

2. Il Quadro Epidemiologico

Estratto dalla Relazione Sanitaria 2005, è in corso la scomposizione per Zona-distretto dei dati maggiormente significativi in collaborazione con l'Unità Operativa Epidemiologia della Azienda Us15 .

- 1. Mortalità generale e mortalità evitabile**
 - 1.1. Mortalità nella Azienda USL 5
 - 1.2. Mortalità infantile
 - 1.3. Mortalità per tumori
 - 1.4. Mortalità per malattie del sistema circolatorio
 - 1.5. Cause violente
 - 1.6. Mortalità per AIDS
 - 1.7. Mortalità per overdose

- 2. Lo stato di salute e i bisogni sanitari della popolazione**
 - 2.1. Infarto del miocardio
 - 2.2. Tumori

- 3. Malattie infettive**
 - 3.1. Zona Pisana
 - 3.2. Malattie infettive intestinali
 - 3.3. AIDS – incidenza e prevalenza

- 4. Utilizzo dell'ospedale da parte dei residenti**
 - 4.1. Uso dell'ospedale
 - 4.2. Ricoveri ospedalieri delle persone anziane
 - 4.3. Interruzioni volontarie della Gravidanza e aborti spontanei
 - 4.4. Nascite
 - 4.5. Malformazioni congenite

- 5. Infortuni sul lavoro e malattie professionali**
 - 5.1. Infortuni sul lavoro
 - 5.2. Malattie professionali

- 6. Disabilità**

- 7. Patologia psichiatrica**

- 8. Non-autosufficienza delle persone anziane**

- 9. Comportamenti importanti per la salute**
 - 9.1. Alimentazione
 - 9.2. Consumo di alcool
 - 9.3. Abitudine al fumo
 - 9.4. Consumo di sostanze illecite e tossicodipendenza

- 10. Approfondimenti sulla Zona Pisana**

Mortalità generale, per cause e mortalità evitabile

La mortalità nella U.S.L. 5

La mortalità nella U.S.L. 5 per il triennio 2000 – 2002 è in diminuzione rispetto al triennio precedente, in linea con la tendenza regionale.

Il maggior numero di decessi tra gli abitanti della U.S.L. 5 è provocato dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori.

Confrontando il tasso annuo standardizzato di mortalità per 100.000 abitanti, nel triennio 2000-2002 si osserva a livello regionale una riduzione rispetto al triennio 1997-1999, più netta per i maschi (703,2 vs 723,2) e più contenuta per le femmine (415,6 vs 422,6).

Anche nella U.S.L. 5 si rileva una diminuzione del tasso sia per i maschi (716,1 vs 724,8), seppure in misura minore di quanto riscontrato a livello regionale, che per le femmine (432,7 vs 438,4).

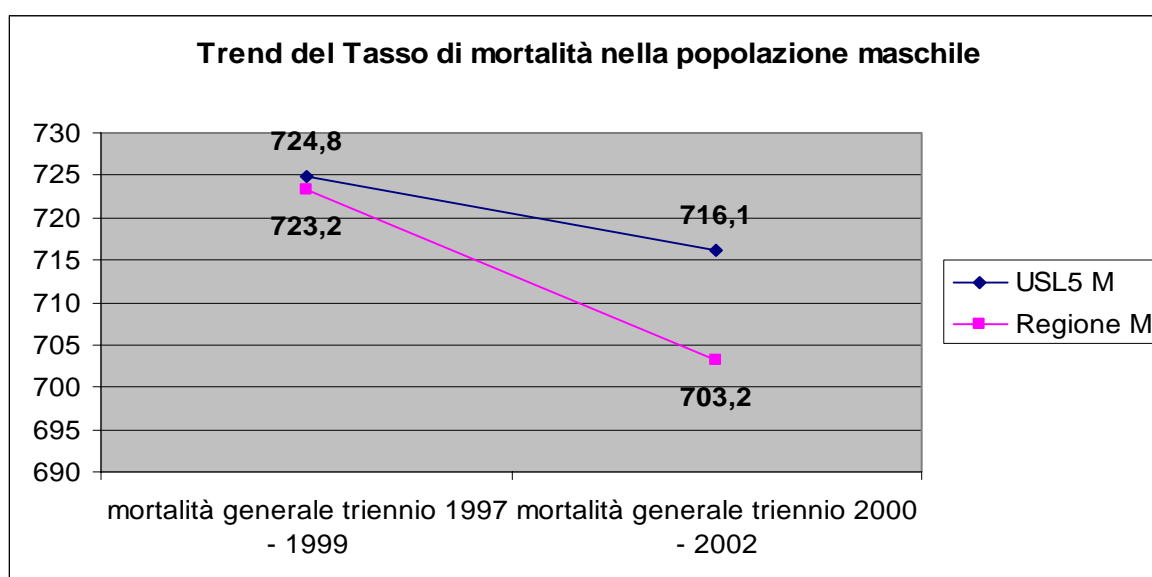


Fig. 1. – Trend del Tasso di mortalità per i maschi: confronti tra USL5 e Regione Toscana nei trienni 1997 – 1999 e 2000 - 2002

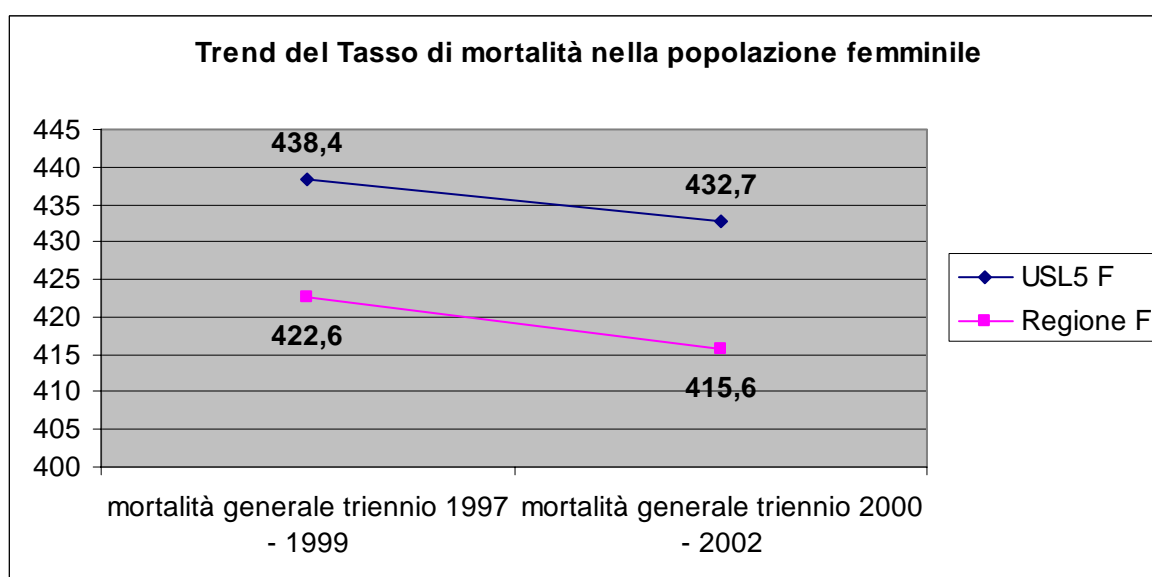


Fig. 2. – Trend del Tasso di mortalità per le femmine: confronti tra USL5 e Regione Toscana nei trienni 1997 – 1999 e 2000 - 2002

La mortalità infantile

Per quanto riguarda la mortalità infantile, la Toscana si colloca su valori leggermente inferiori a quelli medi italiani.

Per il triennio 2000-2002 nella Regione Toscana si osserva un tasso di mortalità infantile pari a 3,37 ogni 1.000 nati vivi. Nello stesso periodo il tasso risulta pari a 4,77 nella U.S.L. 5, che presenta il dato più elevato in ambito regionale; tale valore è determinato dal tasso rilevato nella Zona Pisana (6,16) essendo quello della Zona Val d'Era decisamente più basso (3,24), tanto da risultare inferiore al tasso regionale, mentre nell'Alta Val di Cecina esso è addirittura pari a 0.

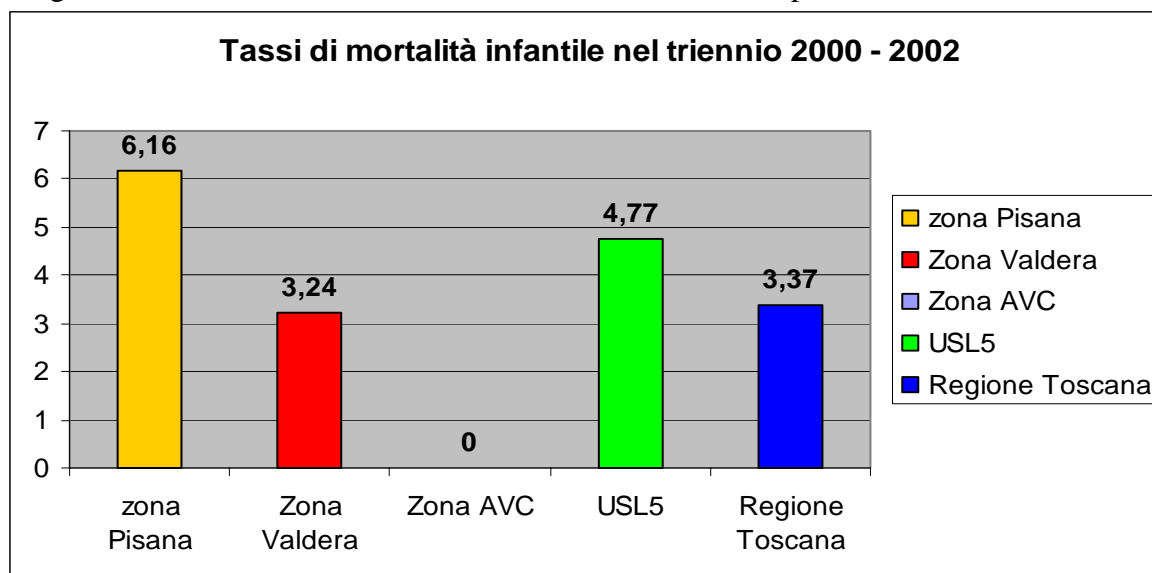


Fig. 3. –Tasso di mortalità infantile: confronti tra Zone della USL5, USL5 e Regione Toscana nel triennio 2000 - 2002

Mortalità per tumori e malattie del sistema circolatorio

Confrontando i dati di U.S.L. con quelli regionali, si osserva che il tasso standardizzato di mortalità per tumore nella U.S.L. 5 è inferiore, anche se di poco, a quello regionale sia per i maschi che per le femmine; al contrario, il tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio nella U.S.L. 5 è superiore a quello regionale sia nei maschi che nelle femmine.

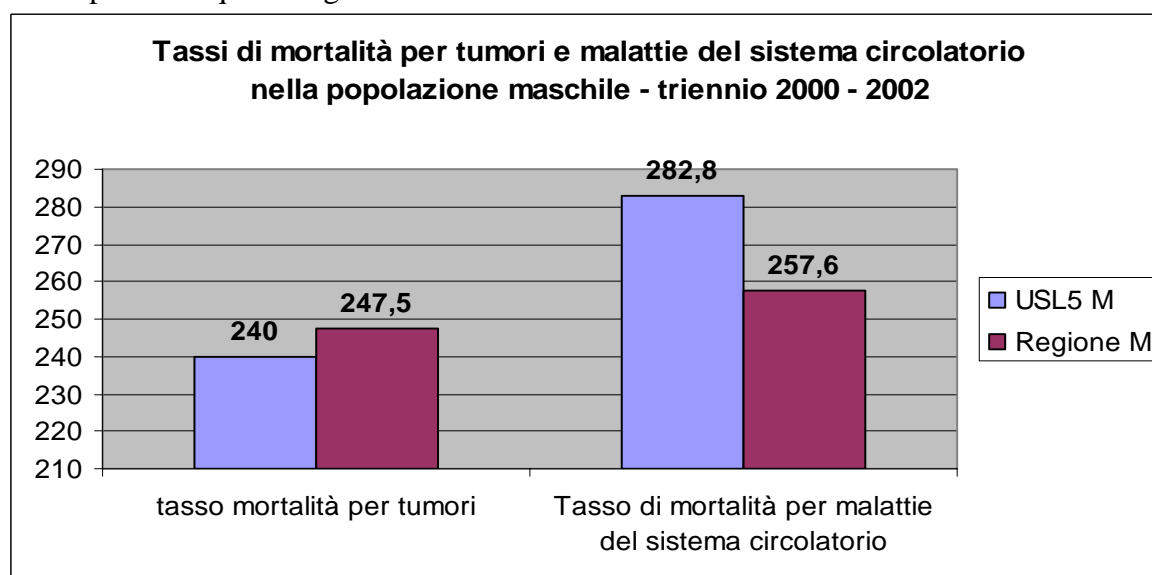


Fig. 4. –Tasso di mortalità per tumori e malattie sistema circolatorio nei maschi: confronto tra USL5 e Regione Toscana nel triennio 2000 - 2002

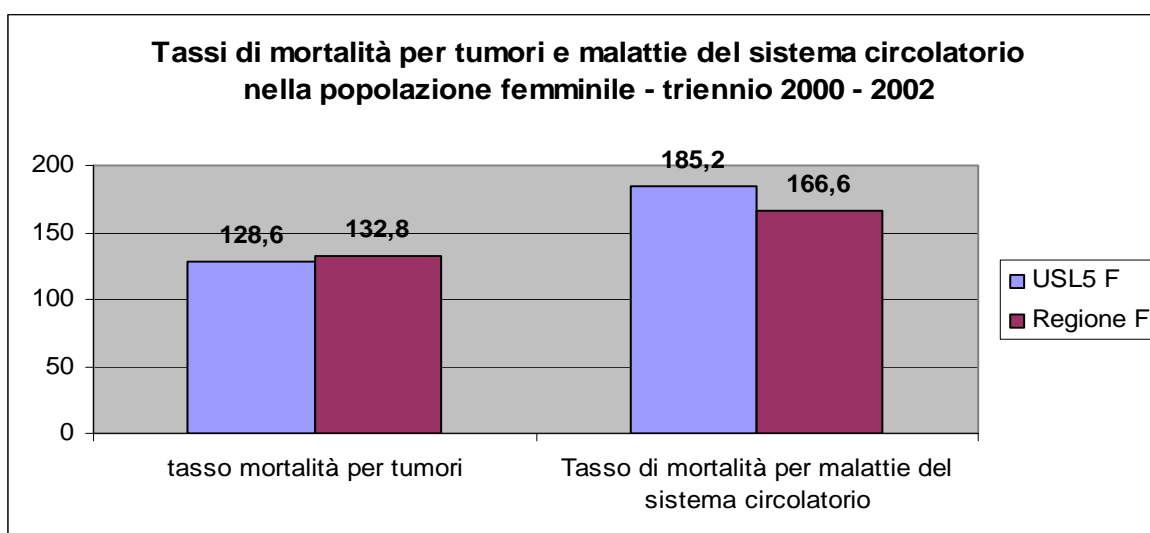


Fig. 5. –Tasso di mortalità per tumori e malattie sistema circolatorio nelle femmine: confronto tra USL5 e Regione Toscana nel triennio 2000 - 2002

Si conferma il tumore del polmone quale tumore più frequente nei maschi e quello della mammella nelle femmine; al secondo posto per entrambi i sessi troviamo il tumore all'intestino. Tra le malattie del sistema circolatorio, nei maschi prevalgono i decessi per cardiopatia ischemica mentre nelle femmine quelli per malattie cerebrovascolari. Sempre riguardo alla mortalità per malattie del sistema circolatorio, l'U.S.L. 5, insieme alla U.S.L. 2 di Lucca ed alla U.S.L. 12 di Viareggio, mostra il tasso più elevato in ambito regionale per i maschi; anche per le femmine è ancora la U.S.L. 5 ad avere il tasso più alto, seguita dalla U.S.L. 6 di Livorno e dalla U.S.L. 2 di Lucca.

Le cause violente

Nel 2002 risultano in aumento i morti per incidente stradale sia tra i maschi (42 rispetto ai 35 dell'anno precedente) che tra le femmine (11 contro i 4 del 2001).

Nel triennio 2000-2002 i decessi sono stati 154 (123 maschi e 31 femmine). Il tasso di mortalità relativo a questo triennio nella U.S.L. 5 risulta superiore a quello regionale sia per i maschi (23,6 vs 17,9) che per le femmine (5,8 vs 5,2).

Nel 2002 i suicidi sono stati 24 tra i maschi e 6 tra le femmine, un numero simile al 2001 in cui erano stati rispettivamente 22 e 7.

Nel triennio 2000-202 l'U.S.L. 5 risulta ancora tra le UU.SS.LL. a tasso standardizzato di mortalità per suicidio più basso per le femmine, mentre si colloca in posizione intermedia per i maschi.

La mortalità per AIDS

Così come avvenuto nel 2001, anche nel 2002 i decessi per AIDS sono stati 3 nella U.S.L. 5, riferiti a soggetti di sesso maschile.

In totale nel triennio 2000-2002 i morti per AIDS sono stati 7, tutti maschi.

L'U.S.L. 5 si posiziona tra le UU.SS.LL. a tasso più basso sia per i maschi che per le femmine.

I morti per overdose

Nel 2002 i decessi per overdose nella U.S.L. 5 sono stati 3, tutti relativi a maschi.

Nel triennio 2000-2002 l'U.S.L. 5, insieme alle UU.SS.LL. di Lucca, Pistoia ed Empoli, non ha avuto decessi per overdose tra le femmine mentre per i maschi presenta un tasso di mortalità con valore intermedio rispetto alle altre UU.SS.LL..

Lo stato di salute ed i bisogni sanitari della popolazione

L'infarto del miocardio

L'Agenzia Regionale di Sanità effettua la stima dei casi incidenti di infarto del miocardio utilizzando i dati presenti nell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e nel Registro di Mortalità Regionale della Regione Toscana; le stime più recenti si riferiscono all'anno 2001.

Oltre al numero di casi incidenti viene calcolato anche il tasso standardizzato diretto di incidenza di infarto nella popolazione, che fornisce il numero di casi di infarto che si avrebbero ogni 100.000 abitanti, se la popolazione in esame avesse la distribuzione per età di una popolazione utilizzata come standard (popolazione della Regione Toscana): esso consente di fare un confronto tra UU.SS.LL., la cui popolazione può avere una diversa composizione per età.

I risultati sono riportati nel grafico sottostante (Fig. 6).

Per l'Azienda U.S.L. 5 di Pisa sono stati stimati 422 casi per i maschi (ne erano stati stimati 422 anche per l'anno 2000), con un tasso standardizzato di incidenza inferiore a quello regionale (313,2 vs 335,3). Per le femmine siamo passati dai 257 casi stimati per l'anno 2000 a 212 casi stimati per il 2001, pertanto il tasso standardizzato di incidenza, che per il 2000 risultava superiore a quello regionale (136,6 vs 126,0), per il 2001 è nettamente inferiore a quello della Regione Toscana (110,4 vs 135,0).

Un'altra fonte informativa su questa patologia è costituita dal flusso dei ricoveri ospedalieri: nel corso del 2004 sono stati ricoverati nei presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati presenti sul territorio regionale 404 cittadini residenti nell'ambito territoriale della U.S.L. 5.

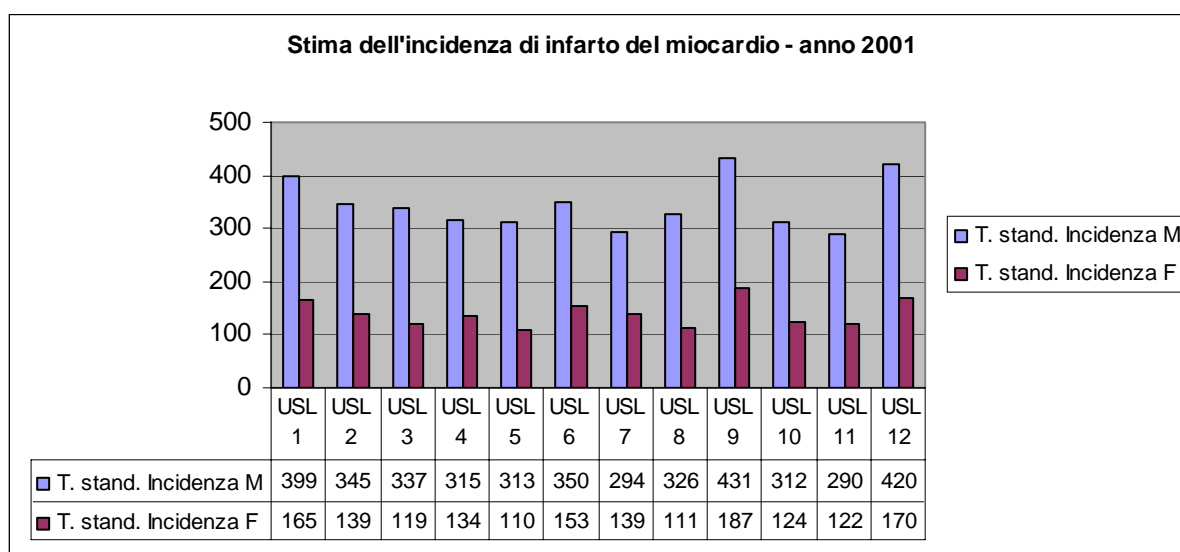


Fig. 6. –Stima dell'incidenza di infarto del miocardio: confronto tra USL5 e le altre UU.SS.LL. della Regione Toscana

I tumori

In Italia l'incidenza dei tumori è in costante aumento. In gran parte il fenomeno è legato all'invecchiamento e all'allungamento della vita media, ma anche all'esposizione a fattori di rischio noti e non noti, a sostanze cancerogene, **come il fumo di sigaretta, e alla diffusione di inquinanti nell'ambiente (vedi relazione sull'ambiente – qualità dell'aria)**

I dati degli ultimi decenni hanno mostrato che l'incremento della mortalità va rallentando rispetto all'incremento dell'incidenza: questa tendenza è il risultato del **miglioramento della**

sopravvivenza dei malati, che in Italia ha raggiunto in media il livello di 55 % di sopravvissuti a 5 anni dalla diagnosi.

Sono risultati importanti, che dipendono dal miglioramento della diagnostica e dell'efficacia delle terapie a disposizione, come anche dalla maggior precocità delle diagnosi grazie ad attività di screening organizzate (mammella, cervice uterina, colon-retto). E' ancora in fase di discussione la validità del test PSA per il carcinoma alla prostata. Un ruolo importante va riconosciuto anche alla maggiore attenzione culturale alla salute, diffusasi nella popolazione.

La sopravvivenza dei pazienti è un indicatore chiave nel controllo dei tumori, al pari di mortalità, incidenza (numero annuo di nuovi casi) e prevalenza (numero complessivo di persone che vivono avendo avuto in passato una diagnosi di tumore).

I dati di sopravvivenza su base di popolazione sono raccolti dai **Registri Tumori**, che collezionano informazioni su tutte le nuove diagnosi di tumore che si verificano in una determinata area territoriale e che periodicamente verificano lo stato in vita dei pazienti individuati nell'area.

L'Unità Operativa di Epidemiologia Clinica e Descrittiva del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica fornisce periodicamente le stime di incidenza e prevalenza a 5 anni dei tumori, relative a tutte le UU.SS.LL. della Regione Toscana, elaborate a partire dai dati di incidenza disponibili presso il Registro Tumori Toscano e dai dati di mortalità gestiti dal Registro di Mortalità Regionale. Le stime più recenti si riferiscono all'anno 2004. **Nella U.S.L. 5 per i maschi sono stimati in aumento i tumori della prostata, del colon-retto, dei polmoni e bronchi, mentre per le femmine del polmone, dello stomaco, della mammella e del colon-retto.**

Sede	Maschi		Femmine		Totale	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
Polmone e bronchi	159	172	32	41	191	213
Stomaco	48	44	30	37	78	81
Colon-retto	178	191	128	138	306	329
Prostata	188	213	-	-	188	213
Vescica	52	55	9	10	61	65
Mammella	-	-	274	307	274	307
Utero	-	-	59	60	59	60
Ovaio	-	-	39	41	39	41
Altro	429	425	336	340	765	765
Totale	1.054	1.100	907	974	1.961	2.074

Fig. 7 - Stima nuovi casi di tumore U.S.L. 5

Nel grafico sottostante si riporta la stima dei casi prevalenti a 5 anni dalla diagnosi.

Il numero di casi prevalenti è legato sia all'incidenza che alla sopravvivenza, che varia molto a seconda del tipo di tumore. **Il maggior numero di casi prevalenti si ha per il tumore della mammella, del colon-retto e della prostata.**

Quadro epidemiologico

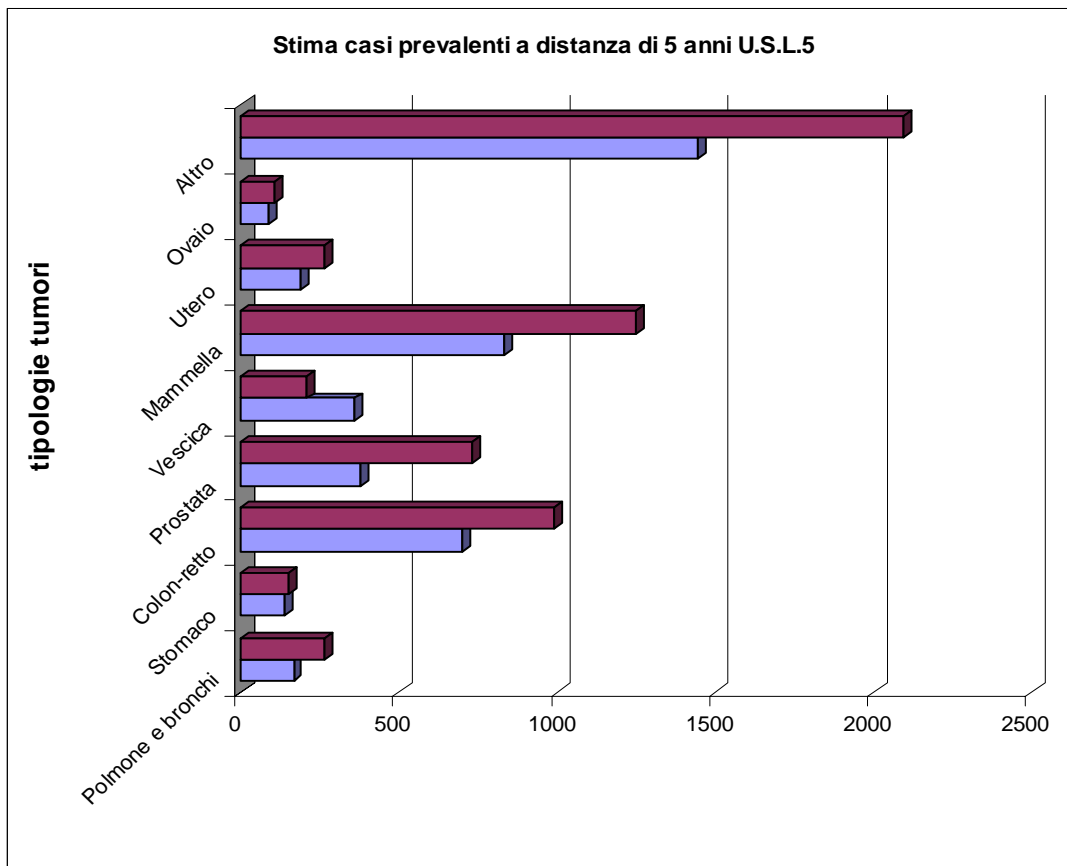


Fig. 8 - Stima casi prevalenti U.S.L. 5: confronto tra tipologie di tumori

Dai flussi informativi regionali sui ricoveri si ricavano, inoltre, i dati relativi al numero di pazienti ricoverati ed ai ricoveri effettuati per patologie tumorali in tutti i presidi ospedalieri regionali.

I pazienti ricoverati per tumori maligni nel 2004 sono stati 3.262, con un aumento dell'1,5 % rispetto all'anno precedente; il numero di ricoveri per tumori maligni, invece, è diminuito portando il numero medio di ricoveri per paziente a 1,3 rispetto all'1,4 rilevato nel 2003.

I pazienti ricoverati per tumori benigni sono stati 1.158, con un aumento del 7,3 % rispetto al 2003, mentre il numero di ricoveri per tumore benigno è aumentato del 6,5 %.

Per i pazienti ricoverati per tumore con esito incerto, in continuo aumento dal 2000 al 2003, viene confermato il dato dell'anno 2003.

Nell'anno 2004 si conferma la diminuzione dei pazienti ricoverati per tumore maligno della mammella, già rilevata nel periodo 2000-2003. Risultano leggermente in calo i pazienti ricoverati per tumore del colon-retto, che nello stesso periodo avevano mostrato un trend in salita. Per gli altri tipi di tumore riportati in tabella si rilevano dati oscillanti nel corso degli anni.

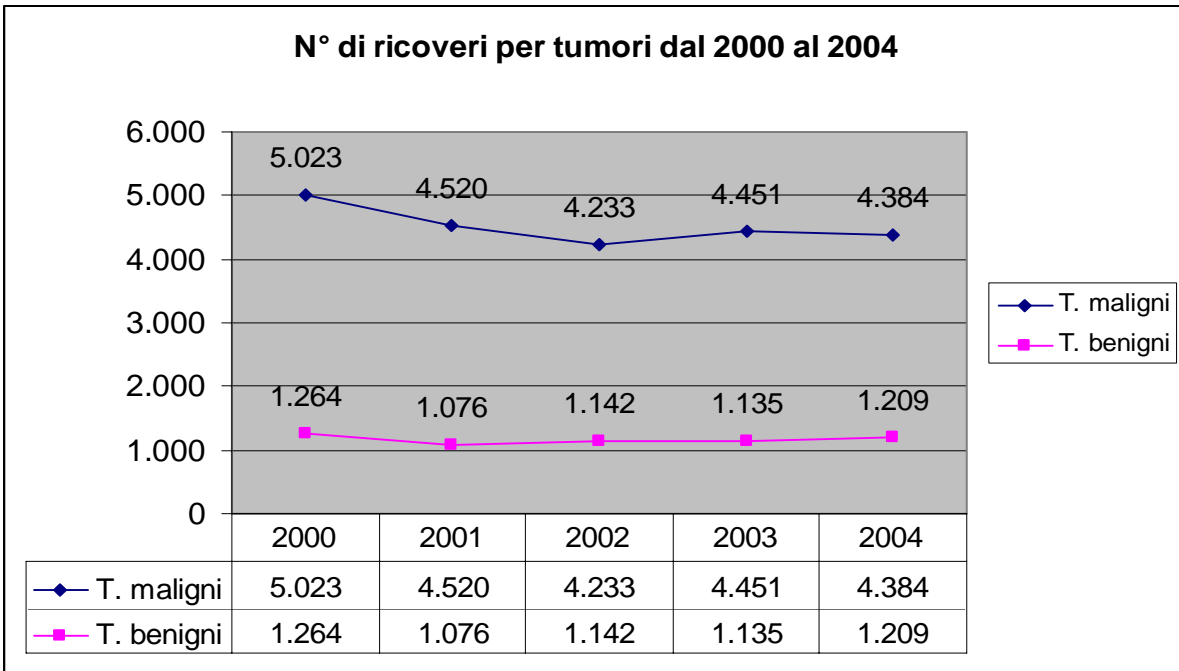


Fig. 9 – Trend del numero di ricoveri per tumori U.S.L. 5: confronto tra tumori maligni e benigni.

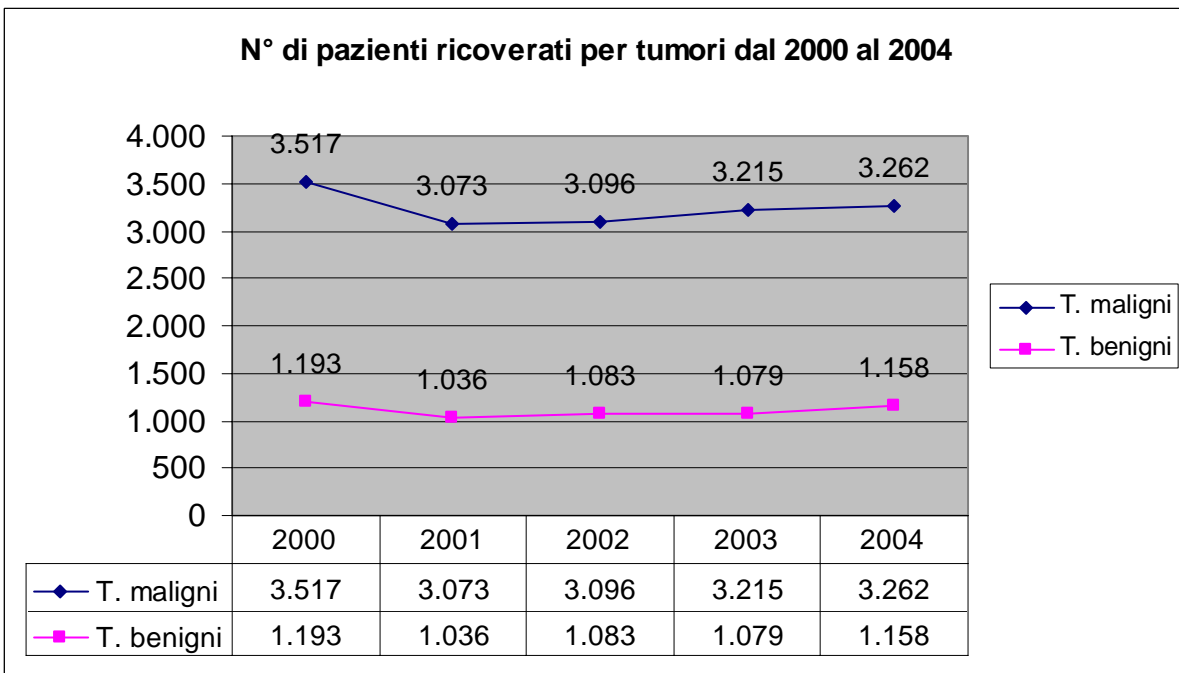


Fig. 10 – Trend del numero di pazienti ricoverati per tumori U.S.L. 5: confronto tra tumori maligni e benigni.

Malattie infettive

Zona Pisana

Nel 2004 ha avuto effettiva applicazione il “Piano Regionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita”. In accordo con quanto previsto dal programma di vaccinazione straordinaria sono stati coinvolti i **bambini appartenenti alle coorti di nascita 1994 - 1997, invitando alla vaccinazione con vaccino trivalente (MPR) quanti risultassero non vaccinati o vaccinati in modo incompleto (cioè con una sola dose)**. L’attività si è svolta con la collaborazione delle strutture scolastiche, che hanno provveduto a distribuire le lettere per le famiglie mentre le vaccinazioni sono state eseguite presso i Presidi Distrettuali. **Sono stati contattati 5.518 bambini, di questi 3.304 risultavano vaccinati con una sola dose mentre 531 risultavano protetti in modo ottimale con due dosi; durante l’anno sono state somministrate complessivamente 2.428 dosi di vaccino a quanti risultavano non completamente protetti. L’attività prosegue anche nell’anno 2005 coinvolgendo gli alunni che frequentano la scuola media (coorti di nascita 1991-1993)**. Contemporaneamente alle azioni straordinarie previste dal Piano Regionale prosegue l’attività di vaccinazione routinaria con offerta attiva del vaccino contro morbillo-parotite-rosolia sia ai nuovi nati che a quanti non risultano ancora vaccinati per le altre coorti pediatriche. L’andamento epidemiologico del morbillo dopo l’incremento mostrato nel 2002 e nel 2003 è tornato sui valori precedenti (4 casi nel 2004, come nel 2001 e nel 2000) interessando nel 75% dei casi soggetti non vaccinati e nel 25% dei casi soggetti vaccinati con una sola dose; i casi di rosolia sono diminuiti (2 nel 2004 vs 4 nel 2003), i casi di parotite sono rimasti pressoché costanti (12 nel 2004 e 11 nel 2003) interessando nel 60% soggetti vaccinati con una sola dose e questo conferma l’importanza di somministrare due dosi di vaccino per conferire una sufficiente protezione.

Il numero dei casi di varicella ha mostrato un incremento significativo rispetto ai precedenti anni, nel 2004 si è presentato un picco epidemico per tale patologia nella Zona Pisana.

Si è evidenziato un calo dei casi di Epatite A mentre risultano costanti i casi di Epatite B.

I casi di tubercolosi non hanno mostrato variazioni rispetto al 2003, il 63% sono stati in soggetti di nazionalità italiana, il 79% hanno avuto localizzazione polmonare, va sottolineato che comunque l’impegno richiesto all’Unità Funzionale per ogni caso notificato è in genere notevole sia per le collettività anche ampie che talvolta ne risultano coinvolte sia per la difficoltà di stabilire un idoneo rapporto con i contatti, soprattutto quando i casi interessano soggetti extracomunitari.

Per quanto riguarda le malattie da importazione sono stati notificati 5 casi di malaria nel 2004 (erano stati 14 nel 2001, 10 nel 2002 e 3 nel 2003), sono stati tutti da **Pl. falciparum** ed in soggetti extracomunitari, a seguito di un viaggio nel paese di origine ad alta endemia. Prosegue l’attività dell’Ambulatorio di Medicina dei Viaggiatori che non solo costituisce un punto di riferimento per quanto si recano all’estero ma provvede ad interventi di profilassi su soggetti extracomunitari che tornano al paese di origine. Nel 2004 sono stati registrati 554 accessi al servizio: oltre ai viaggiatori che si recano all’estero per turismo, è notevole la percentuale di soggetti che si spostano per motivi di lavoro e sempre crescente è il numero di persone impegnate in progetti di cooperazione internazionale in Paesi in via di sviluppo.

Infine, permane elevata l’incidenza di focolai epidemici di pediculosi nell’ambito della popolazione scolastica (soprattutto scuole materne ed elementari), situazione che impegna notevolmente l’operatività dell’U.F. praticamente per tutta la durata dell’anno scolastico. Nonostante l’impegno, le richieste di intervento permangono numerosissime, anche per istituti dove il nostro personale è intervenuto già più volte. Nell’anno scolastico 2003-2004 sono stati controllati 4.192 bambini individuando 436 casi riconducibili a 68 focolai epidemici, negli ultimi mesi dell’anno sono stati controllati ulteriori 2.696 bambini. Si tratta di un problema che non potrà essere risolto all’origine senza una totale collaborazione di tutte le componenti interessate (scuola, genitori, pediatri curanti) e a riguardo l’Unità Funzionale sta valutando come meglio richiedere il fondamentale contributo delle famiglie nell’opera di prevenzione specifica.

Nel corso del 2004 non si sono verificati casi di tetano.

Quadro epidemiologico

Nell'anno si sono verificati 3 casi di legionellosi polmonare in cittadini residenti, mentre altre segnalazioni sono pervenute relative a soggetti che avevano soggiornato presso alberghi cittadini; di fatto, per il miglioramento delle metodiche diagnostiche ed il riconoscimento di un maggior numero di casi di infezione attribuibili a *Legionella pneumophyla*, la legionellosi è da considerarsi un problema emergente.

Anche nel 2004 l'U.F. è stata impegnata in attività di aggiornamento e studio nonché di coordinamento territoriale per l'emergenza SARS.

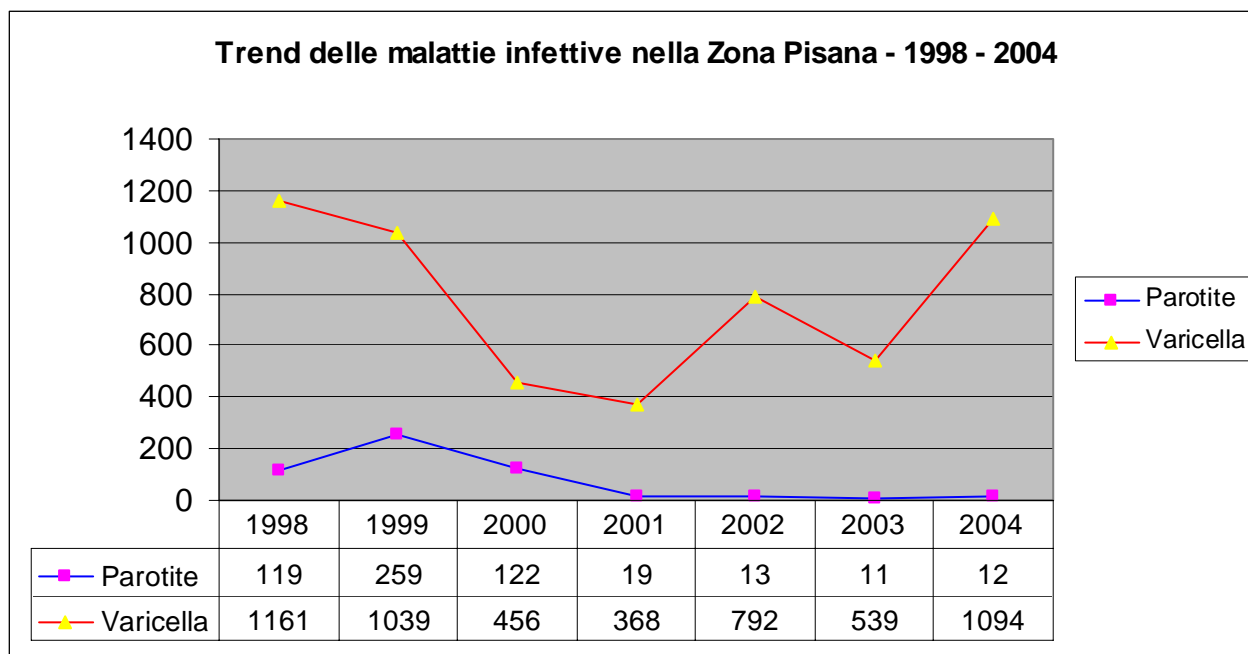


Fig. 11 – Malattie infettive notificate Zona Pisana anni 1998-2004: parotite e varicella.

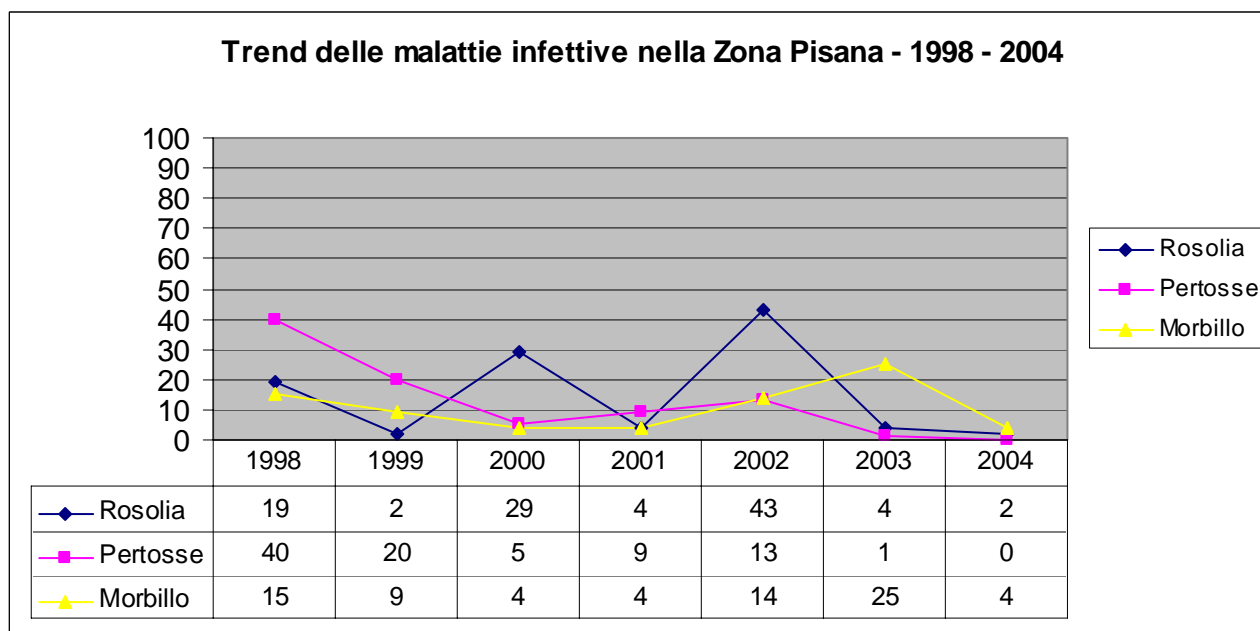


Fig. 12 – Malattie infettive notificate Zona Pisana anni 1998-2004: rosolia, pertosse, morbillo.

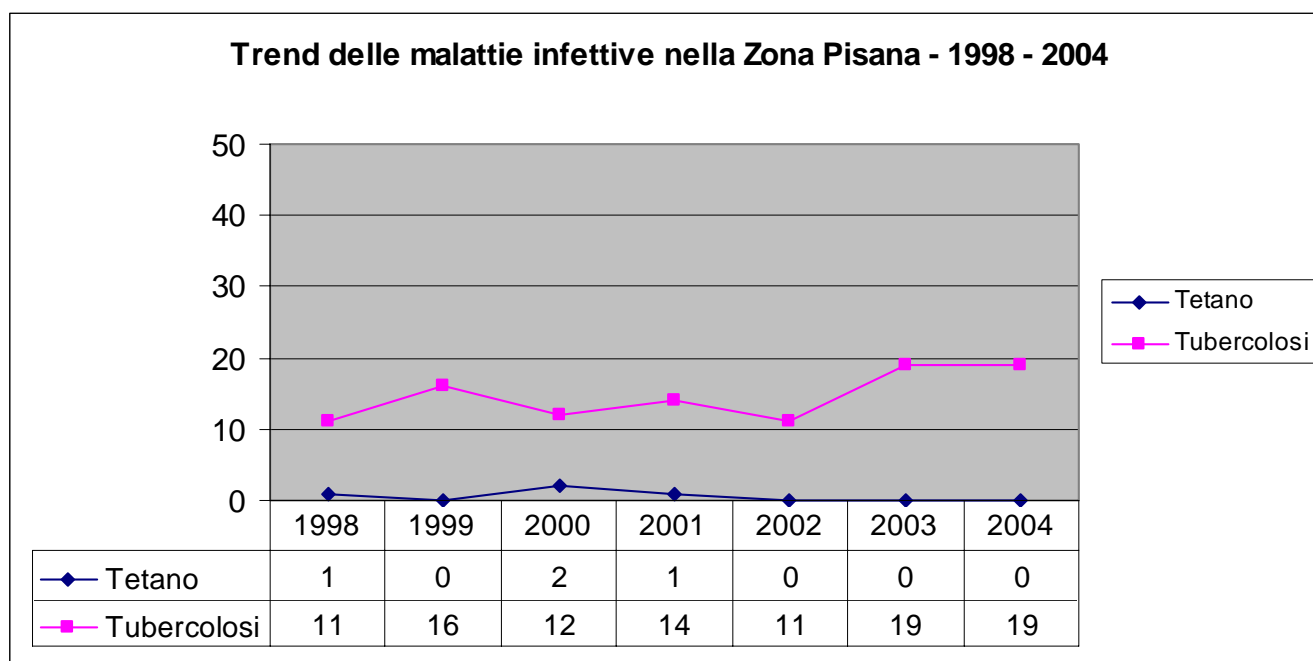


Fig. 13 – Malattie infettive notificate Zona Pisana anni 1998-2004: tetano tubercolosi

Malattie infettive intestinali

Per quanto riguarda le malattie infettive intestinali, compresa l'Epatite virale A, nel periodo 1998-2004 si è avuta una diminuzione progressiva dei casi nella Zona Pisana, mentre nella Zona Val d'Era si è avuto un picco nel 2001, a causa di un episodio di tossinfezione alimentare, ed un secondo picco, anche se di misura più modesta, nel 2004; nella Zona Alta Val di Cecina il calo progressivo osservato dal 1998 è stato interrotto da un innalzamento registrato nel 2003.

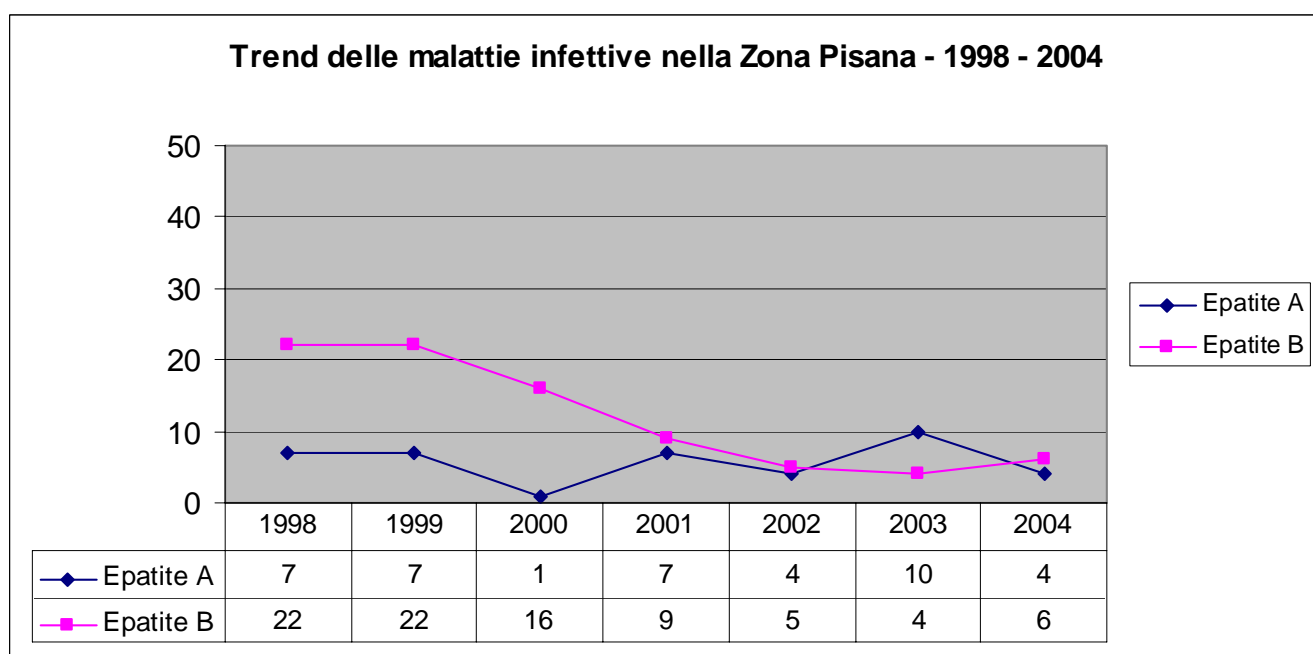


Fig. 14 – Malattie infettive intestinali, inclusa Epatite virale A

AIDS, incidenza e prevalenza

In Italia oltre 18.000 persone sono malate di AIDS e si stima che siano almeno 120.000 quelle che vivono con il virus Hiv. Dall'anno della prima diagnosi, il 1982, sino al 31.12.2002 in Italia si sono registrati oltre **51.700 casi**.

Rispetto al passato la sopravvivenza delle persone sieropositive è aumentata di almeno dieci anni, si arriva più tardi alla diagnosi e in sei casi su dieci si convive con l'infezione senza esserne al corrente fino al momento della diagnosi di AIDS conclamato.

Contrariamente a quanto avveniva in passato, i nuovi casi si registrano raramente tra i tossicodipendenti ed **i più colpiti sono gli eterosessuali e gli omosessuali maschi**. Il sorpasso tra eterosessuali e tossicodipendenti, che era già avvenuto per il numero di infezioni, adesso si è verificato anche per il numero di casi di AIDS.

Aumentano anche le donne colpite dalla malattia, che sono ormai il 30% e diventano sempre più numerosi anche i casi attribuibili a persone provenienti dall'estero, soprattutto da zone in cui l'AIDS è particolarmente diffuso, come quelle africane.

Tra i bambini il numero è più piccolo rispetto al passato. Tendono ad aumentare le nascite di bambini da madri sieropositive ma diminuiscono i casi di trasmissione dell'infezione da madre a figlio: **secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, la terapia, il taglio cesareo e l'allattamento artificiale riescono a ridurre il tasso di trasmissione al di sotto del 5%.**

Un'altra novità rispetto al passato è l'aumento dell'età media alla diagnosi, salita a 40 anni per i maschi (rispetto ai 29 del 1985) e a 36 anni per le femmine (rispetto ai 24 del 1985).

A livello regionale sono disponibili i dati di incidenza e prevalenza dell'AIDS fino all'anno 2003. I dati di incidenza hanno subito un forte calo nel 2000 e successivamente sono rimasti costanti.

Nella U.S.L. 5 l'incidenza più elevata si è riscontrata nel 1993, con ben 26 casi; successivamente il numero di casi incidenti è andato calando e sia nel 2002 che nel 2003 sono stati registrati 8 casi di AIDS.

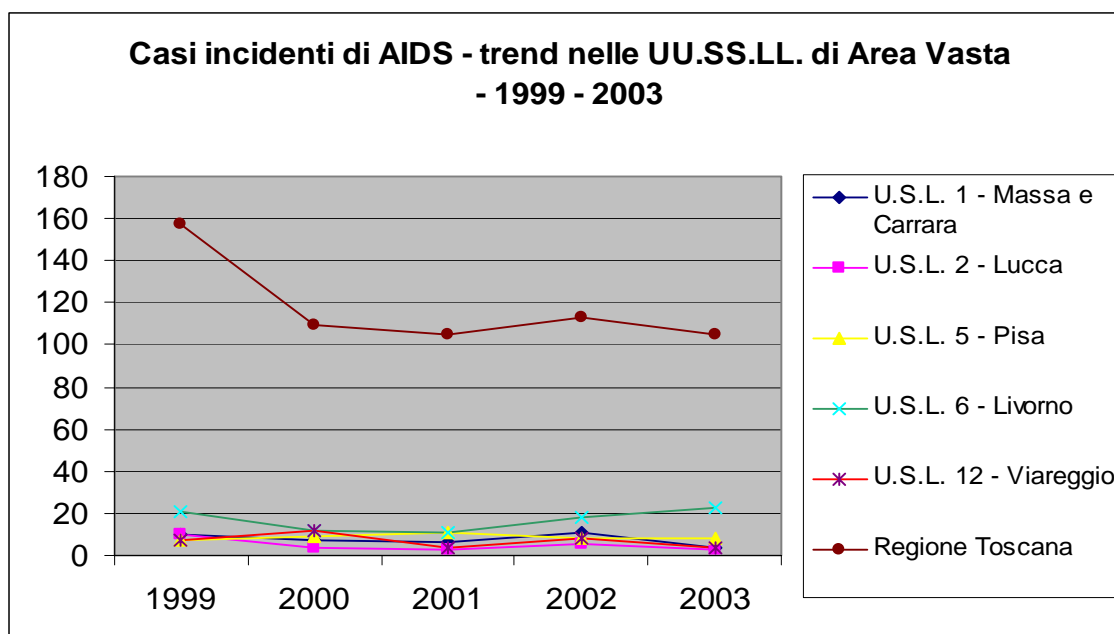


Fig. 15 – Casi incidenti di AIDS anni 1999-2003

Nel 2004 i ricoveri ospedalieri per HIV di cittadini residenti nell'ambito territoriale della U.S.L.5 sono stati 82.

In quasi tutte le UU.SS.LL. della Regione Toscana nel 2003 sono aumentati i casi prevalenti, in particolare nella U.S.L. 5 e nella U.S.L. 6 di Livorno, a conferma dell'andamento rilevato negli ultimi anni legato all'aumento della sopravvivenza degli ammalati di AIDS.

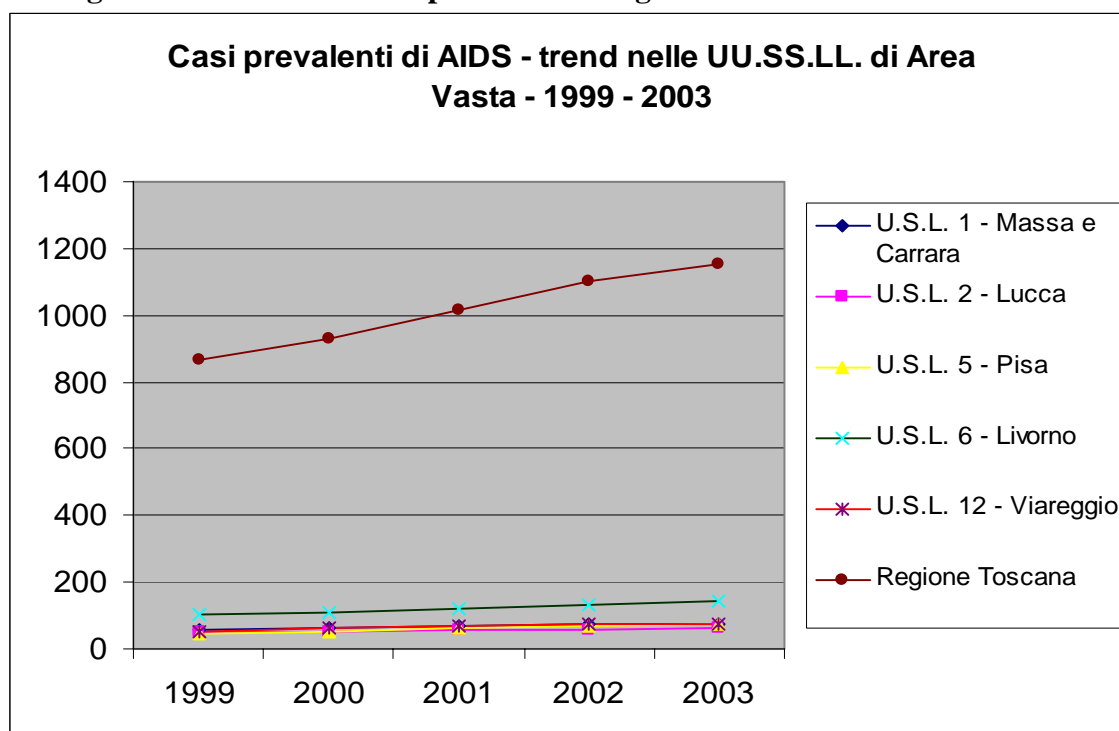


Fig. 16 – Casi prevalenti di AIDS anni 1999-2003

Il tasso standardizzato indiretto di incidenza, che esprime il rapporto tra il numero di nuovi casi osservati ed il numero dei casi attesi sulla base dei tassi di incidenza della Toscana, nel triennio 2001-2003 è risultato pari a 90,61: ciò significa che i casi osservati sono stati inferiori ai casi attesi.

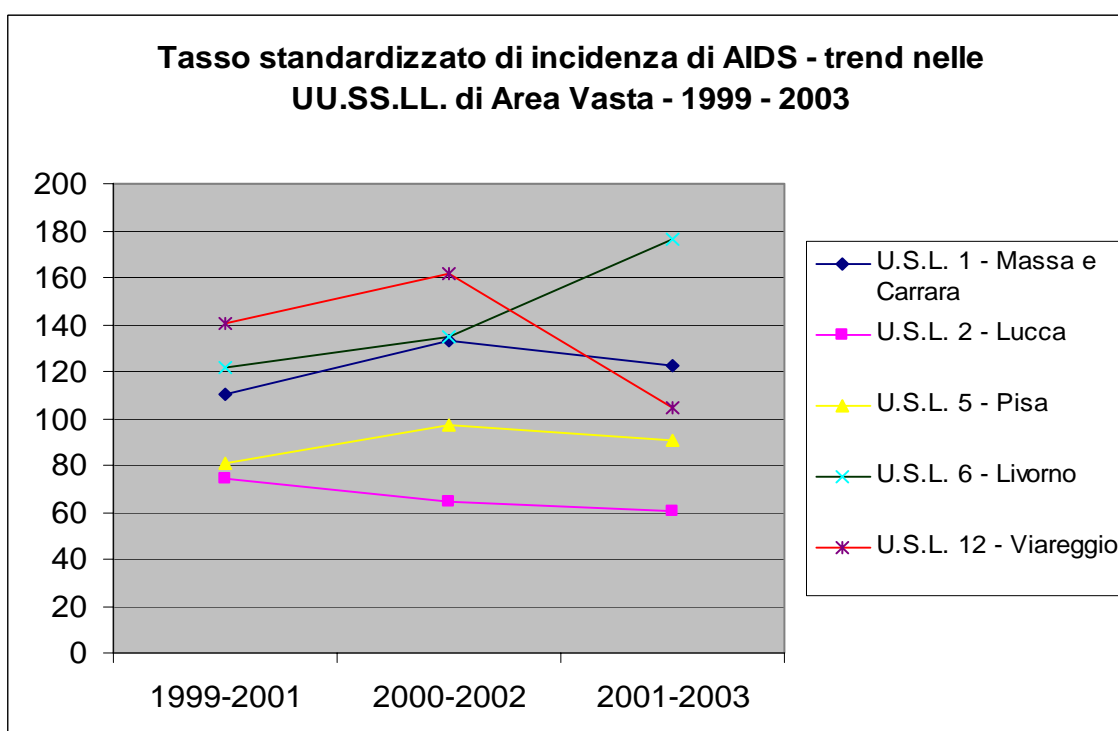


Fig. 17 – Tasso standardizzato indiretto di incidenza AIDS

Quadro epidemiologico

Il rapporto standardizzato indiretto di prevalenza rappresenta, invece, il rapporto tra il numero di casi di AIDS osservati nella popolazione ed il numero dei casi attesi sulla base dei tassi di prevalenza della Regione Toscana; **nella U.S.L. 5 esso è risultato pari a 79,00 nel triennio 2001-2003.**

Azienda U.S.L. di residenza	1999-2001	2000-2002	2001-2003
U.S.L. 1 - Massa e Carrara	119,73	123,50	134,45
U.S.L. 2 - Lucca	99,35	95,45	104,60
U.S.L. 3 - Pistoia	105,43	99,20	103,83
U.S.L. 4 - Prato	63,74	64,33	73,31
U.S.L. 5 - Pisa	64,74	69,40	79,00
U.S.L. 6 - Livorno	125,29	125,36	142,78
U.S.L. 7 - Siena	69,88	66,61	70,26
U.S.L. 8 - Arezzo	54,36	53,27	56,93
U.S.L. 9 - Grosseto	131,19	129,67	138,84
U.S.L. 10 - Firenze	134,43	134,49	149,07
U.S.L. 11 - Empoli	75,55	79,04	87,52
U.S.L. 12 - Viareggio	146,37	149,40	155,80

Fig. 18 – Rapporto standardizzato indiretto di prevalenza AIDS

Utilizzo dell'ospedale da parte dei residenti

L'uso dell'ospedale

Dopo la consistente riduzione del numero complessivo di ricoveri a cui si è assistito nel 2002 (-5,3%) e nel 2003 (-7,8%), nel 2004 si osserva una fase di arresto di questo trend discendente.

I ricoveri effettuati nell'anno 2004 dalla popolazione residente nell'ambito territoriale della U.S.L. 5 presso i presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati regionali sono stati 51.741 (escluso i ricoveri presso il nido, quelli fuori regione ed i paganti in proprio), in numero assoluto 251 in più rispetto all'anno precedente.

Il tasso di ospedalizzazione risulta pari a **163,15 ricoveri per mille abitanti** e non si discosta da quello del 2003, che era risultato uguale a 163,03. Si tratta, comunque, di un valore molto prossimo al 160 per mille posto come obiettivo regionale.

Osservando i dati a livello di Zona, possiamo constatare che si è verificato un lieve aumento del tasso di ospedalizzazione nella Zona Alta Val di Cecina (191,40 vs 189,36) e nella Zona Val d'Era (161,89 vs 160,57) mentre si assiste ad una leggera riduzione nella Zona Pisana (160,57 vs 161,90).

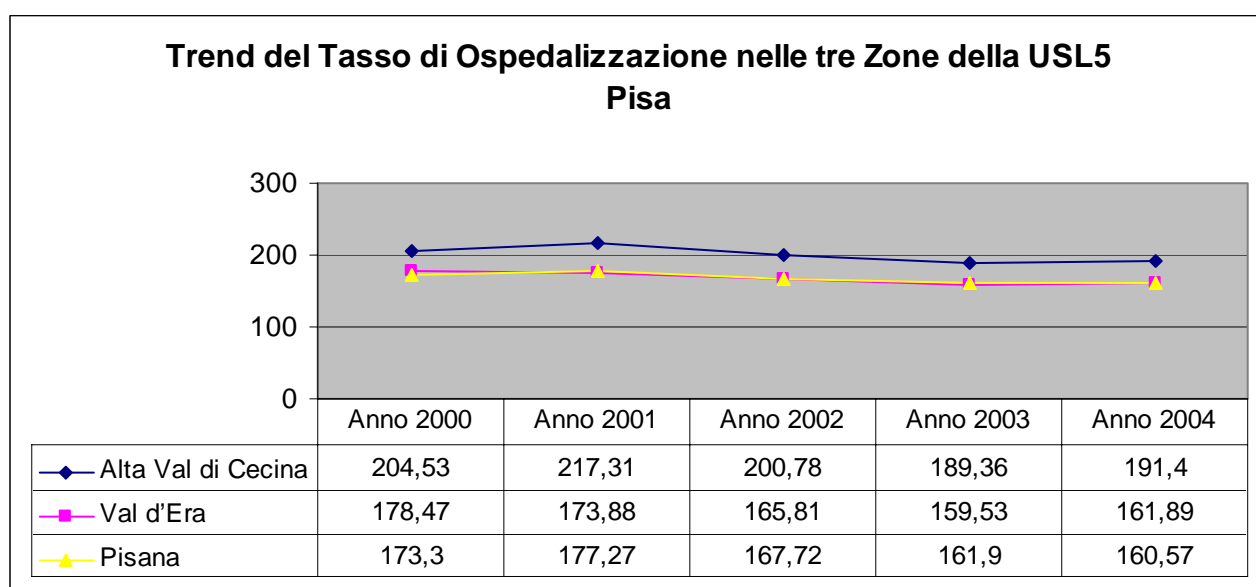


Fig. 19 - Tasso di ospedalizzazione anni 2000-2004

Quadro epidemiologico

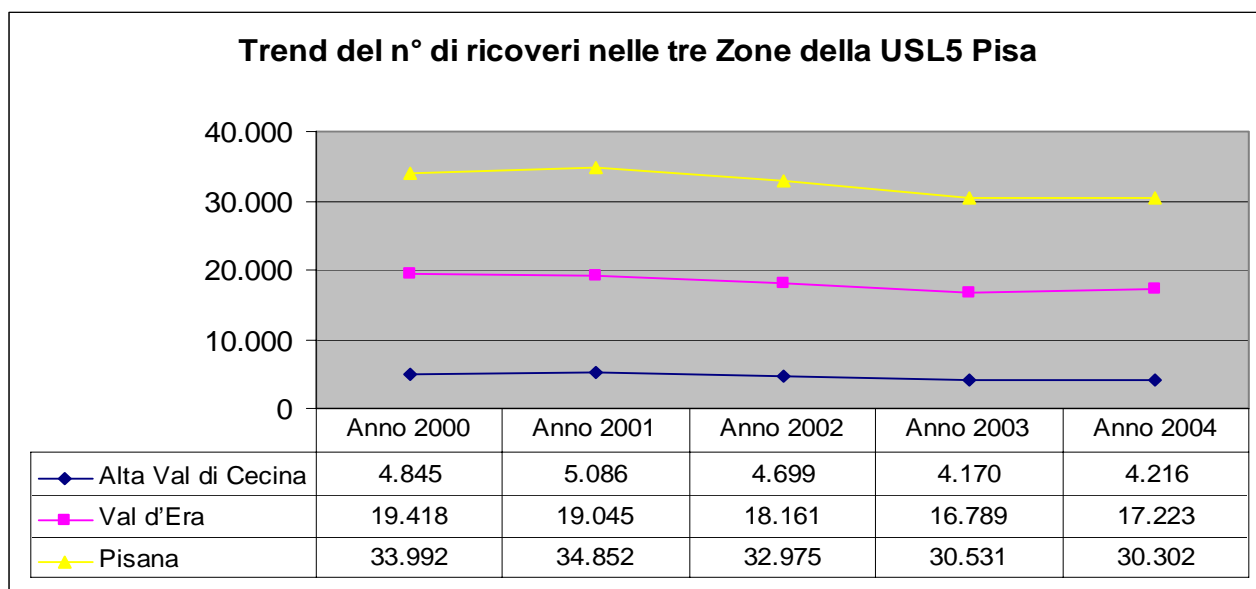


Fig. 20 – n° di ricoveri – anni 2000 – 2004

Si precisa che il tasso di ospedalizzazione riferito agli anni 2003 e 2004 è stato calcolato relativamente alla popolazione residente nell'ambito territoriale dell'Azienda U.S.L. 5, mentre negli anni precedenti era stato calcolato sommando alla popolazione residente il numero stimato di soggetti extracomunitari presenti sul territorio della U.S.L. 5.

Ricoveri ospedalieri negli anziani

Utilizzando i dati contenuti nell'archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera, L'Agenzia Regionale di Sanità ha calcolato per tutte le UU.SS.LL. della Regione i tassi di ospedalizzazione per i soggetti di età superiore ai 74, per alcune tipologie di intervento più ricorrenti in questa fascia di età. I dati, riferiti agli anni 2002 e 2003, sono forniti distintamente per i maschi e per le femmine e sono confrontabili con i valori di Area Vasta e regionali.

Nella U.S.L. 5 i tassi di ospedalizzazione dei maschi per by-pass coronario, sostituzione dell'anca e sostituzione del ginocchio sono simili a quelli di Area Vasta e regionali, mentre il tasso per angioplastica risulta leggermente superiore.

Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per intervento di cataratta, nel 2002 l'U.S.L. 5 presentava i valori più elevati della Regione, sia per i maschi che per le femmine. Dal 2003 questo tipo di intervento viene effettuato a livello ambulatoriale, con un conseguente calo del tasso di ospedalizzazione su tutto il territorio regionale. Dopo l'U.S.L. 12 di Viareggio, l'U.S.L. 5 presenta il tasso più basso, ed esso è nettamente inferiore al valore regionale.

Tipo di intervento	Maschi età > 74 anni					
	U.S.L. 5		Area Vasta		Regione Toscana	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Cataratta	75,55	4,39	53,12	8,63	51,39	21,56
By-pass coronarico	2,59	2,48	2,60	3,02	2,81	2,76
Angioplastica	5,75	8,55	5,27	6,77	6,44	7,54
Sostituzione dell'anca	4,67	4,79	4,33	4,24	4,45	5,02
Sostituzione del ginocchio	1,33	2,00	1,66	1,76	1,59	1,85

Fig. 21 - Tasso di ospedalizzazione per alcune tipologie di intervento

Quadro epidemiologico

Per le femmine non si riscontrano sostanziali differenze tra i valori aziendali e quelli di Area Vasta e regionali per by-pass coronarico, angioplastica e sostituzione del ginocchio, mentre è il tasso di ospedalizzazione per sostituzione dell'anca ad essere appena più elevato di quello di Area Vasta e regionale.

Tipo di intervento	Femmine età > 74 anni					
	U.S.L. 5		Area Vasta		Regione Toscana	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Cataratta	67,67	6,27	51,94	9,07	49,58	22,12
By-pass coronarico	0,48	1,08	0,93	1,04	0,90	0,93
Angioplastica	2,76	2,62	2,06	2,09	2,51	2,84
Sostituzione dell'anca	9,15	10,53	8,97	9,05	9,63	9,67
Sostituzione del ginocchio	3,10	3,04	2,97	3,00	2,99	3,25

Fig. 22 - Tasso di ospedalizzazione per alcune tipologie di intervento

Interessanti sono anche i dati relativi alla frattura del femore tra i soggetti di età superiore ai 74 anni. La U.S.L. 5 presenta una percentuale superiore a quella regionale (84,89 vs 80,67) di soggetti operati sul totale dei fratturati, collocandosi al terzo posto a livello regionale.

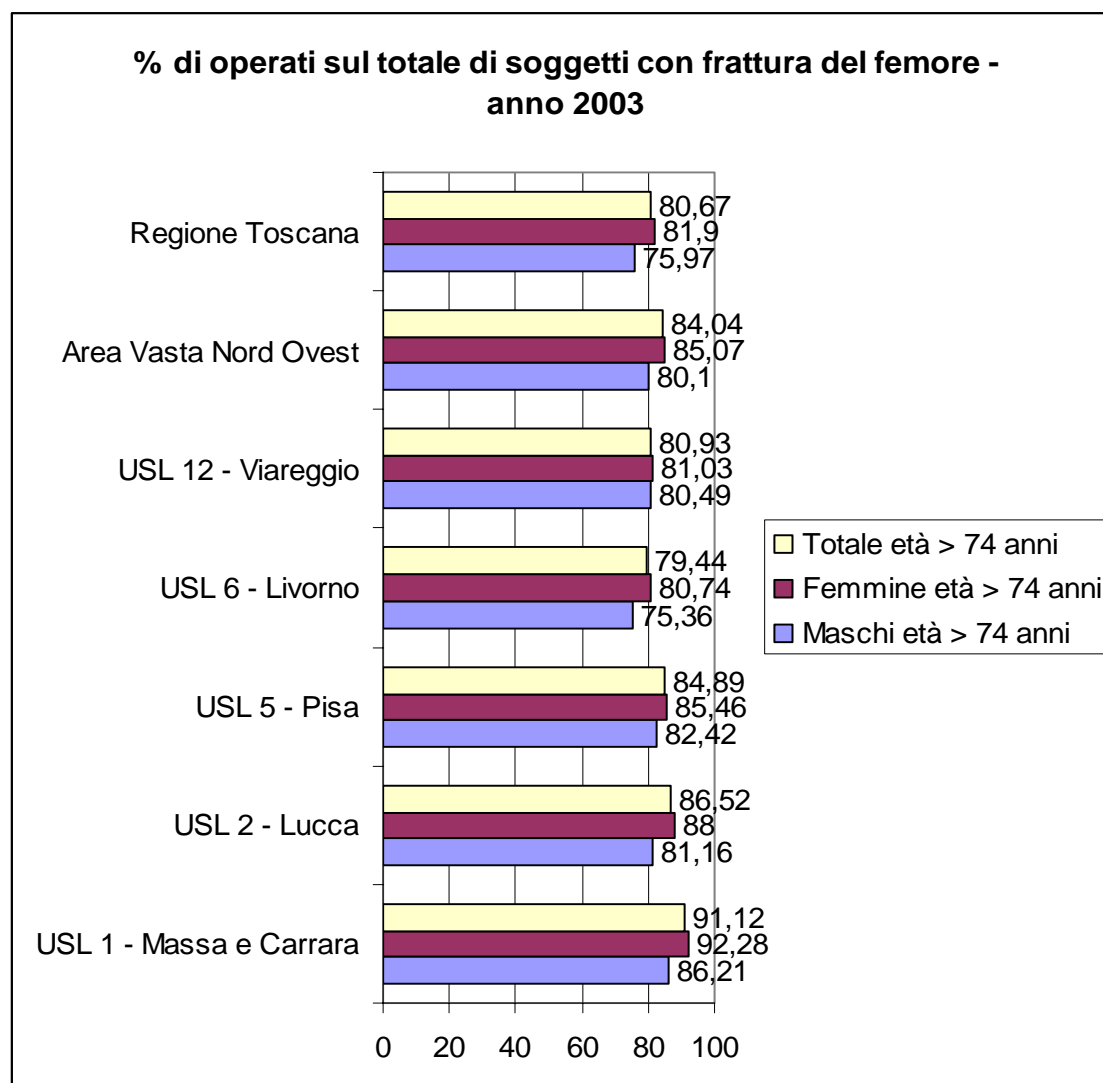


Fig. 23 – Percentuale di operati sul totale soggetti con frattura del femore anno 2003

Quadro epidemiologico

Nel 2003 il tasso di ospedalizzazione per influenza e polmonite in soggetti di età superiore ai 74 anni residenti nella U.S.L. 5 è tra i più bassi della Regione Toscana, così come già riscontrato nell'anno 2002.

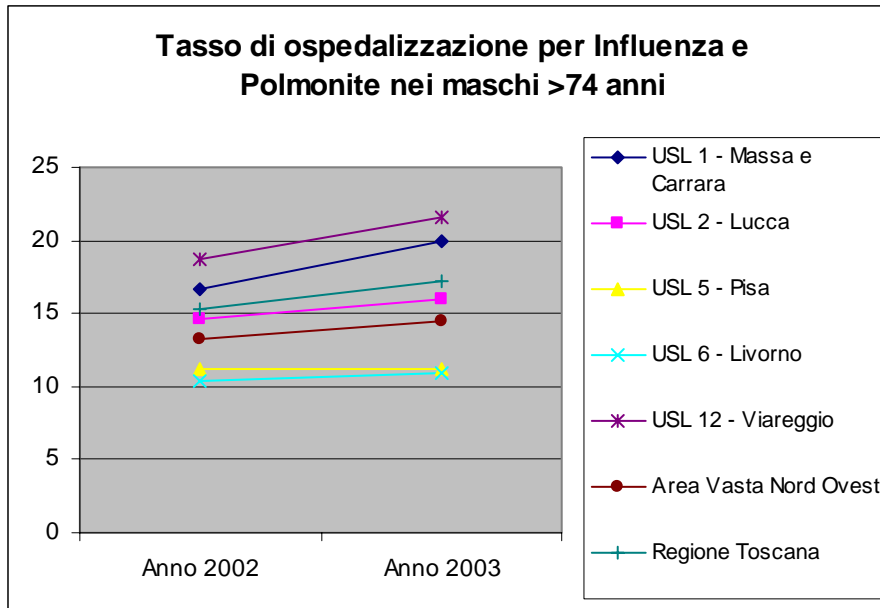


Fig. 24 – Tasso di ospedalizzazione per influenza e polmonite in anziani – anni 2002 – 2003

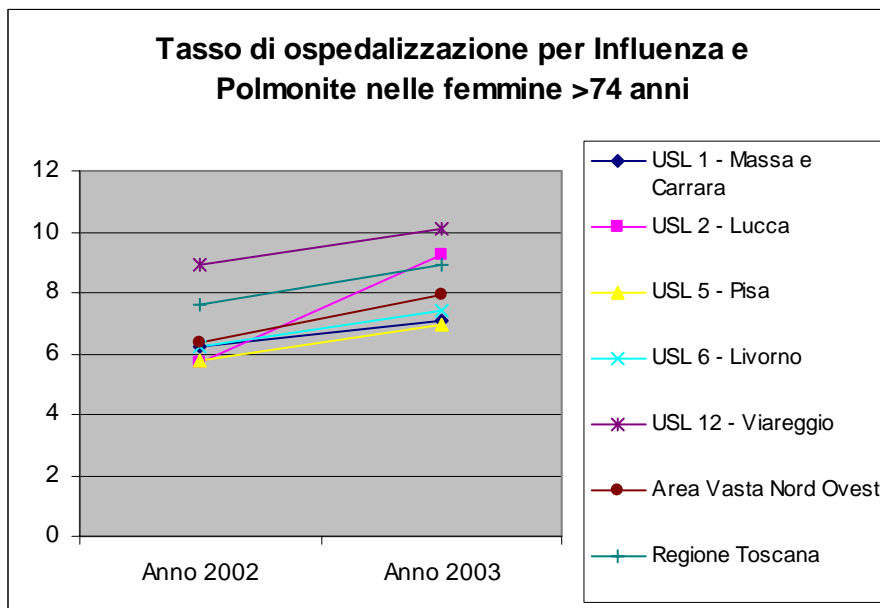


Fig. 25 – Tasso di ospedalizzazione per influenza e polmonite in anziani – anni 2002 – 2003

Le interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.) e gli aborti spontanei

Il tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria della gravidanza indica il numero di ricoveri (regionali ed extraregionali) per IVG ogni 1.000 donne in età feconda.

A livello regionale questo tasso nel 2003 è risultato in lieve aumento rispetto ai due anni precedenti; anche nella U.S.L. 5 esso è aumentato, passando da 8,83 nel 2002 a 9,59 nel 2003.

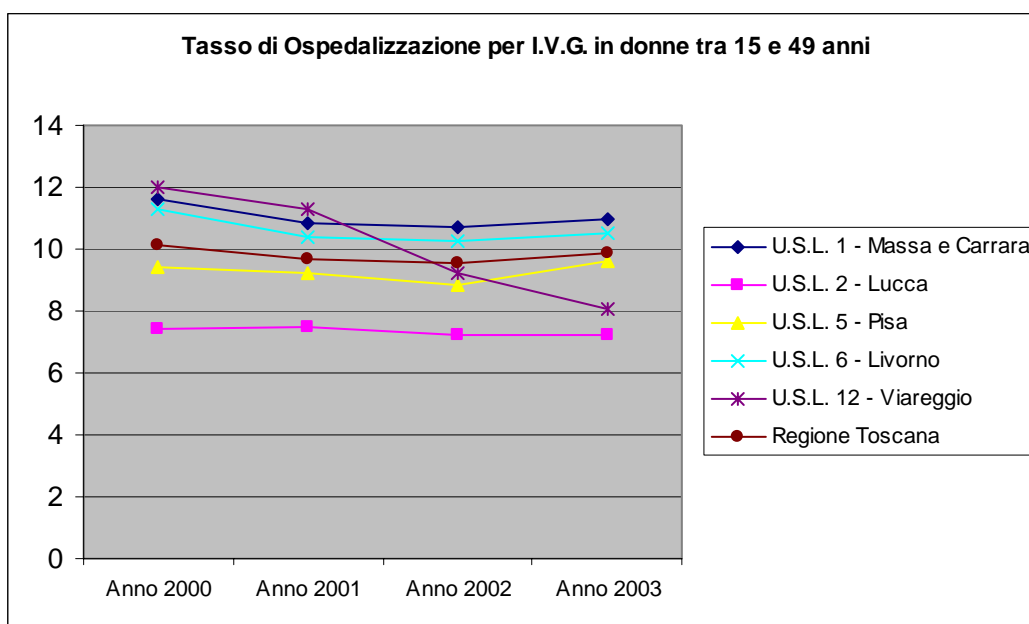


Fig. 26 - Interruzioni volontarie di gravidanza nelle UU.SS.LL. di Area Vasta Nord-Ovest e Regione Toscana - anni 2000-2003.

Anche il tasso di ospedalizzazione per aborto spontaneo nel 2003 è in leggero aumento sia a livello regionale che nella U.S.L. 5.

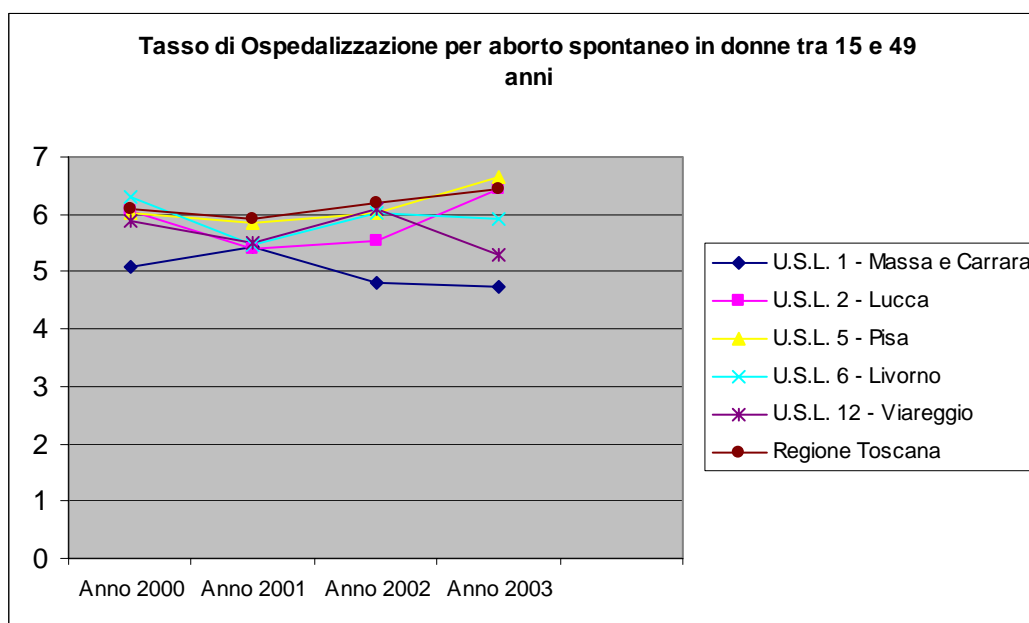


Fig. 27 -Aborti spontanei nelle UU.SS.LL. di Area Vasta Nord-Ovest e Regione Toscana - anni 2000 – 2003.

Le nascite

Dal certificato di assistenza al parto (CAP) si rilevano numerose informazioni tra le quali i dati relativi alla natimortalità, al peso alla nascita ed all'età gestazionale.

Ad oggi sono disponibili i dati relativi al triennio 2001-2003, che vengono confrontati nelle tabelle seguenti con quelli del triennio 2000-2002.

I bambini nati vivi, da donne residenti nell'ambito territoriale regionale, nel triennio 2001-2003 sono stati 80.074, oltre 1.000 in più rispetto al triennio 2000-2002. **A questo aumento l'Area Vasta Nord Ovest ha contribuito con ben 424 nati vivi in più:** in tutte le UU.SS.LL. dell'Area Vasta i nati vivi sono aumentati, ad eccezione della U.S.L. 6 di Livorno, che ha avuto 7 nati vivi in meno. **In particolare, nella U.S.L. 5 i nati vivi sono stati 7.578, con 145 nati vivi in più nel triennio 2001-2003.**

Azienda U.S.L. di residenza	Anni 2000-2002			Anni 2001-2003		
	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi	Nati vivi CAP	Nati morti CAP	Nati morti per 1.000 nati vivi
U.S.L. 1 - Massa e Carrara	3.629	3	0,83	3.654	3	0,82
U.S.L. 2 - Lucca	4.757	28	5,89	4.924	23	4,67
U.S.L. 3 - Pistoia	4.546	12	2,64	4.931	20	4,06
U.S.L. 4 - Prato	6.064	16	2,64	6.201	18	2,90
U.S.L. 5 - Pisa	7.433	29	3,90	7.578	27	3,56
U.S.L. 6 - Livorno	7.333	26	3,55	7.326	36	4,91
U.S.L. 7 - Siena	5.670	11	1,94	5.669	13	2,29
U.S.L. 8 - Arezzo	7.404	26	3,51	7.492	27	3,60
U.S.L. 9 - Grosseto	3.953	8	2,02	4.051	5	1,23
U.S.L. 10 - Firenze	18.994	81	4,26	18.894	88	4,66
U.S.L. 11 - Empoli	5.671	14	2,47	5.659	10	1,77
U.S.L. 12 - Viareggio	3.604	17	4,72	3.698	18	4,87
Area Vasta Nord Ovest	26.756	103	3,85	27.180	107	3,94
Regione Toscana	79.058	271	3,43	80.076	288	3,60

Fig. 28 - Nati-mortalità nella Regione Toscana

Il rapporto di nati-mortalità, nel triennio preso in esame, è leggermente aumentato a livello regionale e di Area Vasta, sebbene in quest'ultima l'U.S.L. 5 di Pisa e, in misura più consistente, l'U.S.L. 2 di Lucca presentino una riduzione del rapporto rispetto al triennio 2000-2002. In ambito regionale queste due UU.SS.LL., insieme alla U.S.L. 9 di Grosseto ed alla U.S.L. 11 di Empoli, sono le sole ad avere un calo della nati-mortalità.

Anche il numero di bambini nati vivi di peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi è diminuito nella U.S.L. 5: nel triennio 2001-2003 sono stati 60, pari a 0,79 % dei nati vivi; tale percentuale è simile a quella regionale ma più elevata di quella di Area Vasta.

I nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi sono stati 488; il valore in percentuale sui nati vivi (6,44 %) si è mantenuto stabile e comunque esso risulta superiore sia al dato di Area Vasta che a quello regionale.

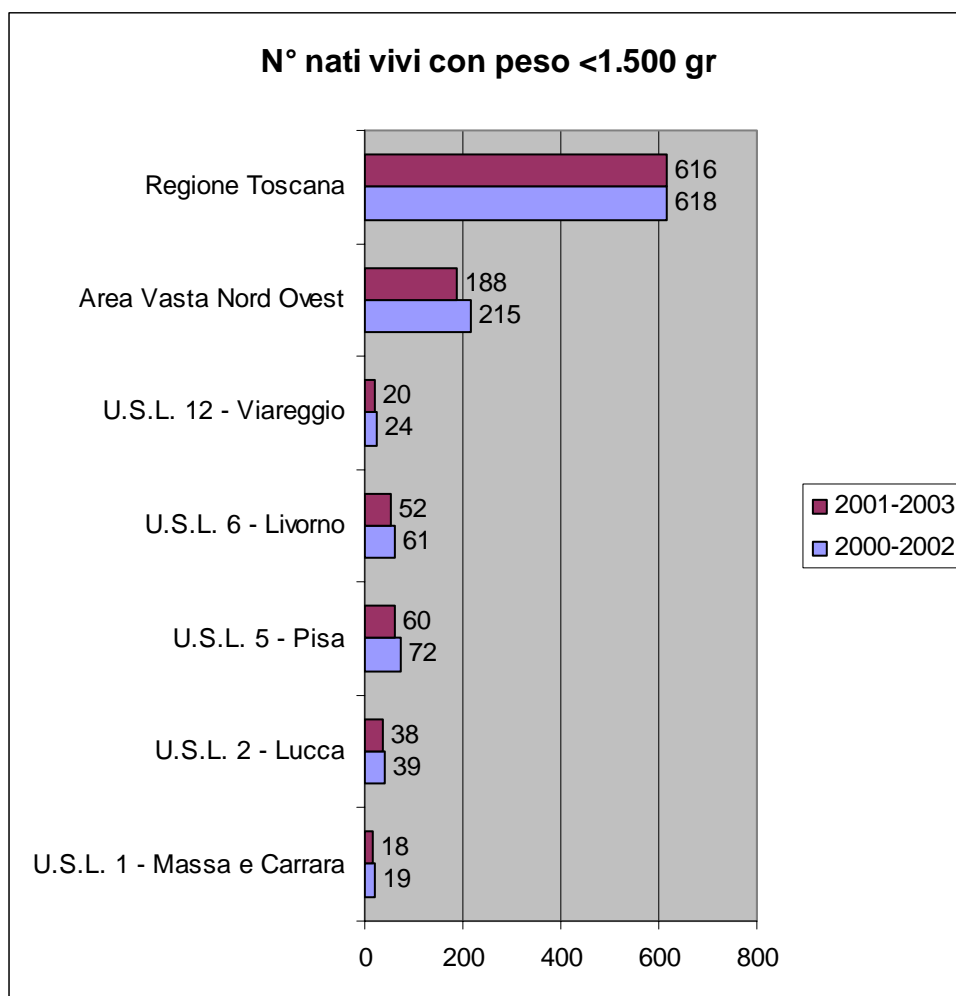


Fig. 29 - Peso alla nascita < 1.500 gr nella Regione Toscana

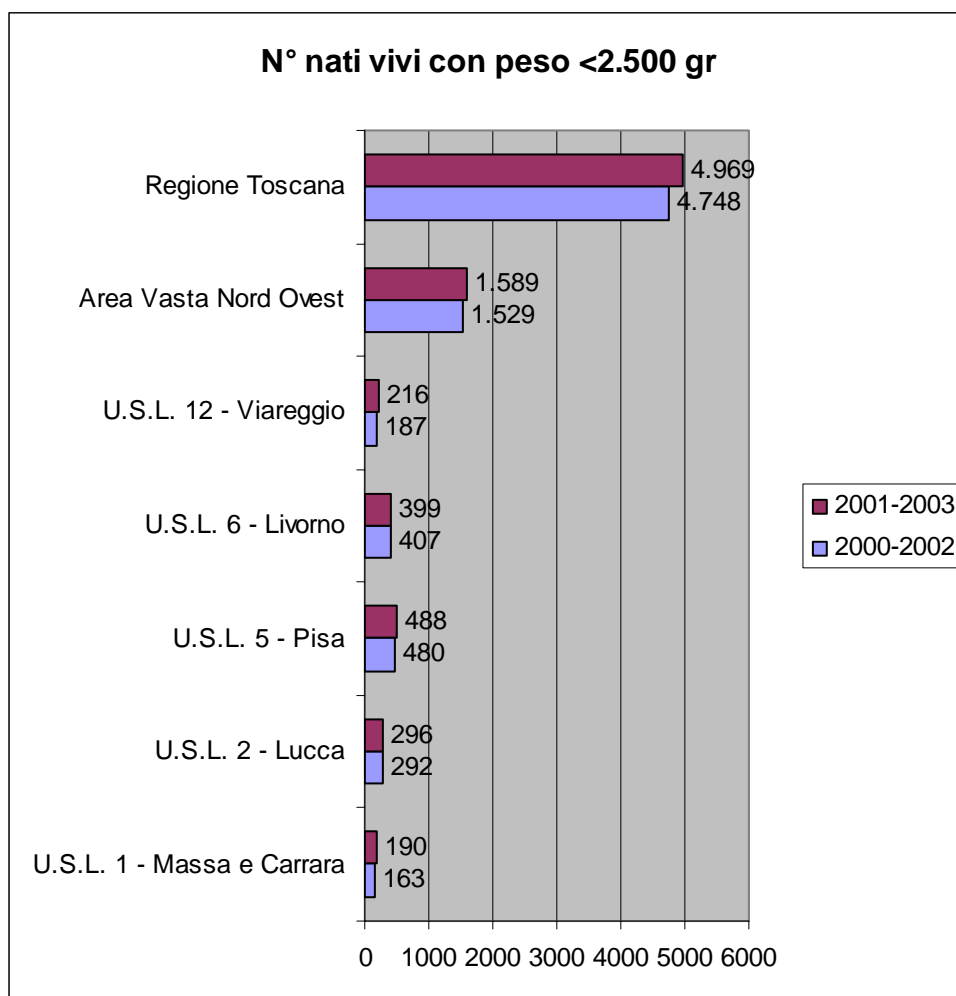


Fig.30 - Peso alla nascita < 2.500 gr nella Regione Toscana

I nati vivi con un periodo di gestazione inferiore alle 32 settimane nel triennio 2001-2003 nella U.S.L. 5 sono stati 56 rispetto ai 70 rilevati nel triennio 2000-2002; la percentuale sui nati vivi è risultata pari a 0,74, valore pressoché uguale a quello di Area Vasta e regionale.

I nati vivi con periodo di gestazione inferiore alle 37 settimane sono invece aumentati, passando da 485 nel triennio 2000-2002 a 497 nel triennio 2001-2003, con un valore in percentuale pari a 6,57, superiore a quello di Area Vasta e, anche se di poco, a quello regionale.

Quadro epidemiologico

Azienda U.S.L. di residenza	Nati vivi < 32 settimane				Nati vivi < 37 settimane			
	2000-2002		2001-2003		2000-2002		2001-2003	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
U.S.L. 1 - Massa e Carrara	19	0,52	23	0,63	157	4,33	184	5,04
U.S.L. 2 - Lucca	39	0,82	35	0,71	264	5,55	279	5,68
U.S.L. 3 - Pistoia	34	0,75	26	0,54	410	9,02	380	7,89
U.S.L. 4 - Prato	37	0,61	36	0,61	388	6,40	407	6,85
U.S.L. 5 - Pisa	70	0,94	56	0,74	485	6,52	497	6,57
U.S.L. 6 - Livorno	67	0,91	61	0,83	416	5,67	415	5,68
U.S.L. 7 - Siena	54	0,95	48	0,85	409	7,21	410	7,26
U.S.L. 8 - Arezzo	72	0,97	71	0,96	466	6,29	498	6,71
U.S.L. 9 - Grosseto	31	0,78	31	0,79	239	6,05	240	6,11
U.S.L. 10 - Firenze	131	0,69	106	0,65	1.285	6,77	1.083	6,68
U.S.L. 11 - Empoli	33	0,58	39	0,70	370	6,52	364	6,54
U.S.L. 12 - Viareggio	20	0,55	26	0,70	178	4,94	197	5,33
Area Vasta Nord Ovest	215	0,80	201	0,74	1.500	5,61	1.572	5,79
Regione Toscana	607	0,77	558	0,73	5.067	6,41	4.954	6,46

Fig. 30 Et  gestazionale nella Regione Toscana

I nati da parto plurimo nel triennio 2001-2003 nella U.S.L. 5 sono stati 195, con un valore in percentuale pari a 2,56 dei nati, contro il 3,04 % rilevato nel triennio 2000-2002.

La percentuale di parti cesarei in donne residenti nell'ambito territoriale della U.S.L. 5 nell'anno 2003   stata pari a 28,44, con una lieve flessione rispetto al 2002, che porta la U.S.L. 5 dal secondo al quarto posto a livello regionale.

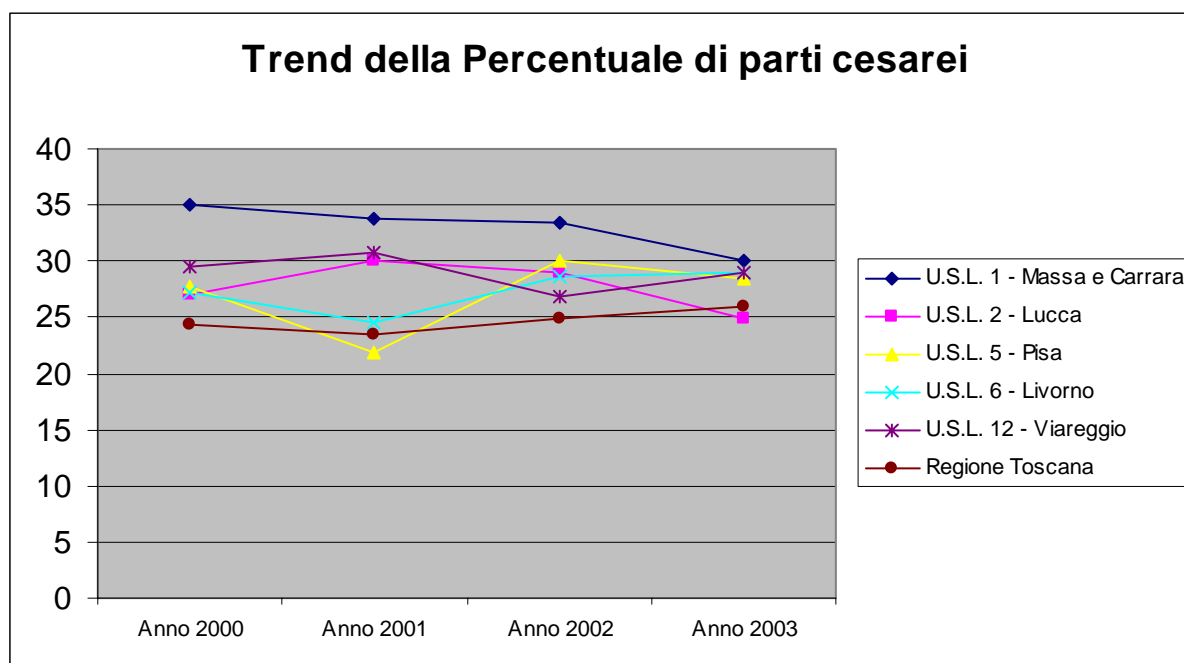


Fig. 31 Trend dei parti cesarei.

Le malformazioni congenite

I dati sono rilevati dal Registro Toscano Difetti Congeniti; sulla base di quanto stabilito in sede europea dal Registro Centrale EUROCAT, dal totale delle malformazioni congenite sono stati esclusi i difetti minori.

Ad oggi sono disponibili i dati riferiti al triennio 2000-2002: nella U.S.L. 5 il tasso per mille nati vivi è pari a 16,44 ed è inferiore al dato regionale e notevolmente più basso di quello di Area Vasta.

U.S.L.	N° malformazioni	N° soggetti affetti da almeno una malformazione	N° soggetti affetti da almeno una malformazione per 1.000 nati vivi
U.S.L. 1 - Massa Carrara	153	114	26,36
U.S.L. 2 - Lucca	215	164	32,20
U.S.L. 3 - Pistoia	160	115	17,00
U.S.L. 4 - Prato	214	159	24,05
U.S.L. 5 - Pisa	200	124	16,44
U.S.L. 6 - Livorno	295	221	29,03
U.S.L. 7 - Siena	225	149	25,16
U.S.L. 8 - Arezzo	244	162	20,75
U.S.L. 9 - Grosseto	120	76	17,23
U.S.L. 10 - Firenze	416	282	13,83
U.S.L. 11 - Empoli	114	82	13,96
U.S.L. 12 - Viareggio	70	47	12,39
Area Vasta Nord Ovest	933	670	23,62
Regione Toscana	2.426	1.695	19,67

Fig. 32 Soggetti con malformazioni congenite per Azienda U.S.L. periodo 2000 – 2002.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Infortuni sul lavoro

Nell'anno 2004, sul territorio dell'Azienda USL 5 di Pisa si sono verificati complessivamente 4.950 infortuni sul lavoro, al netto degli infortuni "scolastici" ed "in itinere", con la diminuzione di 57 casi (- 1%) rispetto all'anno 2003.

Nell'anno 2004 si sono verificati 2 casi mortali, rispetto ai 3 dell'anno precedente. Ad oggi non è ancora disponibile un'analisi dettagliata degli infortuni avvenuti in relazione al Comune, al comparto, alla natura della lesione, alla sede della lesione, alle modalità di accadimento.

Le tabelle sotto riportate rappresentano, in maniera sintetica, i dati sugli infortuni nelle tre Zone raffrontati a quelli dell'anno precedente (Fig. 33) e l'andamento complessivo del fenomeno infortunistico negli anni 1993-2004 (Fig. 34).

Zona	2003		2004		D (2004-2003)		
	Totale Infortuni	Infortuni Mortali	Totale Infortuni	Infortuni Mortali	Totale Infortuni		Infortuni Mortali
Pisana	2.776	2	2.862	1	+ 86	(+3%)	-1
Val d'Era	1.871	1	1.669	1	-202	(- 11%)	-
Alta Val di Cecina	360	0	419	0	+ 59	(+16%)	-
Totale	5.007	3	4.950	2	-57	(- 1%)	-1

Fig. 33 - Infortuni sul lavoro U.S.L. 5 anno 2004 raffrontati all'anno 2003

Anno	N° infortuni	N° infortuni mortali
1993	7.202	4
1994	6.649	6
1995	7.259	5
1996	5.897	5
1997	5.501	4
1998	5.759	5
1999	5.892	4
2000	6.427 (5646*)	1
2001	5.534*	7
2002	5.385*	4
2003	5.007*	3
2004	4.950*	2

* dato al netto di infortuni "scolastici" ed "in itinere"

Fig. 34 - Infortuni sul lavoro U.S.L. 5 anni 1993-2004

Malattie professionali

E' sempre più evidente l'interesse della Regione Toscana per la conoscenza del fenomeno delle Malattie Professionali, sia attraverso la promozione di rapporti di collaborazione a livello nazionale e locale con Enti competenti in materia e sia attraverso azioni specifiche dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende UU.SS.LL.

In tabella vengono riportati i dati relativi ai referti di malattia professionale pervenuti alle UU. FF. PISLL della USL 5 nel corso degli ultimi anni.

Malattia professionale	2000	2001	2002	2003	2004
Dermatite	2	16	17	17	8
Asma	1	9	3	3	6
Silicosi	8	1	2	1	2
Asbestosi	0	3	0	4	2
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	1	0	0	0	4
Ipoacusia da rumore	22	16	25	25	32
Malattie muscoloscheletriche	2	3	7	9	20
Tumori	5	8	3	6	14
Angiopatia	3	7	1	0	3
Disturbi disadattamento lavorativo	0	0	2	0	2
Altro *	5	0	3	1	7
Totale	49	63	63	66	100

Fig. 35 Malattie professionali refertate U.S.L. 5 anni 2000-2004

* Rinite e congiuntivite allergica, faringotonsillite, placche pleuriche.

Malattia professionale	Zona VD	Zona AVC	Zona PI	USL 5
Dermatite	6	0	2	8
Asma	4	1	1	6
Silicosi	1	0	1	2
Asbestosi	0	2	0	2
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	2	0	3	4
Ipoacusia da rumore	10	0	23	32
Malattie muscoloscheletriche	15	0	5	20
Tumori	7	0	7	14
Angiopatia	0	0	3	3
Disturbi disadattamento lavorativo	1	0	1	2
Altro *	3	1	3	7
Totale	49	4	49	102

Fig. 36 - Malattie professionali refertate U.S.L. 5 anno 2004 suddivise per Zona

* Rinite e congiuntivite allergica, faringotonsillite, placche pleuriche.

Si può notare un certo incremento, anche se ancora inferiore a quello che ci si dovrebbe attendere, sulla base delle conoscenze scientifiche, della notifica delle malattie professionali, ciò probabilmente grazie alle attività di informazione, di formazione e di ricerca attiva svolte da parte delle strutture di Medicina del Lavoro. **Nell'ambito delle singole patologie riscontrate è importante segnalare un incremento della refertazione delle malattie muscoloscheletriche e dei tumori diagnosticati a carico della vescica, del polmone, della pelle e dell'apparato emolinfopoietico e la presenza di disturbi da disadattamento lavorativo;** questo ad indicare una

maggiore diffusa attenzione alla eventuale causa professionale di queste patologie, la cui evidenza deve incoraggiare ed indirizzare le iniziative di ricerca attiva già in atto.

Handicap

In applicazione alla Legge 104/92 viene effettuato l'accertamento della presenza di handicap in situazione di gravità: complessivamente nell'anno 2004 nella U.S.L. 5 sono stati accertati con handicap 3.472 soggetti di cui 1.566 (45,10 %) di età compresa tra 0 e 64 anni in situazione di gravità. Di questi 183 (11,7%) ha ricevuto interventi di aiuto alla persona.

Il numero di soggetti accertati con handicap è aumentato del 19,89% rispetto all'anno precedente, in cui erano stati accertati 2.896 soggetti con handicap. E' aumentato anche il numero dei soggetti di età compresa tra 0 e 64 anni accertati con handicap in situazione di gravità, che nel 2002 erano stati 1.323, anche se la percentuale sul totale dei soggetti con handicap è rimasta invariata.

Da un'analisi dei dati per Zona Socio Sanitaria si rileva che nella Zona Alta Val di Cecina sono stati accertati con handicap in totale 187 soggetti di cui 61 (32,62 %) di età compresa tra 0 e 64 in situazione di gravità; di questi 27 hanno ricevuto interventi di aiuto alla persona.

Nella Zona Val d'Era i soggetti accertati con handicap sono stati 631 in totale, con 423 soggetti di età 0-64 anni in situazione di gravità (67,04 %) di cui 60 hanno ricevuto interventi di aiuto alla persona.

Nella Zona Pisana, infine, i soggetti accertati con handicap sono stati 2.654 in totale, con 1.082 soggetti di età 0-64 anni in situazione di gravità (40,77 %) di cui 96 hanno ricevuto interventi di aiuto alla persona.

L'applicazione della Legge 68/99, che ha riformato il sistema di collocamento al lavoro dei disabili, ha comportato, a partire dall'anno 2000, un notevole incremento dell'impegno lavorativo a carico della specifica Commissione di Medicina Legale ed in particolare a carico del Servizio Sociale, che all'interno di questa svolge il lavoro preparatorio e preliminare a quello della Commissione stessa. L'applicazione della norma proietta l'intervento della Commissione verso una presa in carico del disabile, in un'ottica di collocamento mirato.

Patologia psichiatrica

Dal punto di vista epidemiologico si rileva la prevalenza maggiore, in ordine decrescente, nella popolazione adulta, di disturbi d'ansia e dell'umore, di disturbi psicotici, che rappresentano il carico di lavoro più impegnativo delle Unità Funzionali Adulti, di disturbi di personalità, di disturbi della condotta alimentare e di comorbidità psichiatrica-abuso di sostanze, con tendenza all'aumento; in ambito Infanzia e Adolescenza di disturbi del linguaggio, di disturbi della sfera emotiva, di disturbi del comportamento alimentare, di ritardo mentale e di paralisi cerebrali infantili.

La non autosufficienza dell'anziano

Nel 2004 il numero di soggetti di età superiore ai 64 anni valutati non autosufficienti è stato pari a 891, corrispondente all'1,27 % della popolazione residente di età superiore ai 64 anni. Il numero dei soggetti valutati non autosufficienti è diminuito rispetto al 2003 (anno in cui erano stati valutati non autosufficienti 1.024 soggetti di età superiore ai 64 anni) ritornando ad un numero simile a quello rilevato nel 2002.

Nella Zona A.V.C sono stati valutati non autosufficienti 63 soggetti di età superiore ai 64 anni, contro i 116 del 2003.

Quadro epidemiologico

Nella Zona Val d'Era sono stati valutati non autosufficienti 270 soggetti nella fascia di età considerata, contro i 308 dell'anno precedente; nella Zona Pisana i soggetti valutati sono stati 558, rispetto ai 600 del 2003.

I soggetti residenti nell'ambito territoriale della U.S.L. 5, di età superiore ai 64 anni, presenti in R.S.A. al primo gennaio 2004 erano 693, ben 43 in più rispetto all'anno precedente; i nuovi ingressi in R.S.A. nell'anno sono stati 353, di poco inferiori ai 367 nuovi ingressi effettuati nel 2003. I ricoveri temporanei per non autosufficienti in R.S.A. sono stati 53, in aumento rispetto al 2003, anno in cui vi erano stati 37 ricoveri temporanei.

I soggetti di età superiore ai 64 anni seguiti con assistenza domiciliare integrata sono stati 714, 15 % in più rispetto al 2003, confermando un trend in aumento già rilevato negli anni precedenti.

Comportamenti importanti per la salute

Alimentazione

Nutrirsi correttamente è fondamentale. Lo stato di salute della popolazione è fortemente influenzato dal livello e dalla qualità della nutrizione. Una dieta corretta è un valido strumento di prevenzione per molte malattie e di gestione e trattamento in molte altre. La proporzione dei tipi di alimenti e la qualità dei cibi che mangiamo sono alla base di un sviluppo umano completo, sia fisico che mentale.

L'informazione e la comunicazione con i cittadini è una delle attività più rilevanti per influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui fattori responsabili della perdita della salute.

L'U.F. Igiene Salute Pubblica Alimentazione e Nutrizione della Zona Pisana nel 2004 ha realizzato diverse iniziative, tra cui si evidenziano:

- la stampa di due opuscoli "Mangiare sano per vivere sano" e "Oltre una certa età segui una certa dieta", rivolti rispettivamente alla popolazione in generale e alla popolazione anziana;
- l'attivazione dello Sportello Nutrizionale dedicato alla terza età nei mesi di Luglio ed Agosto;
- la pubblicazione di articoli informativi sui principi di un corretto stile alimentare su giornali locali;
- il progetto di comunicazione ed educazione alimentare "Insieme per nutrirci meglio", svolto in collaborazione con il Comune di Cascina (progetto che coinvolge anche altre Aziende Sanitarie toscane);
- il progetto di comunicazione ed educazione alimentare "Il gusto di stare insieme", svolto in collaborazione con i Comuni di Vecchiano e San Giuliano Terme.

Il progetto "Insieme per nutrirci meglio" è finalizzato all'informazione dei giovani su di una corretta alimentazione, onde ridurre l'insorgenza delle più frequenti affezioni della 3° età e favorire la consapevolezza del proprio stato di salute psicofisico, nonché il recupero delle tradizioni alimentari locali. Inoltre, mira ad una socializzazione tra giovani ed anziani, per migliorare fattori quali l'isolamento e la solitudine, nonché la perdita di motivazione nell'allestimento del pasto e nell'attenzione alla propria salute, che spesso determinano la malnutrizione dell'anziano. Il progetto integrato giovani-anziani, nel prevedere una relazione intergenerazionale, intende attuare un'opera di prevenzione per una corretta alimentazione che tenga anche conto degli aspetti psico-sociali del problema, mediante l'aggregazione ed il recupero di tradizioni alimentari nei giovani.

Il progetto "Il gusto di stare insieme", di durata triennale, è rivolto a tutta la popolazione studentesca della scuola dell'obbligo dei due Comuni coinvolti, agli insegnanti tutti, al personale degli Uffici scuola, al personale delle mense scolastiche, nonché alle famiglie degli studenti. Obiettivi del progetto sono: promuovere l'adozione di atteggiamenti relativi ai servizi di refezione scolastica che, ferma restando la salubrità degli alimenti, si orientino verso uno sviluppo del

Quadro epidemiologico

messaggio e dell'offerta qualitativa sul terreno della qualità nutrizionale dei menù; promuovere la diffusione di informazioni e conoscenze atte a favorire lo sviluppo della consapevolezza e della coscienza critica in ambito alimentare, recuperando altresì un rapporto con il cibo e con il pasto, in genere fatto di convivialità, comunicazione ed arricchimento culturale.

Nel mese di aprile è stato attivato il Centro di dietetica preventiva, impostato su un modello "ambulatoriale" dove sono consigliati regimi alimentari, personalizzati o di gruppo, con l'obiettivo di "allenare", a scopo preventivo, ad una corretta alimentazione e stile di vita (attività fisica). Il medico è, perciò, un "trainer". Rispetto al counseling comprende più visite mediche individuali e l'erogazione di un prospetto alimentare di base. Rispetto all'approccio specialistico ambulatoriale, la dietetica preventiva non è terapeutica per particolari patologie, ma "preventiva" e si rivolge pertanto a normopeso o soprappeso. Obiettivo: raggiungere il senso di benessere mediante scelte alimentari corrette, un modo corretto di trattare e conservare gli alimenti, un adeguato stile di vita.

Dal 2002 è attivo in Pisa il "Centro Arianna per la Prevenzione e il trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare". Vi opera un gruppo interdisciplinare formato da psicologi, psichiatri, neuropsichiatra infantile, endocrinologo, dietista ed assistente sanitaria. Le attività del Centro consistono in iniziative di informazione, sensibilizzazione e prevenzione, in attività di assesment diagnostico e di terapia: questa si esplica attraverso incontri di psicoeducazione "Oltre la dieta", la riabilitazione nutrizionale, il training di familiarizzazione del cibo, la psicoterapia familiare ed individuale, il training dell'assertività ed incontri psicoeducazionali rivolti a genitori di utenti. I casi assunti in carico dall'inizio attività a fine 2004 sono stati 237, di cui 50 in età inferiore ai 18 anni.

Nell'ambito dell'impegno rivolto alla promozione di una corretta alimentazione, L'Unità Funzionale ISPAN della Zona Val d'Era ha mantenuto un costante rapporto con le amministrazioni comunali e le istituzioni scolastiche attraverso la partecipazione di personale dell'U.F. alle commissioni mensa comunali, ad incontri con genitori, insegnanti ed addetti alla preparazione pasti delle mense scolastiche.

L'obiettivo che si intende perseguire è lo sviluppo di un comportamento alimentare corretto che possa ridurre l'insorgere o il perdurare di disturbi dell'alimentazione in età giovanile al fine di limitare i danni provocati all'organismo dall'obesità.

Nel corso del 2004 è stata realizzata la seconda fase del progetto di "Sorveglianza ed educazione nutrizionale basate su dati locali per la prevenzione di malattie cronico-degenerative". Tale progetto, iniziato nel 2001, coordinato dall'Istituto Nazionale di Ricerca sugli Alimenti e Nutrizione, e patrocinato dal Ministero della Salute, ha lo scopo di raccogliere dati nazionali sullo stato nutrizionale e le abitudini alimentari di un cluster di bambini e delle loro famiglie, secondo criteri di rigore scientifico e con modalità standard.

Nella Zona Alta Val di Cecina ed in alcuni comuni della Zona Val d'Era è proseguito il lavoro sulle refezioni scolastiche. Sono stati valutati gli indici di gradimento dei menù proposti e sono state intraprese iniziative di formazione e di educazione alimentare riservate a tutte le figure interessate: alunni, docenti, genitori, Amministrazioni Comunali, ditte di ristorazione e personale di cucina. Si prevede che tutta l'attività inerente la ristorazione scolastica venga formalizzata attraverso la redazione di "carte dei servizi" che disciplinino il settore negli aspetti più critici: commissioni mensa, diete speciali, capitolati, ecc.

E' iniziato un progetto sull'educazione alimentare che interessa i tre Istituti Comprensivi presenti nel Comune di Pontedera.

Consumo di alcool

Nel corso dell'ultima Assemblea mondiale della sanità svoltasi presso la sede internazionale dell'Oms, è stata adottata una risoluzione riguardante i "Problemi di salute pubblica causati dal consumo dannoso dell'alcool". In essa si sollecitano, tra l'altro, azioni di salute pubblica in grado di rafforzare l'implementazione di azioni volte a diminuire gli effetti dell'uso dannoso di alcool nella popolazione, con particolare riguardo alle fasce più vulnerabili (bambini, adolescenti, giovani, donne

Quadro epidemiologico

e anziani) ed alle situazioni in cui l'alcol può rappresentare un maggior rischio (gravidanza, adolescenza, contesti lavorativi ecc.)

Il consumo di alcol è fortemente influenzato dal contesto culturale, sociale ed economico. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sulla spesa sanitaria.

Nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze della U.S.L. 5 si effettuano interventi nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze alcolologiche e patologie correlate.

In ciascuna Zona è stata garantita l'attività delle Équipe Alcolologiche.

Nell'ultimo triennio le equipe hanno registrato un costante aumento di richieste di terapia per persone con problematiche alcolcorrelate (198 pazienti nel 2001; 226 nel 2003; 276 nel 2004).

L'efficacia delle terapie praticate per le alcoldipendenze è indirettamente confermata dall'elevato tasso di compliance ai trattamenti che anche nel 2004 è risultato superiore al 95 % in ciascuna Zona.

Per il contrasto alla diffusione dell'abuso di alcol tra i giovani sono stati realizzati interventi mirati di sensibilizzazione e informazione.

Abitudine al fumo

A livello internazionale l'Oms rilancia il ruolo attivo degli operatori sanitari nella lotta al tabagismo: in contatto con la maggior parte della popolazione, possono aiutare a contrastare e limitare i comportamenti a rischio. La *Tabacco free initiative*, campagna internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità che combatte l'assuefazione al fumo, ha lanciato il World no tobacco day 2005, giornata dedicata al ruolo che gli operatori sanitari possono giocare nella lotta contro il tabagismo.

A livello nazionale è entrata in vigore il 10 gennaio 2005 l'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici. Dopo la pubblicazione della circolare ministeriale e dell'accordo siglato dalla conferenza Stato-Regioni, le Regioni stesse devono dotarsi di strumenti legislativi e di strategie per l'attuazione della legge e per l'attivazione di campagne di informazione e promozione.

Ogni anno in Italia nascono 2.033 bambini di peso inferiore ai 2.500 grammi (7,9% del totale) per esposizione a fumo passivo della madre in gravidanza. Il 16,9 % delle morti in culla (87 bambini) è attribuibile al fumo attivo della madre del neonato, così come il 21,3 % dei bambini che soffrono nei primi due anni di vita per infezioni respiratorie acute (circa 77.000 bambini), il 9,1 % (pari a più di 27.000 soggetti) dei casi di asma bronchiale, 48.000 bambini con sintomi respiratori cronici e 64.000 bambini con infezioni dell'orecchio medio devono la propria malattia al fumo di sigarette dei propri genitori.

La stima annuale dei morti per tumore polmonare e per malattie ischemiche per esposizione al fumo del proprio coniuge è pari a 221 e a 1.896, rispettivamente.

L'effetto dell'esposizione a fumo passivo in ambiente di lavoro corrisponde a 324 decessi per tumore polmonare e 235 per malattie ischemiche.

Ridurre la morbilità e la mortalità dovute al fumo rappresenta una delle sfide attuali per gli operatori sanitari, il sistema sanitario e i programmi di sanità pubblica.

Nella U.S.L. 5 è stata promossa una consistente campagna contro il fumo, nell'ambito della quale è proseguito il progetto denominato "Un ospedale senza fumo" che riguarda il Presidio Ospedaliero di Pontedera. Sono, altresì, attivi in tutte e tre le Zone centri anti-fumo per seguire coloro che intendono smettere di fumare.

Consumo di sostanze illecite e tossicodipendenza

Nel 2004 le persone trattate per abuso e/o dipendenza da sostanze illecite nell'ambito del Dipartimento Dipendenze sono aumentate del 13,7% rispetto al 2003 raggiungendo i 1.620 assistiti (81,6% maschi e 18,4% femmine).

Le anamnesi tossicologiche confermano il primo uso di nicotina e alcol tra le sostanze capaci di indurre dipendenza e la tendenza alla diminuzione dell'età di esordio nel consumo di sostanze illecite (in prevalenza THC e designer drugs).

Quadro epidemiologico

Il riscontro del consumo di una singola sostanza è divenuto saltuario mentre sempre più frequente è l'accertamento diagnostico, confermato dai riscontri tossicologici di laboratorio, del consumo contestuale (o sequenziale) di più sostanze d'abuso.

In particolare è accertato il consumo di cocaina in oltre 1/4 dei soggetti assistiti per dipendenza da sostanze illecite.

Si conferma l'alta percentuale di pazienti con concomitanti patologie psichiatriche e con episodi di acuzie spesso indotti dall'uso di psicostimolanti; ciononostante i servizi hanno nuovamente registrato alti tassi di compliance ai trattamenti.

Il dato è di indubbio valore stante l'evidenza scientifica che lo pone in relazione con l'efficacia delle terapie a lungo termine, anche indipendentemente dalla loro tipologia.