quattro generazioni, con pochissimi bambini alla base, pochi bisnonni al vertice e un gran numero di adulti, genitori e nonni al centro.
Si sviluppano quindi «reti familiari più piccole e più complesse a causa sia delle più numerose generazioni coesistenti, sia delle separazioni, dei divorzi, delle coabitazioni e dei secondi matrimoni che fanno incrementare il numero e le diversità delle relazioni»[7].

2.1.2.2 Numerosità e tipologia dei nuclei familiari

La zona socio-sanitaria Piana di Lucca presenta 64.398 famiglie, vale a dire il 72,88% sul totale dell'Azienda Sanitaria (Tabella 17).
Analizzando la situazione all'interno della zona (Tabella 18) si può notare che il comune con la minor percentuale di famiglie è il Comune di Villa Basilica; il Comune di Lucca si assesta invece attorno al 56,11%.

Tabella 17 - Famiglie e numero medio di componenti per famiglia residenti nella zona socio sanitaria della Piana di Lucca e totale ASL 2 al 31.12.2004

	Numero di famiglie	%	Numero medio di componenti per famiglia
Piana di Lucca	64.398	72,88	2,4
TOTALE ASL	**88.363**	**100,00**	**2,4**

Fonte : Elaborazioni dell'Ufficio Statistica del Comune di Lucca su dati ISTAT

[5] P. Ferrario, *Politica dei Servizi Sociali*, *Strutture, Trasformazioni e Legislazione*, Carrocci, Roma, 2004. pp. 219-220
[6] Idem, pp. 222-223.
[7] A. Golini, *La popolazione del pianeta*, Il Mulino, Bologna, 1999, pag. 80.

Tabella 18 - Famiglie e numero medio di componenti per famiglia residenti nei comuni della zona sociosanitaria Piana di Lucca al 31.12.2004

Comuni e SEL	Numero di famiglie	%	Numero medio di componenti per famiglia
Altopascio	4.707	7,31	2,7
Capannori	16.886	26,22	2,5
Lucca	36.135	56,11	2,3
Montecarlo	1.610	2,50	2,8
Pescaglia	1.472	2,29	2,6
Porcari	2.843	4,41	2,7
Villa Basilica	745	1,16	2,4
Piana di Lucca	**64.398**	**100,00**	**2,4**

Fonte : Elaborazioni dell'Ufficio Statistica del Comune di Lucca su dati ISTAT

La distribuzione delle famiglie residenti nella Piana di Lucca secondo il numero di componenti (Tabella 18) risulta essere pressoché la stessa di quella osservata a livello di Azienda Sanitaria: la famiglia unipersonale è quella più diffusa in entrambi i contesti territoriali: la Piana di Lucca, come il totale ASL 2, ne registra una presenza di circa il 28% sul totale delle famiglie residenti.
Nel territorio della zona socio-sanitaria i comuni di Lucca, Pescaglia e Villa Basilica sono quelli dove prevale questa tipologia di famiglia.

Tabella 19 - Distribuzione percentuale delle famiglie per numero di componenti. Piana di Lucca, ASL 2 e Provincia di Lucca. Anno 2004

	Numero di componenti						
	1	2	3	4	5	6 +	Totale
Piana di Lucca	28,3	26,5	23,1	16	4,4	1,7	100
Asl 2*	28,5	26,6	23,0	15,7	4,4	1,7	100
Provincia di Lucca	30	26,4	22,4	15,3	4,2	1,7	100

***** il valore calcolato per la Asl 2 è una stima sulla base della distribuzione di popolazione residente nelle due ZSS
Fonte: elaborazioni OPS Provincia di Lucca su dati dei Comuni

Il dato appena emerso nella zona socio-sanitaria e nella ASL conferma il mutamento avvenuto negli ultimi dieci anni a livello nazionale: l'accrescimento delle famiglie aventi una sola generazione al proprio interno ha portato ad una drastica diminuzione del numero medio di componenti dei nuclei familiari, i quali, al 2004, risultano essere composti da circa 2,4 persone sia nella Piana di Lucca che nella ASL (Tabella 17).

Le considerazioni di cui sopra risultano importanti soprattutto considerato che al 2004 oltre il 99% della popolazione residente nella Piana di Lucca e nella ASL 2 dichiara di vivere in famiglia (Tabella 20). Il residuo 1% circa fa parte di convivenze quali conventi, carceri, case di cura ecc..

Tabella 20 - Popolazione residente totale e residente in famiglia nella Piana di Lucca e nella ASL al 31.12.2004

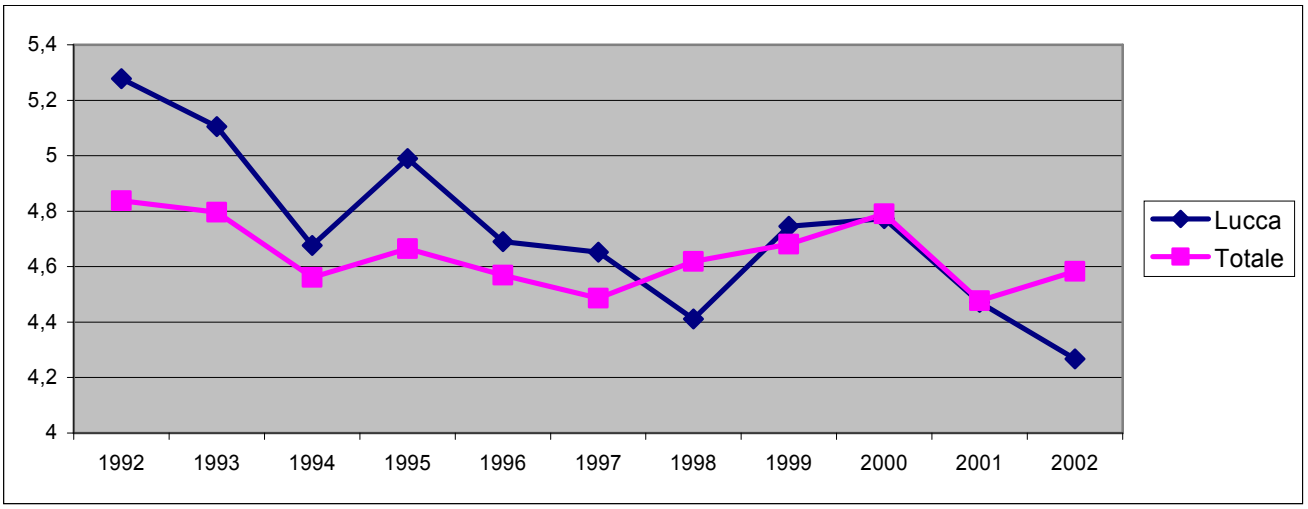
Comuni e SEL	Popolazione residente in famiglia	Popolazione residente	% della popolazione residente in famiglia sulla popolazione residente totale
Altopascio	12.472	12.485	99,9
Capannori	42.721	42.849	99,7
Lucca	81.964	82.605	99,2
Montecarlo	4.446	4.450	99,9
Pescaglia	3.762	3.762	100,0
Porcari	7.565	7.577	99,8
Villa Basilica	1.789	1.792	99,8
Piana di Lucca	**154.719**	**155.520**	**99,5**
TOTALE ASL	**213.496**	**214.410**	**99,6**

Fonte : Elaborazioni dell'Ufficio Statistica del Comune di Lucca su dati ISTAT

2.1.2.3 L'istituzione matrimoniale

Il numero di matrimoni registrati nella Provincia di Lucca ha subito nel corso degli anni una diminuzione, passando dai 5,28 matrimoni ogni 1.000 residenti del '92, ai 4,26 del 2002 (Figura 15).
A livello regionale la diminuzione del numero di matrimoni è molto meno marcata; infatti il calo è stato minimo passando da 4,84 a 4,58 matrimoni ogni 1000 residenti.

Figura 15 - Evoluzione del Tasso generico di nuzialità. Anni 1992 – 2002. Provincia di Lucca e Regione Toscana



Per quanto riguarda il rito preferito per la celebrazione del matrimonio, la Tabella 21 e la Tabella 22 mostrano come, al 2004, quello religioso risulti essere il più frequente in tutti i contesti territoriali analizzati (Piana di Lucca, ASL 2 e Provincia di Lucca).
In ogni caso i matrimoni civili, pur essendo di numero minore, sono in crescita (dato che viene confermato anche a livello provinciale dove si registra, come si può vedere dalla

Figura 16, un aumento dei matrimoni civili nel corso degli ultimi anni)[8] passando da 412 del 1992 a 503 nel 2000.

Tabella 21 - Matrimoni per tipologia di rito. Valori assoluti. Anno 2004

	Matrimoni		
	Religiosi	**Civili**	**Totale**
Piana di Lucca	390	236	626
Asl 2	541	320	861
Provincia di Lucca	932	592	1524

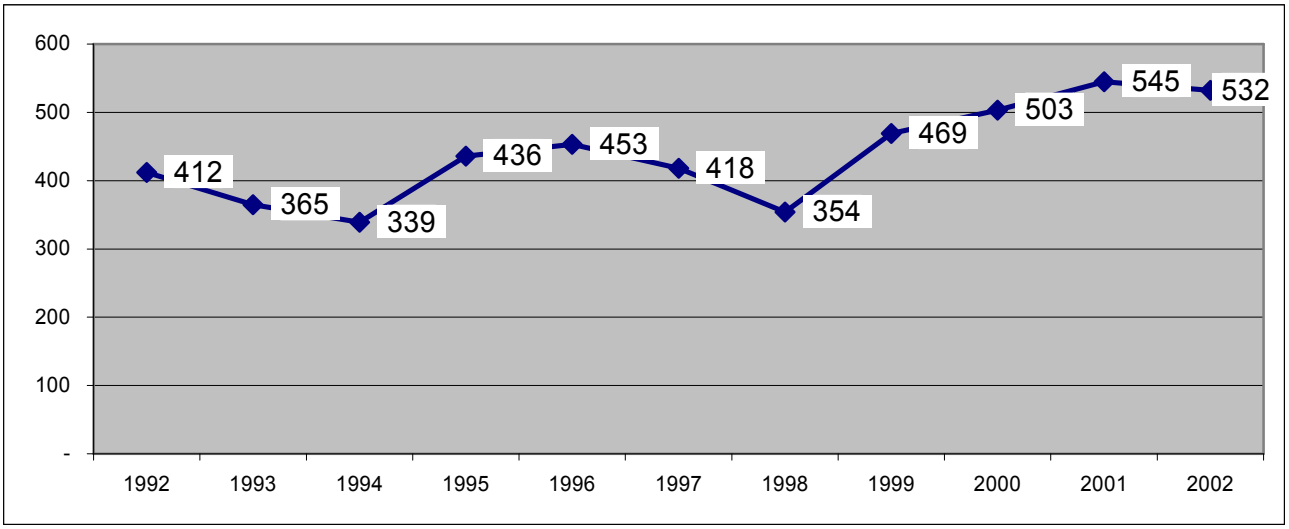
Fonte: ISTAT

Tabella 22 - Matrimoni per tipologia di rito. Valori percentuali. Anno 2004

	Matrimoni		
	Religiosi	**Civili**	**Totale**
Piana di Lucca	62,3	37,7	100,0
Asl 2	62,8	37,2	100,0
Provincia di Lucca	61,2	38,8	100,0

Fonte: ISTAT

Figura 16 - Andamento dei matrimoni civili. Anni 1992 – 2002. Provincia di Lucca



Il numero dei matrimoni registrati nella Provincia di Lucca ha subito nel corso degli anni una diminuzione.

Il forte aumento dei matrimoni civili ha fatto sì che nella Piana di Lucca in due comuni su 7 questi siano superiori ai matrimoni religiosi.
I Comuni che seguono questa tendenza infatti sono Altopascio e Montecarlo (Tabella 23).

[8] Al 1997 in Italia la percentuale di matrimoni civili si attesta al 20,2% (P. Ferrario, *Politica dei Servizi Sociali, Strutture, Trasformazioni e Legislazione*, Carrocci, Roma, 2004, pag. 220).

Tabella 23 - Matrimoni per tipologia di rito e comune della Piana di Lucca. Anno 2004

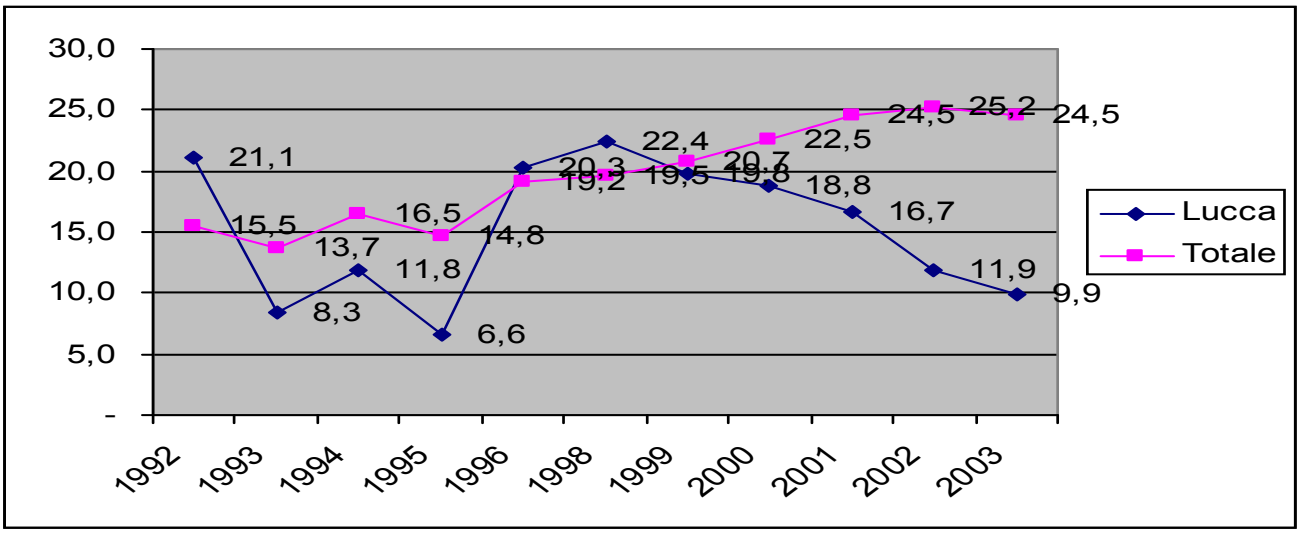
COMUNE	Religiosi	Civili	Totale
Altopascio	11	19	30
Capannori	131	44	175
Lucca	212	146	358
Montecarlo	8	9	17
Pescaglia	9	9	18
Porcari	15	6	21
Villa Basilica	4	3	7
Totale Piana di Lucca	**390**	**236**	**626**

Fonte: elaborazioni OPS Provincia di Lucca

2.1.2.4 L'instabilità familiare

L'analisi dell'instabilità familiare ci permette di valutare lo "stato di salute" dei nuclei familiari. Le separazioni e i divorzi creano all'interno del nucleo familiare delle implicazioni sia di tipo economico sia di tipo relazionale. Per quanto riguarda la sfera relazionale, l'instabilità familiare scompagina gli equilibri relazionali tra genitori e figli ed in particolare colpisce la capacità genitoriale del padre. Per quanto riguarda la sfera economica, invece, l'instabilità coniugale causa una maggiore "vulnerabilità alla povertà", le famiglie con un solo genitore, infatti, sono più esposte ad una più o meno temporanea povertà o all'abbassamento del proprio tenore di vita[9].
Come evidenziato dall'andamento dell'indice di instabilità familiare rappresentato nella Figura 17, nel territorio della Provincia di Lucca la percentuale di divorzi e separazioni è diminuita. Al contrario, la Regione Toscana ha visto crescere l'instabilità familiare di ben 10 punti nell'ultimo decennio analizzato.

Figura 17 - Andamento dell'indice di instabilità familiare[10] anni 1992 – 2003. Provincia di Lucca e Regione Toscana



[9] Saraceno C., Naldini M., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna, 2001, pp. 163-165.
[10] Indice di instabilità familiare = (separazioni+divorzi)/Popolazione totale*10.000.

Tabella 24 - Evoluzione dell'indice di instabilità familiare dal 1992 al 2003 nelle province toscane

Provincia	1992	1993	1994	1995	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Arezzo	9,5	12,0	13,5	13,4	14,9	15,5	18,3	13,3	16,5	14,6	14,01
Firenze	17,4	20,9	23,6	24,1	19,9	20,8	15,1	13,4	11,3	11,9	12
Grosseto	10,5	6,0	8,5	15,3	19,1	20,6	19,1	27,7	30,8	34,5	37,2
Livorno	15,7	19,8	21,5	12,1	22,2	21,5	40,1	53,9	73,1	65,3	65,4
Lucca	**21,1**	**8,3**	**11,8**	**6,6**	**20,3**	**22,4**	**19,8**	**18,8**	**16,7**	**11,9**	**9,9**
Massa-Carrara	12,8	14,0	10,2	14,8	17,2	16,4	30,1	41,3	55,6	68,0	63,2
Pisa	15,2	7,7	18,7	11,5	19,3	18,8	18,9	19,1	24,5	23,3	20,7
Pistoia	15,4	14,7	20,5	16,9	21,8	22,0	23,0	24,9	13,7	20,0	23,9
Prato	-	-	-	-	18,2	19,0	20,0	14,2	15,4	24,9	18,6
Siena	11,7	14,2	13,0	11,9	15,2	13,8	15,5	24,0	22,2	23,6	25,1
Totale	**15,5**	**13,7**	**16,5**	**14,8**	**19,2**	**19,5**	**20,7**	**22,5**	**24,5**	**25,2**	**24,5**

*I dati relativi all'anno 1997 non sono pervenuti all'OPS e pertanto non sono oggetto di valutazione.
Fonte: elaborazioni OPS Provincia di Lucca su dati ISTAT

2.1.2.5 Minori: presenza e distribuzione sul territorio

Nel 2004 l'ASL 2 di Lucca presenta una popolazione minorenne pari a 34.418 unità, di cui la zona socio-sanitaria Piana di Lucca ne rappresenta il 16%.
Osservando le percentuali di composizione per fasce d'età sul totale della popolazione residente per comune (Tabella 26), si nota come per la Piana di Lucca la fascia d'età 0-4 (4,26%) sia quella che totalizza una percentuale più alta fra le età minorenni (così come nella ASL 2).
Dall'analisi a livello comunale all'interno della zona sociosanitaria della Piana di Lucca, emerge che nel comune di Lucca prevale la fascia di età 0-4 anni, mentre nel comune di Pescaglia quella tra i 5 e i 9 anni.

Tabella 25 - Popolazione minore di 18 anni (maschi e femmine) al 31/12/04 per classi d'età e comune di residenza. Piana di Lucca e totale ASL 2. Valori assoluti

Comuni	Classi di età				TOTALE MINORI
	0-4	5-9	10-14	15-17	
Altopascio	634	522	568	360	2.084
Capannori	1.780	1.659	1.643	1.025	6.107
Lucca	3.471	3.183	3.296	1.880	11.830
Montecarlo	222	179	217	136	754
Pescaglia	140	162	143	90	535
Porcari	321	338	344	207	1.210
Villa Basilica	53	65	76	52	246
Piana di Lucca	**6.621**	**6.108**	**6.287**	**3.750**	**22.766**
TOTALE ASL	**8.794**	**8.419**	**8.553**	**5.133**	**30.899**

Fonte: ISTAT

Tabella 26 - Popolazione minore di 18 anni (maschi e femmine) al 31/12/04 per età e comune di residenza della Piana di Lucca e totale ASL 2. *Valori percentuali sul totale dei residenti per comune*.

Comuni	Classi di età				TOTALE
	0-4	5-9	10-14	15-17	
Altopascio	5,08	4,18	4,55	2,88	16,69
Capannori	4,15	3,87	3,83	2,39	14,25
Lucca	4,20	3,85	3,99	2,28	14,32
Montecarlo	4,99	4,02	4,88	3,06	16,94
Pescaglia	3,72	4,31	3,80	2,39	14,22
Porcari	4,24	4,46	4,54	2,73	15,97
Villa Basilica	2,96	3,63	4,24	2,90	13,73
Piana di Lucca	**4,26**	**3,93**	**4,04**	**2,41**	**14,64**
TOTALE ASL	**4,10**	**3,93**	**3,99**	**2,39**	**14,41**

Fonte: ISTAT

2.1.2.6 Giovani: valori, motivazioni e interessi

Per introdurre il tema dei giovani riportiamo alcune brevi osservazioni emerse dell'indagine quantitativa e dei Focus Group "I giovani della Provincia di Lucca: valori, aspettative e soddisfazione per l'offerta di servizi e iniziative"[11].

Il gruppo centrale di valori espressi dai giovani della Provincia di Lucca intervistati attiene innanzitutto alla sfera relazionale primaria nella quale sono inseriti: la famiglia, l'amore e l'amicizia.
Un secondo gruppo di valori riguarda la sfera della realizzazione individuale (autorealizzazione nel lavoro e nello studio) e della qualità della vita (lo svago nel tempo libero: viaggi). Il significativo favore di cui godono amicizia e interessi legati al tempo libero, enfatizzano l'orientamento generale verso l'evasione e la socialità ristretta.
Esiste infine un terzo gruppo relativo al riconoscimento professionale (successo e carriera personale) e al benessere economico, intesi non come obbiettivi a se stanti, ma come mezzi per raggiungere sicurezza e stabilità.
Meno importanti risultano i valori della vita sociale e dell'impegno militante (religione e politica). Si osserva in generale il prevalere dell'universo privato su quello pubblico, caratterizzato da consapevolezza della precarietà, pragmatismo e accettazione del rischio.

L'atteggiamento dei giovani nei confronti del mondo del lavoro è caratterizzato da disillusione e pragmatismo; in particolare:

- è bassa fiducia nella capacità della scuola di fornire gli strumenti necessari per entrare nel mondo del lavoro (solo il 32% è d'accordo); il prolungamento degli studi alla laurea può in parte facilitare la ricerca di un lavoro (per il 55% i diplomati hanno più difficoltà dei laureati);
- solo il 51% ritiene che gli adulti facciano tutto il possibile per risolvere il problema della disoccupazione.

Al tempo stesso la maggioranza (79%) ritiene che l'esperienza concreta sia il più modo più efficace per prepararsi al mondo del lavoro.

[11] *Nexo, "I giovani della Provincia di Lucca: valori, aspettative e soddisfazione per l'offerta di servizi e iniziative" 2006.* Indagine svolta per la Provincia di Lucca

Presso gli over 25 cresce la sfiducia verso la scuola (fornisce le competenze solo per l'11%) ma anche la consapevolezza delle maggiori opportunità che hanno i laureati rispetto ai diplomati e ritengono che chi abita nei piccoli comuni di campagna è svantaggiato nella ricerca di un lavoro.

2.1.2.7 Anziani: presenza e distribuzione sul territorio

L'invecchiamento della popolazione è oggi probabilmente la principale sfida sociale per i paesi sviluppati e ancor di più per l'Italia.
Tale processo iniziato in Italia alla fine degli anni Ottanta ha provocato un invecchiamento generalizzato a più livelli, come già evidenziato dagli indicatori riportati nei paragrafi precedenti; in particolare:

- nella popolazione ha prodotto un aumento della proporzione di persone anziane e una diminuzione della popolazione giovane (con meno di 15 anni);
- negli individui un aumento della vita media e quindi un aumento delle persone che riescono a superare età sempre più avanzate;
- nelle sottopopolazioni, ad esempio nella popolazione in età lavorativa (20-60 anni), ha fatto aumentare la forbice tra la fascia anziana (40-60 anni) e la giovane.

Queste trasformazioni hanno provocato una serie di conseguenze per la popolazione anziana che si è trovata a dover affrontare disagi di natura sia sociale che economica:

- l'isolamento e l'emarginazione (Tabella 27), che inizia con la formazione delle nuove famiglie dei figli e prosegue con il pensionamento;
- la povertà, che secondo l'Istat colpisce l'età anziana nella quale si concentrano il numero maggiore di persone al di sotto della soglia di povertà;
- le patologie psico-fisiche, che con l'allungamento della vita media tendono ad aumentare.

Tabella 27 - Anziani soli. Piana di Lucca e ASL 2. Anno 2004. *Valori assoluti*

	N° persone con più di 65 anni che vivono sole			N° persone con più di 75 anni che vivono sole		
Comuni	**femmine**	**maschi**	**totale**	**femmine**	**maschi**	**totale**
Altopascio	389	117	506	253	64	317
Capannori	1.740	516	2.256	1.182	217	1.399
Lucca	n.d.	n.d.	9.749	n.d.	n.d.	6.505
Montecarlo	123	38	161	80	16	96
Pescaglia	55	55	110	55	37	92
Porcari	10	3	13	12	3	15
Villa Basilica	115	45	160	90	25	115
Piana di Lucca	**2.432**	**774**	**12.955**	**1.672**	**362**	**8.539**
ASL 2	**5.554**	**2.086**	**17.873**	**3.644**	**1.154**	**11.602**

Fonte: Anagrafe Comuni

Al fine di affrontare questi nuovi bisogni sociali, sia a livello nazionale che regionale si sono messe in atto delle nuove politiche per gli anziani.
Tra gli obiettivi del Piano Nazionale Sociale 2001-2003[12] si afferma che: "Il sostegno alle famiglie deve essere fornito favorendo la libera assunzione di responsabilità dei membri di una famiglia nei confronti dei più anziani. Il lavoro di cura parentale, spesso appannaggio delle donne, deve essere reso meno gravoso attraverso servizi di assistenza domiciliare. A livello locale si intende, inoltre, favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio degli anziani attraverso il sostegno alle famiglie nella cura domiciliare, limitando il ricorso

[12] Rapporto Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano Anni 2002-2003. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Roma, dicembre 2004, pp. 31-34.

all'istituzionalizzazione, alla quale va preferito l'inserimento presso strutture di accoglienza di tipo familiare".

Tabella 28 - Anziani soli. Piana di Lucca e ASL 2. Anno 2004. *Valori percentuali*

Comuni	N° persone con più di 65 anni che vivono sole			N° persone con più di 75 anni che vivono sole		
	F	M	Tot	F	M	Tot
Altopascio	76,9	23,1	100,0	79,8	20,2	100,0
Capannori	77,1	22,9	100,0	84,5	15,5	100,0
Lucca	n.d.	n.d.	100,0	n.d.	n.d.	100,0
Montecarlo	76,4	23,6	100,0	83,3	16,7	100,0
Pescaglia	50,0	50,0	100,0	59,8	40,2	100,0
Porcari	76,9	23,1	100,0	80,0	20,0	100,0
Villa Basilica	71,9	28,1	100,0	78,3	21,7	100,0
Piana di Lucca	**18,8**	**6,0**	**100,0**	**19,6**	**4,2**	**100,0**
ASL 2 di Lucca	**48,6**	**15,5**	**100,0**	**50,0**	**12,7**	**100,0**

Fonte: A nagrafe Comuni (dati da validare)

Nota: qualche Comune ha fornito il dato non disagreggato M/F per cui % M + % F < % Tot.

In ottemperanza a tale principio il Piano Sociale della Regione Toscana 2000-2004 prima, e la legge della Regione Toscana 41/2005 poi, hanno specificamente previsto una serie di interventi e servizi volti a:

- promuovere la partecipazione degli anziani alla comunità, tramite servizi ricreativi e luoghi aggregativi; forme di agevolazione a persone con reddito inadeguato per servizi sportivi, di trasporto, cultura, eccetera;
- prevenire processi invalidanti fisici e psicologici, nonché i fenomeni di esclusione sociale, salvaguardando l'autosufficienza e l'autonomia dell'anziano e favorendo la sua permanenza nel contesto familiare;
- prevenire e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali;
- promuovere servizi per non-autosufficienti con forme di agevolazione per le famiglie conviventi di persone anziane, strutture residenziali e semiresidenziali, servizi di assistenza domiciliare.

L'invecchiamento della popolazione ha trasformato le condizioni di vita dell'anziano aumentando in molti casi i suoi rischi di isolamento, emarginazione e povertà.
Il prolungamento della vita media ha spostato in avanti, rispetto al passato, la condizione di inattività che tradizionalmente si lega all'età anziana.
La trasformazione brusca del ruolo sociale (da lavoratore a pensionato), acuita dall'indebolimento delle reti sociali, si trasforma talvolta in una propensione all'isolamento.
Per quanto riguarda la povertà, la principale causa è il basso reddito da pensione che rappresenta la principale fonte di sostentamento della popolazione anziana.

Secondo i dati del 2004 gli anziani con più di 65 anni presenti nel territorio della Piana di Lucca sono 35.452, di cui 17.169 oltre i 75 anni e 9.914 grandi anziani (80 anni e più). L'incidenza di questi gruppi di anziani sul totale della popolazione della zona socio-sanitaria è rispettivamente del 22,03%, del 11% e del 6,37%.
L'indice di vecchiaia[13] ci consegna l'immagine di una popolazione delle due zone distretto molto vecchia; in particolare 178,84 anziani ogni 100 giovani per la zona Piana di Lucca

[13] Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione di ultra65enni e quella con età inferiore a 14 anni. Indica il numero di ultra65enni ogni 100 ragazzi di età inferiore a 14 anni.

(dati Relazione Sanitaria ASL 2) e con un indice di ricambio[14] elevato per entrambe, il che sta a significare che vi sono pochi individui che entrano nel mercato del lavoro e molti che ne escono.
L'invecchiamento della popolazione è oggi probabilmente la principale sfida sociale per i paesi sviluppati.

L'incidenza degli anziani sul totale della popolazione della Piana di Lucca è evidenziato nella Tabella 29.

Tabella 29 - N° degli anziani nella Piana di Lucca e rapporto con la popolazione totale residente nella zona - anno 2004.

Piana di Lucca	Popolazione anziana al 31.12.2004	Totale popolazione al 31.12.2004	% anziani su totale popolazione
> 65 anni	35.452	160894	22,03
> 75 anni	17.169		10,67
> 80 anni	9.980		6,20

Fonte: relazione Sanitaria

L'indice di vecchiaia di questa area, come già detto, è pari a 178,84 e gli anziani con più di 65 anni sono il 22,03% della popolazione. Percentuale molto inferiore è rappresentata dai giovani (12,2%) tra 0 e 14 anni.

Tabella 30 - N° degli anziani soli e rapporto con la popolazione anziana residente nella Piana di Lucca - anno 2004

	Popolazione anziana (>65) al 31.12.2004	anziani (>65) che vivono soli al 31.12.2004	% anziani soli su popolazione anziana
Piana di Lucca	35.452	12.955	36,54
ASL 2	50.275	17.873	35,55

Fonte: Anagrafe Comuni della Provincia di Lucca (il dato relativo agli anziani soli non è disponibile da ISTAT)

Il rapporto percentuale della popolazione anziana che vive da sola è del 36,54% nella Piana di Lucca, leggermente superiore al dato complessivo delle due Zone distretto che si attesta su 35,5%.

Anziani e pensioni

Il tipo di pensione prevalente nella Zona Piana di Lucca è la Pensione di Vecchiaia, quel tipo di reddito che viene erogato al compimento dell'età prevista dalla legge ed alla risoluzione del rapporto di lavoro[15].
Per quanto riguarda le pensioni di vecchiaia nel 2005 ammontano a 26.412 rinnovi totali, quelle di invalidità a 5.460 rinnovi e quelle ai superstiti ammontano a 10.568.

2.1.3 Educazione e formazione

2.1.3.1 Asili-nido e servizi educativi

I servizi prestati all'utenza 0-3 anni sono:

- n.6 asili nido gestiti rispettivamente numero 5 dal Comune di Lucca e numero 1 dal Comune di Capannori

[14] Indice di ricambio: rapporto tra la popolazione in uscita dal mercato del lavoro (60-64 anni) e quella in entrata (15-19 anni), indica il numero di persone che escono ogni 100 persone che entrano.
[15] P.Ferrario, Politica dei Servizi Sociali, Strutture, Trasformazioni e Legislazione, Carrocci, Roma, 2004, pp.463

- nei territori di Altopascio, Porcari e Montecarlo sono presenti tre servizi integrativi al Nido di cui uno gestito dal comune di Altopascio e gli altri due gestiti da associazioni o cooperative convenzionate con i rispettivi Comuni.
- nel territorio dei Comuni di Capannori e Lucca sono state attivate più strutture private.

2.1.3.2 Scuola

Nell'anno scolastico 2004/2005 il numero totale degli alunni delle scuole materne, elementari e medie statali del territorio della ASL 2 è di 18.654 allievi. Di questi frequentano scuole materne 4.625 alunni, scuole elementari 8.597 e scuole medie 5.432.

Mettere a confronto il numero degli alunni con il numero delle classi presenti sul territorio permette di osservare il livello di affollamento scolastico nelle diverse zone sociosanitarie e, indirettamente, di stimare la qualità dell'offerta scolastica (ipotizzandola in primissima battuta e sommariamente, come inversamente proporzionale all'affollamento).
La media della Piana di Lucca registra una presenza di 17,88 alunni per classe nella scuola elementare e di 22,77 per classe nella scuola media.

Per quanto riguarda la distribuzione degli alunni frequentanti le scuole superiori della provincia possiamo notare che nella Piana di Lucca si concentra il 79,85% dei 8.273 alunni delle scuole del territorio della ASL 2, pari a 6.606 studenti, distribuiti in 14 istituti di Istruzione Superiore della zona.

La presenza nelle scuole del territorio di un cospicuo numero di alunni stranieri segnala non solamente il processo di radicamento in Italia degli immigrati di seconda generazione (con i problemi di tipo socio-economico e culturale che tale processo comporta) ma soprattutto la grande domanda di integrazione e progressione sociale proveniente da questi nuovi strati della nostra cittadinanza. I 1.054 studenti di cittadinanza non italiana rappresentano ormai il 5,65 della popolazione scolastica del territorio della ASL 2 ed in particolare il 6,77 % degli iscritti alle elementari, il 5,06% degli iscritti alle medie e il 2,38 % alle superiori.

I soggetti disabili che nel 2004 hanno usufruito di interventi nella Piana di Lucca sono stati 1.024.

Per ciò che riguarda l'abbandono scolastico, la Piana di Lucca presenta un indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo superiore in tutti i comuni, eccetto il Comune di Lucca, alla media provinciale (Tabella 31).

Tabella 31 - Indice di possesso del diploma e di non conseguimento della scuola dell'obbligo. Censimento 2001

	Indice di possesso del Diploma scuola media superiore (19 anni e più)			Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni)		
COMUNI	Sesso			Sesso		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Altopascio	20,9	21,3	21,1	15,1	14,3	14,7
Capannori	26,7	26,7	26,7	9,4	11,3	10,3
Lucca	40,6	37,3	38,8	6,0	6,7	6,3
Montecarlo	26,3	27,9	27,1	8,9	11,6	10,2
Pescaglia	18,3	22,4	20,4	11,9	12,4	12,2
Porcari	23,1	23,9	23,5	12,5	13,6	13,0
Villa Basilica	17,6	19,5	18,6	10,6	13,4	12,0
Piana di Lucca						
Totale	31,6	29,3	30,4	8,2	9,5	8,8

Fonte: Istat

2.1.3.3 Educazione permanente e formazione professionale

La Formazione Professionale[16] ha ormai assunto un'importanza strategica nel mondo produttivo e nel mercato del lavoro. Come strumento di politica attiva del lavoro, concorre da una parte a dare una risposta ai fabbisogni espressi dalle aziende, dall'altra consente ai giovani di acquisire competenze e ai lavoratori di mantenersi aggiornati rispetto alle continue innovazioni di processo e di prodotto. Realizzare una crescita economica sostenibile con nuove e migliori opportunità di lavoro e una maggiore coesione sociale, costituita da uguali diritti per tutti, è possibile a partire dal diritto primario all'istruzione e al sapere con particolare attenzione alle persone meno favorite, in un'ottica di formazione e di offerta formativa volte ad un apprendimento lungo tutto l'arco della vita, secondo il principio del "longlife learning", che, attraverso la flessibilità e l'integrazione dei sistemi di istruzione di formazione/lavoro, concorre a dotare ciascuno della capacità di migliorare la propria condizione di vita e di lavoro.

Nell'anno 2006 l'Amministrazione provinciale ha realizzato 70 corsi in convenzione realizzati col finanziamento del Fondo Sociale Europeo di cui 48 di aggiornamento e 22 di qualifica.

[16] Dati tratti da "PERCORSI FORMATIVI (Opuscolo corsi 2006)" a cura della Provincia di Lucca - Dipartimento Servizi ai Cittadini – Servizio Politiche Educative – Sistema della formazione professionale

Tabella 32 – Corsi in convenzione realizzati con il finanziamento del Fondo Sociale Europeo

Formazione professionale della provincia di Lucca. Corsi anno 2006	**n. corsi**	**di cui**		**tot ore**	**tot allievi**
		aggiornamento	**qualifica**		
Formazione all'interno dell'obbligo formativo	6	-	6	11.100	100
Formazione post obbligo formativo	3	-	3	2.412	48
Formazione per favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati	4	2	2	3.444	46
Formazione permanente	3	3	-	890	511
Circoli di studio	5	5	-	2.175	791
Formazione post diploma / laurea	12	6	6	6.648	170
Formazione per occupati	17	17	-	3.131	663
Formazione per l'adeguamento delle competenze della P.A. riservata agli operatori degli Enti Locali	9	9	-	1.078	705
Percorsi formativi di accompagnamento alla creazione di impresa e di lavoro autonomo ed al ricambio generazionale	3	3	-	778	40
Formazione per favorire l'inserimento nel mercato del lavoro di donne disoccupate, inattive e/o a rischio di esclusione	8	3	5	2.758	128
Totale	70	48	22	34.414	3.202

Fonte: PERCORSI FORMATIVI (Opuscolo corsi 2006)" a cura del Servizio Politiche Educative della Provincia di Lucca

Gli allievi coinvolti sono 3.202 (Tabella 32).e la maggior parte partecipa ai Circoli di studio (24,7%), seguita da formazione per dipendenti degli Enti Locali (22,0%) e per occupati (20,7%).
Le ore di formazione medie per ciascun allievo sono maggiori a 100 per la formazione all'interno dell'obbligo formativo, 75 per favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati e 50 ore ogni allievo per la formazione post obbligo.
Si realizzano inoltre corsi autorizzati e riconosciuti, corsi per la sicurezza e una particolare rilevanza e una forte richiesta è rivolta ai buoni formativi individuali grazie ai quali i soggetti che ne hanno diritto possono frequentare i corsi che essi ritengono più adatti al proprio sviluppo sociale e professionale.
I dati si riferiscono a corsi che si sono svolti su tutto il territorio provinciale.

Tabella 33 – Percorsi formativi finanziati

Buoni formativi individuali	n buoni	di cui		tot ore	tot ore Piana e Valle
		Piana di Lucca	Valle del Serchio		
Laureati	39	24	4	25.989	18971
Giovani in età compresa tra i 18 ed i 25 anni	10			714	
Lavoratori autonomi	39			1.663	
Lavoratori dipendenti	53			1.998	
Donne	78	30	33	8.956	5816
Tot	**219**	**54**	**37**	**39.320**	**24787**

Fonte: PERCORSI FORMATIVI (Opuscolo corsi 2006)" a cura del Servizio Politiche Educative della Provincia di Lucca

Nell'anno 2006 sono stati inoltre finanziati 219 (Tabella 33) percorsi formativi per un totale di 39320 ore di formazione. Le donne sono maggior parte (35,6%) delle beneficiarie, seguite da corsi per lavoratori dipendenti (24,2). Segue la formazione per i giovani e per i lavoratori autonomi (entrambe 17,8) e infine quelli per i giovani che rappresentano il 4,6%. Riferendoci all'impegno orario la maggior parte delle ore di formazione è prevista per i laureati che registrano in media più di 600 ore per ogni corsista. Seguono le donne con più di centro ore ciascuna e poi i giovani, i lavoratori autonomi e quelli dipendenti.

2.1.4 Attività ricreative e volontariato

2.1.4.1 Biblioteche E Musei

La necessità di una più stretta collaborazione per il coordinamento a livello provinciale delle biblioteche, in riferimento allo sviluppo uniforme e qualificato dei servizi bibliotecari del territorio, alla valorizzazione e promozione della loro attività, alla costruzione di un sistema informativo integrato, consultabile anche per via telematica, e alla circolazione dei documenti onde facilitare e potenziare l'accesso di tutti i cittadini all'informazione, ha favorito la nascita della Rete di Documentazione.
In provincia di Lucca si registrano 40 biblioteche e 37 musei (Tabella 34).

Alla Rete di Documentazione aderiscono le biblioteche comunali del territorio provinciale e la biblioteca Statale di Lucca. Aderiscono inoltre biblioteche ecclesiatiche, fondazioni e centri di documentazione specializzati. E' questo un sistema di biblioteche con caratterizzazione istituzionale diversa, ma con lo scopo di collaborare e cooperare per lo sviluppo uniforme e qualificato dei servizi bibliotecari.

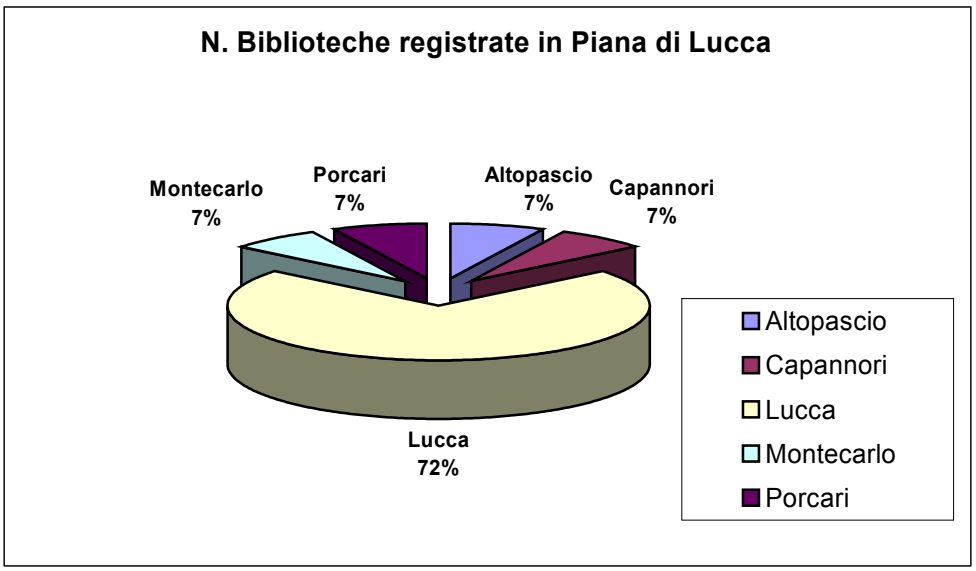
Tabella 34 – Biblioteche nella provincia di Lucca

Comune	N. Biblioteche registrate
Altopascio	1
Capannori	1
Lucca	10
Montecarlo	1
Porcari	1
Piana di Lucca	**14**
ASL 2	**34**
Provincia di Lucca	**40**

Fonte: Elaborazione OPS Lucca su dati del Servizio Cultura - Rete Integrata delle Biblioteche

Come si nota dalla tabella di cui sopra, la Piana di Lucca, ha sul suo territorio n. 14 biblioteche (il 35% del totale provinciale); di queste, 10 si trovano nel Comune Capoluogo (il 72% delle biblioteche della Zona); per i Comuni di Altopascio, Capannoni, Montecarlo e Porcari si registra una biblioteca ciascuno, mentre Pescaglia e Villa Basilica non hanno biblioteche (Figura 18).

Figura 18 – Biblioteche registrate nella Piana di Lucca



Fonte: Elaborazione OPS Provincia di Lucca su dati del Servizio Cultura - Rete Integrata delle Biblioteche

Tabella 35 – Utenti biblioteche

N. utenti delle Biblioteche della Piana di Lucca - anni 2004 e 2005

Comune	Biblioteca	2004	2005
Altopascio	*Biblioteca Aldo Carrara****	**11730**	**11803**
Capannori	Biblioteca Comunale - Camigliano	**1114**	**1682**
	Biblioteca Comunale	**1125**	**1316**
Lucca	*Fondazione Centro studi Ragghianti* **	**1610**	**1755**
	Biblioteca Statale	**15568**	**13934**
	*Biblioteca civica Agorà**	**1765**	**1138**
	CESDOP	**80**	**94**
Porcari	Biblioteca comunale	**780**	**3120**

Fonte: Elaborazioni OPS Lucca su datiBiblioteca

Tabella 36 – Prestiti delle biblioteche

Prestiti delle Biblioteche della Piana di Lucca - anni 2004 e 2005

Comune	Biblioteca	2004	2005
Altopascio	*Biblioteca Aldo Carrara****	11730	11803
Capannori	Biblioteca Comunale - Camigliano	1114	1682
	Biblioteca Comunale	7379	9535
Lucca	*Fondazione Centro studi Ragghianti* **	n.d	n.d
	Biblioteca Statale	3188	3400
	*Biblioteca civica Agorà**	2573	3222
	CESDOP	270	564
Porcari	Biblioteca comunale	950	1750

Fonte: Elaborazione OPS Lucca su dati Biblioteca

: La Biblioteca AGORA' include nei totali anche gli Enti che sono rispettivamente n.5 nel 2004 e n.4 nel 2005.

****: La Fondazione Centro Studi Ragghianti non è in grado di monitorare per fasce di utenti perché hanno la rilevazione annuale solo con la firma del registro presenze.***

*****: La Biblioteca di Altopascio è in possesso solamente del dato cumulativo***

La Biblioteca Fondazione Banca del Monte di Lucca dichiara di non poter fornire alcun dato in quanto al 19 settembre 2006 non è ancora aperta al pubblico

Le Tabelle 35 e 36 mostrano il n. di utenti e il n. di prestiti negli anni 2004 e 2005; premesso che le informazioni non comprendono il totale delle biblioteche della Piana di Lucca, ma solo coloro che hanno risposto alle richieste, si nota un incremento sia del numero degli utenti che dei prestiti nell'anno 2005 rispetto all'anno precedente. L'incremento registrato in totale su tutte le biblioteche che hanno fornito i dati risulta essere pari al 3,2% per quanto concerne gli utenti e addirittura del 7,5% per i prestiti effettuati.

Anche se si registra una differenza, a seconda della tipologia della biblioteca, possiamo evidenziare come la maggior parte degli accessi sia effettuato da studenti universitari sia nell'anno 2004 (53,2%) che nel 2005 (48,6%). Seguono gli occupati e gli studenti delle scuole di primo e secondo livello. I pensionati che nel 2004 risultavano il 2,2% hanno subìto un significativo incremento fino ad arrivare al 5,7% nel 2005.

Per favorire l'accesso dei cittadini all'informazione e potenziare il ruolo delle singole biblioteche, la Rete si è dotata di un archivio digitale nel quale confluisce il patrimonio bibliografico di ogni singola biblioteca, realizzando una vera e propria **biblioteca virtuale**.
Il sistema funziona grazie al Catalogo Cumulato delle biblioteche in rete internet, al quale si accede dalla pagina del sito:
http://www.provincia.lucca.it/biblioteche/accessibile/ricerca.asp.
Il Catalogo favorisce la ricerca e il recupero dell'informazione da parte dell'utente, che può visionare l'intero patrimonio delle biblioteche presenti nella rete provinciale e prenotare gratuitamente i libri disponibili presso la biblioteca più vicina.

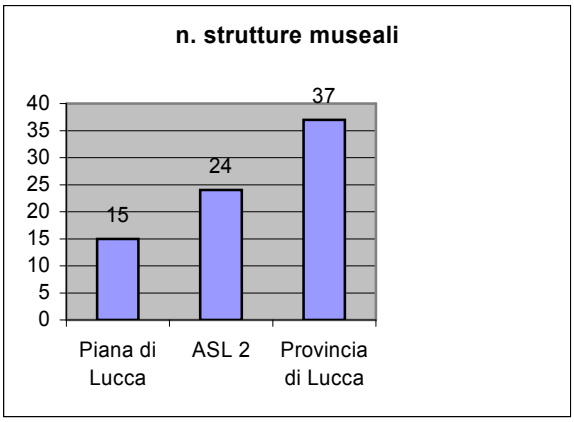
Infine, per ciò che riguarda gli istituti museali e per promuovere la loro conoscenza e la valorizzazione dei beni culturali del territorio, sul sito della Provincia di Lucca, all'indirizzo http://luccapro.cribecu.sns.it/ita/musei.asp si possono reperire informazioni sulle strutture presenti nel territorio.
L'obiettivo è quello di ricostruire e ricomporre l'unità del patrimonio storico-artistico della Provincia di Lucca, dando spazio anche a realtà decentrate e meno note ma spesso uniche nel loro genere. I sistemi culturali pubblicati sono stati organizzati seguendo le aree geografiche del territorio, tra cui la Piana di Lucca.

Tabella 37 - Strutture museali facenti parte del comprensorio della Piana di Lucca

Comune	Nome Museo	Indirizzo	tipo di collezione:
Capannori	Mostra Archeologica Permanente	Palazzo Pera, Via Piaggiori Basso, 8 Capannori, località Segromigno - tel: 0583 428432 (Ufficio Cultura del Comune) fax: 0583-428416	Reperti archeologici di età preistorica, etrusca, romana e medievale
	Mostra di Attrezzi di Vita Contadina	Via di Sottomonte - Capannori - tel: 0583-90089 (Circoscrizione n° 4)	Attrezzi e utensili, ricostruzioni d´ambienti della vita contadina
	Per un Museo Contadino della Piana	Via Romana Ovest, 16 Capannori - tel: 0583-935808; 0583-935494	Strumenti della vita contadina, attrezzi da lavoro artigianale, suppellettili domestiche, ricostruzioni ambientali Strumenti della vita contadina, attrezzi da lavoro artigianale, suppellettili domestiche, ricostruzioni ambientali
Lucca	Gabinetto di Storia Naturale del Liceo Machiavelli	Palazzo Lucchesini, Via degli Asili, 35 tel: 0583-496471 fax: 0583-495202 mail: machiavelli.paladini@lunet.it	Minerali, fossili, rocce, conchiglie, insetti, uccelli, reperti faunistici. Antichi strumenti di Fisica
	Museo Casa Natale Giacomo Puccini	Corte S. Lorenzo, 9 Lucca tel: 0583-584028	Cimeli, documenti, manoscritti, mobili, effetti personali, ritratti
	Museo Del Risorgimento	Palazzo Ducale, Cortile degli Svizzeri, 6 55100 Lucca- tel: Museo, 0583-91636; A.N.C.R. (associazione nazionale combattenti e reduci), 0583-955765 fax: 0583-467251	Cimeli e reperti dal 1821 al 1945
	Museo Della Cattedrale	via dell´Arcivescovado Lucca - tel: 0583-490530 fax: 0583-919175	Pitture, sculture, oreficerie, tessuti, suppellettili liturgiche, codici miniati
	Museo Nazionale di Palazzo Mansi	Palazzo Mansi, Via Galli Tassi, 43 - Lucca - tel: 0583-55570. Biglietteria 0583 583461.fax: 0583-312221	Pinacoteca sec. XVI-XVIII, sezione pittura lucchese sec. XIX, paramenti e arredi sec. XVIII-XX, tessuti copti dei sec. VI-X, esemplari del lascito Tongiorgi
	Museo Nazionale di Villa Guinigi	Via della Quarquonia - Lucca - tel: 0583-496033. Biglietteria 0583 466623. - fax: 0583 496033	Sezione archeologica dalla preistoria alla tarda romanità, sezione di dipinti e sculture dal XII al XVI secolo, sezione di dipinti del XVII e del XVIII secolo
	Museo Storico della Liberazione 1943-1945	Via S. Andrea, 43 Lucca - tel: Samuele Bernardini 0583-342010 - Gualtiero Alberghini 0583-55338	Materiali di equipaggiamento militare, uniformi, fotografie, cimeli del Corpo Italiano di Liberazione e dei Corpi Armati Alleati
	Orto Botanico	Via del Giardino Botanico 14 Lucca - tel: 0583 48785 - 442160 fax: 0583 462366 - 442161 mail: ortobotanico@lunet.it	Piante rare o significative
Pescaglia	Museo dei Puccini a Celle	Pescaglia, località Celle dei Puccini - via Meletori 27 - tel: 0583-359154	Cimeli, documenti, manoscritti, mobili, effetti personali, ritratti
	Museo del Castagno	Via Fratta - Colognora - Val di Roggio - Pescaglia - tel: 0583-358159 Museo; 0583-954465 Angelo Frati mail: info@museo-del-castagno.it	Attrezzi per la lavorazione del castagno, ricostruzione di ambienti legati allo sfruttamento del castagno
	Museo del Molino di Menicone	Loc. Menicone, n. 2A, S. Martino in Freddana, Pescaglia - tel: 0583 38090 fax: 0583 386173 mail: molinomenicone@libero.it	antichi attrezzi agricoli
Porcari	Mostra Didattica Archeologica Permanente	Via Roma 30 - Porcari - tel: 0583-211832 fax: 0583-211832 mail: : biblioteca@comune.porcari.lu.it	Reperti archeologici di età preistorica e romana, collezione di minerali e fossili.

Fonte: Elaborazioni OPS della Provincia di Lucca su dati Serv. Cultura Provincia di Lucca - http://luccapro.cribecu.sns.it/ita/musei.asp

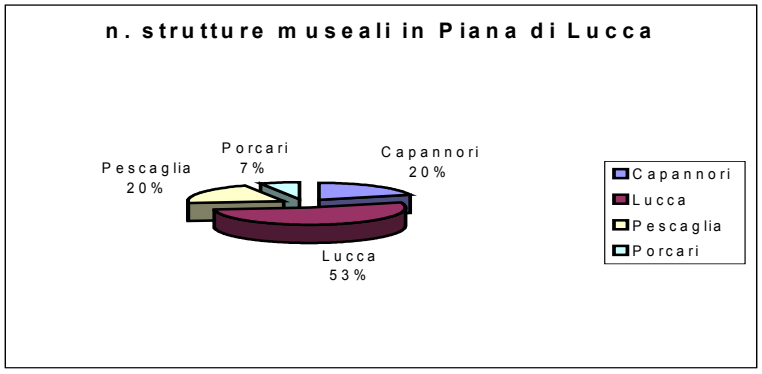
Figura 19 – Strutture museali



Come da Tabella 37, nella Piana di Lucca sono presenti n. 15 Musei che su un totale di 24 musei presenti in tutto il territorio della ASL 2, rappresenta il 62,5%. Rispetto alla totalità dei musei presenti in provincia di Lucca (n. 37), rappresenta invece il 40,5% (Figura 19).

Fonte: Elaborazione OPS Lucca su dati del Servizio Cultura - Rete Integrata delle Biblioteche

Figura 20 – Strutture museali Piana di Lucca



Rispetto alla stessa Piana di Lucca nel Comune di Lucca è presente il 53% delle strutture museali, seguono con il 20% Capannori e Pescaglia e con il 7% Porcari (Figura 20)

2.1.4.3 Le Associazioni Sportive

Le differenze morfologiche esistenti nelle zone comportano la diffusione di tendenze sportive differenziate all'interno della Piana di Lucca per attività legate soprattutto all'impiantistica specializzata ed ai grandi spazi (sport di palestra, ciclismo, calcio, baseball e softball, ecc.).

Tabella 38 – Le Società Sportive della Piana di Lucca per Comune anno 2004

Comune	N. società sportive	n. tesserati
ALTOPASCIO	19	801
CAPANNORI	117	8056
LUCCA	150	8894
MONTECARLO	6	341
PESCAGLIA	6	142
PORCARI	13	1243
VILLA BASILICA	3	108
Totale Piana di Lucca	314	19.585

Fonte: Provincia di Lucca - Servizio Politiche Sociali e Sport - Piano Provinciale dello Sport

Nella Piana sono 314 le società sportive a cui sono iscritti ben 19.585 tesserati (Tabella 38).

2.1.4.4 Gli impianti sportivi

Per l'impiantistica risultano censiti (80% di risposte dei Comuni) 189 impianti nella Piana di Lucca; di questi 122 sono pubblici (64,55%) e 67 privati (35,45%) (Tabella 39).

Tabella 39 - Impianti sportivi della Piana di Lucca per Comune anno 2004

COMUNE	N. Impianti Sportivi
ALTOPASCIO	10
CAPANNORI	42
LUCCA	107
MONTECARLO	3
PORCARI	24
VILLA BASILICA	3
Totale Piana di Lucca	189
Totale ASL 2	329

Fonte: Provincia di Lucca - Servizio Politiche Sociali e Sport - Piano Provinciale dello Sport

Dall'ultimo censimento regionale relativo al numero delle organizzazioni sportive presenti in tutta la Toscana, si evince che la Provincia di Lucca è al secondo posto (dopo quella di Firenze) per la maggiore presenza di organizzazioni sportive.
Questo dato è significativo in quanto presuppone un'attività particolarmente vivace su tutto il territorio provinciale, sia in termini di persone praticanti che di manifestazioni sportive organizzate.

2.1.4.5 Il Volontariato e la Promozione Sociale

Le Associazioni di Volontariato, il cui codice simbolico è essenzialmente incentrato sulla "solidarietà-relazionale" ed il cui operato rappresenta una delle più concrete realizzazioni della "logica del dono", costituiscono una risorsa "comunitaria", sia in riferimento alla scoperta e valorizzazione delle forme espressive della società civile, sia in riferimento alla partecipazione sociale all'interno del processo di ristrutturazione e rafforzamento dello stato sociale.

Intervenendo, con svariate modalità ed a diversi livelli, in una pluralità di settori (dal sanitario al socio-assistenziale, dal sociale alla tutela dei diritti, fino ad aree di "nuova scoperta"), esse consentono ad ogni soggetto che decida di far parte del loro contesto comunitario di sperimentare la fondamentale esperienza della "valorizzazione di se stessi tramite l'aiuto dell'altro".

La Provincia di Lucca risulta essere da sempre un territorio particolarmente ricco per la presenza delle Associazioni di volontariato. Al 31.12.2004 ne risultavano iscritte al Registro Regionale del Volontariato 365 di cui il 48,2% nella Piana di Lucca, dove l'incidenza sulla popolazione residente è pari al 10,9%.
I comuni con il numero maggiore di associazioni sono Lucca e Capannori rispettivamente con 101 e 50 associazioni.

Nel 2004 le nuove iscrizioni di Associazioni con sede nella Piana di Lucca sono state 14, mentre 5 hanno cessato di esistere.

Dalla ricerca che effettua ogni anno l'Ufficio Volontariato e Terzo Settore della Provincia di Lucca emerge che sono ben quasi 23.000 gli aderenti alle Associazioni di Volontariato di cui il 21,43% prestano la loro opera in modo continuativo. Sempre per quanto concerne il numero degli aderenti la maggior parte delle associazioni dichiara di avere tra 101 e 200

associati, mentre focalizzando l'attenzione sulla partecipazione di genere, gli uomini sono il 53%.

Una particolare attenzione va posta ai settori nei quali operano le associazioni presenti; in particolare esse dichiarano di operare per il 24% nel settore sociale e, per una quota uguale (24%), nel settore sanitario.
Il settore socio-sanitario ricopre il 18%, mentre tutti gli altri ambiti hanno una copertura minore: protezione civile 5%, beni culturali 5%, istruzione e ricerca 4%, protezione ambientale 3%, tutela e promozione dei diritti 3%. Seguono altre attività con minore ambito operativo.
Analizzando nel dettaglio i servizi offerti, prevale la donazione del sangue e degli organi (23,57%), servizi o prestazioni alla persona (19,39%), servizi alla popolazione in senso generale (13,69%) e attività in favore di paesi in via di sviluppo (6,84%).
Seguono altri ambiti di attività quali salvaguardia e valorizzazione dei beni ambientali e culturali, assistenza domiciliare, promozione adozione e affidi, protezione animali, ecc..

La metà delle associazioni che hanno risposto all'indagine dichiarano di avere attiva una convenzione con la Azienda Sanitaria Locale, e nel 36% dei casi con i Comuni. Oltre a questi principali enti convenzionati, seguono la Regione, la Provincia, la Comunità Montana e gli enti privati.

Per quanto riguarda le associazioni di promozione sociale, è importante sottolineare quanto esse, ancor prima del loro riconoscimento giuridico (avvenuto di recente con la L. 07 dicembre 2000, n° 383 e con la L.R.T. 09 dicembre 2002, n° 42), svolgessero un'azione basata essenzialmente su di una "pedagogia relazionale", fornendo uno dei più incisivi contributi al miglioramento della qualità della vita, favorendo, in una società profondamente disgregata, "processi umani" di aggregazione sociale e di valorizzazione delle relazioni sociali.

Le Associazioni di Promozione Sociale iscritte all'Albo regionale che operano nel territorio lucchese, iscritte secondo la LRT 42/02, al 31.12.2004 risultavano 41 di cui 27 nella Piana di Lucca e si concentrano nei comuni di Lucca (24), Capannori (2) e Montecarlo (1).

Le associazioni di promozione sociale intevengono, con svariate modalità ed a diversi livelli, in una pluralità di settori (dalla cultura al ludico-ricreativo, dal sociale allo sport, fino ad aree di "nuova scoperta"), esse consentono ad ogni soggetto che decida di far parte del loro contesto comunitario di sperimentare la fondamentale esperienza dell' "autorealizzazione con l'altro".
Delle associazioni operanti nella Piana di Lucca 12 operano, come settore prevalente di attività, in quello culturale-educativo, 8 in quello sportivo-ricreativo, 4 in culturale-educativo-ricreativo, 2 in ambito sociale e 1 in quello ambientale-turistico.

Aspetti Socio-Culturali - SINTESI

STILI DI VITA

Fumo

In Toscana

- In Toscana la prevalenza dei fumatori è nella media italiana; i fumatori di età superiore a 14 anni rappresentano nel 2003 (elaborazioni ARS su dati ISTAT) circa il 29% della popolazione nei maschi ed il 18% tra le femmine;
- Le morti totali attribuibili al *fumo attivo* (stime RMR) rappresentano il 23,0% dei decessi maschili ed il 5,7% di quelli femminili; quelle causate da tumori, attribuibili al fumo, rappresentano oltre il 70% dei decessi nei maschi e circa il 40% nelle femmine.
- Circa un quarto delle morti per tumori del polmone (stime RMR) è attribuibile al *fumo passivo* (del coniuge o in ambiente di lavoro), mentre la quota delle morti per cardiopatia ischemica da fumo passivo è stimata nel 3-6%.

Nella ASL 2

- Nella ASL 2 il 30% dei maschi e il 20% delle femmine intervistate (studio PASSI, campione di età 18-69 anni) ha dichiarato di essere fumatore.

Alcool

In Toscana

- In Toscana, la percentuale di bevitori al di sopra dei 14 anni risulta nel 2003 (elaborazioni ARS su dati ISTAT) del 72%, con distribuzione differenziata tra i due sessi: 85% nei maschi e 60% nelle femmine.
- Il 10,4% dei maschi e il 2,5% delle femmine beve più di mezzo litro di vino al giorno.

Nella ASL 2

- Nella ASL 2 il 29% degli intervistati (studio PASSI, campione di età 18-69 anni) non ha assunto alcuna bevanda alcolica nell'ultimo mese, con una distribuzione differenziata per sesso: 18% nei maschi contro il 40% delle femmine.
- I "bevitori a rischio" (che includono "forti bevitori", "binge" e "bevitori fuori pasto") rappresentano il 18,5% del campione intervistato.
- Nel 2005 risulta che nella ASL 2 sono stati "presi in carico" (casi per i quali è stato predisposto almeno un programma terapeutico) dai Servizi di Alcologia dei SerT (Servizi Tossicodipendenze) 253 soggetti, di cui 189 nella Piana di Lucca.

In generale

- Una ricerca della Società Italiana di Alcologia (sui decessi totali del 1994), suggerisce una proporzione di morti attribuibili all'alcol compresa fra il 6,6% ed il 7,9%, con una quota maggiore nel sesso maschile: 11,1% contro il 4,5%.

Obesita' e consumi alimentari

In Italia

- Circa 16 milioni di italiani risultano in sovrappeso, oltre 4 milioni obesi e 1,8 milioni in sottopeso. Dal 1994 al 1999 le persone obese sono aumentate del 25%.
- Tra i bambini e adolescenti circa il 20% è in sovrappeso, mentre il 4% è obeso; la fascia di età più interessata è quella tra i 6 e i 13 anni, e soprattutto maschi.

In Toscana

- In Toscana nel 2003 (elaborazioni ARS su dati ISTAT) i soggetti sovrappeso e francamente obesi di età uguale o superiore a 18 anni rappresentano quasi il 50% dei maschi e circa 1/3 delle femmine.
- Un'indagine, condotta nel periodo 2001-2002 sui bambini di 8 anni in tutte le ASL toscane, ha rilevato il 25% di bambini sovrappeso ed il 9% di obesi.

Nella ASL 2

- Nella ASL 2 (studio PASSI, campione di età 18-69 anni) è risultato che il 31,5% degli intervistati è in sovrappeso, l'8,0% è obeso e il 3,0% è sottopeso. Nei soggetti di 50 anni o più la percentuale di persone in sovrappeso o obese è del 57%.
- Nei maschi i soggetti in sovrappeso o obesi risultano il 50,5% degli intervistati, mentre nelle femmine rappresentano il 28,7%.
- Il 24% dei soggetti intervistati ha dichiarato di aderire alla regola del "5 a day" (consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno), differenziato per sesso: 31,7% nelle femmine e 16,2% nei maschi.

Attivita' fisica

In Italia

- Circa 2/3 degli italiani dichiarano di svolgere una qualche attività sportiva durante l'anno; solo il 18% in modo continuo (almeno una volta a settimana) e soprattutto maschi.

In Toscana

- Circa 1/4 della popolazione adulta ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà (contro 1/3 nazionale), soprattutto nel sesso femminile; tale quota aumenta con l'aumentare dell'età.

Nella ASL 2

- Nella ASL 2 (studio PASSI, campione di età 18-69 anni) il 37,5% delle persone intervistate risulta aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica (circa 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni) o effettua un lavoro pesante; il 43,5% pratica una qualche attività fisica, mentre il 16,5% risulta sedentario.

FAMIGLIA

- La famiglia, negli ultimi decenni è invecchiata, si è sviluppata sempre più in verticale che in orizzontale, in cui spesso coesistono quattro generazioni, con pochissimi bambini alla base, pochi bisnonni al vertice e un gran numero di adulti, genitori e nonni al centro.

- La Zona-Distretto Piana di Lucca presenta 64.398 famiglie, vale a dire il 72,88% sul totale dell'Azienda Sanitaria.

- Nella Piana di Lucca la famiglia unipersonale è quella più diffusa (circa il 28% sul totale delle famiglie residenti).

- Il numero di matrimoni registrati nella Provincia di Lucca è diminuito nel corso degli anni, passando dai 5,28 matrimoni ogni 1.000 residenti del '92, ai 4,26 del 2002, con un aumento relativo dei matrimoni civili, sempre in numero minore.

- Nel territorio della Provincia di Lucca la percentuale di divorzi e separazioni è diminuita, come evidenziato dall'indice di instabilità familiare.

- La popolazione minorenne nell'ASL 2 di Lucca, al 2004 è costituita da 34.418 unità, di cui il 16% nella Zona-Distretto Piana di Lucca; la fascia d'età 0-4 (4,26%) è quella più rappresentativa tra i minorenni (così come nella ASL 2).

- Gli anziani ultra65enni presenti nel territorio della Piana di Lucca sono 35.452, di cui 17.169 oltre i 75 anni e 9.914 grandi anziani (80 anni e più): l'indice di vecchiaia ci consegna l'immagine di una popolazione molto vecchia con 178,84 anziani ogni 100 giovani.

- Gli anziani che vivono da soli nella Piana di Lucca sono il 36,54% sul totale della popolazione anziana.

- Il tipo di pensione prevalente nella Zona-Distretto Piana di Lucca è la Pensione di Vecchiaia con 26.412 rinnovi totali nel 2005.

EDUCAZIONE E FORMAZIONE

- I servizi prestati all'utenza di 0-3 anni sono 6 asili nido, 3 servizi integrativi e le strutture private.

- Nella Piana di Lucca si registra una presenza di 17,88 alunni per classe nella scuola elementare e di 22,77 per classe nella scuola media.

- Gli alunni delle scuole superiori nella Piana di Lucca rappresentano circa l'80% del totale della ASL 2, distribuiti in 14 istituti di Istruzione Superiore della zona.

- Gli studenti di cittadinanza non italiana sono 1.054 (5,65 della popolazione scolastica del territorio della ASL 2).

- I soggetti disabili che nel 2004 hanno usufruito di interventi nella Piana di Lucca sono stati 1.024.

- La Piana di Lucca presenta un indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo superiore alla media provinciale in tutti i comuni, eccetto che nel Comune di Lucca.

- Nell'anno 2006 l'Amministrazione provinciale ha realizzato 70 corsi di Formazione professionale in convenzione e sono stati finanziati 219 percorsi formativi.

ATTIVITÀ RICREATIVE E VOLONTARIATO

- Sul territorio della Piana di Lucca sono presenti 14 biblioteche con il 48,6% degli accessi nel 2005 effettuato da studenti universitari.

- Sono presenti inoltre 15 Musei che rappresentano il 62,5% di quelli totali presenti sul territorio della ASL 2.

- Le società sportive sono 314 con ben 19.585 tesserati.

- Per l'impiantistica risultano censiti (con ancora l'80% di risposte da parte dei Comuni) 189 impianti nella Piana di Lucca;

- Nella Provincia di Lucca, al 31.12.2004, risultano iscritte al Registro Regionale del Volontariato 365 Associazioni di cui il 48,2% nella Piana di Lucca, dove l'incidenza sulla popolazione residente è pari al 10,9%.

- I servizi offerti sono rappresentati soprattutto da donazione del sangue e degli organi (23,57%), servizi o prestazioni alla persona (19,39%), servizi alla popolazione in senso generale (13,69%) e attività in favore di paesi in via di sviluppo (6,84%).

- Le associazioni di promozione sociale, iscritte all'Albo regionale e che operano nel territorio della provincia lucchese, al 31.12.2004, sono 41 di cui 27 nella Piana di Lucca.

2.2 ASPETTI ECONOMICO-OCCUPAZIONALI

2.2.1 Lavoro ed economia

Per un esame più completo ed esaustivo dei fattori strutturali di sviluppo sociale del territorio provinciale è opportuno affiancare all'analisi delle caratteristiche demografiche dell'area quella relativa ai fattori di spinta dell'economia locale, con particolare riferimento alla struttura ed alla dinamica del mercato del lavoro.
La prospettiva analitica assunta indirizza l'attenzione prima di tutto alla struttura del capitale umano, con riferimento alle sue potenzialità di sviluppo collegate con i percorsi di istruzione/formazione ed alle dinamiche occupazionali registrate nel territorio provinciale.

Nell'indagine 2005 sulle forze di lavoro in Provincia di Lucca curata dal Centro Statistica Aziendale di Firenze, si notano infatti dei fattori di dinamicità fortemente differenziati.
Per quello che riguarda le differenze territoriali il rapporto registra una buona performance occupazionale della Piana di Lucca.

Con riferimento ai settori, il rapporto evidenzia una promettente ripresa di occupazione nei comparti industriale e (anche se in misura minore) agricolo che pare addirittura possano compensare le recenti difficoltà occupazionali del terziario.
Tali segnali di reazione del mercato del lavoro trovano specifico riscontro nell'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e nella tendenziale crescita del numero di lavoratori dipendenti (ed in misura minore degli autonomi), anche se ad una riflessione più generale non sfugge che la metà dei nuovi occupati è composto da lavoratori atipici.

Il rapporto tra occupati e disoccupati nella Piana di Lucca è soggetto a leggere oscillazioni sul breve periodo e il tasso di disoccupazione (misura del rapporto tra persone in cerca di lavoro e le forze lavoro) torna nel primo trimestre 2005 ad un valore (2,2 %) inferiore a quello registrato nel 2002 (3,1 %).
Parallelamente cresce il tasso di occupazione (rapporto tra gli occupati e la popolazione di oltre 15 anni) che passa dal 48,2% del 2002, al 51,5% del 2005.

L'indice di vecchiaia ci consegna l'immagine della zona Piana di Lucca molto vecchia (182,9 anziani ogni 100 giovani e relativo al 2004 – dato ISTAT) e con un indice di ricambio elevato, il che sta a significare che vi sono pochi individui che entrano nel mercato del lavoro e molti che ne escono. Questo potrebbe essere un fattore positivo se analizzassimo il mercato del lavoro, in quanto più persone escono, più posti ci sono per le nuove leve; ma da un punto di vista assistenziale ciò potrebbe rappresentare un dato negativo, in quanto potrebbero esserci, in futuro, più persone da mantenere in età pensionistica e più carichi da supportare da parte dei servizi socio-assistenziali.

Per effetto di una crescita occupazionale che ha caratterizzato tutto il periodo 2002-2004 è seguita una coerente diminuzione dei disoccupati e delle persone in cerca di prima occupazione. Considerando il periodo che va dal terzo trimestre 2002 al terzo trimestre 2004, gli occupati sono passati (in migliaia di unità) da 64,5 a 69,7 e le non forze di lavoro da 67,2 a 64,9, determinando un aumento contemporaneo tanto del tasso di occupazione che di quello di attività (Tabella 40).

Tabella 40 - Popolazione 15 anni ed oltre per condizione professionale (in migliaia)

	III trim. 2002			III trim. 2004		
Piana di Lucca	F	M	totale	F	M	totale
occupati	28,6	35,8	64,5	32,8	37,0	69,7
disoccupati	0,7	1,2	2,0	1,0	0,4	1,4
in cerca di prima occupazione	0,6	0,2	0,8	0,8	0,4	1,2
altre persone in cerca di lavoro	0,4	0,0	0,4	0,3	0,0	0,3
totale persone in cerca di lavoro	1,8	1,4	3,1	1,1	0,4	1,5
totale forze di lavoro	30,4	37,2	67,6	33,8	37,4	71,2
casalinghe	10,6	0,0	10,6	10,2	0,0	10,2
studenti	6,5	5,2	11,7	4,0	7,0	11,0
ritirati dal lavoro	21,7	20,2	41,9	20,1	19,0	39,1
altra condizione	1,5	1,4	3,0	3,2	1,4	4,6
totale non f.l. oltre 15 anni	40,3	26,9	67,2	37,5	27,4	64,9
- di cui fl potenziali	2,7	1,3	4,0	3,0	1,4	4,4
totale pop.oltre 15 anni	70,6	64,1	134,8	71,3	64,8	136,1
tasso di attività	***43,0***	***58,1***	***50,2***	***47,4***	***57,7***	***52,3***
tasso di occupazione	***40,5***	***55,9***	***47,8***	***46,0***	***57,1***	***51,2***
tasso di disoccupazione	***5,8***	***3,7***	***4,6***	***3,1***	***1,1***	***2,1***

Fonte: Provincia di Lucca, Osservatorio sul Mercato del Lavoro, Le forze del lavoro in provincia di Lucca I trimestre 2005, a cura del Centro Statistica Aziendale di Firenze, 2005

Dal punto di vista dei settori economici a maggiore potenzialità di sviluppo si registra una crescita per il comparto industriale che guadagna circa 800 addetti nel periodo compreso tra il terzo trimestre 2002 ed il terzo trimestre 2004.
Cresce il terziario che, nello stesso periodo porta il totale degli addetti da 43.600 a 46.900 con un incremento di 3.300 unità.
Anche il settore agricolo appare in espansione: da 900 addetti nel 2002 si passa a 2.100 nel terzo trimestre del 2004.
Il lavoro autonomo registra nella Piana un netto incremento contando 23.900 addetti nel terzo trimestre del 2004, con un aumento nel periodo considerato pari a 8.000 unità.

2.2.1.1 Impresa sociale

Un ambito lavorativo significativo è quello dell'Impresa Sociale realizzato dalle Cooperative Sociali.
La Cooperativa Sociale si contraddistingue per la sua capacità di armonizzare il concetto di "etica imprenditoriale" con quello di "etica sociale", in grado di coniugare i principi di efficacia ed efficienza economica in vista del raggiungimento di un interesse generale quale la "massimizzazione" del benessere collettivo.

In base all' OGGETTO SOCIALE, si individuano, due tipi di Cooperative, quelle di tipo A che gestiscono servizi socio-sanitari ed educativi, quelle di tipo B, hanno come oggetto lo svolgimento di attività produttive nell'ambito agricolo, industriale, commerciale o dei servizi finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Le Cooperative Sociali nello svolgere attività socio-sanitarie ed educative o nell'impegnarsi per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate non dovranno né sostituirsi in toto all'Ente pubblico (generando fenomeni di deresponsabilizzazione istituzionale) né

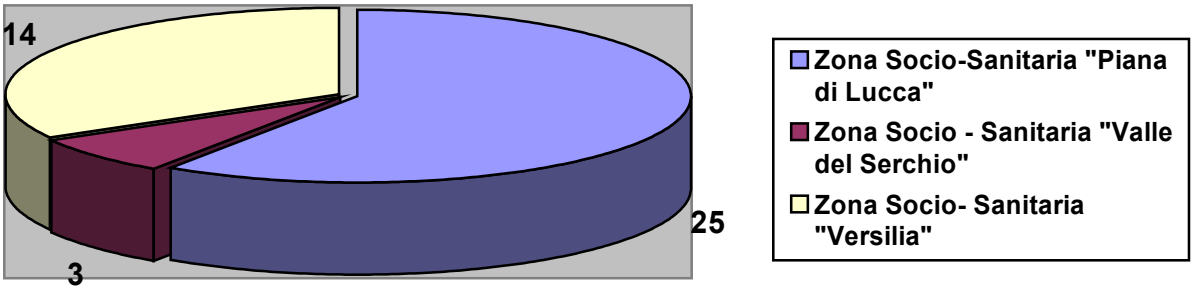
all'azione di altri soggetti del privato sociale (quali le associazioni di volontariato o le stesse famiglie) ma al contrario impegnarsi per la creazione di una *rete integrata di servizi;* l'azione delle stesse dovrà, in ogni momento, coordinarsi ed avvalersi di tutte le risorse materiali ed umane presenti sul territorio per rispondere ai bisogni della comunità.
A tale proposito si deve ricordare una recente indagine svolta dalla Commissione "Terzo Settore ed Occupazione" istituita presso il Ministero del Lavoro che ha dimostrato:

a) l'occupazione creata dal "terzo settore" non ha necessariamente carattere sostitutivo di occupazione attivabile in altri settori (come quello pubblico);
b) la qualità del lavoro e le remunerazioni del "terzo settore" non sono inferiori a quelle mediamente presenti in altri settori;
c) il "Terzo Settore" è capace, non solo di impiegare forza lavoro non qualificata o marginale, ma data la "complessità" dei servizi offerti, anche di esprimere una domanda di personale altamente specializzato.

2.2.1.2 Cooperative Sociali in base al territorio di appartenenza

La Figura 21 illustra la distribuzione delle Cooperative Sociali della provincia di Lucca nelle tre Zone socio–sanitarie del territorio (ASL 2 – Zona distretto Piana di Lucca e Valle del Serchio, ASL 12 Viareggio): risulta evidente la forte concentrazione di queste organizzazioni nella Zona Distretto "Piana di Lucca" (quasi il 60 % del totale delle Cooperative).

Figura 21 – Distribuzione cooperative sociali nella Provincia di Lucca



La Tabella 41 seguente evidenzia l'ubicazione delle medesime Cooperative per singolo Comune della Provincia di Lucca: ancora una volta la distribuzione non risulta equilibrata, essendo presenti nei Comuni di Lucca e Viareggio rispettivamente 22 e 8 Cooperative, a fronte di altri Comuni dove vi è la sede legale di una sola Cooperativa o addirittura una totale assenza di tali organizzazioni:

Tabella 41 – Ubicazione cooperative nei Comuni della Provincia di Lucca

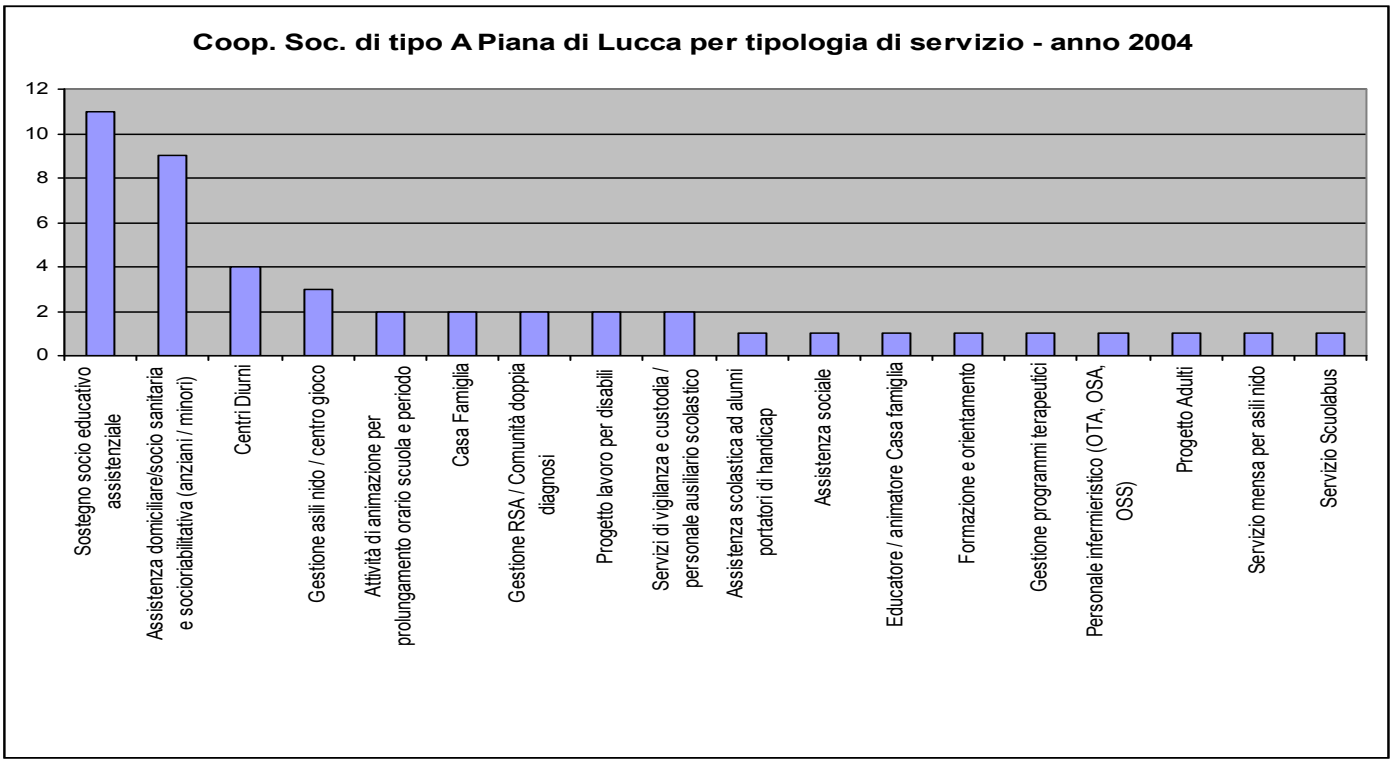
COMUNE	**N° Coop. Soc.**
Barga	**1**
Camaiore	**1**
Capannori	**2**
Castelnuovo Garfagnana	**1**
Giuncugnano	**1**
Lucca	**22**
Massarosa	**1**
Pietrasanta	**3**
Porcari	**1**
Stazzema	**1**
Viareggio	**8**

Fonte: Provincia di Lucca – "Le Cooperative Sociali nella Provincia di Lucca – revisione anno 2005"

2.2.1.3 Cooperative Sociali di tipo A

La Figura 22 riporta i Servizi svolti dalle Cooperative Sociali di Tipo "A" in seguito ad affidamento di gestione da parte degli Enti pubblici: un'analisi più attenta evidenzia come questi ultimi abbiano instaurato rapporti con il mondo della Cooperazione per l'offerta dei servizi che tutelano particolari categorie di cittadini quali, in particolar modo, gli anziani, i minori ed i disabili psico-fisici . Tutte le Coop. Sociali di tipo "A" (11 su 11) hanno in gestione il servizio per il "Sostegno socio educativo assistenziale". Il secondo servizio in ordine decrescente è rappresentato dall'"Assistenza domiciliare/socio sanitaria e socio riabilitativa rivolta ad anziani e/o minori" con n.9 Cooperative.

Figura 22 – Cooperative sociali di tipo A nella Piana di Lucca

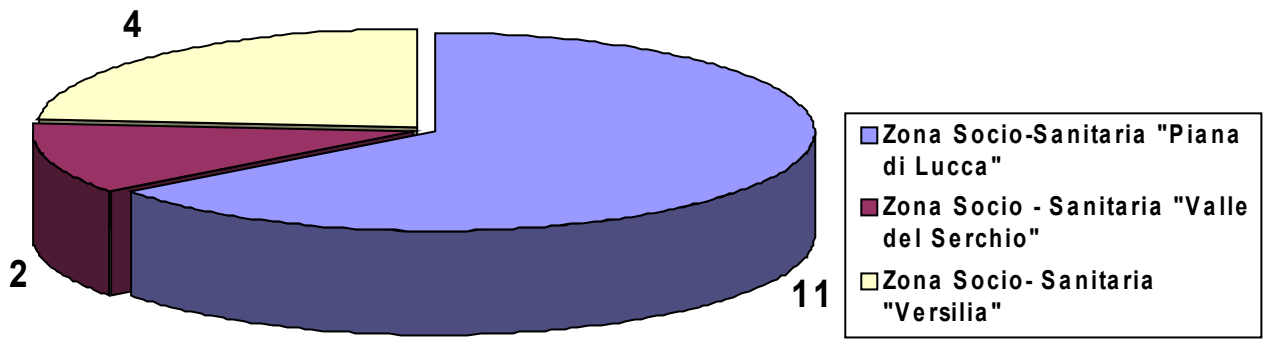


Fonte: Provincia di Lucca – "Le Cooperative Sociali nella Provincia di Lucca – revisione anno 2005"

2.2.1.4 Cooperative Sociali di tipo B

Le cooperative di tipo B si caratterizzano, rispetto a quelle di tipo A, per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate utilizzando una formula organizzativa particolarmente adatta alle esigenze di tali soggetti e di rilevante utilità sociale.
La cooperativa sociale si fonda sull'idea che la persona svantaggiata, se opportunamente affiancata e supportata da lavoratori ordinari preparati a questo compito, possa essere avviata al lavoro e operare in un contesto produttivo.
Il lavoro in cooperativa diviene così per i soggetti svantaggiati un momento importante di educazione, socializzazione e acquisizione di status e, nello stesso tempo, il luogo di apprendimento di abilità e tecniche lavorative specifiche.

Figura 23 - *Presenza sul territorio delle Cooperative Sociali di tipo B in base alla Zona-Distretto di appartenenza*



Fonte: Provincia di Lucca – "Le Cooperative Sociali di tipo B nella Provincia di Lucca – revisione anno 2005"

La figura 23 illustra la distribuzione delle Cooperative Sociali di tipo B nelle tre Zone – Distretto del territorio: risulta evidente la forte concentrazione di queste organizzazioni nella Zona Distretto "Piana di Lucca" (quasi il 65 % del totale delle Cooperative B).

La tabella 42 evidenzia l'ubicazione delle medesime Cooperative per singolo Comune della Provincia di Lucca: ancora una volta la distribuzione non risulta equilibrata, essendo presenti nel Comune di Lucca 10 Cooperative, a fronte di altri Comuni dove vi è la sede legale di una o al massimo due Cooperative o addirittura una totale assenza di tali organizzazioni

Tabella 42 – Ubicazione cooperative sociali di tipo B nella Provincia di Lucca

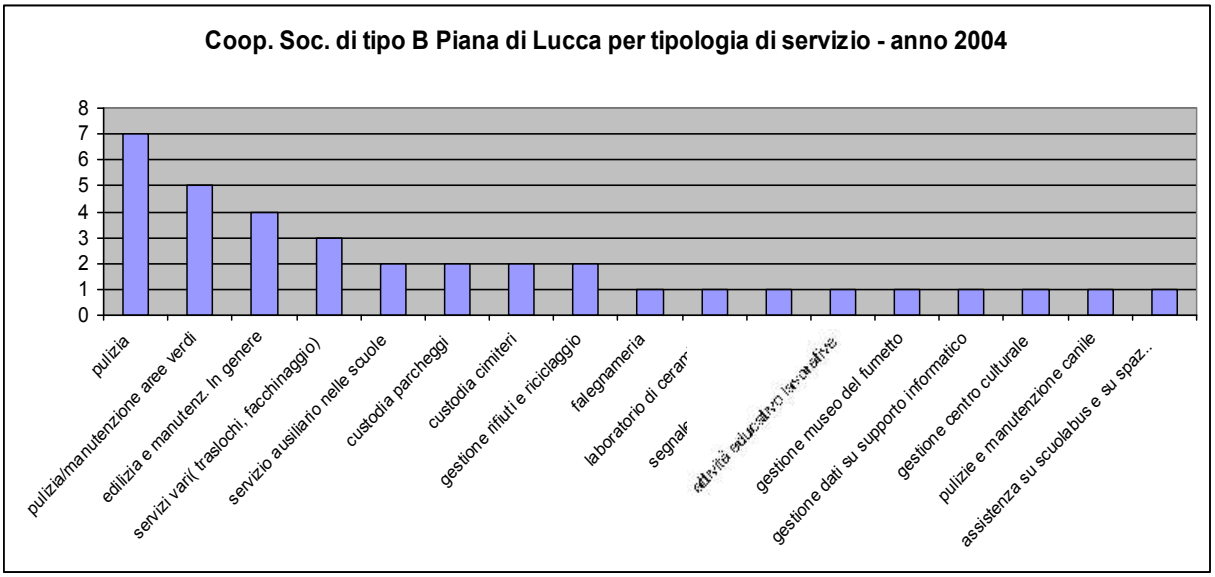
COMUNE	**N° Coop. Soc. tipo B**
Barga	
Camaiore	
Capannori	**1**
Castelnuovo Garfagnana	**1**
Giuncugnano	**1**
Lucca	**10**
Massarosa	**1**
Pietrasanta	**1**
Porcari	
Stazzema	
Viareggio	**2**

Fonte: Provincia di Lucca – "Le Cooperative Sociali di tipo B nella Provincia di Lucca – revisione anno 2005"

Tipo di attività svolta dalle Cooperative Sociali di tipo B

La Figura 24 illustra il tipo di attività svolte dalle Cooperative Sociali (fornendo, quindi, le informazioni relative al "Bene relazionale" che viene offerto e di conseguenza al tipo di domanda che potrà essere soddisfatta).

Figura 24 – Attività svolta dalle cooperative sociali di tipo B.



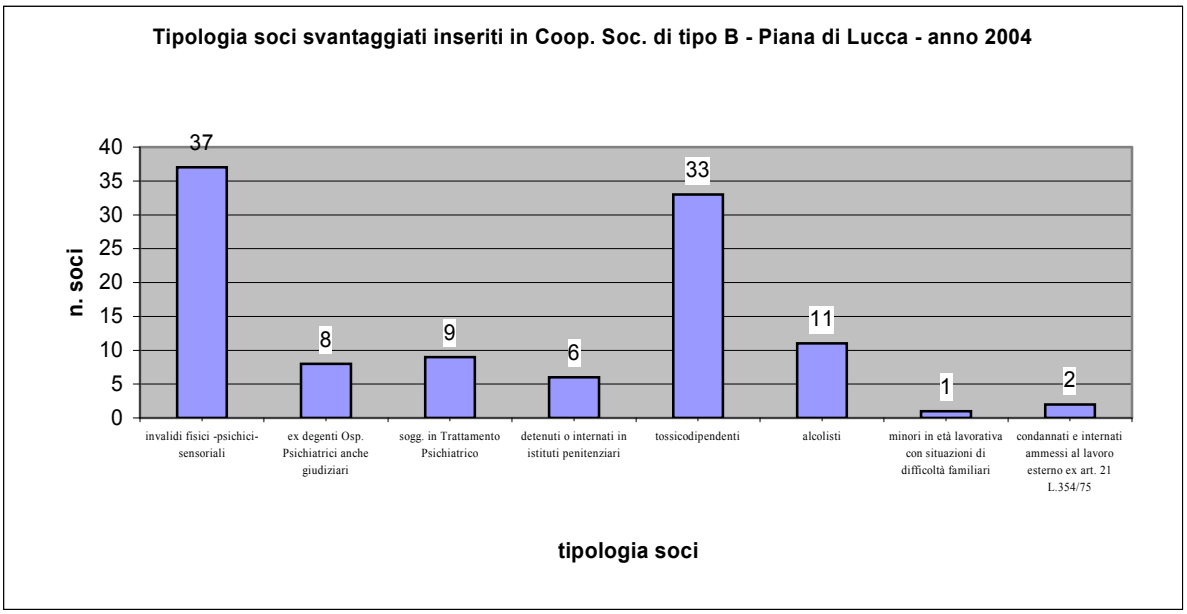
Fonte: Elaborazione OPS Provincia di Lucca su dati "Le Cooperative Sociali di tipo B nella Provincia di Lucca - revisione anno 2005"

Da un'analisi complessiva e dal grafico soprastante, si può rilevare come la "domanda" pubblica e quella "privata" siano concentrate nei settori delle "Pulizie" (n. 7) della "Pulizia/manutenzione aree verdi" (n. 5) e "Edilizia e manutenzione in genere" (n. 4). Seguono le altre tipologie di servizio.

Tipologia soci svantaggiati inseriti nelle Cooperative Sociali di tipo B

Dalla revisione dell'anno 2005 (che riporta i dati del 2004), su un totale di 107 soci svantaggiati inseriti a lavoro, si rileva che il 64,5% è rappresentato da uomini e il 35,5% da donne; tra i maschi, il 37,7% è rappresentato da tossicodipendenti e il 18,8 da invalidi (fisici, psichici e sensoriali); il rimanente appartiene ad altre tipologie svantaggiate.
Il dato è opposto per quanto riguarda le femmine: dove si riscontra che il 63,2% è costituito da invalide e il 18,4 da tossicodipendenti il rimanente dalle altre tipologie (Fig. 25)

Figura 25 - Tipologia soggetti svantaggiati inseriti in Coop. Soc. di tipo B - Piana di Lucca



Aspetti Economico-Occupazionali - SINTESI

- Il tasso di disoccupazione, nel primo trimestre 2005, è pari al 2,2%, inferiore a quello registrato nel 2002 (3,1 %). Parallelamente cresce il tasso di occupazione che passa dal 48,2% del 2002, al 51,5% del 2005.

- Tra i settori economici a maggiore potenzialità di sviluppo si registra una crescita soprattutto per il comparto industriale.

- Il lavoro autonomo registra, nella Piana, 23.900 addetti nel terzo trimestre del 2004; con un netto incremento nel periodo considerato, pari a 8.000 unità.

- Un ambito lavorativo significativo è quello dell'Impresa Sociale realizzato dalle Cooperative Sociali; in particolare, tutte le Coop. Sociali di tipo "A" (11 su 11) hanno in gestione il servizio per il "Sostegno socio educativo assistenziale", mentre le cooperative di tipo B si caratterizzano per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

- Da un'analisi complessiva si può rilevare come la "domanda" pubblica e quella "privata" siano concentrate soprattutto nei settori delle "Pulizie", della "Pulizia/manutenzione aree verdi" e dell' "Edilizia e manutenzione in genere" .

- Su un totale di 107 soci svantaggiati inseriti a lavoro, il 64,5% è rappresentato da uomini e il 35,5% da donne; tra i maschi, il 37,7% è rappresentato da tossicodipendenti e il 18,8 da invalidi (fisici, psichici e sensoriali); il rimanente appartiene ad altre tipologie svantaggiate. Il dato è opposto per quanto riguarda le femmine dove si riscontra che il 63,2% è costituito da invalide, il 18,4 da tossicodipendenti, il rimanente dalle altre tipologie.

2.3 STATO DELL'AMBIENTE FISICO

2.3.1 Territorio

2.3.1.1 Analisi dei rischi

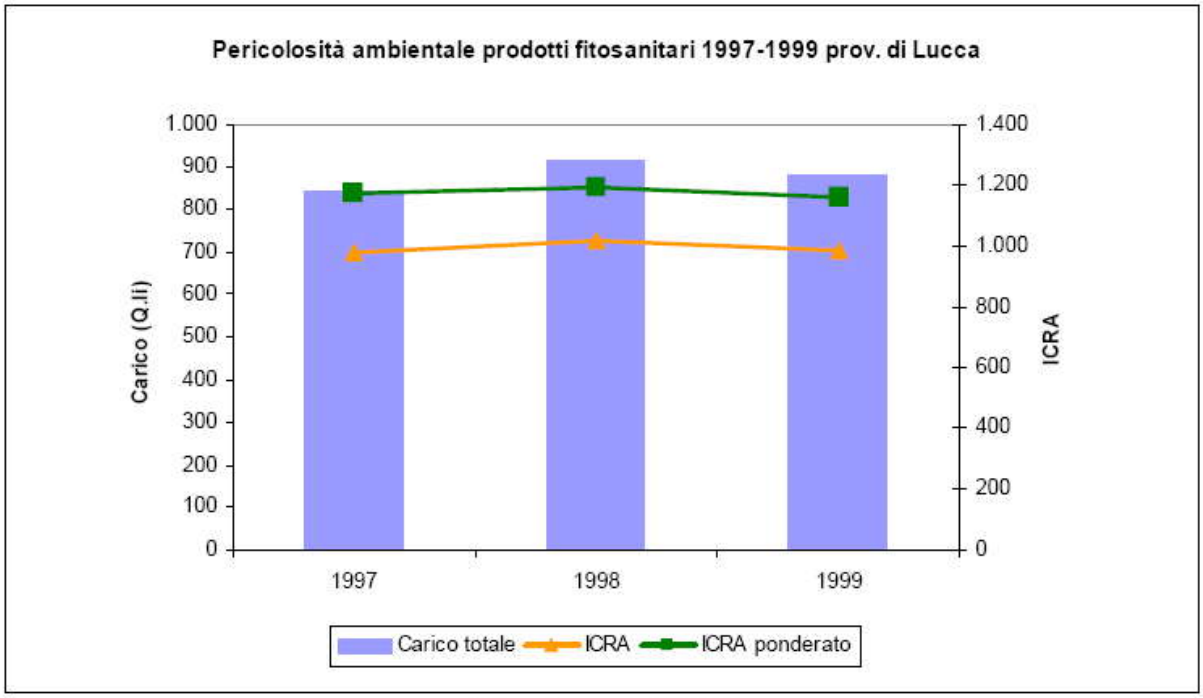
Il territorio della provincia di Lucca è caratterizzato dall'appartenenza a diversi bacini idrologici (Arno, Serchio, Magra, Toscana Nord), per ognuno dei quali è in fase di approvazione il Piano di assetto idrogeologico di bacino, redatto ai sensi del D.L. n. 180/1998 (Decreto Sarno). La definitiva approvazione di tali Piani consentirà di iniziare a porre in essere misure volte alla riduzione del rischio idraulico e geomorfologico presente sul territorio.

Per quanto riguarda la pericolosità di tipo idraulico (rischio di esondazione), circa 170 Km2 sono soggetti a pericolosità idraulica elevata o molto elevata (eventi con tempi di ritorno da 200 sino a 30 anni), e le aree maggiormente coinvolte sono quelle della Piana di Lucca.
Relativamente alle acque sotterranee, gli studi condotti negli ultimi anni dalla Provincia di Lucca evidenziano una significativa tendenza alla depressione della falda in alcune aree della Piana di Lucca, corrispondenti alle zone di maggior prelievo a fini produttivi e idropotabili. Particolarmente rilevante è il fenomeno conclamatosi nel corso del 2003 nell'area di Porcari, con abbassamenti nell'ordine di circa 2 metri. Si evidenzia pertanto la progressiva perdita di capacità di autoricarica della falda con conseguenze riguardanti la disponibilità idrica futura e altri possibili fenomeni, quali la subsidenza.

L'analisi condotta sugli utilizzi di sostanze fertilizzanti e di fitofarmaci ha consentito di mettere in evidenza alcuni rilevanti impatti dell'attività agricola su suolo e sottosuolo particolarmente importanti per la Piana di Lucca dove l'agricoltura è più diffusa che nella Valle del Serchio.
L'aumento del carico per ettaro di azoto in provincia di Lucca (da 44,1 Kg/ha del 1990 a 82,3 Kg/ha nel 2000, quindi +86%), se confrontato con la riduzione di superficie agricola coltivata dimostra una concentrazione di quest'ultimo in aree più ristrette di territorio. Il carico per ettaro di superficie agricola coltivata risulta inoltre superiore al valore regionale. Il carico complessivo di fertilizzanti azotati venduti (dati relativi al periodo 1990-2000) mostra un aumento del 49%. Negli ultimi anni sembra tuttavia evidenziarsi una inversione di tendenza e una diminuzione dei carichi. Tale andamento è analogo a quello riscontrato a livello regionale, anche se per quest'ultimo l'inversione di tendenza osservata negli ultimi anni sembra iniziare qualche anno prima, già a partire dal 1994.

La situazione risulta diversa per i prodotti fitosanitari (Figura 26), con un aumento del quantitativo utilizzato nel corso degli anni '90 (+5,8%), anche se meno evidente rispetto a quanto rilevato nell'intero territorio regionale (+54%). Il carico di prodotti fitosanitari per ettaro di superficie agricola coltivata risulta in ogni caso molto elevato, con un valore pari a più del doppio di quello medio regionale (23,9 Kg/ha rispetto a 9,3 Kg/ha, nel 1999).
La pericolosità ambientale dei principi attivi venduti in provincia di Lucca, espressa con l'indicatore ICRA, rimane pressoché invariata nel triennio considerato (1997-1999 ultimi dati disponibili).

Figura 26- Pericolosità ambientale dei principi attivi venduti in provincia di Lucca, espressa con l'indicatore ICRA (1997-1999 ultimi dati disponibili).



Elaborazione su dati ARPAT

2.3.1.2 Bonifiche siti inquinati

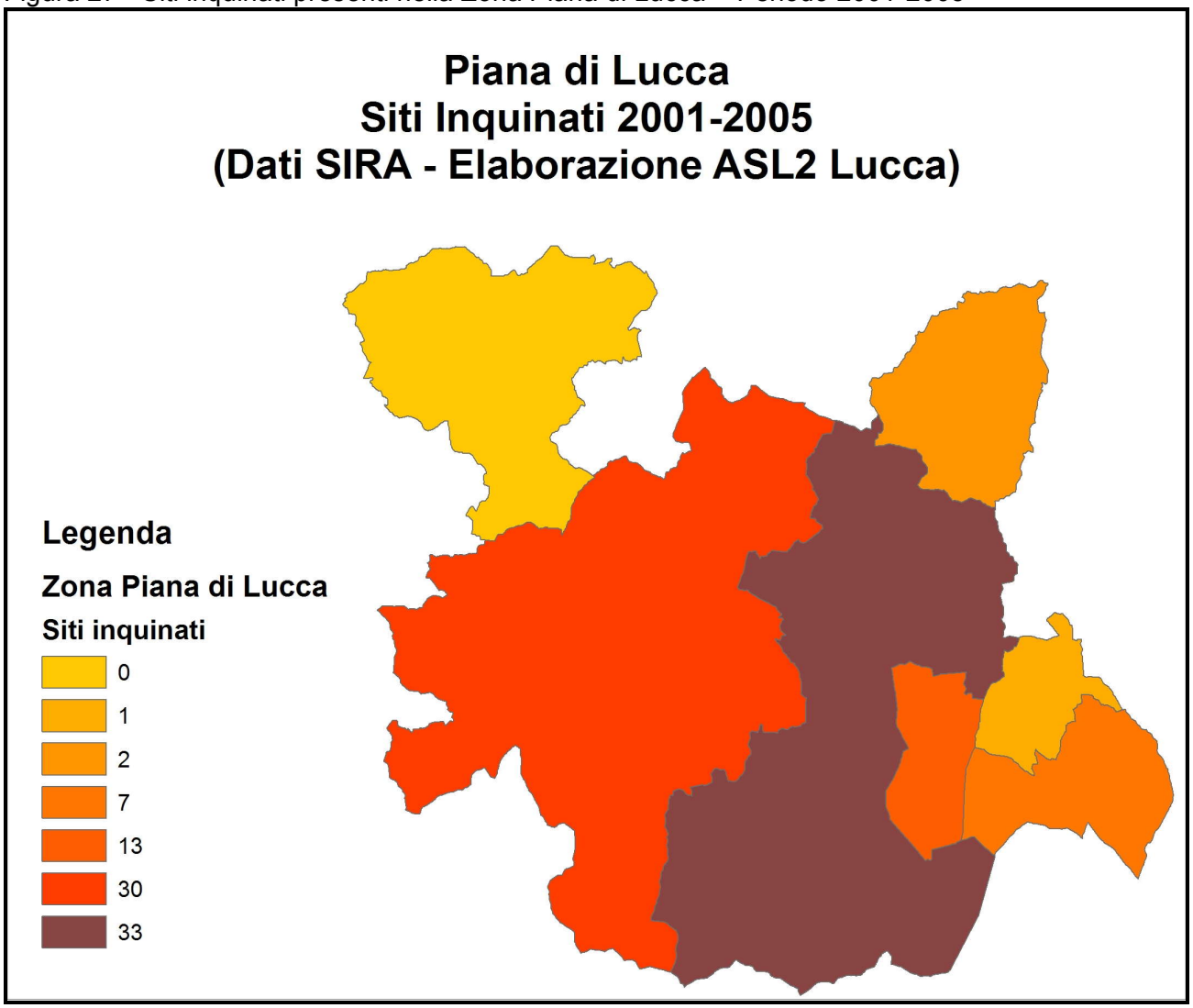
La Regione Toscana, successivamente alla definizione di un nuovo quadro normativo di riferimento a livello nazionale (D.Lgs. 22/1997 "Decreto Ronchi") ed in base all'attuazione regionale tramite la L.R. 25/1998, ha approvato il 'Piano regionale di gestione dei rifiuti - Terzo stralcio relativo alla bonifica delle aree inquinate, con DCRT 384/1999; tale decreto classifica i siti in base alla priorità di intervento, secondo le seguente categorie:
- siti a "breve termine";
- siti a "medio termine";
- siti "con necessità di ripristino ambientale";
- siti "con necessità di approfondimento" (fase C).

I siti soggetti a procedimento di bonifica sul territorio della ASL 2 sono 108 di cui una parte rilevante nella Piana di Lucca. I siti da bonificare sono stati individuati successivamente all'approvazione del Piano regionale per le bonifiche, avvenuta nel 1999, secondo le categorie previste dal DM 471/1999. Per tali siti si prevede l'applicazione delle procedure previste dall'articolo 17 del D.Lgs. 22/1997. Si tratta prevalentemente di aree industriali e di distributori carburanti dismessi o interessati da sversamenti dei serbatoi: nonostante l'emanazione della normativa specifica sui serbatoi interrati (Decreto 246/1999) il problema dell'inquinamento del suolo e delle falde a causa di sversamenti di serbatoi interrati contenenti carburante, costituisce un tema di sicura rilevanza.

Tabella 43 - Siti inquinati presenti nei comuni della Piana di Lucca - Periodo 2001-2005

Comune	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*Totale*	*Incendi*
Altopascio	1	1	2	2	1	7	-
Capannori	2	12	9	5	5	33	3
Lucca	7	7	7	4	5	30	5
Montecarlo	-	1	-	-	-	1	-
Pescaglia	-	-	-	-	-	-	1
Porcari	1	6	2	1	3	13	2
Villa Basilica	-	1	-	1	-	2	1
Totale	***11***	***28***	***20***	***14***	***14***	***86***	***12***

Figura 27 - Siti inquinati presenti nella Zona Piana di Lucca – Periodo 2001-2005



2.3.2 Rifiuti

Le problematiche connesse alla produzione di rifiuti urbani hanno assunto negli ultimi decenni proporzioni sempre maggiori in relazione a numerosi fattori (crescita demografica, sviluppo industriale, modificazione delle condizioni economiche, aumento dei consumi, etc.); la produzione di rifiuti è il sintomo del progresso economico e dell'incremento dei consumi.
E' ormai assodato che la soluzione del problema rifiuti passa attraverso una gestione più efficiente dei flussi che trova fondamento in una strategia integrata di sviluppo sostenibile: riduzione dell'utilizzo di risorse e di energia, minimizzazione delle emissioni e dei danni all'ambiente, riutilizzo e valorizzazione dei rifiuti attraverso la raccolta differenziata ed il riciclaggio in tutte le sue forme.
Quanto detto è supportato a livello normativo e di indirizzo attraverso specifici obiettivi di riciclaggio e di recupero, ma necessita anche del supporto di informazioni affidabili ed aggiornate, al fine di garantire da un lato obiettivi adeguati e dall'altro il monitoraggio degli stessi allo scopo di poter intervenire, ove necessario, con misure correttive o migliorative.

L'obiettivo del 35% di raccolta differenziata da raggiungere a medio termine (6 anni dall'approvazione del Decreto Ronchi, ovvero marzo 2003) ha determinato una decisa accelerazione e sviluppo dei sistemi integrati di gestione dei RU, con particolare riferimento alla raccolta differenziata per le frazioni maggiormente significative (carta, vetro, frazioni compostabili) attuata con sistemi ad elevata domiciliarizzazione (tipo porta-a-porta) che garantiscono i migliori risultati quali-quantitativi di intercettazione.

La raccolta differenziata ha quindi assunto un ruolo prioritario nel sistema di gestione integrata dei rifiuti, tanto che il parametro "percentuale di raccolta differenziata" è di gran lunga il più utilizzato per valutare sul territorio i risultati dei nuovi sistemi di raccolta, anche se sono già emerse alcune problematiche legate all'utilizzo unico di questo parametro.
Il D.lgs. 22/97 definisce come raccolta differenziata "la raccolta idonea a raggruppare i rifiuti urbani in frazioni merceologiche omogenee" (Art. 6, comma 1, lett. F).

La Toscana ha introdotto, con legge regionale n°25 del 1998, il concetto di "sistema integrato di gestione dei rifiuti", che deve assicurare:

- L'autosufficienza regionale per lo smaltimento
- La riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti
- L'ottimizzazione e l'integrazione delle operazioni di riutilizzo, recupero e riciclaggio
- L'incentivazione dell'effettivo recupero come materia ed energia
- L'incentivazione di forme di autosmaltimento
- La promozione del riutilizzo dei materiali derivanti da operazioni di recupero e riciclaggio.

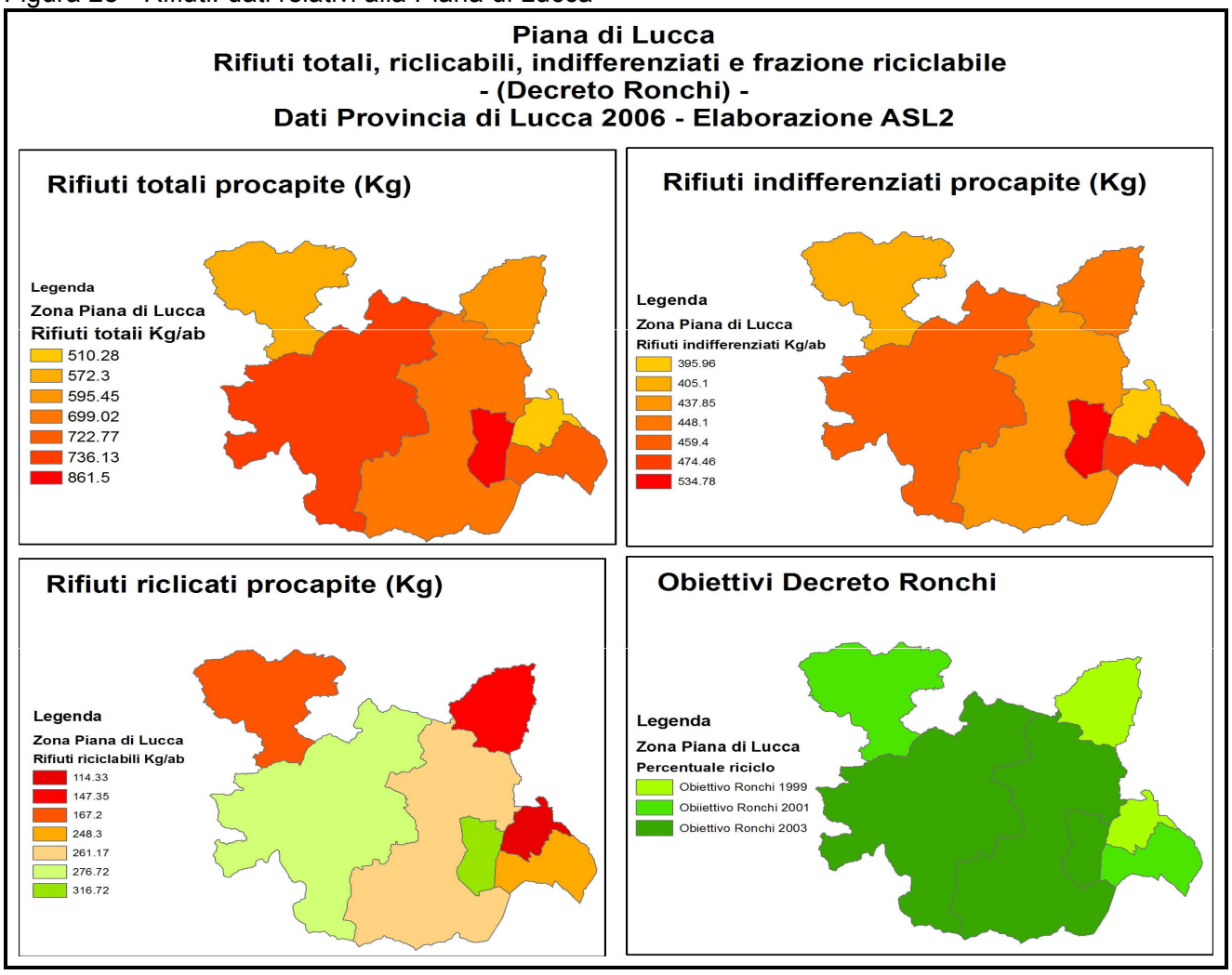
Il dato più significativo che emerge dall'analisi dei dati degli anni 1998-2004, è che la produzione totale di rifiuti, è tornata ad allinearsi rispetto al trend di crescita riscontrato negli ultimi anni, rendendo meno rilevante l'avanzamento delle raccolte differenziate.
Si noti come solo l' 11 % dei Comuni della Provincia di Lucca, abbia rispettato l'obiettivo (minimo) definito per legge e fissato al 35 % entro il 2003, mentre il 20 % della popolazione risulta ancora al di sotto persino dell'obiettivo intermedio, fissato al 25 % entro il 2001.
Pur nella positiva valutazione d'insieme, occorre sottolineare come non si sia ancora verificata quella "inversione di tendenza" che porta a rendere discendente la curva dei rifiuti avviati a smaltimento, segnale tangibile che le raccolte differenziati stiano effettivamente incidendo sul ciclo integrale dei rifiuti.

Per quello che riguarda la Piana di Lucca la situazione è in linea con il resto della Provincia con una percentuale nella raccolta differenziata compresa tra il 24.75 % di Villa Basilica ed il 37,59 di Lucca (valore medio 31,83%) in linea con gli obiettivi del Decreto Ronchi .
Elevata è la produzione di rifiuti nel comune di Porcari, mentre nei restanti ambiti territoriali i livelli sono pari o anche inferiori ai dati provinciali (vedi Tabella 44).

Tabella 44 – Dati sulla produzione e recupero di rifiuti nella Piana di Lucca

COMUNE	Abitanti	RACCOLTA DIFFERENZIATA			RIFIUTI INDIFFERENZIATI		RIFIUTI TOTALI PRODOTTI	
		t/anno	kg/ab anno	RD %	t/anno	kg/ab anno	t/anno	kg/ab anno
Altopascio	12.485	3.100,06	248,30	34,35	5.923,67	474,46	9.023,73	722,77
Capannori	44.248	11.556,33	261,17	37,36	19.374,00	437,85	30.930,33	699,02
Lucca	86.532	23.945,48	276,72	37,59	39.753,00	459,40	63.698,48	736,13
Montecarlo	4.450	508,75	114,33	22,40	1.762,00	395,96	2.270,75	510,28
Pescaglia	3.762	629,01	167,20	29,22	1.524,00	405,10	2.153,01	572,30
Porcari	7.577	2.399,78	316,72	37,20	4.052,00	534,78	6.451,78	851,50
Villa Basilica	1.792	264,06	147,35	24,75	803,00	448,10	1.067,06	595,45
Totale PIANA DI LUCCA	160.846	42.403,47	263,62	31,83	73.191,67	445,04	115.549,14	718,66
Totale PROVINCIA	384.358	97.395,23	253,40	32,47	202.541,66	526,96	299.936,89	780,36

Figura 28 - Rifiuti: dati relativi alla Piana di Lucca



2.3.3 Acqua

Il sistema delle acque in provincia di Lucca è caratterizzato da una serie di problematiche di diversa natura, sia per quanto riguarda la qualità dei corpi idrici, e per l'elevato livello di sfruttamento della risorsa, che per problemi di natura gestionale del ciclo delle acque. Criticità di tipo puntuale sono presenti anche nel bacino del Serchio, legate soprattutto a pressioni di tipo puntuale quali scarichi industriali o di reflui civili nei corsi d'acqua.

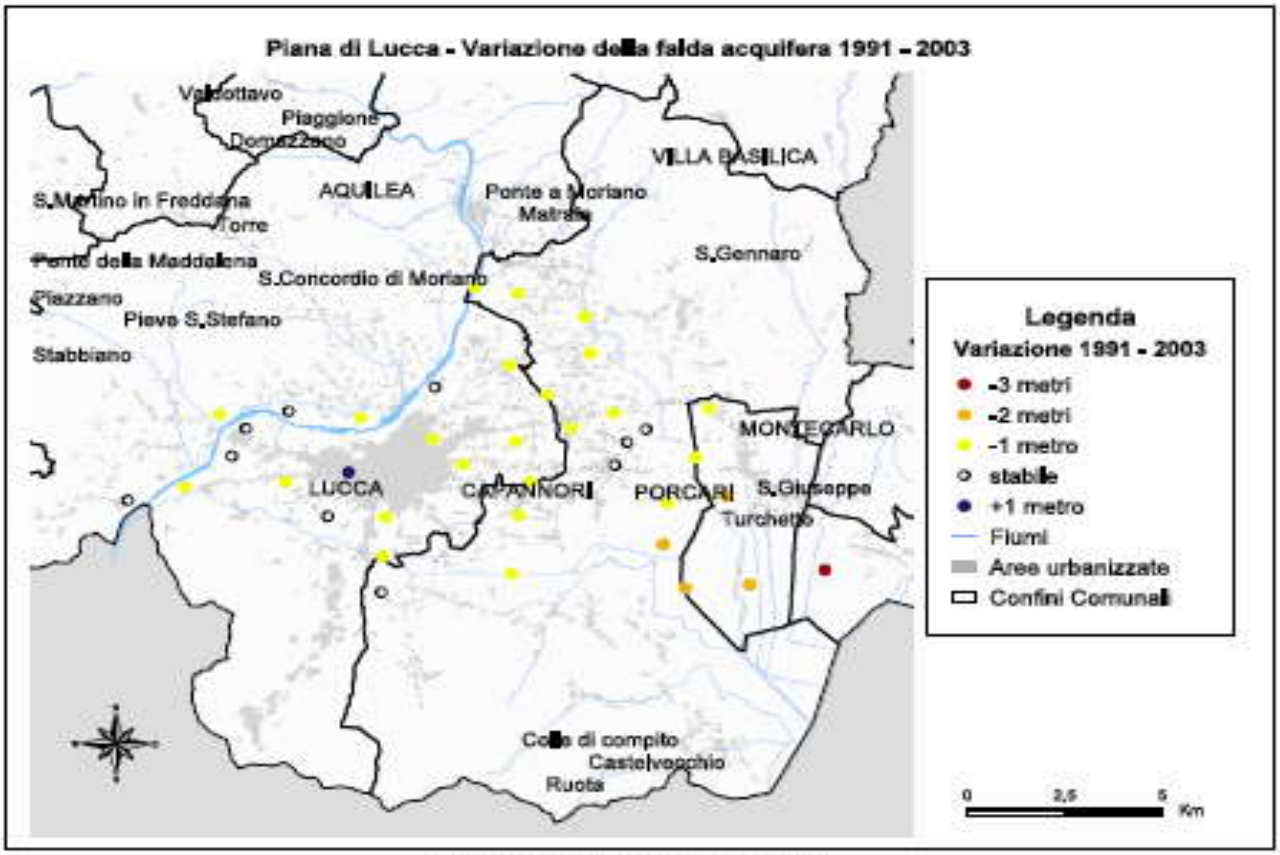
Per quanto riguarda le acque sotterranee, si evidenzia un discreto stato di contaminazione delle falde nella Piana di Lucca, in particolare nitrati e composti alogenati.
Vi sono stati in passato fenomeni di contaminazione da antiparassitari che hanno riguardato le falde idriche che interessano il campo pozzi di S. Alessio a Lucca, di particolare importanza per l'approvvigionamento idrico delle città di Lucca, Pisa e Livorno e per cui è stato sottoscritto un apposito accordo di programma per la tutela e il risanamento delle acque.
Egualmente sotto controllo anche il progressivo abbassamento dei livelli della falda idrica in alcune zone della Piana, probabile conseguenza sia di mutamenti di tipo climatico che di un eccesso di sfruttamento della falda stessa a fini idropotabili, agricoli e industriali .

Dal punto di vista della gestione dei servizi idrici (acquedotto, fognatura e depurazione), va in primo luogo rilevata la presenza di due Ambiti Territoriali Ottimali: ATO 1 - Toscana Nord e ATO 2 – Basso Valdarno, nella Piana di Lucca. Si mette in evidenza che persiste una frammentazione della gestione idrica nell'area interessata (ATO 1).

Per quanto riguarda i prelievi ad uso idropotabile, vi sono fenomeni di spreco negli approvvigionamenti, a causa di perdite ed inefficienze delle reti di distribuzione, e al tempo stesso una scarsa copertura del servizio acquedottistico in alcune aree della Piana di Lucca.
Gran parte del fabbisogno idrico e dei prelievi, secondo le stime condotte, è attribuibile al sistema idropotabile e produttivo, in particolare al distretto cartario, fortemente idroesigente. Si evidenzia la necessità di una riduzione di tali prelievi, attraverso un utilizzo ottimizzato delle acque superficiali e di recupero, sia per garantire l'equilibrio del bilancio idrico complessivo, sia per limitare i fenomeni di abbassamento della falda (Figure 29 e 30).

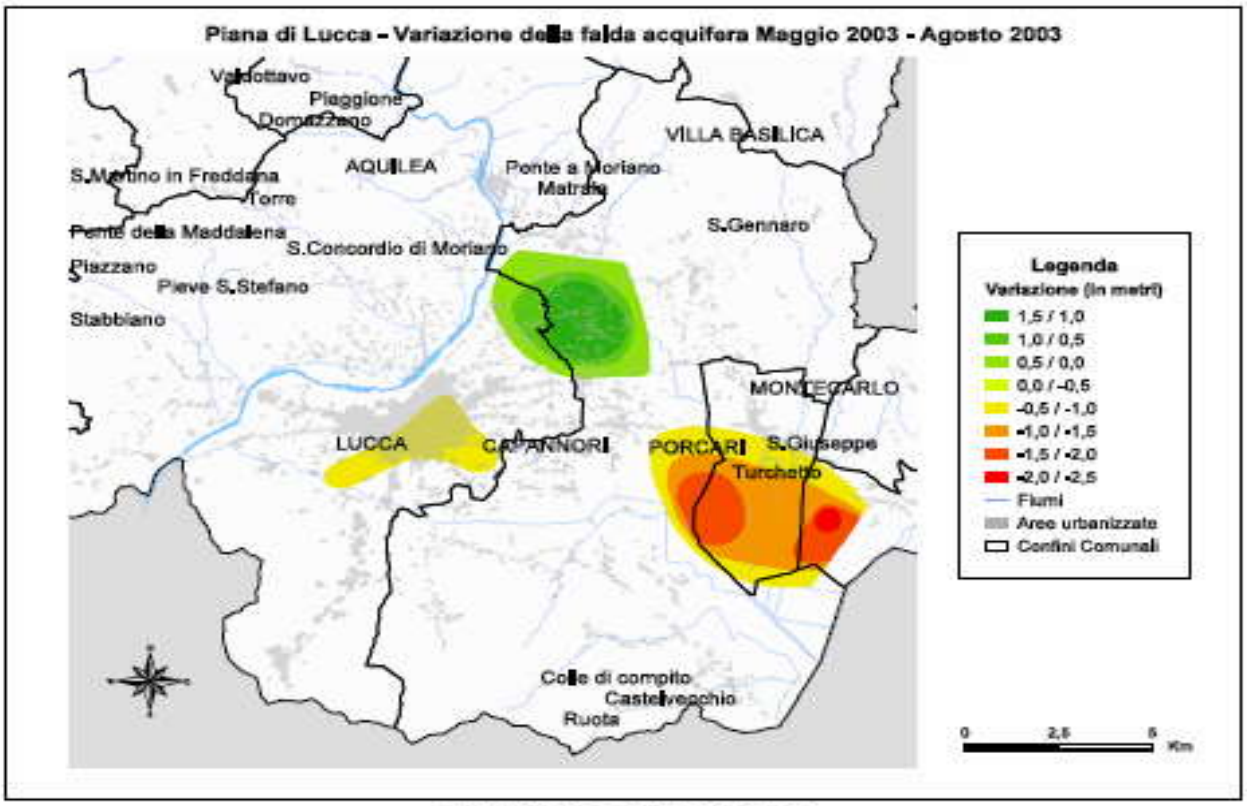
Relativamente alla capacità di depurazione, si evidenzia nel complesso una buona copertura del fabbisogno civile, garantito da un gran numero di impianti, spesso di piccole e piccolissime dimensioni, sparsi sul territorio provinciale. In alcuni comuni si evidenzia tuttavia una copertura depurativa inferiore al 50%.
Per quanto riguarda la Piana di Lucca, se nel complesso la necessità di depurazione appare soddisfatta, va tenuto conto che molte frazioni, in particolare nel comune di Capannori, non risultano attualmente servite da rete fognaria e che pertanto esiste sicuramente un deficit di depurazione anche in tale area (il dato ATO2 relativo al 1996 evidenziava a Capannori un deficit depurativo del 66%).
Nell'area della Piana vanno inoltre segnalati i rischi ambientali derivanti dal sistema degli scaricatori di piena, specie nei casi in cui si hanno fognature miste ad elevata presenza di reflui industriali.

Figura 29 - Variazione falda acquifera anni 1991-2003 - Piana di Lucca



Elaborazione su dati Provincia di Lucca

Figura 30 - Variazione falda acquifera maggio/agosto 2003 - Piana di Lucca



Elaborazione su dati Provincia di Lucca

2.3.3.1 Qualità delle acque superficiali e sotterranee

I corsi d'acqua della provincia di Lucca sono stati oggetto, in particolare negli ultimi anni, di numerose indagini sullo stato di qualità sia biologica che chimica, che consentono di tracciare un quadro abbastanza preciso della situazione attuale.

Serie storiche significative sono tuttavia disponibili esclusivamente per quanto riguarda il corso del fiume Serchio. Per il bacino del Serchio, oltre alle analisi abitualmente condotte da ARPAT lungo il corso del fiume e del suo principale affluente, il torrente Lima, è disponibile uno studio specifico condotto nel periodo primavera 2001 - inverno 2002, sull'intero bacino, volto ad individuare lo stato di qualità ambientale complessivo dei principali corsi d'acqua.
L'analisi di tali dati consente di evidenziare una situazione complessivamente buona su tutti i corsi d'acqua considerati, sia da un punto di vista biologico che chimico,.
In particolare, i valori relativi a parametri chimici e batteriologici rilevano sempre una situazione buona, mentre il monitoraggio secondo l'IBE (Indice Biotico Esteso), relativo alla qualità biologica, evidenzia, in particolare per il Serchio, un progressivo peggioramento da monte a valle, dovuto all'aumento delle aree urbanizzate e industrializzate e dei relativi scarichi, e ad una diminuzione delle portate, anche nel periodo invernale, a causa dell'intensificarsi di derivazioni per uso diverso sul territorio del bacino.

La condizione complessiva degli affluenti risulta in ogni caso decisamente migliore: i primi dati relativi al 2003, seppur aventi carattere puntuale (2 rilevamenti per ciascuna stazione, uno invernale e uno primaverile), esclusivamente per l'indice IBE, sembrano confermare tale situazione.
I principali canali della Piana, ricadenti nel bacino dello Scolmatore, evidenziano una situazione critica, in particolare il Canale Rogio e l'emissario del Bientina, con uno stato ecologico rispettivamente "scadente"e "pessimo" nel 2002.
Per quanto riguarda il torrente Pescia di Collodi, che scorre da nord a sud lungo il confine con la provincia di Pistoia, si evidenzia, per i due rilievi considerati, una situazione complessivamente accettabile (classi IBE II-III).

Di particolare interesse risulta anche uno studio specifico condotto nel 2002 da ARPAT e Provincia di Lucca su alcuni corsi d'acqua soggetti a particolari pressioni ambientali, quali scarichi civili o industriali o derivazioni di acqua a scopo idroelettrico.
Lo studio, attraverso l'elaborazione dell'indice IBE applicato sia a monte che a valle del punto di immissione, ha consentito di evidenziare come non sempre gli scarichi, anche nel rispetto dei limiti tabellari, siano compatibili con le capacità autodepurative dei corpi idrici recettori.
Oltre all'impatto provocato dagli scarichi, sia di tipo industriale che, talvolta, provenienti da impianti di depurazione, si rileva una gestione della risorsa idrica in genere non regolamentata, per cui derivazioni e infrastrutture appaiono del tutto inadeguate alle esigenze di ecocompatibilità degli ambienti fluviali.
Mentre per il controllo degli scarichi vi sono precisi riferimenti normativi e, costituendo questi una fonte ben individuabile, sono suscettibili di interventi di adeguamento oggettivamente raggiungibili, per gli altri tipi di impatto, se si escludono le recenti norme dettate dall'Autorità di bacino del Serchio (2002), per garantire alcune condizioni indispensabili alla vita acquatica, è necessaria una maggiore concertazione tra gli enti preposti alla gestione del territorio, al fine di ottenere, attraverso un approccio di tipo interdisciplinare, una convergenza di indirizzi volti al perseguimento di uno sviluppo sostenibile.

Per la valutazione della *qualità delle acque sotterranee*, il D.Lgs 152/1999 prevede un indice che ne definisce lo stato quantitativo (livello di sfruttamento e alterazione) e un indice di qualità chimica.
L'indice di qualità chimica considera 7 parametri di base (conducibilità elettrica, cloruri, manganese, ferro, nitrati, solfati, ione ammonio) e altri inquinanti organici e inorganici.
In base alle concentrazioni delle diverse sostanze sono definite cinque classi di qualità:

- classe 1 (elevata) con impatto antropico nullo o trascurabile e con pregiata qualità idrochimica,
- classe 2 (buona) con impatto antropico ridotto e buona qualità,
- classe 3 (sufficiente) con impatto antropico significativo e con qualità buona ma con alcuni segni di compromissione,
- classe 4 (scadente) con impatto antropico rilevante e con caratteristiche idrochimiche scadenti,
- classe 0 con basso impatto antropico ma con caratteristiche idrochimiche naturali al di sopra dei valori della classe 3.

Per lo sviluppo dell'indicatore si è fatto riferimento agli studi sulle falde acquifere della Piana di Lucca condotti per conto della Provincia di Lucca nell'ambito della redazione del "Piano per il corretto e razionale uso delle acque".

L'indicatore, che rappresenta lo stato chimico delle acque sotterranee distinto per i diversi parametri di base, consente di verificare le variazioni qualitative, associate all'impatto antropico ed alle caratteristiche naturali del corpo idrico sotterraneo.
La classificazione riportata nella tabella "qualità degli acquiferi" è provvisoria in quanto limitata solo alla Piana di Lucca e basata solo sui parametri di base (senza i dati sugli inquinanti organici e inorganici); è qui presentata solo per organizzare in maniera semplificata i dati disponibili (Tabella 45).

Tabella 45 - Qualità degli acquiferi (acque profonde) Piana di Lucca

Qualità degli acquiferi (classificazione provvisoria basata solo sui parametri di base)			
	2 (buona)	**3 (sufficiente)**	**4 (scadente)**
Piana di Lucca	60%	22%	18%

Si ricorda che nell'ambito del Piano di azione per l'Agenda 21 della Provincia di Lucca, con riguardo al Tema "Vulnerabilità falda acquifera" sono stati fissati degli obiettivi, azioni e target specifici, tra cui si citano il potenziamento della rete di monitoraggio della falda, la depurazione e il recupero delle acque nel settore agricolo e industriale, bonifiche locali, la valutazione della criticità locale della falda al fine del rilascio dell'autorizzazione a nuovi insediamenti.

2.3.3.2 Fabbisogno idrico

L'approvvigionamento idrico in provincia di Lucca è garantito da un gran numero di pozzi e sorgenti distribuiti sull'intero territorio.
L'andamento dei consumi rilevato nel periodo 1996-2002, basato sia sui dati forniti dalle Autorità d'Ambito che dai soggetti gestori, sembra evidenziare che in alcune aree nella Piana di Lucca (comuni in ATO 2) i consumi aumentano, nel resto della Piana (Lucca inclusa) si assiste invece ad una diminuzione.

Il dato riguardante i prelievi a fini acquedottistici, evidenzia come una parte dei quantitativi prelevati sia riconducibile a spreco, essendo questi di gran lunga superiori ai consumi rilevati.
Nell'analisi condotta, il dato sul prelievo è significativo soprattutto a livello di macro area, in quanto, specialmente in presenza di enti gestori che operano su più comuni, il prelievo di un comune può andare ad alimentare altri comuni.
Il maggior divario tra quantitativi prelevati ed immessi in rete e quelli effettivamente consumati si evidenzia nell'area della Piana. La differenze rilevate tra tali volumi può costituire una stima, seppur approssimata delle perdite e delle inefficienze della rete.
In particolare, secondo tale calcolo si evidenzia in tale area circa il 35% di perdite della rete.

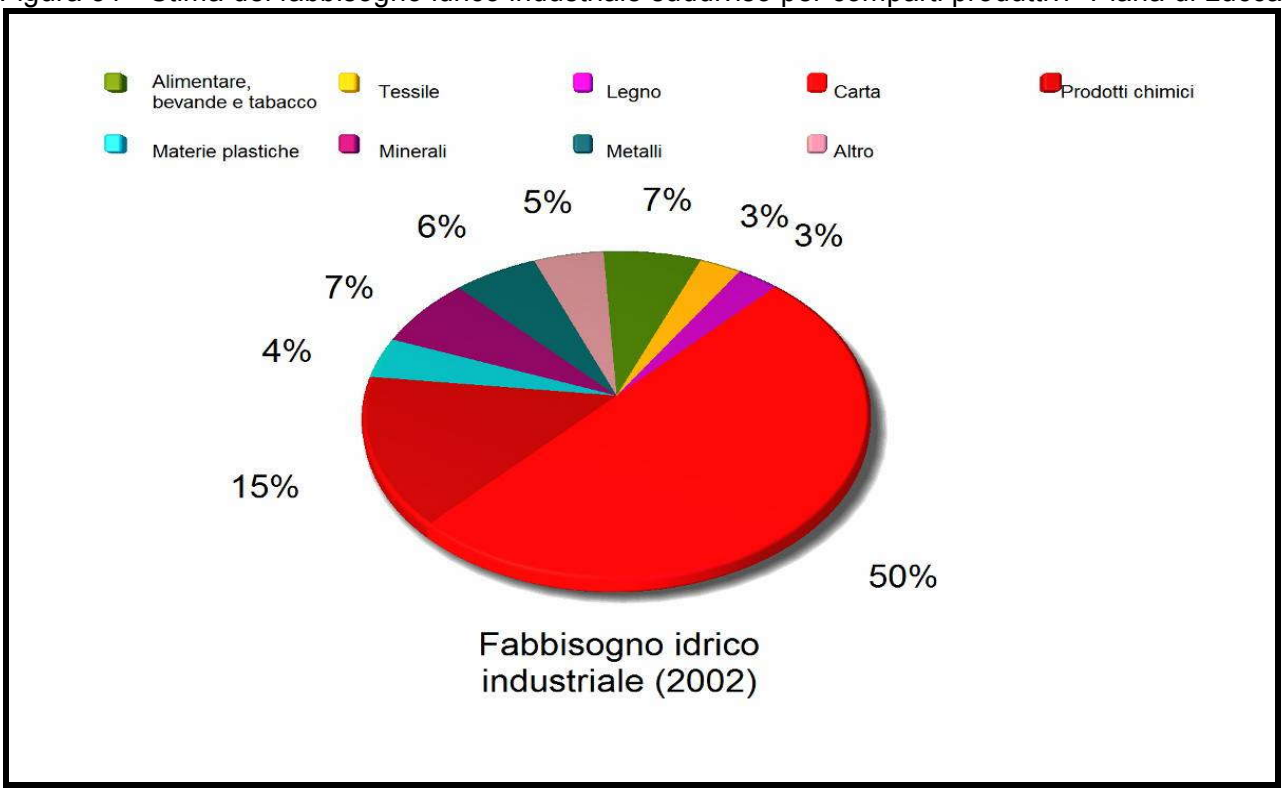
Il confronto tra disponibilità idriche e fabbisogni idropotabili - gli unici dati omogenei disponibili sono relativi al 1996 e relativi al confronto tra le risorse prelevate (33 milioni di m³, incluse le quantità addotte verso gli acquedotti di Pisa e Livorno) e i fabbisogni idropotabili, pari a 7,3 milioni di m³ - evidenzia la grande disponibilità di risorsa, tanto che una portata di 330 l/s proveniente da pozzi viene immessa sugli acquedotti Pisa-Livorno.
È da rilevare che la rete di adduzione si estende per una lunghezza di circa 350 km, di cui circa il 37% necessita di sostituzione.

Nella Tabella 46 e Figura 31 si rilevano le stime dei consumi idrici per zona relative al periodo 1996-2002 nella Piana di Lucca

Tabella 46 - Stima dei consumi idrici per zona relativa al periodo 1996-2002 - Piana di Lucca

Comune	**Prelievi m³**	**Consumi m³**	**Prelievi m³**	**Consumi m³**	**Prelievi m³**	**Consumi m³**
Zona Piana di Lucca	***1996***		***1999***		***2002***	
Lucca*	16.329.988	6.498.000	10.061.902	5.903.057	9.311.688	6.181.000
Pescaglia	2.463.620	246.441	non disponibile	246.469	non disponibile	non disponibile
Totale Zona Piana di Lucca (ATO1)	***23.017.441***	***7.634.733***	***10.061.902***	***6.972.839***	***9.311.688***	***6.886.000***
Altopascio	4.034.711	483.600	1.037.400	3.671.567	1.140.000	4.034.689
Capannori		1.565.200	3.331.471		3.660.957	
Montecarlo		221.000	425.880		468.000	
Porcari		330.200	903.938		993.338	
Villa Basilica	474.286	100.805	141.960	111.344	156.000	122.356
Totale Zona Piana di Lucca (ATO2)	***4.508.997***	***2.700.805***	***5.840.648***	***3.782.911***	***6.418.295***	***4.157.045***

Figura 31 - Stima del fabbisogno idrico industriale suddiviso per comparti produttivi -Piana di Lucca



2.3.3.3 Qualità acque destinate al consumo umano

Dal punto di vista dello stato della risorsa idrica ai fini dell'uso umano la verifica della situazione del territorio della Piana di Lucca, evidenzia un alto livello di urbanizzazione ed industrializzazione, con un elevato numero di pozzi privati sia per uso civile sia per attività diverse ed un ridotto sviluppo della rete fognaria con aumento della vulnerabilità dell'acquifero.

Come ogni anno, anche nel corso del 2005 si è continuato a svolgere l'attività di monitoraggio della qualità dell'acqua di pubblici acquedotti in ambedue le Zone, tramite campionamenti alla distribuzione, nel rispetto delle indicazioni contenute nel D.Lgs. 31/01, in vigore dal 25/12/03, e controlli analitici mirati su alcune fonti di approvvigionamento (Figura 32).

Complessivamente dall'analisi della media dei campioni effettuati durante il periodo 1990-2005 si osserva che la qualità delle acque destinate al consumo umano è sostanzialmente buona con media di positività inferiore al 5 % sia per i chimici (4.60%) che batteriologici (4.00%) (Tabella 47).

E' da notare la continua riduzione dei campioni risultati positivi nell'intervallo di tempo considerato (Figura 33).

Tabella 47 - Analisi dei dati analitici relativi alla qualità dell'acqua dei pubblici acquedotti della ASL2 Lucca - Anni 1990-2005
(fonte dati: ASL2)

Anno	Analisi	Chimiche	Positive	%	Batteriologiche	Positive	%
1990	1071	431	28	6.50	640	55	8.59
1991	695	277	33	11.91	418	13	3.11
1992	664	208	12	5.77	456	31	6.80
1993	675	203	15	7.39	472	34	7.20
1994	718	238	11	4.62	480	10	2.08
1995	743	254	3	1.18	489	9	1.84
1996	907	317	19	5.99	590	25	4.24
1997	1168	485	19	3.92	683	18	2.64
1998	1176	510	25	4.90	666	24	3.60
1999	1144	502	22	4.38	642	24	3.74
2000	1220	523	18	3.44	697	32	4.59
2001	1179	512	21	4.10	667	29	4.35
2002	1153	524	17	3.24	629	21	3.34
2003	1100	523	19	3.63	577	15	2.60
2004	1080	516	7	1.36	564	18	3.19
2005	1075	504	6	1.19	571	12	2.10

Figura 32- Numero di campioni analizzati anni 1990-2005 dalla ASL2 Lucca

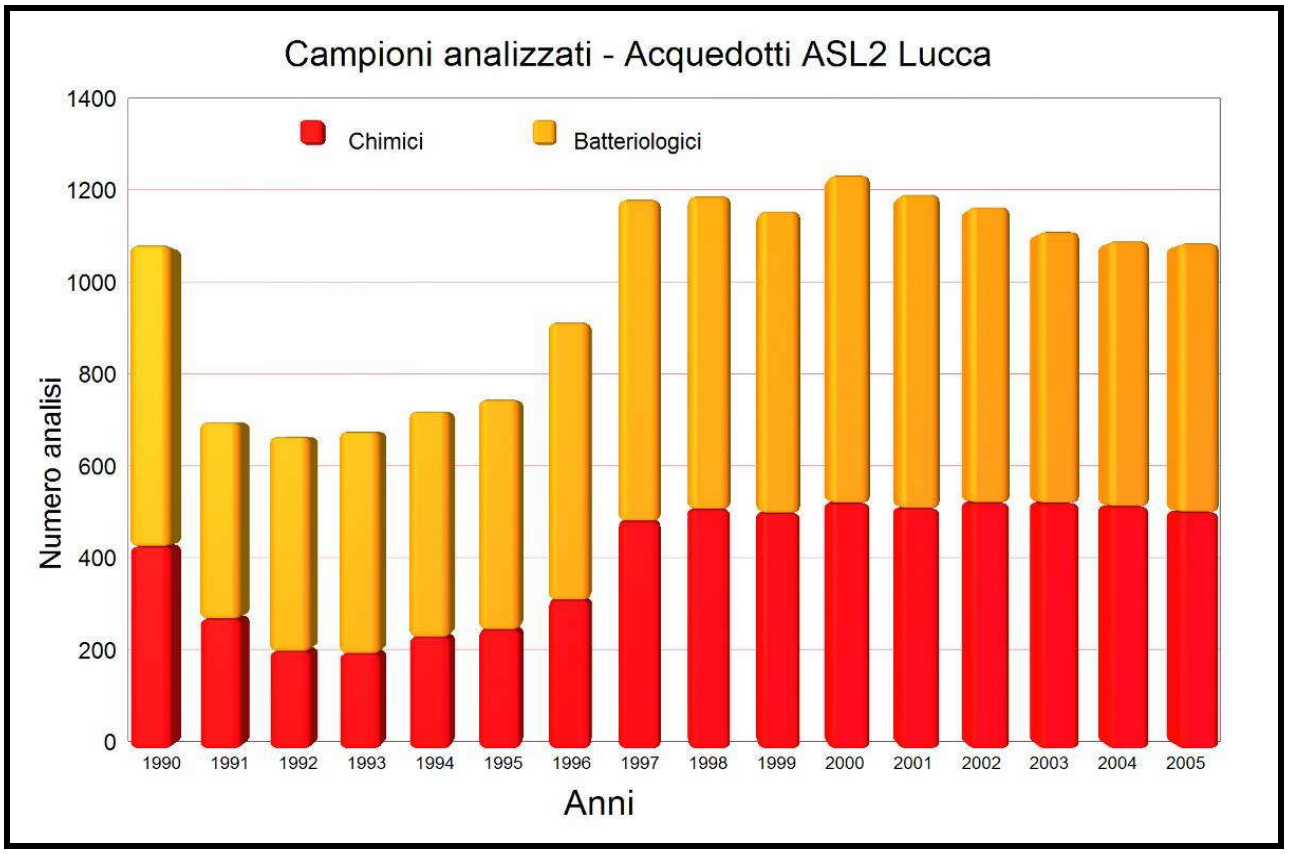
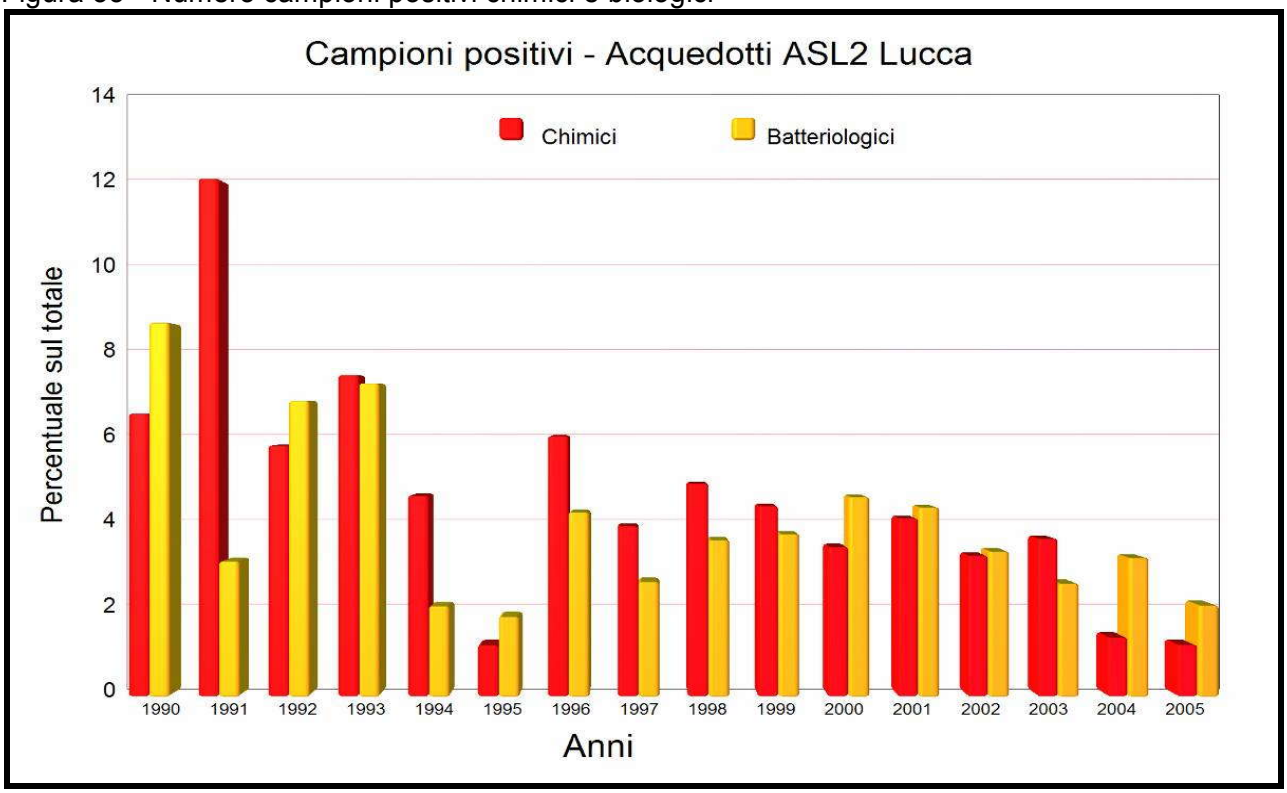


Figura 33 - Numero campioni positivi chimici e biologici

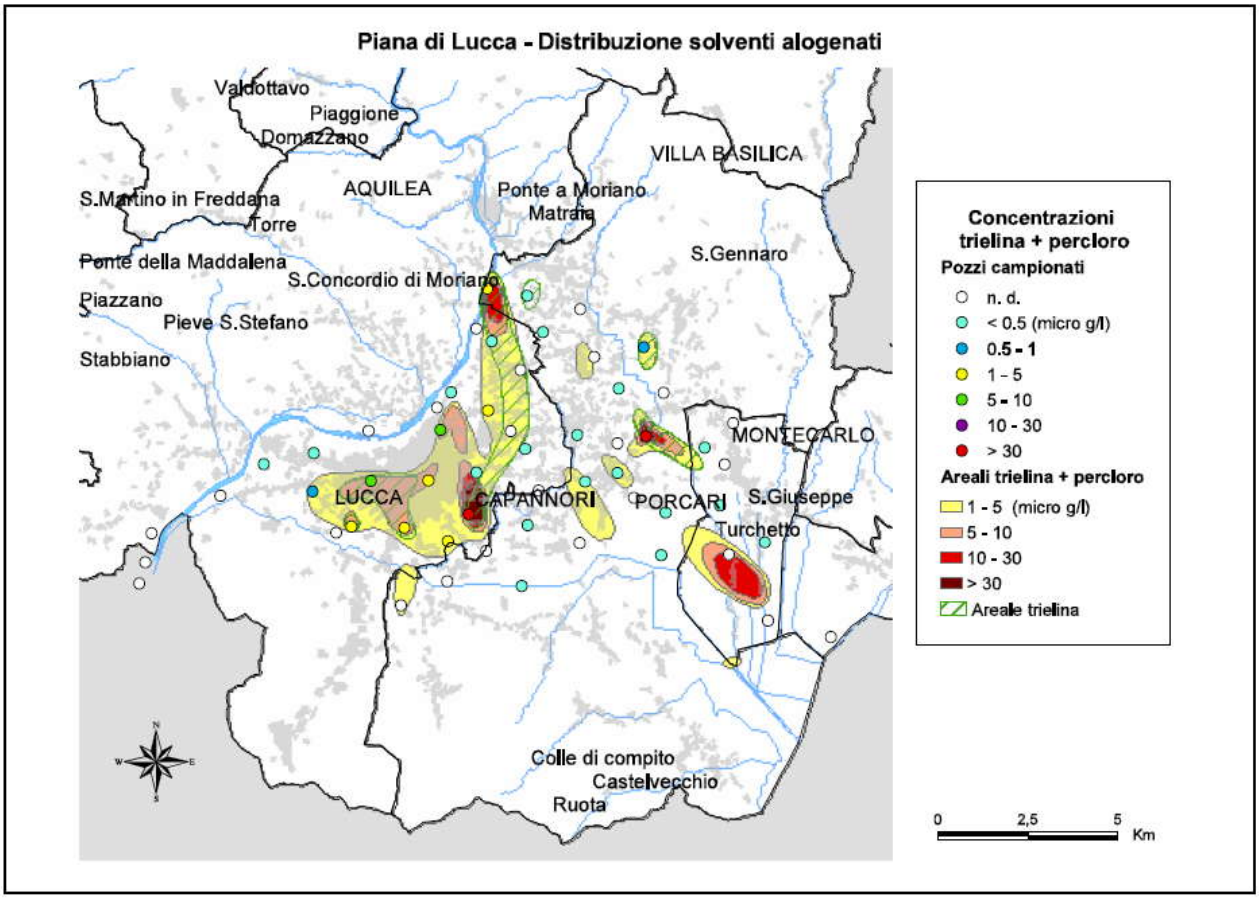


A fronte di una situazione di relativa tranquillità per quanto riguarda la qualità delle acque degli acquedotti, permane attenzione e vigilanza nei confronti delle aree sotto ordinanze sindacali, sedi di fenomeni di contaminazione della falda da parte di sostanze chimiche industriali.
In particolare sono tuttora sotto osservazione (Figura 34):

- le aree contaminate da organo-alogenati come San Donato prossima all'acquedotto di Gattaiola e le aree dell'Arancio – San Filippo;
- le zone interessate dalla presenza di residui di fitosanitari (diserbanti) a Sant'Alessio e a San Pietro a Vico ed in altre aree minori nella Piana di Lucca;
- altre sedi di inquinamento minori per estensione e determinati da cause diverse come idrocarburi o reflui fognari industriali nella Piana di Lucca.

Al momento attuale le acque della falda presente nei siti interessati da questi fenomeni, viene analizzata ad intervalli regolari al fine di definire con precisione l'andamento e l'evoluzione dell'inquinamento.
I pozzi acquedottistici più vicini sono stati dotati di filtri appositi, mentre ove possibile sono già in opera le attività di bonifica e rimozione degli inquinanti.
Al di là della validità delle azioni intraprese per preservare la qualità delle acque di falda, la presenza di questi fenomeni ripropone ogni anno la necessità di una maggiore tutela della risorsa idrica.
Per questo motivo appare necessario per la protezione degli acquiferi l'attivazione in tempi brevi, da parte degli Enti coinvolti (Ente Gestore, ATO, Comune), delle procedure per la delimitazione delle aree di salvaguardia secondo le indicazioni previste dal Dec.Leg. 152/99 e dalle Linee Guida contenute nell'Accordo del 12/12/02 approvato dalla Conferenza Stato Regioni .

Figura 34 - Distribuzione di inquinanti – Zona Piana di Lucca



Elaborazione su dati Provincia di Lucca

2.3.3.4 Depurazione

Il sistema della depurazione in provincia di Lucca è articolato su un gran numero di impianti, spesso di piccole dimensioni al servizio di singoli comuni e frazioni.
L'analisi condotta, riguardante la capacità di depurazione del carico civile (residenti + turismo) ha messo in evidenza, per la Piana di Lucca, che il fabbisogno civile sembrerebbe quasi del tutto soddisfatto (deficit del 6%) (Tabella 48).

Per la Piana di Lucca, la stima è resa complessa dalla presenza dell'impianto di Porcari (Casa del Lupo), avente una potenzialità effettiva di circa 300.000 Ab.Eq e che tratta i reflui anche dei comuni di Lucca, Capannori e Montecarlo.
Se a livello di tale area la necessità complessiva di depurazione, calcolata sulla base degli abitanti equivalenti complessivi, appare soddisfatta, va tenuto conto che molte frazioni, in particolare nel comune di Capannori, non risultano attualmente servite da rete fognaria e che pertanto esiste sicuramente un deficit di depurazione anche in tale area (il dato ATO2 relativo al 1996 evidenziava a Capannori un deficit depurativo del 66%).

Nell'area della Piana vanno inoltre segnalati i rischi ambientali derivanti dal sistema degli scaricatori di piena, specie nei casi in cui si hanno fognature miste ad elevata presenza di reflui industriali. Le reti miste sono infatti destinate anche alla raccolta delle acque piovane, ciò comporta, in caso di eventi meteorici significativi, un notevole incremento delle portate addotte al sistema depurativo, e la necessità di sfiorare nei corsi d'acqua le portate eccedenti la capacità degli impianti, senza un trattamento adeguato.

La valutazione dell'efficienza degli impianti, condotta da ARPAT sulla base dei parametri in uscita dai depuratori, ha evidenziato che gli effluenti risultano generalmente conformi alle normative, pur con alcune eccezioni di carattere puntuale.

Tabella 48 - Capacità di depurazione nell'ambito del territorio della ASL2 Lucca

Comune	Impianti <15.000 Ab.eq.	Impianti >15.000 Ab.eq.	Potenzialità progetto depuratori	Potenzialità attuale (Ab. equivalenti civili allacciati)	Carico residenziale	Carico turistico	Capacità di depurazione carico civile (su potenzialità progetto)	Capacità di depurazione carico civile (su potenzialità effettiva)
	N.	N.	ab. eq	ab. eq	ab. eq	ab. eq	%	%
Barga	15	0	9.990	8.000	10.018	357	96%	77%
Camporgiano	8	0	1.925	550	2.393	8	80%	23%
Careggine	13	0	1.500	820	642	2	>100%	>100%
Castelnuovo Garfagnana	8	0	4.675	5.010	6.061	59	76%	82%
Castiglione Garfagnana	5	0	1.250	1.250	1.877	38	65%	65%
Coreglia Antelminelli	8	0	3.480	1.910	4.805	19	72%	40%
Fabbriche di Vallico	6	0	800	640	526	2	>100%	>100%
Fosciandora	1	0	20	60	670	0	3%	9%
Gallicano	10	0	10.860	7.970	3.794	32	>100%	>100%
Giuncugnano	6	0	950	950	538	14	>100%	>100%
Minucciano	17	0	2.190	2.190	2.521	47	85%	85%
Molazzana	6	0	460	300	1.187	4	39%	25%
Piazza al Serchio	37	0	6.620	2.603	2.556	14	>100%	>100%
Pieve Fosciana	6	0	1.800	1.686	2.365	17	76%	71%
San Romano	11	0	2.040	1.452	1.432	6	>100%	>100%
Sillano	9	0	1.500	960	784	0	>100%	>100%
Vagli di Sotto	3	0	1.300	1.090	1.123	15	>100%	96%
Vergemoli	4	0	1.150	340	400	0	>100%	85%
Villa Collemandina	7	0	1.800	1.550	1.399	29	>100%	>100%
Bagni di Lucca	28	0	8.400	5.954	6.551	33	>100%	90%
Borgo a Mozzano	6	0	7.500	5.413	7.354	61	>100%	73%
Lucca	2	1	95.900	65.550	79.783	874	>100%	>100%
Capannori	3	0	6.200	3.480	40.699	167		
Montecarlo	4	0	2.625	1.655	4.345	25		
Porcari		1	400.000	90.000	7.078	7		
Pescaglia	7	0	1.150	224	3.718	24	31%	6%
Altopascio	5	0	10.500	7.900	11.152	152	93%	70%
Villa Basilica		0		1.059	1.768	0		60%

2.3.4 Aria

2.3.4.1 Emissioni climateriali

Nell'ambito delle attività svolte dalla Regione Toscana per la tutela della qualità dell'aria, è stata sviluppata una metodologia per la classificazione del territorio regionale in base alle condizioni di diffusività atmosferica (F.Calestrini, G.Gualtieri, Regione Toscana – La.M.M.A.; 31/08/2001).
La classificazione è stata condotta prendendo in esame l'intensità del vento e la turbolenza atmosferica, utilizzando i dati misurati dalle stazioni meteorologiche dislocate sul territorio.

Per operare una classificazione su base comunale, è stato necessario attribuire a ciascuna stazione un gruppo di comuni, rappresentati dalle caratteristiche diffusive rilevate dalla stazione stessa.
Una volta calcolate le percentuali di accadimento per le classi di stabilità e le classi di velocità del vento, è stato individuato un criterio per determinare un indice di sintesi delle caratteristiche di diffusività atmosferica.
In particolare, sono stati calcolati due indici parziali, relativi alla stabilità e all'intensità del vento, e da questi è stato ricavato un unico indice di diffusività.
Il territorio regionale è stato in ultimo suddiviso in tre classi: a diffusività bassa (1), media (2) e alta (3).
La provincia di Lucca è caratterizzata da una bassa classe di diffusività atmosferica (classe 1): le condizioni climatiche dell'area tendono pertanto a non favorire la dispersione in atmosfera di sostanze inquinanti.
In particolare, il territorio provinciale è caratterizzato da una elevata stabilità atmosferica e basse velocità di vento.

2.3.4.2 Qualità dell'aria in ambiente urbano

Lo stato della qualità dell'aria in provincia di Lucca è stato ed è tuttora oggetto di numerose indagini, condotte sia attraverso la rete di monitoraggio provinciale, sia attraverso specifiche campagne di rilevamento sul territorio.
I valori forniti dalla rete di monitoraggio, attiva a partire dal 1995 e presente attualmente nei comuni di Lucca, Capannori e Porcari, evidenziano in generale, pur con una certa tendenza al miglioramento della qualità dell'aria, la presenza di situazioni di superamento dei valori limite, soprattutto per le polveri fini (PM_{10}) e l'ozono (O_3), ma anche per il biossido di azoto (NO_2).

Il D.Lgs. 351/1999, attuando la Direttiva 96/62/CE in materia di valutazione e gestione della qualità dell'aria ambiente, stabilisce che le regioni debbano effettuare la valutazione delle qualità dell'aria e, sulla base di essa, provvedano ad individuare le zone e gli agglomerati del proprio territorio in cui le concentrazioni degli inquinanti (Tabella 49) :

- rischiano di superare i valori limite e le soglie di allarme;
- eccedono il valore minimo aumentato del margine di tolleranza;
- sono comprese tra il valore limite e il valore limite aumentato del margine di tolleranza;
- non superano i valori limite né rischiano di superarli.

Tabella 49 - Limiti di riferimento per la qualità dell'aria

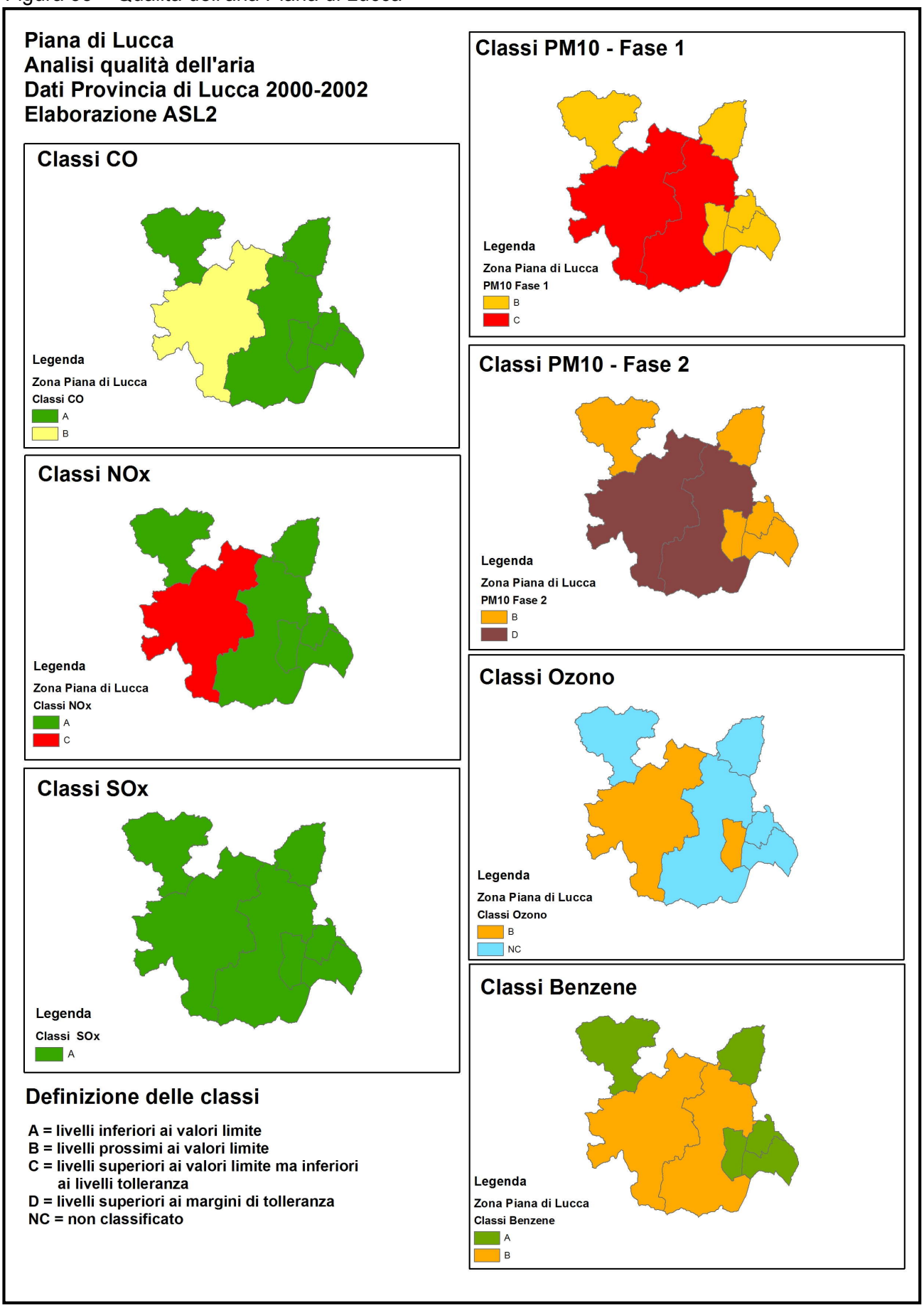
PM_{10} Fase 1 (entro 1/1/2005)	Concentrazione su 24 ore	Valore < 30 µg/m³	30 µg/m³ ≤ Valore < 50 µg/m³	50 µg/m³ ≤ Valore < 65 µg/m³	Valore ≥ 65 µg/m³
	N° superamenti consentiti	7	7	35	
	Concentrazione annua	Valore < 14 µg/m³	14 µg/m³ ≤ Valore < 40 µg/m³	40 µg/m³ ≤ Valore < 44,8 µg/m³	Valore ≥ 44,8 µg/m³
PM_{10} Fase 2 (entro 1/1/2010)	Concentrazione su 24 ore	Valore < 30 µg/m³	30 µg/m³ ≤ Valore < 50 µg/m³	50 µg/m³ ≤ Valore < 75 µg/m³	Valore ≥ 75 µg/m³
	N° superamenti consentiti	7	7	7	
	Concentrazione annua	Valore < 14 µg/m³	14 µg/m³ ≤ Valore < 20 µg/m³	20 µg/m³ ≤ Valore < 30 µg/m³	Valore ≥ 30 µg/m³
SO_2	Concentrazione su 24 ore	Valore < 75 µg/m³	75 µg/m³ ≤ Valore < 125 µg/m³	Valore ≥ 125 µg/m³	
	N° superamenti consentiti		3		
	Concentrazione oraria			350 µg/m³ ≤ Valore < 440 µg/m³	Valore ≥ 440 µg/m³
	N° superamenti consentiti			24	
NO2	Concentrazione oraria	Valore < 140 µg/m³	140 µg/m³ ≤ Valore < 200 µg/m³	200 µg/m³ ≤ Valore < 280 µg/m³	Valore ≥ 280 µg/m³
CO	Media trascinata sulle 8 ore	Valore < 7 mg/m³	7 mg/m³ ≤ Valore < 10 mg/m³	10 mg/m³ ≤ Valore < 16 mg/m³	Valore ≥ 16 mg/m³
C_6H_6	Concentrazione annua	Valore < 3,5 µg/m³	3,5 µg/m³ ≤ Valore < 5 µg/m³	5 µg/m³ ≤ Valore < 10 µg/m³	Valore ≥ 10 µg/m³
O_3	Media trascinata di 8 ore nel giorno	-	Valore < 120 µg/m³	Valore ≥ 120 µg/m³	
	N° superamenti consentiti	-		25 giorni per anno civile come media su 3 anni	

La Giunta regionale, con la deliberazione n. 1.406 del 21 dicembre 2001 aveva adottato la prima classificazione del territorio regionale, mentre la seconda classificazione, basata sui dati di qualità dell'aria rilevati fino all'anno 2002, è stata adottata con la deliberazione n. 1.325 del 15 dicembre 2003.

La classificazione dei comuni, relativa a ciascuna sostanza inquinante con valore limite determinato, ha portato alla loro ripartizione nelle quattro tipologie di zona indicate con le lettere A, B, C e D nonché al valore NC, cioè in particolare:

- A = Livelli inferiori ai valori limite: assenza rischio di superamento
- B = Livelli prossimi ai valori limite: rischio di superamento
- C=Livelli superiori ai valori limite ma inferiori ai margini temporanei di superamento/tolleranza
- D = Livelli superiori ai margini di superamento/tolleranza temporanei
- NC = Non classificato

Figura 35 – Qualità dell'aria Piana di Lucca



Sulla base della classificazione, i Comuni compresi nelle zone di risanamento, devono predisporre un rapporto sulla qualità dell'aria ambiente relativo a tutti gli inquinanti ed elaborare ed adottare un piano d'azione, contenente le misure da attuare per il raggiungimento dei valori limite, da determinare tra quelle indicate dalla delibera regionale.

La nuova classificazione adottata nel dicembre 2003 conferma, in sostanza, la situazione già evidenziata con la precedente delibera del 2002, basata sui dati del periodo 1994-2000 (Figura 35).
I Comuni di Lucca e Capannori evidenziano il superamento dei valori limite per il PM10, sia con riferimento ai valori soglia stabiliti per il 2010 che per quelli previsti per il 2005. Inoltre, il comune di Lucca presenta il superamento del valore limite anche per il biossido di azoto.
Su tale base, la Regione Toscana ha considerato i comuni di Lucca e Capannori confinanti e con caratteristiche simili dal punto di vista della qualità dell'aria, e, di conseguenza. sono stati aggregati in un'unica area (zona di risanamento della Piana Lucchese).

2.3.4.3 Stima delle emissioni industriali

Per quanto riguarda le emissioni industriali sono a disposizione due studi effettuati nel 1995 e nel 2000, differenti tra loro, di cui il primo è derivato da fonte regionale IRSE ed il secondo conseguente ad una indagine commissionata specificatamente sul distretto della carta nella Piana di Lucca e, per questo, basata su un numero maggiore di informazioni quantitative. Per tale motivo i dati evidenziano situazioni differenziate in ciascuna delle tre macroaree in relazione alla tipologia di inquinante preso in considerazione.

Con riferimento all'area della Piana i dati evidenziano dal 1995 al 2000 un leggero aumento delle emissioni per kmq del CO (appena 2,5% in più) accompagnato da un significativo incremento del livello di NOx (+ 30%); in leggera diminuzione è invece il particolato.
Il livello dei tre inquinanti risulta abbastanza elevato, ad evidenziare il ruolo di primo piano svolto da questa area nelle emissioni complessive; rispetto al dato regionale la situazione assume poi un carattere decisamente più significativo essendo le emissioni stimate per kmq nella Piana notevolmente più elevate (circa 4,5 volte per l'NOx).
All'interno della Piana i comuni che contribuiscono maggiormente alle emissioni sono Porcari (per il quale il valore specifico relativo all'NOx risulta pari a 130,44 t/kmq) e Altopascio (il cui dato del CO, 64,71 t/kmq, risulta il più elevato dell'intero distretto); alti risultano anche i valori relativi a Capannori, ma la dimensione ampia del comune rende i coefficienti specifici più bassi rispetto agli altri comuni dell'area (Tabella 50).

Tabella 50 – Diffusione degli inquinanti da attività industriale

TERRITORIO DI RIFERIMENTO	INQUINANTI	1995 (t/kmq)	2000 (t/kmq)
Piana di Lucca	CO	31,83	32,52
	PM10	2,53	1,17
	NOx	14,51	18,58
Distretto cartario	CO	17,07	17,1
	PM10	1,36	0,83
	NOx	7,57	7,99

2.3.5 Rumore

2.3.5.1 Livelli di pressione acustica

La caratterizzazione del "clima sonoro" nelle aree urbane della Zona distretto Piana di Lucca è stata effettuata confrontando i livelli di rumore registrati nelle numerose campagne di rilevamento eseguite da ARPAT con i valori limite previsti per le classi di zona acustica relativi alle aree ad intensa attività umana (classe IV), come individuate dal DPCM 14 novembre 1997.
La distribuzione percentuale dei livelli sonori è riportata nella Tabella 51, come risultante dalle serie di dati rilevati nell'arco del periodo 1997-2003, sia per il periodo diurno che per quello notturno e per i rilievi effettuati, in corrispondenza di aree abitate, sia su strade urbane ed extraurbane che lungo le infrastrutture autostradali che attraversano la provincia.
La distribuzione dei livelli rilevati consente di calcolare la frequenza dei superamenti dei valori limite, facendo riferimento alla classe IV (aree ad intensa attività umana) ex DPCM 14 novembre 1997.
E' tuttavia da considerare che spesso la maggior parte della popolazione è residente in aree che rientrano (o dovrebbero rientrare, qualora non sia ancora stata effettuata la zonizzazione acustica del territorio) in classi aventi limiti inferiori (I, II e III). Il confronto con una classe più elevata consente tuttavia di evidenziare eventuali situazioni di criticità nell'area urbanizzata.

Per quanto riguarda le principali infrastrutture dei trasporti, il decreto prevede invece che "i valori limite assoluti di immissione ed emissione all'interno delle relative fasce di pertinenza, nonché la relativa estensione, saranno fissati con i rispettivi decreti attuativi…", che allo stato attuale non risultano ancora emanati, ma che è prevedibile possano essere più elevati di quelli relativi alla classe IV.

Per quanto riguarda il periodo diurno, le misurazioni dei livelli di rumore evidenziano come meno della metà (45%) dei valori osservati in aree urbane risulti inferiore al valore limite pari a 65 dB(A); da osservare che oltre il 60% dei rilievi effettuati in prossimità delle autostrade (dove ci si aspetterebbe dei valori elevati) risulta inferiore a tale limite.
Più critica appare la situazione nel periodo notturno, in cui solo il 16% dei livelli rilevati in aree urbane rispetta il limite di 55 dB(A) (24% in prossimità delle autostrade).
I livelli sonori medi sia diurni che notturni sono rimasti sostanzialmente stabili nel periodo considerato.

Per quanto riguarda i livelli rilevati lungo i tratti autostradali della provincia, è attualmente operativo un protocollo di intesa tra Regione Toscana e la Società di gestione della rete autostradale SALT (Società Autostrada Ligure Toscana), finalizzato alla predisposizione dei piani degli interventi di contenimento ed abbattimento del rumore prodotto dalle infrastrutture, secondo quanto previsto dal Dm 29/11/2000.

Sulla base di una convenzione con ARPAT, è stato ricostruito il quadro conoscitivo del clima acustico autostradale, sono già stati avviati interventi di risanamento delle situazioni di maggior criticità ed è quindi prevedibile, una volta predisposto il piano, il progressivo miglioramento della situazione (gli obiettivi di risanamento, ai sensi del decreto, devono essere conseguiti entro quindici anni dalla data di espressione della Regione).
Un analogo protocollo di intesa è stato siglato tra Regione e Ferrovie dello Stato al fine di individuare le situazioni di criticità dovute alle infrastrutture ferroviarie e definire un programma di bonifica.

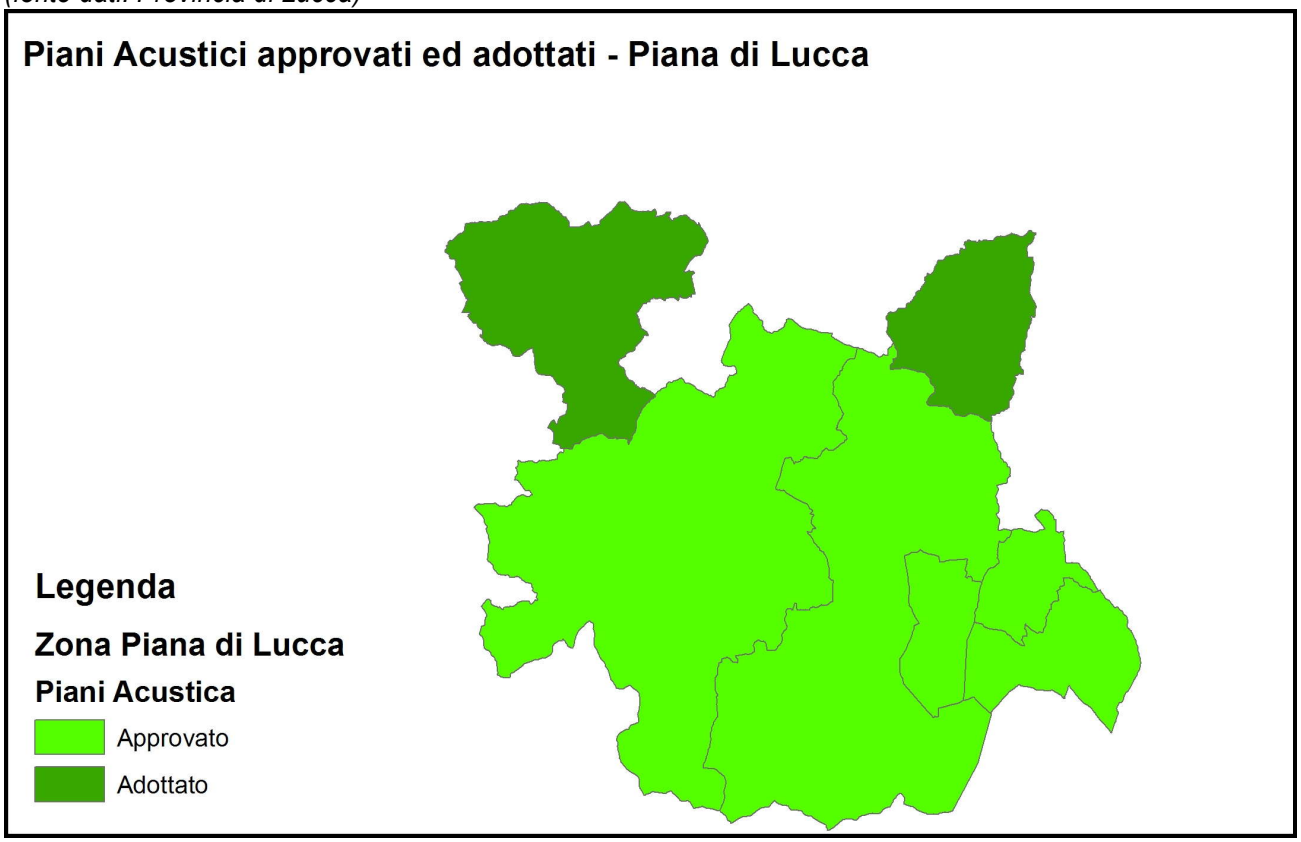
Tabella 51 - Livelli di pressione sonora – Zona distretto Piana di Lucca

Località	Postazione	Data rilevamento	Valore diurno (6-22) dB(A)	Valore notturno (22-6) dB(A)
Capannori	Statale n. 439 - Via di Tiglio	2001	67,5	60,3
Capannori	Viale Europa - Marlia	2003	71,5	65,5
Lucca	Piazzetta Parigi	2001	67	60
Lucca	SS Brennero - Lucca - S. Marco	2001	70,5	64,5
Lucca	Piazzetta del Peso	2001	63	55
Lucca	Via Ingrillini - S. Filippo	2000	65	58
Lucca	Via Ingrillini - S. Filippo	2000	65	57,5
Porcari	Via Roma - cantina "La torretta"	2001	70,5	65
Porcari	Via Romana Ovest	2002	68	62
Porcari	Via Catalani 11, 13	2002	62	54,5
Porcari	Via di Capannori - piazza del Comune	2002	66,5	62
Porcari	Via Puccini	2000	73	67
Lucca	V. Pisana 2826 - Fagnano	2000	65,2	60,5
Lucca	Corte Beltempo - S. Maria a Colle	2000	65,4	60,3
Lucca	Scuola media - S. Maria a Colle	2000	56,2	50,7
Capannori	V. di Tiglio (davanti chiesa) - Carraia	1998	69,1	62,7
Capannori	V. di Tiglio (corsia ovest) - Carraia	1998	66,2	62
Capannori	V. Carraia - Toringo	1998	72,8	68,5
Capannori	V. di Tiglio - Carraia	2002	65,5	61
Lucca	V. Formica – S. Concordio	1999	61,9	54
Lucca	Fraz. Sorbano del Vescovo	2002	75	70,5
Lucca	S. Concordio	2002	59,5	54,5

Comuni in cui è stato approvato il Piano di Classificazione Acustica

La Legge quadro sull'inquinamento acustico (Legge n. 447/1995) stabilisce l'obbligo per tutti i comuni di predisporre la classificazione del territorio (denominata zonizzazione acustica o azzonamento acustico del territorio), cioè la suddivisione del territorio in particelle omogenee riferite alle classi di destinazione d'uso definite dal DPCM 14 novembre 1997, alle quali vengono associati valori limiti di emissione e di immissione e valori di attenzione e di qualità per il periodo diurno e notturno.
Con la L.R. n. 89/1998 (Norme in materia di inquinamento acustico) e i successivi atti regolamentari, la Regione Toscana ha dato attuazione alla legge quadro nazionale, assumendo la tutela ambientale ai fini acustici quale obiettivo operativo della programmazione territoriale.
Nella Figura 36, è riportata la situazione della Piana di Lucca dove solo 2 comuni hanno adottato il Piano di Classificazione. Per gli altri non siamo oltre il livello di approvazione dei Piani corrispondenti.

Figura 36 - Comuni in cui è stato approvato il Piano di Classificazione Acustica
(fonte dati: Provincia di Lucca)



2.3.6 Radiazioni non ionizzanti

La cartina mostra la presenza sul territorio provinciale delle sorgenti di onde elettromagnetiche non Ionizzanti quali le stazioni radio base (SRB) per la telefonia mobile ampiamente diffuse sul territorio (Figura 37).

Per quanto riguarda le linee elettriche, sulla base dei dati disponibili, allo stato attuale, è possibile osservare la diffusione e la densità di linee elettriche sul territorio della Piana di Lucca, ma solo la piena attuazione dei disposti di legge relativi alla creazione di un catasto regionale delle sorgenti di emissione (Dm 381/1998, L. 36/2001, L.R. 54/2000) consentirà in futuro una maggiore e più dettagliata conoscenza dei siti e degli impianti presenti sul territorio.

La valutazione della popolazione potenzialmente esposta a rischio di inquinamento elettromagnetico viene calcolata in base alla percentuale di popolazione residente entro le fasce di esposizione.
In base a questo circa il 5,5 % della popolazione residente della Piana di Lucca risulta essere potenzialmente esposta a inquinamento elettromagnetico da elettrodotti (circa 3.500 persone residenti nelle fasce cautelative stabilite dalla regione (Tabella 52).

Figura 37 - Stazioni Radio Base per telefonia mobile presenti sul territorio della Piana di Lucca

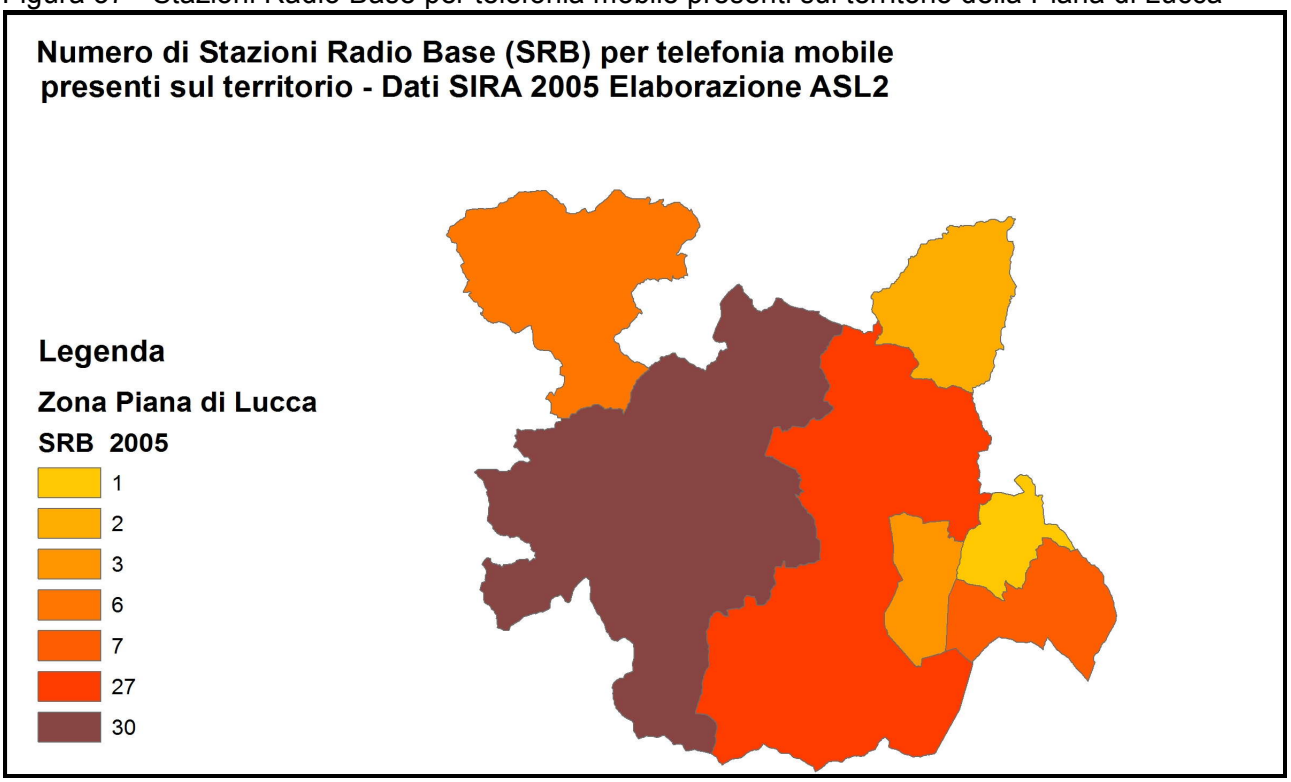


Tabella 52 - Stima popolazione potenzialmente esposta a campi elettromagnetici a bassa frequenza

Area territoriale	Popolazione potenzialmente esposta ad inquinamento elettromagnetico (dato stimato)	Percentuale popolazione potenzialmente esposta ad inquinamento elettromagnetico [%]
Piana di Lucca	3415	5,49%
Totale Provincia di Lucca	16011	4,26%

Non vi sono elementi per ritenere rilevante la presenza di radiazioni ionizzanti per il territorio della ASL2.

2.3.7 Zone di Criticità Ambientale

Le zone di criticità ambientale costituiscono una specifica maglia territoriale individuata con Decisione di Giunta n. 15 del 3 febbraio 2003, e successivamente integrata in base al processo di concertazione avviato con la presentazione del Piano di Azione Ambientale 2004-2006.
Tale maglia identifica quegli ambiti territoriali in cui la presenza di uno o più fattori di pressione ambientale determina una pluralità di impatti sull'ecosistema particolarmente significativi, tali da richiedere interventi fortemente contestualizzati e in grado di integrare efficacemente le diverse politiche ambientali e di settore (economiche, territoriali e per la salute).
Per ciascuna zona il PRAA 2004-2006 ha individuato gli obiettivi prioritari di ripristino ambientale da conseguire a livello locale, al fine di eliminare o ridurre le criticità esistenti (Tabella 53).

Tabella 53 - Obiettivi prioritari di ripristino ambientale per zona

Obiettivi	Azioni previste	Azioni intraprese
Riduzione del sovrasfruttamento della falda acquifera e miglioramento della qualità delle acque reflue	Ottimizzazione dei cicli industriali secondo le migliori tecnologie disponibili Razionalizzazione del ciclo di depurazione e riutilizzo delle acque reflue	Progetto PAPERBREF Accordo volontario del 07/05/0; Accordo di programma stipulato in data 2.1.2006
Riduzione della produzione e miglioramento della gestione dei rifiuti	Ottimizzazione dei cicli industriali secondo le migliori tecnologie disponibili Miglioramento della gestione dei rifiuti attualmente prodotti	Piano provinciale rifiuti
Riduzione delle emissioni in atmosfera e riduzione delle emissioni odorigene	Ottimizzazione dei cicli industriali secondo le migliori tecnologie disponibili Ristrutturazione ed ottimizzazione della movimentazione delle merci e degli scarti Rinnovamento del parco veicoli circolanti ed implementazione del trasporto su rotaia	Applicazione disposti DPR. 203/ Azioni di risanamento DGR. 1325/03 “valutazione della qualità dell’aria e classificazione del territorio regionale” Autorizzazione Integrata Ambientale ai sensi del D.Lgs. 59/05
Riduzione dei livelli di rumore	Modifiche impiantistiche e strutturali Ottimizzazione della movimentazione delle merci e degli scarti	Piano di classificazione acustica del territorio comunale approvato in ottemperanza della L.R. 9/9
Riduzione del consumo energetico	Ottimizzazione dei cicli industriali secondo le migliori tecnologie disponibili Riutilizzo termico dei rifiuti	Autorizzazione Integrata Ambientale ai sensi del D.Lgs. 59/05
Razionalizzazione dell’occupazione permanente del suolo e dell’elevata densità abitativa	Riqualificazione urbanistica ed agricola	-

Stato Dell'ambiente Fisico - SINTESI

- La Piana di Lucca ha una superficie territoriale di 511,2 Km² di cui i Comuni di Capannori e Lucca occupano i due terzi (rispettivamente con il 30,63% e 36,29%). All'interno di questo territorio, le aree urbanizzate coprono 65.3 Km², che corrisponde a quasi il 13% della Piana di Lucca: delle aree urbanizzate quasi l'80% sono destinate ad aree residenziali, la restante quota è distribuita tra insediamenti produttivi (circa il 14%) e attrezzature (circa il 6%).

- Il territorio della Piana di Lucca è un caratterizzato da aree con aspetti diversificati a seconda che siano gravitanti intorno al polo urbano di Lucca (con il polo produttivo storico della Cantoni e quello più recente di Mugnano), o nel territorio ad est della città storica dove si rileva un incremento delle superfici produttive ed un conseguente rafforzamento di alcuni sistemi di aree nei comuni di Porcari e Altopascio.

- Per quanto riguarda la mobilità nella zona della Piana di Lucca negli ultimi anni sono risultati circa 72.000 veicoli/giorno in ingresso/uscita dall'area urbana di Lucca. Il trend evolutivo del sistema della mobilità tende a riconfermare le criticità degli ambiti territoriali orientali rispetto al capoluogo provinciale riproponendo, in termini di priorità la realizzazione di nuove infrastrutture viarie quali il sistema tangenziale ad est di Lucca e la circonvallazione di Altopascio.

- Per quanto riguarda il comparto suolo, negli ultimi anni si è evidenziata una significativa tendenza alla depressione della falda in alcune aree della Piana di Lucca, ed in particolare nel corso del 2003 nell'area di Porcari, con abbassamenti nell'ordine di circa 2 metri.
- I siti sottoposti a bonifica nel territorio della Piana sono 86, costituiti prevalentemente da aree industriali e distributori carburanti dismessi o interessati da sversamenti dei serbatoi.

- La produzione di rifiuti per la Piana di Lucca ammonta a circa 728 Kg/abitante per anno e la percentuale della raccolta differenziata è compresa tra il 24.75 % di Villa Basilica ed il 37,59 di Lucca (valore medio 31,83%) in linea con gli obiettivi del Decreto Ronchi .

- Per quanto concerne l'acqua nella Zona Piana di Lucca, è presente un elevato numero di pozzi privati sia per uso civile sia per attività diverse. In alcune aree nella Piana di Lucca (comuni in ATO 2) si evidenzia un aumento dei consumi, nel resto (Lucca inclusa) si assiste invece ad una diminuzione. Il dato riguardante i prelievi a fini acquedottistici, evidenzia, in tale area circa il 35% di perdite della rete. Si osserva comunque che dall'analisi della media dei campioni effettuati durante il periodo 1990-2005, la qualità delle acque destinate al consumo umano è sostanzialmente buona con media di positività inferiore al 5 % sia per i chimici (4.60%) che batteriologici (4.00%)
- Lo stato della qualità dell'aria nella Piana di Lucca con i valori forniti dalla rete di monitoraggio, attiva a partire dal 1995 e presente attualmente nei comuni di Lucca, Capannori e Porcari, evidenzia in generale, pur con una certa tendenza al miglioramento della qualità dell'aria, la presenza di situazioni di superamento

temporaneo dei valori limite, soprattutto per le polveri fini (PM^{10}) e l'ozono (O_3), ma anche per il biossido di azoto (NO_2).

- Il "clima sonoro" nelle aree urbane della Piana di Lucca è caratterizzato, per quanto riguarda il periodo diurno, da una quota, meno della metà (45%), dei livelli di rumore registrati, inferiore al limite di 65 dB(A), mentre oltre il 60% dei rilievi effettuati in prossimità delle autostrade rispetta tale limite; nel periodo notturno, solo il 16% dei livelli rilevati in aree urbane rispetta il limite di 55 dB(A) (24% in prossimità delle autostrade). I livelli sonori medi sia diurni che notturni sono rimasti sostanzialmente stabili nel periodo considerato.
- La Legge quadro sull'inquinamento acustico (Legge n. 447/1995) stabilisce l'obbligo per tutti i comuni di predisporre la classificazione del territorio (denominata zonizzazione acustica o azzonamento acustico del territorio). La situazione della Piana di Lucca vede solo 2 comuni che hanno adottato il Piano di Classificazione mentre gli altri sono in fase di approvazione dei Piani corrispondenti.

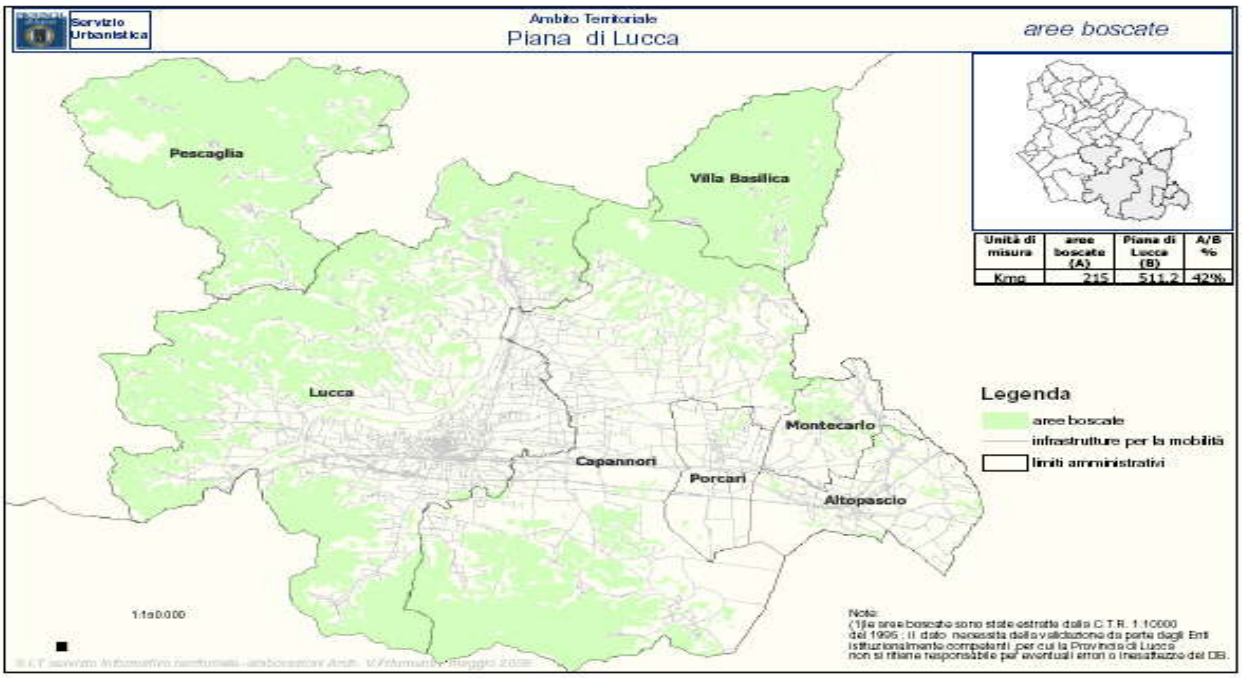
- La valutazione della popolazione potenzialmente esposta a rischio di inquinamento elettromagnetico è stata calcolata in base alla percentuale di popolazione residente entro le fasce di esposizione. In base a ciò circa il 5,5 % della popolazione residente della Piana di Lucca risulta essere potenzialmente esposta a inquinamento elettromagnetico da elettrodotti (circa 3.500 persone residenti nelle fasce cautelative stabilite dalla Regione Toscana). Solo la piena attuazione dei disposti di legge relativi alla creazione di un catasto regionale delle sorgenti di emissione (Dm 381/1998, L. 36/2001, L.R. 54/2000) consentirà in futuro una maggiore e più dettagliata conoscenza dei siti e degli impianti presenti sul territorio.

2.4 STATO DELL'AMBIENTE URBANISTICO

2.4.1 Disponibilità di verde e aree urbanizzate

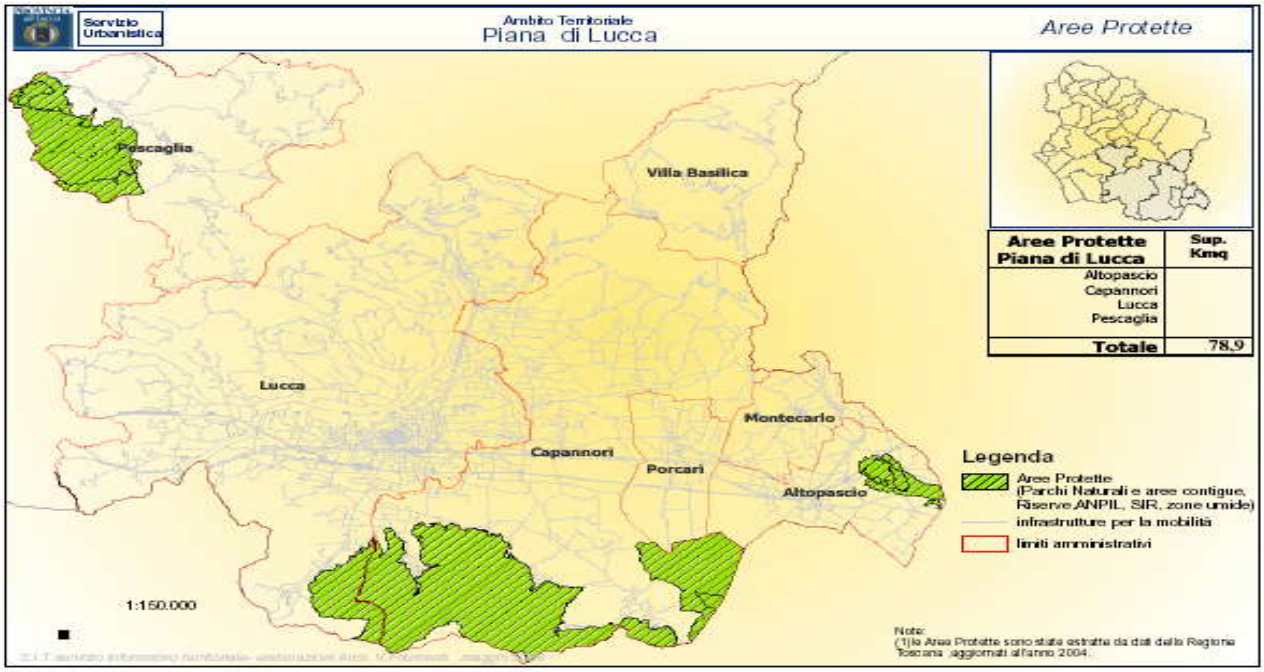
Il territorio della Piana di Lucca presenta 215 kmq di aree boscate corrispondenti al 42% del territorio della zona, le aree protette, che comprendono parchi naturali e aree contigue, riserve, AMPIL, SIR, zone umide, coprono una superficie di 78,9 kmq pari al 15,4% dell'intera zona (Figure 38 e 39).

Figura 38 - Aree boscate Piana di Lucca



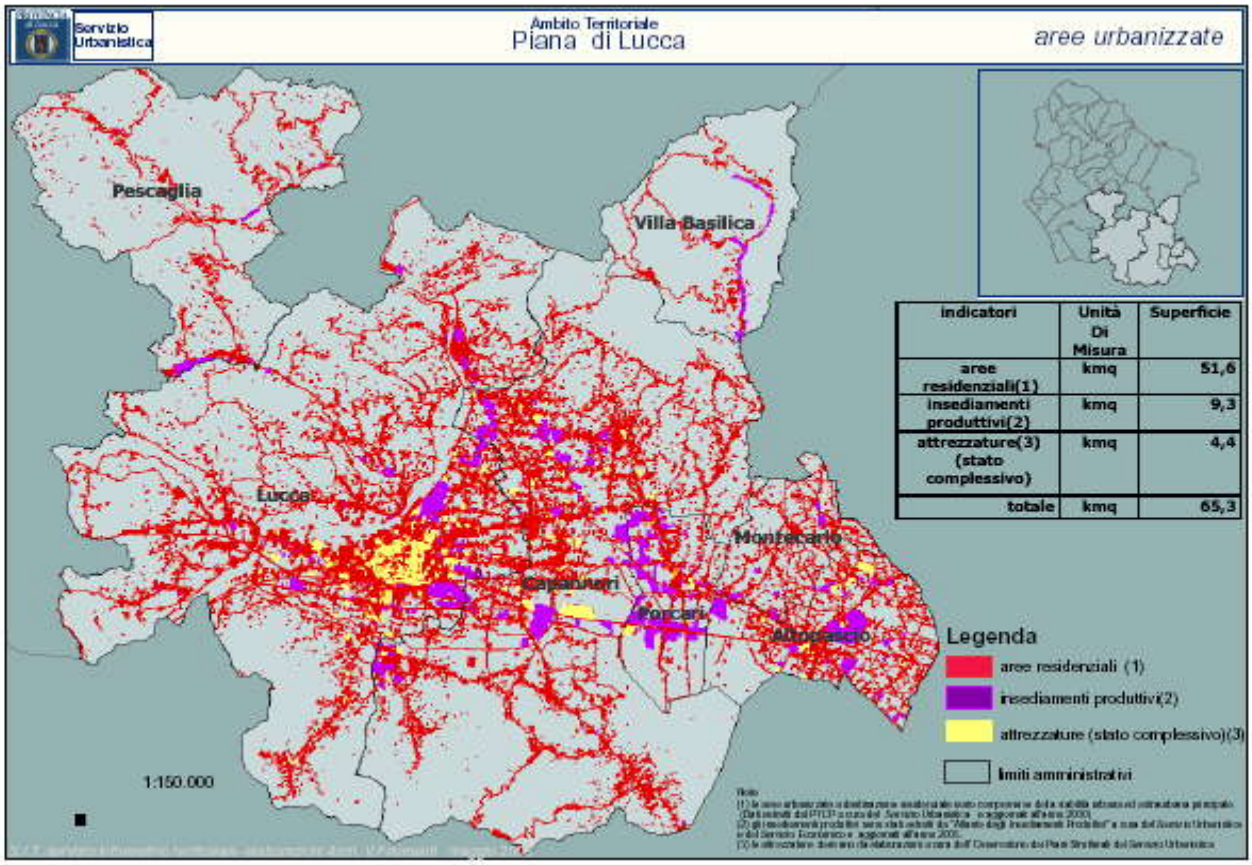
Fonte: Servizio Urbanistica Provincia di Lucca

Figura 39 - Aree Protette Piana di Lucca



Fonte: Servizio Urbanistica Provincia di Lucca

Figura 40 - Aree Urbanizzate Piana di Lucca



indicatori	Unità Di Misura	Superficie
aree residenziali(1)	kmq	51,6
insediamenti produttivi(2)	kmq	9,3
attrezzature(3) (stato complessivo)	kmq	4,4
totale	kmq	65,3

Fonte: Servizio Urbanistica Provincia di Lucca

Le aree urbanizzate della Piana di Lucca coprono 65.3 kmq, che corrisponde al 12.77% del territorio. Dei 65.3 kmq, 51.6 kmq sono destinati a aree residenziali (79,02%), 9.3 a insediamenti produttivi (14,24%) e 4.4 a attrezzature (6.74%) (Figura 40).

2.4.2 Struttura degli insediamenti produttivi

La Piana di Lucca è un territorio caratterizzato da un sistema diffuso di aree con aspetti diversificati a seconda che siano gravitanti intorno al polo urbano di Lucca, o nel territorio ad est della città storica. La descrizione dei sistemi produttivi vede un'articolazione del Comune di Lucca di due poli: quello storico della Cantoni e quello più recente di Mugnano. Entrambe queste zone si collocano nell'immediata periferia del principale insediamento urbano in stretta correlazione con il sistema infrastrutturale di trasporto, sia viario che ferroviario. Per quanto riguarda il territorio al di fuori del comune capoluogo, l'osservatorio[17] rileva un incremento delle superfici produttive ed un conseguente rafforzamento di alcuni sistemi di aree nei comuni di Porcari e Altopascio.
La maggioranza delle aree risultano limitrofe al sistema infrastrutturale di trasporto, mentre rispetto al sistema insediativo a carattere residenziale si rileva che la collocazione delle aree previste dagli strumenti urbanistici ha subito nel tempo una razionalizzazione, anche nei comuni dove le singole attività si trovavano dislocate all'intero sistema insediativo-territoriale. Permane dunque come eredità di un modello storico della Piana la localizzazione diffusa e frammentaria rispetto alla quale la pianificazione riconosce gli insediamenti esistenti, cercando di fronteggiare l'inadeguatezza della ubicazione o

[17] L'"Atlante degli insediamenti produttivi" risulta un osservatorio tematico attivato dal servizio urbanistica della Provincia di Lucca ed ha come fine l'analisi delle aree a destinazione produttiva.

facilitando il cambio di destinazione d'uso, o attraverso l'inasprimento della norma tecnica di attuazione, in modo da indurre processi di rilocalizzazione.

2.4.3 Funzioni urbane[18]

Nella Piana di Lucca si registra il numero più alto di attrezzature[19] di una stessa categoria e risultano più numerose le funzioni di rango sovralocale, con particolare riferimento alle attrezzature collettive pubbliche o di tipo pubblico. Ad una prima lettura, tale ricchezza appare come un'ovvia conseguenza della presenza del capoluogo provinciale in questa zona socio-sanitaria. La distribuzione delle funzioni all'interno della città e l'assenza di altre attrezzature rilevanti al di fuori dei confini del comune di Lucca segnalano però un'elevata specializzazione non solo del capoluogo nei confronti della Piana, ma anche della città storica nei confronti della rimanente area urbana e periurbana. I sistemi esterni non hanno infatti generalmente caratteri di eccellenza ed unicità, ad eccezione del polo ospedaliero.
L'indeterminatezza sul destino di molte aree lascia quindi aperti molti interrogativi sui possibili mutamenti della struttura polarizzata descritta sopra che, se lasciata a dinamiche spontanee di accentramento, può divenire un problema sia per la città, sia per l'equilibrio della Piana.

2.4.3.1 Trasporti pubblici

2.4.3.2 Trasporto Pubblico Locale

Per quando concerne il trasporto pubblico locale, l'indagine realizzata dall'Assessorato ai Trasporti della Provincia di Lucca[20], nel bimestre marzo-aprile 2003, si è rivolta all'utenza dei servizi di trasporto pubblico locale su gomma della provincia di Lucca.

In particolare, per quanto concerne la zona Piana di Lucca, gli utenti coinvolti sono stati 6.545, per un totale di corse pari a 436 (Tabella 54).

Tabella 54 - Dati generali linee Extraurbane

Zona	Utenti	N. Corse	Utenti / Corsa	Velocità Media Km/h	Lunghezza Media Spostamenti	Presenti in vettura
Piana di Lucca	6.545	436	15,0	31	12,1	10
Territorio ASL 2	13.715	1.299	10,6	29,9	12,55	9

A questo raggruppamento appartengono le 38 autolinee extraurbane riportate in tab. 2 che effettuano servizio nella parte più meridionale della provincia interessando i comuni di Lucca, Capannori, Altopascio, Pescia, Montecarlo, Porcari, Pescaglia e Villa Basilica.

Le corse (n. 436) ed i viaggiatori (n. 6.545) censiti rappresentano rispettivamente il 24% ed il 33% del totale della rete extraurbana.

[18] Le indicazioni di questa sezione derivano dagli studi condotti dall'"Osservatorio delle Funzioni Urbane" il cui scopo è quello di identificare le aree aventi una destinazione speciale, così come individuate dagli strumenti urbanistici vigenti. Oltre alla localizzazione e alla specifica utilizzazione viene indicato il "livello di interesse" (locale, sovralocale e intermedio) e il rango dell'elemento schedato sotto il profilo amministrativo, tipologico, qualitativo e dimensionale.
[19] Ci si riferisce alle "attrezzature" di interesse collettivo.
[20] Provincia di Lucca, Assessorato ai Trasporti, Indagine sull'utenza dei Servizi di Trasporto Pubblico Locale, Relazione Generale, Agosto 2003, a cura di Tages s.c.r.l.

I valori medi degli utenti saliti per corsa e dei presenti in vettura, rispettivamente pari a 15 utenti/corsa e 10 passeggeri km/km, risultano i più alti tra le zone considerate, così come il valore della Velocità (30,9 km/h); la lunghezza media degli spostamenti (12 km) è invece di poco superiore alla media di rete.

Tabella 55 – Ripartizione delle corse per zona e fascia di utenza per zona

Zona		0 passeggeri		1-5 passeggeri		6-10 passeggeri		11-20 passeggeri		21-40 passeggeri		Oltre 40 passeggeri		Totale corse	
		Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
Piana di Lucca	Corse	61	14,0	100	22,9	78	17,9	93	21,3	64	14,7	40	9,2	436	100,0
	Ore	22:27	8,7	49:36	19,3	44:19	17,2	62:29	24,3	47:15	18,4	7:03	12,1	257:09	100,0
	Km	713	8,9	1542	19,3	1477	18,5	1935	24,3	1424	17,9	879	11,0	7970	100,0
Asl 2	Corse	311	23,9	349	26,9	212	16,3	228	17,6	125	9,6	74	5,7	1299	100,0
	Ore	105:00	15,5	101:09	15,0	113:26	16,8	146:45	21,7	92:32	13,7	42:58	6,4	675:50	100,0
	Km	0,935417	8,7	2,066667	19,3	1,846528	17,2	2,603472	24,3	1,96875	18,4	1,29375	12,1	10,71458	100,0

L'analisi della ripartizione delle corse per classi di frequentazione (Tabella 55) evidenzia che:

- il 14% delle corse (8,7% in ore di servizio) non trasporta passeggeri;
- il 36,9% delle corse, corrispondente al 28% delle ore di servizio, presenta una frequentazione inferiore o uguale a 5 passeggeri;
- con il 22,9% del totale la classe 1-5 passeggeri risulta quella che ricomprende il maggior numero di corse;
- nelle classi di frequentazione superiore (> 5 passeggeri) la percentuale delle corse presenta valori variabili tra il 9 (per la classe oltre 40 passeggeri) ed il 21% (per le classi 11 - 20 passeggeri).

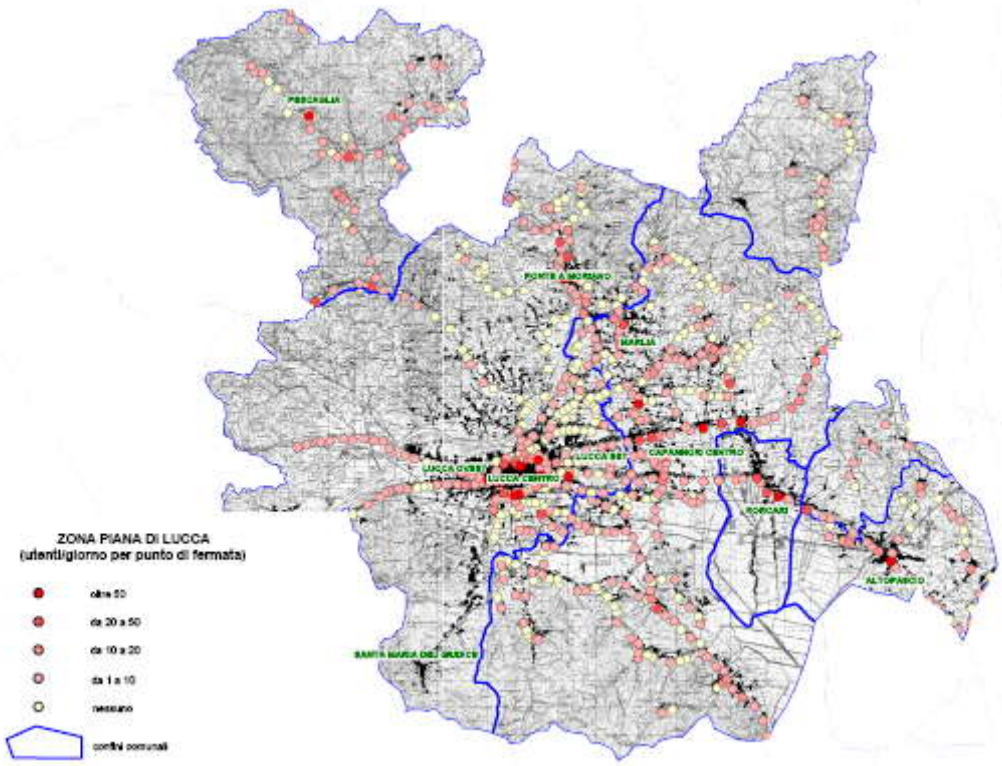
Tra le linee con le prestazioni peggiori in termini di efficacia si collocano le seguenti:
- 708 Matraia-Valgiano-Lammari (14 corse);
- 724 Segromigno-S.Pietro a Marcigliano (11 corse).

Trattasi di servizi per i quali la percentuale di corse con nessun passeggero a bordo raggiunge e supera il 40% insieme con 2 sole corse che trasportano più di 5 passeggeri.
Tale scarsezza di viaggiatori viene puntualmente confermata anche dai valori medi per linea dei saliti/corsa e dei presenti in vettura, sempre al di sotto della valore soglia 5 e cioè inferiori di circa il 50% rispetto alle medie di zona e di rete.

Viceversa le linee migliori risultano:
- 420 Lucca-Buti-Pontedera (39 corse);
- 427 Lucca-Quiesa-Massarosa-Viareggio (27 corse);
- 437 Lucca-Pescia (36 corse).

Per queste linee la quota di corse a vuoto risulta contenuta attorno al 5% mentre quelle con più di 5 passeggeri variano dall'80 al 100%.
Tali migliori livelli di frequentazione risultano confermati anche dagli utenti/corsa e dai presenti in vettura: per tutte le linee la media degli utenti per corsa e' infatti superiore a 25 mentre i presenti medi in vettura risultano più di 10.
Entrambi questi valori risultano maggiori sia della media di zona che della media di rete extraurbana.

Figura 41– Utenti del Servizio per zona



Riguardo alle motivazioni di spostamento

- la larghissima prevalenza degli spostamenti per studio che rappresentano oltre l'80% per 20 linee su 35;
- la significatività della motivazione di lavoro (più del 20% degli utenti) limitata a quattro linee (428 Capannori-Tampagnano-P.zza S.Maria-Tagliate-P.le Verdi-Verciano-Vorno, 437 Lucca-Pescia, P529 Lucca-Migliarino-Viareggio, P731 Pisa-Lucca), peraltro dimensionalmente consistenti (formate da circa 40 corse ognuna);
- la presenza rilevante di "altre motivazioni" limitata alla linea P529.

Per i titoli di viaggio

- la notevole (più del 40%) quota di utenti con biglietto sulle tre linee 420 Lucca-Buti-Pontedera (39 corse), P529 Lucca-Migliarino-Viareggio (34 corse) e P731 Pisa-Lucca (37 corse);
- la minima presenza di abbonati sulle 4 corse della P542 Lucca-Gugliano.

Per quanto concerne infine l'assetto dei flussi Origine/Destinazione che interessano questa zona, relativamente alle sole autolinee extraurbane ed in particolare agli spostamenti intercomunali tra i comuni della zona e tra l'insieme di questi comuni e le altre zone interne ed esterne alla Provincia di Lucca si fa presente che:

- per la città di Lucca, all'interno della zona 1, e' stata effettuata una suddivisione in due sub-zone:
    - Lucca dentro le mura;
    - Lucca fuori le mura.

  I dati sono relativi a spostamenti che si effettuano sulle corse del mattino (fascia oraria 7.00-10.00); ciò allo scopo di evidenziare l'orientazione dei flussi Origine/Destinazione.

I movimenti tra i comuni interni alla zona risultano largamente prevalenti e pari al 48,5% del totale.

- per quanto concerne i rapporti con le altre zone valori significativi si registrano dalla Garfagnana e Media Valle (14,8%) e verso le Province di Pistoia, Prato e Firenze (11,8%).

2.4.3.3 La Rete Urbana di Lucca

Alla rete urbana del Capoluogo Provinciale appartengono 21 autolinee (fig. 42).

Tabella 56 - Dati generali linee Extraurbane

Zona	Utenti	N. Corse	Utenti / Corsa	Velocità Media Km/h	Lunghezza Media Spostamenti	Presenti in vettura
Urbano Lucca	7.125	933	7,6	19,7	3,8	4

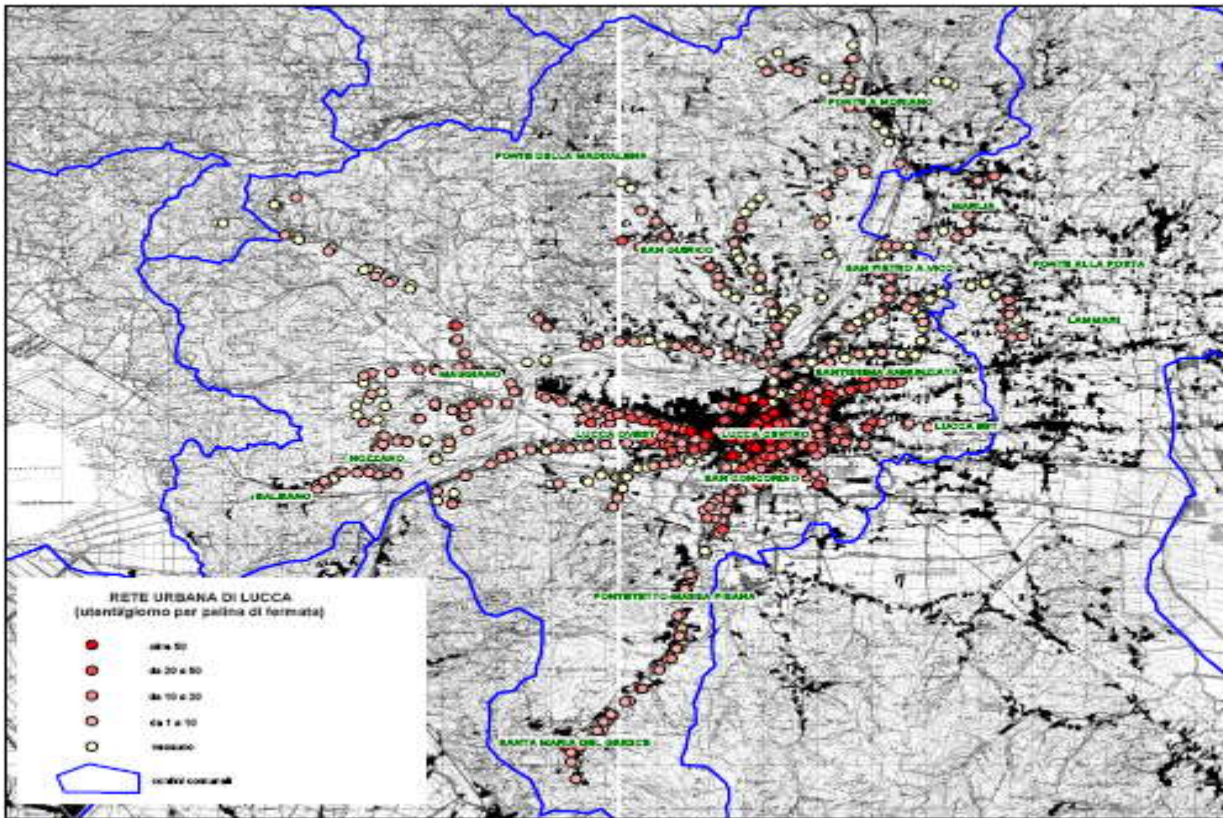
Le corse censite sono state n. 933 ed i viaggiatori n. 7.125.
I valori medi degli utenti saliti per corsa e dei presenti in vettura, rispettivamente pari a 7,6 utenti/corsa e 4 passeggeri*km/km, risultano inferiori alle medie di rete così come la lunghezza media degli spostamenti (3,7 km) e la Velocità (19,7 km/h).

Dall'analisi della ripartizione delle corse per classi di frequentazione emerge che:
- il 12,1% delle corse (5,8% in ore di servizio) non trasporta passeggeri;
- il 48,8% delle corse, corrispondente al 35,8% delle ore di servizio, presenta una frequentazione <= 5 passeggeri;
- con il 36,7% del totale la classe 1-5 passeggeri risulta quella che ricomprende il maggior numero di corse;
- nelle classi di frequentazione superiore (>5 pass.) la percentuale di corse decresce dal 25,9% della classe 6÷10 passeggeri allo 0,8% della classe oltre 40 passeggeri.

Si evidenziano, tra le linee più consistenti in termini di corse, le migliori prestazioni di efficacia per:
- 109 Pontetetto-P.zza Moro-Garibaldi-Carmine-Ospedale (77 corse);
- 105 S.Angelo-Verdi-Garibaldi-via Elisa-Ospedale-San Vito (104 corse);
- 111 Via Togliatti-Luporini-verdi-Garibaldi-Antraccoli (78 corse).

Per queste linee le corse a vuoto non superano l'1% mentre quelle con più di 5 passeggeri risultano pari a circa l'80% del totale; inoltre si hanno valori medi di saliti per corsa e presenti in vettura rispettivamente di 12 e 4 passeggeri.
Il primo risulta superiore sia alla media di rete che alla media di zona mentre il secondo risulta inferiore alla media di rete ma pari alla media di zona.
La linea peggiore in termini di efficacia risulta invece la 119 Park.Carducci-Stazione FS-Napoleone (148 corse). Circa il 40% delle corse risulta a vuoto mentre le corse con più di 5 passeggeri superano di poco il 10%; inoltre presenta valori medi di saliti per corsa e presenti in vettura pari a circa 2, entrambi inferiori alla media di zona e di rete.

Figura 42 – Rete urbana di Lucca



Per le motivazioni di spostamento

- la presenza rilevante di “altre motivazioni” (circa il 50% degli utenti) per la metà delle linee rilevate;
- l’altro 50% delle linee e’ interessato dal movimento per motivi di studio più che di lavoro (circa il 50% degli utenti);
- la significatività della motivazione di lavoro (più del 60% degli utenti) per la sola linea 119 Park.Carducci-Stazione FS-Napoleone;

Per i titoli di viaggio

- la prevalenza di utilizzazione del biglietto (40% ed oltre degli utenti) per la metà delle linee esistenti.

2.4.4 Sicurezza rete stradale

2.4.4.1 Livelli di traffico

Figura 43 – Carta della viabilità – Provincia di Lucca

L'incremento dei traffici nord-sud ed est-ovest, di attraversamento ed in arrivo/partenza rispetto all'area, sta determinando un ulteriore scadimento dei livelli prestazionali della rete stradale e mette in chiara evidenza le necessità di un suo potenziamento rispetto sia alle

funzioni di accesso alla direttrice dell'autostrada A11 che all'area urbana di Lucca, per i flussi veicolari provenienti dalla Piana e dalla Garfagnana Media Valle[21].

Il trend evolutivo del sistema della mobilità tende quindi a riconfermare le criticità degli ambiti territoriali orientali rispetto al capoluogo provinciale riproponendo, in termini di priorità la realizzazione di nuove infrastrutture viarie quali il sistema tangenziale ad est di Lucca e la circonvallazione di Altopascio.

2.4.4.2 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono uno dei problemi nazionali prioritari in quanto rappresentano:

- la prima causa di morte e di ricovero ospedaliero nei soggetti di età inferiore ai 45 anni e un terzo dei deceduti ed infortunati per incidente stradale ha meno di 25 anni di età,
- la principale causa di anni di vita perduta
- la causa del 50% delle forme di paraplegia traumatica con un'incidenza annua di 12-15 casi ogni 100.000 abitanti

Quindi morti premature ed impegno assistenziale per invalidità che ricadono sulla società, con perdite economiche, dirette ed indirette, che l'OCSE stima fino al 4% del PIL di alcuni Paesi membri.

Essi rappresentano una quota di mortalità evitabile cioè mortalità prevenibile attraverso opportuni interventi, correttivi e/o organizzativi. Tra le cause di morte più frequenti nell'ambito della mortalità evitabile, su cui può e deve essere profuso il maggior sforzo preventivo, si individuano, infatti, soprattutto quelle legate agli stili ed abitudini di vita non corretti, ed agli incidenti stradali.

Nel mondo, nell'anno 2000, hanno perso la vita per incidenti stradali oltre 1,2 milioni di persone. È stato calcolato che nel 2020 questo numero verrà raddoppiato (dati OMS).

In Italia, nel 2002, si sono registrati 237.812 incidenti con 337.878 feriti e 6.736 decessi *(dati ISTAT)* con una mortalità per incidenti di circa il 2% della totalità dei decessi; si calcola che negli ultimi tre decenni essi hanno causato la morte di circa trecentomila persone.
In linea di massima, In Italia, ogni anno, in seguito ad incidenti stradali si rilevano circa:

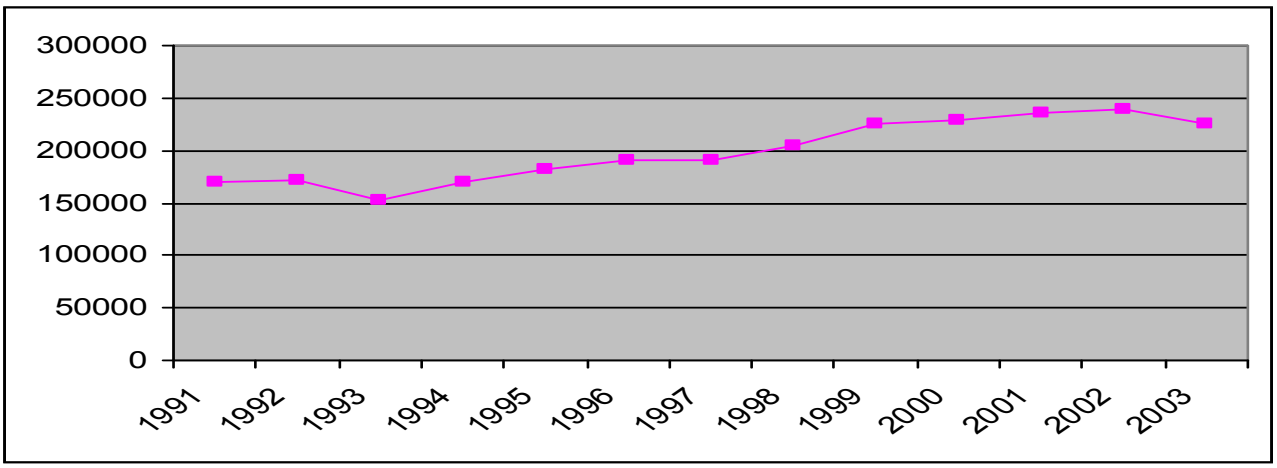
- 7.000 decessi
- 15.000 invalidi
- 150.000 ricoveri
- 1.500.000 accessi al PS
- oltre 600 milioni di euro spesi per ricoveri ed assistenza sanitaria

In Toscana *(elaborazioni ARS)* essi provocano oltre 400 decessi l'anno e sono la causa del 50% dei traumi cranici con conseguenze invalidanti; secondo l'ISTAT, dal 1991 al 2003, si sono verificati 227.541 incidenti che hanno comportato 305.333 feriti e 5.827 morti.
Ogni anno in media quindi si sono contati circa 17.500 incidenti, 23.500 feriti e 450 morti.

[21] "Studio delle prestazioni della rete viaria di interesse provinciale", dicembre 2005, Tages Scrl per conto del Servizio Viabilità della Provincia di Lucca.

Complessivamente dal 1991 al 2003 il numero degli incidenti stradali è aumentato del 16.1%, contro un incremento, nello stesso periodo, del 32% a livello nazionale.

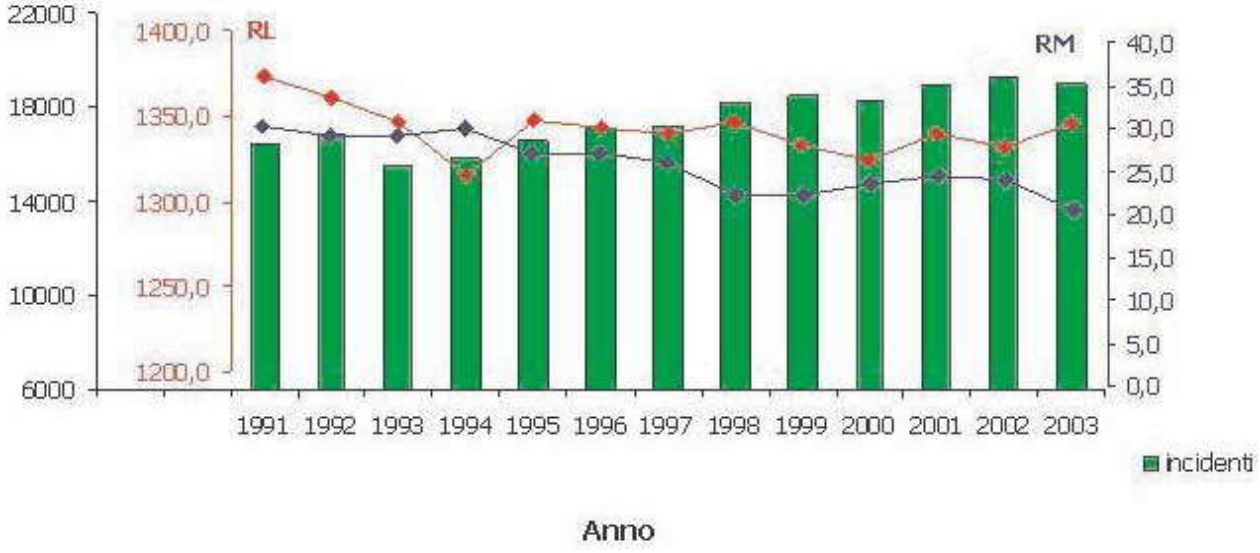
Figura 44 - Andamento numero incidenti 1991-2003 - Italia



Fonte dati: ARS

Nello stesso periodo i feriti sono aumentati del 12% (in Italia l'incremento è stato del 32,5%) ed i decessi sono diminuiti del 27,6% in Toscana contro il 19,8% in Italia.
L'andamento dei dati di mortalità evidenzia una diminuzione fino al 1999 (con 394 casi registrati) seguita da un aumento considerevole nel 2000 e 2001 (428 e 463 casi) per tornare a diminuire di nuovo fino al 2003 (387 casi).

Figura 45 - Rapporto di lesività e di mortalità per anno - Anni 1991-2003



L'andamento mostra quindi una tendenza all'aumento del numero degli incidenti stradali, caratterizzati però da una tendenza complessiva alla riduzione della gravità dei sinistri, in linea con quanto osservato a livello nazionale (è da rilevare un'inversione di tendenza, temporanea, relativa al numero degli incidenti, conseguente all'attivazione della nuova normativa sulla "patente a punti", che ha funzionato nell'immediato, ma che sta già perdendo forza, da verificare comunque nei prossimi anni).
In Toscana e in Italia, dal 1991 al 2003, infatti, il rapporto di mortalità è diminuito in maniera significativa passando rispettivamente da 30,2 a 20,4 e da 43,9 a 26,7.

Gli incidenti stradali rilevati in Toscana dal 1991 al 2003 (227.541 totali) hanno coinvolto 520.326 soggetti di cui il 69,8% maschi e il 30,2% femmine.
I maschi coinvolti in incidenti stradali sono quindi oltre il doppio delle femmine (rapporto 2,3:1), e di conseguenza anche i feriti ed i decessi, e nel tempo non si sono osservati mutamenti sostanziali.

In termini di frequenza essi accadono soprattutto in ambito urbano (78,3% del numero degli incidenti); della restante quota, soltanto il 4,4 % accade su autostrade.
In termini di gravità, quelli più gravi avvengono su strade extraurbane e sulle autostrade: in ambito urbano, infatti, gli incidenti producono un Rapporto di Mortalità 8 volte più basso di quello delle strade extraurbane (*Rapporto di lesività*: N. Feriti / N. Incidenti) x 1000; *Rapporto di mortalità*: N. Morti / N. Incidenti x 1000).

In termini di causalità, le circostanze dell'incidente sono da ricondurre:

- nel 34% dei casi riferibili al conducente, in particolare per:
  - eccesso di velocità (6,5%),
  - guida distratta (5%),
  - mancata distanza di sicurezza (3,9%);
  - stato psico-fisico alterato (0,4% dei casi);
- nell'1,8% dei casi riferibili ai pedoni;
- nello 0,3% dei casi riferibili a difetti o avarie del veicolo;
- nel 27,2% dei casi non riferibili a quanto sopra;
- ad una condotta regolare nella restante quota dei casi.

Particolarmente gravi risultano i sinistri per difetti o avarie del veicolo, stato psico-fisico del conducente e veicolo in contromano o eccesso di velocità.

L'analisi della distribuzione geografica degli incidenti e dei relativi indicatori, relativamente al territorio di competenza dell'ASL2, confrontato con i dati regionali e delle altre ASL, evidenzia valori dell' indice di lesività e di mortalità leggermente superiore alla media regionale, con un andamento altalenante, con punte nel 1992, nel 1998 e nel 2002.

Tabella 57 - Incidenti, feriti, decessi, RL, RM dal 1991 al 2003 – ASL 2 Lucca

ASL	Incidenti		Feriti		Morti		RL	RM
	N	%	N	%	N	%		
AREZZO	14.455	6,4	20.262	6,6	669	11,5	1.401,7	46,3
EMPOLI	13.870	6,1	18.763	6,1	351	6,0	1.352,8	25,3
FIRENZE	76.796	33,8	98.947	32,4	1.052	18,1	1.288,4	13,7
GROSSETO	10.839	4,8	15.551	5,1	494	8,5	1.434,7	45,6
LIVORNO	24.293	10,7	32.386	10,6	707	12,1	1.333,1	29,1
LUCCA	11.930	5,1	16.690	5,5	339	5,8	1.399,0	28,4
MASSA	9.283	4,1	13.150	4,4	235	4,0	1.416,6	25,3
PISA	14.503	6,4	19.747	6,5	581	10,0	1.361,6	40,1
PISTOIA	14.823	6,5	19.874	6,5	341	5,9	1.340,8	23,0
PRATO	15.967	7,0	20.534	6,7	228	3,9	1.286,0	14,3
SIENA	14.893	6,5	21.062	6,9	641	11,0	1.414,2	43,0
VIAREGGIO	5.889	2,6	8.367	2,7	189	3,2	1.420,8	32,1
Totale	**227.541**	**100**	**305.333**	**100**	**5.638**	**97**	**1.341,9**	**25,6**

Figura 46 - Andamento rapporto di lesività – ASL 2 di Lucca periodo 1991-2003

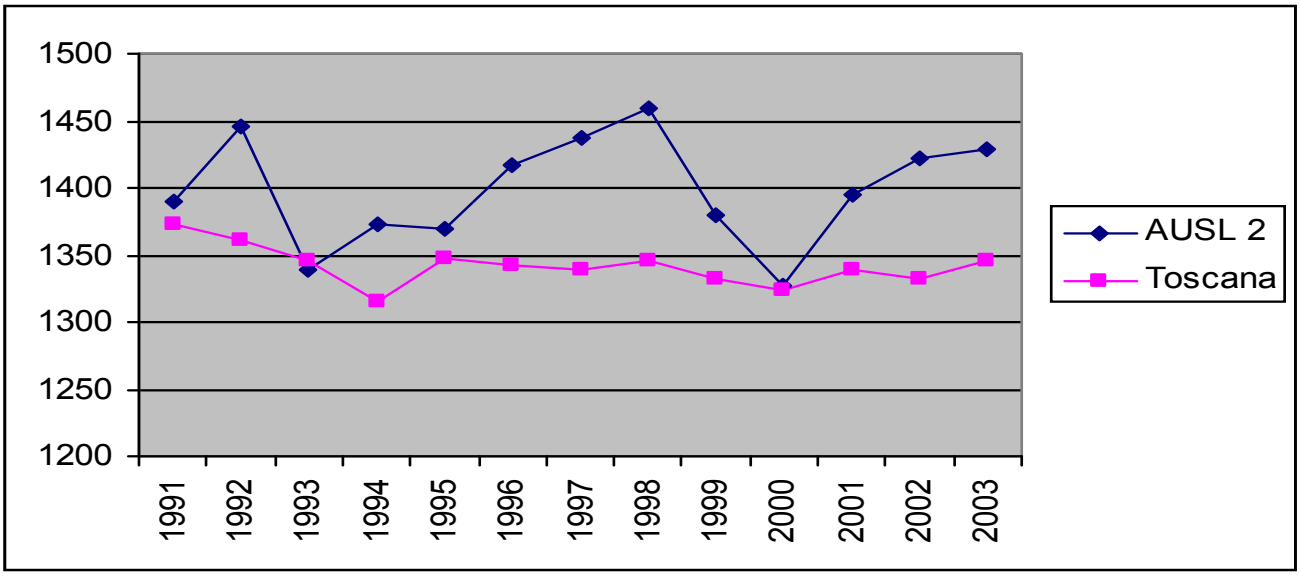
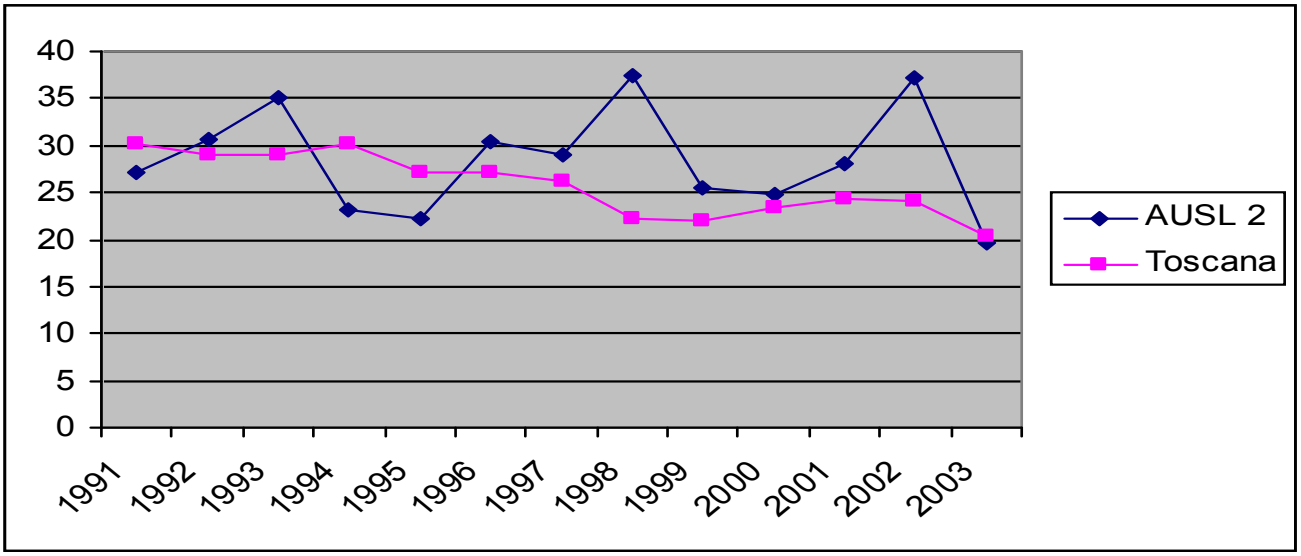


Figura 47 - Andamento rapporto di mortalità – ASL 2 di Lucca periodo 1991-2003



Tra le vari iniziative sviluppate a livello locale, si registra un protocollo d'intesa per la prevenzione degli incidenti stradali concordato tra l'ASL 2 ed il Comune di Lucca, attualmente ancora in fase di elaborazione, che prevede:

- una valutazione d'impatto degli incidenti stradali nella sanità del territorio di competenza attraverso l'attivazione di un Osservatorio Epidemiologico per il monitoraggio in continuo degli incidenti stradali e dei fenomeni sanitari conseguenti
- la promozione dell'integrazione e del coordinamento tra i diversi livelli e settori della pubblica amministrazione competenti in materia di sicurezza stradale
- la promozione della sicurezza stradale anche attraverso specifici progetti di educazione stradale
- l'attivazione di un Sistema Informativo Territoriale che acquisisca tutti i dati di incidentalità e sanitari per la costruzione di mappe di rischio stradale
- la valutazione delle situazioni di rischio con interventi in tempi brevi nei casi più urgenti e di miglioramento sistematico della sicurezza stradale con verifiche e controlli periodici.

Conclusioni

Aumentano gli incidenti stradali ma diminuisce la gravità.
Aumentano gli incidenti in ambito urbano ma con conseguenze lievi.
Gli incidenti più gravi avvengono: nelle ore notturne, nei week end, nei periodi festivi, in ambito extraurbano.
Esistono alcune differenze territoriali, in termini di frequenza e di gravità, per ASL.
La Patente a Punti ha funzionato nell'immediato, ma è da verificare per il futuro.

2.4.5 Situazione abitativa

I dati censuari consentono un approfondimento conoscitivo relativo alle case occupate da residenti, che sono complessivamente il 76% delle abitazioni presenti sul territorio provinciale.
In merito alla loro distribuzione territoriale si evidenzia una preferenza dei residenti per le localizzazioni nei pressi dei centri e dei nuclei abitati piuttosto che per le case sparse.
La percentuale più alta di residenti che abitano in case sparse si ha nel capoluogo, dove probabilmente agiscono fattori di espulsione dal centro (costi dell'abitare più alti, maggiore congestione, regolazione più stringente del traffico privato) e di attrazione verso alcune aree periferiche (maggiore qualità ambientale, possibilità di accedere a tipologie abitative più "signorili").

Tabella 58 - Quota percentuale di abitazioni occupate da residenti su totale per area. Censimento Generale 2001

	Centri abitati	Nuclei abitati	Case sparse
Piana di Lucca	86,7	82,5	78,3
Comune di Lucca	92,1	86,1	82,6
Provincia di Lucca	77,4	74,5	64,2
TOSCANA	84,5	68,6	68,9

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Le abitazioni occupate dai residenti nella Piana di Lucca hanno una dimensione media superiore a quella regionale: 117 m2 contro 98. I valori più alti si registrano nell'Area lucchese a sviluppo distrettuale e, in controtendenza rispetto a quanto accade nel resto della regione, nel capoluogo[22].

Tabella 59 - Dimensioni delle abitazioni occupate da residenti. Censimento Generale 2001

	Superficie media (m^2)	Sup. media per occupante (m^2)	N. medio di stanze	Abitazioni fino a 3 stanze (%)	Abitazioni con 4-5 stanze (%)	Abitazioni con 6 stanze e più (%)
Piana di Lucca	117	43	5,3	11,9	50,7	37,3
Comune di Lucca	113	45	5,3	13,4	51,1	35,5
Provincia di Lucca	104	41	4,9	17,9	53,1	29,0
TOSCANA	98	39	4,5	23,4	56,9	19,7

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Come accade per il resto della Toscana, la maggioranza delle case occupate da persone residenti risulta di proprietà degli occupanti.

[22] Con 113 m^2 per abitazione, Lucca è il capoluogo con gli alloggi mediamente più grandi; hanno valori poco superiori a 100 m^2 Pistoia, Prato e Arezzo, mentre hanno valori pari o inferiori a 90 m^2 Firenze, Massa-Carrara e Livorno. Arezzo, Siena e Pisa presentano, infine, valori intermedi.

Le aree in cui risulta più diffusa la proprietà della casa sono quelle in cui è più forte la tradizione rurale e sono più contenuti i valori immobiliari (area lucchese), mentre il capoluogo è l'ambito in cui minore è la frequenza della proprietà e maggiore è quella dell'affitto.

Tabella 60 - Abitazioni occupate da residenti per titolo di godimento. Valori %. Censimento Generale 2001

	Proprietà	Affitto	Altro titolo
Piana di Lucca	75,7	14,0	10,4
Comune di Lucca	72,1	17,8	10,1
Provincia di Lucca	74,6	14,9	10,5
TOSCANA	74,4	17,1	8,6

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Tabella 61 - Numero medio di stanze per abitazione. Censimento Generale 2001

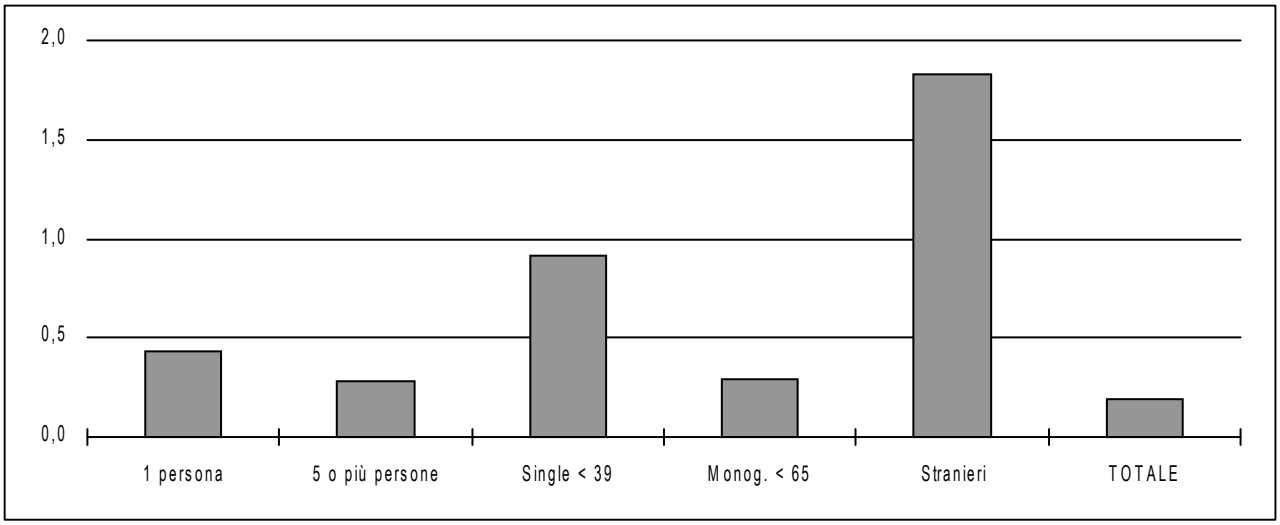
	Abitazioni in proprietà	Abitazioni in affitto	Abitazioni ad altro titolo
Piana di Lucca	5,6	4,4	5,0
Comune di Lucca	5,5	4,4	4,9
Provincia di Lucca	5,1	4,1	4,6
TOSCANA	4,7	3,8	4,3

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

2.4.5.1 Le condizioni abitative della popolazione

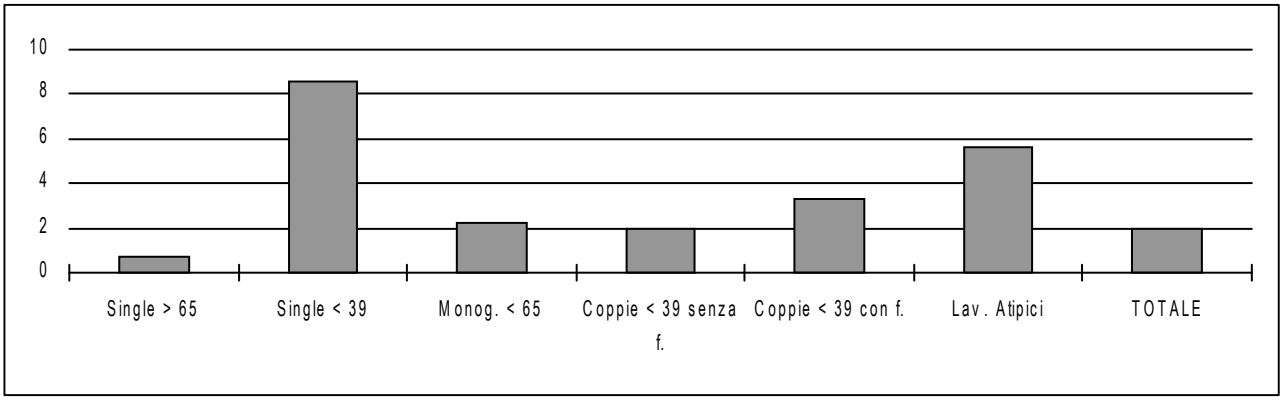
La grande maggioranza delle famiglie lucchesi dispone di un'abitazione (99,8% dei casi). Fanno eccezione i nuclei con capofamiglia straniero, tra i quali solo 1 su 3 ha la casa di proprietà.
Le soluzioni abitative insoddisfacenti, pur molto contenute in termini numerici, appaiono concentrate in specifiche categorie sociali; sono infatti i single giovani, le famiglie numerose, i nuclei monogenitore e gli stranieri a presentare un'incidenza superiore alla media, con un primato negativo proprio per questi ultimi (è in condizioni molto precarie l'1,83% degli stranieri contro una media del totale delle famiglie pari allo 0,19%).

Figura 48 - Percentuale di famiglie senza tetto o residenti in alloggi impropri per tipo. Provincia di Lucca. Censimento Generale 2001



Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

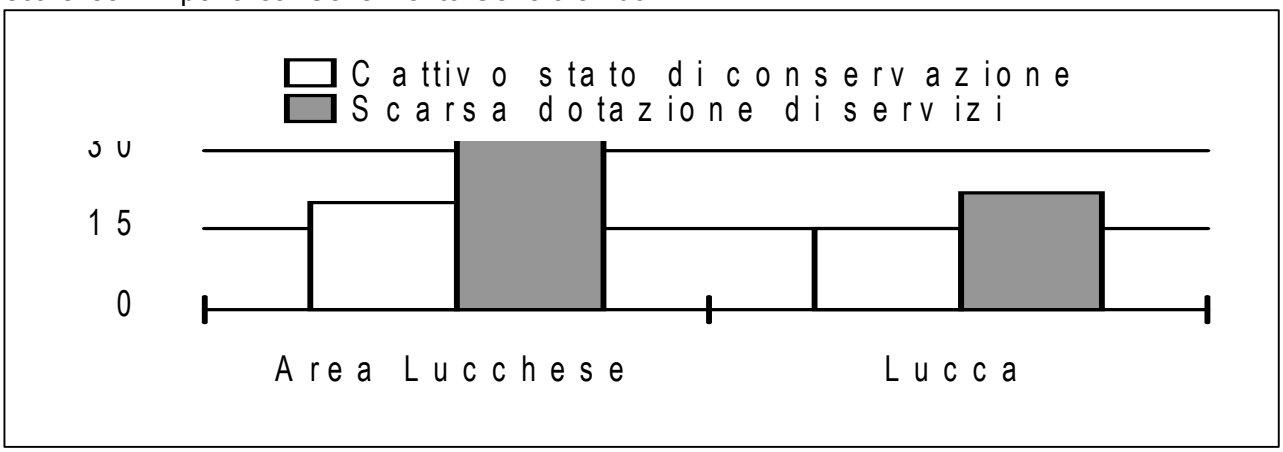
Figura 49 - Quota percentuale delle famiglie con capofamiglia straniero per tipologia. Provincia di Lucca. Censimento Generale 2001



Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

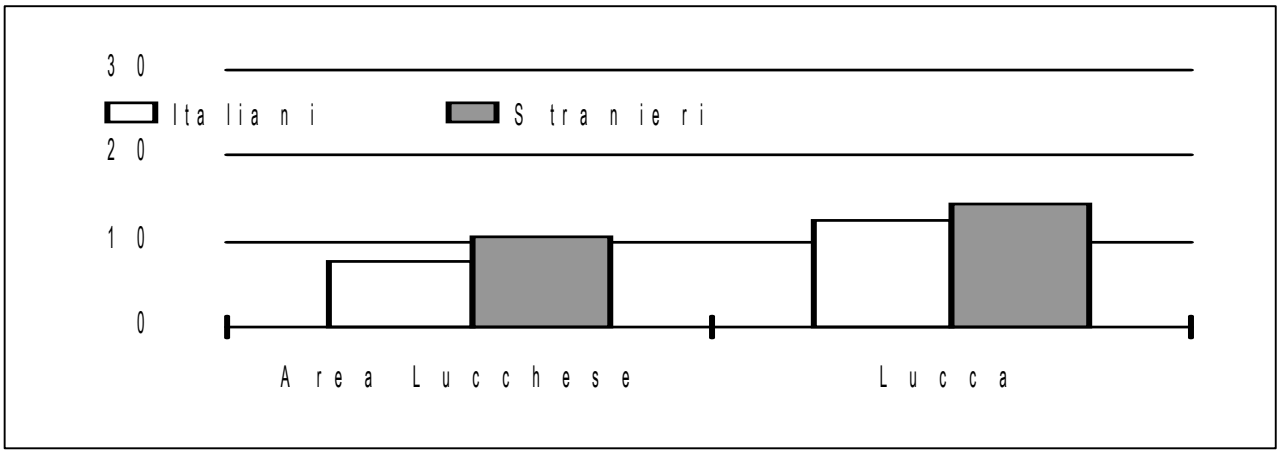
Per quanto attiene alla qualità dell'abitazione occupata, i dati censuari rendono disponibili due tipi di informazioni, la prima relativa allo stato di conservazione, la seconda alla dotazione di servizi.
Entrambe le informazioni mostrano come gli anziani soli siano la categoria di famiglie che occupa con più frequenza abitazioni più vecchie, in peggiore stato di conservazione e con una minore dotazione di servizi. Si noti che la disponibilità di servizi è stata valutata considerando come dotazione standard la presenza di almeno un wc e di una doccia o vasca, la disponibilità di acqua potabile, di acqua calda e di un impianto di riscaldamento autonomo o centralizzato.
Nella maggior parte dei casi di dotazione inferiore allo standard (65%), il risultato è da attribuire alla mancanza dell'impianto di riscaldamento, ma in un numero molto limitato di casi si riscontra anche la mancanza dei servizi igienici di base: circa 250 anziani soli vivono in case prive sia di wc, che di impianto doccia o vasca.
Le altre due tipologie familiari interessate da condizioni abitative peggiori per gli aspetti considerati sono quella dei single giovani e quella dei lavoratori atipici.
Come già ricordato, la forte incidenza di persone straniere nelle due tipologie di riferimento spiega in gran parte il risultato ottenuto: gli immigrati occupano generalmente case più vecchie, in peggiore stato di manutenzione e con una minore dotazione di servizi rispetto agli autoctoni e il servizio che risulta più frequentemente assente è, anche in questo caso, l'impianto di riscaldamento.
In entrambi i casi, dimensione dell'abitazione e titolo di godimento, la condizione degli stranieri risulta sensibilmente peggiore rispetto a quella degli autoctoni.

Figura 50 - Quota percentuale di single over 65 in case in cattivo stato di conservazione e con scarsi servizi per area. Censimento Generale 2001



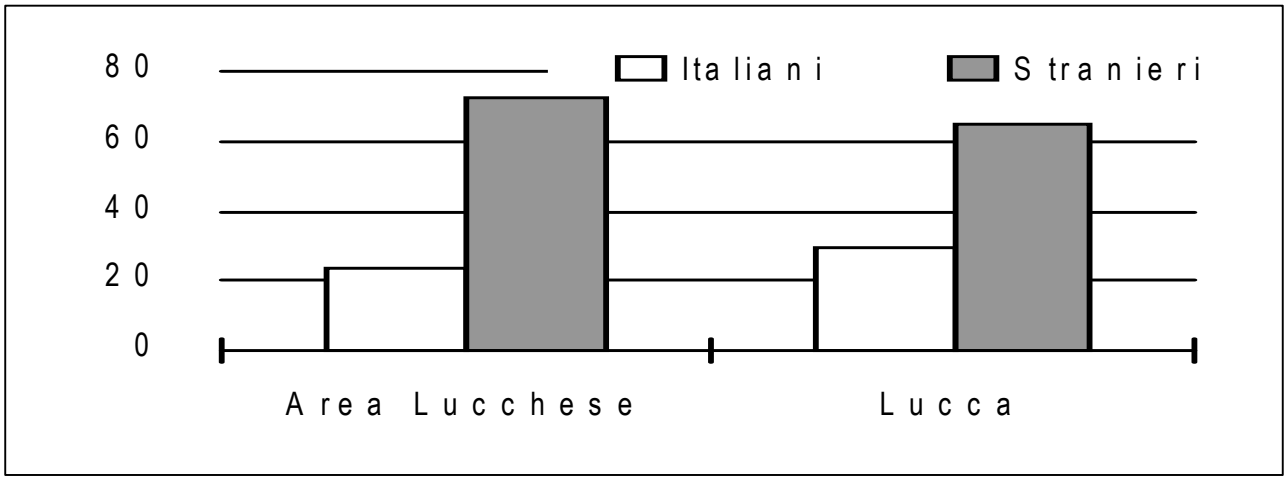
Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Figura 51 - Quota percentuale di single under 39 in abitazioni di superficie fino a 49 m^2 per territorio e nazionalità. Censimento Generale 2001



Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Figura 52 - Quota percentuale di single under 39 con abitazione in affitto per territorio e nazionalità. Censimento Generale 2001



Fonte: Istat, Censimento della popolazione e delle abitazioni

Tabella 62 - Valori immobiliari medi per fascia urbana e area (fabbr. economici). Anno 2004

		Centro	Semicentro	Periferia	A. suburbana
Area Lucchese	Prezzo E/m2	963	960	949	729
	Canone E/m2 a.	49	49	47	35
	Saggio rendita	5,1	5,1	4,9	4,8
Lucca	Prezzo E/m2	1.975	1.300	1.335	1.060
	Canone E/m2 a.	89	56	53	46
	Saggio rendita	4,5	4,3	4,0	4,3

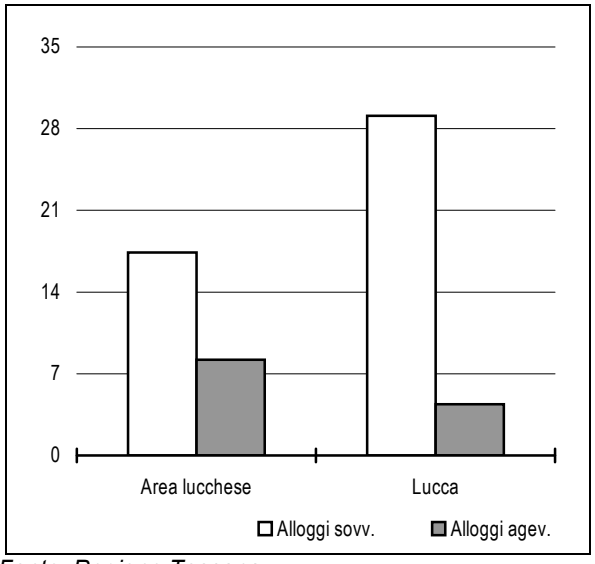
Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Agenzia del Territorio-OMI

Nelle aree a prevalente specializzazione produttiva e residenziale (Piana Lucchese, capoluogo), per le quali pesa relativamente di più la domanda di residenza primaria, risulta pertanto maggiormente apprezzata la vicinanza fra luogo di abitazione, luogo di lavoro e luogo di concentrazione dei principali servizi.

I dati messi a disposizione da alcune ATER (Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale Pubblica) consentono di approfondire l'analisi sulle caratteristiche delle famiglie che

accedono al patrimonio pubblico di edilizia residenziale, che dovrebbero rappresentare il segmento più debole della domanda abitativa[23].

Figura 53 - Alloggi pubblici per 1.000 famiglie. Anno 2004.



Fonte: Regione Toscana

La quota maggiore è costituita dalle tradizionali coppie con figli, in cui però prevalgono figli adulti, con età compresa tra 18 e 35 anni. Questa peculiarità dimostra come nella maggior parte dei casi si tratti di assegnazioni di vecchia data, ottenute probabilmente quando nella famiglia esistevano molti figli minori a carico e non riviste in seguito alla trasformazione del nucleo familiare[1].
Il secondo gruppo di beneficiari, in ordine di rilevanza numerica, è costituito dalle persone sole. Si tratta di un segmento di disagio sociale in forte ascesa, a causa sia dell'invecchiamento della popolazione sia dei costi crescenti connessi alla condizione di single.

Tra gli assegnatari degli alloggi, tuttavia, questa parte di disagio tende ad essere sottostimata perché le assegnazioni vengono fatte tenendo conto della compatibilità tra dimensioni dell'alloggio e numerosità del nucleo familiare, per cui la prevalenza di alloggi di dimensioni medio-grandi tende a penalizzare le persone sole[24].

Rispetto a questo scenario, la provincia di Lucca presenta percentuali relativamente più elevate di coppie con figli e famiglie monogenitore tra gli assegnatari. In entrambi i casi prevalgono i figli adulti.

Un altro dato interessante per arricchire il quadro dei soggetti più colpiti dal disagio abitativo è quello relativo ai beneficiari di un più recente tipo di intervento pubblico: il contributo in conto affitto introdotto con la L. 431/98.
Anche in questo caso, la provincia lucchese mostra una minore diffusione del beneficio rispetto al quadro regionale (del resto in linea con la minore intensità del disagio), accompagnata però da una distribuzione territoriale più coerente, visto che la maggiore incidenza di beneficiari risulta essere il capoluogo.

Tabella 63 - Beneficiari del contributo in conto affitto (L. 431/98)

	Beneficiari sostegno affitto	% in fascia A	Beneficiari per 1.000 famiglie
Area lucchese	254	49,2	9,8
Lucca	331	59,5	10,2
Provincia di Lucca	1.373	56,1	9,4
TOSCANA	15.668	49,4	11,3

Fonte: Regione Toscana

[23] L'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica avviene in base ai criteri stabiliti dalla L.R.96/96, che prevede il possesso di una serie di requisiti (in particolare la non titolarità di diritti di proprietà, di usufrutto, di uso e abitazione su un alloggio adeguato e limiti di reddito) e l'assegnazione di un punteggio di priorità in base al verificarsi di determinate condizioni soggettive (reddito pro capite convenzionale non superiore all'importo annuo di una pensione sociale o di una pensione minima INPS, richiedente con più di 65 anni, famiglia di prossima o recente formazione con coniugi minori di 35 anni, presenza di soggetti invalidi, monogenitore con figli a carico, nucleo familiare con 5 o più componenti, canone di locazione incidente per oltre il 30% sul reddito familiare convenzionale, richiedenti in condizione di pendolarità, nuclei familiari in rientro in Italia) e oggettive (grave disagio abitativo dovuto ad occupazione di alloggio improprio, alloggio con barriere architettoniche per portatori di handicap e alloggio occupato a titolo precario).
[24] Anche questo è uno dei temi emersi dai focus group.

Tabella 64 - Caratteristiche della domanda sociale di abitazione. Anno 2003

	% stranieri assegnatari ERP	% stranieri in lista attesa ERP	% giovani coppie domande ERP	% anziani domande ERP
Area lucchese	5,1	28,2	10,6	23,5
Lucca	7,9	26,0	1,4	40,3
Provincia di Lucca	4,9	14,8	6,9	31,2

Fonte: Osservatorio per le politiche sociali della Provincia di Lucca

2.4.5.2 La nuova domanda di abitazione

Uno dei cambiamenti più significativi che ha interessato la domanda di abitazioni contemporanea è la sua crescente segmentazione.
Accanto alla tradizionale domanda di abitazione primaria espressa dai nuclei familiari di nuova formazione emergono una domanda di miglioramento qualitativo espressa da famiglie ormai consolidate (spesso con figli adolescenti), una domanda di case da destinare alle vacanze o da utilizzare per investimento, ma anche una domanda primaria tradizionale, legata però alla presenza di nuovi soggetti sociali, quali le famiglie monopersonali, gli stranieri, ecc.

Per quanto riguarda la domanda di abitazioni, tradizionalmente, le famiglie di nuova formazione rappresentano quella parte della domanda di abitazioni legata alla dinamica naturale della popolazione.

In questo senso le giovani coppie non rappresentano una parte innovativa della domanda di case, mentre sono semmai nuove le caratteristiche che le contraddistinguono, in primo luogo l'età e la posizione sul mercato del lavoro.
Fattori quali il prolungamento dei percorsi formativi, la precarizzazione delle condizioni lavorative, la crescita delle aspettative, l'aumento dei costi dell'abitare hanno influito in maniera determinante sia sul numero delle nuove famiglie (decrescente), sia sul loro profilo (non di rado si è giovane coppia senza figli e con lavori precari fino ai 35-40 anni), sia sui comportamenti tipo (spesso le giovani coppie sono ancora costrette a far affidamento sulla famiglia di origine per reperire le risorse per far fronte alle proprie esigenze: acquisto della casa, custodia dei figli piccoli, ecc.).
Nella provincia di Lucca, le giovani coppie (con il capofamiglia minore di 40 anni) sono poco più di 16mila (pari all'11% del totale delle famiglie, in linea con il dato medio regionale) e composte per il 72% da coppie con figli e per il restante 28% da coppie senza figli.

Una condizione per molti aspetti simile a quella delle giovani coppie è quella che contraddistingue i giovani single.
Si tratta di tipologie familiari ancora piuttosto rare (i single con meno di 40 anni sono il 4% delle famiglie complessive e il 16% di quelle unipersonali in provincia di Lucca, contro valori rispettivamente del 5% e del 20% a livello regionale), ma sembra ragionevole ipotizzare che gli alti costi dell'abitare e la precarietà della condizione lavorativa agiscano come fattori inibitori della domanda.
Anche in questo caso, dunque, esiste un disagio abitativo che resta inespresso perché risolto all'interno delle reti familiari, con il prolungamento della permanenza con la famiglia di origine. Si noti in proposito che oltre la metà dei giovani con età compresa tra 20 e 34 anni (54% in provincia di Lucca, 52% in Toscana) continua a vivere nella famiglia di origine come figlio.

Un'altra categoria a disagio abitativo in forte crescita è quella degli stranieri provenienti dai paesi a forte pressione migratoria. Questi ultimi sono peraltro interessati da una veloce evoluzione delle esigenze abitative, emersa con chiarezza nei focus group realizzati.
Anche la condizione abitativa degli stranieri, al pari di quella degli autoctoni, risente negativamente in primo luogo del forte rialzo dei canoni di affitto avvenuto negli ultimi anni e ciò in misura maggiore, tanto più le esigenze di stranieri e italiani tendono ad assomigliarsi, ovvero gli immigrati tendono a prendere le distanze dalle modalità abitative che hanno accettato inizialmente, ovvero la coabitazione e la ripartizione tra più soggetti del canone di affitto[25].
Esistono, però, almeno altri due fattori che rendono la condizione abitativa degli immigrati peggiore di quella degli autoctoni a parità di altre condizioni: la diffusa diffidenza nei loro confronti e la normativa sui ricongiungimenti familiari.

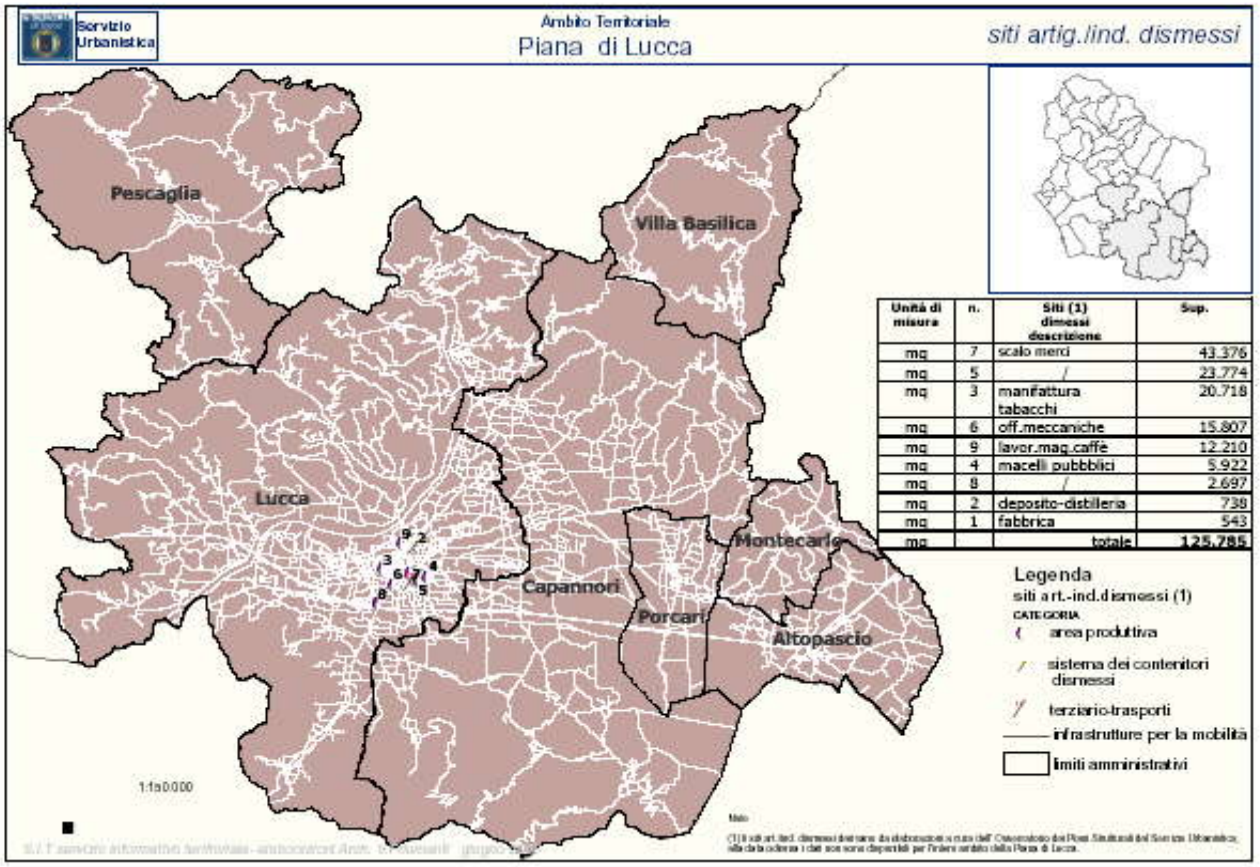
[25] In realtà, molto spesso il canone di affitto viene espresso in termini di posto letto, per cui la convenienza economica della coabitazione diminuisce molto per gli occupanti, mentre cresce molto per il proprietario dell'alloggio.

2.4.6 Siti industriali dismessi

I siti dismessi ricoprono una superficie territoriale di 125 Kmq circa, destinato ad aree produttive, terziario - trasporti, infrastrutture per la mobilità, ecc.

Di questa superficie, il 34,5% è rappresentato da siti relativi a scalo merci (43,376 Kmq) e il 16,5% da manifattura tabacchi (20,718 Kmq). Seguono, in ordine decrescente rispetto alla superficie occupata, le officine meccaniche, i magazzini per la lavorazione del caffè, i macelli pubblici, le distillerie e le fabbriche; 23,415 Kmq sono invece occupati da siti di cui non è specificata la descrizione.

Figura 54 - Siti artigianali e industriali dismessi Piana di Lucca



Unità di misura	n.	Siti (1) dimessi descrizione	Sup.
mq	7	scalo merci	43.376
mq	5	/	23.774
mq	3	manifattura tabacchi	20.718
mq	6	off.meccaniche	15.807
mq	9	lavor.mag.caffè	12.210
mq	4	macelli pubbblici	5.922
mq	8	/	2.697
mq	2	deposito-distilleria	738
mq	1	fabbrica	543
mq		totale	125.785

Fonte: Servizio Urbanistica Provincia di Lucca

Stato dell'Ambiente Urbanistico - SINTESI

Struttura degli insediamenti produttivi

- I sistemi produttivi del Comune di Lucca sono essenzialmente 2, quello storico della Cantoni e quello più recente di Mugnano, collocati nell'immediata vicinanza del centro urbano e collegati adeguatamente sia al sistema viario che ferroviario.

- Per quanto riguarda il territorio al di fuori del comune capoluogo, si rileva un incremento delle superfici produttive.

Funzioni urbane

- Si rileva un'elevata specializzazione della città storica nei confronti della rimanente area urbana e periurbana. I sistemi esterni non hanno infatti generalmente caratteri di eccellenza ed unicità, ad eccezione del polo ospedaliero. Questa struttura polarizzata, se lasciata a dinamiche spontanee di accentramento, può divenire un problema sia per la città, sia per l'equilibrio della Piana.

- Per la Piana di Lucca, gli utenti dei servizi di trasporto pubblico locale su gomma, coinvolti in una indagine della Provincia, sono stati 6.545, su un totale di 436 corse che rappresentano rispettivamente il 24% ed il 33% del totale della rete extraurbana.

- Alla rete urbana del Capoluogo Provinciale appartengono 21 autolinee. Le corse censite sono state n. 933 ed i viaggiatori n. 7.125.

Sicurezza rete stradale

Livelli di traffico

- L'incremento dei traffici nord-sud ed est-ovest, mette in evidenza le necessità di un potenziamento della rete stradale rispetto sia alle funzioni di accesso alla direttrice dell'autostrada A11 che all'area urbana di Lucca, per i flussi veicolari provenienti dalla Piana e dalla Valle del Serchio.

Incidenti stradali

- Gli incidenti stradali rappresentano una quota di mortalità evitabile cioè mortalità prevenibile attraverso opportuni interventi, correttivi e/o organizzativi.

- Gli incidenti rilevati in Toscana dal 1991 al 2003 hanno coinvolto 520.326 soggetti di cui il 69,8% maschi e il 30,2% femmine.
- Accadono soprattutto in ambito urbano (78,3% del numero degli incidenti); della restante quota, soltanto il 4,4 % accade su autostrade.

- L'andamento temporale mostra una tendenza all'aumento del numero degli incidenti stradali, caratterizzati però da una tendenza complessiva alla riduzione della gravità dei sinistri.

- Gli incidenti più gravi avvengono nelle ore notturne, nei week end, nei periodi festivi ed in ambito extraurbano.
- La patente a punti ha funzionato nell'immediato in termini di riduzione degli indici di incidentalità, ma il tutto è da verificare per il futuro.

Situazione abitativa

- La maggioranza delle case occupate da persone residenti risulta di proprietà degli occupanti. In particolare, la grande maggioranza delle famiglie lucchesi dispone di un'abitazione (99,8% dei casi).

- Le soluzioni abitative insoddisfacenti appaiono più concentrate in specifiche categorie sociali come i single giovani, le famiglie numerose, i nuclei monogenitore e gli stranieri, con un primato negativo proprio per questi ultimi.

- Gli anziani rappresentano la categoria di famiglie che occupa con più frequenza abitazioni più vecchie, in peggiore stato di conservazione.

- Il numero delle nuove famiglie decresce, rappresentate, non di rado, da giovani coppie senza figli e con lavori precari fino ai 35-40 anni.

- Le giovani coppie (con il capofamiglia minore di 40 anni) nella Provincia di Lucca, rappresentano l'11% del totale delle famiglie e per il 72% sono coppie con figli e per il restante 28% senza figli.

- I single con meno di 40 anni rapprsentano il 4% delle famiglie complessive e il 16% di quelle unipersonali, nella Provincia di Lucca ma gli alti costi delle abitazioni e la precarietà della condizione lavorativa agiscono come fattori inibitori della domanda.

- Oltre la metà dei giovani con età compresa tra 20 e 34 anni (54% in provincia di Lucca) continua a vivere nella famiglia di origine come figlio.

Siti industriali dismessi

- I siti dismessi ricoprono una superficie territoriale di 125 Kmq circa, destinata ad aree produttive, terziario - trasporti, infrastrutture per la mobilità, ecc.

CAPITOLO 3 – STATO DI SALUTE E SERVIZI SOCIO-SANITARI

3.1 La prevenzione

3.1.1 Alcuni indicatori

3.1.2 Le vaccinazioni

3.1.3 Le Malattie Infettive

3.1.4 Infortuni sul lavoro e malattie professionali

3.1.5 Screening tumori

3.2. Ospedalizzazione

3.2.1 Ricoveri ospedalieri

3.2.2 Prestazioni ambulatoriali

3.3. Procreazione e salute del neonato e della donna

3.3.1 Parti

3.3.2 Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e aborti

3.3.3 Mortalità infantile

3.4. Analisi di mortalità generale e per cause

3.4.1 Andamento della mortalità: periodo 1987-2003

3.4.2 Mortalità evitabile

3.5. Problematiche socio-sanitarie

3.5.1 Tempi di attesa

3.5.2 Partecipazione e ascolto dei cittadini

3.5.3 Minori e problematiche socio-sanitarie

3.5.5 La condizione di non autosufficienza e la disabilità

3.5.6 Salute mentale

3.5.7 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

3.1 LA PREVENZIONE

Il concetto di prevenzione si può riassumere nello slogan: "meglio prevenire che curare": In pratica si può intendere come prevenzione tutto quell'insieme di interventi, azioni, informazioni, prestazioni sanitarie e tecniche finalizzate a mantenere il soggetto in uno stato di salute ottimale (o benessere psicofisico e mentale come da definizione dell'OMS) evitando quindi lo sviluppo di qualsiasi patologia o intervenendo precocemente nello sviluppo della malattia.
La prevenzione si articola su vari livelli, per cui si parla di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria.
La prevenzione primaria è finalizzata al mantenimento di uno stato di salute ottimale in una popolazione ancora in buono stato di salute. Essa consiste nell'evitare tutti quei fattori di rischio legati, ad esempio, ad abitudini alimentari, voluttuarie, sessuali ecc (fumo, alcool, ecc) e quindi nell'adottare tutti gli accorgimenti necessari per evitare lo sviluppo di una malattia in un soggetto sano; esempi di prevenzione primaria sono tutte le campagne che cercano di modificare le abitudini e gli stili di vita (l'abbandono del fumo, l'uso del profilattico, il lavaggio delle mani ecc.) che possono determinare, come fattori di rischio, lo sviluppo di patologie.
La prevenzione secondaria interviene in una fase precoce di sviluppo delle malattie cioè o quando è in fase pre-iniziale (lesione precancerosa) o quando questa è ancora clinicamente silente, quindi nella popolazione apparentemente sana, con una diagnosi precoce ed una terapia che se effettuata in fase iniziale di malattia, può determinarne la guarigione. Tipico esempio di prevenzione secondaria sono gli screening.

All'interno del capitolo sulla prevenzione gli argomenti trattati sono alcuni indicatori (come gli abitanti per medico di base ed le esenzioni per patologia), le vaccinazioni, le malattie infettive (con particolare accento su AIDS e Tubercolosi), gli infortuni sul lavoro e gli screening per la prevenzione di alcuni tumori.

3.1.1 Alcuni indicatori

Abitanti per medico di base

La disponibilità di medici di medicina generale, inteso come rapporto tra il numero dei medici e la popolazione residente superiore a 14 anni, che misura la presenza sul territorio dei medici di medicina generale rispetto alla suindicata popolazione, corrisponde nel 2004 a 0,96 medici ogni 1.000 abitanti nella ASL, e 0,99 x 1.000 nella Piana di Lucca. Nel 2005 tale indicatore risulta di 0,94 medici ogni 1.000 abitanti nella ASL, e 0,92 x 1.000 nella Piana di Lucca.

La disponibilità di pediatri di libera scelta, ovvero il rapporto tra il numero di pediatri e la popolazione residente di età fino a 7 anni, misura la presenza sul territorio dei pediatri di libera scelta rispetto alla popolazione residente in età pediatrica; nel 2004 corrisponde a 1,54 pediatri ogni 1.000 bambini nella ASL, e 1,59 x 1.000 nella Piana di Lucca. Nel 2005 tale indicatore risulta di 1,51 pediatri ogni 1.000 bambini nella ASL, e 1,64 x 1.000 nella Piana di Lucca.

Le esenzioni per patologia

Gli indicatori sulle esenzioni dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie concorrono alla definizione del livello sociale, sanitario ed economico di una popolazione.

Le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie correlate sono individuate dal Decreto 28 maggio 1999, n. 329, successivamente modificato dal decreto di aggiornamento (DM 21 maggio 2001, n. 296) e dal regolamento delle malattie rare (DM 18 maggio 2001, n. 279).

I dati sulle esenzioni analizzati nel presente paragrafo sono relativi agli utenti residenti titolari di uno dei seguenti attestati di esenzione:

1. esenzione per patologie croniche
2. esenzione per malattie rare
3. esenzione per invalidità civile

Nella ASL 2 sulla base dell'archivio dati aggiornato al 2004 risultano in totale, 48.153 esenzioni, corrispondenti a 36.267 soggetti esenti (un soggetto può essere titolare di più esenzioni, qualora presenti più requisiti riconosciuti validi ai fini del rilascio dell'attestato di esenzione); i corrispondenti dati per la Piana di Lucca sono 30.842 esenzioni, corrispondenti a 23.695 soggetti esenti.
Sulla base dell'archivio dati aggiornato al 2005 risultano in totale, 52.105 esenzioni, in aumento rispetto all'anno precedente, corrispondenti a 38.406 soggetti esenti nella ASL 2, e 33.679 esenzioni, corrispondenti a 25.271 soggetti esenti nella Piana di Lucca.

Rapportando i totali suddetti con il totale della popolazione residente, si rileva che il 16,5% dei soggetti nella ASL e il 14,7% nella Piana di Lucca risulta esente per almeno una delle tre motivazioni su indicate nel 2004.
I dati corrispondenti per il 2005 sono 17,4% e 15,6% per la ASL 2 e per la Piana di Lucca rispettivamente.

Le esenzioni per patologie croniche rappresentano la quota maggiore con i 2/3 del totale (71,4% nel 2004 e 73,1% nel 2005); la restante parte è costituita quasi del tutto dalle esenzioni per invalidità civile (27,5% nel 2004 e 25,6% nel 2005), mentre le esenzioni per patologie rare rappresentano poco più dell'1% del totale della casistica (1,1% nel 2004 e 1,3% nel 2005).

Tra le patologie croniche che danno diritto all'esenzione, le più frequenti risultano, in ordine decrescente (così nel 2004, nel 2005 si invertono le ultime due cause):

- l'ipertensione essenziale
- il diabete mellito (che insieme all'ipertensione costituisce oltre un terzo del totale)
- l'ipotiroidismo acquisito
- il glaucoma ad angolo aperto
- altre forme di cardiopatia ischemica cronica.

Tra le malattie rare circa un terzo delle esenzioni è rappresentato dalla "malattia celiaca" (32,6% nel 2004 e 35,0% nel 2005).

3.1.2 Le vaccinazioni

3.1.2.1 Campagna di vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia

Vaccinazioni Anti-Difterica, Tetanica, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus B

La Tabelle 74 e 75 mostrano i dati relativi allo stato vaccinale della popolazione infantile nella nostra Azienda e nella Zona distretto Piana di Lucca; pur con alcune differenze territoriali, si evidenzia una buona copertura per le vaccinazioni previste per l'infanzia.

Tabella 65 - Coperture vaccinali dell'infanzia al 24° mese per la 3° dose DTPa-Ep.B-Hib- polio e 1° dose MPR - Dati valutati in soggetti residenti al 31/12/05 della coorte di nascita anno 2003

ASL2 – Totale residenti: 1840	**Copertura %**
Polio	96,6
DTPa/DT	96,6
Ep.B	96,4
Hib	95,4
MPR/M	91,6
Zona PIANA di LUCCA – Totale residenti: 1403	**Copertura %**
Polio	95,9
DTPa/DT	95,9
Ep.B	95,7
Hib	94,4
MPR/M	92

Tabella 66 - Coperture vaccinali dell'infanzia a 5-6 anni per la 4° dose DT/DTPa in soggetti residenti al 31/12/05 (coorte di nascita anno 1998)

Area territoriale	Residenti	Copertura %
ASL 2	**1811**	***89,7***
Zona Piana di Lucca	**1349**	***87,1***

3.1.2.2 Campagna di vaccinazione raccomandate

Vaccinazioni Anti-Morbilllo, Parotite, Rosolia

Nel 2005 è proseguita l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-Morbillo/Parotite/Rosolia per la popolazione infantile secondo le indicazioni contenute nel "Piano Regionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita".

Per valutare l'andamento della copertura vaccinale nell'infanzia sono stati presi in esame i dati relativi ai soggetti appartenenti alle coorti di nascita dal 1990 al 2003 e residenti nella nostra Zona al 31/12/05.

L'elaborazione dei dati mette in luce le seguenti osservazioni:

- I dati della copertura vaccinale anti-MPR, valutati al dicembre 2005 sia nella popolazione scolastica che nella popolazione residente evidenziano differenze di copertura tra le due popolazioni infantili.
- Le classi di età coinvolte nel 2005 nella campagna straordinaria "di vaccinazione scolastica" mostrano un aumento della copertura soprattutto per la 2° dose. Per entrambe le dosi comunque non si raggiungono valori del 90%.
- Confrontando i dati di copertura 2004 - 2005 si notano variazioni di copertura per la 1° dose anche in senso negativo, conseguenti ad un aumento della popolazione per fenomeni di immigrazione.

3.1.2.3 Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2004-2005

Anche per il 2005 la campagna di vaccinazione antinfluenzale effettuata nella ASL 2 ha fatto risultare una notevole adesione (Tabella 67).
Nel corso della campagna sono state somministrate, infatti, 54.700 dosi di vaccino con una copertura nella popolazione totale pari a circa il 25%.
Inoltre, grazie alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, è stato raggiunta una copertura nella popolazione ultrasessantacinquenne superiore al 70%, mentre nella popolazione infantile a rischio la copertura è stata superiore al 20%.
Infine si è rilevato anche un aumento della copertura vaccinale nel personale sanitario.

Tabella 67 - Valori di copertura vaccinale antinfluenzale - ASL2 e Zona distretto Piana di Lucca Campagna 2004-2005

ETÀ	*Soggetti vaccinati*	*Popolazione residente al 31/12/2005*	*Copertura vaccinale %*
ASL 2			
0 – 4 anni	2000	9132	21,90
5 – 14 anni	2000	17737	11,27
15 – 24 anni	2600	19134	13,58
25 – 64 anni	9000	123361	7,29
65 anni e oltre	40500	51022	79,37
TOTALE ASL 2	***56100***	***220386***	***25,45***
PIANA DI LUCCA			
0 – 4 anni	1800	6945	25,91
5 – 14 anni	1500	13195	11,36
15 – 24 anni	1000	14178	7,05
25 – 64 anni	5500	91340	6,02
65 anni e oltre	28500	35999	79,16
TOTALE PIANA DI LUCCA	***38400***	***161657***	***23,75***

3.1.3 Le Malattie Infettive

Sulla base dei dati presenti nella Relazione Sanitaria aziendale, nel 2005 sono state notificate n. 569 malattie infettive (classi I° - V° del DM 15/12/1990), relative a soggetti residenti e non, nel territorio di competenza dell'ASL 2, a cui si devono aggiungere 124 segnalazioni di punture di zecca e un caso di malaria notificato da un'altra ASL in un soggetto residente

Nella Tabella 68 vengono riportati i dati relativi alle notifiche di malattie infettive relative esclusivamente a soggetti residenti sul nostro territorio.

Dai dati relativi ai soggetti residenti nella nostra Azienda emerge quanto segue:

- nel 2005 e nel 2004 non sono stati segnalati casi di *morbillo* mentre nel 2003 era stato rilevato un modesto "picco epidemico";
- persistono le segnalazioni dei casi di "*diarree infantili*", (casi di infezione da Rotavirus ed Adenovirus prevalentemente nei primi anni di vita).
- tra Ottobre e Novembre 2005 si è registrato un focolaio epidemico di *epatite virale A* a carico di soggetti residenti nella Piana di Lucca che ha coinvolto 6 persone;
- i casi di *epatite virale B* nella nostra Azienda sono stati 14 di cui 9 in residenti nella Zona distretto Piana di Lucca.

- da segnalare infine i 5 casi di *Legionellosi* in soggetti residenti nella Piana di Lucca ed altri 3 casi, segnalatici in turisti stranieri ed in un dipendente di una ditta.

Tabella 68 - Notifiche principali malattie infettive relative a soggetti residenti nell'ASL 2, totale e per Zona distretto Piana di Lucca **–** Periodo 2003 - 2005

Notifiche malattie infettive - *ASL 2 LUCCA*			
Malattia Infettiva	*2003*	*2004*	*2005*
Blenorragia	1	2	2
Diarrea infettiva	13	42	38
Epatite A	15	12	8
Epatite B	4	9	14
Epatite C	2	1	1
Epatite NANB		0	0
Leishmaniosi viscerale	1	0	0
Legionellosi	3	1	7
Leptospirosi	1	0	0
Meningite Meningococcica	0	1	1
Meningo-Encefalite Virale	4	1	2
Morbillo	20	0	0
Parotite Epidemica	1	1	1
Salmonellosi non Tifoidea	46	39	40
Scarlattina	48	38	38
Sifilide	4	4	12
Rickettsiosi	0	1	1
Varicella	321	134	97
Totale Notifiche ASL 2 LUCCA	*484*	*286*	*262*

Notifiche malattie infettive – *Zona Distretto PIANA di LUCCA*			
Malattia Infettiva	*2003*	*2004*	*2005*
Blenorragia	0	2	1
Diarrea infettiva	12	41*	34*
Epatite A	7	12**	7
Epatite B	2	9	9
Epatite C	1	1***	1
Epatite NANB		0	0
Leishmaniosi viscerale	1	0	0
Legionellosi	2	1	5**
Leptospirosi	1	0	0
Meningite Meningococcica	0	1	1
Meningo-Encefalite Virale	2	1	2
Morbillo	18	0	0
Parotite Epidemica	1	1	1
Salmonellosi non Tifoidea	29	22****	16***
Scarlattina	41	38	37
Sifilide	4	4	11
Rickettsiosi	0	1	1
Varicella	177	70	73
Totale Notifiche PIANA di LUCCA	*298*	*204*	*199*

3.1.3.1 AIDS

(fonte: Registro Nazionale COA e rapporto regionale ed indicatori ARS)

In Italia, la raccolta dei dati sui casi di Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) è iniziata nel 1982 e, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un Sistema di Sorveglianza Nazionale gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità a cui pervengono le segnalazioni dei casi di malattia diagnosticati dalle strutture cliniche del Paese.
Con il Decreto Ministeriale del 28/11/86, l'AIDS è divenuta in Italia una malattia infettiva a notifica obbligatoria. Attualmente, l'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III, ovvero è sottoposta a notifica speciale.
Dal 1985 al 1999 è stato attivo in Toscana il Registro Regionale AIDS (RRA); dal giugno 2004 la gestione del RRA è stata affidata all'Osservatorio di Epidemiologia dell'ARS Toscana.

A livello nazionale, dal 1982 al 30 giugno 2005 sono stati notificati al COA (Centro Operativo AIDS), in Italia, n. 55.286 casi cumulativi di AIDS (55.458 casi corretti per ritardo di notifica), di cui:

- il 77,6% di sesso maschile
- l'1,3% in età pediatrica (<13 anni) o con infezione trasmessa da madre a figlio
- il 6,6% stranieri.

L'età mediana alla diagnosi, per gli adulti, è di:

- - 34 anni per i maschi (range: 13 anni - 87 anni);
- -32 anni per le femmine (range: 13 anni - 81 anni).

La distribuzione dei casi per fascia d'età evidenzia la quota percentuale maggiore (il 69,4% del totale dei casi) nella fascia d'età 25-39 anni.

Sul totale dei casi notificati, 34.532 pazienti risultano deceduti al 30 giugno 2005 con un tasso di letalità del 62,5% (probabilmente sottostimato).

L'andamento temporale del numero dei casi di AIDS in Italia, dal 1982 al 1° semestre 2005, e dei tassi di incidenza per anno di diagnosi evidenzia un costante incremento sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione fino al 1999, mentre negli anni successivi si osserva un rallentamento di tale decremento.

La proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio intorno al 23-25%.

L'andamento temporale per fascia d'età evidenzia un aumento della quota di casi nella fascia d'età 40-49 anni (per i maschi dal 10,2% nel 1990 al 41,5% nel 2004 - per le femmine dal 5,7% nel 1990 al 30,7% nel 2004).

Anche l'andamento temporale dell'età mediana alla diagnosi dei casi adulti mostra un aumento nel tempo passando dai 29 anni nei maschi e 24 nelle femmine del 1985 ai 41 e 38 anni rispettivamente del 2004.

Nel tempo si evidenzia altresì un aumento progressivo della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 4,5% nel periodo 1994-95 al 17,8% nel periodo 2004-2005).

A livello di Regione Toscana, i dati forniti dal Registro Nazionale, fanno rilevare che, nel 2004 il tasso di notifica (numero di casi notificati x 100.000 abitanti) registrato (3,1 x 100.000) pone la nostra regione in posizione intermedia tra quelle a più alta incidenza del Nord e del Centro (Lombardia, Emilia Romagna e Lazio) e le regioni a più bassa incidenza del Sud, con un tasso di incidenza prossimo a quello medio nazionale.
In provincia di Lucca (tenendo conto che il livello massimo di disaggregazione territoriale dei dati del Registro Nazionale è la provincia di residenza) si è registrato un tasso di incidenza pari a 4,0x105, in aumento rispetto agli anni precedenti (si tenga presente che la Provincia di Lucca comprende l'ASL 2 e l'ASL 12 Versilia e che più della metà dei casi è relativa ai residenti nella ASL 12).
In Italia tassi provinciali particolarmente elevati si riscontrano a Brescia (11,2x105), Ravenna (8,3x105), Modena (6,6x105) e Lecco (6,0x105).

L'andamento temporale dei casi di AIDS di soggetti residenti in Toscana e ovunque notificati dal 1985 al 2004 per anno di diagnosi mostra, in accordo con i dati nazionali, un incremento marcato dei casi fino al 1995, anno a partire dal quale, soprattutto a seguito dell'introduzione delle terapie antiretrovirali, si registra una progressiva diminuzione dei casi fino al 1998.
A seguire, si registra un leggero aumento del fenomeno nel 1999 mentre a partire dal 2000 il fenomeno si è sostanzialmente stabilizzato con un numero medio in regione intorno a 100 casi per anno.
Il numero di casi continua ad essere superiore nei maschi rispetto alle femmine, con un rapporto di circa 4 a 1.
La distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, ossia dal tempo che intercorre dalla data di diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene alla Regione. I casi notificati nell'ultimo anno potrebbero essere pertanto leggermente sottostimati.

Negli ultimi tre anni non si sono registrati casi pediatrici (inferiori ai 13 anni) che fino al 2001 in Toscana sono stati 48.

In Regione Toscana, l'età mediana alla diagnosi ha subito un aumento con il passare degli anni: si passa da 34 anni per i maschi e 30 per le femmine nel 1993, a 44 anni per i maschi e 37 per le femmine nel 2004.

Per quanto riguarda le modalità di trasmissione, queste sono cambiate dall'inizio dell'epidemia: al netto dei casi in cui la modalità di trasmissione non è identificata (8% della casistica dell'intero periodo), si è azzerata la quota di contagi dovuti a trasfusioni, si è notevolmente ridotta la percentuale dei tossicodipendenti, è rimasta pressochè stabile la quota di casi attribuibili a trasmissione omosessuale, mentre è progressivamente aumentata la proporzione di casi attribuibili alla trasmissione eterosessuale che negli ultimi anni raggiunge il 47%.
Da notare che, negli ultimi anni, tra i soggetti che arrivano alla diagnosi di AIDS è molto elevata la quota di coloro che hanno effettuato il test solo al momento della diagnosi o pochi mesi prima: nel 2004 il 65% dei casi di AIDS hanno effettuato il test entro i cinque mesi dalla diagnosi.
Considerando tutti i dati dal 1995 si evidenzia che gli eterosessuali giungono più tardi al test rispetto agli omosessuali/bisessuali ed ai tossicodipendenti, probabilmente perché la percezione del rischio è inferiore rispetto alle altre categorie.

A livello di ASL i dati disponibili più recenti sono quelli elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità, aggiornati al 2005.

Per un confronto con i dati nazionali che, come già visto prima, sono aggregati per provincia e quindi per una visione più realistica della situazione locale, si riportano anche i dati relativi alla ASL 12 Viareggio, i cui comuni fanno parte della provincia di Lucca.
Il comportamento della Versilia è infatti ben differenziato rispetto a quello della ASL 2 per questa patologia.

Tabella 69 – Numero di casi incidenti e prevalenti di AIDS (anno 2005), e confronto con i valori medi regionali dei tassi standardizzati indiretti (periodo 2003-2005).
(fonte: Agenzia Regionale di Sanità ARS - Toscana)

ASL di residenza	*Numero di casi incidenti Anno 2005*	*Tasso standardizzato indiretto di incidenza Anni 2003-2005*	*Numero di casi prevalenti Anno 2005*	*Tasso standardizzato indiretto di prevalenza Anni 2003-2005*
ASL 2 - Lucca	8	93,3	56	90,5
ASL 12 - Viareggio	7	139,5	79	162,7
Area Vasta Nord Ovest				
REGIONE TOSCANA	*88*	*100*	*1031*	*100*
valore minimo *valore massimo*		*Siena: 39,3* *Livorno: 149,9*		*Arezzo: 55,9* *Viareggio: 162,7*

L' ASL 2 presenta un *tasso standardizzato indiretto di incidenza* leggermente inferiore al valore regionale, non in modo statisticamente significativo, pari a 93,3 nell'ultimo triennio 2003-2005.

In Toscana i valori di incidenza più bassi si registrano nella ASL 7 di Siena, ed i più elevati nella ASL 6 di Livorno, in entrambi i casi in modo statisticamente significativo.

3.1.3.2 TBC - Tubercolosi e Micobatteriosi
(fonte: Relazione Sanitaria Aziendale 2005)

Nel 2005 sono stati notificati nella ASL2, in totale, n. 29 casi di tubercolosi ed 1 caso di micobatteriosi (in soggetto residente nella zona Valle del Serchio) di cui:

- n° 5 casi sono risultati essere residenti in altre ASL (3 a carico di soggetti extracomunitari);
- n° 24 casi sono risultati essere residenti nella nostra ASL (4 a carico di soggetti extracomunitari).

Dall'esame dei casi relativi ai 24 soggetti notificati residenti nell'ASL 2 emerge che:

- 22 casi sono residenti nella Zona Piana di Lucca di cui:
  - 18 nuovi casi
  - 3 recidive
  - 1 non specificato se caso nuovo o recidiva a carico di un soggetto extracomunitario.

La localizzazione più frequentemente registrata è quella polmonare e la fascia di età maggiormente interessata è quella 25-64 seguita da quella >65 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione dei casi di tubercolosi in soggetti extracomunitari residenti e non, notificati dall'ASL 2, nel 2003 furono notificati sedici casi di cui 8 residenti, nel 2004 quattro casi di cui 2 a carico di residenti, e nel 2005 otto casi di cui 4 residenti.

I casi notificati nel 2005 provengono prevalentemente da paesi africani e dell'Europa dell'est e la maggior parte è in Italia da alcuni anni.

Tabella 70 – Notifiche casi di Tubercolosi e Micobatteriosi per fascia d'età in soggetti residenti e non residenti nella Piana di Lucca – Anno 2005.

PIANA DI LUCCA	*0-14*		*15-24*		*25-64*		*>65*		*Totale casi notificati*	*Totale in soggetti residenti*
	M	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**		
TBC Polmonare	0	0	3	0	7	3	5	0	**18**	***14***
TBC extrapolmonare	0	0	0	0	2	0	4	2	**8**	***7***
TBC Polmonare ed extrapolmonare	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	***0***
TBC disseminata polm. ed extrapolm	0	0	0	0	1	0	0	0	**1**	***1***
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	**27**	***22***

Tabella 71 - Notifiche casi di Tubercolosi e Micobatteriosi in soggetti residenti nella Piana di Lucca. Anni 2003 – 2004 - 2005

PIANA DI LUCCA	*Anno 2003*	*Anno 2004*	*Anno 2005*
	Soggetti residenti	*Soggetti residenti*	*Soggetti residenti*
TBC Polmonare	19	13	14
TBC extrapolmonare	7	1*	7
TBC polmonare ed extrapolmonare	4	2	0
TBC disseminata miliare polmonare	1	0	1
TOTALE*	31	16	22

*Si segnala anche 1 caso di TBC extrapolmonare in un nostro residente comunicato da altra ASL .

Tabella 72 - Paese di provenienza dei casi notificati di Tubercolosi in extracomunitari residenti e non nell'ASL2 – Anno 2005

N° Soggetti	*Paese di provenienza*	*Anno di arrivo in Italia*
1	Repubblica di Macedonia	1990
1	Senegal	1990
1	Sri Lanka	1998
1	Romania	1999
1	Marocco	2000
1	Tunisia	2002
1	Romania	2004
1	Perù	2005

3.1.4 Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Al Censimento ISTAT 2001 risultano un totale di 34.144 addetti in Unità Locali del Settore Industria così distribuiti nelle aziende suddivise per classi di addetti:

Tabella 73 – Addetti unità locali settore industria.

Classe di addetti	0-9 addetti	10-49 addetti	50-99 addetti	100 e+ addetti	TOTALE
N° addetti (in migliaia di unità)	10,63	12,37	3,38	7,72	34,11

Il 18% degli addetti dell'industria lavora nel comparto carta, ed il 20% nel comparto metalmeccanico, che in buona parte costituisce un indotto del cartario. Pur essendoci un polo cartario di importanza europea, in Lucchesia sono presenti industrie manifatturiere molto varie.

Tabella 74 - Popolazione Lavorativa-Distribuzione degli addetti in migliaia di unità-Dati Provincia di Lucca 2003

	Agricoltura	**Industria**	**Terziario**	TOTALE
Piana di Lucca	0,2 (0.2%)	22,0 (32,1%)	46,3 (67,6%)	**68,5** (100%)
Valle del Serchio	0,6 (2,7%)	9.4 (43,3%)	11,7 (53,9%)	**21,7** (100%)

Complessivamente il tasso di disoccupazione risulta basso (1,9 nella Piana di Lucca, 4,3 nella Valle del Serchio nel 2003).
Il Terziario, oltre che essere costituito dalle comuni aziende di servizi, turistiche e commercio, vede una importante presenza di cooperative di facchinaggio e di aziende di trasporti.

3.1.4.1 Infortuni sul lavoro

Negli ultimi anni gli infortuni sul lavoro si sono attestati su un numero di circa 4000/anno.

Tabella 75 – Infortuni sul lavoro.

	2004			2005		
COMPARTI	VdS	PdL	TOT	VdS	PdL	TOT
Agricolo	108	115	223	119	113	232
Alimentare	16	102	118	7	117	124
Calzaturiero	3	32	35	3	32	35
Cartario	140	307	447	165	258	423
Chimico	63	103	166	64	73	137
Edile	128	239	367	129	171	300
Estrattivo	27	10	37	16	12	28
Legno	17	29	46	20	14	34
Metalmecc.	113	241	354	137	169	306
Tessile	6	18	24	7	15	22
Terziario	402	973	1375	400	639	1039
Vario	111	778	889	109	1266	1375
TOTALE	1134	2947	**4081**	1176	2879	**4055**
Di cui GRAVI *	121	422	543	116	362	478
% gravi			**13,31%**			**11,79%**

INFORTUNI MORTALI

	2004			2005		
COMPARTO	VdS	PdL	TOT	VdS	PdL	TOT
Agricoltura	0	0	0	0	0	0
Cartario	0	0	0	0	0	0
Metalmec.	0	0	0	0	0	0
Terziario	0	1	1	0	1	1
Chimico	0	0	0	0	0	0
Estrattivo	1	0	1	0	0	0
Edile	0	1	1	1	1	2
TOTALE	1	2	**3**	0	2	**3**

**Per infortuni GRAVI si intendono quelli che hanno prognosi iniziale maggiore di 20 gg. e/o hanno provocato fratture o con modalità di accadimento che fa supporre violazioni alle norme di sicurezza*

La distribuzione degli infortuni mortali per comparto evidenzia un netto viraggio, rispetto agli anni precedenti, dal comparto carta (soprattutto movimentazione meccanica dei materiali), al comparto costruzioni.

In particolare:

2004	terziario	Operaio Comunale schiacciato da una benna nel magazzino
2004	lavoraz. marmo	Artigiano schiacciato da autogrù
2004	edilizia	sfondamento tetto eternit
2005	edilizia	edile clandestino investito da fascio reti elettrosaldate
2005	edilizia	edile clandestino – sfondamento di lucernario
2005	trasporti	ferroviere trascinato da indumenti impigliati durante manovra
2006	carta	operaia strozzata da sciarpa impigliata su albero ruotante

3.1.4.2 Malattie Professionali

Nel 2005 sono pervenuti al PISLL 177 referti di malattia professionale,prevalentemente rappresentate da ipoacusie da rumore e malattie osteoarticolari. Fra queste ultime

prevalgono le malattie da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore e le spondiloartropatie. Vi è inoltre un cluster di asbestosi e mesoteliomi di una azienda che in passato ha utilizzato amianto. Per il resto sono rare le segnalazioni di tumori.
Nel comparto carta sono in calo le ipoacusie, mentre aumentano le spondiloartropatie in addetti ai mezzi di sollevamento e trasporto. Numerose sindromi da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore si manifestano in una manifattura di tabacco.

3.1.5 Screening tumori

Un esame di screening oncologico è un esame che viene offerto a persone apparentemente sane, nell'ambito di campagne sanitarie, allo scopo di individuare alcune malattie tumorali in fase precoce. Gli esami di screening devono essere esami di semplice effettuazione e di basso costo.

Un esame di screening non è un esame diagnostico e conclusivo di per sé, ma ha lo scopo di selezionare, in una popolazione, un piccolo numero di persone che dovranno essere sottoposte ad ulteriori accertamenti per scoprire se sono veramente affette dalla malattia in esame. Perché un programma di screening possa essere applicato su larga scala, deve dimostrarsi "efficace", cioè in grado di ridurre il numero di casi di tumore o i decessi ad esso dovuti.

Gli screening che si sono dimostrati efficaci sono quelli per il tumore del collo dell'utero, della mammella e dell'intestino (colon-retto); dal 2001 questi tre programmi sono stati inseriti tra i "livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)", ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.
Nel territorio di competenza dell'ASL 2 sono attivi tutti e tre i programmi di screening da diversi anni (1999-2000). L'organizzazione e l'invio delle lettere di invito per tutti e tre i programmi viene effettuata centralmente presso l'U.O. di Epidemiologia, tramite l'apposito software di gestione degli screening, attivo dalla fine del 2002.

Di seguito viene riportata la valutazione dei tre programmi di screening in termini di estensione, adesione e risultati clinici (i dati riferiti al 2005 non sono ancora definitivi).

3.1.5.1 Screening per il tumore della cervice uterina

Il programma di screening tramite pap-test nella ASL 2 è iniziato nel luglio del 1999.
La popolazione bersaglio è costituita da oltre 61.300 donne di età compresa fra 25 e 64 anni, delle quali circa 45.600 sono residenti nella Piana di Lucca.
Le donne vengono invitate ad effettuare un pap-test ogni tre anni, tramite invio di una lettera con appuntamento prefissato, con la possibilità di spostarlo tramite telefono.
Ogni anno quindi nella ASL 2 devono essere invitate a sottoporsi al test circa 20.500 donne.

Nel 2005 nella ASL 2 l'estensione del programma di screening, cioè la quota annuale di popolazione bersaglio invitata a partecipare gratuitamente al test, è risultata del 92%.
L'adesione allo screening, ovvero il numero di donne che rispondono all'invito ed effettuano il pap-test, è risultato pari al 34,7%, leggermente inferiore a quella dell'anno precedente (38,9%) ed al valore medio regionale del 44,4% (relativo al 2004, ultimo anno disponibile). Il dato medio nazionale per il 2004 risulta del 37,7%.

Per quanto riguarda la Piana di Lucca il valore di adesione per il 2005 (36,4%) è leggermente superiore al dato medio aziendale.

Nella Figura 55 è riportato l'andamento dell'estensione dello screening a partire dall'inizio del programma, mentre nella Figura 56 è riportato l'andamento dell'adesione.

Figura 55 - Andamento dell'estensione del programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina nella ASL 2.

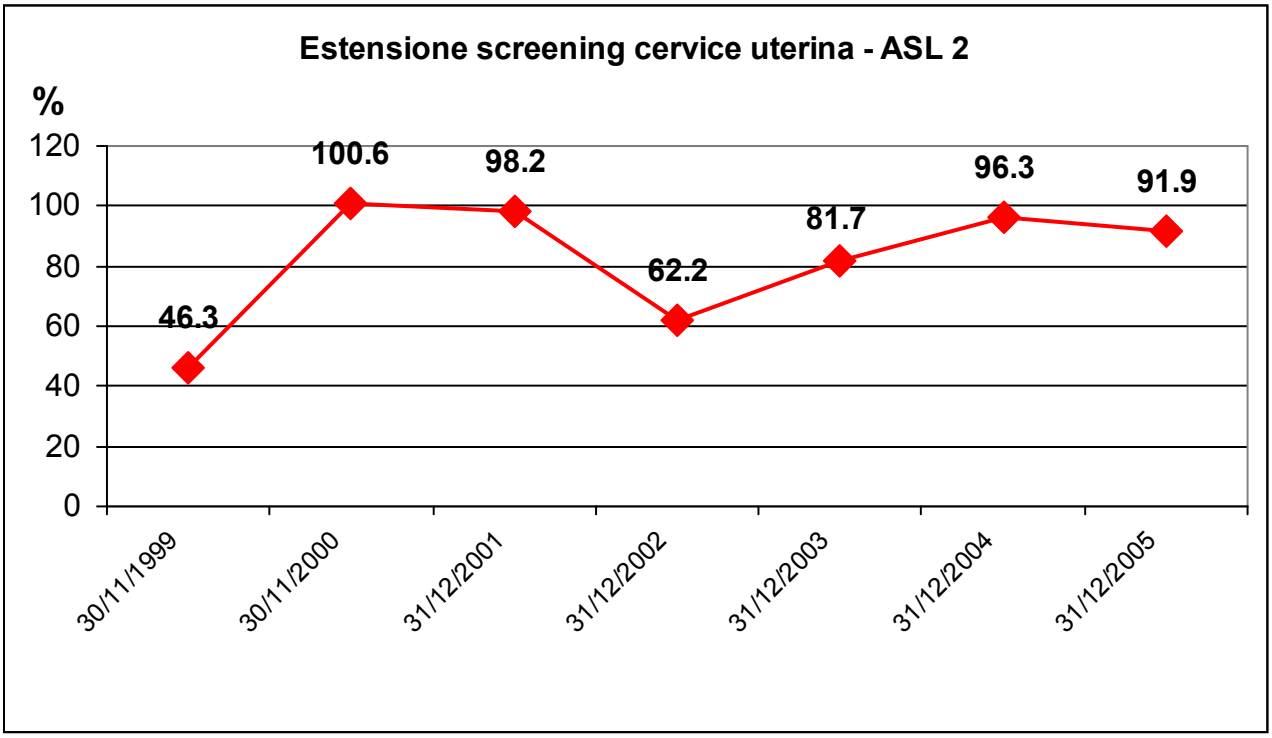
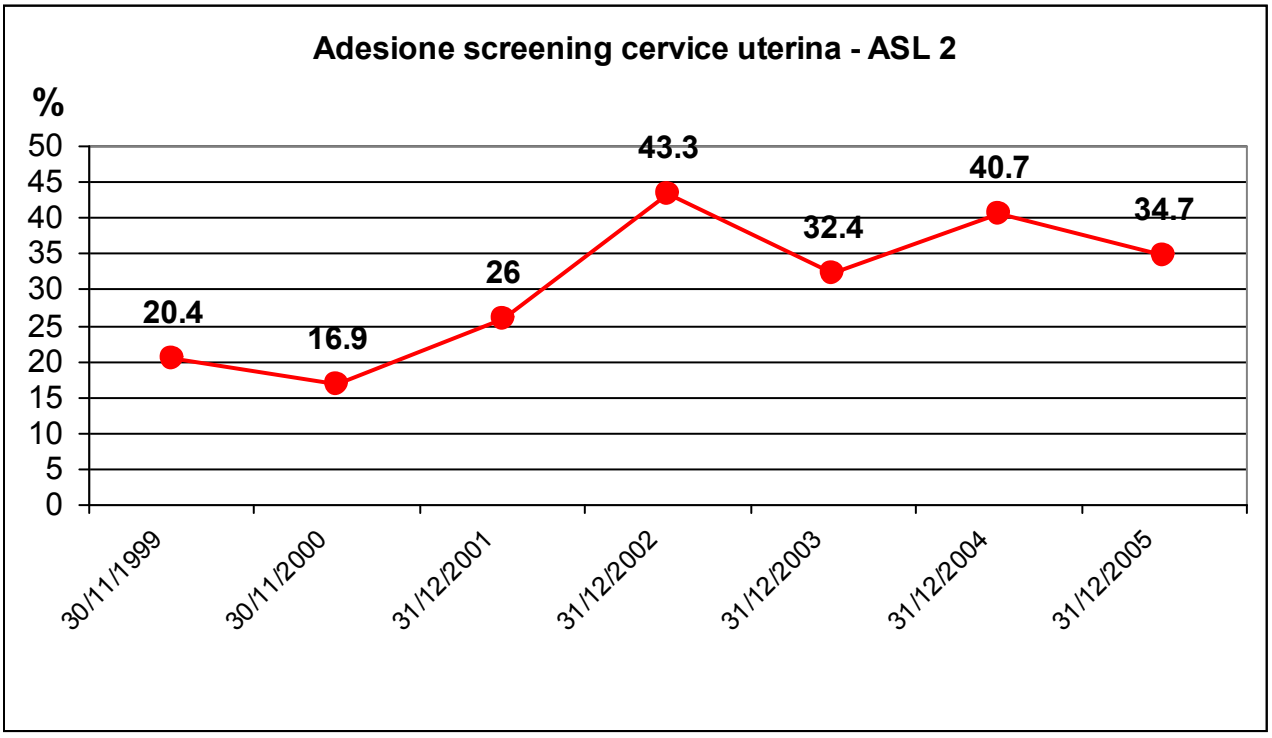


Figura 56 - Andamento dell'adesione al programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina nella ASL 2.



L'andamento dell'adesione evidenzia una prima fase, corrispondente alla fase di avvio dello screening secondo gli indirizzi regionali, caratterizzata da valori piuttosto bassi (intorno al 20%), seguita, negli ultimi anni, da una tendenza all'aumento (anche se in modo altalenante), particolarmente significativo nel 2002 con un valore del 43,3%, legato anche ad un miglioramento dell'assetto organizzativo e gestionale del programma.

I risultati clinici relativi all'anno 2004 e all'intera ASL 2, hanno evidenziato che delle 8.074 donne sottoposte al test di screening, il 97,6% dei pap-test effettuati ha avuto un risultato negativo; della restante quota percentuale, l'1,9% dei test (corrispondente a 152 donne) è risultato "non negativo" e le donne sono state inviate a sottoporsi all'esame di approfondimento diagnostico (colposcopia).
Tra le donne che risultano avere effettuato tale accertamento presso le strutture della ASL (il 61,2% del totale delle richiamate per approfondimento), sono stati identificati 1 caso di carcinoma e 22 lesioni pre-cancerose di vario grado.

Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", quasi l'80% delle donne intervistate fra 25 e 64 anni riferisce di aver effettuato un Pap-test in assenza di segni e sintomi, con valori percentuali più bassi nelle donne non coniugate.
L'età media del primo pap-test effettuato a scopo preventivo è di quasi 32 anni.

Il 94% delle donne riporta di aver eseguito il Pap-test negli ultimi tre anni (in linea con le raccomandazioni), mentre il 2% dice di non aver mai eseguito un Pap-test a scopo preventivo.

Sempre sulla base dei dati dell'indagine, risulta che il 36% delle donne 25-64enni ha effettuato l'ultimo Pap-test a seguito della ricezione della lettera personale ricevuta dall'ASL, il 30% su consiglio medico e il 32% di propria iniziativa.

3.1.5.2 Screening per il tumore della mammella

Il programma di screening mammografico nella ASL 2 è iniziato nel luglio del 1999.
La popolazione bersaglio è costituita da circa 30.000 donne di età compresa fra 50 e 70 anni, delle quali quasi 22.000 residenti nella Piana di Lucca.

Le donne vengono invitate ad effettuare una mammografia ogni due anni, tramite invio di una lettera con appuntamento prefissato, con la possibilità di spostarlo tramite telefono.
Nel 2005 l'estensione del programma di screening è stata pari all'81,2% leggermente inferiore al dato registrato nell'anno precedente (87,6%).

L'adesione globale registrata nel 2005 risulta in aumento rispetto a quella del 2004 (60,9% contro 55,7%); essa è superiore sia al valore accettabile definito dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) per questo indicatore (50%), che al dato medio italiano (ultimo dato disponibile relativo al 2004 è di 55,8%).
Il valore medio di adesione per la regione Toscana nel 2004 è pari a 62,2%.

Per quanto riguarda la Piana di Lucca la partecipazione registrata nel 2005 è leggermente inferiore al valore medio aziendale (58,9% vs 60,9%).

Nella Figura 57 è riportato l'andamento dell'estensione dello screening a partire dall'inizio del programma, mentre nella Figura 58 è riportato l'andamento dell'adesione.

Figura 57 - Andamento dell'estensione del programma di screening mammografico nella ASL 2.

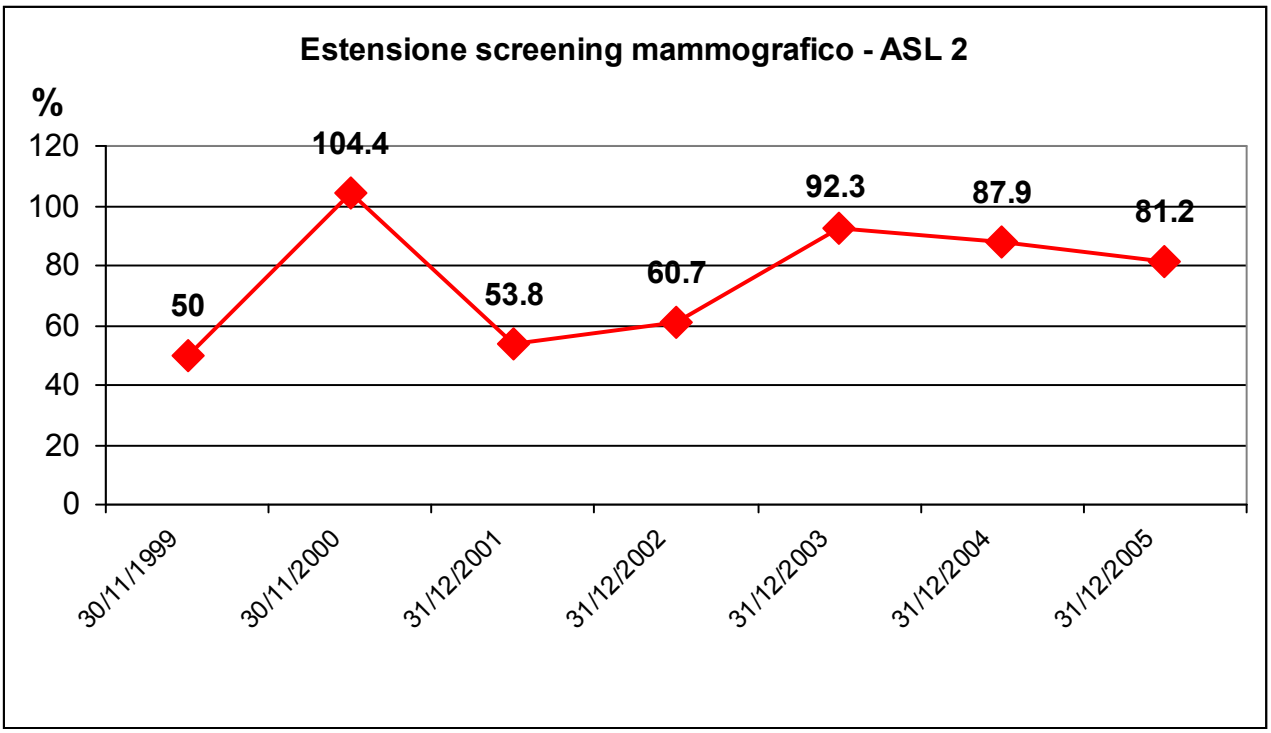
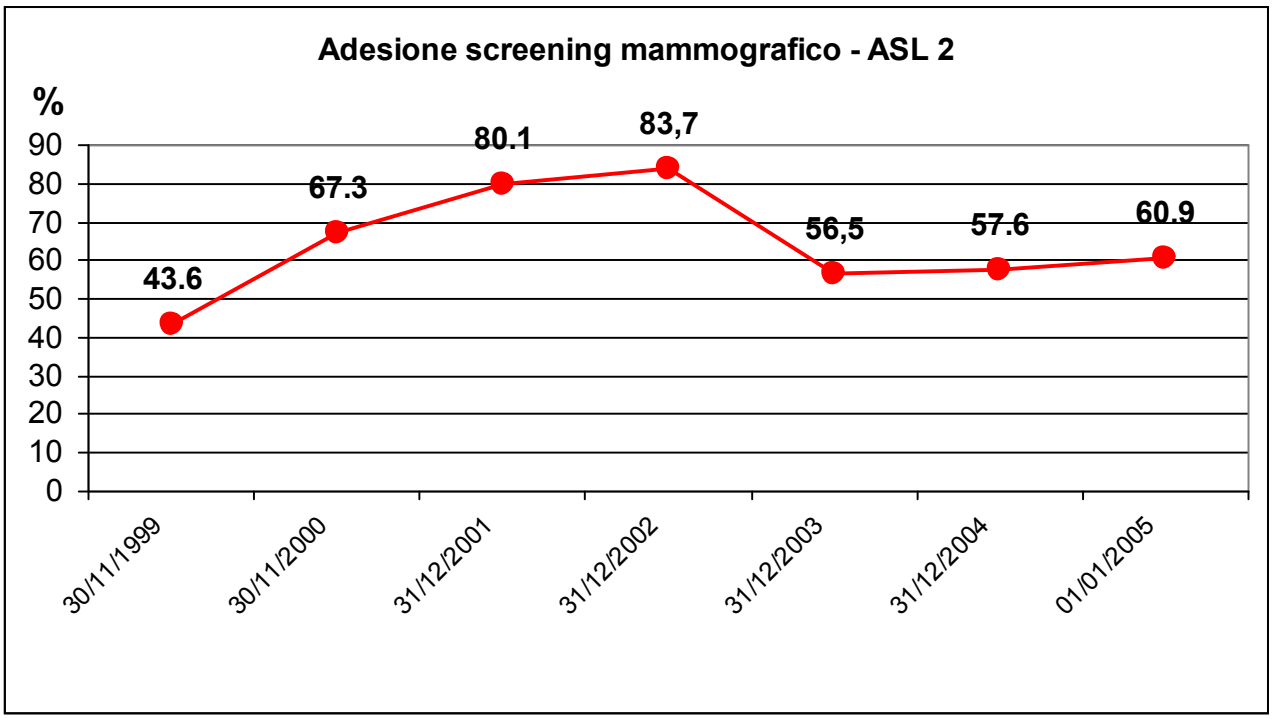


Figura 58 - Andamento dell'adesione al programma di screening mammografico nella ASL 2.



Per questo screening, dopo una fase iniziale con una partecipazione piuttosto bassa, si sono registrati valori di adesione in costante aumento, fino ad un massimo dell'83,7% nel 2002. Questa fase positiva dell'andamento con forte crescita (periodo 1999-2002) è stata conseguente all'assetto organizzativo e gestionale del programma, in quanto in tale periodo sono state invitate in gran parte le donne che già avevano aderito al primo passaggio del programma di screening, e che, in genere, tendono a rispondere maggiormente rispetto alle donne ha raggiunto valori intorno al 56-60%.

I dati clinici dello screening mammografico evidenziano che, nel 2004 nell'intera ASL 2 sono state sottoposte al test 7.520 donne; di queste il 4,7%, pari a 354, sono state richiamate per ulteriori approfondimenti diagnostici, e 55 sono state indirizzate verso il percorso terapeutico-assistenziale, con indicazioni per l'intervento chirurgico.
Sul totale di quelle che risultano sicuramente operate (54 donne), 48 hanno avuto una diagnosi di cancro, ovvero ogni 1000 donne esaminate sono stati identificati 6,4 tumori alla mammella; di questi il 68,8% sono risultati in stadio 0-I, cioè tumori piccoli e quindi con buona prognosi.

Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", oltre il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; questa percentuale è maggiore per le coniugate.

Il 68% delle donne intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni e l'11% più di 2 anni fa.
Il 22% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.

Sempre dai dati dell'indagine risulta che il 97,3% delle donne intervistate dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL e il 59,5% il consiglio da un medico di effettuare con periodicità la mammografia.
L'ultima mammografia è stata eseguita nel 76% dei casi in seguito ad una lettera di invito, nel 10% su consiglio medico e nel 14% di propria iniziativa.
La percentuale di mammografie effettuate nella struttura pubblica è pari al 70,3%.

3.1.5.3 Screening per il tumore del colon-retto

Il programma di screening per la prevenzione dei tumori del colon retto tramite il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è iniziato in fase sperimentale su due comuni della ASL 2 (Capannori e Porcari) nel giugno del 2000.
Alla fine del 2001 il programma è stato esteso al comune di Lucca, nel 2004 anche a tutti i comuni della Valle del Serchio e a fine 2005 sono stati inclusi tutti i comuni della ASL.
La popolazione bersaglio è costituita da poco più di 59.000 persone di età compresa fra 50 e 70 anni, delle quali quasi 23.000 residenti nella Piana di Lucca.

Le persone vengono invitate a recarsi presso i vari punti di prelievo disponibili (distretti, farmacie, ospedale) a ritirare la provetta per il test con le istruzioni per l'esecuzione dello stesso. Una volta eseguito, il campione biologico deve essere riconsegnato presso l'Ospedale o i distretti negli orari indicati.

Nel 2005 l'estensione del programma di screening è risultata pari all'84%, superiore al dato registrato nell'anno precedente (76,4%).

L'adesione allo screening risulta ancora piuttosto bassa nell'intera ASL, anche se leggermente superiore rispetto al dato dell'anno precedente: 26,9% contro il 25,5%.
Tale valore è inferiore al livello medio regionale (ultimo dato disponibile relativo al 2004), che risulta del 52,0%.

Nella Figura 59 è riportato l'andamento dell'estensione dello screening a partire dall'inizio del programma, mentre nella Figura 60 è riportato l'andamento dell'adesione.

Figura 59 - Andamento dell'estensione del programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto nella ASL 2.

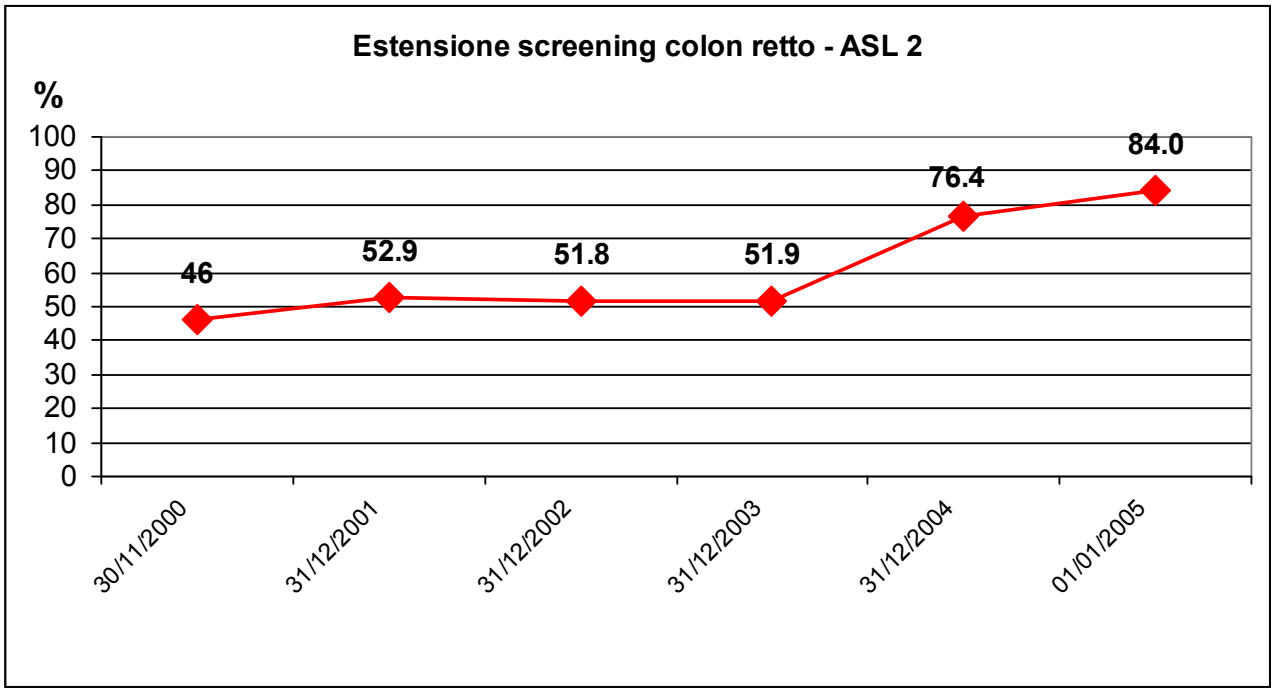
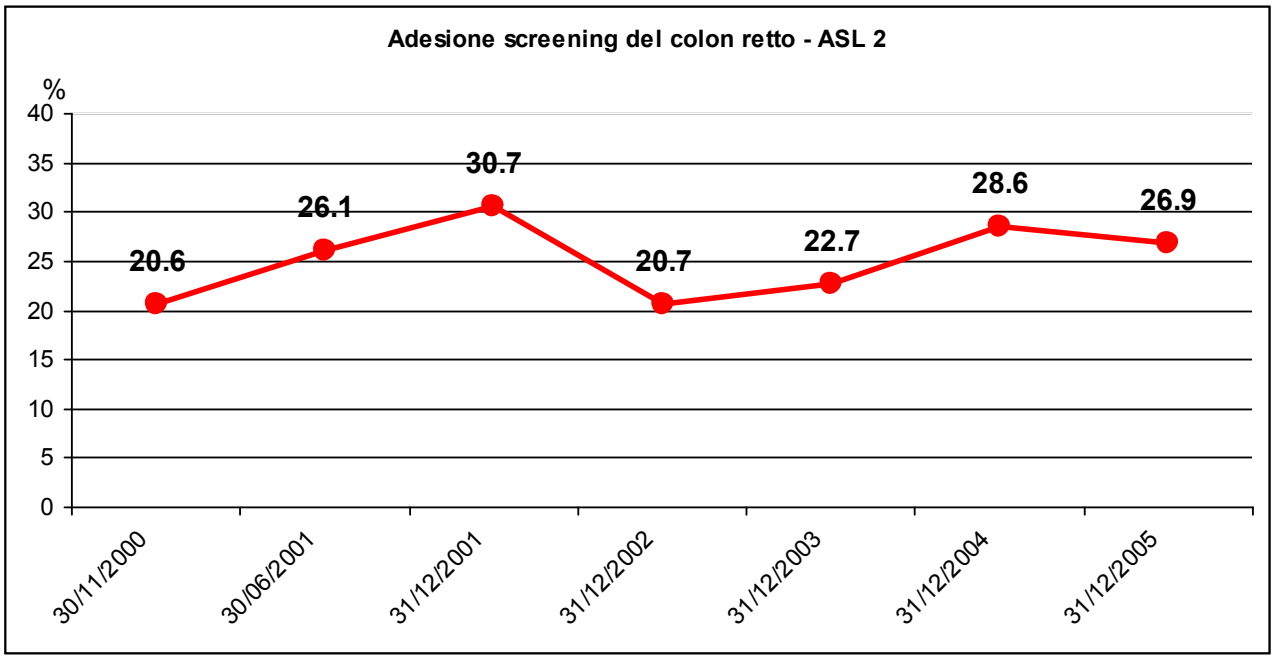


Figura 60 - Andamento dell'adesione al programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto nella ASL 2.



L'andamento altalenante dell'adesione (sempre a livelli piuttosto bassi), è legato inizialmente alla progressiva attivazione del programma in comuni diversi nel territorio della ASL 2: nella prima fase l'adesione riguardava solo i comuni di Capannori e Porcari, mentre a partire dalla fine del 2001 il dato includeva anche il comune di Lucca. Con la fine del 2004 il programma risultava attivo su quasi tutti i comuni della ASL, con l'eccezione di soli quattro comuni della Piana di Lucca (Altopascio, Montecarlo, Pescaglia e Villa Basilica), inclusi poi nell'anno successivo.
Il livello di adesione registrato è risultato quasi sempre inferiore al 30%, anche se dal 2002 esso appare tendenzialmente in crescita. A partire da ottobre 2002, infatti, sono state

intraprese numerose iniziative, in collaborazione con l'Associazione Sciortino, per un maggior coinvolgimento dei MMG, delle farmacie, ed un miglioramento dell'accessibilità (sia come sedi che come orari) alle strutture sanitarie sedi dei punti di ritiro provette e di riconsegna dei campioni biologici.

I dati clinici dello screening colo-rettale evidenziano che, nel 2004, si sono sottoposte al test, in totale, 6.394 persone.
La percentuale dei soggetti che sono risultati positivi al test è stata del 5,2% (corrispondente a 335 persone); di questi risultano essersi sottoposti a colonscopia 282 soggetti, pari all'84,2% del totale, di cui:

- 10 soggetti (3,5% degli approfondimenti) hanno avuto una diagnosi di cancro e tra questi 6, pari al 60%, sono risultati in stadio precoce (stadio 0-I);
- 86 soggetti hanno avuto una diagnosi di uno o più polipi e tra questi 50, cioè il 58,1%, sono risultati adenomi avanzati.

Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", il 44% delle persone intervistate nella fascia d'età 50-69 anni riferisce di essersi sottoposta alla ricerca di sangue occulto o alla colonscopia a scopo preventivo.
Il 34,6% risulta avere eseguito il test negli ultimi due anni, come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione.

La Prevenzione - SINTESI

- Nel 2005 la disponibilità dei medici di medicina generale nella Piana di Lucca è pari a 0,92 ogni 1000 abitanti di età superiore a 14 anni. Inoltre si rilevano 1,64 pediatri ogni 1000 bambini di età fino a 7 anni.

- Sempre nel 2005 si registrano, nella Piana di Lucca, 33.679 esenzioni, corrispondenti a 25.271 soggetti esenti (il 15,6% della popolazione).
- La quota maggiore è rappresentata dalle esenzioni per patologie croniche con il 73,1%, seguite da quelle per invalidità civile (25,6%), e da quelle per patologie rare (poco più dell'1%, rappresentate soprattutto dalla malattia celiaca).

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia

- Lo stato vaccinale della popolazione infantile nella nostra Azienda e nella Zona distretto Piana di Lucca, pur con alcune differenze territoriali, evidenzia una buona copertura per le vaccinazioni obbligatorie previste per l'infanzia.

- I dati della copertura vaccinale anti-Morbillo Parotite e Rosolia, valutati al dicembre 2005 sia nella popolazione scolastica che nella popolazione residente evidenziano invece differenze di copertura tra le due popolazioni infantili.
- Sia per la prima che per la 2° dose si raggiungono valori inferiori al 90% con variazioni di copertura per la 1° dose anche in senso negativo, conseguenti ad un aumento della popolazione per fenomeni di immigrazione.

Vaccinazione anti-influenzale

- La campagna di vaccinazione ha fatto registrare la somministrazione di 54.700 dosi di vaccino con una copertura nella popolazione totale pari a circa il 25%; in particolare, nella popolazione ultrasessantacinquenne la copertura è stata superiore al 70%, mentre nella popolazione infantile a rischio è stata superiore al 20%.

Malattie infettive

- A seguito delle notifiche di malattie infettive non si rilevano casi di morbillo negli ultimi 2 anni mentre persistono le segnalazioni dei casi di "diarree infantili"; nell'ultimo trimestre 2005 si è registrato un focolaio epidemico di epatite virale A (6 persone); i casi di epatite virale B, sempre in residenti nella Zona distretto Piana di Lucca, sono stati 9.

AIDS

In Italia

- In totale i casi notificati fino al 30 giugno 2005 sono stati 55.286, di cui il 77,6% di sesso maschile.
- L'età mediana alla diagnosi, per gli adulti, è di 34 anni per i maschi e di 32 per le femmine.

- L'andamento temporale dei tassi di incidenza per anno di diagnosi evidenzia un costante incremento sino al 1995, seguito da una rapida diminuzione fino al 1999; negli anni successivi si osserva un rallentamento di tale decremento.

In Toscana

- In base ai dati del 2004 la regione Toscana si pone in posizione intermedia tra quelle a più alta incidenza del Nord e del Centro e le regioni a più bassa incidenza del Sud, con un tasso di incidenza prossimo a quello medio nazionale (3,1 casi per 100.000). L'andamento temporale è in linea con quello nazionale.
- Il numero di casi continua è superiore nei maschi rispetto alle femmine, con un rapporto di circa 4 a 1.
- L'età mediana alla diagnosi, in entrambi i sessi, tende ad aumentare nel tempo e nel 2004 è di 44 anni nei maschi e 37 nelle femmine.

Nella ASL 2

- Nel 2005 nella ASL 2 sono stati notificati 8 nuovi casi, con un tasso standardizzato di incidenza leggermente inferiore al valore regionale. Anche il tasso standardizzato di prevalenza è inferiore al valore regionale.

Tubercolosi

- Nel 2005 sono stati notificati 24 casi di tubercolosi in soggetti residenti nella ASL 2, di cui 22 residenti nella Piana di Lucca.
- La localizzazione più frequentemente registrata è quella polmonare e la fascia di età maggiormente interessata è quella 25-64 seguita da quella >65 anni.

Screenings

- I programmi di screening per la prevenzione di patologie tumorali, attivi presso l'ASL 2 sono 3: gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, rivolti alla popolazione femminile, e lo screening per la prevenzione dei tumore del colon-retto rivolto ad entrambi i sessi.

Screening per il tumore della cervice uterina

- Nel 2005 il 92% della popolazione bersaglio (donne nella fascia di età 25-64 anni) è stata invitata a sottoporsi al test di screening con una partecipazione del 34,7% nella ASL 2 e del 35,4% nella Piana di Lucca; l'adesione risulta inferiore al dato medio regionale (44,4% nel 2004).
- I risultati clinici (riferiti al 2004) evidenziano che il 97,6% delle donne sottoposte al test sono risultate negative, mentre solo l'1,9% è stata richiamata per effettuare una colposcopia di approfondimento diagnostico.
- Sono stati identificati 1 caso di carcinoma e 22 lesioni pre-cancerose di vario grado; il basso numero di lesioni tumorali o di tipo pre-invasivo diagnosticate conferma l'importanza di questo screening nella riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina.

Screening per il tumore della mammella

- Nel 2005 l'81,2% della popolazione bersaglio (donne nella fascia di età 50-70 anni) è stata invitata al programma di screening mammografico con un'adesione del 60,9% nella ASL 2 e del 58,9% nella Piana di Lucca; l'adesione risulta di poco inferiore al dato medio regionale (62,2% nel 2004).
- I dati clinici (riferiti al 2004) evidenziano che il 4,7% delle donne sono state richiamate per ulteriori approfondimenti; sono stati identificati 6,4 cancri ogni 1000 donne esaminate; circa il 70% dei tumori diagnosticati sono risultati cancri piccoli a buona prognosi, confermando la validità di questo test in termini di diagnosi precoce e di prevenzione.

Screening per il tumore del colon-retto

- Nel 2005 l'84% della popolazione bersaglio (maschi e femmine nella fascia di età 50-70 anni) è stata invitata a sottoporsi al test, con un'adesione totale del 26,9%, nettamente inferiore al dato medio regionale (52% nel 2004).
- I risultati clinici (relativi al 2004) evidenziano che il 5,2% dei soggetti è risultato positivo al test ed invitato a sottoporsi a colonscopia; in circa un terzo è stato identificato un cancro in stadio precoce o uno o più adenomi, confermando l'importanza di questo screening in termini di diagnosi precoce e di prevenzione.

3.2. OSPEDALIZZAZIONE

3.2.1 Ricoveri ospedalieri

Nel 2005 il numero totale di ricoveri dei residenti ASL (ovunque ricoverati) è stato di 35.230, di cui 25.249 nella Zona Distretto Piana di Lucca, in lieve aumento rispetto all'anno precedente, anche se l'andamento negli ultimi tre anni è da considerarsi stabile.
Anche il grado di copertura del fabbisogno interno (cioè la quota di residenti curati presso le strutture dell'ASL) risulta abbastanza stabile, intorno al 70%.

Nella Tabella 76 sono riportati i dati riferiti ai ricoveri per residenti nel periodo 2002 – 2005 (sia totali di ASL che differenziati per Zona-distretto), da cui si evidenzia, come già detto, un triennio abbastanza stabile rispetto agli anni precedenti ed in particolare al 2002, legato anche al buon utilizzo dell'ospedale per acuti ed al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri; solo le fughe mostrano un lieve trend in aumento a partire dal 2003.

Tabella 76 - Andamento Ricoveri - Periodo 2002 – 2005

	2002	2003	2004	2005
Totale ricoveri residenti ASL2	38.768	35.676	34.860	35.230
di cui ricoveri residenti Zona di Lucca	27.817	25.353	25.013	25.249
ricoveri residenti Zona VdS	10.951	10.323	9.847	9.981
Ricoveri residenti nei Presidi ASL 2	27.647	25.332	24.392	24.460
Ricoveri residenti nelle Case di Cura	1.707	1.230	1.107	874
Fughe (solo regionali)	9.414	9.114	9.361	9.896
Attrazioni	5.782	5.276	4.836	4.348
Popolazione residente ASL 2	220.827*	220.827*	213.539**	215.964**
Tasso Ospedalizzazione ASL	175,5*	161,5*	163,2**	163,1**

N.B: Il tasso di ospedalizzazione per il periodo 2002-2003 (*) è stato calcolato usando la stessa popolazione del 2000, fornita dalla Regione Toscana con inclusi i ROM e gli stranieri; per il 2004 e 2005(**) viene utilizzato l'aggiornamento della popolazione fornita dalla RT, costituito, rispettivamente, dalle popolazioni ISTAT al 31/12/2002 ed al 31/12/2004 con l'aggiunta di una stima dei ROM e degli stranieri immigrati.

I ricoveri totali effettuati presso le nostre strutture sanitarie (quindi escludendo le fughe e comprendendo anche le attrazioni), nel corso del 2005, sono stati 28.808 (in riduzione di 420 pazienti rispetto al 2004) di cui 24.460 residenti (+68) e 4.348 attrazioni (-488).
In pratica la riduzione è da attribuire esclusivamente alle attrazioni.

3.2.1.1 Ricoveri ordinari (RO) e day-hospital (DH)

La valutazione delle modalità di ricovero, confrontando ricoveri ordinari e ricoveri in DH, evidenzia, nelle strutture ospedaliere della ASL, una riduzione percentuale, del ricorso al

DH: nel 2005 si è registrata, infatti, una percentuale del 25,9% di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri, rispetto al 27,7% del 2004.

Per poter operare confronti, sia temporali che geografici, tra dati di ospedalizzazione relativi a popolazioni diverse, eliminando l'influenza di alcuni fattori, quali ad esempio l'età, vengono utilizzati alcuni indicatori specifici, tra cui il tasso di ospedalizzazione standardizzato
Secondo i dati elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), nel 2004 la percentuale di dimessi per ricovero in day-hospital (DH), standardizzando per età, rappresenta il 33,65% del totale dei ricoveri della ASL 2 contro un dato medio regionale leggermente superiore, pari al 34,81% (Tabella 77).
Nella Piana di Lucca tale quota di ricoveri rappresenta il 34,88%.

Tabella 77 - Percentuale di dimessi per regime di ricovero (Ordinario e Day Hospital) standardizzata per età – Confronto anni 2003-2004

RESIDENZA	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Ordinari	Ricoveri in Day Hospital	Ricoveri in Day Hospital
	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2003	Anno 2004
AUSL 2 - Lucca	66,52	66,35	33,48	33,65
Valle del serchio	69,28	69,52	30,72	30,48
Piana di lucca	65,37	65,12	34,63	34,88
NORD-OVEST	66,66	64,61	33,34	35,39
REGIONE TOSCANA	67,06	65,19	32,94	34,81

3.2.1.2 Tipologia della patologia trattata

L'analisi dei ricoveri per tipologia delle patologie trattate, a livello di ASL, ma valida anche a livello di Zona-distretto, conferma, nel 2005, una variabilità evidenziata anche negli anni precedenti, con erogazione di tipologie di prestazioni molto eterogenee.
Tale variabilità è anche conseguenza della presenza, nei Presidi Ospedalieri aziendali, di tutta la gamma delle specialità di base e di due specialità a valenza regionale (chirurgia plastica e medicina e traumatologia sportiva). Tale analisi viene effettuata ricorrendo ai DRG (Disease Related Group) che rappresentano una categorizzazione omogenea dei ricoveri.
L'analisi della tipologia dei ricoveri fornisce anche delle indicazioni sui bisogni di salute, in termini di ricoveri, espressi dalla popolazione residente.

Le tipologie dei primi 20 DRG più frequenti rappresentano infatti il 36,4% circa del totale delle patologie trattate, confermando, in sostanza, l'eterogeneità delle tipologie trattate in azienda.

Risulta quasi invariata, rispetto all'anno precedente, la tipologia dei DRG più frequenti prodotti nelle strutture ospedaliere dell'ASL.
In particolare i DRG in assoluto più frequenti sono risultati anche per il 2005 il DRG 391 - Neonato normale ed il 373 - Parto vaginale senza complicazioni.
I tre DRG successivi sono stati, in ordine, il 127 - Insufficienza cardiaca e shock, il 410 – Chemioterapia, ed il 369 – Disturbi mestruali e malattie dell'apparato riproduttivo femminile.
A seguire poi troviamo il DRG 14 – Malattie cerebrovascolari ed il 503 – Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale, seguito dal 316 - Insufficienza renale.

3.2.1.3 Fughe

Le fughe indicano i ricoveri dei residenti effettuati in strutture sanitarie extra-ASL e naturalmente evidenziano un disagio per la popolazione di riferimento, oltre che un costo aggiuntivo per l'azienda.
Nel 2005 le fughe in altre ASL della Regione Toscana, esclusi i ricoveri nelle case di cura lucchesi convenzionate, sono state, in tutta l'ASL, 9.896, con un aumento di 535 unità rispetto al 2004.
Tra queste, i ricoveri non producibili (ricoveri per alta specialità e/o per specialità non presenti), hanno inciso per quasi il 10% sul totale.

L'analisi per tipologia di ricovero evidenzia che, tra le specialità presenti, i DRG di fuga più frequenti sono stati: il DRG 391 – Neonato normale, il 373 – Parto per via vaginale, il 410 – Chemioterapia, il 503 – Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale, il 359 – Interventi su utero ed annessi ed il 209 – Interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti.
La quota maggiore di ricoveri per alta specialità e/o per specialità non presenti è rappresentata soprattutto da interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea, seguito da interventi maggiori sul torace, craniotomia ed interventi sulle valvole cardiache.

3.2.1.4 Attrazioni

Le attrazioni rappresentano i ricoveri di soggetti provenienti da altre ASL (non residenti) nelle strutture sanitarie dell'ASL 2. Nel 2005 sono stati effettuati 4.348 ricoveri di soggetti non residenti (calcolati secondo le nuove direttive della R.T.), con una riduzione di 488 unità rispetto al 2004.
Le principali attrazioni (sempre rappresentate dai DRG) sono risultate quelle relative ai ricoveri per disturbi mestruali e malattie dell'apparato riproduttivo femminile seguite da interventi sul ginocchio senza diagnosi principale, dal neonato sano e parto vaginale, da malattie maggiori della cute, e da aborto e raschiamento.

3.2.1.5 Indicatori di performance

A seguire vengono elencati altri indicatori di performance e di qualità dell'assistenza ospedaliera estratti dalla Relazione Sanitaria Aziendale.

Tasso di ospedalizzazione

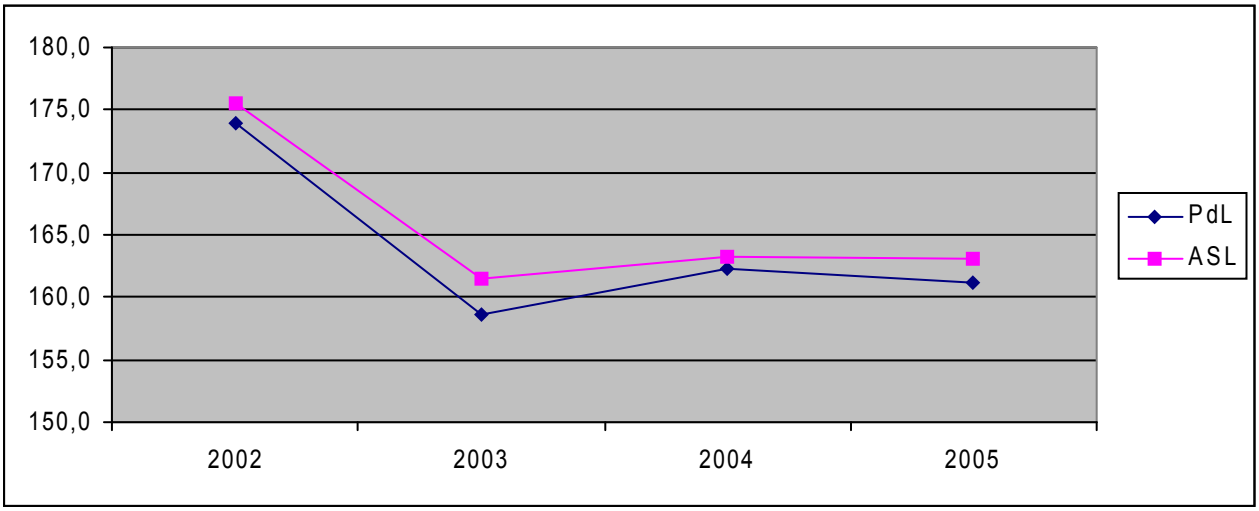
Il tasso di ospedalizzazione esprime il bisogno di ricoveri annuo della popolazione residente.
Nella Tabella 78 (estratta dalla Relazione Sanitaria Aziendale – dati attività 2005) si evidenzia un andamento piuttosto irregolare di tale tasso da imputare soprattutto alle modalità di calcolo (legate agli indirizzi della Regione Toscana): ad esempio l'aumento registrato nel 2004 rispetto all'anno precedente (163,2/1000 ab. vs 161,5/1000), è da imputare soprattutto al denominatore della formula di calcolo, variato rispetto agli anni precedenti: esso è rappresentato dalla popolazione di ASL (costituita, in genere, dall'ultima popolazione ISTAT disponibile con l'aggiunta delle stime dei ROM e degli stranieri) che la Regione Toscana fa utilizzare a tutte le ASL per avere dati confrontabili; nel 2004, dopo circa 4 anni di popolazione di consistenza numerica invariata, la RT aveva inviato una popolazione ISTAT aggiornata al 31/12/2002, che, pur con l'aggiunta della stima dei ROM e degli stranieri, risultava inferiore di quasi 7.500 unità rispetto alle precedenti, rendendo di fatto poco confrontabile il tasso così ottenuto.

Nel 2005, comunque, il tasso di ospedalizzazione risulta quasi invariato rispetto all'anno precedente.

Tabella 78 – Andamento tasso di ospedalizzazione ASL 2 e Piana di Lucca – Periodo 2002-2005

T.O.	2002	2003	2004	2005
PdL	174,0	158,6	162,3	161,2
ASL	175,5	161,5	163,2	163,1

Figura 61 – Andamento tasso di ospedalizzazione ASL 2 e Piana di Lucca – Periodo 2002-2005

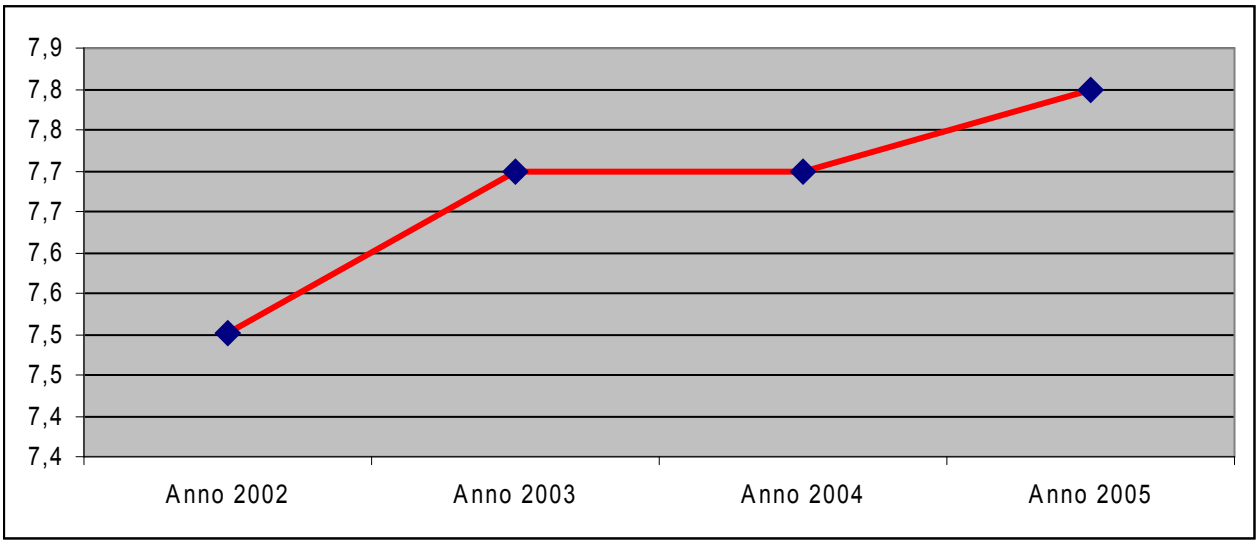


In riduzione, rispetto agli anni precedenti, appare invece il ricorso alle Case di Cura accreditate presenti sul territorio dell'ASL 2 (-233 ricoveri).

Degenza media

La degenza media, che rappresenta il numero medio di giornate di occupazione di ciascun posto letto per paziente ricoverato, risulta di 7,8 giorni per i ricoveri ordinari nel 2005 contro i 7,7 del 2004 (Figura 62) non evidenziando quindi grosse variazioni rispetto all'anno precedente.

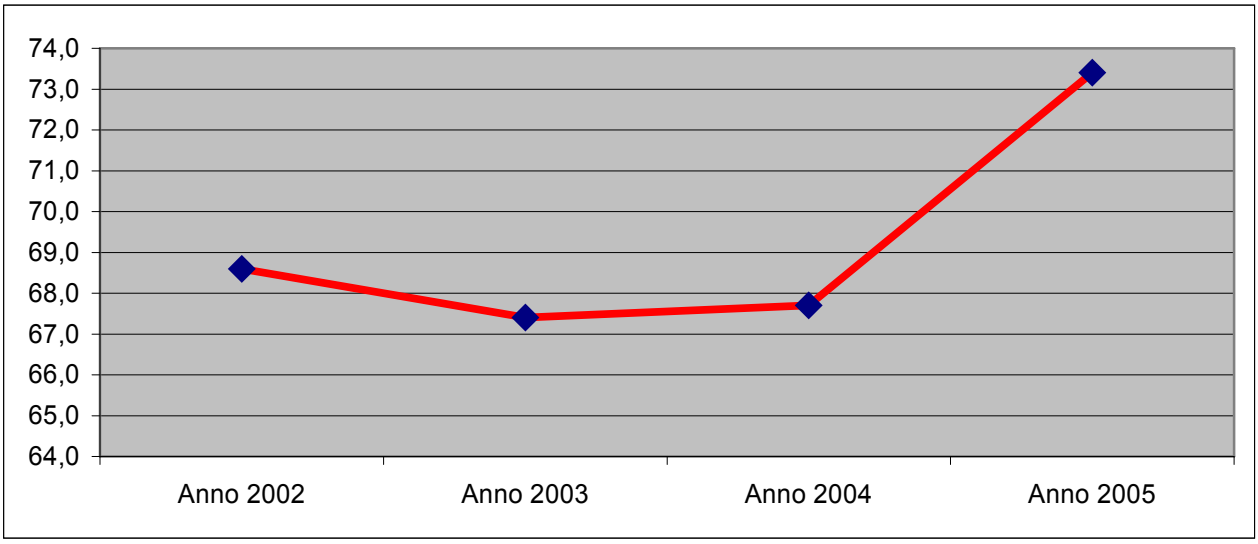
Figura 62 – Andamento della degenza media nell'ASL 2 - Periodo 2002-2005



Tasso di occupazione dei posti letto

Il tasso di occupazione dei posti letto, che esprime il grado di utilizzo delle strutture di degenza ordinaria, è passato dal 67,7% del 2004 al 73,4% del 2005 (Figura 63); tale netta differenza può essere attribuibile, in parte, ad una riduzione di circa 50 posti letto rispetto all'anno precedente; esso costituisce comunque un indice di miglior utilizzo dell'ospedale.

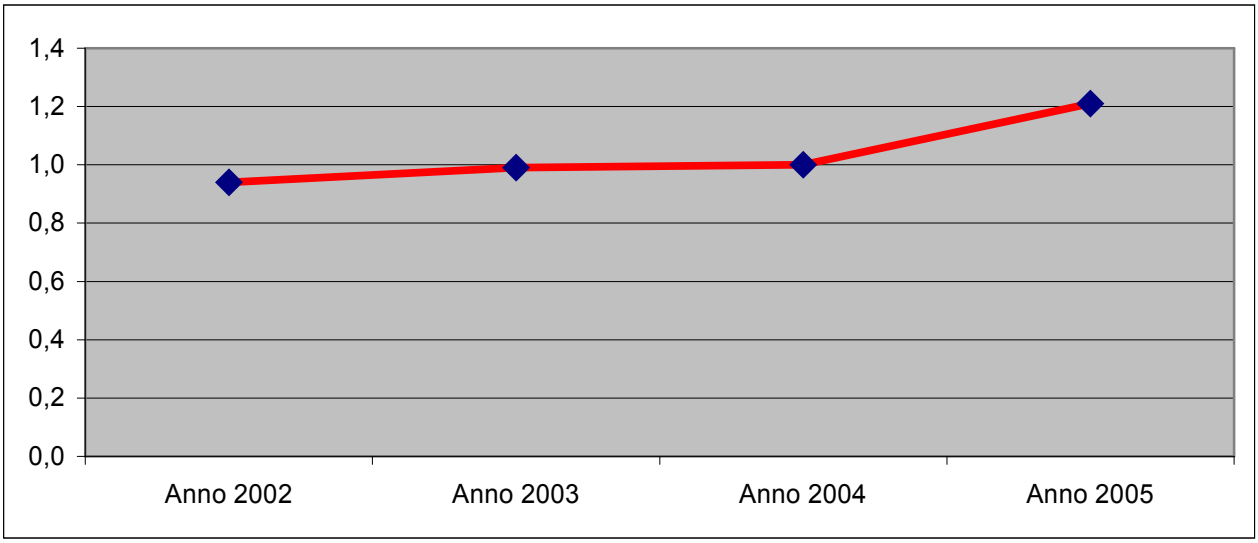
Figura 63 – Andamento del tasso di occupazione dei posti letto nell'ASL 2 - Periodo 2002-2005



Peso medio dei DRG

Il peso medio dei ricoveri è un indicatore di performance ed esprime la complessità dei trattamenti: più è elevato, più la casistica dei ricoveri è complessa.
L'analisi di tale indicatore, per i ricoveri totali (Figura 64), registra una variazione netta passando da 1,00 nel 2004 a 1,21 nel 2005 ma, pur confermando il trend in aumento, risulta non comparabile con gli anni precedenti a causa di una variazione del sistema di valorizzazione dei pesi a livello regionale.

Figura 64 – Andamento del peso medio dei ricoveri nell'ASL 2 - Periodo 2002-2005



3.2.1.6 Alcuni indicatori elaborati dall'Agenzia Regionale di Sanità

Indici di copertura e di mobilità (elaborazioni ARS)

L'Agenzia Regionale di Sanità ha elaborato i dati relativi ad alcuni indici di copertura e mobilità riferiti all'ASL 2 e relativi all'anno 2004, e confrontati con il livello di Area Vasta Nord Ovest e con i valori medi regionali (Tabella 79).

La quota di residenti nella ASL 2 che nel 2004 si è ricoverata in strutture ospedaliere aziendali è risultata del 70,16%, contro una media regionale del 58,01%.
Il 4,04% dei residenti della ASL 2 si è ricoverata in strutture fuori regione (contro una media regionale del 5,98%), mentre il restante 25,81% ha fatto ricorso ad un'Azienda ospedaliera o ad un presidio ospedaliero di un'altra ASL ma sempre all'interno della Regione Toscana (la media regionale è pari a 36,01%).

Nella Piana di Lucca il 68,65% dei soggetti si ricovera in strutture ospedaliere aziendali, il 27,45% si ricovera in presidi fuori ASL ma intraregionali e il 3,98% si reca fuori regione.

Tabella 79 – Percentuali di ricoveri di residenti in strutture ASL 2, in strutture extra-ASL 2 intraregionali ed in strutture extraregionali

RESIDENZA	Percentuale ricoverati in strutture sanitarie nella ASL di residenza	Percentuale ricoverati in strutture sanitarie nella ASL/AO non di residenza ma intraregionale	Percentuale ricoverati in strutture sanitarie nella ASL/AO non di residenza ma extraregionale
	Anno 2004		
AUSL 2 - Lucca	70,16	25,81	4,04
Valle del Serchio	74,03	21,54	4,43
Piana di lucca	68,65	27,45	3,89
NORD-OVEST	60,1	33,80	6,1
REGIONE TOSCANA	58,01	36,01	5,98

Tassi di ospedalizzazione standardizzati (elaborazione dati ARS)

L'ARS ha provveduto anche a standardizzare il tasso di ospedalizzazione.
Secondo i dati ARS, nel 2004 il tasso grezzo totale di ospedalizzazione registrato nella ASL 2 è pari a 171,36*1.000; il tasso di ospedalizzazione, standardizzato sulla popolazione Europea, registrato nella ASL 2 per entrambi i sessi è invece pari a 137,71 per 1.000 residenti, e risulta inferiore al dato medio regionale (144,90) in modo statisticamente significativo .

Differenziando per sesso, i valori registrati nella ASL 2 (141,19 per i maschi e 137,12 per le femmine) sono inferiori alla media regionale (143,36 nei maschi e 148,96 nelle femmine), ma solo per le donne il dato risulta statisticamente significativo.
Situazione analoga si registra anche per la Zona-distretto Piana di Lucca, con tassi di ospedalizzazione standardizzati pari a 138,47*1.000 per i totali e 142,12 e 137,60 per maschi e femmine rispettivamente.

Nelle Tabelle 80 e 81 sono rappresentati i valori totali dei ricoveri e l'andamento del tasso di ospedalizzazione per fasce di età nel 2004: si osservano tassi elevati nei bambini, valori

che si riducono nelle classi di età adulte e successivamente riprendono nuovamente a crescere negli anziani a partire dai 65 anni.
Si evidenziano inoltre differenze tra i due sessi: a parità di fascia d'età, le femmine mostrano sempre tassi di ospedalizzazione inferiori a quelli dei maschi, ad eccezione della fascia di età che corrisponde al periodo di fertilità della donna. Il divario tra i due sessi è particolarmente evidente nelle classi di età anziane.

Tabella 80 – Ricoveri totali* dei residenti – ASL 2 e Zone-distretto – Anno 2004

RESIDENZA	Numero casi		
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2 - Lucca	17510	18982	36492
Valle del Serchio	5025	5308	10333
Piana di Lucca	12485	13674	26159
AV Nord-Ovest	104785	117637	222422
Regione Toscana	294663	337165	631828

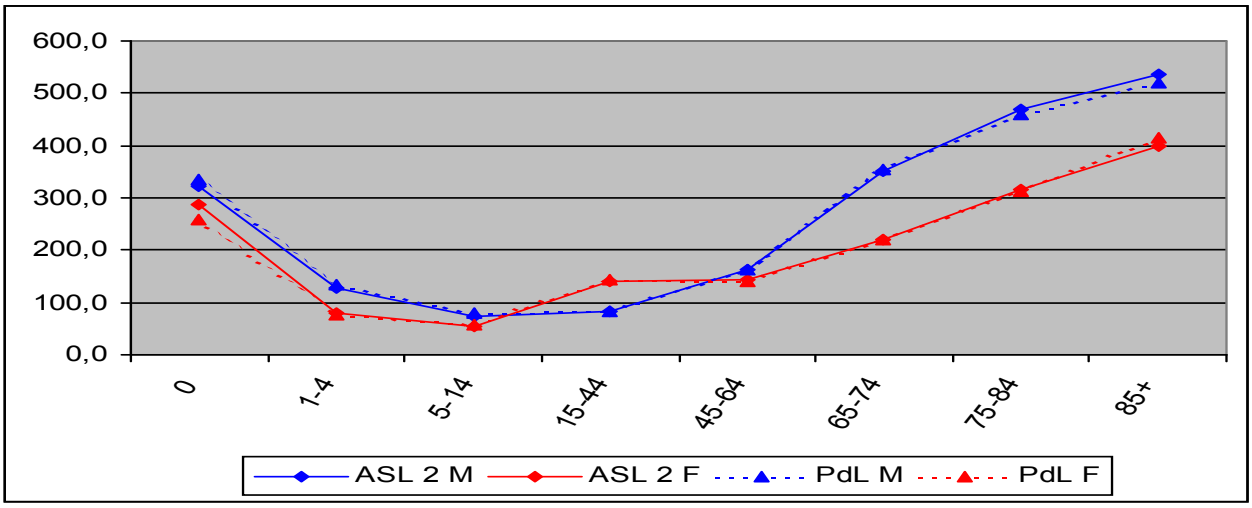
**valori totali, non confrontabili con i dati della Relazione Sanitaria Aziendale per la diversa impostazione di raccolta dati*

Tabella 81 - Tassi specifici di ospedalizzazione per classi di età esclusi neonati sani. Anno 2004

RESIDENZA	Inferiori a 1 anno	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85 e +
ASL 2 - Lucca	304,3	104,52	64,62	111	153,69	280,24	372,71	437,26
Valle del Serchio	319,25	98,44	56,75	107,48	159,78	275,1	381,79	426,14
Piana di Lucca	299,38	106,59	67,54	112,28	151,37	282,37	368,78	442,41
AV Nord-Ovest	331,12	118,4	71,34	118,73	163,53	291,85	388,85	430,27
Regione Toscana	331,04	117,43	76,7	117,67	156,72	281,97	384,7	436,87

L'andamento del tasso di ospedalizzazione per la Zona-distretto Piana di Lucca è molto simile a quello dell'intera ASL, con un certo dislivello nelle fasce di età più estreme (Figura 65).

Figura 65 – Tasso di ospedalizzazione (per 1.000 residenti) per fasce di età e per sesso (M = maschi, F = femmine) - ASL 2 e Piana di Lucca - Anno 2004.



Tassi di ospedalizzazione per causa specifica (elaborazione dati ARS)

All'interno delle misure di ospedalizzazione, sono state esaminate, sempre sulla base delle elaborazioni ARS; alcune tra le patologie che rappresentano le principali cause di

ospedalizzazione, sia in termini di frequenza sia perché possono riguardare una quota specifica di popolazione.

In particolare, l'analisi ha riguardato:

- tumori totali e tumori del polmone, colon retto e mammella
- malattie dell'apparato circolatorio
- malattie dell'apparato respiratorio
- traumatismi

Nella Tabella 82 sono riportati i tassi di ospedalizzazione standardizzati (sulla popolazione Europea, per 1.000 residenti), nell'anno 2004, per le cause selezionate, sia relativi all'ASL 2, che differenziati per Piana di Lucca e Valle del Serchio e confrontati con i valori medi della Regione Toscana.

L'analisi dei dati evidenzia tassi di ospedalizzazione superiori in modo statisticamente significativo al valore regionale per i tumori del polmone, solo nei maschi (sia nella ASL che nella Piana; evidenzia invece tassi inferiori in modo statisticamente significativo, solo nelle femmine:

- per i tumori totali (sia nella ASL che nella Piana di Lucca),
- per malattie dell'apparato respiratorio (ASL, Piana di Lucca e Valle del Serchio) e
- per traumatismi (solo nella ASL).

Il tasso di ospedalizzazione per traumatismi risulta inferiore al valore regionale in entrambi i sessi nella Valle del Serchio, e sempre in modo statisticamente significativo.

3.2.2 Prestazioni ambulatoriali

Le prestazioni ambulatoriali totali erogate nel 2005 dalle strutture sanitarie aziendali risultano (secondo i dati del Sistema Informativo aziendale relativi a tutte le prestazioni aziendali erogate, comprese quelle ai pazienti ricoverati) n. 5.304.660, stabili rispetto a 5.313.105 prestazioni prodotte l'anno precedente.
Le 5 specialità a più alta frequenza di richiesta di prestazioni risultano essere: Laboratori, Riabilitazione, Rx Tradizionale, Cardiologia ed Ecografia.

3.2.2.1 Fughe ambulatoriali

Le fughe ambulatoriali all'interno della Toscana risultano 288.715 contro 336.957 del 2004, quindi in riduzione rispetto all'anno precedente.
Come per le prestazioni erogate, le 5 specialità con fughe più frequenti risultano essere: Laboratori, Riabilitazione, Rx Tradizionale, Ecografia e Cardiologia.

Tabella 82 - Tassi di ospedalizzazione standardizzati (sulla popolazione Europea) per alcune cause e per sesso. Tassi x 1.000 residenti – Anno 2004.

Tumori totali			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	17,63	16,23	16,62
Piana di Lucca	17,75	16,12	16,62
Valle del Serchio	17,48	16,59	16,69
Regione Toscana	17,28	17,12	16,90
Tumore del polmone			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	1,91	0,44	1,11
Piana di Lucca	1,87	0,47	1,10
Valle del Serchio	2,00	0,37	1,12
Regione Toscana	1,45	0,35	0,84
Tumore del colon retto			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	1,04	0,72	0,85
Piana di Lucca	1,12	0,69	0,87
Valle del Serchio	0,83	0,80	0,78
Regione Toscana	1,00	0,66	0,80
Tumore della mammella			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2		1,80	
Piana di Lucca		1,73	
Valle del Serchio		2,02	
Regione Toscana		1,62	
Malattie del sistema circolatorio			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	24,09	13,06	18,10
Piana di Lucca	23,61	12,69	17,70
Valle del Serchio	25,12	13,92	19,03
Regione Toscana	23,85	13,46	18,22
Malattie del sistema respiratorio			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	12,45	7,58	9,82
Piana di Lucca	12,24	7,44	9,65
Valle del Serchio	12,98	7,92	10,23
Regione Toscana	12,99	8,46	10,55
Traumatismi			
	Maschi	Femmine	Totali
ASL 2	14,08	8,71	11,54
Piana di Lucca	14,65	9,40	12,16
Valle del Serchio	12,60	6,90	9,91
Regione Toscana	14,76	9,61	12,31

N.B.: in verde evidenziati i valori inferiori al dato regionale in modo statisticamente significativo; in giallo i valori superiori

Ospedalizzazione - SINTESI

- Nel 2005 il numero totale di ricoveri dei residenti nella Zona-Distretto Piana di Lucca è stato di 25.249, con un andamento stabile negli ultimi tre anni. Anche il grado di copertura del fabbisogno interno (cioè la quota di residenti curati presso le strutture dell'ASL) risulta abbastanza stabile, intorno al 70%.

- I ricoveri più frequenti (misurati attraverso il sistema dei DRG) sono risultati, in ordine, quelli legati all'evento nascita, all'insufficienza cardiaca e shock, alla chemioterapia, a disturbi e malattie dell'apparato riproduttivo femminile, alle malattie cerebrovascolari, ad interventi sul ginocchio, all'insufficienza renale.

- Il tasso di ospedalizzazione, che esprime il bisogno di ricoveri annuo della popolazione residente, è stato, nella Piana di Lucca, di 161,5 ricoveri/1000 abitanti nel 2005, abbastanza stabile negli ultimi tre anni, ed inferiore a quello totale di ASL.

- La degenza media, che rappresenta il numero medio di giornate di occupazione di ciascun posto letto per paziente ricoverato, risulta, a livello aziendale, di 7,8 giorni per i ricoveri ordinari nel 2005.

- Il tasso di occupazione dei posti letto, che esprime il grado di utilizzo delle strutture di degenza ordinaria, è stato del 73,4% nel 2005, in aumento rispetto all'anno precedente.

- Sulla base di elaborazioni dell'Agenzia Regionale di Sanità, sono state esaminate alcune tra le patologie che rappresentano le principali cause di ospedalizzazione nell'anno 2004: l'analisi dei dati evidenzia tassi di ospedalizzazione superiori in modo statisticamente significativo al valore regionale per i tumori del polmone, solo nei maschi (sia nella ASL che nella Piana di Lucca); si rilevano invece tassi inferiori in modo statisticamente significativo, solo nelle femmine:
  - per i tumori totali (sia nella ASL che nella Piana di Lucca),
  - per malattie dell'apparato respiratorio (ASL, Piana di Lucca e Valle del Serchio)

- Le prestazioni ambulatoriali totali erogate nel 2005 dalle strutture sanitarie aziendali risultano (secondo i dati del Sistema Informativo aziendale relativi a tutte le prestazioni aziendali erogate, comprese quelle ai pazienti ricoverati) circa 5,3 milioni, stabili rispetto a l'anno precedente.
- Le 5 specialità a più alta frequenza di richiesta di prestazioni risultano essere: Laboratori, Riabilitazione, Rx Tradizionale, Cardiologia ed Ecografia.

3.3. PROCREAZIONE E SALUTE DEL NEONATO E DELLA DONNA

Nell'anno 2005 la popolazione nella fascia d'età dell'infanzia ed età evolutiva (0-14 anni) residente nel territorio della ASL 2 di Lucca rappresenta il 12,2% della popolazione totale (pari a 26.887 unità); differenziando per Zona-Distretto si rileva un valore percentuale analogo (il 12,5%) anche nella Piana di Lucca (20.207 unità).

3.3.1 Parti

I parti totali (donne residenti e non) nelle strutture sanitarie dell'ASL 2 nel 2005 sono stati 1504, di cui 954 presso il Presidio Ospedaliero di Lucca e 550 presso lo Stabilimento Ospedaliero di Barga. I neonati totali sono stati 1519.
A Lucca sono nati vivi 957 bambini a seguito di 954 parti; n. 6 neonati risultano nati morti (di cui 5 già al momento del ricovero della madre); n. 106 sono stati ricoverati presso la Sezione neonatale.
Nella Valle di Serchio, a seguito di 550 parti sono nati vivi 562 bambini, dei quali 84 ricoverati.

Il tasso di natalità a livello aziendale, secondo le elaborazioni dell'ARS, è passato da 7,5 per mille del 2001 a 8,18 per 1000 nel 2003 (l'8,50 nella Piana di Lucca ed il 7,37 nella Valle del Serchio), misura che non si discosta molto dal valore medio regionale (8,13 per mille).

Un dato interessante, sempre fornito dall'ARS, è relativo al luogo dove viene effettuato il parto rispetto alla ASL di residenza della donna.
Nel 2004, a livello regionale, solo il 3% delle donne residenti in Toscana ha partorito fuori regione, percentuale che per la ASL di Lucca è risultata dell'1,2%.
Elevata invece è risultata la mobilità intra-regionale: il 24,0% delle donne residenti nella ASL 2 effettua il parto in un'ASL toscana diversa da quella di residenza. Il valore registrato a Lucca è secondo solo a quello della ASL di Empoli, pari al 30,5%.

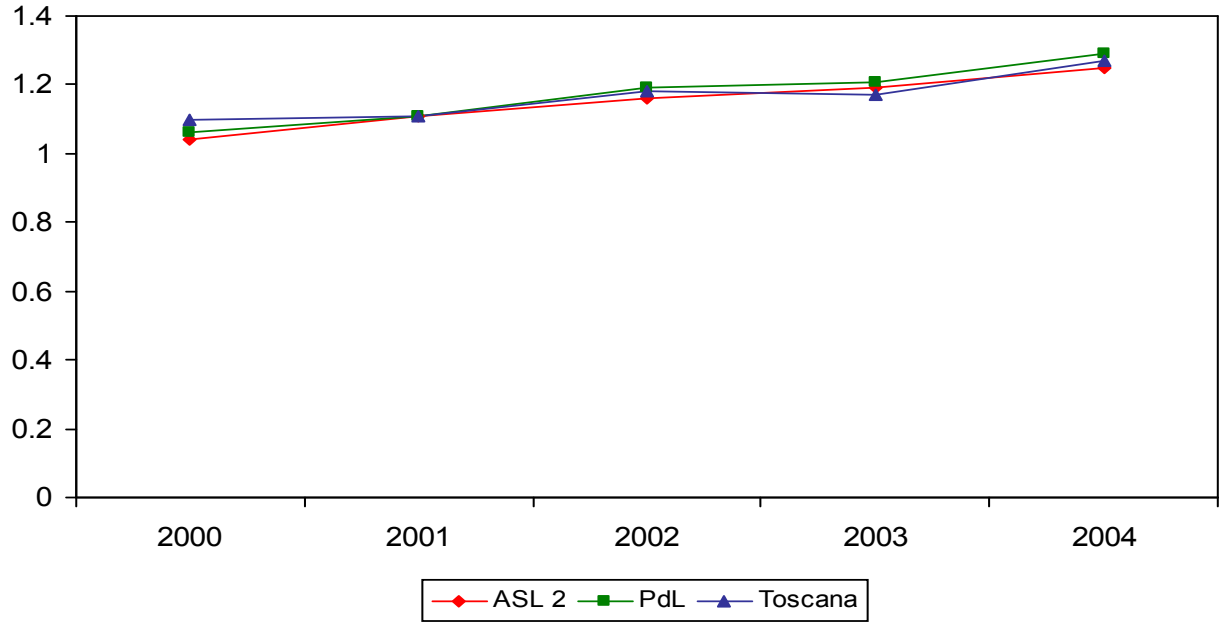
Le gravidanze multiple, considerate più a rischio rispetto alle gravidanze normali, si sono ridotte notevolmente in tutti i paesi industrializzati, Italia compresa, a partire dagli anni '50 e fino agli anni '80, con una frequenza passata da 12,6 (1 su 79 parti) a 9,6 (1 su 104) parti multipli per 1000 parti. Tale frequenza ha poi avuto una leggera ripresa in seguito alla moltiplicazione di tecniche per la procreazione assistita.
Nella ASL 2, nel triennio 2002-2004, la percentuale di nati da parto plurimo (numero di nati, vivi e morti, da parto plurimo sul totale dei nati, vivi e morti, per 100) risulta pari al 2,29% (inferiore al valore medio regionale, 2,58%); il dato registrato nella Piana di Lucca - 2,28% - è sovrapponibile al valore medio aziendale.

Il tasso di fecondità totale esprime il numero medio di figli per donna in età fertile (15-49 anni). E' da tenere presente che un tasso di 2,1 figli per donna corrisponde al numero di figli che ciascuna donna dovrebbe avere per sostituire nella generazione successiva se stessa e il proprio partner.
Nella Figura 66 è riportato l'andamento del tasso per la Toscana, l'ASL 2 e la Zona-distretto Piana di Lucca, relativamente al periodo 2000-2004.

Pur presentando un andamento in crescita nel quinquennio considerato, il tasso di fecondità nella ASL 2 (così come nell'intera regione Toscana) è ancora lontano dal tasso

di sostituzione di 2,1: nel 2004 si è registrato un valore pari a 1,25, in linea con il dato medio regionale (1,27).
Nella Piana di Lucca il tasso di fecondità è pari a 1,29, di poco superiore al dato medio aziendale.

Figura 66 – Andamento del tasso di fecondità totale (x 1.000 donne tra i 15 e i 49 anni) – Periodo 2000-2004. Toscana, ASL 2 e Zona-distretto Piana di Lucca.



3.3.1.1 Caratteristiche demografiche delle madri

L'età media della donna al parto registrata nella ASL 2 nel 2004 è pari a 31,21 anni, di poco inferiore al valore medio regionale (31,34 anni). Come per la regione, anche per l'ASL 2 si registra un incremento, seppure lieve, di questo indicatore nell'ultimo triennio: si passa dal 31,01 nel 2002 al 31,21 nel 2004.

L'influenza delle donne straniere sulle dinamiche demografiche della popolazione è sempre più importante: è grazie a loro infatti, che i tassi di fecondità e di natalità non sono in netto declino e la popolazione residente si mantiene più o meno stabile.
Considerando la cittadinanza, nel 2004 le donne straniere che hanno partorito nella ASL 2 (229 in totale) hanno rappresentato il 13,1%, valore inferiore al dato medio regionale (16,2%); il 93,4% di queste proviene dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria (PFPM – i Paesi dell'America Centrale e del Sud, dell'Africa, dell'Europa Orientale e dell'Asia ad eccezione di Giappone ed Israele e gli apolidi), il restante 6,6% da quelli a sviluppo avanzato (PSA – i Paesi dell'America del Nord, dell'Europa Occidentale, dell'Oceania, il Giappone e Israele).

3.3.1.2 Parti cesarei

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un notevole aumento della frequenza di parti cesarei, passando dall'11,2% del 1980 al 36,7% del 2003, raggiungendo valori tra i più elevati a livello mondiale. Il Ministero della Salute ha individuato una soglia di appropriatezza del 15-20% (D.M. del 12/12/2001).

Nel 2004 in Toscana (fonte: CAP – pubblicazione ARS) si è registrata una percentuale di parti cesarei pari al 27,5%, valore inferiore alla media nazionale (35%), ma ancora distante dalla soglia del 20% indicata dal Piano Sanitario Nazionale (PSN).
Nella ASL 2 la percentuale di parti cesarei registrata nel 2004 è del 24,7%, inferiore al dato medio regionale (Figura 67).
Considerando le singole strutture di erogazione, nel Presidio Ospedaliero della Piana di Lucca si registra un valore pari al 21,3%.

Nel 2005, i dati rilevati dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) evidenziano che nel PO (Presidio Ospedaliero) di Lucca i parti spontanei sono stati 756 ed i cesarei 198 (pari al 20,8%); nel PO di Barga i parti spontanei sono stati 377 e quelli espletati con taglio cesareo 173 (pari al 31,5%).

Figura 67 – Percentuali di parti cesarei per struttura di erogazione - Anni 2002-2004 (fonte ARS - Nascere in Toscana)

Aziende Sanitarie di erogazione	Punti nascita	Tipologia punto nascita[1]	2002		2003		2004	
			Tot. parti	% cesarei	Tot. parti	% cesarei	Tot. parti	% cesarei
	Osp. Civile Carrara	PO	599	37,2	612	31,9	577	37,3
	Osp. S. Antonio Abate Fivizzano	PO	45	55,6	24	54,2	62	53,2
	Osp. S. Antonio Abate Pontremoli	PO	142	28,9	103	23,3	66	24,2
	Osp. SS. Giacomo e Cristoforo di Massa	PO	694	24,6	865	20,9	670	21,5
Totale AUSL 1 - Massa			**1.480**	**31,3**	**1.604**	**25,7**	**1.375**	**29,7**
	Osp. S. Francesco Barga	PO	547	37,3	545	31,6	532	31,2
	Presidio Ospedaliero Piana di Lucca	PO	1.094	25,9	1.054	21,7	1.016	21,3
Totale AUSL 2 - Lucca			**1.641**	**29,7**	**1.599**	**25,1**	**1.548**	**24,7**
	Spedali Riuniti di Pistoia	PO	1.009	25,3	995	27,2	1.099	28,7
	Ospedale della Valdinievole	PO	8	38	860	15,3	820	17,7
Totale AUSL 3 - Pistoia[2]			**1.017**	**25,3**	**1.855**	**21,7**	**1.919**	**24,0**
	Osp. Misericordia e Dolce Prato	PO	2.292	13,8	2.352	14,2	2.318	14,3
Totale AUSL 4 - Prato			**2.292**	**13,8**	**2.352**	**14,2**	**2.318**	**14,3**
	Presidio Ospedaliero "Felice Lotti"	PO	1.199	22,5	1.211	19,8	1.249	22,9
	Presidio Ospedaliero S. Maria Maddalena	PO	103	32,0	96	19,8	108	38,9
	Casa di cura privata San Rossore	PA	86	55,8	78	57,7	52	61,5
Totale AUSL 5 - Pisa			**1.388**	**25,3**	**1.385**	**21,9**	**1.409**	**25,6**
AOU	**AOU Pisana**	**AOU**	**1.674**	**41,9**	**1.752**	**41,7**	**1.971**	**40,6**
	Osp. Cecina	PO	588	27,2	599	33,9	666	33,2
	Osp. Portoferraio	PO	215	25,1	201	20,4	240	22,5
	Osp. Piombino	PO	352	33,6	335	33,1	292	31,5
	Osp. Livorno	PO	1.049	24,9	956	22,6	981	26,8
	n.n.						*1*	
Totale AUSL 6 - Livorno			**2.204**	**26,9**	**2.091**	**27,3**	**2.180**	**28,9**
	Ops. Riuniti della Val di Chiana	PO	510	25,1	558	29,6	570	24,9
	Monoblocco Ospedaliero Alta Val d'Elsa	PO	1.026	19,8	1.015	16,7	1.076	17,6
Totale AUSL 7 - Siena			**1.536**	**21,5**	**1.573**	**21,2**	**1.646**	**20,1**

3.3.1.3 Bambini prematuri

Nel triennio 2002-2004 i bambini prematuri (< 37 settimane di gestazione) nell'ASL 2, secondo le elaborazioni ARS, sono stati 304, pari al 5,97% del totale dei nati vivi; il dato è inferiore al valore medio regionale (6,81%) ed è uno tra i più bassi dopo le ASL di Viareggio e di Massa Carrara.
Nello stesso periodo nella Piana di Lucca i bambini prematuri sono stati 226, pari al 5,95%.

3.3.1.4 Soggetti affetti da malformazioni congenite

Le malformazioni congenite sono alterazioni della forma e della struttura del corpo umano presenti alla nascita o manifestatesi entro il primo anno di vita ed originatesi durante la vita intrauterina.
In Toscana è stato istituito il Registro Toscano Difetti Congeniti (RTDC), che provvede, attraverso appositi flussi, alla raccolta ed alla elaborazione di tutti i dati relativi alle

malformazioni congenite rilevate, a livello delle singole ASL o strutture private, alla nascita ed entro il primo anno di vita.

Nel triennio 2002-2004, secondo le elaborazioni ARS, il tasso di malformazioni congenite (ovvero il numero di soggetti affetti da almeno una malformazione, escludendo i difetti minori, per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 23,61.
Nella ASL 2 sono stati registrati complessivamente 189 soggetti affetti da almeno una malformazione, con un tasso del 37,81 ogni 1.000 nati vivi; il valore è nettamente superiore al dato medio regionale in modo statisticamente significativo, ed è il più alto tra tutte le ASL della Toscana.

3.3.2 Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e aborti

3.3.2.1 IVG

La legge 194/78 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", era stata promulgata con l'intento di ridurre il ricorso all'abortività clandestina, attraverso la messa a disposizione di strumenti e risorse pubbliche ed una maggiore sensibilizzazione nei riguardi della procreazione responsabile.
Questo ha comportato l'attivazione di strumenti di monitoraggio delle IVG che, oltre a diventare degli indicatori indiretti della gestione del controllo delle nascite da parte delle donne, permettono di evidenziare differenze di utilizzo per cittadinanza, età, stato civile, livello di istruzione e occupazione, fornendo quindi indicazioni utili per identificare gruppi di popolazione che necessitano di interventi mirati.

Nel 2004, in Italia, secondo le stime preliminari fornite dal Ministero della Salute, il tasso di abortività (numero di interruzioni volontarie di gravidanza per 1.000 donne in età feconda, 15-49 anni) è risultato pari a 9,9%, in aumento rispetto al dato definitivo del 2003 (9,6%).

Nella ASL 2, il tasso di abortività elaborato dall' Agenzia Regionale di Sanità sulla base dei dati delle SDO relative all'anno 2004, è risultato inferiore alla media regionale: 8,38 x 1000 vs 10,24 della Toscana, il più basso fra tutte le ASL della regione.

Nel 2005 le IVG totali (donne residenti e non) nell'ASL 2 sono state 338 e sono avvenute tutte nel PO di Lucca. A Barga tale servizio non viene, infatti, espletato.

3.3.2.2 Aborti spontanei

Sempre secondo i dati forniti dall'ARS e relativi al 2004, il tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo (tasso di abortività spontanea) nella fascia di età feconda (15-49 anni), registra nella ASL 2 un valore di 5,73 x 1000, inferiore al dato medio regionale (6,46x1000).

Nel 2005, nell'ASL 2, gli aborti spontanei (donne residenti e non) sono stati 224, di cui 135 a Lucca e 89 a Barga.

3.3.3 Mortalità infantile

La mortalità infantile, quota della mortalità generale, rappresenta un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione nel suo complesso, essendo collegata sia a fattori endogeni prenatali (malformazioni congenite) e/o legati al parto (cause di morte di origine perinatale), sia a fattori esogeni di tipo socio-ambientale.

Il tasso di mortalità infantile (numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi) continua a decrescere, in particolare in Toscana, dove la mortalità infantile è più bassa rispetto alla media nazionale.
A confronto con le altre regioni la Toscana è quella che nell'anno 2002 fa registrare il numero più basso di decessi entro il primo anno di vita: 2,008 x 1.000, contro un valore massimo di 6,944 x 1.000 registrato in Basilicata (fonte: pubblicazione ARS).

Nella ASL 2 nel triennio 2002-2004 il *tasso di mortalità infantile* è risultato pari a 2,06 x 1.000 (in riduzione rispetto ai trienni precedenti), ma leggermente superiore al dato medio regionale per lo stesso periodo (1,85 x 1.000).

Elaborazioni del Registro di Mortalità Regionale, relative al triennio 2001-2003, hanno evidenziato che il 55,5% dei decessi entro il primo anno è dovuto a cause di origine perinatale (prematurità, difficoltà respiratorie, sofferenza perinatale e altro), il 30% è dovuto a malformazioni congenite ed il restante 15,5% ad altre cause.

Il tasso di natimortalità, ovvero il numero di nati morti per 1000 nati vivi, nel triennio 2002-2004 per la ASL 2 è risultato pari al 3,73 x 1.000, superiore al valore medio regionale di 3,19 x 1.000 (Tabella 83 - fonte: ARS).
Nella Piana di Lucca il tasso di natimortalità registrato è pari a 3,68 x 1.000 nati vivi.

Tabella 83 – Tasso di natimortalità per ASL di residenza della madre. Periodo 2002-2004

Tabella 1 - Stato in vita del neonato e tasso di natimortalità per AUSL di residenza della madre - Triennio 2002-2004

Az.USL di residenza della madre	Stato in vita		Tasso di natimortalità*
	Nato vivo	Nato morto	
AUSL 1 - Massa	3547	5	1,41
AUSL 2 - Lucca	5096	19	3,73
AUSL 3 - Pistoia	5618	20	3,56
AUSL 4 - Prato	6422	20	3,11
AUSL 5 - Pisa	7840	31	3,95
AUSL 6 - Livorno	7431	34	4,58
AUSL 7 - Siena	5883	10	1,70
AUSL 8 - Arezzo	7747	31	4,00
AUSL 9 - Grosseto	4167	11	2,64
AUSL 10 - Firenze	19392	60	3,09
AUSL 11 - Empoli	5819	8	1,37
AUSL 12 - Viareggio	3718	15	4,03
Fuori regione	2654	10	3,77
Residenti all'estero	1961	8	4,08
n.r.	327	2	-
Totale	**87.622**	**284**	**3,24**

*) Tasso di natimortalità: nati morti/nati vivi per 1.000

Nel triennio 2002-2004 *il tasso di mortalità perinatale* (ovvero i morti nei primi 6 giorni di vita, compresi i nati morti per ogni 1000 nati - sia vivi che morti) registrato nella ASL 2 è stato di 5,23 x 1.000, più alto rispetto al dato medio regionale, (4,07) anche se non in modo statisticamente significativo. Risulta comunque uno dei valori più elevati registrato nelle ASL della Toscana dopo quello della ASL 12 della Versilia (5,50 x 1.000).

Di seguito vengono elencati alcuni elementi di sintesi tratti dalla pubblicazione ARS "Nascere in Toscana" e relativi, naturalmente a tutta la regione.
Gli elementi di maggior rilievo che emergono dalla lettura dei dati toscani sono:

- l'innalzamento dell'età media dei genitori al parto (pari nel 2004 a 31,3 anni per la madre e 34,6 anni per il padre);
- il progressivo aumento della quota di nascite fuori dal matrimonio (19,8% nel 2004 rispetto al 17% nel 2002);
- la quota sempre più rilevante di donne straniere che partoriscono in Toscana (16,2%) e i particolari aspetti che caratterizzano questa popolazione (età più bassa al parto, minore livello di scolarizzazione e di occupazione, minor numero di esami in gravidanza);
- la sostanziale stabilità negli anni di eventi sfavorevoli della gravidanza, quali le frequenza di nati sottopeso e/o pretermine e la tendenziale stabilità della natimortalità che però, nel 2004, ha manifestato una tendenza alla crescita;
- la generale tendenza (fatta eccezione per le straniere PFPM e per le donne con basso titolo di studio) ad effettuare un numero elevato di visite ed esami in gravidanza;
- il parto cesareo che, proporzionalmente al totale dei parti, tende a crescere negli anni e fa rilevare un elevato grado di eterogeneità tra i Punti nascita della regione.

Procreazione E Salute Del Neonato E Della Donna - SINTESI

- Nel 2005 ci sono stati 1504 parti totali (di donne residenti e non) nelle strutture sanitarie dell'ASL 2, di cui 954 presso il Presidio Ospedaliero di Lucca e 550 presso lo Stabilimento Ospedaliero di Barga. I neonati totali sono stati 1519.

- Il tasso di natalità aziendale (elaborazioni ARS), è passato da 7,5 per mille del 2001 a 8,18 per 1000 nel 2003 (8,50 nella Piana di Lucca), dato simile al valore medio regionale (8,13 per mille).
- Nel 2004, il 24,0% delle donne residenti nella ASL 2 ha effettuato il parto in un'ASL toscana diversa da quella di residenza.
- Nel 2004 il tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna in età fertile, 15-49 anni) nella ASL 2 è pari a 1,25, in linea con il dato medio regionale. Nella Piana di Lucca il tasso di fecondità è pari a 1,29.
- L'età media della donna al parto registrata nella ASL 2 è di circa 31 anni.

- La quota di parti cesarei registrata nel 2004 a livello aziendale è di circa un quarto del totale, inferiore al dato medio regionale, ma superiore alla soglia del 20% indicata dal Piano Sanitario Nazionale (PSN).

- Nel triennio 2002-2004 i bambini prematuri nella Piana di Lucca hanno rappresentato poco meno del 6% del totale dei nati vivi, valore inferiore a quello medio regionale e molto simile a quello aziendale.
- Nello stesso periodo è stato registrato il tasso di malformazioni congenite in tutta l'ASL 2 è risultato pari a 37,8 soggetti ogni 1.000 nati vivi, valore superiore al dato medio regionale.
- il tasso di abortività aziendale, nel 2004, è stato dell' 8,38 x 1000 mentre quello per aborto spontaneo è stato del 5,73 x 1000, entrambi inferiori ai valori medi regionali.

- Il tasso di mortalità infantile, relativo a tutta l'ASL 2 nel triennio 2002-2004, è risultato pari a 2,06 x 1.000 (in riduzione rispetto ai trienni precedenti), ma leggermente superiore al dato medio regionale (1,85 x 1.000).
- Il tasso di natimortalità nel triennio 2002-2004 è risultato pari a 3,73 x 1.000 nella ASL 2, e 3,68 x 1.000 nella Piana di Lucca, entrambi di poco superiori al valore medio regionale.

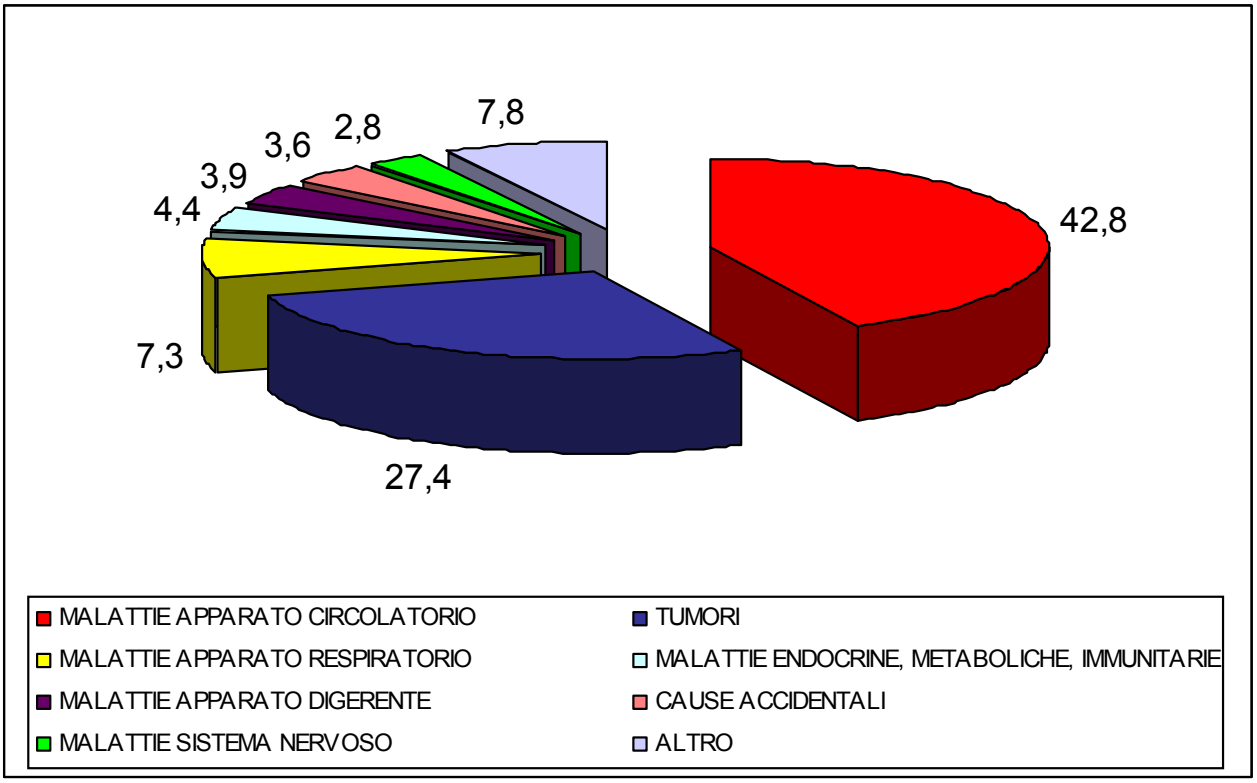
3.4. ANALISI DI MORTALITÀ GENERALE E PER CAUSE

L'analisi dei dati di mortalità relativa alla Zona-distretto Piana di Lucca è stata elaborata utilizzando l'archivio del Registro di Mortalità Regionale (RMR) – del CSPO (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica) – Istituto Scientifico della Regione Toscana, che dal 1987 raccoglie le schede di mortalità da tutte le aziende della regione e provvede a codificare le cause di morte secondo procedure nazionali standardizzate.
Attualmente sono disponibili i dati aggiornati all'anno 2003.

Nel 2003 nella zona distretto Piana di Lucca sono decedute in totale 1.866 persone, con una quota maggiore rappresentata dalla popolazione femminile: 1.003 donne, pari al 53,8% del totale, contro 863 maschi (46,2%).

Nelle Figure 68 e 69 vengono riportate le distribuzioni percentuali per le principali cause di morte, totali e per i due sessi separatamente, relativamente all'anno 2003.

Figura 68 – Distribuzione percentuale dei principali gruppi di cause di mortalità – Zona Piana di Lucca – Anno 2003 – *Maschi + Femmine*.



Per quanto riguarda la mortalità generale totale si può notare che quasi il 43% dei decessi è dovuta alle malattie dell'apparato circolatorio, oltre un quarto (27,4%) della mortalità è legata ai tumori e il 7,3% dei decessi è dovuto invece alle malattie dell'apparato respiratorio.

Figura 69 – Distribuzione percentuale dei principali gruppi di cause di mortalità – Zona Piana di Lucca – Anno 2003 – *Maschi*.

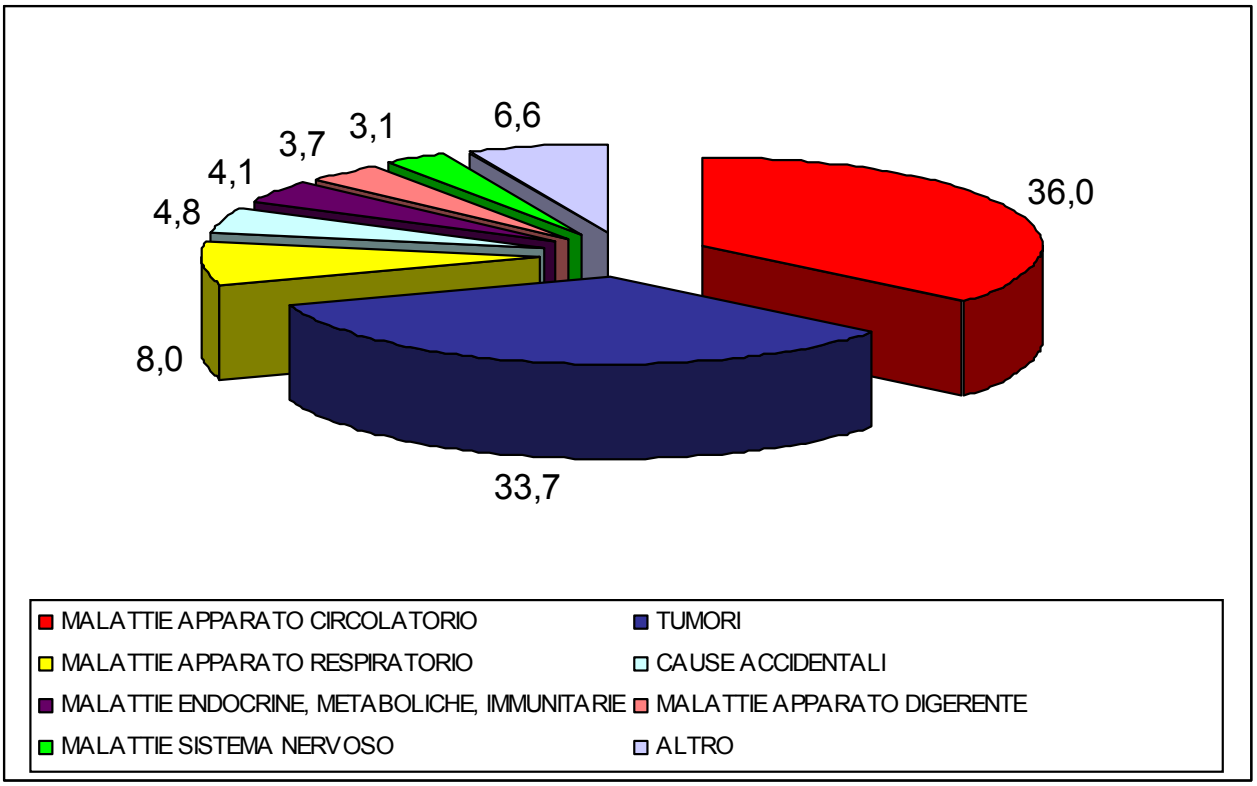
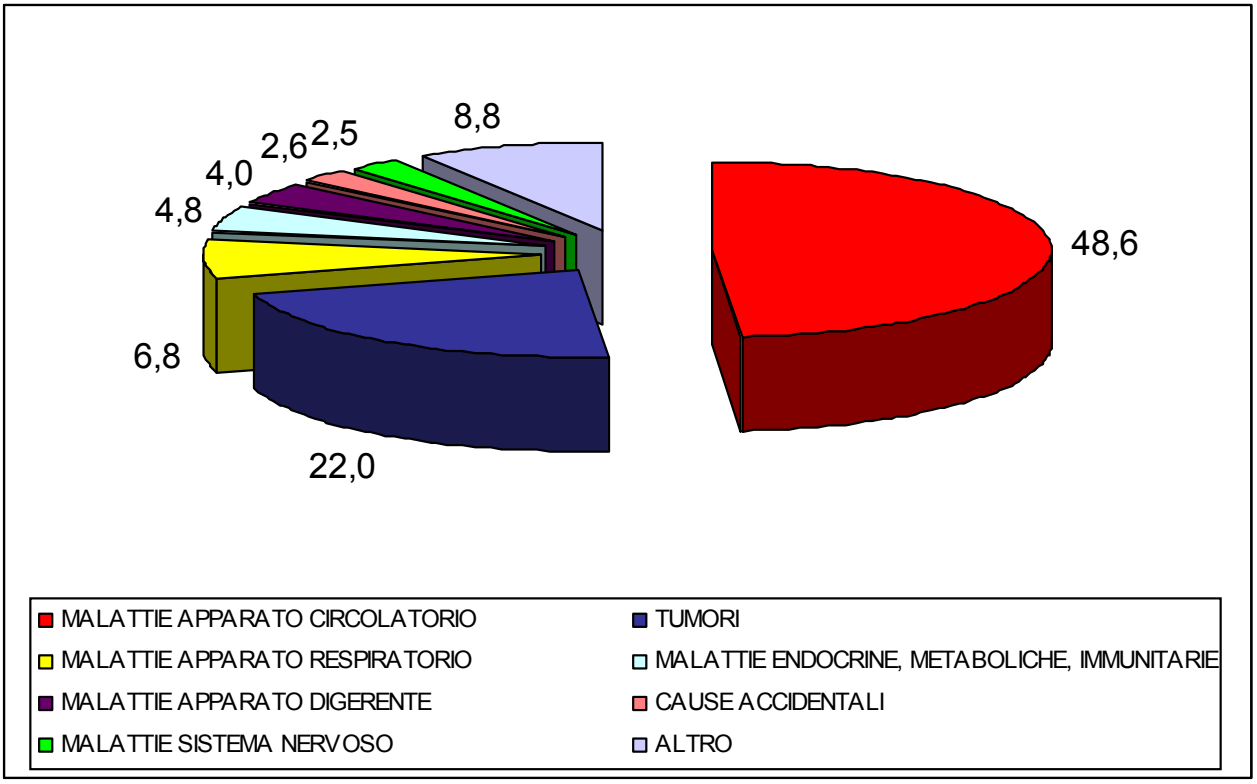


Figura 70 – Distribuzione percentuale dei principali gruppi di cause di mortalità – Zona Piana di Lucca – Anno 2003 – *Femmine*.



Le principali cause di morte nella Zona-distretto Piana di Lucca rispecchiano comunque le cause più importanti che si registrano sia a livello aziendale che regionale.
Differenziando per sesso e considerando le cause di morte più frequenti, si può notare una maggiore quota di malattie dell'apparato circolatorio tra le femmine: 48,6% rispetto ai 36,0% nei maschi; i tumori prevalgono invece tra i maschi, con il 33,7% contro il 22,0% delle femmine.

Un aspetto importante della mortalità è rappresentato dalla mortalità generale prematura, ovvero dai decessi che si verificano entro i 65 anni. I morti in tale fascia di età rappresentano una quota ridotta rispetto alla mortalità generale, ma sono importanti perché possono essere influenzati in maniera rilevante da adeguati interventi di prevenzione primaria e secondaria, dalla tempestività ed adeguatezza delle cure, etc…
Nella Piana di Lucca tali decessi rappresentano circa il 12% del totale delle morti, ma con una maggiore rilevanza nei maschi rispetto alle femmine: 17% contro il 7%.

Tabella 84 - Mortalità per gruppi di cause specifiche – Periodo 2001-2003 – Zona Piana di Lucca - Numeri assoluti e tasso grezzo (x 100.000) – *Maschi e Femmine*.

	Femmine		**Maschi**	
Causa di morte	**Numero assoluto**	**Tasso grezzo**	**Numero assoluto**	**Tasso grezzo**
TUTTE LE CAUSE	2891	1213,8	2552	1158,4
TUMORI	666	279,6	865	392,6
Tumori trachea, bronchi, polmoni	77	32,3	245	111,2
Tumori Intestino	91	38,2	100	45,4
Tumori mammella (femmine)	91	38,2	0	0
Tumori prostata	0	0	65	29,5
Tumori fegato e dotti biliari	55	23,1	59	26,8
MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE	126	52,9	91	41,3
Diabete mellito	106	44,5	82	37,2
DISTURBI PSICHICI	51	21,4	21	9,5
MALATTIE SISTEMA NERVOSO	85	35,7	61	27,7
MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	1415	594,1	961	436,2
Ipertensione arteriosa	55	23,1	43	19,5
Malattie ischemiche del cuore	312	131	330	149,8
Infarto miocardico acuto	122	51,2	124	56,3
Malattie cerebrovascolari	498	209,1	240	108,9
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	140	58,8	182	82,6
Bronchite, enfisema, asma	58	24,4	109	49,5
MALATTIE APPARATO DIGERENTE	100	42	103	46,8
MALATTIE APPARATO GENITO-URINARIO	50	21	55	25
STATI MORBOSI MAL DEFINITI	55	23,1	20	9,1
CAUSE ACCIDENTALI	101	42,4	137	62,2
Accidenti da trasporto	13	5,5	50	22,7

Nella Tabella 84, sono riportati i dati di mortalità della Zona Piana di Lucca relativi al triennio 2001-2003, differenziati per i principali raggruppamenti di cause e per alcune cause specifiche, separatamente per i due sessi.
Sono state inserite le cause di morte in cui il numero assoluto di decessi superi le 50 unità ed i relativi tassi grezzi (per 100.000).

Nelle Tabelle 85 e 86 sono riportate le elaborazioni dei dati relativi alla mortalità per i seguenti principali gruppi di cause:

a) mortalità generale

b) mortalità generale prematura (deceduti tra 0 e 65 anni)
c) tumori totali
d) malattie dell'apparato circolatorio
e) malattie dell'apparato respiratorio
f) cause accidentali

Per queste cause viene riportato il tasso di mortalità standardizzato (col metodo diretto, sulla popolazione europea) ed i relativi limiti di confidenza al 95%, per la Zona Piana di Lucca, la ASL 2 e la Regione Toscana. Questo indicatore permette di effettuare confronti tra dati di mortalità di popolazioni diverse per struttura per età; i limiti di confidenza ci permettono di dire se la minore o maggiore mortalità registrata è significativa dal punto di vista statistico.

a) In base alle Tabelle 85 e 86, considerando il triennio 2001-2003, la *mortalità generale* nella Piana di Lucca risulta superiore rispetto a quella regionale per entrambi i sessi, ma mai in modo statisticamente significativo.
Considerando la ASL nel suo complesso, invece, la mortalità in entrambi i sessi risulta significativamente superiore al dato medio regionale, così come accade per la maggior parte delle ASL della fascia costiera tirrenica. La mortalità complessiva dell'Area Vasta Nord Ovest mostra infatti eccessi significativi per entrambi i sessi nei confronti del dato medio regionale.

Tabella 85 - Mortalità per cause – Periodo 2001-2003 – Piana di Lucca, ASL 2 e regione Toscana. Tasso grezzo, tasso standardizzato diretto (x 100.000 – pop. Europea) e limiti di confidenza al 95% – *Femmine*..

	Piana di Lucca		ASL 2		Regione Toscana	
Causa di morte	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%
MORTALITA' GENERALE	436,3	417,8 - 454,8	437,8	422,0 - 453,6	415,1	411,3 - 419,9
MORTALITA' GENERALE PREMATURA (0-65 anni)	93,7	80,3 - 107,1	106,4	94,4 - 118,4	102,4	99,5 - 105,3
TUMORI	132,0	120,7 - 143,3	139,7	129,6 - 149,8	130,8	128,4 - 133,2
MALATTIE APP. CIRCOLATORIO	179,1	169,1 - 189,2	179,2	170,7 - 187,7	166,4	164,3 - 168,4
MALATTIE APP. RESPIRATORIO	19,2	15,8 - 22,6	19,5	16,6 - 22,4	20,1	19,4 - 20,8
CAUSE ACCIDENTALI	18,1	13,5 - 22,6	18,2	14,3 - 22,0	17,3	16,4 - 18,2

(Fonte dati: elaborazioni ARS sui dati del RMR)

b) Per quanto riguarda la *mortalità prematura*, nelle femmine della Piana di Lucca il tasso risulta inferiore al dato medio regionale, mentre nei maschi supera di poco il livello regionale; in nessun caso le differenze risultano statisticamente significative.
Considerando invece il dato della ASL nel suo complesso, si può vedere che per entrambi i sessi la mortalità sotto i 65 anni è tendenzialmente superiore al valore regionale, anche se mai in modo statisticamente significativo.

Tabella 86 - Mortalità per cause – Periodo 2001-2003 – Piana di Lucca, ASL 2 e regione Toscana. Tasso grezzo, tasso standardizzato diretto (x 100.000 – pop. Europea) e limiti di confidenza al 95% – *Maschi*.

	Piana di Lucca		ASL 2		Regione Toscana	
Causa di morte	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%	Tasso stand. X 100.000	L.C. 95%
MORTALITA' GENERALE	722,5	693,5 - 751,5	728,4	703,9 - 752,8	696,6	690,7 - 702,4
MORTALITA' GENERALE PREMATURA (0-65 anni)	198,3	179,3 - 217,4	205,8	189,3 - 222,2	196,0	192,0 - 200,0
TUMORI	246,7	229,8 - 263,7	240,6	226,6 - 254,6	245,6	242,1 - 249,1
MALATTIE APP. CIRCOLATORIO	263,6	246,6 - 280,6	269,0	254,7 - 283,3	251,9	248,6 - 255,3
MALATTIE APP. RESPIRATORIO	49,0	41,9 - 56,2	53,7	47,5 - 59,9	49,8	48,3 - 51,3
CAUSE ACCIDENTALI	47,6	39,1 - 56,1	46,5	39,5 - 53,6	43,9	42,2 - 45,5

(Fonte dati: elaborazioni ARS sui dati del RMR).

c) Per quanto riguarda il gruppo dei *tumori totali*, in entrambi i sessi si registrano valori di mortalità di poco superiori al dato regionale, e mai in modo statisticamente significativo.
A livello di ASL la situazione risulta differenziata per i due sessi: nelle femmine si registrano tassi di mortalità superiori al valore regionale, mentre nei maschi i tassi risultano inferiori; nessuna di queste differenze è statisticamente significativa.

d) Anche per le *malattie dell'apparato circolatorio* si rileva un eccesso di mortalità in entrambi i sessi nei confronti del dato regionale, sia nella Piana di Lucca che nell'intera ASL; tale eccesso risulta però statisticamente significativo solo per il sesso femminile.

e) Considerando le *malattie dell'apparato respiratorio*, il tasso di mortalità nella Piana di Lucca per entrambi i sessi non si discosta significativamente dal valore medio regionale.
Nell'ASL il tasso di mortalità nei maschi risulta invece superiore al valore registrato per la Toscana, anche se non in modo statisticamente significativo.

f) Considerando infine la mortalità per *cause accidentali*, nei maschi della Piana di Lucca il tasso risulta leggermente superiore al dato regionale ma mai in modo statisticamente significativo; la stessa situazione si evidenzia per il dato medio aziendale.

3.4.1 Andamento della mortalità: periodo 1987-2003.

Per una valutazione sull'andamento della mortalità per tutte le cause e per le principali cause specifiche (malattie dell'apparato circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio e tumori totali) nella Piana di Lucca, l'arco di tempo in cui i dati di mortalità sono attualmente

disponibili (1987-2003) è stato analizzato e suddiviso in tre periodi – 1987-92, 1993-98 e 1999-2003 – e confrontato con l'andamento della mortalità aziendale e regionale.

La *mortalità per tutte le cause* (Figura 70) mostra un andamento sovrapponibile a quello aziendale, con un trend in diminuzione in entrambi i sessi ma molto più pronunciato nei maschi. I valori zonali e aziendali risultano comunque sempre superiori ai dati medi regionali.

La *mortalità per tumori* (Figura 71) mostra invece un diverso andamento per i due sessi: nei maschi il trend risulta in diminuzione, con valori allineati ai livelli aziendali e di poco superiori a quelli regionali. Nelle femmine, i tassi di mortalità nella Piana di Lucca mostrano un andamento in leggera crescita dal primo al secondo periodo e poi un calo nel terzo, mentre il dato regionale tende sempre a diminuire, seppur lentamente.

Per quanto riguarda la *mortalità per malattie dell'apparato circolatorio* (Figura 72) in entrambi i sessi si registra un andamento in diminuzione, in linea con il dato medio aziendale. I valori zonali e aziendali risultano comunque sempre superiori ai dati medi regionali, anche se nei maschi tale differenza è più pronunciata.

La *mortalità per malattie dell'apparato respiratorio* (Figura 73) mostra invece un andamento diverso nei due sessi: nei maschi si registra un trend in diminuzione dal primo al secondo periodo, e poi una lieve tendenza al rialzo; c'è da notare però che i valori sono generalmente in linea con quelli regionali, e sempre inferiori ai dati medi aziendali.
Nelle femmine sia l'andamento che i valori sono sovrapponibili a quelli aziendale e regionale, con valori sostanzialmente stabili nell'intero periodo considerato.

Figura 71 – Andamento *mortalità per tutte le cause* - Confronto zona Piana di Lucca, ASL 2 e Regione Toscana. Tassi standardizzati di mortalità (pop. Europea – x 100.000). Periodi 1987-92 - 1993-98 - 1999-2003 - Maschi e Femmine.

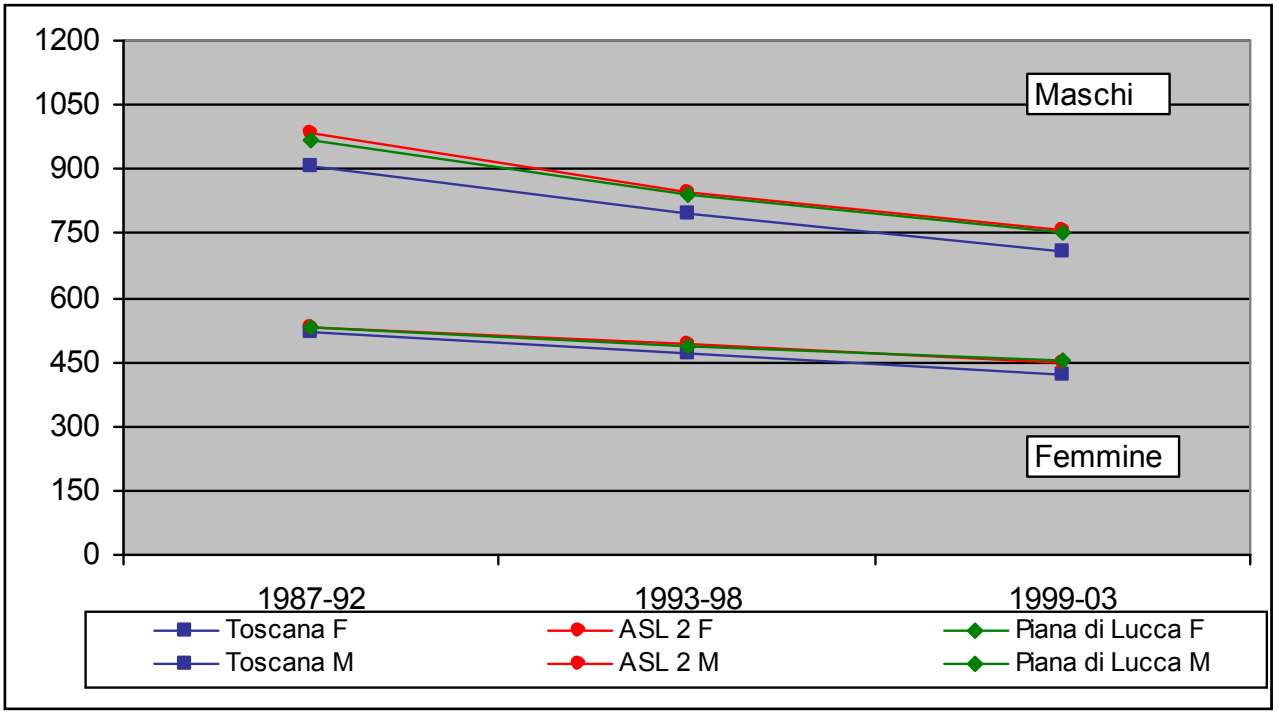


Figura 72 – Andamento *mortalità per tumori* - Confronto zona Piana di Lucca, ASL 2 e Regione Toscana. Tassi standardizzati di mortalità (pop. Europea – x 100.000). Periodi 1987-92 - 1993-98 - 1999-2003 - Maschi e Femmine.

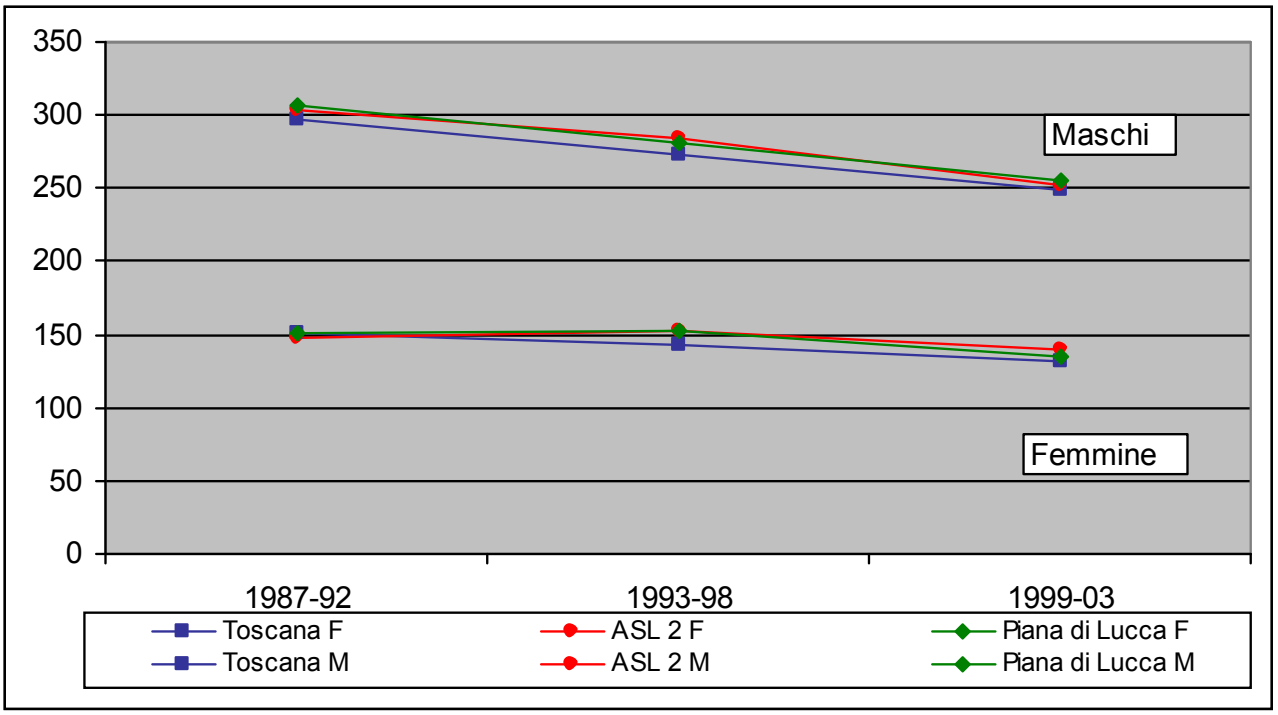


Figura 73 – Andamento mortalità per *malattie dell'apparato circolatorio* - Confronto zona Piana di Lucca, ASL 2 e Regione Toscana. Tassi standardizzati di mortalità (pop. Europea – x 100.000). Periodi 1987-92 - 1993-98 - 1999-2003 - Maschi e Femmine.

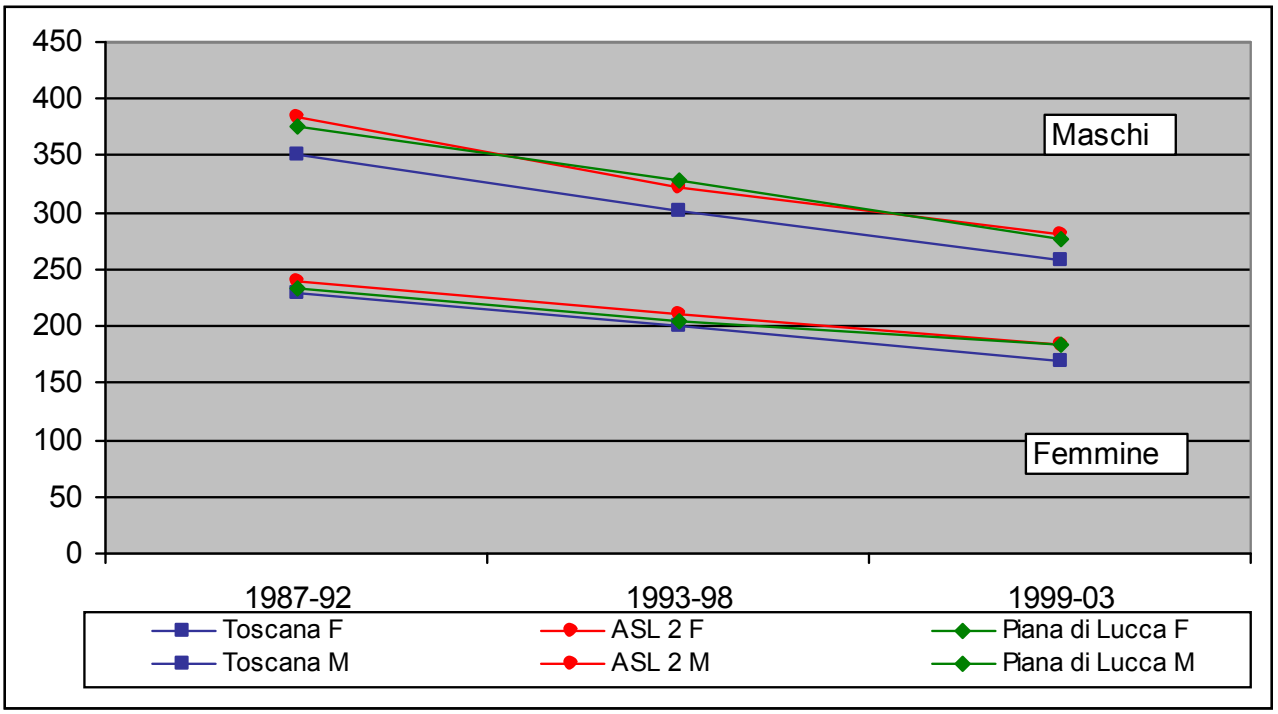
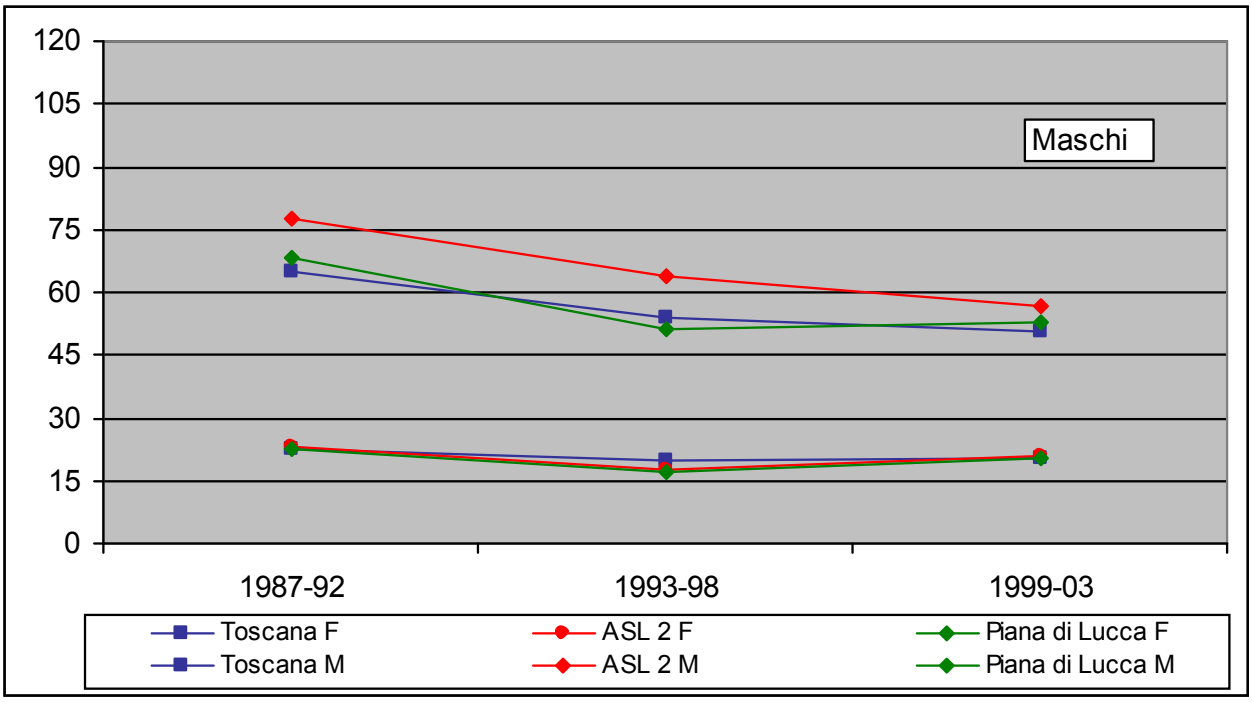


Figura 74 – Andamento mortalità per *malattie dell'apparato respiratorio* - Confronto zona Piana di Lucca, ASL 2 e Regione Toscana. Tassi standardizzati di mortalità generale (pop. Europea – x 100.000) - Periodi 1987-92 - 1993-98 - 1999-2003 - Maschi e Femmine.



3.4.2 Mortalità evitabile

La mortalità evitabile rappresenta la quota di mortalità prevenibile attraverso opportuni interventi, correttivi e/o organizzativi.
La mortalità evitabile (definita in genere come la mortalità nella fascia di età 5-69 anni) rappresenta un interessante indicatore che consente di misurare e confrontare i periodi di vita persi per cause prevenibili e può fornire un utile contributo ai fini della programmazione di interventi di Sanità Pubblica.
Tra le cause di morte più frequenti nell'ambito della mortalità evitabile, su cui deve essere profuso il maggior sforzo preventivo, si individuano soprattutto quelle legate agli stili ed abitudini di vita non corretti, come ad esempio il fumo di sigaretta, ed agli incidenti stradali.

3.4.2.1 Mortalità attribuibile al fumo

Le stime sulle quote di decessi attribuibili al fumo tra i fumatori, ex-fumatori e non fumatori della Regione Toscana sono state effettuate dal CSPO, sulla base dei dati del RMR.

La Tabella rappresenta la mortalità attribuibile all'abitudine al fumo (MAF) nella ASL 2 ed i relativi anni di vita potenziali persi (PYLL – Person Years of Life Lost) nei trienni 1987-89 e 1998 -2000.

Sembra che significativi effetti di riduzione della mortalità conseguenti alle attività di prevenzione e controllo del fumo, ormai in atto da molti anni, e rafforzate dalla più recente normativa anti-fumo, inizino a evidenziarsi solo per gli uomini, come ipotizzabile dagli andamenti della mortalità per tumore del polmone.

Tabella 87 - Mortalità attribuibile al fumo attivo nella ASL2 Lucca nei soggetti di 35 anni e oltre; numero assoluto decessi, numero assoluto decessi attribuibili al fumo (MAF) e anni potenziali di vita persi attribuibili al fumo attivo ($PYLL_F$). *(Fonte RMR: Morti per causa anno 2000, ottobre 2002)*

ASL 2 Lucca	1987-1989			1998-2000		
	decessi	MAF	$PYLL_F$	decessi	MAF	$PYLL_F$
Tumore Del Polmone						
Maschi	411	372	5704	395	353	4671
Femmine	78	39	708	74	44	678
Tumore Della Vescica						
Maschi	75	38	397	45	23	248
Malattie Ischemiche Del Cuore						
Maschi	470	115	1758	562	117	1465
Femmine	408	21	303	495	32	294
Malattie Cerebrovascolari						
Maschi	525	98	1194	446	62	667
Femmine	827	31	446	755	31	332
Bronchite Cronica ed Enfisema						
Maschi	170	155	1419	165	151	1140
Femmine	62	31	275	93	62	524

I motivi di ciò sono riconducibili a vari fenomeni:

- la larga diffusione e la accettabilità sociale di questo fenomeno, benché i suoi effetti nocivi per la salute umana siano ormai noti da molti anni;
- la dipendenza che si instaura nei fumatori e che non viene facilmente risolta (il tabagismo non è infatti una scelta comportamentale strettamente personale, come ritenuto fino a qualche tempo fa, ma un'abitudine che viene a svilupparsi sia per l'effetto farmacologico indotto dalla nicotina contenuta nel fumo di tabacco sia per il contesto socio-culturale di vita del fumatore);
- l'inerzia iniziale e/o la mancanza di una adeguata applicazione della normativa specifica.

Nel febbraio 2006, nell'ambito di un progetto del Ministero della Salute, è stato pubblicato il volume "Mortalità evitabile e contesto demografico per USL".
Lo studio, denominato ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) si è proposto di descrivere il quadro demografico e la mortalità evitabile con rigorosi metodi scientifici, applicati ai dati di mortalità ufficiale più recenti (anno 2002), rilevati e resi disponibili dall'ISTAT fino ad un livello di disaggregazione territoriale molto fine, quello delle ASL.
Lo studio ha riconfermato che le motivazioni principali della mortalità evitabile sono legate a carenza di prevenzione sia primaria che secondaria oltre che alla disorganizzazione sanitaria.

L'indicatore appositamente progettato per la classifica della mortalità evitabile è il numero medio di *giorni perduti ogni anno per decessi evitabili* per abitante di età compresa fra 5 e 69 anni.
Il numero di giorni persi è stato calcolato, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso evitabile e l'età media alla morte generale rilevata nel triennio in esame, pari a 76,5 anni.
L'indicatore riflette quindi le diverse età in cui sono deceduti i morti per cause evitabili, attribuendo tanto maggior peso quanto più le età alla morte sono precoci.
Il numero medio di giorni perduti per decessi evitabili è stato calcolato sia per il totale delle cause che per alcuni grossi gruppi di cause; ogni causa di morte inoltre è stata classificata in base alla tipologia di intervento prevalentemente suggerita dalla letteratura scientifica per contrastare attivamente le morti evitabili: *prevenzione primaria* (prima dell'insorgere

della malattia o del verificarsi dell'incidente), *diagnosi precoce e relativa terapia* (prevenzione secondaria con interventi ai primi sintomi della malattia) e infine *igiene e assistenza sanitaria* (in particolare vaccinazioni e poi assistenza clinica propriamente detta, anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento).

Per confrontare aree diverse e di dimensioni più limitate (le ASL più piccole hanno poche decine di migliaia di abitanti) sono stati utilizzati i dati riferiti a un triennio (2000-2002) e non a un solo anno, per rendere più robuste le evidenze anche per le realtà di minori dimensioni; inoltre vengono riportati gli indicatori standardizzati, cioè depurati dagli effetti dovuti alla diversa struttura della popolazione per età .

A livello nazionale, il numero medio di giorni perduti ogni anno per cause evitabili pro-capite, calcolato per il triennio 2000-2002, assume il valore di 11,1 giorni.

La Toscana (al 3° posto della classifica regionale) vanta ben 3 Aziende Sanitarie Locali tra le prime 10 della classifica nazionale sulla mortalità evitabile per ASL (Empoli, Prato e Firenze); a queste aree di eccellenza si affiancano tuttavia alcune realtà attestate a valori medio-alti, oltre il 100° posto in graduatoria fino al 140° (su 188) della ASL Versilia.

Tabella 88- Giorni perduti per cause evitabili (5-69 anni) pro-capite, per la ASL 2, Toscana e Italia. Anni 2000-2002.

	ASL 2	TOSCANA	ITALIA
Mortalità evitabile totale	11,1	10,0	11,1
Mortalità evitabile per grandi gruppi di cause			
Tumori	4,3	4,0	4,3
Sistema cardiocircolatorio	2,3	2,3	2,8
Traumatismi e avvelenamenti	3,9	3,1	3,3
Altre cause	0,6	0,6	0,7
Mortalità evitabile per tipologia di intervento			
Prevenzione primaria	7,1	6,4	6,9
Diagnosi precoce e terapia	1,3	1,2	1,2
Igiene e assistenza sanitaria	2,7	2,4	2,9

La ASL di Lucca si colloca al 113° posto in graduatoria, seguita soltanto dalle ASL di Grosseto (117°), Massa Carrara (126°) e della Versilia (140°); il numero di giorni perduti per cause evitabili per la ASL 2 risulta pari a 11,1 (Tabella 88), identico al valore medio nazionale, ma superiore al dato medio toscano (10,0).
Nella Tabella sono inoltre riportati i giorni perduti per cause evitabili per grandi gruppi di cause e per tipologia di intervento, da cui si può evidenziare che per la ASL 2 la mortalità evitabile legata ai tumori rappresenta la causa principale come nel resto della Toscana e dell'Italia, ma una quota rilevante di giorni perduti è legata anche ai traumatismi ed avvelenamenti.

3.4.2.2 Incidenti stradali : per quanto riguarda la mortalità prevenibile legata agli incidenti stradali si veda il paragrafo specifico dedicato a questa causa.

Analisi di Mortalita' - SINTESI

- Nel 2003 nella Zona-Distretto Piana di Lucca sono decedute in totale 1.866 persone, di cui 1.003 donne (53,8%) e 863 maschi (46,2%).
- Le principali cause di morte nella Piana di Lucca rispecchiano le cause più importanti che si registrano sia a livello aziendale che regionale: la causa principale è costituita dalle malattie del sistema circolatorio (42,8% dei morti nell'anno), seguita dai tumori, responsabili del 27,4% dei decessi totali.
- Nelle *femmine* la percentuale di decessi per malattie del sistema circolatorio è più consistente (48,6%) rispetto alla mortalità per tumori (22%); nei *maschi* le due patologie hanno quasi la stessa importanza: 36,0% per le *malattie del sistema circolatorio,* e 33,7% per i *tumori.*

- La mortalità generale prematura (decessi che si verificano entro i 65 anni) rappresenta circa il 12% del totale delle morti, con un peso diverso nei due sessi: 17% nei maschi contro il 7% nelle femmine.

- Nel triennio 2001-2003 la mortalità generale nella Piana di Lucca è risultata superiore a quella regionale per entrambi i sessi, ma mai in modo statisticamente significativo.
- Nello stesso triennio si registra un eccesso statisticamente significativo di mortalità, rispetto al dato regionale, per le *malattie del sistema circolatorio* nelle femmine.

- L'andamento della *mortalità generale* nel periodo 1987-2003, mostra un trend decrescente con una riduzione in entrambi i sessi, ma più marcata nei maschi.
- Anche per le *malattie dell'apparato circolatorio* il trend risulta decrescente, con una riduzione più consistente per i maschi.
- La mortalità per *malattie dell'apparato respiratorio* mostra un andamento diverso nei due sessi: nei maschi si registra un trend iniziale in diminuzione seguito da una lieve tendenza al rialzo; nelle femmine l'andamento e i valori sono sovrapponibili a quelli aziendale e regionale, con valori sostanzialmente stabili in tutto il periodo considerato.
- I *tumori totali* mostrano un trend decrescente per i maschi in tutto il periodo, mentre nelle femmine i tassi di mortalità mostrano inizialmente un andamento in leggera crescita, seguito poi da un calo nell'ultimo periodo.

3.5. PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE

3.5.1 Tempi di attesa

I tempi di attesa vengono rilevati come uno dei punti critici nella sanità a livello nazionale. Prosegue, all'interno dell'ASL2 e quindi nella Zona distretto Piana di Lucca, il monitoraggio quindicinale sui tempi di attesa per le sette visite specialistiche indicate dalla Regione Toscana per il "loro ruolo di indicatore di efficienza e di efficacia del sistema" in quanto visite "caratterizzate da un'alta richiesta e correlate a possibili patologie con alto impatto sulla salute".
Le sette visite specialistiche oggetto del monitoraggio sono:

- visita cardiologica
- visita dermatologica
- visita ginecologica
- visita neurologica
- visita visita oculistica
- visita ortopedica
- visita otorinolaringoiatria

A seguito del costante monitoraggio dei tempi di attesa per le sette visite specialistiche, si evidenzia un generale miglioramento dovuto ad azioni correttive intraprese dall'Azienda per superare le criticità.
Al 31 dicembre 2005 tutte le visite sono al di sotto dei 15 gg di attesa ad eccezione della visita oculistica e neurologica per la zona Piana di Lucca rispettivamente di 20 e 21 giorni.

Al fine di migliorare la fruibilità delle prestazioni specialistiche ed abbattere i tempi di attesa sono state intraprese le seguenti iniziative:

1. aumento dell'offerta,
2. riorganizzazione dell'offerta,
   attraverso:
   - suddivisione delle prime visite dalle visite successive;
   - accordo con le strutture privare accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche;
   - integrazione delle attività istituzionali finalizzate alla riduzione delle liste di attesa con attività incrementale da parte dei professionisti dell'Azienda;
   - adeguamento del patrimonio tecnologico ed in particolare di attrezzature per la diagnostica strumentale (nuova RM)

L'obiettivo finale è quello di portare queste sette visite entro i 15 gg di tempo di attesa, obiettivo che è stato riconfermato nel PSR 2005-2007 al punto 3.2.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità.

3.5.2 Partecipazione e ascolto dei cittadini

3.5.2.1 Istanze di gruppi organizzati

Gli indirizzi di politica sanitaria e gli atti normativi e di programmazione emanati nell'ultimo decennio, in ambito nazionale e regionale, sottolineano la necessità di sviluppare il livello di partecipazione dei cittadini all'interno dei sistemi sanitari.
La partecipazione dei singoli e della comunità alla definizione degli obiettivi di salute e allo sviluppo dei processi organizzativi rappresenta infatti il presupposto di una politica

sanitaria orientata a valorizzare la centralità del cittadino utente, quale interlocutore privilegiato e non unicamente quale destinatario delle prestazioni.
Promuovere la partecipazione significa favorire un processo attraverso cui il cittadino interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.
Il volontariato, e quindi le Associazioni che lo rappresentano, viene individuato quale interlocutore indispensabile per garantire la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.
Presso L'Azienda USL 2 Lucca sono costituiti la *Consulta delle Associazioni di Volontariato e il Tavolo permanente di confronto e verifica con le Associazioni di Tutela e Promozione dei Diritti,* che rappresentano importanti strumenti per agevolare la partecipazione dei cittadini e promuovere la comunicazione e momenti di confronto.

- la *Consulta delle Associazioni di Volontariato*, è un organismo che unisce tutte le Associazioni di Volontariato che hanno stipulato un Protocollo d'Intesa con l'Azienda. Il Protocollo d'Intesa è aperto a tutte le Associazioni, che potranno sottoscriverlo in qualsiasi momento. La Consulta fornisce il proprio contributo nel definire e periodicamente aggiornare i contenuti della Carta dei Servizi Sanitari e verificare il mantenimento degli impegni ivi assunti dall'Azienda. La Direzione Aziendale informa la Consulta sui cambiamenti organizzativi, sui documenti di programmazione regionale ed aziendale, tenendo conto dei pareri e dei suggerimenti espressi dalla Consulta stessa, tesi a favorire il globale miglioramento della qualità dei servizi, così da assumere il punto di vista degli utenti come elemento rilevante per orientare l'organizzazione aziendale.
- *il Tavolo permanente di confronto e verifica con le Associazioni di Tutela e Promozione dei Diritti* è un organismo espressione delle Associazioni di Tutela e Promozione dei Diritti impegnate in campo socio-sanitario. Le modalità di funzionamento e gli obiettivi di questo organismo sono esplicitati in un apposito protocollo d'intesa che potrà essere sottoscritto in qualsiasi momento da tutte le Associazioni di Tutela e Promozione dei Diritti che intendano prendervi parte. Il Tavolo prevede sessioni di lavoro periodiche, alle quali partecipano la Direzione Aziendale nelle sue varie articolazioni e le Associazioni di tutela che hanno sottoscritto il protocollo. Lo scopo principale è quello di individuare le questioni di maggiore problematicità per l'accesso ai servizi e la qualità e sicurezza degli stessi, e programmare percorsi di miglioramento da inserire negli impegni aziendali, individuando i tempi di attuazione e i relativi indicatori.

E' riconosciuto il ruolo delle Associazioni di volontariato e di tutela e promozione dei diritti a sostegno del cittadino, anche ai fini dell'eventuale presentazione di esposti all'Azienda USL e tramite la partecipazione di propri rappresentanti alla *Commissione Mista* Conciliativa.

3.5.2.2 I reclami

L'ascolto strutturato e sistematico dell'utenza favorisce la realizzazione di un sistema di relazione a sostegno degli obiettivi di miglioramento qualitativo dei servizi in funzione dei bisogni di salute dei cittadini. Infatti permette non solo di rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione, ma consente anche di contribuire al monitoraggio e al miglioramento degli standards delle prestazioni erogate attraverso l'analisi delle espressioni e delle esigenze dell'utenza.
In particolare, la gestione delle segnalazioni, oltre a garantire la tutela dei diritti dei cittadini, rappresenta un importante strumento per migliorare la capacità di ascolto, favorire la partecipazione e il coinvolgimento.
Un reclamo ben gestito mostra all'utente l'attenzione che l'organizzazione ha verso i suoi problemi, rafforzando in questo modo la fiducia all'Azienda Sanitaria. Al contrario, un

reclamo disatteso o seguito da una risposta vaga e tardiva susciterà nel cittadino una percezione negativa dell'immagine dell'Azienda, considerando il suo contributo come "caduto nel vuoto".

Classificazione dei reclami

I reclami vengono distinti e recepiti secondo la classificazione regionale dell'Osservatorio Carta dei Servizi che prevede le seguenti tipologie:

Aspetti Relazionali
Esempi: cortesia, gentilezza, pazienza, disponibilità, congruità del comportamento, rispetto del divieto di fumo, riconoscibilità degli operatori, rapporti con il personale.

Umanizzazione
Esempi: rispetto della privacy, rispetto delle sofferenza e della morte, orari delle visite di familiari e conoscenti, omogeneità dei comportamenti ed equità, rispetto delle idee religiose e delle convinzioni personali, possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze, disponibilità di un arredo idoneo a riposare per i familiari dei bambini ricoverati.

Informazioni
Esempi: informazioni sui servizi, sugli orari, sulle procedure, sulle modalità di accesso e di svolgimento delle pratiche; informazioni sulle modalità di comportamento; informazioni ai familiari; adeguatezza e completezza della segnaletica; comprensibilità della modulistica; leggibilità e completezza della documentazione sanitaria; adeguatezza del consenso informato.

Tempi di Attesa
Esempi: tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri; per la consegna di documentazione, certificati, presidi, ausili, farmaci; per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche; tempi di attesa al Pronto Soccorso; tempi di attesa negli ambulatori dei medici dipendenti; tempi di attesa presso gli ambulatori dei medici convenzionati; tempi di attesa arrivo del mezzo di soccorso; accessibilità alla prenotazione telefonica.

Aspetti Alberghieri e Comfort
Esempi: pulizia, silenziosità, adeguatezza e gradevolezza degli ambienti; adeguatezza e pulizia dei servizi igienici; adeguatezza degli ascensori; qualità, temperatura e orario dei pasti.

Struttura e Logistica
Esempi: dislocazione territoriale dei servizi; modalità dei trasporti per raggiungere i servizi; accessibilità fisica ai servizi; barriere architettoniche, parcheggi.

Aspetti Burocratico/Amministrativi e Organizzativi
Esempi: chiarezza delle procedure amministrative per pagamenti o rimborsi ticket, per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazione o certificazioni amministrative; trasparenza sull'iter delle pratiche; errori nella prenotazione della prestazione; smarrimento protesi; smarrimento oggetti personali.

Aspetti Tecnico-Professionali

Esempi: presunti omissioni, ritardi, errori diagnostici; presunti omissioni, ritardi, errori terapeutici; presunto mancato intervento chirurgico, presunto ritardato intervento chirurgico, presunto errore nell'intervento chirurgico; prelievi; cadute durante la presa in carico da parte di un operatore sanitario; piaghe da decubito; infezioni.
Questa classificazione prevede inoltre una suddivisione in sottocategorie, che dettagliano ulteriormente l'oggetto della segnalazione.

Reclami anno 2005 - Analisi dei dati e confronto con l'anno precedente

La distribuzione dei reclami

Nell'anno 2005 sono pervenute n. 101 segnalazioni, di cui 80 riguardano la Piana di Lucca.
Di queste ultime, quelle riferite al Presidio Ospedaliero rappresentano il 66 % del totale, quelle riferite ai Servizi Territoriali il 28%, quelle riferite al Dipartimento della Prevenzione il 4% e quelle riferite ad altre strutture il 2%.
Non sono pervenuti reclami riferiti a strutture convenzionate.
Rispetto all'anno 2004, si è registrato un piccolo aumento delle segnalazioni (77 anno 2004 vs 80 anno 2005).

Chi reclama

Nel 2005 la segnalazione è stata presentata nel 56% dei casi direttamente dall'interessato, nel 10% da un parente e nel 34% da un' associazione di tutela o di volontariato.

Cosa provoca le maggiori proteste

La percentuale più elevata di reclami riguarda i *tempi di attesa* (n. 33 segnalazioni, pari al 41% del totale).
Alta anche la percentuale delle segnalazioni relative agli *aspetti relazionali* (n. 17 segnalazioni, pari al 21% del totale) e agli aspetti *tecnico professionali* (n. 13 segnalazioni, pari al 16% del totale).
Da un'analisi della categoria "aspetti relazionali" emerge che i reclami sono riferiti quasi esclusivamente al personale medico. I cittadini si lamentano soprattutto per la poca attenzione agli aspetti comunicativi del rapporto medico/paziente, per la scarsa comprensione dei propri bisogni, per la carenza di comunicazione.

Poco numerose sono le segnalazioni relative alla tipologia aspetti *burocratico amministrativi* (n. 5 segnalazioni, pari al 6% del totale) e alle *informazioni* (n. 6 segnalazioni, pari al 8% del totale).
Le carenze informative vengono evidenziate soprattutto per l'accesso ai servizi e derivano da una scarsa informazione fornita dagli operatori, dai medici di medicina generale, o dalla modulistica, carente o insufficiente, utilizzata nelle strutture.
Seguono quindi le problematiche segnalate nell'ambito della categoria *struttura e logistica* (n. 3 segnalazioni, pari al 4% del totale), i reclami riferiti all'*umanizzazione* (n. 2 segnalazioni, pari al 3% del totale), i reclami classificati negli *aspetti alberghieri e comfort* (n. 1 segnalazioni, pari all'1% del totale).
Se prendiamo in esame anche l'aspetto secondario della segnalazione rileviamo come anche in questo caso quello prevalente sia rappresentato dai *tempi di attesa* (30% del totale), seguito dagli *aspetti relazionali* (22%) e dagli aspetti *tecnico professionali, burocratico amministrativi, informazioni* (15%).

Osservazioni sull'andamento rispetto all'anno precedente

Sostanzialmente non si sono verificati aumenti percentuali rilevanti rispetto all'anno 2004.
L' aumento più significativo si è verificato per gli *aspetti relazionali* (+7%). Si è passati infatti da un 14% ad un 21%.
La diminuzione percentuale più sensibile rispetto all'anno 2004 riguarda gli *aspetti tecnico professionali* (-8%).
Tale dato, se considerato in termini di valore assoluto, conferma la diminuzione registrata anche nel confronto fra l'anno 2003 e 2004.
Le variazioni percentuali relative a tutti gli altri aspetti si mantengono entro un range che va da -4% a +3%.

3.5.2.4 Servizi in lingua straniera

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento della richiesta di prestazioni da parte di persone extracomunitarie provenienti dalle diverse zone di immigrazione.
Il superamento delle barriere linguistiche e comunicative costituisce una concreta realizzazione del principio di universalità che sta alla base del servizio sanitario pubblico e rappresenta uno strumento per promuovere l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sociosanitari.
Si è reso pertanto necessario assicurare risorse informative e orientative che permettano ai cittadini stranieri di conoscere e individuare quelli che sono i percorsi per affrontare i problemi di salute e relazionarsi ai servizi sanitari. In questa ottica sono stati attivati gli sportelli di mediazione linguistica.
D'altra parte è anche importante per gli operatori conoscere come questi cittadini concepiscono il rapporto con i servizi, e quali sono i loro modi di rappresentare i problemi di salute, al fine di migliorare l'esito stesso della prestazione sanitaria.
Le difficoltà comunicative sono determinate da alcuni fattori che si possono così riassumere:
- barriere linguistiche che ostacolano l'interazione tra operatori e cittadini stranieri per una totale non conoscenza da parte di quest'ultimi della lingua italiana, ma anche, qualora vi sia una discreta capacità dell'uso della lingua italiana nelle relazioni quotidiane, per ostacoli creati dalla specificità della terminologia sanitaria;
- problemi derivanti dalla distanza culturale tra immigrati ed operatori, non soltanto nella rappresentazione della salute e della malattia, ma anche nella concezione del rapporto tra utenti e servizi;
- scarsa conoscenza, da parte degli immigrati, circa il funzionamento e le modalità di accesso e di utilizzo del sistema sanitario, anche a causa delle differenze, più o meno rilevanti, con i rispettivi paesi d'origine;
- limitate conoscenze degli operatori sanitari circa le caratteristiche e le specificità di tipo sociale, culturale e comportamentale dei cittadini immigrati.

Finalità generali del progetto:

- favorire la comunicazione tra operatori e cittadini stranieri e facilitare in tal modo l'erogazione delle prestazioni attraverso un abbattimento delle barriere linguistiche, sociali e culturali;
- migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri attraverso azioni di informazione, orientamento, accompagnamento;
- facilitare una più efficace e puntuale erogazione dei servizi da parte degli operatori.

Obiettivi nei confronti degli utenti stranieri

1. informare, facilitare l'accesso, rimuovere gli ostacoli che si frappongono all'uso dei servizi ospedalieri e territoriali;
2. accogliere e rassicurare, esplicitare e chiarire le domande e i bisogni di salute;
3. favorire l'accesso ai quei servizi sociosanitari (prevenzione, assistenza sanitaria di base, riabilitazione) non direttamente erogati al momento dell'insorgenza di patologie di natura clinica urgente;
4. avvicinare alle prestazioni dell'area materno-infantile le donne immigrate che rischiano, sia per dinamiche socio-culturali che di lavoro, di rimanere penalizzate nella fruizione dei servizi.

Obiettivi nei confronti degli operatori

1. colmare i gap comunicativi presenti nell'ambito di attività sanitarie rilevanti e/o critiche quali ad esempio la raccolta dell'anamnesi al momento della vaccinazione , la presa in carico della gravidanza nell'ambito della attività consultoriali, il momento del ricovero;
2. entrare maggiormente in contatto con quelle che sono le rappresentazioni dei problemi, della salute e delle relazioni di aiuto che sono presenti tra gli immigrati.

Il servizio di mediazione linguistica viene gestito in collaborazione con l'Agenzia Proteo – Centro Studi e Formazione.
Di seguito si riporta la relazione sul progetto di mediazione linguistica elaborata dall'Agenzia Proteo per il 2005/2006 e relativa agli sportelli attivati sul territorio e denominati "Infopoint Salute".

Relazione "INFOPOINT SALUTE"

Il progetto di mediazione linguistica dopo un anno di sperimentazione si è consolidato nei distretti di Capannori, S. Anna e Turchetto e, come stabilito in accordo con l'azienda USL 2, a partire dalla metà di marzo del 2006, è stato avviato anche a Barga e a Castelnuovo.
Il progetto prevede la presenza di una mediatrice nei distretti sopra citati secondo il seguente orario:

S. Anna	Lunedì	9.30-12.30	Servizio ostetrico ginecologico e vaccinazioni pediatriche.
Capannoni	Martedì	9.30-12.30	Servizio vaccinazioni pediatriche
Turchetto	Martedì	9.30-2.30	Servizio ostetrico ginecologico
Barga	Giovedì	9.30-12.30	c/o Ospedale
Castenuovo	Venerdì	9.30-12.30	c/o Ospedale

Come risulta dalla Tabella l'organizzazione dell'attività di mediazione è stata fatta tenendo presenti alcuni elementi:

- la presenza in alcuni giorni della settimana di alcuni servizi specialistici (eccetto per Barga e Castelnuovo dove il servizio di mediazione è collocato presso le due sedi ospedaliere).
- la nazionalità dei cittadini immigrati che con maggiore frequenza chiedono l'intervento della mediatrice.

Rispetto a questo ultimo punto è stato riscontrato che l'utenza che trova più problemi nell'utilizzo dei servizi a causa della non conoscenza della lingua italiana, è quella marocchina e di lingua araba in generale per cui la mediatrice di lingua polacca è stata sostituita da una mediatrice di lingua araba.

A partire dal mese di marzo 2006 le tre mediatrici utilizzate sui diversi distretti sono di lingua araba.

Prima dell'avvio del servizio e durante il suo svolgimento sono stati fatti vari incontri tra l'agenzia, le mediatrici, la responsabile e le operatrici dell'URP, e un incontro a cui hanno partecipato anche altre figure referenti della ASL per i vari settori interessati.

Questi incontri sono serviti innanzitutto ad individuare una metodologia di lavoro condivisa, a favorire l'integrazione e la collaborazione fra le mediatrici e gli operatori dell'Azienda sanitaria, ad individuare i servizi che maggiormente necessitavano della presenza del servizio di mediazione.

In particolare, sono state evidenziate le problematiche più comuni relative alla comunicazione con cittadini migranti, le difficoltà comunicative presenti nell'ambito di attività sanitarie rilevanti quali ad esempio la raccolta dell'anamnesi al momento della vaccinazione, la presa in carico della gravidanza nell'ambito della attività consultoriale, oltre ai problemi di relazione e di comprensione che sorgono in maniera diffusa e spalmata su tutta l'attività aziendale.

Come risulta dall'analisi delle schede di rilevazione degli accessi al servizio di mediazione gli utenti si rivolgono alla mediatrice per capire come funzionano i servizi e decodificare informazioni avute direttamente dagli operatori sanitari.

Le funzioni delle mediatrici si intrecciano tra la necessità di *favorire la comunicazione* tra utente e operatori sanitari e *informare* la persona straniera delle possibilità e dei vincoli della struttura e dell'intervento sanitario.

Ad una non conoscenza della lingua si somma spesso la non conoscenza del funzionamento dei servizi, per cui la mediatrice svolge un'attività di orientamento.

Schematicamente le tipologie di intervento svolte dalle mediatrici possono essere così sintetizzate:

Fasi e azioni di mediazione

Fasi	Azioni
Accoglienza	- accoglienza agli utenti - traduzione scritta di documenti - segretariato telefonico
Intervento socio-sanitario	- traduzione orale - partecipazione ai colloqui su richiesta del medico - presenza durante le visite mediche
Orientamento	- informazioni e orientamento su altre servizi - funzionamento del servizio

La mediazione assolve dunque ad una serie di funzioni che possono essere declinate rispetto ai differenti destinatari.
Nei confronti degli immigrati, spesso donne, accoglie e svolge un primo orientamento e informa sull'uso del servizi.

Da un'analisi delle schede di rilevazione emerge che negli ultimi 12 mesi (maggio 2005-maggio 2006) le informazioni richieste sono state:

- come avere la tessera sanitaria
- come prenotare
- come scegliere il medico di base
- ubicazione di un servizio
- traduzione libretti di vaccinazione
- compilazione moduli per richiesta tessera sanitaria
- richiesta informazioni per STP.

Nei confronti degli operatori aiuta nella raccolta dell'anamnesi al momento della vaccinazione e facilita il dialogo tra operatori e utenti.

C'è da rilevare che nell'ultimo anno le mediatrici hanno registrato un aumento di richieste da parte degli operatori sanitari che, oltre a richiedere la traduzione scritta di documenti, hanno richiesto la presenza della mediatrice anche durante le visite e i colloqui con le utenti immigrate.

In altre parole sembra che il progetto si stia radicando all'interno delle strutture e che gli stessi operatori cerchino di utilizzare il più possibile questa risorsa.
L'uso sempre più diffuso del servizio di reperibilità telefonica da parte degli operatori conferma tale tendenza.

Il servizio attivo dal lunedì al sabato dalle ore 9.00 alle ore 14.00 è svolta da una mediatrice di lingua araba che interviene su chiamata del personale sanitario per facilitare la comunicazione con pazienti immigrati.

Il servizio di reperibilità telefonica permette quindi interventi tempestivi su situazioni urgenti; tra le diverse UU.OO. il Pronto Soccorso e il reparto di Ostetricia e Ginecologia di Lucca risultano quelle che hanno fatto maggiormente ricorso a questo servizio.
In sintesi si può dire che la scelta di concentrare l'attività di mediazione nei tre distretti per quanto riguarda Lucca e Piana e a Barga e Castelnuovo per quanto riguarda la Valle del Serchio ha permesso al progetto di radicarsi all'interno delle strutture interessate.
C'è inoltre da sottolineare che il percorso rivolto alle operatrici dei servizi materno infantili dell'ASL 2 "*Ripensare i servizi in un'ottica multiculturale*" avviato nel mese di Aprile del 2006 ha costituito un'ulteriore occasione per riflettere sul senso e la necessità della mediazione e sui suoi molteplici significati.

Alla luce dell'esperienza fatta ci sembra interessante proseguire l'attività strutturando dei momenti di confronto tra mediatrici e responsabili dei servizi sanitari per facilitare il processo di integrazione e individuare ulteriori azioni finalizzate a facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini immigrati.
In tal senso un'indicazione data sia dagli operatori sia dalle mediatrici è di pubblicizzare i servizi sanitari attraverso materiale informativo tradotto in diverse lingue.

Il progetto, inoltre, prevede un monte ore per la traduzione di documenti sanitari ; le lingue che possono essere tradotte da collaboratori dell'agenzia formativa sono:
arabo, francese, inglese, polacco, albanese, russo.

3.5.3 Minori e problematiche socio-sanitarie

Nella Piana di Lucca i valori relativi all'incidenza di minori si concentra abbastanza uniformemente intorno alla media provinciale (15,0%)

Tabella 89 - Popolazione minore di 18 anni al 31/12/2004 per comune di residenza

Comune	Popolazione minore di 18 anni al 31/12/04	% su popolazione totale
Altopascio	2.089	16,7%
Capannori	6.423	14,5%
Lucca	12.421	14,4%
Montecarlo	754	16,9%
Pescaglia	535	14,2%
Porcari	1.210	16,0%
Villa Basilica	246	13,8%
Piana di Lucca	23.190	14,7%

Fonte: dati anagrafi comunali

Di questi 11.925 (51,42%) sono maschi e 11.265 (48,57%) sono invece femmine.
Al 31/12/2004 nella Piana di Lucca la popolazione collocata nella fascia di età tra i 5 ed i 29 anni risultano essere 44.745 persone il 28,02% della popolazione totale. Un percentuale che supera sia la media toscana che risulta essere il 23,5% che quella nazionale pari al 27,57%.

3.5.3.1 I bisogni che emergono dal territorio

L'ambito dei minori rappresenta un settore molto dinamico nel territorio lucchese, viste le numerose iniziative sia nel campo socio-assistenziale, da parte dei servizi, sia sul versante socio-educativo, con interventi da parte delle reti territoriali rappresentate dalle sinergie tra le organizzazioni di terzo settore e tra queste e le istituzioni.
L'alto numero di questi interventi è determinato da diversi fattori: l'ampiezza delle categorie prese in considerazione (infanzia, adolescenza e giovinezza), che sono fasi della vita molto delicate, dove il soggetto comincia a sperimentare le varie forme di socializzazione primaria e secondaria (familiare, scolastica, lavorativa) e la forte presenza di questa fascia di età sul territorio, con una percentuale di presenza che come visto sopra supera di gran lunga la media regionale e nazionale.
Appare perciò sempre più evidente l'esigenza di formalizzare un'équipe minori" interistituzionale dove poter mettere a confronto le convergenze e le discrepanze relative ai vari professionisti coinvolti con questa utenza al fine di elaborare per ogni singolo caso un progetto rispondente alle effettive esigenze della situazione di crisi .
A ciò si deve aggiungere la trasversalità delle problematiche coinvolte; intervenire sui minori infatti, significa sì promuovere azioni di sostegno e di supporto in termini di recupero e di riduzione del danno, costruire percorsi di prevenzione delle cause di disagio, ma queste iniziative devono coinvolgere anche gli adulti, soprattutto dal punto di vista del rafforzamento di quelle abilità in termini di relazionalità e responsabilità nei confronti delle generazioni più giovani.
Si introduce così una metodologia che permette di lavorare con la famiglia naturale nell'ottica di "educare" e non "curare", ossia aiutarla a sostenere il problema che si trova ad affrontare divenendo soggetti del loro percorso di aiuto e risorse positive per se stessi e per il loro figlio (recupero della genitorialità).

Emerge in questo contesto inoltre un diverso approccio da parte delle istituzioni ai bisogni del minore-utente, che viene considerato come soggetto attivo del suo percorso di

crescita; questa nuova concezione implica l'attribuzione di un riconoscimento sociale particolare ai bambini ed agli adolescenti, quanto meno rispetto alla concezione del passato ed implica che i ragazzi vengano coinvolti direttamente nelle forme di progettazione, divenendo a tutti gli effetti come interlocutori significativi rispetto alle diverse sfere sociali.

3.5.3.2 I servizi disponibili sul territorio

Gli interventi attivati nell'anno 2004 relativi ai minori in famiglia comprendono:
A) Attività

- Attività di promozione sociale (art. 4 c. 3 lettera A LR 72/97) → n. interventi 118
- Informazioni ai minori (art. 4 c. 4 lettera A LR 72/97) → n. interventi 257
- Attività di segretariato sociale → n. contatti 267 (più 72 rispetto dato anno 2003)
- Attività di presa in carico che non sfocia in una prestazione:
  al singolo → n. utenti 67
  alla famiglia → n. famiglie 33
  gruppi minori a rischio → n. gruppi 9

B) Nuclei Familiari

- Nuclei familiari con figli minori coinvolti nelle attività di:
  - Mediazione familiare → n. 87 coppie genitoriali seguite in mediazione familiare
  - Assistenza economica (attiene al bilancio socio assistenziale) → n. nuclei 889 per un costo di € 333.576,53 di cui
    - interventi una tantum n. 230 nuclei per € 86.302,90
    - interventi mensili n. 659 nuclei per € 247.273,63
  - Assistenza domiciliare educativa → n. nuclei 139 per € 250.170,39
  - Assistenza domiciliare assistenziale → n. nuclei 20 per un costo di € 48.837,00

C) Minori

- Affidi Part-time (dati al 31-12-2004): n. 14 per un costo di € 22.612,00
- Affidi Part-time avviati nell'anno: n.4
- Minori seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria (materia civile e amministrativa) (Tribunale Minorile e Tribunale Ordinario): n. minori 298. Di cui n. minori seguiti dal 01/01/2004: n. 69
- Minori per i quali l'autorità giudiziaria ha prescritto incontri protetti con il genitore non affidatario: n. 38, di cui:
  - prescritti dal Tribunale per i Minorenni n. 36, di cui dall'01/01/2004 n. 15
  - prescritti dal Tribunale Ordinario n. 2 di cui dall'01/01/2004 n. 2
- Minori seguiti in collaborazione con l'autorità giudiziaria e con i Servizi Minorili del Ministero di Giustizia (DPR 448/88-materia penale) n. 32
- Minori vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli organi giudiziari) n. 12 di cui abusi sessuali n. 4
- Minori presenti in servizi semiresidenziali (dati al 31-12-2004) n.1 straniero
- Tutele giuridiche (dati al 31-12-2004) n. 83 di cui:
  - affidate all'ente n. 6
  - affidate al serv.soc.prof. n. 9
  - affidate ad altri n. 68

Per quanto riguarda invece gli Interventi per minori fuori famiglia dall' 01/01/2004 al 31-12-2004 possiamo rilevare i seguenti dati:

C1) Minori ospiti nei servizi residenziali

Minori presenti nei servizi residenziali al 31-12-2004 n. 46 di cui stranieri n. 29

Minori presenti nei centri di Pronto Accoglimento al 31-12-2004 n. 5 stranieri

C2)Affidamenti familiari al 31/12/2004

Minori affidati n. 64

Di cui (del totale): stranieri n. 8

Di cui (del totale): affidati a parenti n. 20

Di cui (del totale):

In affidamento per meno di 2 anni n.14

In affidamento da 2 a meno di 3 anni n. 5

In affidamento per 3 anni e più n.45

Di cui (del totale):

Consensuali n.16

Giudiziali n.48

Di cui (del totale):

Minori affidati che vengono seguiti per situazioni di alta criticità n.5

Di cui (del totale):

Affidi avviati nell'anno 2004 n. 9

Di cui (del totale): Stranieri n.4

Di cui (del totale):Affidati a parenti n.1

Di cui (del totale):

Consensuali n.8

Giudiziali n.1

C2.1) Presenza di centro affidi

Abbinamenti effettuati dal centro affidi n. 55

Famiglie disponibili all'affidamento presenti nella banca dati n. 20

Informazione e sensibilizzazione all'affidamento n. 1 intervento con n. 980 persone coinvolte

Preparazione a gruppi mirati n. 4 interventi con n. 120 persone coinvolte

C3) Adozioni

Domande di adozione presentate nel 2004 n. 41

Di cui solo nazionale n. 5

Di cui nazionale ed internazionale n. 36

Decreti di idoneità emessi per le coppie nell'anno 2004 n. 0

Minori adottati nell'anno 2004 n. 25

Di cui da adozione nazionale n.7

Di cui da adozione internazionale n.18

Minori adottati seguiti per situazioni di criticità n. 0

Restituzioni da:
affidamento preadottivo n. 0
adozione n. 0

Minori segnalati all' U.S.S.M.-Tribunale dei minorenni nell'anno 2004 n.25

Servizi innovativi attivati per questo segmento di popolazione:

A) Centro per la Famiglia che cura le seguenti attività:
- sostegno alla genitorialità
- mediazione familiare
- attività di informazione e accompagnamento all'adozione nazionale ed internazionale
- interventi di integrazione culturale

B) Albo comunale della Baby Sitter
A seguito di un corso di formazione per preparare delle figure per l'assistenza a domicilio dei bambini il Comune di Lucca sta istituendo un apposito albo dove gli educatori formati saranno iscritti e dal quale le famiglie potranno attingere i nominativi di potenziale personale da impiegare per l'assistenza a domicilio dei bambini.

C) Progetto Mi.Ri.A.M."(Minori a Rischio di Abuso e Maltrattamento)
Nell' anno 2004 è continuata l'attività del "Progetto Mi.Ri.A.M."(Minori a Rischio di Abuso e Maltrattamento); in particolare sono stati organizzati anche nell'anno 2004, a livello provinciale, momenti di formazione comune tra insegnanti e operatori socio-sanitari per il corretto utilizzo di tale strumento.
Nell'area minori lo stato di attuazione dei PROGETTI è il seguente:
- Centro Affidi: Si sono ulteriormente rafforzati i collegamenti tra la Zona Piana di Lucca e la Zona Valle del Serchio. E' stata ampliata l'attività.
- Famiglia e genitorialità: è un progetto in fase di pieno sviluppo e si avvale di una forte collaborazione con le Associazioni di Volontariato.
- Sostegno socio-educativo: è un progetto ormai consolidato nella zona; si avvale nei Comuni della Piana di Lucca dell'esperienza maturata dal personale delle cooperative alle quali è affidato il servizio.
- Incentivazione all'affido: è un progetto consolidato nella zona e si tende a rafforzarlo ai fini di evitare l'istituzionalizzazione.
- Tutorship e Attivazione solidarietà giovanile : è il progetto che, in questa area mostra le maggiori possibilità di sviluppo; la forte e consistente adesione dei giovani e la positiva risposta delle scuole consentono di lavorare nell'ottica di preparare anche le famiglie a rispondere in modo adeguato a questa iniziativa.
- Tutela dei minori con particolare riferimento dell'Istituto dell'adozione: il mantenimento dell'impegno di un assistente sociale presa a convenzione ha permesso, a livello zonale, di rafforzare il servizio dando una maggiore credibilità e sostegno al progetto. I Comuni continuano a dimostrato di voler sviluppare con forza questo servizio coordinandolo adeguatamente.

In questa area altro intervento fondamentale è il Servizio Informagiovani che è presente in cinque dei sette Comuni della Piana di Lucca.

3.5.3.3 Violenza contro i minori

La violenza è il disagio sociale più grave che i minori sono costretti a subire nella società occidentale moderna.
Gli autori delle diverse forme di violenza sono prevalentemente soggetti di sesso maschile nella fascia di età compresa tra i 35 e i 45 anni, con una situazione socioeconomica varia, non appartenente solo a gruppi sociali emarginati o caratterizzati da particolari patologie o devianze.
Le violenze invece, "riguardano una condizione di violenza quotidiana o più occasionale in cui sulla bambina/o, anche dai primi mesi di vita, vengono esercitate violenze fisiche e maltrattamenti, con danni non solo psicologici molto gravi, ma anche traumi fisici, fratture delle ossa, rotture dei legamenti e altro"[26].
Nella Piana di Lucca, nell'anno 2004, sono 12 i minori vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli organi giudiziari), di cui 4 abusi sessuali.

3.5.4 Tutela della salute degli anziani

La tutela della salute degli anziani è legata alla collaborazione ed alla sinergia tra competenze sanitarie e sociali.

Per la popolazione anziana nella nostra ASL sono attivi servizi socio- sanitari territoriali che garantiscono le prestazioni di base e specialistiche, sia ambulatoriali che domiciliari.
L'assistenza agli anziani viene svolta in collaborazione con i servizi sociali comunali secondo modalità sempre più integrate, soprattutto per i casi più complessi valutati dall'UVM, così come indicato dalla DGRT 402 (cfr. par. 1.2.9), al fine di individuare la risposta assistenziale più appropriata (tra cui anche l'ADI) ai bisogni del singolo utente.

Tabella 90 – Riepilogo prestazioni domiciliari – Zona Piana di Lucca (°)

Tipologia di assistenza erogata a domicilio	*2004*
Assistenza infermieristica e integrata (n.soggetti)	585
Assistenza a pazienti oncologici (ADO) (n. soggetti)	126
Assistenza programmata del MMG (n. soggetti in ADP e ADI)	2707
Assistenza specialistica (visite domiciliari)	479
Prelievi (numero prelievi)	21553
Prelievi (numero stimato utenti)	900 (stima)
Assistenza protesica per incontinenti (n. assistiti)	3549
Assistenza protesica per soggetti allettati o non deambulanti (n. presidi consegnati)	1894
Assistenza farmaceutica con consegna medicinali (n. consegne) servizio attivato nel 2004	641
Nutrizione artificiale (n. utenti)	175
Rieducazione motoria (n. utenti)	64

Nel corso del 2004 nell'area distrettuale ovest della Zona Distretto Piana di Lucca (Comuni di Lucca e Pescaglia) è stato attivato, in via sperimentale, un sistema informatizzato di registrazione dei dati dei pazienti presi in carico dal servizio di assistenza domiciliare. Tale sistema, elaborato con il supporto informatico, ha permesso di effettuare alcune semplici, ma interessanti, analisi sui pazienti in carico.

[26] Centro Nazionale di Documentazione e di Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza, *Infanzia e Adolescenza Diritti e Opportunità.Orientamenti alla progettazioni degli interventi previsti nella legge 285/97*. Consiglio dei Ministri, Dipartimento Affari Sociali, 1998, pp. 188-189.

Di seguito si propongono alcune delle Tabelle più significative, anche dal punto di vista epidemiologico.

Tabella 91 – Frequenza delle principali diagnosi

Diagnosi principali e secondarie - Frequenza											
Anno 2004											
		Diagnosi principale		Diagn. Sec. 1		Diagn. Sec. 2		Diagn. Sec. 3		Diagn. Sec. 4	
	ICD-IX	Num. totale	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
1	Neoplasie Maligne	145	18,78	23	4,30	8	3,10	2	2,94	0	
2	Accidenti Vascolari Cerebrali	113	14,64	45	8,41	16	6,20	2	2,94	0	
3	Ulcere Da Decubito	79	10,23	25	4,67	10	3,88	3	4,41	2	11,11
4	Deterioramento Mentale	69	8,94	32	5,98	21	8,14	5	7,35	0	
5	Malattie Osteo-Articolari	57	7,38	45	8,41	30	11,63	9	13,24	4	22,22
6	Cardiopatia Ischemica	42	5,44	34	6,36	16	6,20	3	4,41	0	
7	Malattie Respiratorie	37	4,79	29	5,42	23	8,91	11	16,18	2	11,11
8	Morbo Di Alzheimer	31	4,02	11	2,06	3	1,16	0		0	
9	Parkinsonismi (e altre Patologie Neurologiche)	29	3,76	9	1,68	2	0,78	3	4,41	0	

La Tabella 91 porta i numeri e le percentuali riferite alle prime 9 diagnosi principali (ovvero quella che ha determinato la richiesta di interventi domiciliare da parte del medico curante e del personale infermieristico ASL), con l'indicazione della frequenza con cui le stesse sono state indicate come diagnosi secondarie associate (segnalate dal medico curante).
Si osserva che già solo le prime 4 (neoplasie maligne, accidenti vascolari cerebrali, ulcere da decubito e deterioramento mentale) rappresentano il 50 % delle diagnosi principali e, quindi, almeno nella nostra esperienza lucchese, possono essere indicate come le patologie prevalenti, da un punto di vista epidemiologico, ai fini di una programmazione sanitaria dell'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda la distribuzione delle frequenze di comorbilità, ovvero il numero di patologie segnalate per ogni singolo paziente, a fronte di un totale di 1652 diagnosi segnalate per i 794 pazienti, risulta una media di 2 diagnosi per paziente.

Le strutture di ospitalità per anziani

Al 31.12.2004 sono presenti sul territorio della ASL 2 di Lucca complessivamente 22 strutture, di cui 13 nella zona Piana di Lucca.
La forma di gestione prevalente delle strutture, per i soggetti autosufficienti, è quella privata (n.8); le restanti 5 strutture sono a gestione pubblica di cui 3 RSA gestite dal Comune di Lucca , 1 RSA dal Comune di Capannori e 1 RSA dalla ASL; non esistono strutture a gestione IPAB.
Le RSA pubbliche ospitano prevalentemente soggetti non autosufficienti

Disponibilità di posti letto in strutture residenziali

Di seguito si riportano i posti letto disponibili in RSA a gestione diretta o convenzionate presenti in ogni Zona; i dati sono stati raffrontati con l'indice determinato nel Piano Regionale di Assistenza Sociale (PRAS)

Anno 2004	Abitanti	> 65 anni	P.L. N.A.	Indice aziendale	Indice Pras del. 337/94
Piana di Lucca	160.894	35.152	225	0,64	1,6%
Valle del Serchio	58.850	14.823	162	1,09	
Totale Az. Usl 2	219.744	49.975	387	0,77	

Fonte: Relazione Sanitaria Aziendale – dati 2004

Indice di istituzionalizzazione

L'indice d'istituzionalizzazione (calcolato considerando tutti i presenti in strutture al 1° gennaio + nuovi ingressi nell'anno 2004, per un totale di 532 ultrasessantacinquenni) è pari al 15,13% contro il 14,64% dell'anno precedente che dimostra un maggior ricorso a ricoveri, anche temporanei, in RSA.

Il ricorso al ricovero in strutture protette con erogazione da parte dell'Azienda della quota sanitaria, è avvenuto anche per l'anno 2004 sempre più in tarda età, quando i soggetti erano ormai gravemente non autosufficienti e spesso in fase terminale.
Tali inserimenti hanno coinvolto nel corso dell'anno 2004 n. 366 anziani, dato comprensivo dei turn-over e dei ricoveri temporanei.
Ancora nel corso dell'anno 2004 sono stati registrati globalmente n. 19 ricoveri temporanei in R.S.A. (Relazione sanitaria Aziendale 2004)

Quote sanitarie

Nella Tabella sottostante è descritto l'andamento della spesa sostenuta per quote sanitarie, a favore di soggetti anziani non autosufficienti ricoverati nelle strutture convenzionate presenti nella Zona Piana di Lucca e al di fuori del territorio aziendale .

Quote sanitarie	**Piana di Lucca**	**Valle del Serchio**	**TOTALE**
2000	2.694.380	516.030	3.210.410
2001	2.992.020	847.180	3.839.200
2002	2.967.615	1.101.605	4.069.220
2003	2.887.126	1.075.477	3.962.603
2004	2.971.266 *	1.124.560	4.095.826

* la spesa registra un aumento, peraltro contenuto, dovuto agli adeguamenti dell'importo della quota sanitaria in applicazione della delibera regionale 402/2004.

Strategie adottate nel 2004 nella Zona Piana di Lucca.

- Qualificazione dell'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali (con l'ultimazione dei lavori della RSA di Altopascio e S.Cataldo da parte dell'ASL2)
- Apertura, nel mese di luglio 2004, presso la RSA Centro Anziani di Monte S.Quirico da parte del Comune di Lucca ad integrazione del Centro Diurno Alzheimer un nucleo residenziale di 9 posti più 3 posti di accoglienza diurna, sempre per dare risposte concrete alle famiglie di soggetti con gravi problematiche comportamentali legate alla demenza senile.
- Applicazione delibera GRT 402/04 (verifica standard personale ed adeguamento quote sanitarie nelle RSA)
- Ricostituzione, con atto deliberativo, le Unità Valutative Multidimensionali a valenza zonale.

A Tali strutture è stato dato il compito anche di provvedere all'elaborazione di linee di accesso ai percorsi assistenziali; in particolare, per la zona distretto di Lucca, si registra la

necessità di giungere ad una definizione di un sistema integrato di accesso ai servizi con inclusione del percorso Ospedale-Territorio (ADI) da mettere a punto con le varie sinergie tra U.O. Aziendali (U.F. Attività Sanitarie di Comunità - Coordinamento Infermieristico – Servizio Sociale) e Comuni della Piana.
Una particolare attenzione è stata rivolta, sempre nel corso dell'anno 2004, da ASL e Comuni della Piana, ai soggetti con patologia Alzheimer. Nel corso del 2004 sono stati assistiti in assistenza diurna n. 32 soggetti con gravi disturbi comportamentali dementi senili e/o Alzheimer.
Nel corso dell'anno 2004 è' stata realizzata un'esperienza formativa per 30 operatori delle due Zone-distretto (aziendali, comunali e del terzo settore) coinvolti a vario titolo per qualifica e competenza nell'assistenza ai pazienti Alzheimer (Infermiere Professionale, Operatore Socio Sanitario, Educatore Professionale e Assistente Sociale) secondo un modulo regionale di 40 ore di sensibilizzazione-informazione sulla "assistenza ai pazienti Alzheimer". Nell'ambito del corso è stato possibile conoscere e confrontarsi con esperienze concrete e attive già da tempo realizzate da altre ASL (Montaione, Prato e Monte S.Quirico).

Servizi e prestazioni sociali erogate dai Comuni nell'anno 2004

Le prestazioni sociali destinate agli anziani sono:

- *Attività di segretariato sociale e consulenza*: servizio informativo nei confronti dell'utenza anziana direttamente erogato dal Servizio Sociale, a livello comunale e zonale.
- *Teleassistenza e Telecontrollo* : servizio destinato ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, che ha lo scopo di dotare le persone anziane sole e/o in situazione di disagio sociale, di apparecchiature che consentano di chiedere soccorso in caso di necessità. Apparecchi allacciati n.65 per una spesa annua di € 25.690,56
- *Trasporti sociali*: si tratta di un servizio fornito da associazioni di Volontariato e dalla società di trasporti locali (CLAP) convenzionate con gli Enti Locali, che ha lo scopo di consentire la mobilità dell'anziano. Servizio trasporto agevolato n.53
- *Cartargento Bus*: tessere totali n. 4.842 di cui rilasciate nell'anno 2004 n. 398 per una spesa effettiva totale di € 19.550,00.
- *Migliorie abitative*: si tratta di contributi per consentire all'anziano di vivere nel proprio ambiente domestico in condizioni di vita qualitativamente accettabili, ivi inclusi interventi di adeguamento abitativo al fine di rendere le case maggiormente accessibili.
- *Contributi economici*: si tratta di contributi che hanno lo scopo di garantire all'anziano una condizione economica migliore e quanto meno il raggiungimento del minimo vitale. La spesa complessiva è stata di € 65.878,13 di cui: € 15.321,22 per il "Minimo Vitale" (51 interventi), € 19.984,79 per "Buoni Alimentari" (41 interventi), € 12.555,00 per "Contributi una tantum" (24 interventi), € 5.400,50 per affitto e € 6.612,54 per spese funerarie (10 interventi).
- *Agevolazioni ICI-TIA-ACQUA-GAS*: interventi n. 1.072 persone per una spesa complessiva di € 125.977,47
- *Fornitura di farmaci non concessi dal Servizio Sanitario Nazionale* per soggetti inseriti in RSA € 65.000,00
- *Sorveglianza attiva sulla popolazione anziana:* progetto a favore della popolazione anziana al fine di prevenire e contrastare le situazioni di rischio legate al notevole innalzamento della temperatura nel periodo estivo realizzato in collaborazione con l'ASL. Spesa totale finanziata € 95.113,00.

- Assistenza domiciliare Alzheimer gestita in parte anche dall'associazione Don Franco Baroni n. 57 situazioni gestite
- Assistenza domiciliare diretta attivata dai comuni; (visite domiciliari, igiene e cura della persona, disbrigo pratiche amministrative, riordino abitazione, accompagnamento, preparazione e sostegno durante i pasti, ecc.).numero 288 soggetti per una spesa di € 801.589,00
- Assistenza domiciliare indiretta e assegni di cura: n. 59 utenti per una spesa di € 132.100,00
- Inserimento in mini appartamento presso la struttura Pia Casa. Numero 10
- Vacanze anziani anno 2004 n.348 soggiorni residenziali ed anche soggiorni giornalieri per una spesa di € 107.524,00
- Il progetto "TUTOR ANZIANI" è rivolto ad anziani utrasettantacinquenni autosufficienti soli residenti nei Comuni della Piana. Nel 2004 hanno beneficiato di questo servizio n. 25 utenti.

L'offerta sociale della zona si arricchisce inoltre dei servizi offerti dalle associazioni di terzo settore; sono presenti ad esempio centri di socializzazione (circoli sportivi e culturali), ed altre organizzazioni che si occupano specificatamente dei problemi della terza età e che propongono iniziative di vario tipo (es. consulta degli anziani, Università della Terza Età, ecc.).

3.5.5 La condizione di non autosufficienza e la disabilità

Valutazione del grado di autosufficienza

La Commissione per l'accertamento del grado di autosufficienza, negli anni 2000/2004 ha effettuato le seguenti visite utilizzando il protocollo regionale previsto dalla delibera 214/91.

Anno	Piana di Lucca		Valle del Serchio		Totale	
	N. Visite	N. non autosuff.	N. Visite	N. Non autosuff.	N. Visite	N. Non autosuff.
2000	152	111	121	90	273	208
2001	177	167	132	89	309	256
2002	249	175	121	84	370	259
2003	331	223	81	61	412	304
2004	246	153	81	67	327	220

La valutazione del grado di autosufficienza è divenuta in questi ultimi anni requisito necessario per accedere alle prestazioni sociali e sanitarie. Le U.V.M. non solo certificano l'autosufficienza o non del soggetto, ma ne delineano il percorso assistenziale basato sull'analisi dei bisogni dei singoli.

Le persone disabili prive di autonomia

Da un esame dei dati relativi agli accertati in gravità ai sensi della L.104/92 attraverso il costrutto dell'Autonomia si può ottenere una immediata dimensione quantitativa del fenomeno: le persone sostanzialmente prive, nell'arco di età compresa tra 0-64 anni, sono 1104. Oltre i 65 anni le persone sono 1221.
I dati sopra riportati indicano il numero delle persone con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art.3 e 4 della L. 104/92 esaminati dalla apposita Commissione a far data dal 1993, data di inizio dell'attività della Commissione fino al 31.12.2005.

Il numero esprime il valore delle persone con handicap in situazione di ridotta autonomia e di handicap in situazione di gravità che necessitano di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e in quella di relazione.

L'assistenza protesica

Un ulteriore dato relativo a stima di persone con ridotta autonomia può essere dedotto dalle prescrizioni di ausili, protesi ed ortesi autorizzate nel corso dell'anno 2005: n.3878. Dal numero di autorizzazioni (carrozzine, deambulatori, sollevatori,etc.) si può rilevare che circa 1100 persone utilizzano ausili per l'autonomia. Il dato tuttavia è sovrapponibile al precedente in quanto non discrimina il disabile in gravità che utilizza ausili.

Si riporta il quadro generale dei dati riguardante il settore dell'Handicap:

- N° 1825 soggetti portatori di handicap da 0 a 64 anni conosciuti dai servizi dell'ASL 2 Zona di Lucca al 31.12. 2005.
- N° 1550 soggetti accertati ai sensi art. 3 e 4 della L.104/92 dall'insediamento della commissione (Fonte U.O. Medicina Legale)
- N° 1104 accertati in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.104/92. (Fonte U.O. Medicina Legale)

Tabella 92 - Suddivisione dei soggetti per patologie e classi di età nel 2005.

Tipologia	**Classi di età**					*Totale*
	0-3	*4-18*	*19-25*	*26-39*	*40-64*	
Psichico	6	345	87	46	50	534
Fisico	33	185	85	141	325	769
Sensoriale	6	28	9	19	32	94
Plurihandicap	37	66	34	77	214	428
TOTALE	*82*	*624*	*215*	*283*	*621*	*1825*

(Fonte: GOIF zona di Lucca Rilevazione dati anno 2005)

Il profilo relativo alla suddivisione per classi di età (0-64 anni) e per patologia evidenzia una prevalenza dell'handicap psichico nella fascia dell'età evolutiva: i dati includono anche i soggetti individuati in situazione di handicap ai fini del sostegno e dell'integrazione scolastica. (DPR 24.2.1994).

Tabella 93 - Dati riguardati le Commissione per l'accertamento dell'handicap anno 2005

Commissioni operanti	N°	1
Sedute nell'anno	"	54
Domande di accertamento pervenute nel 2005	"	552
Domande giacenti al 1.1.04 pervenute in anni precedenti	"	118
Domande esaminate e definite nel 2005	"	447
Domande archiviate (decessi, assenze, rinunce, etc.)	"	37
Domande giacenti al 31.1.2005		*195*

Tabella 94 - Commissione per l'accertamento dell'handicap – Dati per classi di età anno *2005.*

Classi di età	*Domande esaminate con Esito Positivo*	*di cui in situazione di gravità*	*Domande esaminate con Esito Negativo*
0-3	10	7	0
4-18	21	17	0
19-25	2	2	1
26-39	27	24	3
40-64	79	45	11
> 64	290	227	3
TOTALE	*429*	*322*	*18*

I dati indicati in Tabella 94 vengono riportati al fine di evidenziare che il lavoro della commissione per l'accertamento di handicap è rivolto prevalentemente agli adulti ed in particolare alla fascia di età > 64 anni. In effetti:

- il 67,5% degli accertati con esito positivo riguarda soggetti oltre i 64 anni;
- il 32,5% degli accertati con esito positivo riguarda i soggetti 0-64 anni;

in modo più specifico:

- il 18,4% la fascia di età 40 – 64 anni
- il 6,7% la fascia di età 19 – 38 anni
- il 7,2% la fascia di età 0 – 19 anni

La presa in carico di situazioni di disabilità complesse

Le persone adulte affette da malattie degenerative (SLA, Sclerosi Multipla, Parkinson) e da eventi vascolari in fase post acuta per i quali è stato predisposto un piano individuale di intervento sono 155 (Fonte U.O. Riabilitazione –Sezione Aggregata Lucca).
Il dato non identifica chi è stato accertato in situazione di handicap.

Gli strumenti tecnici e operativi della disabilità sono costituiti da:

- Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale(GOIF)
- Gruppi Operativi Multidisciplinari (GOM), per il coordinamento degli interventi e per la presa in carico, la progettualità e la gestione integrata dei percorsi assistenziali delle persone disabili, hanno valenza zonale. I GOM sono articolati per età evolutiva (0-18 anni)

Poco più della metà delle persone disabili, in prevalenza in età evolutiva, accedono ai servizi territoriali per la presa in carico (GOM) e la gestione integrata dei percorsi assistenziali.

I Progetti Abilitativi Riabilitativi Globali (PARG) attivati dai Gruppi Operativi Multidisciplinari (GOM) alla data del 31.12.2005 sono stati n. 678, il 30% (234) riguardano l'età adulta.
Il rapporto con gli accertati L.104/92 è del 43,7%, con gli accertati in gravità il 61,4%.

L'Integrazione scolastica delle persone disabili

Il percorso scolastico è fortemente investito dalle persone disabili a cominciare dagli Asili Nido fino all'Università.

Tabella 95 - L'Handicap nella scuola.

	A.S. 2001-2002	A.S. 2002-2003	A.S. 2003-2004	A.S. 2004-2005
Asilo nido	6	4	2	4
Maternal	29	27	27	36
Element.	90	93	92	92
Media	87	96	93	96
Media Sup.	55	72	85	95
Università	3	2	2	2
Totale	270	294	301	324

(fonte: MIUR)

Rispetto al passato si registra una maggiore frequenza di soggetti disabili nella scuola superiore.

In riferimento a questo fenomeno gli alunni disabili frequentano in prevalenza le scuole professionali (L'Istituto professionale per il Turismo " S. Pertini , L'Istituto professionale "M: Civitali" e l'Istituto d'arte Passaglia).

L'impegno dei servizi

Forte l'impegno dei servizi socio sanitari in particolare delle varie figure professionali dell'Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza e dei Servizio sociale territoriale per garantire l'espletamento delle procedure previste dalla L.104/92 per tutti i casi di handicap psichico o neurologico certificati per il sostegno didattico: rilascio della Diagnosi Funzionale e Piano Educativo Personalizzato per tutti i nuovi ingressi e passaggi di grado; almeno 2 riunioni l'anno per ciascun caso con insegnanti e genitori per la stesura/aggiornamento del Profilo Dinamico Funzionale per un totale di 679 consulenze.

Notevole (135 alunni assistiti nel 2005) inoltre anche l'apporto alla scuola da parte dei Comuni in gestione associata al fine di favorire l'integrazione scolastica del persone disabili più gravi. Gli interventi sono svolti dall' ANFFAS per conto dei Comuni associati tramite la Cooperativa "La scuola per tutti".

Dalla Scuola al progetto di vita

Realizzare per un alunno disabile un progetto di vita, significa realizzare un percorso formativo, culturale e professionale anche nella prospettiva del lavoro in cui la famiglia e le istituzioni del territorio sono impegnate.
L'innalzamento dell'obbligo è stato importante per gli alunni disabili per motivi quantitativi e qualitativi. Molte scuole hanno realizzato significative esperienze di orientamento lavorando a progetti integrati scuola - lavoro finalizzati alla valorizzazione delle potenzialità (14 progetti).

Sono ancora aperti i problemi che riguardano:

1. la continuità fra i percorsi nella scuola e nella formazione professione o nei centri per gravi
2. l'accompagnamento al lavoro dell'allievo disabile.

I servizi disponibili sul territorio

I programmi relativi all'area dell'handicap mirano al rafforzamento dei servizi già esistenti quali appoggi socio assistenziali educativi, progetto lavoro, centri diurni, aiuto alla persona; vi sono anche alcuni progetti dove sono coinvolte associazione di volontariato quali Anffas, UIC, ENS, ASPRENEL, FASM sia in fase di progettazione che come soggetti attuatori.
I soggetti portatori di handicap che hanno usufruito di interventi nell'anno 2005 nella Zona Piana di Lucca sono stati 1095.

Anno	2004	2005
Inseriti strutture educative	36	40
Inseriti scuola obbligo	181	188
Inseriti scuola superiore	84	98
Inseriti Università	2	2
Inseriti in attività preformazione	6	5
Inseriti in attività formativa	10	19
Usufruito ass. persona a scuola	110	115
Usufruito ausili apprendimento a scuola	20	20
Usufruito ausili apprendimento extrascuola	26	27
Usufruito aiuto domestico	23	25
Usufruito aiuto personale	95	95
Inser. socio-terap. o borse lavoro	76	93
Inseriti al lavoro	0	10
Usufruito trasporto	116	116
Inseriti in strutture residenziali	21	20
Inseriti in RSA	33	33
Inseriti in strutture semiresidenziali	119	120
Usufruito vacanze estive	66	69
Mancata risposta	0	0

Dal confronto con lo scorso anno si evidenzia come siano aumentati i disabili (+ n. 14) rispetto al 2005.

Nel 2005 la spesa sostenuta per finanziare i servizi e gli interventi a favore di soggetti portatori di handicap ammonta per la Zona della Piana di Lucca ad € 1.654.700,89 così distribuita:

Inserimento in attività formativa	95.702,00
Ass. persona a scuola	473.505,00
Ausili apprendimento a scuola	26.700,00
Ausili apprendimento extrascuola	101.350.00
Aiuto domestico	75.280,00
Inserimenti in strutture residenziali	773.50166
Inserimenti in RSA	884.979.72
Inserimenti in strutture semiresidenziali°	1.654.700,89

I soggetti disabili che hanno avuto un intervento di inserimento socio terapeutico nella zona della Piana di Lucca sono 93 (55 maschi e 38 femmine) + 17 rispetto al 2004.

Nell'anno 2005 per i soggetti disabili sono state inoltre previste:

- attività di tempo libero per n. 66 soggetti per un costo di € 92.716,52
- interventi aiuto alla persona n. 93 per un importo di € 181.804,00
- borse lavoro n. 93 per un importo di € 144.252,55
- trasporti n. 116 soggetti per un importo di € 352.500,78 di cui per trasporto scolastico n. 21 per un importo di € 49.972,31

E' continuato anche per l'anno 2005, a livello Zonale, il progetto Regionale di sperimentazione di Vita Indipendente.
Gli interventi hanno avuto lo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità con questi due obiettivi principali:

- Favorire l'autonomia personale sia nel nucleo famigliare che fuori da esso e l'integrazione sociale
- Favorire l'indipendenza economica (anche se supportata dalle istituzioni)

Nel 2005 il numero dei disabili che hanno usufruito di questo intervento sono stati 5.

3.5.6 Salute mentale

Il DSM è la struttura organizzativa della ASL finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.
La sua organizzazione risponde alle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, secondo il modello del dipartimento tecnico-scientifico composto da strutture organizzative multiprofessionali (le Unità Funzionali), in modo da garantire la formulazione e l'attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati ed integrati, e con presidi articolati in rete in modo da garantire l'unitarietà dei percorsi terapeutici ed assistenziali .
Operano nel DSM due UU.FF. per la Salute Mentale Adulti (una per la zona Valle del Serchio e una per la zona di Lucca) e una U.F. per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza per tutto il territorio dell'azienda.
Delle UU.FF. Adulti fanno parte psichiatri, psicologi, infermieri ed educatori professionali; della U.F. Infanzia e Adolescenza neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, educatori professionali ed infermieri.
Sia nel settore dell'età adulta che in quello dell'età evolutiva si registra nel 2005 un incremento degli utenti rispetto all'anno precedente. In particolare l'analisi dei dati clinici mostra nei servizi degli adulti un incremento delle patologie psichiatriche associate o correlate all' abuso di sostanze e di alcol (cosiddetta "doppia diagnosi"), un aumento delle patologie connesse al disagio sociale (incluse le problematiche legate a nuove forme di marginalità) e, per quanto riguarda gli interventi in situazione di emergenza-urgenza, un' elevata incidenza di disturbi d'ansia (in particolare nell'ambito dello spettro panico-agorafobico).
Per quanto riguarda l'utenza della fascia di età infantile ed adolescenziale si rileva un lieve incremento dei disturbi comportamentali ad esordio nella prima adolescenza (in particolare disturbi della condotta, della personalità e dell'umore, patologie del comportamento alimentare), dei disturbi neuropsicologici (Disturbi Specifici del Linguaggio, deficit cognitivi e Disturbi Specifici dell'Apprendimento), dei disturbi dello spettro autistico e delle patologie neurologiche congenite e connatali.

3.5.6.1 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Gli utenti della salute mentale infanzia e adolescenza in carico nel 2005 sono stati 1903 , con un incremento del 7% rispetto al 2004 (2087 sono gli utenti totali, considerando le attività di screening neonatale e di massaggio infantile).

Tabella 96 - Utenti in carico 2005

DATI GENERALI 2005			
	Piana di Lucca	**VdS**	**Totale**
Pazienti in carico	1.374	529	1.903
Pazienti in carico anno 2004	1.278	500	1.778
Incremento % rispetto 2004			7,03
Nuovi casi	557	175	632

La prevalenza, rispetto alla popolazione dell'ASL di età inferiore ai 18 anni, è stata del 5,89% per i casi in carico (6,4% considerando invece tutti i contatti).

Si è confermato il trend degli ultimi anni relativo all'incremento di:

- disturbi comportamentali ad esordio nella prima adolescenza (in particolare disturbi della condotta, della personalità e dell'umore, patologie del comportamento alimentare),

- disturbi neuropsicologici (Disturbi Specifici del Linguaggio, deficit cognitivi e Disturbi Specifici dell'Apprendimento),
- disturbi dello spettro autistico
- patologie neurologiche congenite e connatali.

Si conferma il dato della precocità della segnalazione per i disturbi neurolinguistici, neuromotori e dello spettro autistico. Permane elevato il dato delle richieste di intervento per forme di disagio ambientale associate a rischio psicopatologico (anche in questa fascia di età rilevante l'incidenza di nuove forme di marginalità).

Le prestazioni totali della U.F. sono state 35.712 (mediche, psicologiche e riabilitative) (dato ASL).
Una quota significativa è costituita dalle attività di riabilitazione neuromotoria, cognitiva e logopedica, costantemente attuate nell'ambito di una progettazione terapeutica multidiscilinare integrata.
Un peso non irrilevante nell'epidemiologia del servizio e nell'utilizzazione delle risorse ha la disabilità neuropsichica (intesa sia come patologia neuromotoria, sia come ritardo mentale).

Tabella 97 – Prestazioni riabilitative

	TOTALE		**Piana di Lucca**		**VdS**	
	N° Prestazioni	**N° Utenti**	**N° Prestazioni**	**N° Utenti**	**N° Prestazioni**	**N° Utenti**
Terapie logopedistiche e/o cognitive	13.780	686	10.886	551	2.894	135
Fisioterapie	7.849	257	5.470	205	2.379	52
Valutazioni neuro-psicomotorie	225	168				
Sedute di massaggio infantile	104	26				

I numero degli utenti totali in riabilitazione è cresciuto del 15% rispetto allo scorso anno; per le terapie logopediche e cognitive l'incremento è stato del 35%, per le terapie neuromotorie del 33% (degli 839 pazienti totali, 104 affetti da patologie complesse hanno usufruito di entrambi i tipi di trattamento nel corso dell'anno).

Appoggi educativi domiciliari

Tabella 98 - Appoggi educativi domiciliari
Appoggi educativi domiciliari

	Appoggi educativi domiciliari (44 ore sett)
N. Utenti seguiti nell'anno	**7**
N: ammissioni nell'anno	3
N. dimissioni nell'anno	1
N. Interventi nell'anno	832

Nel corso del 2005 sono stati attuati interventi terapeutico-riabilitativi domiciliari intensivi per 7 pazienti affetti da patologie psichiche caratterizzate da comportamenti dirompenti di grave entità. Sono stati effettuati da educatori professionali di una cooperativa convenzionata con l'ASL e si sono strettamente integrati nel processo di cura attraverso

un collegamento diretto e strutturato con gli operatori della UFSMIA che hanno in carico i casi.

I minori ospiti di comunità terapeutiche esterne sono stati n. 2 (uno già inserito nel 2004 ed uno inserito a giugno 2005)

Gruppo di lavoro dedicato al trattamento integrato dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (autismo) in fase precoce

Opera nella UFSMIA un gruppo di lavoro dedicato alla diagnosi e al trattamento precoce integrato dei disturbi dello spettro autistico. E' composto da due neuropsichiatri infantili e due psicologi per una parte del loro orario di servizio e da due educatori professionali e un logopedista a tempo pieno.
Nel corso del 2005 i bambini con disturbo dello spettro autistico in carico per trattamenti integrati sono stati complessivamente 25, di cui 13 nella fascia di età 2 – 6 anni; 6 sono i nuovi casi del 2005 (range di età 24 mesi–6 anni e 8 mesi, mediana 34 mesi).
Il trattamento multidisciplinare integrato dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo in fase precoce ha rappresentato il maggiore impegno formativo dell' Unità Funzionale nell'area psichiatrica.

Gruppo Operativo Interdisciplinare per i Disturbi delle Condotte Alimentari

Tabella 99 - Utenti Gruppo Interdisciplinare DCA

Disturbi della condotta alimentare	*2005*
Pazienti in carico	45
Pazienti in carico > 18 anni	29
Pazienti in carico < 18 anni	16
nuovi casi > 18 anni	15
nuovi casi < 18 anni	8
Coppie di genitori in carico	20

Come nell'anno precedente, tre operatori della UFSMIA (due neuropsichiatri infantili e uno psicologo) sono stati impegnati part-time nel Gruppo Multidisciplinare per il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare, insieme ad operatori della UFSMA di Lucca e delle U.O. Medicina a indirizzo gastroenterologico e U.O. Pediatria. I minori trattati sono stati 16 (8 casi nuovi ed 8 in carico dall'anno presedente); il gruppo multiprofessionale ha consentito di affiancare al trattamento individuale dei minori la presa in carico della coppia genitoriale. Una importante criticità è derivata dall'assenza della nutrizionista nel secondo semestre dell'anno.

Consulenza alla scuola per i casi certificati ai sensi della legge 104

Nell'ambito dell'espletamento delle procedure di competenza della UFSMIA previste dalla legge 104, nel 2005 sono state fornite alle scuole 943 consulenze (679 a Lucca e 264 nella Valle) per casi di handicap fisico o neurologico età inferiore ai 18 anni certificati per il sostegno didattico.

Progetti Abilitativi-Riabilitativi Globali in situazioni di grave disabilità

Sono stati attivati 238 GOM per la stesura e verifica dei PARG (ai sensi della delilera C.R.T. n. 158 del 18/3/92 "Progetto Obiettivo Handicap") al fine di assicurare la piena integrazione degli aspetti riabilitativi sanitari e sociali in situazioni di handicap grave.

3.5.6.2 Salute Mentale Adulti

Lo stato di salute mentale nella popolazione della Zona distretto Piana di Lucca registra un incremento degli utenti rispetto all'anno precedente del 10,20%.
Per i pazienti adulti la prevalenza, rispetto alla popolazione dell'ASL di età superiore ai 18 anni, è stata del 2,43% (2,23% per Lucca e 2,97% per la Valle).

Tabella 100 – Riepilogo utenti totali 2005

Dati Generali	***Anno 2005***
Pazienti in carico	3.061
Pazienti in carico anno 2004	2778
Incremento % rispetto 2004	10,20
Nuovi casi*	1.062
Ricoveri in SPDC	331
di cui UFSMA Piana di Lucca	273
di cui UFSMA VdS e SERT	58
** Compresi i contatti occasionali con i servizi o primi contatti*	

Si rilevano:

- un incremento delle patologie psichiatriche associate o correlate all'abuso di sostanze e di alcol (cosiddetta "doppia diagnosi"),
- un aumento delle patologie connesse al disagio sociale (incluse le problematiche legate a nuove forme di marginalità)
- un'elevata incidenza di disturbi d'ansia (in particolare nell'ambito dello spettro panico-agorafobico).

Inserimenti in Strutture, Case Famiglia e Gruppi Appartamento

Tabella 101 –Inserimenti in strutture residenziali e gruppi-appartamento

Inserimenti anno 2005	N.3 Case Famiglia gestione ASL	Gruppi Appartamento	Ricoveri in Strutture Esterne	**Totale**
	Totale posti 24	**Totale posti 10**	**Convenzionate**	
Totale inserimenti nell'anno	31	10	22	63
Totale ammissioni nell'anno	8	4*	5	17
Totale dimissioni nell'anno	8	2	4	14

* Un gruppo appartamento da 2 posti è stato aperto in dicembre

Servizi per il mantenimento delle persone nel proprio domicilio

Tabella 102 - Supporto all'autonomia abitativa

	Appoggi educativi domicil. 90 ore sett.	**Counselig domic. ore 95 sett.**	**Concenzione Assoc. Volont.. 68 accessi sett.**	**Totale**
N. Utenti seguiti nell'anno	22	21	41	84
N: ammissioni nell'anno	4	5	2	11
N. dimissioni nell'anno	2	1	2	5
N. Interventi nell'anno	2219	1520	2.780	6519

I servizi di supporto socio-riabilitativo (appoggi educativi domiciliari e counseling domiciliare) e quello di supporto socio-assistenziale (convenzione con Associazione di Volontariato) in progetti ad alta integrazione socio-sanitaria sono rivolti a soggetti inseriti al proprio domicilio, che per la loro disabilità psichica sono in particolare condizione di esclusione sociale.

Le caratteristiche e le motivazioni che sottendono l'opportunità di usufruire di questi servizi, si possono così riassumere:

a. Condizioni familiari: si tratta di soggetti che non hanno famiglia o questa è in condizioni di multiproblematicità tale da non essere in grado di costituire un riferimento per i soggetti stessi. Tali situazioni sappiamo che spesso possono sfociare nella necessità di un inserimento in strutture residenziali.
b. Bisogno terapeutico-riabilitativo: la presenza della figura di sostegno favorisce i contatti tra l'utente e il servizio distrettuale, in particolare durante i periodi critici in cui il paziente non accetta l'intervento terapeutico e farmacologico, evitando cosi anche l'approfondimento della crisi e quindi il ricovero in SPDC. Inoltre consente di rafforzare l'adesione al processo riabilitativo, facilitando anche la frequenza nelle situazioni riabilitative diurne.

L'esigenza di monitorare l'andamento di tali servizi in termini di efficacia ed efficienza impone verifiche periodiche rispetto ai modi e ai tempi di attuazione.
Abbiamo pertanto rilevato che:

- sono diminuiti del 90% i ricoveri in SPDC dei soggetti seguiti
- sono migliorati i rapporti all'interno delle famiglie e con il contesto socio-ambientale
- non ci sono state domande di inserimento in Strutture Residenziali tranne che per i casi, dove l'attivazione di questi servizi è determinata dalla necessità di "tamponare" la grave situazione in attesa del ricovero.

Affidi eterofamiliari assistiti anno 2005

Tabella 103 - Affidi eterofamiliari assistiti

	Tempo Pieno	Part Time	Totale
N. Affidi nell'anno	20	22	42
N. Ammissioni nell'anno	2	4	6
N. dimissioni nell'anno	1	0	1

Dal 1998 si è iniziato a proporre i primi inserimenti a tempo parziale, generalmente anche a medio termine di uno o due anni, allo scopo di allargare la rosa delle esperienze di assistenza non professionali che risulta elastica e molto articolabile rispetto alle esigenze espresse dai servizi territoriali; questo si rivela anche incredibilmente efficace sul piano clinico, a testimoniare che quando la rete sociale si embrica con i servizi di salute mentale con una metodologia tecnicamente orientata ed ancorata ad un minimo bagaglio di risorse, i risultati positivi non si fanno attendere.

Inserimenti in strutture semiresidenziali

Tabella 104 - Inserimenti in strutture semiresidenziali

	Centro Diurno S.Marco	CDA Camigliano	Progetto lavoro Icaro I modulo	Totale
Totale inserimenti nell'anno	29	15	49	93
Totale ammissioni nell'anno	7	3	14	24
Totale dimissioni nell'anno	7	1	12	20

4 Strutture semiresidenziali:
- 1 Centro Diurno "Villa Giusti"
- 1 Centro Attività riabilitativa "Camigliano"
- 2 Laboratori protetti gestiti dalla "Cooperativa ICARO" per l'inserimento lavorativo

Borse lavoro ed inserimenti lavorativi

Tabella 105 - Borse lavoro e inserimenti lavorativi

	Borse Lavoro	Inserimenti Lavorativi
N. Utenti seguiti nell'anno	37	8
N: ammissioni nell'anno	8	
N. dimissioni nell'anno	2	

L'attività svolta richiede un costante monitoraggio del progetto da parte dell'equipe multidisciplinare che ha in carico i soggetti, e collaborazione continua con le aziende o cooperative sociali ospitanti.
I problemi fondamentali nello svolgimento di questa attività sono:
- la disponibilità dei finanziamenti che ultimamente hanno subito dei tagli e non sono mai sufficienti a rispondere alle esigenze / richieste sempre crescenti da parte dell'utenza;
- l'individuazione di datori di lavoro;
- la difficoltà di trasformazione in un vero rapporto lavorativo dell'esperienza svolta sotto forma di borsa lavoro.

Progetto lavoro ICARO 2005

Tabella 106 - Progetto lavoro ICARO 2005

	I modulo	**II modulo**
N. Utenti seguiti nell'anno	49	8
N: ammissioni nell'anno	14	7
N. dimissioni nell'anno	12	4

Il Progetto lavoro - I° modulo è uno strumento riabilitativo per acquisire e ri-acquisire competenze e abilità, per l'inserimento in un contesto sociale, per recuperare uno spazio di relazioni significative nel rispetto delle individualità; esso è suddiviso in due aree graduate scalarmente con differenti livelli di impegno terapeutico a seconda del livello di autonomia degli utenti.
Il Progetto lavoro - II° modulo è relativo ai diversamente abili attraverso l'inserimento lavorativo ed è suddiviso in quattro fasi e destinato a persone che hanno raggiunto il livello di idoneità al lavoro attraverso la seconda area del I° modulo del progetto e/o persone segnalate dai distretti socio-sanitari, dai centri per l'impiego e da altre agenzie territoriali.
Il problema principale é quello di evitare che il sistema produttivo percepisca il disabile come una minaccia al suo equilibrio; altri due elementi di difficoltà: l'ipoteca invalidante delle categorie ed il basso valore aggiunto del disabile sul mercato del lavoro.

Laboratori di Arte-Terapia

Attualmente sono attivi 10 laboratori di arte-terapia che impegnano proficuamente le loro risorse con circa 120 soggetti in trattamento; i risultati clinici e psicosociali verificati sono incoraggianti.

La complementarietà delle attività e la sperimentazione in corso necessitano infatti di nuove risorse economiche non direttamente ed obbligatoriamente da reperire nel settore di budget sanitario, per cui è in fase di riorganizzazione la intera rete delle attività.

Gruppo Operativo Interdisciplinare per i Disturbi delle Condotte Alimentari

Due psicologi e due psichiatri della UFSMA di Lucca sono stati impegnati part-time nel Gruppo Multidisciplinare per il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare, insieme ad operatori della UFSMiA, e delle U.O. Medicina a indirizzo gastroenterologico e Pediatria.
I pazienti di età superiore ai 18 anni in carico al gruppo sono stati 29 (v. Tabella 99 nella sezione Salute Mentale Infanzia Adolescenza).

3.5.7 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

3.5.7.1 Analisi dell'utenza dei SerT

Nella Tabella 107 sono riportati i dati numerici relativi a tutti gli utenti dei SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca al 31.12.2005, suddivisi in maschi e femmine, residenti e non residenti nel territorio di competenza dell'ASL, distinti nel modo seguente:

- Attivi = casi che hanno avuto almeno un contatto con i SerT nel corso del 2005;
- Presi in carico = casi per i quali è stato predisposto almeno un programma terapeutico nel corso del 2005.

Tabella 107 - Quadro generale dell'utenza dei SERT al 31.12.2005

		Piana di Lucca		
		M	*F*	*T*
Attivi	*Residenti*	629	159	788
	Non Residenti	259	57	316
	Totali	888	216	1104
Presi in carico	*Residenti*	554	143	697
	Non residenti	174	20	194
	Totali	728	163	891

Nella Tabella 108 sono riportati i dati relativi agli utenti attivi del 2005, distinti in nuovi e vecchi utenti, suddivisi in base alla sostanza d'abuso primaria.

Tabella 108 – Utenti attivi al 31.12.2005 distinti in base alla sostanza d'abuso primaria

	Piana di Lucca		
Sostanza d'abuso	*Nuovi*	*Vecchi*	*Totali*
Eroina	113	448	561
Cocaina	62	82	144
Cannabinoidi	27	59	86
Alcol	72	175	247
*Altre dipendenze**	19	47	66
Totali	293	811	1104

Altre dipendenze: ecstasy, anfetamine, benzodiazepine, nicotina, disturbi del comportamento alimentare, gioco d'azzardo patologico

Nel 2005 sono entrati in contatto per la prima volta con i SerT n. 354 nuovi utenti, dei quali 293 nel SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca.
Nella Tabella 109 sono riassunti i dati relativi all'utenza dei Servizi di Alcologia del SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca.

Tabella 109 – Quadro generale dell'utenza dei servizi di alcologia dei sert al 31.12.2005

		Piana di Lucca		
		M	*F*	*T*
Attivi	*Residenti*	157	69	226
	Non Residenti	18	3	21
	Totali	175	72	247
Presi in carico	*Residenti*	125	64	189
	Non residenti	13	2	15
	Totali	138	66	204

Nella Tabella 110 sono riportati i dati relativi ai tossicodipendenti da eroina che nel 2005 hanno svolto in sedi diverse (ambulatorio, domicilio e ospedale) programmi terapeutici con metadone.

Tabella 110 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici con Metadone nel 2005

	Piana di Lucca		
	M	*F*	*T*
Residenti	213	50	263
Non Residenti	61	28	89
Totali	274	78	352

Nella Tabella 111 sono riportati i dati relativi agli utenti tossicodipendenti da eroina che nel 2005 hanno svolto in sedi diverse (ambulatorio, domicilio e ospedale) programmi terapeutici con buprenorfina.

Tabella 111 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici con Buprenorfina nel 2005

	Piana di Lucca		
	M	*F*	*T*
Residenti	16	6	22
Non Residenti	11	0	11
Totali	27	6	33

Nella Tabella 112 sono riportati i dati relativi ai programmi terapeutici e socio-riabilitativi in regime di misura alternativa alla pena detentiva: si è trattato di interventi terapeutico-assistenziali complessi effettuati sempre in accordo e in collegamento con il Centro Servizio Sociale Adulti (C.S.S.A,) di competenza.

Tabella 112 – Numero dei programmi terapeutici in regime di esecuzione penale esterna nel 2005

	Piana di Lucca		
	M	*F*	*T*
Affidamento al Serv. Sociale	32	4	36
Sospensione pena	8	3	11
Arresti domiciliari	16	1	17
Detenzione domiciliare	5	1	6
"Indultino"	2	0	2
Libertà vigilata	1	0	1
Totali	64	9	73

Nella Tabella 113 sono riportati i dati dell'utenza afferita ai SerT nell'ambito dell'area di intervento "Prefettura".
La normativa vigente prevede che le Prefetture (oggi Uffici Territoriali del Governo) segnalino o inviino ai SerT casi con problematiche di tossicodipendenza affinché gli stessi SerT valutino l'opportunità e la possibilità di elaborare in loro favore programmi terapeutici in alternativa alle previste sanzioni amministrative.

Tabella 113 – Utenti inviati e segnalati dalle prefetture nel 2005

	Piana di Lucca		
	M	*F*	*T*
Inviati (art. 75 DPR 309/90)	31	4	35
Segnalati (art. 121 DPR 309/90)	19	2	21
Totali	50	6	56

Prevenzione della patologia infettiva

A partire dal 1996 nei SerT è stato dato un notevole impulso all'attività di prevenzione della patologia infettiva correlata all'abuso di sostanze.
In particolare, nel settembre 1996 è iniziata la vaccinazione anti HBV e lo screening TBC e, dalla fine del 1998, è iniziata anche la vaccinazione anti HAV. I dati numerici sono complessivamente soddisfacenti, anche se la particolarità dell'utenza rende molto difficoltoso il suo reclutamento (Tabelle 114 e 115).

Tabella 114 – Prevenzione della patologia infettiva nel 2005 (n. casi)

	Piana di Lucca		
	IC	*C*	*T*
Nuovi vaccinati anti-epatite A	9	3	12
Nuovi vaccinati anti-epatite B	8	1	9
Intradermoreazione alla tubercolina	0	9	9

IC= vaccinazione in corso; C= vaccinazione completa

Tabella 115 – Prevenzione della patologia infettiva dall'anno 1996 al 2005 (n. casi)

	Piana di Lucca		
	IC	*C*	*T*
Vaccinati anti-epatite A	19	237	256
Vaccinati anti-epatite B	20	243	263
Intradermoreazione alla tubercolina	0	303	303

IC= vaccinazione in corso; C= vaccinazione completa

Il "Progetto Donna" del SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca

Il SerT della Zona Piana di Lucca, in collaborazione con l'Area Materno-infantile (U.O. Ostetricia e Ginecologia e U.O. Pediatria), con il Dipartimento di Salute Mentale (U.O Infanzia e Adolescenza) e l' U.O. Dermatologia del Presidio Ospedaliero "Campo di Marte" di Lucca, ha strutturato il "Progetto Donna" rivolto alla popolazione femminile in carico con obiettivi di prevenzione primaria e secondaria, correlati alle specificità e ai bisogni dell'identità di genere (educazione alla salute, alla sessualità, alla contraccezione, sostegno alla gravidanza e alla maternità, consulenze Legge 194/87, prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie Sessualmente Trasmesse).

L'attività viene svolta sia presso il SerT che in proiezione presso il "Punto Donna" dell' O.C. Campo di Marte (U.O. Ostetricia e Ginecologia).
Nell'anno 2005 sono state coinvolte nel Progetto 51 donne.

Tabella 116 – Utenti inserite nel progetto donna nel 2005 (SerT - Piana di Lucca)

	Residenti	Non residenti	Totali
Donne che hanno aderito al Progetto	49	2	51
Visite ginecologiche effettuate	49	3	**52**
IVG	1	0	1
Gravidanze	4	0	4
Donne orientate al lavoro	15	0	15
Tutoring psico-educativi neonatali	5	0	5
Neonati seguiti dalla Pediatria	5	0	5

L'utenza con abuso/dipendenza da cocaina, l'utenza politossicodipendente e l'utenza con comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi)

L'esperienza degli ultimi anni ha messo in evidenza che il mondo della tossicodipendenza è in grande trasformazione.
La ricomparsa di "vecchie" droghe, quali la cocaina e gli allucinogeni, e la diffusione di "nuove" droghe stimolanti-allucinogene, quali l'ecstasy e analoghi, hanno contribuito a rendere l'attività dei SerT più complessa, proprio perché riguardante una realtà assistenziale in continuo mutamento.

In particolare per la cocaina nel 2005 si è assistito ad un aumento dell'utenza (circa il 40% in più rispetto al 2004) e delle richieste di trattamento che comportano interventi specifici differenziati rispetto ai classici trattamenti per gli utenti eroinomani.
Altro problema importante è rappresentato dal fatto che, nella maggior parte dei soggetti con dipendenza da sostanze d'abuso, sempre più frequentemente si riscontra la presenza di poliabuso/dipendenza con associazioni fra le diverse sostanze (eroina, cannabinoidi, cocaina e alcol, soprattutto, ma anche cocaina e alcol, stimolanti-allucinogeni e benzodiazepine).
L'aumento costante dell'utenza politossicodipendente costituisce un nuovo problema per i SerT, chiamati ad adattare i loro modelli organizzativi e le loro strategie di trattamento, pensati in base alle caratteristiche dell'utenza con dipendenza da eroina.

Nel 2005 un particolare impegno ha comportato la gestione dei casi con comorbilità psichiatrica (coesistenza di disturbi da dipendenza e di altri gravi disturbi mentali), oggetto anche di specifici progetti regionali nei quali l'ASL di Lucca negli anni passati ha svolto un ruolo centrale.

Da sottolineare che nell'anno 2005 è proseguita l'attività della struttura residenziale "Villa Adelasia" (Nozzano, Lucca), aperta con un progetto sperimentale nel settembre 2000 e destinata ad ospitare 12 soggetti tossico-alcoldipendenti con doppia diagnosi (compresenza di disturbi da dipendenza e di gravi disturbi mentali) (Tabella 117).

Tabella 117 – Utenti inseriti nella struttura "C.T. Villa Adelasia" nel 2005

	M	*F*	*T*
Residenti	13	4	***17***
Non Residenti	6	3	***9***
Totali	19	7	***26***

3.5.7.2 L'andamento della domanda e la modificazione dei consumi

Negli ultimi anni il consumo delle sostanze di abuso si è in parte modificato, passando dal quasi esclusivo uso di eroina, alcol e cannabinoidi a quello delle "nuove droghe" (cocaina, ecstasy e simili) che si sono aggiunte alle prime.

Tuttavia, anche nel 2005, come negli anni precedenti, i cambiamenti dei comportamenti d'abuso riscontrati nella popolazione (passaggio da una netta prevalenza di utilizzatori di oppiacei endovena e di alcol alla crescente presenza di utilizzatori di altre sostanze d'abuso) hanno interessato solo in misura molto limitata l'attività dei SerT.
Ciò può essere ricondotto a due ragioni:

- gli utilizzatori delle "nuove" sostanze d'abuso in genere non si considerano tossicodipendenti,
- tali comportamenti risultano sempre più correlati alla presenza di disturbi di tipo psichiatrico.

Anche rispetto a tali nuove realtà i SerT, la cui organizzazione è sostanzialmente modellata sulla tossicodipendenza da eroina, sono chiamati ad uno sforzo di cambiamento delle proprie strategie operative.
La relativa inadeguatezza degli attuali SerT ad affrontare efficacemente un'emergenza sociale quale appare la diffusione delle "nuove droghe" o, per meglio dire, delle "nuove

modalità" di assunzione delle droghe rappresenta una problematica, che esige uno specifico impegno da parte dei programmatori delle politiche sanitarie nazionali e regionali. La modificazione dei consumi delle sostanze d'abuso, che per certi versi sembrano aver assunto un andamento epidemico (in particolare l'uso di cannabinoidi e, in certi contesti, l'uso di alcol, di cocaina e altre droghe stimolanti-allucinogene), suggerisce almeno due considerazioni:

- sembra necessario orientare l'attività dei SerT maggiormente verso interventi precoci (prevenzione secondaria) in favore degli adolescenti e dei giovani adulti,
- per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, sembra sempre più urgente pensare e realizzare modelli operativi idonei ad affrontare la complessità di tale problematica in modo strutturalmente integrato con i Servizi di Salute Mentale.

Un altro settore che negli ultimi anni è stato curato dal SerT di Lucca è quello delle cosiddette dipendenze senza sostanze o comportamentali, in particolare il gioco d'azzardo patologico.
Nella Tabella 118 è riportata la casistica afferita nel 2005 al Centro ambulatoriale per la cura del gioco d'azzardo.

Tabella 118– Utenti del centro ambulatoriale per la cura del gioco d'azzardo del SerT Piana di Lucca nel 2005

Utenti *		M	F	T
Attivi	Residenti	16	0	***16***
	Non residenti	10	1	***11***
	Totali	26	1	***27***
Presi in carico	Residenti	1	0	***1***
	Non residenti	4	0	***4***
	Totali	5	0	***5***

(*) Sono stati regolarmente seguiti (individualmente e/o in gruppo) anche i familiari (uno per ciascun caso) degli utenti attivi.

3.5.7.3 Il rapporto tra servizio pubblico e privato sociale

Nell'anno 2005 i SerT hanno mantenuto regolari rapporti di collaborazione con il privato sociale in particolare per l'inserimento di tossicodipendenti e alcoldipendenti in programmi terapeutici residenziali o semiresidenziali.
Nella Tabella 119 sono riportati i dati relativi agli utenti, che nel corso del 2005 hanno svolto programmi terapeutici residenziali o semiresidenziali in comunità terapeutiche (esclusi i casi inseriti nella struttura residenziale aziendale "Villa Adelasia").

Tabella 119 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici in comunità terapeutica - 2005

		Piana di Lucca		
		M	*F*	*T*
TD	*Ceis LU*	8	3	11
	*Altre CT**	16	4	20
	Totali	24	7	31
AD	*Ceis LU*	4	3	7
	*Altre CT**	2	1	3
	Totali	6	4	10
DD	*Ceis LU*	1	0	1
	*Altre CT**	4	0	4
	Totali	5	0	5
Totali	*Ceis LU*	13	6	19
	*Altre CT**	22	5	27
	Totali	35	11	46

**) Comunità terapeutiche riconosciute come Enti Ausiliari, convenzionate con le Aziende USL, e comunità terapeutiche private non riconosciute come Enti Ausiliari.*

***) Utenti tossicodipendenti o alcoldipendenti con comorbilità psichiatrica.*

3.5.7.4 Il rapporto con gli istituti penitenziari

I SerT forniscono l'assistenza specialistica ai tossicodipendenti in stato di detenzione nella Casa Circondariale di Lucca, che dichiarano il proprio stato di tossicodipendenza e fanno esplicita richiesta di essere presi in carico dai SerT stessi.

L'èquipe multidisciplinare del SerT della Zona di Lucca, assegnata all'attività nella Casa Circondariale di Lucca, prende in carico tutti i casi che richiedono di essere seguiti e li segue in stretta collaborazione con il personale carcerario ed il Servizio Sanitario Penitenziario, il cui Presidio Tossicodipendenze è passato in regime convenzionale all'ASL di Lucca (Decr. Lgs. 230/1999).

Nella Tabella 120 sono riportati i dati relativi agli utenti che hanno svolto programmi terapeutici farmacologici, psico-sociali o integrati in regime di detenzione nella Casa Circondariale di Lucca.

Tabella 120 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici nella casa circondariale di lucca nel 2005

	M	*F*	*T*
Residenti	31	4	***35***
Non Residenti	116	6	***122***
Extra-comunitari	57	0	***57***
Senza Fissa Dimora	1	0	***1***
Totali	205	10	***215***

Tabella 121 - Inserimenti in Borsa Lavoro

	M	*F*	*T*
Alcolisti	3	2	***5***
Tossicodipendenti	14	5	***19***
Totale	17	7	***24***

Il progetto "Borsa Lavoro", iniziato nel 1996 utilizzando fondi messi a disposizione dell' ASL 2 stessa e da parte dei Comuni della piana di Lucca, è uno strumento indispensabile per la riabilitazione degli utenti e per il loro reinserimento nel mondo del lavoro.

L'attività svolta richiede un costante monitoraggio del progetto da parte dell'equipe multidisciplinare che ha in carico i soggetti, e collaborazione continua con le aziende o cooperative sociali ospitanti.

E' inoltre finalizzata anche al recupero di soggetti in esecuzione penale esterna o a fine pena.

I problemi fondamentali nello svolgimento di questa attività sono:

- la disponibilità dei finanziamenti che ultimamente hanno subito dei tagli e non sono mai sufficienti a rispondere alle esigenze / richieste sempre crescenti da parte dell'utenza;
- l'individuazione di datori di lavoro;
- la difficoltà di trasformazione in un vero rapporto lavorativo dell'esperienza svolta sotto forma di borsa lavoro.

Problematiche Socio-Sanitarie - SINTESI

Partecipazione e ascolto dei cittadini

- La partecipazione dei singoli e della comunità alla definizione degli obiettivi di salute rappresenta il presupposto di una politica sanitaria orientata a valorizzare la centralità del cittadino utente. Promuovere la partecipazione significa favorire un processo attraverso cui il cittadino interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.

- Il volontariato, e quindi le Associazioni che lo rappresentano, viene individuato quale interlocutore indispensabile per garantire la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Presso L'Azienda USL 2 Lucca sono costituiti la Consulta delle Associazioni di Volontariato e il Tavolo permanente di confronto e verifica con le Associazioni di Tutela e Promozione dei Diritti, che rappresentano importanti strumenti per agevolare la partecipazione dei cittadini e promuovere la comunicazione e momenti di confronto.

- L'analisi delle espressioni e delle esigenze dell'utenza attuata attraverso la gestione delle segnalazioni, oltre a garantire la tutela dei diritti dei cittadini, consente di migliorare la capacità di ascolto, favorire la partecipazione e il coinvolgimento. I reclami vengono distinti e recepiti secondo la classificazione regionale dell'Osservatorio Carta dei Servizi, che prevede le seguenti tipologie: aspetti relazionali, umanizzazione, informazioni, tempi di attesa, aspetti alberghieri e comfort, struttura e logistica, aspetti burocratico/amministrativi e organizzativi, aspetti tecnico-professionali.

- Il superamento delle barriere linguistiche e comunicative costituisce una concreta realizzazione del principio di universalità che sta alla base del servizio sanitario pubblico e lo strumento per promuovere l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sociosanitari. Sono stati attivati sportelli di mediazione linguistica, con la finalità di assicurare risorse informative e orientative che permettano ai cittadini stranieri di conoscere e individuare quelli che sono i percorsi per affrontare i problemi di salute e relazionarsi ai servizi sanitari.

Minori e problematiche socio-sanitarie

- La popolazione minorenne nella Zona-Distretto Piana di Lucca è costituita da 23.190 soggetti di cui poco più della metà sono di sesso maschile (il 51,5%). La fascia d'età 0-4 è la più rappresentata tra le fasce d'età che costituiscono la popolazione minorenne.
- Tra i comuni della Piana quello che ha la popolazione minore di 18 anni più numerosa (con quasi il 17%) è Montecarlo, seguito da Altopascio, Porcari, Lucca, Capannori, Pescaglia e Villa Basilica (con quasi il 14%).

- I servizi relativi all'area minori nell'anno 2004 sono stati soprattutto interventi per la promozione sociale, interventi sul nucleo famiglia con attività di mediazione familiare e di assistenza economica ed educativa ed infine interventi che vanno dall'affidamento familiare, ai servizi residenziali, al centro affidi, al servizio adozioni, al Centro per la Famiglia, alla collaborazione con le autorità giudiziarie e con i servizi minorili del Ministero di Giustizia.

- I minori vittime di maltrattamenti in famiglia, nell'anno 2004, segnalati agli organi giudiziari, sono stati 12, di cui 4 abusi sessuali.

- Le Istituzioni hanno oggi un diverso approccio ai bisogni del minore-utente, che viene coinvolto direttamente nelle forme di progettazione; in tal senso appare necessario formalizzare un'equipe minori interistituzionale al fine di elaborare per ogni singolo caso un progetto rispondente alle effettive esigenze.

Tutela della salute degli anziani

- L'invecchiamento della popolazione è un problema della Zona Distretto di Lucca. Tale fenomeno provoca una serie di conseguenze per la stessa popolazione anziana quali l'isolamento, l'emarginazione la povertà e, con l'aumento della vita media, un aumento delle patologie invalidanti.

- Per fronteggiare questi nuovi bisogni sono state messe in atto nuove politiche per gli anziani sia attraverso Piani Nazionali Sociali nonchè Piani Sociali e leggi regionali tese a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio degli anziani attraverso il sostegno alle famiglie nella cura domiciliare, limitando il ricorso all'istituzionalizzazione.

- A scopo preventivo sono stati promossi altresì interventi volti a:
    - promuovere la partecipazione degli anziani alla Comunità;
    - prevenire processi invalidanti fisici, psicologici, e di esclusione sociale
    - prevenire e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture
    - promuovere servizi per non autosufficienti

- Secondo i dati 2004 gli anziani >65 presenti nel territorio della Piana di Lucca sono 35.452 di cui 17.169 ultra settantacinquenni e 9.914 ultraottantenni.
- L'indice di vecchiaia ci consegna l'immagine di una popolazione molto vecchia con 178,84 anziani ogni 100 giovani.

- La percentuale di anziani nella Zona Piana di Lucca sul totale della popolazione è pari al 22,03% (dato 2004).
- Il tipo di pensione prevalente nella Zona è la pensione di vecchiaia.

- La tutela della salute degli anziani è legata alla sinergia tra competenze sanitarie e sociali.
- Per la popolazione anziana sono attivi servizi socio-sanitari territoriali che garantiscono le prestazioni di base, e specialistiche, sia ambulatoriali che domiciliari: ADP – ADI
- L'assistenza agli anziani viene svolta in collaborazione con i servizi sociali comunali secondo modalità integrate; i singoli soggetti sono valutati secondo un protocollo regionale in UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) al fine di individuare la risposta assistenziale più appropriata ai bisogni presentati.
- Sono presenti sul territorio della Zona di Lucca 13 strutture residenziali per l'assistenza ad anziani autosufficienti e non autosufficienti. Le strutture per soggetti non autosufficienti sono a gestione pubblica: 3 RSA a gestione del Comune di Lucca, 1 a gestita dal Comune di Capannori ed una gestita dalla ASL. I posti letto sui quali i cittadini della Zona possono contare sono 225 e rappresentano lo 0,64% contro l'indice regionale dell'1,6%.
- L'indice d'istituzionalizzazione (calcolato considerando tutti i presenti in strutture al 1° gennaio + nuovi ingressi nell'anno 2004, per un totale di 532 anziani) è pari al 15,13%.
- Il ricorso al ricovero in strutture protette con erogazione da parte dell'Azienda della quota sanitaria, avviene sempre più in tarda età, quando i soggetti sono ormai gravemente non autosufficienti e spesso in fase terminale.
- Tali inserimenti hanno coinvolto nel corso dell'anno 2004 n. 366 anziani, dato comprensivo dei turn-over e dei ricoveri temporanei.
- La spesa sostenuta dall'Azienda nel 2004 per le quote sanitarie è di € 4.095.826 pari a n° 106.247 giornate di ospitalità.
- Strategie adottate dall'Azienda nel 2004 per la Zona Piana di Lucca:
    - Qualificazione dell'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali: ultimazione dei lavori della RSA di Altopascio e S. Cataldo
    - Convenzione con il nucleo residenziale Alzheimer per 9 posti letto, per dare risposte concrete alle famiglie di soggetti Alzheimer.
    - Applicazione delibera GRT 402/04 (verifica standard personale ed adeguamento quote sanitarie nelle RSA)
    - Sono state ricostituite, con atto deliberativo, le Unità Valutative Multidimensionali a valenza zonale. A Tali strutture è stato dato il compito anche di provvedere all'elaborazione di linee guida per l'accesso ai percorsi assistenziali al fine di includere il percorso Ospedale-Territorio, ADI.
    - La valutazione del grado di autosufficienza è divenuta requisito necessario per accedere alle prestazioni sociali e sanitarie.
- Una particolare attenzione è stata rivolta nel corso del 2004, sia dalla ASL che dai Comuni della Piana ai soggetti affetti da patologia Alzheimer, realizzando altresì una formazione specifica per gli operatori aziendali comunali e del terzo settore.
- Molte sono le prestazioni e gli interventi erogati dai Comuni in favore degli anziani che vanno dal segretariato sociale, tele-assistenza, trasporti sociali, migliorie abitative, contributi economici, agevolazioni ICI-TIA–Acqua-Gas, alla fornitura di farmaci non concessi dal SSN, alla sorveglianza attiva della popolazione anziana, all'assistenza domiciliare diretta , alla messa a punto del progetto tutor anziani.
- L'offerta sociale si arricchisce di servizi attuati dalle associazioni del terzo settore: circoli sportivi e culturali, consulta degli anziani, università della terza età, ecc.

La condizione di non autosufficienza e disabilità

- Le persone prive di autonomia nell'arco di età compreso tra 0-64 sono n° 1104. Oltre 65 anni i soggetti sono n° 1221. I dati esprimono il numero delle persone con handicap in situazione di ridotta autonomia che necessitano di un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e in quella di relazione ai sensi dell'art. 3 e 4 e della L.104/92 esaminati dalle apposite commissioni dal 1993 al 31.12.2005.
- Un ulteriore dato, che si sovrappone al precedente, può essere dedotto dal numero di prescrizioni di ausili protesi ed ortesi autorizzate nel corso del 2005 e che risultano essere n° 3878.
- Al 31.12.2005 sono in carico ai servizi dell'ASL2 n° 1825 soggetti disabili. Nella fascia dell'età evolutiva è prevalente l'handicap psichico pari a 345 soggetti comprensivi dei soggetti individuati ai fini del sostegno e dell'integrazione scolastica.
- Le persone adulte affette da malattie degenerative (SLA – Parkinson – Sclerosi multipla) e da eventi vascolari in fase post- acuta in carico ai servizi sono 155.

- Gli strumenti tecnici ed operativi della disabilità sono costituiti da: Gruppo operativo multidisciplinare funzionale (GOIF) e dai gruppi operativi multidisciplinare GOM che operano la presa in carico, effettuano la progettualità e la gestione integrata dei percorsi assistenziali.
- I Parg (Progetti abilitativi riabilitativi globali) attivati dai Gom (gruppi operativi multidisciplinare distrettuali), alla data del 31.12.05, sono stati 678; di questi n°234 riguardano l'età adulta.

- L'impegno delle istituzioni nell'ambito del percorso scolastico per le persone disabili va dall'asilo nido fino all'Università. In questi ultimi anni si registra una maggior frequenza di soggetti disabili nella scuola superiore con preferenze presso le scuole a carattere professionale.
- I servizi (UF Salute mentale Infanzia e Adolescenza ed il servizio sociale territoriale) sono fortemente impegnati per garantire l'espletamento delle procedure previste dalla L.104/92.
- I Comuni, in gestione associata, assistono con supporti gli alunni disabili (n°135 nel 2005) al fine di favorirne l'integrazione scolastica, ed attuano altri interventi di aiuto domiciliare e di inserimento in centri semiresidenziali e ove necessario residenziali.
- Molte scuole hanno realizzato esperienze significative di orientamento nella prospettiva del lavoro lavorando a progetti integrati "scuola-lavoro " finalizzati alla valorizzazione delle potenzialità (14 progetti).
- Sono ancora aperti problemi che riguardano la continuità fra i percorsi scolastici – formazione professionale e accompagnamento al lavoro dell'allievo disabile.

Salute Mentale

- Il DSM è la struttura organizzativa della ASL finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.

- Operano nel DSM due UU.FF. per la Salute Mentale Adulti (una per la zona Valle del Serchio e una per la zona di Lucca) e una U.F. per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza per tutto il territorio dell'azienda.
- Sia nel settore dell'età adulta che in quello dell'età evolutiva si è registrato, nel 2005, un incremento degli utenti rispetto all'anno precedente. In particolare, in totale, i pazienti rivoltisi ai servizi di Salute Mentale nella Piana di Lucca sono stati complessivamente 4435 (1374 minori, 3061 adulti), con un incremento per gli adulti del 10% e per i minori del 7%.
- Per i pazienti adulti la prevalenza, rispetto alla popolazione della ASL di età superiore ai 18 anni, è stata del 2,23% per la Piana di Lucca (2,43% in tutta l'ASL).
- Per i pazienti minorenni residenti nella Piana la prevalenza rispetto alla popolazione 0-18 anni è stata del 4,9% (5,8% nell'intera ASL).
- I ricoveri presso il reparto ospedaliero della U.F.S.M.A. (SPDC dell'ospedale Campo di Marte) di pazienti residenti nella Piana di Lucca sono staiti 281 (pari al 79,6% dei ricoveri totali in SPDC). Un terzo di questi ricoveri ha interessato pazienti cosiddetti "con doppia diagnosi" (tossicodipendenza e patologia psichica).
- I bambini e adolescenti che hanno effettuato terapie neuromotorie, logopediche e cognitive nella U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza nel territorio della Piana sono stati 756 (943 nell'intera UFSMIA). Complessivamente, nell'intera U.F.S.M.I.A., il numero totale dei pazienti in riabilitazione è cresciuto del 15% rispetto all'anno precedente.
- L'analisi dei dati clinici mostra, nei servizi degli adulti, un incremento delle patologie psichiatriche associate o correlate all' abuso di sostanze e di alcol (cosiddetta "doppia diagnosi"), un aumento delle patologie connesse al disagio sociale (incluse le problematiche legate a nuove forme di marginalità) e, per quanto riguarda gli interventi in situazione di emergenza-urgenza, un' elevata incidenza di disturbi d'ansia (in particolare nell'ambito dello spettro panico-agorafobico).
- Per quanto riguarda l'utenza della fascia di età infantile ed adolescenziale si rileva un lieve incremento dei disturbi comportamentali ad esordio nella prima adolescenza (in particolare disturbi della condotta, della personalità e dell'umore, patologie del comportamento alimentare), dei disturbi neuropsicologici (Disturbi Specifici del Linguaggio, deficit cognitivi e Disturbi Specifici dell'Apprendimento), dei disturbi dello spettro autistico e delle patologie neurologiche congenite e connatali.
- Le attività terapeutico-riabilitative svolte in entrambi i settori (adulti ed età evolutiva) si articolano nella presa in carico multidisciplinare integrata dei pazienti finalizzata alla attuazione di un progetto riabilitativo personalizzato.
- Nel settore degli adulti, oltre le attività cliniche in regime ambulatoriale, l'attività in regime di ricovero ospedaliero, la riabilitazione nei centri diurni e nelle strutture residenziali e semiresidenziali a gestione ASL, sono stati realizzati inserimenti eterofamiliari assistiti, attività di counselling domiciliare per il mantenimento delle persone nel proprio domicilio, supporto all'autonomia abitativa in Gruppi Appartamento assistiti, borse lavoro e inserimenti lavorativi, attività socializzanti e riabilitative nei laboratori di arte-terapia.
- Nel settore dell'età evolutiva l'attività clinica ha riguardato i settori della patologia psichiatrica, della patologia neurologica e dell'handicap neuropsichico, prevalentemente in regime ambulatoriale. Specifici gruppi di lavoro sono stati dedicati all'Autismo e ai Disturbi della Condotta Alimentare. Sono stati realizzati interventi terapeutico-riabilitativi domiciliari intensivi per gravi patologie psichiatriche. Particolare impegno ha richiesto la riabilitazione neuromotoria, cognitiva e logopedica. Rilevante è stato il rapporto con la scuola, sia per le consulenze ai sensi della legge 104 che per consulenze su Disturbi Specifici dell'Apprendimento e patologie comportamentali.

Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

- Gli interventi del Dipartimento delle Dipendenze comprendono programmi terapeutici integrati attivati nei soggetti con dipendenza/abuso di sostanze legali e illegali e nei soggetti con dipendenze comportamentali con percorsi assistenziali e di cura specifici; inoltre programmi terapeutici in strutture residenziali, programmi a favore dei soggetti con problematiche penali e di soggetti inviati e segnalati dalle Prefetture in alternativa all'applicazione delle sanzioni amministrative; ancora attività di screening e prevenzione per le patologie infettive nei tossico-alcoldipendenti e di prevenzione del disagio giovanile in ambiti specifici come la scuola, e il mondo del lavoro
- Nel 2005 gli utenti attivi afferiti al SerT sono stati 1366, di cui 1004 sono stati presi in carico. La sostanza d'abuso/dipendenza primaria è l'eroina (689 utenti), cui seguono l'alcol (326 utenti) e la cocaina (148 utenti), la cannabis (115 utenti), l'ecstasy, le amfetamine e il gioco d'azzardo patologico (88 utenti). In questi ultimi 2 anni si rileva un netto aumento di richiesta di cura soprattutto per la dipendenza/abuso di cocaina.
- Tra i progetti specifici attivati appaiono rilevanti sia per la loro valenza innovativa che per l'impatto sanitario e sociale, il Progetto Donna a favore delle popolazione femminile tossicodipendente, il Progetto Gioco d'Azzardo Patologico che offre all'utenza e ai familiari uno specifico percorso assistenziale di intervento ed il Progetto della Comunità Terapeutica Villa Adelasia per soggetti tossicodipendenti e con grave comorbilità psichiatrica.

CAPITOLO 4 – AREE DI INTERVENTO E CRITICITA'

4.1 Premesse metodologiche

4.2 Modalità di conduzione dei gruppi focus

4.3 Focus Group

4.3.1 Focus Group 1: Infanzia ed età evolutiva e Salute donna

4.3.2 Focus Group 2: Salute e autonomia degli anziani

4.3.3 Focus Group 3: Marginalità

4.3.4 Focus Group 4: Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità

4.3.5 Focus Group 5: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

4.3.6 Focus Group 6: Stili di vita e salute

4.4 Conclusioni

4. Introduzione

I capitoli precedenti hanno fornito una rappresentazione attuale dello stato di salute, socio-economico ed ambientale della Zona-Distretto Piana di Lucca, sulla base dei flussi di dati istituzionali attualmente disponibili. Già nella lettura di questi capitoli si possono evidenziare situazioni suscettibili di ottimizzazione e di miglioramenti.
Per integrare e completare i risultati così ottenuti si è ritenuto necessario, sulla base di quello che è lo spirito della normativa relativa ai Piani Integrati di Salute, pervenire al coinvolgimento, attraverso il processo di partecipazione, della cittadinanza e dei suoi rappresentanti.

La partecipazione ha un ruolo centrale nel sistema di governance locale ed è finalizzata a recepire le istanze provenienti dalla cittadinanza in una logica di programmazione condivisa.
Inoltre la collaborazione con la popolazione è di massima importanza anche per assicurare certezze di salute idonee, poiché solo garantendo livelli di informazione e comunicazione adeguate, si rende la cittadinanza consapevole e competente sull'uso dei servizi.
Quindi, mentre il profilo di Salute, come in questa sede elaborato, fornisce gli elementi statistico-epidemiologici che fotografano lo stato di salute della nostra popolazione e rappresenta il ponte tra chi produce dati e chi prende le decisioni, risulta quanto mai importante il consolidamento di un percorso di partecipazione insieme alla comunità locale, in grado di esprimere i bisogni di salute percepiti.

Tale processo si completerà nella realizzazione dell'"Immagine di Salute" della Zona-Distretto con lo scopo di costruire con la cittadinanza una visione di salute percepita che porterà all'evidenziazione delle criticità partecipate e all'orientamento sulle scelte programmatiche di priorità in termini di salute collettiva, che saranno contenute nel Piano Integrato di Salute.

A tal fine, già durante la fase di elaborazione del profilo di salute, sono stati attivati sei focus group tematici di cui si riportano sinteticamente i tratti metodologici e i risultati ottenuti.

4.1 Premesse metodologiche

La scelta metodologica di fondo è stata quindi quella di avviare un processo di partecipazione fin dalle fasi iniziali di avvio del percorso per la definizione del Piano Integrato di salute.

Nella fase di costruzione del profilo di salute è stato utilizzato, quale strumento di partecipazione il focus group, finalizzato ad una raccolta di informazioni e di indicazioni utili, mirato a far emergere gli atteggiamenti e le percezioni soggettive della popolazione su tematiche di salute.

Il focus group infatti, è una tecnica di rilevazione usata sempre più frequentemente nella ricerca sociale ed è basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità.

Il focus group può avere molte accezioni, nel nostro caso è stato utilizzato, sia come strumento di rilevazione e di informazione sui principali bisogni di salute percepiti dalla comunità, necessario per l'individuazione delle criticità e quindi delle priorità sulle quali elaborare successivamente le azioni correttive che costituiranno la fase operativa dei Piani Integrati di Salute, sia come tecnica di promozione della partecipazione, perché il gruppo di soggetti scelto è inserito in un contesto di discussione, di conoscenza, di collaborazione e di condivisione intorno al progetto.

L'interazione dei partecipanti infatti, rappresenta l'elemento caratterizzante dei focus group, poiché offre la possibilità di una partecipazione reale di tutti i soggetti senza distinzione di sorta e in esso si raccolgono informazioni nate dal confronto e da opinioni condivise.

4.2 Modalità di conduzione dei gruppi focus

Per ogni gruppo sono stati individuati un facilitatore ed un osservatore. Il facilitatore ha fornito alcune regole di interazione, ha introdotto l'argomento, ha favorito la conoscenza tra i componenti, ha offerto alcuni spunti iniziali di discussione. L'osservatore ha avuto il compito di registrare tutti gli scambi e gli interventi, nonché di richiamo e promemoria al facilitatore qualora fosse eccessivamente coinvolto dalla discussione.

Prima della domanda chiave si è ritenuto opportuno preparare ogni gruppo con una fase introduttiva di riscaldamento, proponendo libere associazioni sulla parola Salute, questa fase ha fornito l'opportunità di entrare nell'argomento e di avviare la discussione.

Dopo questa fase introduttiva si è passati alla domanda chiave della nostra ricerca :

Quali sono i bisogni di salute della nostra comunità sui quali è prioritario intervenire? Perché?

In questa fase centrale della discussione (della durata di circa un'ora e mezzo) ogni partecipante ha espresso le proprie opinioni sui bisogni di salute riguardanti il tema assegnato e queste sono state annotate su un cartellone.

Successivamente è stato chiesto al gruppo di scegliere tre bisogni ritenuti prioritari tra quelli emersi dalla discussione.

Tutti i gruppi focus hanno avuto la durata di circa due ore.
Di seguito sono riportati le sintesi di ogni focus e i risultati ottenuti.

4.3 Focus Group

4.3.1 Focus Group 1: Infanzia ed età evolutiva e Salute donna

Focus Group 1

1.a Infanzia ed età evolutiva (diritti dei minori, responsabilità familiari, disagio giovanile);
1.b Salute donna (consultori, prevenzione oncologica, percorso nascita)

24 luglio 2006 ore 17.00-19.00 Centro Affidi, Via Santa Chiara - Lucca

Facilitatore: Dott.ssa Nelita Lilli Begliuomini

Osservatore: Lucia Sodini

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1. Associazione Cristiana Famiglie	Silvia Iacopetti
2. Forum Prov.le delle Ass.ni per i diritti delle famiglie	Roberto Aiello
3. Commissione Giovani provinciale	Andrea Paolinelli
4. Commissione Pari Opportunità	Daniela Caselli
5. Ass.ne Luna	Gloria Martinelli
6. Coop Soc. La Gardenia	Sonia Ridolfi
7. Cittadinanzattiva	Rachele Motta
8. Comitato Gestione Nido	Serena Tellini
9. Educatore prof.le Altopascio	Gianmarco Bertozzi
10. Ass. Soc. Capannori	Angela Berti
11. Pediatra Ospedale	Meossi
12. Neuropsichiatria infantile	Incoronata Favatà
13. Ostetrica	Luciana Pacini
14. Pediatra di base	Domenico Fortunato
15. Att. Distrettuale	Meli Loretta
16. Ed. Salute	Lucia Puliti
17. Comune Porcari	Laura Andreoni
18. Casa Famiglia Santa Margherita	Antichi
19. Cittadina	AnnaMaria Medri

ENTE/ASSOCIAZIONE Assenti

1. I° Circolo Didattico Lucca
2. Informagiovani
3. Centro Impiego
4. Anfaa

SVILUPPO DISCUSSIONE

1. Libera associazione alla parola "Salute"

a. benessere psicofisico in un contesto sociale adeguato
b. conoscenza, consapevolezza del proprio equilibrio
c. diritto preliminare

2. Quali sono i bisogni di salute nei settori: - infanzia ed età evolutiva
- salute nella donna

a. bisogno di formazione ed informazione alla famiglia ed alle reti di sostegno secondarie sui temi dell'educazione alla salute (informazione-comunicazione-relazione)

b. interventi di salvaguardia e di sostegno alla "normalità" in un ottica di prevenzione e di possibilità di diagnosi precoce dei disturbi

c. esigenza di un servizio consultoriale interdisciplinare rivolto alla salute del singolo e della famiglia che valorizzi azioni di prevenzione e di educazione

d. maggiore promozione della salute della famiglia extracomunitaria con strumenti adeguati e rispettosi della differenze culturali

e. necessità di ricostruire e valorizzare la relazione tra destinatari dei servizi e personale sanitario e sociale ma anche tra i destinatari stessi

f. maggiore rete tra i servizi

g. bisogno di spazi più o meno strutturati in cui tessere relazioni con particolare attenzione per l'età adolescenziale

h. esigenza di particolare attenzione allo sviluppo del bambino nel primo anno di vita relativamente all'informazione, alla relazione e all'educazione dei genitori

3. Su quali bisogni è prioritario intervenire e perché ?

I bisogni sopra espressi sono da considerarsi prioritari.
E' necessaria la costruzione di uno o più spazi in rete tra loro che oltre a offrire servizi socio-sanitari costituiscano possibilità di incontro, scambio, formazione e valorizzazione delle relazioni e delle reti già esistenti per promuovere una cultura del benessere finalizzata a migliorare la qualità della vita (possibili modelli Consultorio e Centro per la Famiglia).
Luoghi dove giovani, donne, bimbi e famiglie possano trovare risposte ai bisogni ed essere al contempo ognuno con il suo personale vissuto risorsa per gli altri.

4.3.2 Focus Group 2: Salute e autonomia degli anziani

Focus Group 2: Salute e autonomia degli anziani

28 luglio 2006 ore 16.00-18.00 Direzione Sanitaria ASL 2 P.za della Concordia –Lucca

Facilitatore: Maria Carolina Turelli

Osservatore: Carla Marchiò

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1. Ass. Soc.	Menicucci
2. Coop. Sociale La Mano Amica	Katy Pierucci
3. Auser	
4. Don Baroni	
5. Chiavi D'Oro	Borelli
6. Coop. La Salute	Simonetti
7. Att. Distrettuali	Farnè
8. Medico Medicina II	Marchioro
9. U.O.Riabilitazione	Petretti
10. Medico Team	(Farnè)
11. Capo sala ADI	Givelli
12. Antea	
13. Università 3° età	Luciano Luciani
14. CIF	Grazia Belluomini
15. Misericordia di Lucca/Capannori/Altopascio	
16. Croce Verde Lucca	

ENTE/ASSOCIAZIONE Assenti

Auser
Don Baroni
RSA Gori
Cittadinanza Attiva
Università 3° età
CIF

Le assenze sono state motivate da indisposizioni, ferie, ecc.

SVILUPPO DISCUSSIONE

1. *Libera associazione parola "salute"*

   a. Ben – essere. Star bene nel contesto in cui si è inseriti
   b. La salute come prevenzione – anziano attivo che ha voglia di fare e di esprimersi – essere protagonista – essere utile, essere capace di relazioni familiari e sociali significative.
   c. Autosufficienza
   d. La salute come diritto fondamentale (Il futuro dell'anziano è legato anche alla sicurezza economica di poter affrontare gli eventi anche negativi…….)

2. Bisogni di salute dei cittadini anziani e motivazioni

a. una reale integrazione tra servizi sia pubblici che privati, finalizzata principalmente ad evitare sprechi di risorse, sovrapposizioni di interventi e aree di "non assistenza"
b. una condivisione in rete delle informazioni
c. una formazione ad hoc per il personale che opera nell'assistenza agli anziani, sottolineando in particolare la necessità di formare anche la nuova figura delle "badanti" riconosciute quali risorse emergenti da incentivare e da preparare.
d. valorizzare ulteriormente il ruolo del MMG quale figura professionale più vicina all'anziano e responsabile della sua salute.

E' stata sottolineata la necessità e l'urgenza di attivare strutture di cure intermedie post-ospedaliere per periodi brevi di convalescenza o di presa in carico per bisogni sanitari non ancora risolti (es. ospedale di comunità, moduli specialistici presso RSA, etc.)
Nel riconoscere la complessità di molte procedure nell'ambito dei servizi socio sanitari, il gruppo si è trovato concorde nel trovare soluzioni per:

a. rendere più "automatici" i percorsi assistenziali, ovvero far sì che dal momento della "presa in carico" dell'assistito le risposte ai suoi bisogni siano fornite "d'ufficio" evitando il più possibile che "il cliente" debba preoccuparsi di presentare documenti, di muoversi tra gli uffici e le strutture, di cercare e trovare da sé le modalità e le persone che possono soddisfare le sue necessità
b. semplificare le modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni assistenziali
c. "umanizzare" i servizi sociosanitari avvicinandosi ai bisogni degli anziani.

3. Su quali bisogni è prioritario intervenire

I bisogni sopraespressi sono tutti da considerarsi prioritari. Peraltro, una prima proposta, condivisa e proposta da tutto il gruppo, è stata indicata nella realizzazione di una centrale di ascolto dedicata alle problematiche della popolazione anziana, in cui operi personale vario appartenente sia al volontariato al mondo dell'associazionismo e degli enti pubblici, in grado di accogliere il bisogno, di valutarlo ed inoltrarlo a chi è in grado di dare una risposta appropriata e concreta.
La centrale così come è stata delineata potrebbe anche costituire un punto di raccolta e monitoraggio di bisogni e problematiche emergenti e, quindi, fornire agli enti interessati informazioni utili per adeguare i servizi specifici.

I componenti il gruppo hanno manifestato apprezzamento per essere stati chiamati a esprimere la propria opinione per la costruzione del Piano Integrato di Salute ed hanno sottolineato la positività che tutte le agenzie del territorio concorrono all'individuazione delle problematiche connesse al benessere della collettività.

In tal senso è stato espresso il desiderio di poter continuare a confrontarsi sulle tematiche relative alla salute degli anziani dando il proprio contributo.

4.3.3 Focus Group 3: Marginalità

Focus Group 3: Marginalità (esclusione sociale:emarginazione ed immigrazione)

20 luglio 2006 ore 17-19 Provincia Di Lucca – Palazzo Ducale – Sala Accademia 2

Facilitatore: Rossana Sebastiani

Osservatore: Bianca Maria Cigolotti

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1.	Ceis	Don Bruno Frediani
2.	Gvai	Grazia Marchini
3.	Ram	Daniela Simi
4.	Cittadinanzattiva	Annunziata Biagi
5.	Arci	Marco D'alessandro
6.	Cesdop	Grazia Dell'orfanello
7.	Comune Di Lucca	Aldo Intaschi
8.	Caritas	Luca Simonetti
9.	Croce Verde	Sergio Mura
10.	Misericordia Di Lucca	Dina Durante
11.	Misericordia Di Capannori	Maria Pia Bertolucci
12.	Misericordia Di Altopascio	Luciano Dianda
13.	Volontariato Vincenziano Femminile	Valeria Orsucci
14 .	Ass. Soc. Comune Di Capannori	Angela Berti
15.	Associazione Marocco Insieme	Hamid Hajjam
16.	Coop. Soc. La Balestra	Cortese Giovanni
17.	Associazione L'altro Volto	Fabio Giomi
18.	Coop. Soc. Iris	Velia Bertuccelli
19.	Anffas	Nina Chierici
20.	Anolf-Cisl	Giuseppe Batoli

ENTE/ASSOCIAZIONE Assenti

1. Coop. Soc. Giovani E Comunita'
2. Comune Di Altopascio
3. Az.Usl
4. Associazione Sri Lanka
5. Questura Di Lucca
6. Dirigente Scolastico
7. Coop. Soc. Cose E Persone

VARIAZIONI:

- La Sig.ra Grazia Marchini del GVAI ha sostituito la Sig.ra Serena Marchetti
- Il Sig. Luca Simonetti della CARITAS ha sostituito il Sig. Fausto Simonetti
- Il Sig. Fabio Giomi dell'Associazione l'Altro Volto ha sostituito il Sig. Massimiliano Piagentini

SVILUPPO DISCUSSIONE

1.Libera associazione parola "Salute"

- Ben Essere / Star Bene di tutte le persone
- Cittadinanza/ significa poter accedere a tutti i Diritti
- Vivere Dignitosamente (Servizi rispondenti ai bisogni – relazioni significative)
- Armonia tra psichico e fisico
- Relazioni Significative
- Funzionare Bene – Positività
- Star Bene
- Armonia di tutte le Istituzioni e garanzia della cura
- Salute: Diritto. Prevenzione – Tutela – Cura: Bene da mantenere e da promuovere attraverso un azione integrata da parte dei Soggetti che costituiscono la Comunità (Istituzioni, Privato Sociale, cittadini)
- Diritto che deve essere garantito
- Star bene psicologicamente e garantire la qualità della vita
- Ben essere e sicurezza nel futuro
- E' relativa all'età e alla cultura
- Libertà (condizioni che garantiscono la libertà)
- Armonia Spirituale
- Valorizzazione delle abilità
- Star bene esteriormente
- Ben essere psico fisico con relazioni positive

Da quanto sopra emerso è stato definito il concetto di Salute come *"diritto che deve essere garantito e che riguarda il ben essere inteso come armonia tra lo psichico e il fisico, in cui ci sono relazioni significative tra le persone e armonia spirituale".*

2. Quali sono i bisogni di salute nel settore:

- *Marginalità (esclusione sociale: emarginazione ed immigrazione)*

  - Accesso alle Informazioni
  - Accesso alle Opportunità
  - Garanzia della Cura per tutte le persone presenti sul territorio Diritto "al di sopra" di tutte le Leggi
  - Informazione per tutti
  - Interventi rispettosi delle culture
  - Assistenza "seria" alle persone in situazione di marginalità
  - Garanzia del lavoro per i cittadini in situazione di disagio
  - Accesso alla prevenzione da parte dei cittadini in situazione di marginalità
  - Essere accettati e gratificati
  - Informazione e "raccordo" tra sanità e comunità nomade
  - Casa – Famiglia- Relazioni – Trasporti – Lavoro – Istruzione , è necessario fare investimenti su questi, garantire opportunità in questi ambiti
  - Garanzia di percorsi sanitari e sociali per chi è dimesso dagli Ospedali ed è in situazione di marginalità
  - Mediazione Culturale
  - Inclusione delle persone
  - Comunità più solidali
  - Educazione alla salute rivolta a tutti su comportamenti a rischio che vengono pubblicizzati (es. fumo, sesso ….)

- Formazione del personale Sanitario e Sociale su specifiche tematiche sociali (es. presa in carico di persone transessual, ecc..)
- Accesso alle Prestazioni e rispetto dell'individualità
- Casa - Lavoro - Relazioni
- Istruzione – Formazione dei Soggetti in situazione di Marginalità

3. Su quali bisogni è prioritario intervenire e perché?

- Casa - Lavoro - Relazioni
- Istruzione – Formazione dei Soggetti in situazione di Marginalità
- Accesso alle Prestazioni e rispetto dell'individualità

Tali bisogni sono stati individuati come prioritari in quanto si ritiene che il loro soddisfacimento garantisca maggiori opportunità di inclusione sociale e la conseguente riduzione dei meccanismi che generano esclusione sociale e quindi domanda di intervento sociale

Metodo suggerito per rispondere ai bisogni ritenuti prioritari:
Percorsi strutturati e permanenti, non che siano legati a un progetto che ha durata limitata nel tempo.

4.3.4 Focus Group 4: Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità

Focus Group 4: Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità

27/07/2006 ore 15.00-17.00 Centro Salute Mentale Viale Marti

Facilitatore: Dott. Enrico Marchi

Osservatore: Dott.ssa Mirella Cavani

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1.	FASM	Gemma Del Carlo
2.	Cittadinanzaattiva	Donatella Frediani
3.	ANFFAS	Chierici
4.	ANMIC	Salvatore Piliero
5.	ENS	Pierucci
6.	UIC	Federigi
7.	CeIS	Don Bruno Frediani
8.	ASL (borse lavoro)	Carlo Bartolomei
9.	Centro Impiego	Baldelli
10.	Salute Mentale	Incoronata Favatà
11.	Riabilitazione	Cristina Petretti
12.	Dirigente Scolastico	Tina Centoni
13.	SERT	Ellena Pioli
14.	SO & CO	Luca Rinaldi
15.	ASL GOIF	Rodolfo Da Valle
16.	Laringostomizzati	Nadia Fantoni
17	Gruppo Volontari Carcere	Andreoni

ENTE/ASSOCIAZIONE Assenti

1. AISM
2. ASL Attività Distrettuali
3. Cittadino
4. Cittadino
5. Sert Ass.Soc.
6. ACAT

SVILUPPO DISCUSSIONE

1. Libera associazione parola "Salute"

- diritto del cittadino e dovere comunitario
- benessere da mantenere
- complessità multifattoriale delle determinanti del benessere e della salute psichica (scuola, ambiente sociale, famiglia, lavoro)
- libertà, partecipazione progettuale e autodeterminazione
- Prevenzione primaria
- Bene comune e sviluppo dei concetti di solidarietà e condivisione

- Informazione
- Armonia tra le diverse componenti della personalità (spiritualità,razionalità, valori, sentimenti) perché la patologia è disarmonia e non accettazione

2. Quali sono i bisogni di salute nei settori:

- Salute Mentale
- Tossicodipendenze
- Disabilità

- Necessità di creazione di strutture residenziali intermedie di maggiore adeguatezza, modularità a seconda della diversa area di criticità (*SERT*: struttura a "bassa soglia"; *SALUTE MENTALE*: comunità terapeutica ad alta intensità di cura, struttura di pronta accoglienza; *DISABILITA'*: assistenza in progetti "Dopo di noi")
- Dotazione di risorse umane e strutturali qualitativamente e quantitativamente più adeguate ai crescenti bisogni
- Integrazione come bisogno emergente
- Desanitarizzare la *CRONICITA'*
- Coordinamento tra enti, istituzioni, associazioni e rete informale
- Investimenti MIRATI su specifici progetti di cura e reinserimento
- Personalizzazione dei bisogni, progettazione individualizzata e condivisa
- Centralità della *"COMUNITA' SANA"* nella tutela della salute psichica e psicofisica
- Migliorare l'approccio al disagio ed alla diversità attraverso operazioni di informazione e di prevenzione sulla rete naturale del territorio
- Maggior coinvolgimento (per alcuni componenti del gr) degli operatori degli enti locali (Comuni in particolare)

3. Su quali bisogni è prioritario intervenire e perché ?

- Necessità di creazione di strutture residenziali intermedie di maggiore adeguatezza, modularità a *seconda della diversa area di criticità (SERT: struttura a "bassa soglia"; SALUTE* MENTALE: comunità terapeutica ad alta intensità di cura, struttura di pronta accoglienza; *DISABILITA'*: assistenza in progetti "Dopo di noi")
- *Realizzazione di percorsi terapeutico-assistenziali individualizzati, in particolare nella Salute Mentale*
- Dotazione di risorse umane e strutturali qualitativamente e quantitativamente più adeguate ai crescenti bisogni valida per tutti e tre i settori
- Centralità dell'integrazione interistituzionale di rete per l'abitare, il lavoro, l'inclusione.

4.3.5 Focus Group 5: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

Focus Group 5: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

26 luglio 2006 ore 17.00-19.00 Palazzo Ducale - Lucca

Facilitatore: Dott.ssa Maria Grazia Roselli

Osservatore: Franco Picone

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1) Prefettura	Loana Guarducci
2) Provincia di Lucca	Riccardo Gaddi
3) Prevenzione sul lavoro	Maria Grazia Roselli
4) Prevenzione sul lavoro	Franco Picone
5) Dipartimento di Prevenzione AZ. USL2	Alberto Tomasi
6) Igiene e sanità pubblica	Gregorio Loprieno
7) Arpat	Marco Pellegrini
8) Sindacati confederali CGIL CISL UIL	Giovanni Bolognini
9) ANMIL	Pacini Franco
10)Educazione alla salute	Viviana Ciabattari
11)Ass. Il Mondo di Claudio Marchini	Celestino Marchini
12)Cittadino	Maria Pia Pierallini
13)Cittadino	Marco Martinelli
14)Consorzio COOP	Giovanni Fanucchi

ENTE/ASSOCIAZIONE Assenti

1. Inail
2. Polizia stradale
3. Carabinieri
4. Polizia Municipale
5. Libera Artigiani
6. Confartigianato

SVILUPPO DISCUSSIONE

1.Libera associazione parola "Salute"

- benessere e serenità
- vita
- patrimonio
- prevenzione
- controllo
- sicurezza (intesa come sicurezza interiore)
- piacere e allegria
- qualcosa che può mancare
- qualità
- Benessere psicofisico e sociale
- Informazione e conoscenza

- movimento

2. Quali sono i bisogni di salute nei settori:

Ambienti di vita:

- Educazione alla vita focus su adolescenza per sottostima rischi (incidenti stradali, sostanze psicotrope) – prevenzione nelle scuole
- Percezione visiva degli ingombri stradali
- Insegnamento educazione stradale iniziando dalle scuole elementari
- Maggiore controllo sulle strade
- Miglioramento degli stili di vita
- Traffico – qualità dell'aria – pericolo investimento – programmazione viabilità
- Smaltimento abusivo amianto
- Disagi da rumore e odori
- Qualità dell'aria indoor
- Campagne informative convincenti su problemi importanti – farsi trovare preparati
- Gestione della risorsa idrica - Protezione degli acquedotti
- impegno maggiore nel rispetto norme sicurezza lavoro e strade
- prevenzione incidenti domestici

Ambienti di lavoro:

- Prevenzione nelle scuole superamento difficoltà
- Inserimento nel lavoro di soggetti con problemi di salute mentale
- Lavorare sulla percezione del rischio – percorsi formativi vari – per raggiungere il max
- Stimolazione di tutte le parti sociali
- Formazione per consentire cambiamento culturale
- Sensibilizzazione sociale alla sicurezza
- Aumento dei ritmi di lavoro, rumore, microclima che comporta stress sul lavoro
- Maggiori controlli su 626 e cantieri edili

3.Su quali bisogni è prioritario intervenire e perché?

Traffico – qualità dell'aria – pericolo investimento – programmazione viabilità

Formazione per consentire cambiamento culturale

Maggiori controlli su 626 e cantieri edili

4.3.6 Focus Group 6: Stili di vita e salute

Focus Group 6: Stili di vita e salute (Alimentazione, prevenzione tumori, prevenzione e cura malattie del sistema circolatorio)

25 luglio 2006 ore 17,00-19,00 Centro Direzionale ASL 2 Lucca

Facilitatore: Dr.ssa Lucia Corrieri Puliti

Osservatore: Ines Nutini

ENTE/ASSOCIAZIONE Presenti

1. Ass Celiachia	Fabio Celli
2. Ass.Giovani Diabetici	Luciano Quilici
3. Ass.Silvana Sciortino	Luigi Macchi
4. Ass.Don Baroni	Corrado Guidi
5. Medico Oncologia Az.Usl 2	Gemma Barsanti
6. Medico Cardiologia Az.Usl 2	Francesco Bovenzi
7. Psicologia Az.USL 2	Manuela Del Papa
8. Medicina Gastroenterologica Az.Usl 2	Mauro Marchioro
9. Rappr.Mensa	Franceschini M.Bruna
10. Studente Scuola Media Superiore	Rachele Petroni
11. Genitore	Bianchini Letizia
12. Insegnante	Gabriella Michelotti
13. Medico Fisiatra	Cristina Petretti
14. Medico di Medicina Generale	Alessandro Romboli

ENTE ASSOCIAZIONE Assenti

1.Ass.Amici del Cuore

SVILUPPO DI DISCUSSIONE

1. Libera associazione alla parola "Salute"

- equilibrio psicofisico e sociale
- equilibrio nelle relazioni e nell'affettività
- equilibrio fra individuo e ambiente
- serenità
- qualità della vita
- pace
- adeguata assistenza in caso di patologie in atto
- messa in atto di adeguati interventi di prevenzione
- modifica di stili di vita
- informazione – educazione - conoscenza.

2. Quali sono i bisogni di salute della nostra comunità sui quali è prioritario intervenire?

- promuovere stili di vita sani
- importanza del ruolo dei genitori nell'educazione a stili di vita sani
- necessità di contrastare i messaggi pubblicitari prevalenti nell'attuale società

- coerenza nei messaggi sugli stili di vita, (al proposito è stato fatto l'esempio dei distributori di frutta nelle scuole, già attuato in alcune scuole del territorio, che hanno sostituito i distributori di merendine)
- importanza di promuovere una cultura del movimento
- necessità di attivare osservatori epidemiologici in modo da diffondere e far conoscere i rischi prevalenti nella popolazione
- individuare percorsi e processi educativi sistematici
- importanza di lavorare in rete
- importanza del lavoro interdisciplinare e integrato
- partecipazione e condivisione di obiettivi e di metodologie.

3.Su quali bisogni è prioritario intervenire e perché?

- Per quanto riguarda gli obiettivi di salute: l'importanza dell'educazione alla salute e stili di vita sani, così declinato:

  - Necessità di percorsi educativi diversificati per età
  - importanza del lavoro di rete fra enti e istituzioni (es.scuola), associazioni, genitori, cittadini
  - condivisione di obiettivi e di metodologie

- Sul piano dell'efficacia e dell'efficienza: l'importanza della multidisciplinarietà e integrazione fra competenze diverse
- Sul piano degli aspetti relazionali professionisti-utenti: l'importanza di personalizzare l'assistenza

4.4 Conclusioni

A conclusione del percorso relativo all'utilizzo dello strumento di partecipazione rappresentato dai focus-group all'interno del Profilo di Salute, si rende necessario riepilogare e sintetizzare i bisogni di salute maggiormente percepiti come criticità da parte dei focus-group e che possono costituire una base di partenza per le scelte politiche di priorità, propedeutiche allo sviluppo programmatico ed alla costruzione del Piano Integrato di Salute.

In particolare:

Focus Group 1: Infanzia ed età evolutiva e Salute donna

Attivazione di strutture consultoriali multidisciplinari, garantendo altresì un'adeguata integrazione in rete tra le strutture istituzionali sociali e sanitarie competenti.

Focus Group 2: Salute e autonomia degli anziani

Attivazione di una centrale di ascolto sulle problematiche degli anziani in grado di dare risposte adeguate in tempi reali ed integrata nel percorso assistenziale ospedale-territorio.

Focus Group 3: Marginalità (esclusione sociale:emarginazione ed immigrazione)

Aumento dell'inclusione sociale attraverso percorsi strutturati e permanenti con particolare attenzione alle problematiche legate alla casa, al lavoro ed accessibilità alle prestazioni.

Focus Group 4: Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità

Attivazione di percorsi terapeutico assistenziali individualizzati ed integrazione in rete tra le strutture istituzionali sociali e sanitarie competenti per la casa, il lavoro e l'inclusione.

Focus Group 5: Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

Attivazione di programmi adeguati per il controllo del traffico e degli incidenti stradali e per il controllo della qualità dell'aria.

Focus Group 6: Stili di vita e salute

Azioni di sensibilizzazione per incrementare comportamenti e stili di vita corretti in termini di prevenzione primaria ed incrementare la partecipazione agli screening oncologici in termini di prevenzione secondaria, anche attraverso un'adeguata integrazione in rete tra le strutture istituzionali sociali e sanitarie competenti.

APPENDICE

Note metodologiche al capitolo 1: Aspetti territoriali e demografici

Densità abitativa: $\frac{P_j}{Kmq}$

rapporto tra la popolazione residente e la superficie territoriale di residenza

Matrice di mobilità: tabella a doppia entrata che pone convenzionalmente in riga le entità territoriali (comuni, province, ecc..) di origine dello spostamento pendolare e in colonna le entità territoriali di destinazione di tale movimento.

Saldo naturale per l'anno j: $N_j - D_j$

dove N_j indica i nati vivi nell'anno *j* e residenti alla fine dello stesso anno e D_j indica i residenti deceduti nello stesso anno.

Saldo migratorio per l'anno j: $I_j - E_j$

dove I_j indica gli immigrati nell'anno *j* ed E_j gli emigrati nello stesso anno.

Indice di crescita naturale: differenza tra il tasso generico di natalità e il tasso generico di mortalità

Indice di crescita migratoria: differenza tra il tasso di immigrazione e il tasso di emigrazione

Indice di crescita totale: somma degli indici di crescita naturale e migratoria

Numero indice: rapporto che permette di confrontare le intensità di un fenomeno in situazioni temporali e/o spaziali differenti. Si costruisce ponendo al denominatore un'intensità detta base (=100) della stessa natura del fenomeno che è al numeratore.

Piramide per età e sesso: rappresentazione della composizione per classi di età e sesso mediante un istogramma a barre orizzontali che si costruisce ponendo sull'asse delle ordinate le classi di età, graduate secondo il grado di precisione desiderato o la qualità dei dati disponibili (nel nostro caso, la struttura della popolazione dell'area socio-sanitaria di interesse, è stata rappresentata sulla piramide per classi di età quinquennali) e sull'asse delle ascisse il numero complessivo degli appartenenti a ciascuna classe di età. I maschi e le femmine sono posti specularmente rispetto all'asse delle ordinate (convenzionalmente i maschi sono posti alla sinistra dell'asse verticale, le femmine a destra).

Tasso generico di natalità: $\frac{N_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

dove P_j indica la popolazione residente alla fine dell'anno *j* e P_{j-1} la popolazione residente alla fine dell'anno *j-1* (o all'inizio dell'anno *j*).

Tasso generico di mortalità: $\frac{D_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

Tasso generico di fecondità: $\frac{N_j}{\frac{P_j^f + P_{j-1}^f}{2}} \cdot 1.000$

dove $\frac{P_j^f + P_{j-1}^f}{2}$ è la popolazione femminile media dell'anno j in età feconda (15-49).

Tasso di incremento naturale: $\frac{N_j - D_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

Tasso di incremento migratorio: $\frac{I_j - E_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

Tasso di incremento totale: $\frac{(N_j - D_j) + (I_j - E_j)}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

Indice di immigratorietà: $\frac{I_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}}$

Tasso generico di emigratorietà: $\frac{E_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}}$

Indice di vecchiaia: $\frac{P_{65+}}{P_{0-14}} \cdot 100$

dove P_{65+} indica la popolazione anziana e P_{0-14} quella in età non lavorativa.

Indice di dipendenza demografica: $\frac{P_{0-14}+P_{65+}}{P_{15-64}}\cdot 100$

dove P_{15-64} indica la popolazione in età attiva.

Indice del carico di figli per donna feconda: $\frac{P_{0-4}}{P^{f}_{15-49}}\cdot 100$

dove P^{f}_{15-49} indica la popolazione femminile in età feconda (15-49).

Indice di ricambio della popolazione attiva: $\frac{P_{60-64}}{P_{15-19}}\cdot 100$

dove P_{60-64} indica la popolazione uscente dall'età attiva e P_{15-19} quella in entrata.

Indice di struttura della popolazione attiva: $\frac{P_{15-39}}{P_{40-64}}\cdot 100$

dove P_{15-39} indica la fascia più giovane della popolazione in età attiva e P_{40-64} quella più anziana.

Rapporto di mascolinità: $\frac{P^{m}}{P^{f}}\cdot 100$

dove P^{m} e P^{f} indicano rispettivamente le popolazioni maschile e femminile residenti.

Note metodologiche al capitolo 2: Fattori che influenzano lo stato di salute

2.Aspetti socio-culturali

Speranza di vita all'età x: $\frac{T_x}{l_x}$

a partire da una tavola di mortalità del momento, attraverso la quale si descrivono le modalità di eliminazione di un ipotetico contingente di nati sottoposto al regime di mortalità esistente in un dato momento del calendario e rilevato attraverso le condizioni di mortalità osservate nelle diverse generazioni effettive durante il periodo cui si fa riferimento, T_x è il numero totale di anni vissuti a partire dall'età esatta *x* della generazione fittizia di sopravviventi a quell'età; l_x, invece, è il contingente medio di sopravviventi all'età *x*.

Tasso generico di nuzialità: $\frac{M_j}{\frac{P_j + P_{j-1}}{2}} \cdot 1.000$

dove M_j indica il numero dei matrimoni celebrati nell'anno *j*.

Indice di instabilità familiare: $\frac{S_j + D_j}{P} \cdot 10.000$

Dove S_j indica le separazioni dell'anno *j* e D_j i divorzi dell'anno *j*.

Tasso di occupazione: indica il rapporto tra le persone occupate e le forze lavoro (popolazione in età attiva, 15-49 anni)

Tasso di disoccupazione: indica il rapporto tra le persone in cerca di lavoro e le forze lavoro (popolazione in età attiva, 15-49 anni)

Tasso di attività: indica il rapporto tra le forze lavoro e il totale della popolazione.

Indice del possesso del Diploma media superiore (19 anni e più): è il rapporto percentuale avente al numeratore la popolazione della classe di età 19 anni e più, che ha conseguito almeno un diploma di scuola media (secondaria) superiore della durata di 4 o 5 anni, e al denominatore il totale della popolazione della stessa classe di età.

Indice del possesso di non conseguimento della scuola obbligo (15-52 anni): è il rapporto percentuale avente al numeratore la popolazione della classe di età 15-52 anni, che non ha conseguito la licenza di scuola media inferiore, e al denominatore il totale della popolazione della stessa classe di età.

Indice Biotico Esteso (IBE): indicatore dell'effetto della qualità chimica e chimico-fisica delle acque mediante l'analisi delle popolazioni di fauna macrobentonica che vivono nell'alveo dei fiumi.

Note metodologiche al capitolo 3: Stato di salute e dei servizi socio-sanitari, paragrafo sull'ospedalizzazione.

Diagnosis Related Group (DRG) - Categoria di pazienti ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun paziente ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione. La versione attualmente utilizzata è la decima.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione – Rapporto tra le dimissioni dei residenti e la popolazione standard.

Esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti, cioè misura la propensione al ricovero della popolazione residente.

Tasso di occupazione dei posti letto – Rapporto percentuale tra il numero delle giornate di degenza effettivamente erogate nelle discipline per acuti ed il numero delle giornate di degenza teoriche.
L'indicatore esprime la quota parte dei posti letto mediamente occupata e fornisce una misura dell'utilizzo delle strutture ospedaliere.

Degenza media - Rapporto fra numero di giornate di degenza erogate a un determinato insieme di pazienti e numero dei pazienti stessi.

Peso relativo - Indicatore associato a ciascun DRG, che evidenzia il rapporto fra il costo medio dello specifico DRG ed il costo medio del caso medio (calcolato su tutti i DRG).

Note metodologiche al capitolo 3: Stato di salute e dei servizi socio-sanitari, paragrafo sulla mortalità

Tasso grezzo

La mortalità viene comunemente descritta utilizzando il tasso grezzo, che esprime il rapporto fra il numero di morti rispetto alla popolazione da cui si originano tali decessi, in un determinato periodo di tempo.
Si determina rapportando il numero dei decessi per la causa (o gruppo di cause) di morte di interesse al totale della popolazione residente nell'area in esame.
La formula è la seguente:

Tasso grezzo = $\frac{d}{n} \bullet k$

Dove:
TG= Tasso grezzo
n= numerosità totale della popolazione in studio
d= numero di decessi totali per la causa (o gruppo di cause) in studio
K = Costante moltiplicativa (100.000)

Ad esempio un tasso grezzo annuale di 1200 x 100.000 ci dice che in quella popolazione in un anno ogni 100.000 abitanti ne muoiono 1200.

Il tasso grezzo fornisce un'indicazione complessiva della mortalità per una certa causa; poichè non rispecchia l'andamento del fenomeno nelle diverse classi di età, non è adatto per confronti geografici o temporali in quanto la mortalità è fortemente influenzata dalla struttura per età delle popolazioni studiate.

Tassi standardizzati

Per poter effettuare confronti tra periodi e realtà territoriali diverse occorre assicurarsi che fattori riconosciuti influenti sul rischio di morte non siano distribuiti in modo diverso fra le situazioni che si vogliano porre a confronto (variabili di confondimento). Il caso più

frequente è quello dell'età: è evidente che una popolazione anziana presenta una mortalità più elevata di una popolazione giovane per semplici ragioni biologiche; effettuare confronti tra territori con popolazioni rispettivamente più giovani e più anziane senza tenere conto di ciò potrebbe portare a conclusioni gravemente fuorvianti.
Il tasso standardizzato rappresenta quindi di un indicatore costruito in modo "artificiale", che non corrisponde più esattamente al valore reale, ma che è adatto a confrontare i valori della mortalità tra periodi e realtà territoriali diversi per struttura di età delle popolazioni residenti.

Tasso standardizzato diretto

E' una media ponderata dei tassi specifici per età usando come pesi la struttura per classe di età di una popolazione standard. Serve per confrontare tra loro i tassi di due o più popolazioni con struttura diversa per composizione in classi di età.
Si ottiene moltiplicando ciascun tasso specifico per classe di età della popolazione in studio per la numerosità della popolazione standard per la medesima classe di età, sommando tra loro tutti i prodotti così ottenuti e dividendo il tutto per il totale della popolazione standard. La somma dei prodotti di ciascuna classe di età rappresenta la mortalità che la popolazione standard avrebbe se sperimentasse la stessa mortalità della popolazione in studio.
La formula è la seguente:

Tasso standardizzato diretto (TSD) = $$\frac{\sum \frac{d_i}{n_i} \bullet N_i}{N} \bullet K$$

Dove:

TSD = Tasso standardizzato diretto

d_i= *Numerosità dei decessi nella classe di età "i-esima" della popolazione in studio*

n_i = *Numerosità della popolazione nella classe di età "i-esima" in studio*

N_i = *Popolazione standard della "i-esima" classe di età*

K = Costante moltiplicativa (100.000)

I tassi standardizzati sono accompagnati dal relativo errore standard, indicatore della variabilità casuale media dei tassi, da cui è possibile ricavare i limiti di confidenza al 95% associati a ciascun tasso:

L.C. 95% = TSD ± (1,96 x ES)

dove:
LC = Limiti di confidenza al 95%
TSD = Tasso standardizzato diretto
ES = Errore standard

I limiti di confidenza esprimono il range entro il quale si colloca il valore del tasso standardizzato per livelli predefiniti di probabilità, comunemente scelti pari al 95%.

Tasso standardizzato indiretto o Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR)

Il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) esprime il rapporto tra il numero di morti osservato in una popolazione ed il numero di morti atteso nella stessa popolazione, se su questa agissero gli stessi tassi di mortalità specifici per alcune variabili di confondimento che agiscono su di una popolazione assunta come riferimento.

In questo rapporto l'SMR è stato calcolato standardizzando per età, utilizzando i tassi di mortalità specifici per sesso ed età della Regione Toscana.
L'SMR esprime, in percentuale, l'eccesso o il difetto di mortalità, esistente tra l'ASL/distretto in oggetto e la Regione al netto delle influenze esercitate dalla diversa composizione per età delle due popolazioni.
La formula è la seguente:

Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR) = $\frac{Osservati}{Attesi} \bullet 100$

Il calcolo degli attesi è eseguito applicando alla popolazione in studio i tassi di mortalità di quella di riferimento, per ciascuna fascia d'età.
Ai fini dell'interpretazione, il valore 100 rappresenta il valore regionale, mentre valori superiori o inferiori indicano una maggiore o minore mortalità rispetto alla Regione.
Ad esempio un SMR di 140 significa che la mortalità è pari ad 1,4 volte quella della popolazione di riferimento, o in altri termini presenta un eccesso del 40%.

L'intervallo di confidenza al 95% esprime l'ambito di valori entro cui si colloca, con una probabilità del 95%, il vero valore dell'SMR.
Ai fini della comprensione, occorre ricordare che, qualora l'ambito dell'intervallo di confidenza includa il valore 100, il corrispondente valore dell'SMR viene convenzionalmente considerato come "statisticamente non significativo": non è cioè possibile affermare, con sufficiente sicurezza, che i due valori, quello regionale e quello del Comune/ASL, siano realmente diversi; l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero essere solo un effetto del caso (con una probabilità superiore al 5%).

Anni potenziali di vita persi (PYLL – Potential Uears of Life Lost). Il PYLL è definito come il numero di anni di vita "persi" da coloro che muoiono prima di raggiungere una determinata età. Nel caso specifico è stato utilizzato come limite il compimento del 65° anno che rappresenta pure il limite dell'età produttiva. Il PYLL per una determinata causa viene calcolato sommando, per tutti i decessi avvenuti in età 0-64 anni e dovuti a quella causa, la differenza tra 65 e l'età alla morte (o più precisamente tra 65 e l'anno centrale della classe di età in cui è avvenuto il decesso). La formula è la seguente:

$$PYLL = \sum (L - m_i) * d_i$$

dove:
PYLL = anni potenziali di vita persi
L = Limite superiore stabilito a 65 anni
m_i= valore centrale della classe di età
d_i= numero di decessi per ciascuna causa nella classe di età "i-esima"