

Bollettino Epidemiologico

Anno 2008



**Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute
della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra**

Direttore Generale
Dott. Giovanni MONCHIERO

Direttore Sanitario
Dott. Francesco MORABITO

Direttore Amministrativo
Dott. Gregorio BARBIERI

Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Attilio CLERICO

A cura del
Dott. Franco GIOVANETTI
Dipartimento di prevenzione

Redazione grafica
Dott.ssa Annelisa GUASTI
Dott.ssa Giuseppina ZORNIOTTI

**La pubblicazione di questo Bollettino è stata
realizzata grazie al contributo e alla collaborazione
della FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI BRA**



Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2008

VOL. X, 2009

Autori:

Anna ABBURRA ⁽¹⁷⁾	Elena LORA ⁽¹³⁾
Ileana AGNELLI ⁽¹⁰⁾	Pietro MAIMONE ⁽¹¹⁾
Vito APICELLA ⁽¹⁵⁾	Laura MARINARO ⁽⁴⁾
Paolo BORELLO ⁽¹¹⁾	Marina MASENTA ⁽³⁾
Luigi CALOSSO ⁽¹⁶⁾	Luca MONCHIERO ⁽⁶⁾
Franco CANE ⁽⁵⁾	Manuela OLIVERI ⁽¹⁸⁾
Pietro CORINO ⁽¹³⁾	Maurizio PIUMATTI ⁽¹⁵⁾
Patrizia CORRADINI ⁽¹⁾	Andrea SAGLIETTI ⁽⁸⁾
Laura CURLETTI ⁽³⁾	Daniele SAGLIETTI ⁽¹⁰⁾
Giulio DE GIOVANNINI ⁽¹⁴⁾	Marisa SALTETTI ⁽¹³⁾
Marco DE GIOVANNINI ⁽¹¹⁾	Anna SANTORO ⁽¹³⁾
Marco FESSIA ⁽¹⁶⁾	Gian Rodolfo SARTIRANO ⁽¹⁵⁾
Luigina GAZZERA ⁽⁷⁾	Franco SCAGLIONE ⁽¹²⁾
Franco GIOVANETTI ⁽⁹⁾	Gianluca TOSELLI ⁽¹⁹⁾
Annelisa GUASTI ⁽⁴⁾	Mauro ZARRI ⁽¹¹⁾
Luigi Genesio ICARDI ⁽²⁾	Giuseppina ZORGNIOTTI ⁽⁴⁾
Elio LAUDANI ⁽⁷⁾	

- (1) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento delle Cure primarie e dei Servizi Territoriali
 (2) A.S.L. CN2 – Direzione Dipartimento di Prevenzione
 (3) A.S.L. CN2 – Dipartimento di prevenzione - S.O.S. Medicina dello sport
 (4) A.S.L. CN2 – Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Epidemiologia
 (5) A.S.L. CN2 – S.O.C. Amministrazione del personale
 (6) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto I Alba
 (7) A.S.L. CN2 – S.O.C. Distretto II Bra
 (8) A.S.L. CN2 – S.O.C. Programmazione e Controllo – S.O.S. Statistica e flussi informativi
 (9) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica – S.O.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive
 (10) A.S.L. CN2 – S.O.C. Psicologia
 (11) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
 (12) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
 (13) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
 (14) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area A – Sanità Animale
 (15) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
 (16) A.S.L. CN2 – S.O.C. Servizio Veterinario - Area C – Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 (17) Consorzio Sociale INT.ES.A.
 (18) Dietista
 (19) Medico specialista in medicina dello sport

PRESENTAZIONE

Il Bollettino Epidemiologico dell'ASL CN2 è giunto alla decima edizione: abbiamo quindi a disposizione una ricca serie storica di dati, raccolti e analizzati nel tempo da professionisti di diversa estrazione culturale e scientifica appartenenti a vari Servizi territoriali e ospedalieri della nostra Azienda Sanitaria.

La conoscenza dei problemi di salute di una popolazione non può prescindere dall'analisi dei principali determinanti di malattia e dei fattori di rischio, al fine di orientare correttamente le politiche sanitarie nella direzione della tutela e promozione della Salute quale diritto fondamentale di ogni cittadino.

I principi che ispirano il Piano Socio-sanitario Regionale 2007-2010 trovano la loro applicazione nell'ambito di un miglioramento costante della qualità dei servizi e nel mantenimento di elevati standard assistenziali, che dovrebbero essere perseguiti attraverso l'uso corretto delle informazioni epidemiologiche, la realizzazione di interventi basati su prove di efficacia e la valutazione dei risultati.

Questo report vuole rappresentare, per la ASL CN2 e per tutto il suo territorio, il tentativo di fornire alcune conoscenze e, ove possibile, determinate evidenze utili allo sviluppo dei processi decisionali nell'ambito della politica socio-sanitaria, nonché della pratica clinica e assistenziale.

La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori dell'Azienda che da anni contribuiscono alla redazione del Bollettino epidemiologico e quanti sostengono la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni MONCHIERO

INDICE

La dinamica demografica	5
Cure Primarie e Domiciliari e continuità assistenziale: sinergie possibili	21
Profili e Piani di Salute: la salute oltre la sanità	32
Analisi della relazione tra la spesa farmaceutica e l'età della popolazione assistita in medicina di base	37
Malattie infettive	40
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2008	47
Okkio alla SALUTE. Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria – Risultati dell'indagine 2008 nell'ASL CN2	51
Andamento epidemiologico di Salmonella spp. e resistenza agli antibiotici nel quinquennio 2003-2008 nell'ASL CN2	70
Gli infortuni sul lavoro e l'attività di Prevenzione – Il Comparto Agricolo	73
Descrizione del programma di sorveglianza sanitaria ex esposti Ammine Aromatiche	78
Analisi del clima organizzativo presso l'ASL CN2 Alba-Bra. Report	80
Le attività del Nucleo Interarea Veterinaria anno 2008	90
Ispezione e vigilanza degli alimenti di origine animale e tutela della sicurezza del consumatore	94

La dinamica demografica

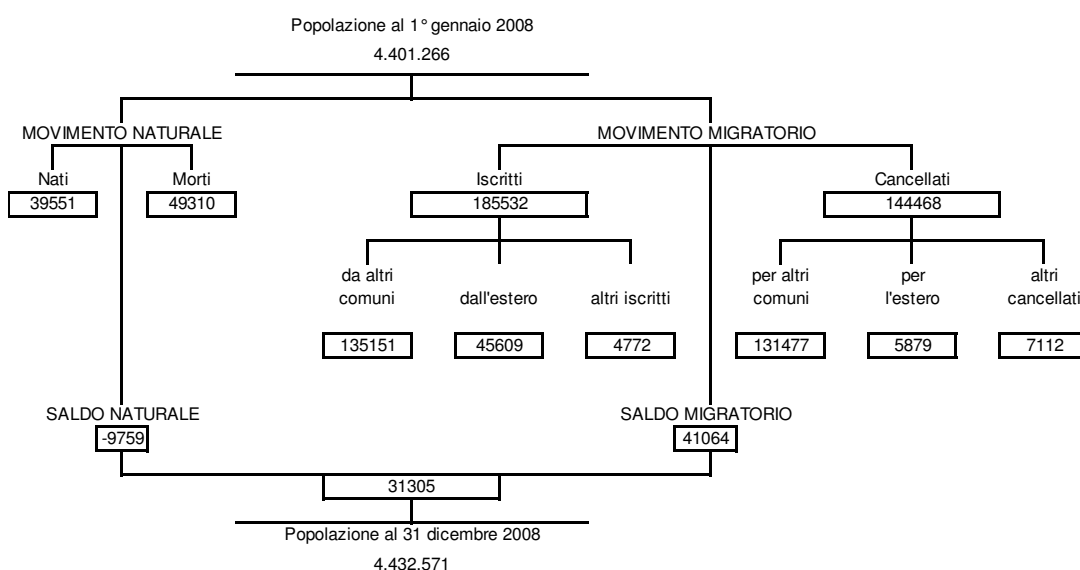
Laura Marinaro – Annelisa Guasti – Giuseppina Zorziotti

La Regione

La regione Piemonte al 31 dicembre 2008 conta 4.432.571 abitanti, ossia 31.305 residenti in più rispetto all'anno precedente con un incremento pari all'7,1‰.

La dinamica demografica piemontese nel 2008 conferma le tendenze in atto negli ultimi anni: l'aumento della popolazione come conseguenza soprattutto dell'arrivo di immigrati stranieri la cui presenza compensa il saldo naturale negativo (cioè i decessi superano le nascite) ancorché in lieve ripresa (Fig. A).

Fig A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2008 (stime Ires)

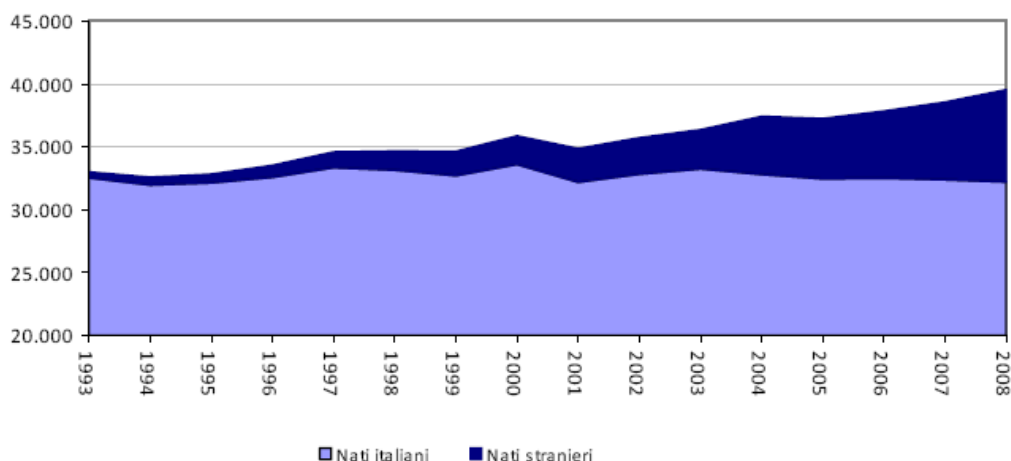


Fonte: ISTAT

Il saldo migratorio per il 2008 è di 41.064 pari al 9,3‰. Si conferma pertanto un trend di continua crescita del saldo migratorio pur senza raggiungere il picco registrato nel 2007 (13,1‰).

Per il 2008, così come registrato negli ultimi trent'anni, il saldo naturale in Piemonte si mantiene negativo (-9.759), nonostante il lieve aumento delle nascite dovuto all'incremento dei nati stranieri (Fig. B; Tab. A).

Fig B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1993-2008 (1)



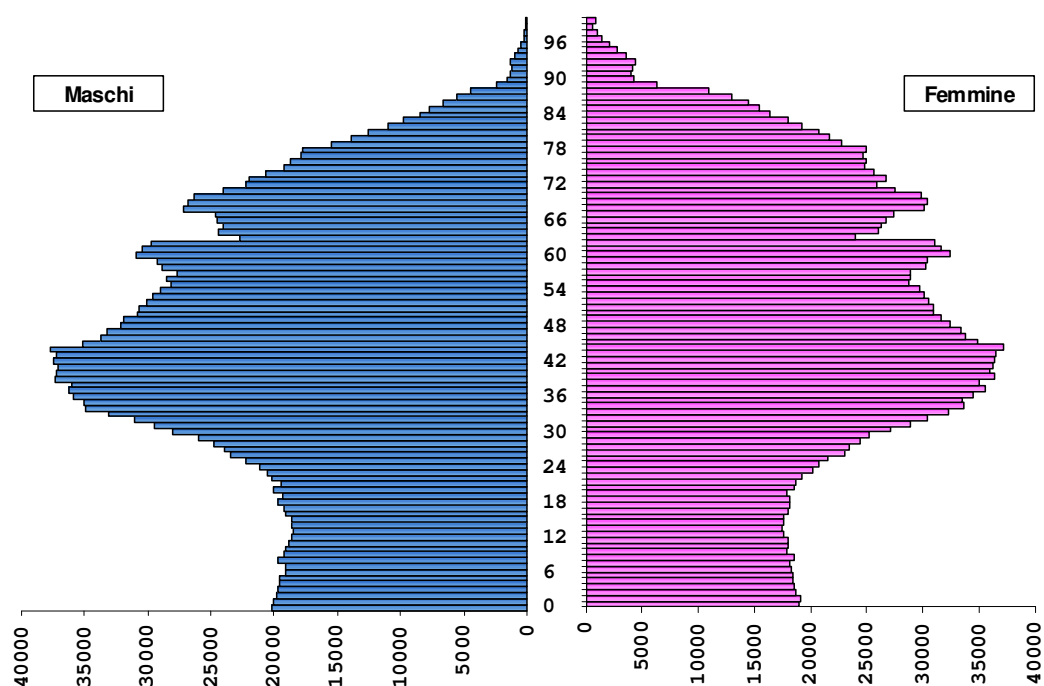
Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1999-2008)

Anni	nati	morti	iscritti totali	di cui dall'estero	cancellati totali	di cui per l'estero	popolazione totale
1999	34.639	50.255	144.655	15.817	129.625	3.595	4.287.465
2000	35.874	48.527	145.057	17.621	130.138	3.709	4.289.731
2001	34.857	46.840	126.032	15.820	112.397	3.582	4.213.294
2002	35.716	48.288	150.604	17.697	119.992	2.561	4.231.334
2003	36.370	50.625	179.011	48.406	125.875	3.178	4.270.215
2004	37.413	46.251	203.948	32.622	135.153	3.565	4.330.172
2005	37.251	48.253	158.862	25.979	136.299	3.815	4.341.733
2006	37.851	47.400	161.446	22.455	140.802	4.003	4.352.828
2007	38.565	47.474	200.813	61.621	143.466	4.383	4.401.266
2008	39.551	49.310	185.532	45.609	144.468	5.879	4.432.571

Fonte: ISTAT

La Fig. C mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2008.

Fig. C – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2008) (3)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti) per il Piemonte nel 2008 si attesta intorno a 22,7%, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14 anni x 100, è di 179.

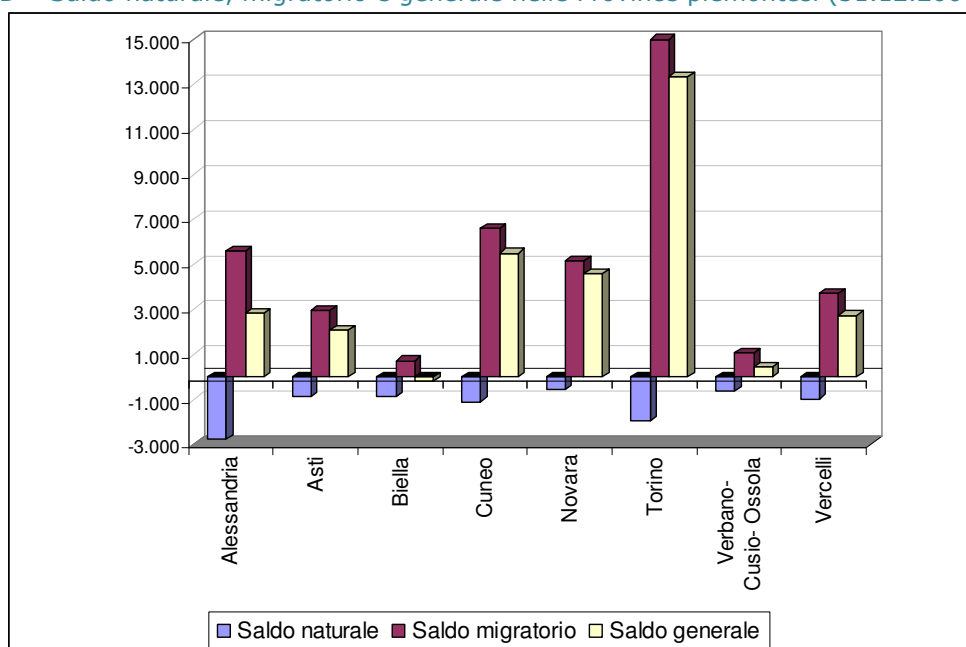
Allo stesso tempo la speranza di vita è cresciuta sia per le donne che per gli uomini rispettivamente da 75,3 e 81,6 anni nel 1998 a 78,5 e 83,7 anni nel 2008 (stima ISTAT) (1).

Nel 2008 in tutte le province piemontesi l'arrivo di nuovi residenti dall'estero compensa la dinamica naturale negativa con incrementi significativi di popolazione tranne che per la Provincia di Biella dove si registra un saldo generale negativo (-177) (Tab. B; Fig. D).

Tab. B – Movimenti anagrafici e popolazione nelle province piemontesi (2008) (2)

	nati	morti	iscritti totali	iscritti dall'estero	cancellati totali	cancellati per l'estero	popolazione al 31.12.2008
Alessandria	3.444	6.207	18.172	4.751	12.574	463	438.726
Asti	1.914	2.803	9.522	2.772	6.558	339	220.156
Biella	1.453	2.347	7.872	1.125	7.155	299	187.314
Cuneo	5.554	6.656	23.829	6.249	17.220	676	586.020
Novara	3.381	3.958	17.337	4.025	12.185	450	366.479
Torino	21.163	23.095	93.255	23.963	78.019	3.081	2.290.990
Verbano-Cusio-Ossola	1.269	1.901	6.040	1.276	4.966	283	162.775
Vercelli	1.373	2.343	9.505	1.448	5.791	288	180.111
Piemonte	39.551	49.310	185.532	45.609	144.468	5.879	4.432.571

Fig. D – Saldo naturale, migratorio e generale nelle Province piemontesi (31.12.2008) (2)

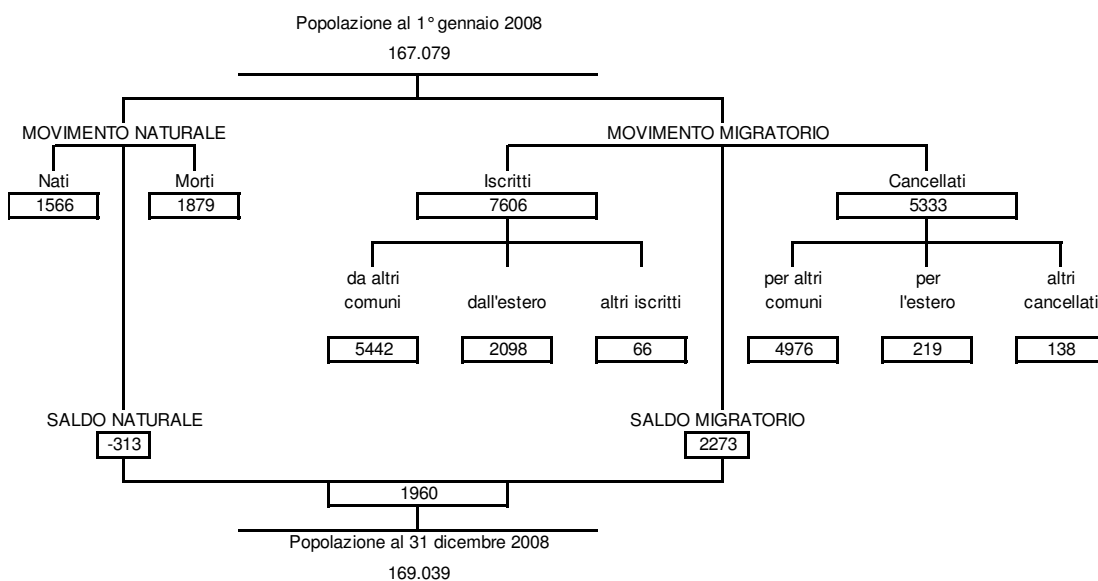


Il saldo migratorio positivo è rilevante in tutte le aree seppur con un'ampia differenza interprovinciale: dal 3,8‰ di Biella al 20,6‰ di Vercelli.

ASL CN2 Alba-Bra

La popolazione residente ASL CN2, al 31 dicembre 2008, è di 169.039 abitanti (dati ISTAT) di cui 82.916 maschi (corrispondenti al 49,05% del totale) e 86.123 femmine (50,95%) (Fig.1).

Fig.1 – Dinamica demografica nell'ASL CN2 nel 2008 (Fonte ISTAT)



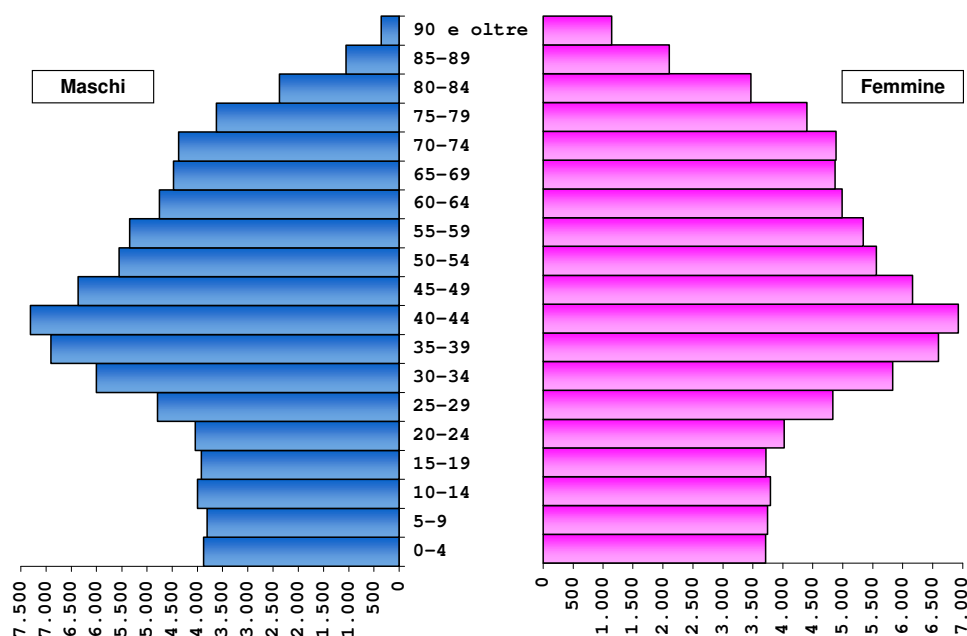
In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero degli uomini decresce; a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 76,3% della popolazione (Tab. 1) (2).

Tab.1 - Popolazione residente ASL CN2 per sesso, aggregata per classi di età, stimata al 31.12.2008 (2)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
0-4	3.878	51,11	3.709	48,89	7.587
5-9	3.807	50,42	3.743	49,58	7.550
10-14	3.999	51,32	3.793	48,68	7.792
15-19	3.919	51,30	3.720	48,70	7.639
20-24	4.040	50,09	4.025	49,91	8.065
25-29	4.791	49,77	4.835	50,23	9.626
30-34	6.006	50,74	5.831	49,26	11.837
35-39	6.900	51,12	6.597	48,88	13.497
40-44	7.308	51,33	6.929	48,67	14.237
45-49	6.369	50,82	6.163	49,18	12.532
50-54	5.550	49,95	5.560	50,05	11.110
55-59	5.347	50,01	5.345	49,99	10.692
60-64	4.749	48,76	4.991	51,24	9.740
65-69	4.478	47,90	4.871	52,10	9.349
70-74	4.370	47,20	4.889	52,80	9.259
75-79	3.622	45,15	4.401	54,85	8.023
80-84	2.372	40,62	3.468	59,38	5.840
85-89	1.055	33,36	2.107	66,64	3.162
90 e oltre	356	23,70	1.146	76,30	1.502
TOTALE	82.916	49,05	86.123	50,95	169.039

La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età" (Graf. 1).

Graf. 1 - Popolazione per età e sesso nell'ASL CN2 - Anno 2008



Il territorio dell'ASL CN2 comprende 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2008, di 104.436 abitanti.
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2008, di 64.603 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 30.994 e 29.608, cui seguono Cherasco (8.287), Sommariva del Bosco (6.326), Canale (5.747) (Tab. 2) (3).

Tab. 2 - Popolazione nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2008 I (2)

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Alba	14.672	16.322	30.994
Bra*	14.366	15.242	29.608
Cherasco*	4.089	4.198	8.287
Sommariva del Bosco*	3.107	3.219	6.326
Canale	2.854	2.893	5.747
Montà	2.257	2.381	4.638
Santo Stefano Belbo	1.998	2.099	4.097
Narzole*	1.781	1.740	3.521
Diano d'Alba	1.691	1.638	3.329
Guarene	1.646	1.671	3.317
Neive	1.591	1.724	3.315
Pocapaglia*	1.550	1.565	3.115
Sommariva Perno*	1.377	1.443	2.820
Sanfrè*	1.385	1.425	2.810
La Morra*	1.401	1.357	2.758
Santa Vittoria d'Alba*	1.333	1.352	2.685
Cortemilia	1.231	1.279	2.510
Monticello d'Alba	1.051	1.098	2.149
Ceresole Alba*	1.106	1.038	2.144
Veza d'Alba	1.095	1.049	2.144
Castagnito	1.053	1.030	2.083
Corneliano d'Alba	1.031	1.050	2.081
Govone	972	1.089	2.061
Monforte d'Alba	1.014	1.033	2.047

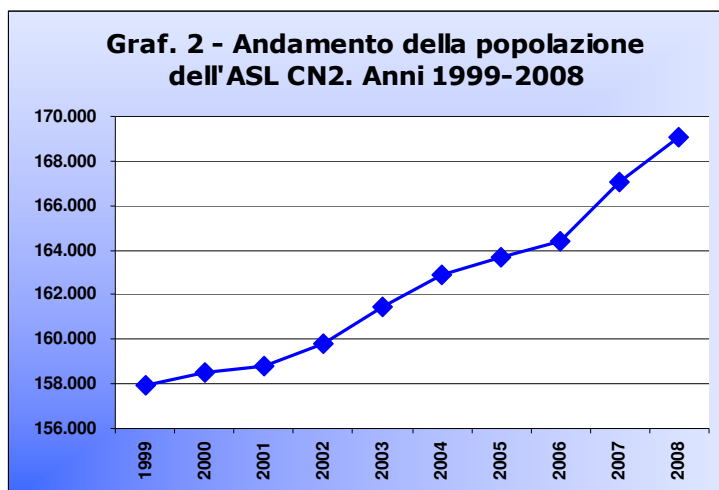
COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Priocca	978	993	1.971
Magliano Alfieri	933	958	1.891
Grinzane Cavour	902	926	1.828
Monteu roero	824	831	1.655
Roddi	769	799	1.568
Santo Stefano Roero	695	742	1.437
Mango	661	663	1.324
Piobesi d'Alba	629	630	1.259
Baldissero d'Alba	561	545	1.106
Cossano Belbo	526	516	1.042
Novello	516	523	1.039
Rodello	491	488	979
Castellinaldo	470	438	908
Montaldo Roero	441	446	887
Castiglione Tinella	427	448	875
Treiso	396	395	791
Barolo	353	394	747
Castiglione Falletto	360	349	709
Bossolasco	350	357	707
Barbaresco	345	326	671
Monchiero	311	270	581
Montelupo Albese	261	268	529
Verduno*	262	267	529
Sinio	259	265	524
Serralunga d'Alba	259	258	517
Castino	260	253	513
Lequio Berria	269	238	507
Benevello	242	238	480
Cerretto Langhe	246	225	471
Naviglie	204	219	423
Niella Belbo	209	205	414
Cravanzana	191	199	390
Borgomale	200	185	385
Roddino	206	176	382
Castelletto Uzzone	202	177	379
Gorzegno	172	183	355
Feisoglio	171	183	354
Trezzo Tinella	180	173	353
Pezzolo Valle Uzzone	174	173	347
Serravalle Langhe	187	156	343
Perletto	167	141	308
Albaretto della Torre	130	120	250
Levice	125	120	245
Torre Bormida	111	109	220
Camo	109	107	216
Bosia	95	101	196
Arguello	102	90	192
San Benedetto Belbo	96	95	191
Rocchetta Belbo	96	91	187
San Giorgio Scarampi	61	61	122
Cissone	44	38	82
Bergolo	37	37	74
Totale ASL CN2	82.916	86.123	169.039

* Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Andamento demografico

L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL CN2 è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale generale è progressivamente aumentato negli anni: dal 1999 al 2008 si è registrato un incremento di 11.109 unità (Graf. 2);



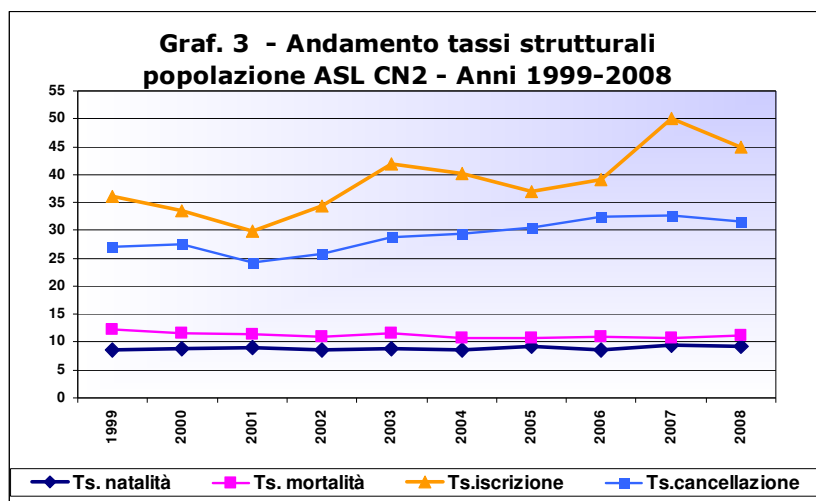
- il numero dei nati ha un andamento altalenante con lievi flessioni registrate in particolare negli anni: 2002 rispetto al 2001, 2006 rispetto al 2005. Nel 2008 il dato rimane costante rispetto all'anno precedente (Tab. 3);
- il numero dei morti è anch'esso caratterizzato da ripetute oscillazioni: nel 2008 il numero assoluto dei decessi (1.879) è aumentato rispetto al 2007 (1.782);
- nel 2008 i tassi strutturali della popolazione si mantengono pressoché costanti fatta eccezione per il tasso di iscrizione (45 per 1000) dove si registra un leggero calo rispetto al picco del 2007 (50 per 1000) (Tab.4 e Graf.3) (3).

Tab.3 - Movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 - Anni 1999 - 2008 (2)

	Popolazione	Nati	Morti	Iscritti	Cancellati
1999	157.930	1.363	1.923	5.687	4.270
2000	158.503	1.411	1.816	5.321	4.343
2001	158.793	1.423	1.789	4.729	3.843
2002	159.787	1.390	1.764	5.485	4.117
2003	161.464	1.407	1.881	6.785	4.634
2004	162.894	1.416	1.743	6.538	4.781
2005	163.695	1.500	1.761	6.060	4.998
2006	164.400	1.428	1.803	6.424	5.344
2007	167.079	1.563	1.782	8.352	5.454
2008	169.039	1.566	1.879	7.606	5.333

Tab.4 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'ASL CN2 - Anni 1999-2008

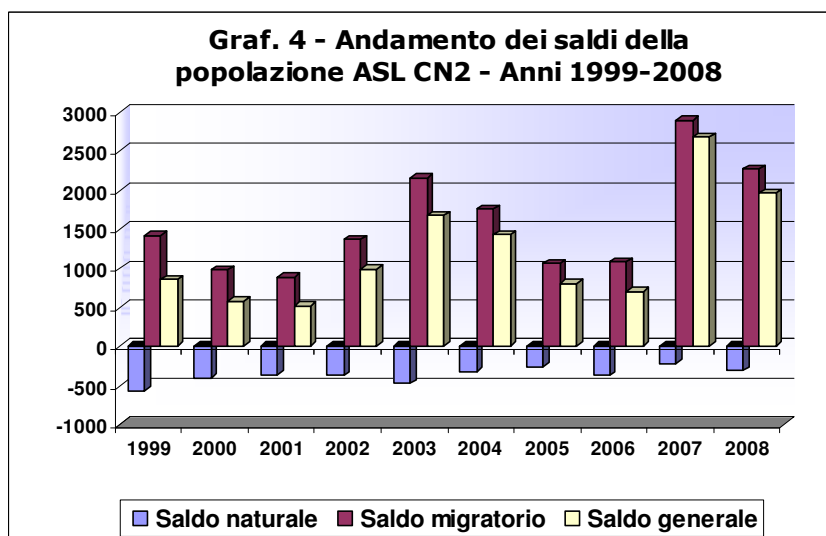
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso d'iscrizione	Tasso di cancellazione
1999	8,6	12,2	36,0	27,0
2000	8,9	11,5	33,6	27,4
2001	9,0	11,3	29,8	24,2
2002	8,7	11,0	34,3	25,8
2003	8,7	11,6	42,0	28,7
2004	8,7	10,7	40,1	29,4
2005	9,2	10,8	37,0	30,5
2006	8,7	11,0	39,1	32,5
2007	9,4	10,7	50,0	32,6
2008	9,3	11,1	45,0	31,5



In conseguenza dei comportamenti demografici rilevati per il 2008 nell'ASL CN2, la dinamica naturale (nascite - decessi) registra ancora una volta un dato negativo (-313), confermando una tendenza ormai da tempo stabile; la dinamica migratoria (iscritti - cancellati) positiva (2.273) contrasta gli effetti della dinamica naturale facendo così registrare una variazione demografica positiva (1.960) (Tab. 5, Graf. 4).

Tab.5 - Saldo della popolazione ASL CN2 - Anni 1999-2008

	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo generale
1999	-560	1.417	857
2000	-405	978	573
2001	-366	886	520
2002	-374	1.368	994
2003	-474	2.151	1.677
2004	-327	1.757	1.430
2005	-261	1.062	801
2006	-375	1.080	705
2007	-219	2.898	2.679
2008	-313	2.273	1.960



Natalità

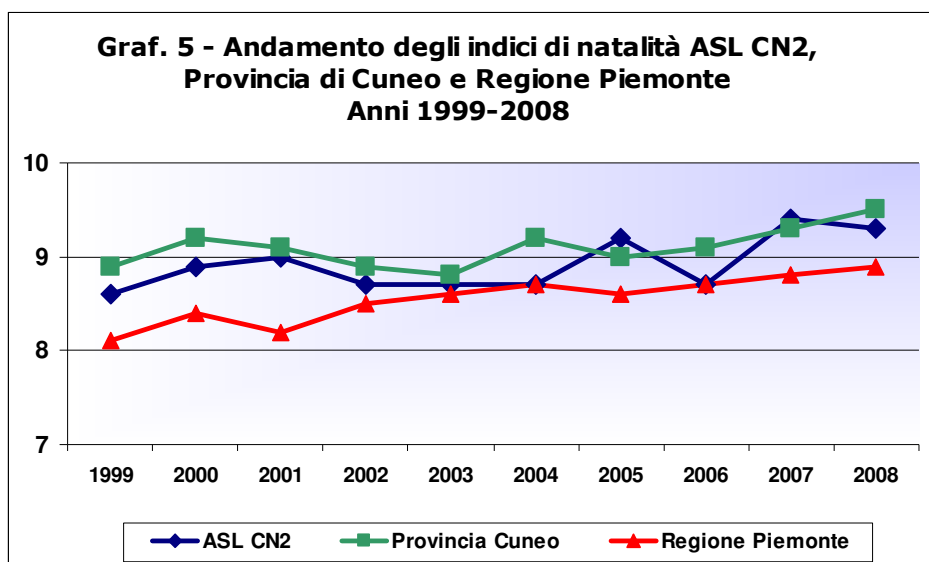
Nel 2008, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 9,3, superiore al dato Regionale (8,9) e quasi sovrapponibile al dato provinciale cuneese. (Tab. 6).

Tab. 6- Indici di natalità – Anno 2008

	Indice di natalità
ASL CN2	9,3
Distretto 1 Alba	8,8
Distretto 2 Bra	10,0
Provincia Cuneo	9,5
Regione Piemonte	8,9

Tab. 7- Indici di natalità nell'ASL CN2, Provincia Cuneo e Regione Piemonte - Anni 1999 - 2008

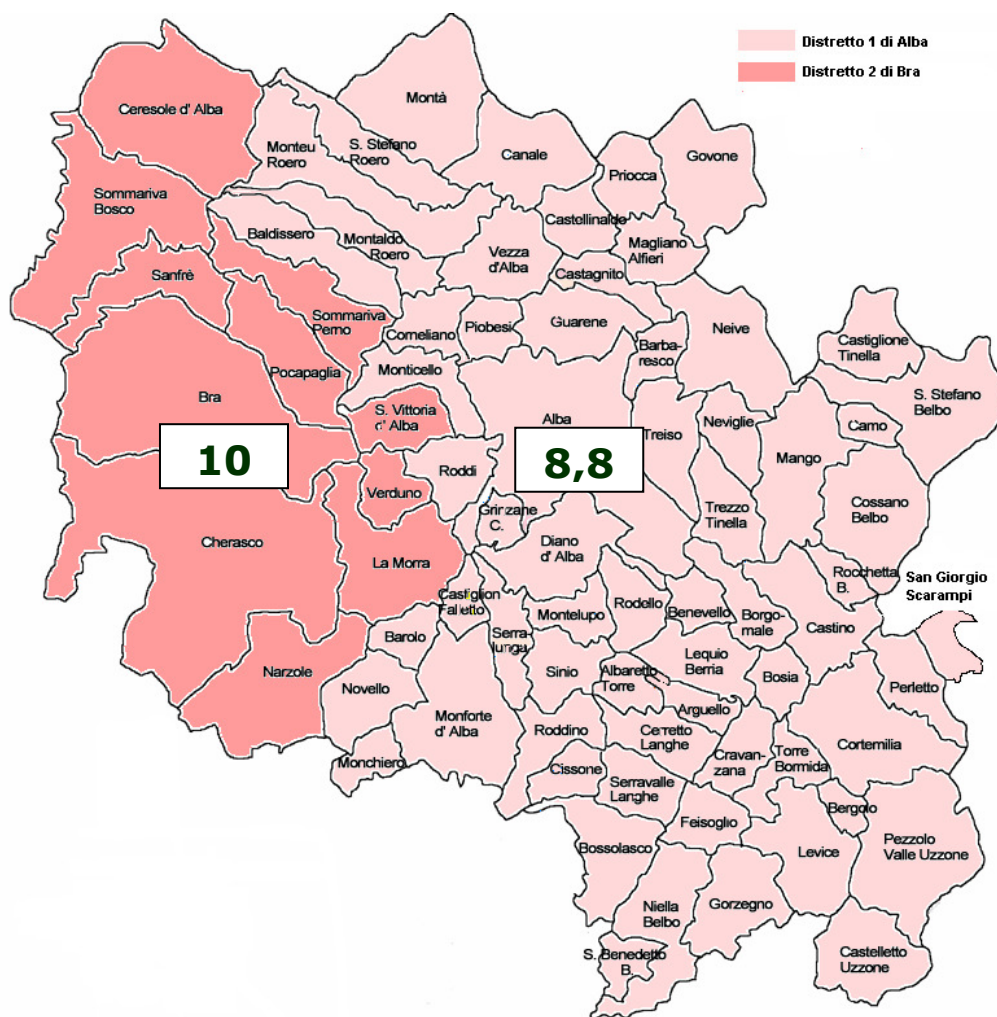
	ASL CN2	Provincia Cuneo	Regione Piemonte
1999	8,6	8,9	8,1
2000	8,9	9,2	8,4
2001	9,0	9,1	8,2
2002	8,7	8,9	8,5
2003	8,7	8,8	8,6
2004	8,7	9,2	8,7
2005	9,2	9,0	8,6
2006	8,7	9,1	8,7
2007	9,4	9,3	8,8
2008	9,3	9,5	8,9



Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, si conferma che il Distretto 2 di Bra ha una natalità più elevata rispetto al Distretto 1 di Alba ma anche rispetto alla Provincia di Cuneo e all'intera Regione (Fig. 2).

La Tab. 8 mostra i tassi di natalità e mortalità calcolati nel 2008 per i 76 Comuni del territorio ASL CN2.

Fig.2 – Indice di natalità nel territorio dell'ASL CN2 – Anno 2008



Tab. 8 - Tassi di natalità e di mortalità per 1000 dei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2008 (3)

COMUNI	TASSI DI NATALITA'	TASSI DI MORTALITA'
ALBA	9,1	10,1
ALBARETTO TORRE	8,0	8,0
ARGUELLO	20,8	10,4
BALDISSERO D'ALBA	6,3	15,4
BARBARESCO	3,0	8,9
BAROLO	4,0	9,4
BENEVELLO	18,8	6,3
BERGOLO	0,0	0,0
BORGOMALE	7,8	10,4
BOSIA	5,1	10,2
BOSSOLASCO	9,9	15,6
BRA	10,1	10,8
CAMO	4,6	9,3
CANALE	9,6	8,7
CASTAGNITO	15,4	3,8
CASTELETTO UZZONE	7,9	7,9
CASTELLINALDO	12,1	9,9
CASTIGLIONE FALLETTO	11,3	7,1
CASTIGLIONE TINELLA	9,1	10,3
CASTINO	3,9	9,7
CERESOLE D'ALBA	7,9	9,3

COMUNI	TASSI DI NATALITA'	TASSI DI MORTALITA'
CERRETTO LANGHE	2,1	23,4
CHERASCO	10,1	9,5
CISSONE	0,0	24,4
CORNELIANO D'ALBA	7,2	13,5
CORTEMILIA	7,6	18,7
COSSANO BELBO	4,8	16,3
CRAVANZANA	7,7	15,4
DIANO D'ALBA	10,2	8,7
FEISOGLIO	2,8	19,8
GORZEGNO	11,3	8,5
GOVONE	4,4	17,5
GRINZANE CAVOUR	8,2	9,8
GUARENE	8,7	9,0
LA MORRA	10,2	14,1
LEQUIO BERRIA	3,9	15,8
LEVICE	12,2	32,7
MAGLIANO ALFIERI	8,5	15,9
MANGO	3,8	12,8
MONCHIERO	15,5	15,5
MONFORTE D'ALBA	10,3	15,1
MONTA'	10,3	15,3
MONTALDO ROERO	10,1	10,1
MONTELUPO ALBESE	9,5	9,5
MONTEU ROERO	5,4	15,7
MONTICELLO D'ALBA	8,4	10,2
NARZOLE	9,7	10,5
NEIVE	9,7	13,9
NEVIGLIE	9,5	9,5
NIELLA BELBO	2,4	29,0
NOVELLO	5,8	6,7
PERLETTO	3,2	13,0
PEZZOLO VALLE UZZONE	2,9	8,6
PIOBESI D'ALBA	7,9	5,6
POCAPAGLIA	13,5	7,4
PRIOCCA	9,1	9,6
ROCCHETTA BELBO	5,3	16,0
RODDI	17,2	5,7
RODDINO	5,2	28,8
RODELLO	4,1	9,2
SAN BENEDETTO BELBO	0,0	26,2
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	16,4	16,4
SANFRE'	7,5	10,7
SANTA VITTORIA D'ALBA	12,3	9,3
SANTO STEFANO BELBO	9,5	9,0
SANTO STEFANO ROERO	5,6	9,7
SERRALUNGA D'ALBA	9,7	9,7
SERRAVALLE LANGHE	5,8	23,3
SINIO	9,5	7,6
SOMMARIVA DEL BOSCO	9,3	14,4
SOMMARIVA PERNO	9,2	11,3
TORRE BORMIDA	4,5	0,0
TREISO	8,8	11,4
TREZZO TINELLA	5,7	19,8
VERDUNO	3,8	11,3
VEZZA D'ALBA	9,8	11,2

Mortalità

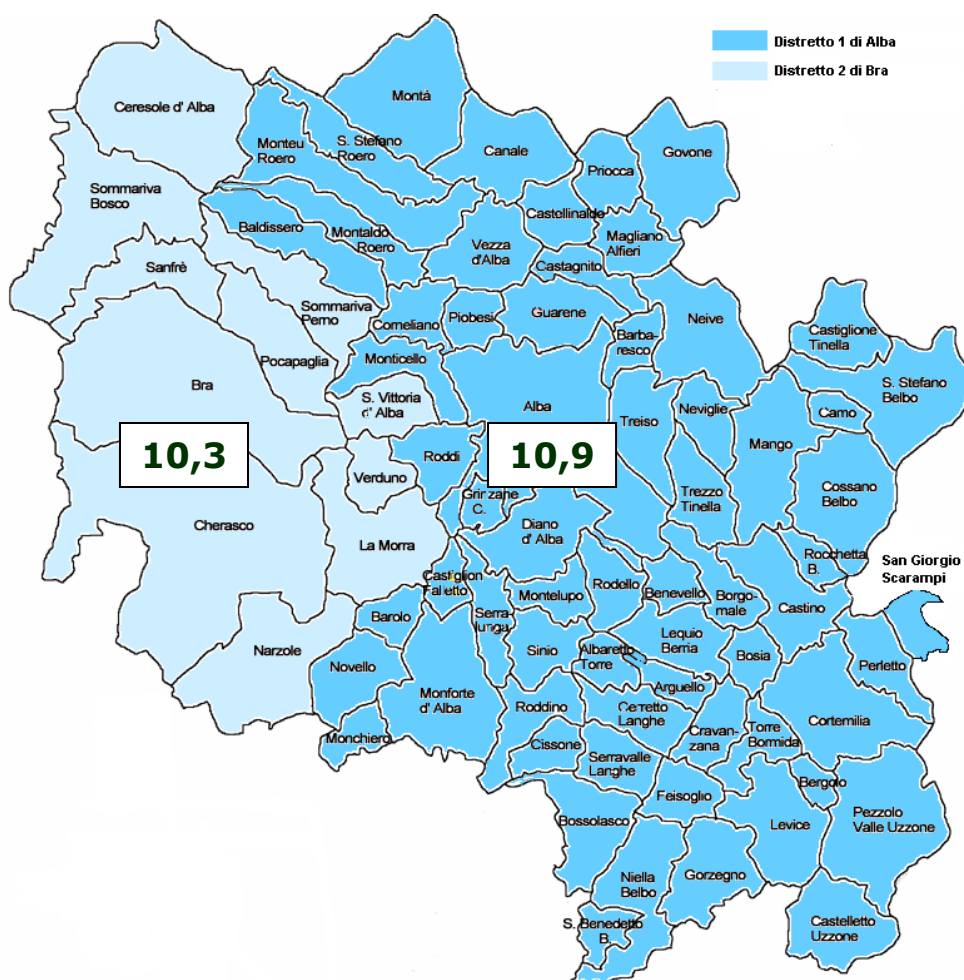
Il tasso grezzo di mortalità della popolazione ASL CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2008 è di 11,1 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è aumentato.

Il tasso grezzo di mortalità per entrambi i Distretti 1 di Alba e 2 di Bra è inferiore al dato della Provincia di Cuneo (11,4) (Tab. 9, Fig. 3).

Tab. 9 - Indici di mortalità - Anno 2008

	Indici di mortalità
ASL CN2	11,1
Distretto 1 Alba	10,9
Distretto 2 Bra	10,3
Provincia Cuneo	11,4
Regione Piemonte	11,1

Fig.3 - Indice di mortalità nel territorio dell'ASL CN2 - Anno 2008

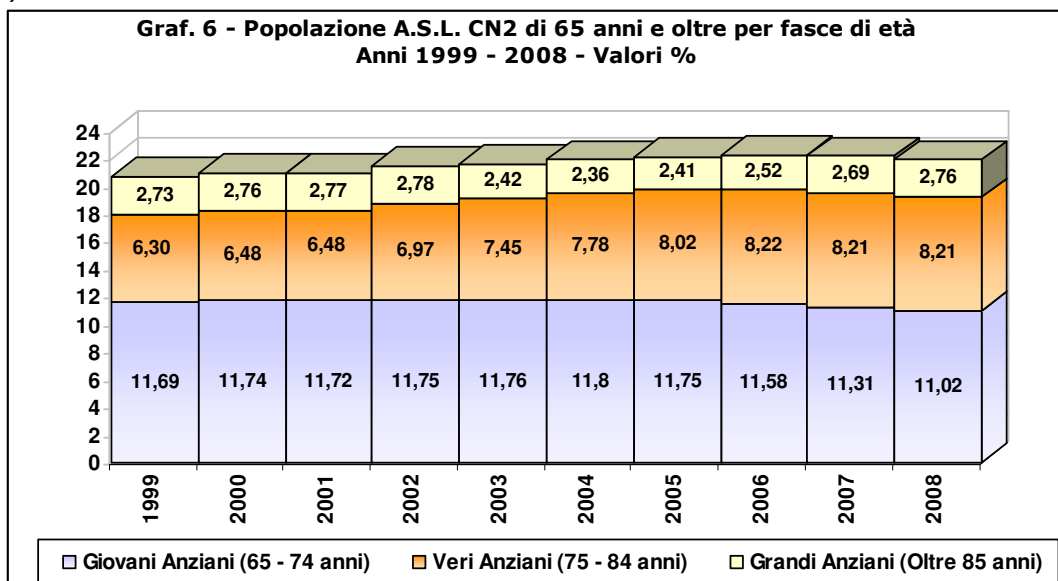


Gli anziani

Nella nostra A.S.L. al 31 dicembre 2008, si stimano 37.135 ultrasessantacinquenni ossia il 21,9% della popolazione totale (43,77% maschi; 56,26% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,56%.

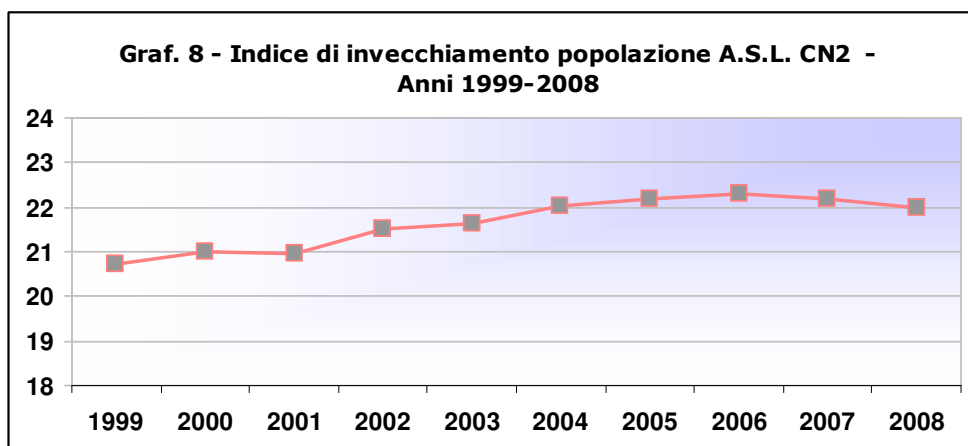
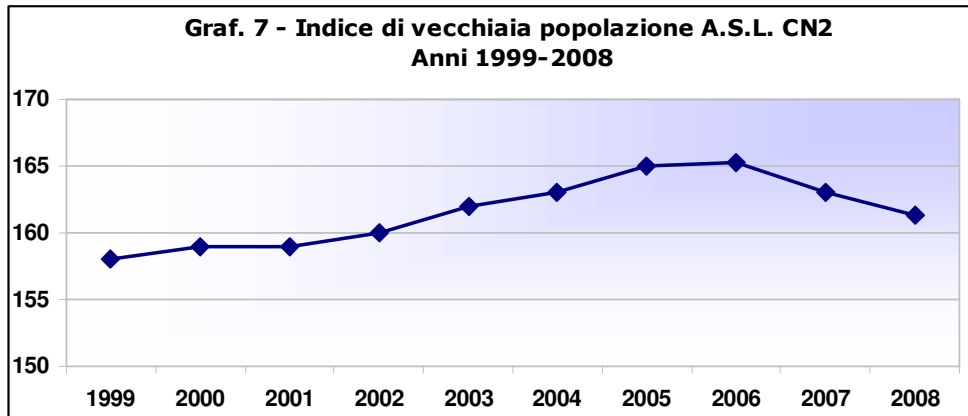
Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'A.S.L. CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 11,02%,

quelli di età compresa tra i 75 - 84 anni 8,21% e gli ultraottantacinquenni 2,76% (Graf. 6).



Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione possono essere desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti "strutturali" quali "l'indice di vecchiaia" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 - 14 anni, "l'indice di invecchiamento" = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti, "l'indice di dipendenza o carico sociale" = popolazione in età 0 - 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 - 64 anni (4).

Nel 2008 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 161,29. I grafici 7 e 8 mostrano l'andamento rispettivamente dell'indice di vecchiaia e dell'indice di invecchiamento calcolati per la popolazione dell'ASLCN2 dal 1999 al 2008.



L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. E' comunque un indicatore di invecchiamento grossolano poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto esaltandone l'effetto. L'indice di invecchiamento nell'A.S.L. CN2 nel 2008 è di 21,98, indicatore che riflette il peso relativo della popolazione anziana, mentre l'indice di dipendenza o carico sociale, che mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive, rilevato è di 55,32. Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale, che risente della struttura economica della popolazione.

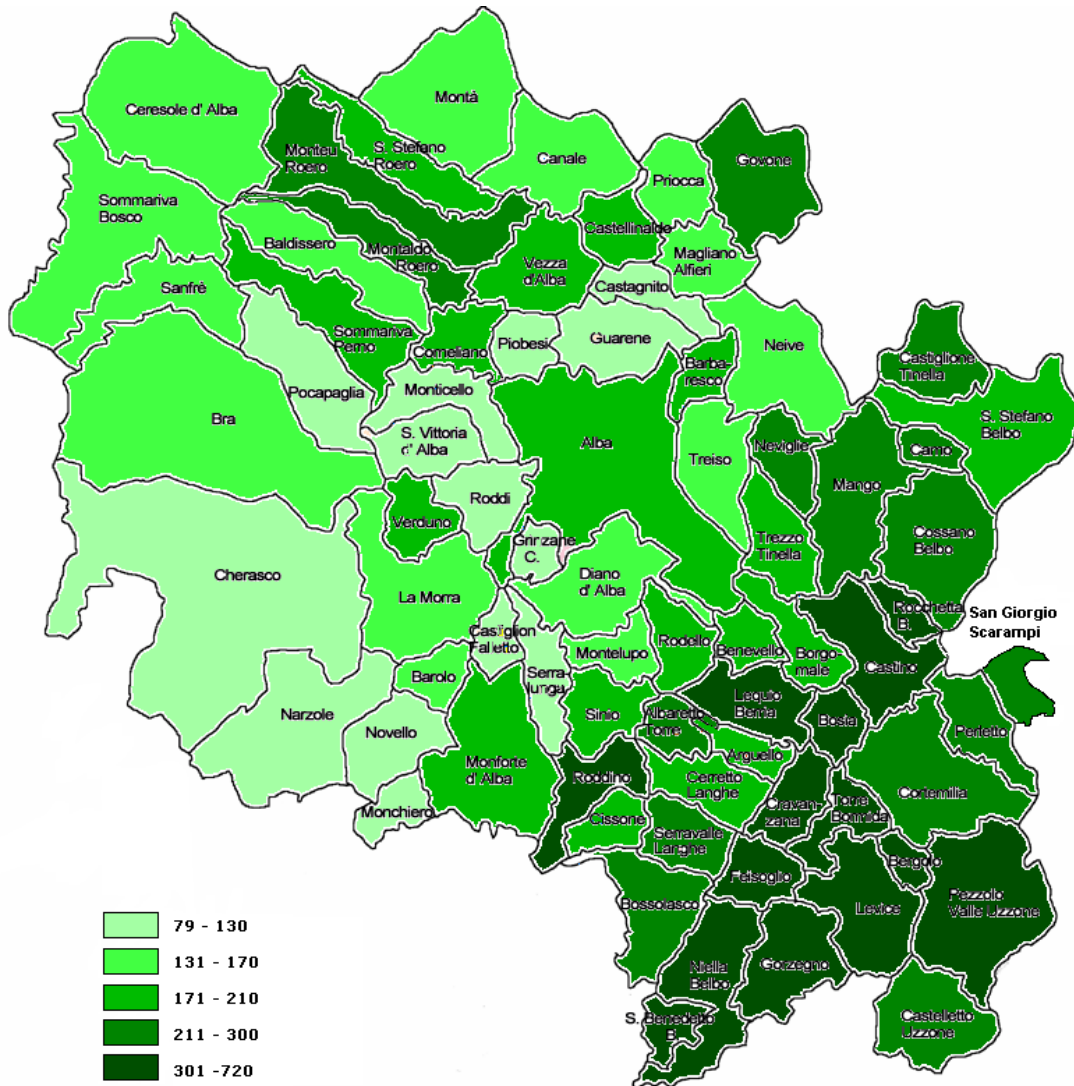
La Tab. 10 riporta i valori degli indici prima citati calcolati per ciascuno dei 76 Comuni del territorio dell'A.S.L. CN2. Il territorio con gli indici di vecchiaia più elevati è quello della Valle Bormida (Fig. 4).

Tab. 10 - Indice di vecchiaia, invecchiamento e carico sociale nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2008

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
TORRE BORMIDA	720,00	32,73	59,42
LEVICE	700,00	37,14	73,76
FEISOGLIO	675,00	38,14	77,89
BERGOLO	600,00	40,54	89,74
GORZEGNO	484,00	34,08	69,86
BOSIA	475,00	29,08	54,33
PEZZOLO VALLE UZZONE	410,00	35,45	78,87
SAN BENEDETTO BELBO	405,88	36,13	81,90
ROCCHETTA BELBO	380,00	30,48	62,61
NIELLA BELBO	342,50	33,09	74,68
CRAVANZANA	341,46	35,90	86,60
LEQUIO BERRIA	326,09	29,59	63,02
RODDINO	319,44	30,10	65,37
CASTINO	313,73	31,19	69,87
CASTIGLIONE TINELLA	289,25	30,74	70,57
MONTALDO ROERO	287,88	32,13	76,34
SERRAVALLE LANGHE	286,49	30,90	71,50
ALBARETTO TORRE	284,62	29,60	66,67
PERLETTO	272,22	31,82	77,01
CORTEMILIA	270,99	28,29	63,20
BOSSOLASCO	269,57	26,31	56,42
CASTELETTO UZZONE	267,50	28,23	63,36
COSSANO BELBO	257,76	28,69	66,19
MANGO	250,32	29,68	71,06
MONTEU ROERO	235,71	25,92	58,52
NEVIGLIE	229,41	27,66	65,88
CAMO	226,09	24,07	53,19
SAN GIORGIO SCARAMPI (AT)	220,00	27,05	64,86
GOVONE	211,48	25,04	58,42
TREZZO TINELLA	210,42	28,61	73,04
BORGOMALE	205,56	28,83	75,00
BARBARESCO	192,77	23,85	56,78
MONFORTE D'ALBA	192,00	25,79	64,55
VEZZA D'ALBA	191,64	24,58	59,76
CORNELIANO D'ALBA	189,06	24,07	58,25
CISSONE	185,71	31,71	95,24
RODELLO	185,71	22,57	53,21
BENEVELLO	185,71	21,67	50,00
ALBA	185,11	23,50	56,73
CASTELLINALDO	184,68	25,22	63,60
SINIO	183,87	21,76	50,57

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI INVECCHIAMENTO	INDICE CARICO SOCIALE O DIPENDENZA
SANTO STEFANO ROERO	183,42	24,63	61,46
SANTO STEFANO BELBO	182,20	23,48	57,15
ARGUELLO	181,82	20,83	47,69
CERRETTO LANGHE	178,13	24,20	60,75
VERDUNO	176,92	21,74	51,58
SOMMARIVA PERNO	175,59	23,72	59,32
MONTELUPO ALBESE	166,67	20,79	49,86
NEIVE	164,19	22,68	57,48
BAROLO	163,54	21,02	51,21
BALDISSERO D'ALBA	162,59	21,61	53,61
PRIOCCA	162,26	21,82	54,47
MAGLIANO ALFIERI	162,25	21,36	52,75
ASL CN2	161,29	21,98	55,32
TREISO	159,63	22,00	55,71
LA MORRA	157,71	21,50	54,16
BRA	146,07	20,67	53,41
MONTA'	141,00	20,09	52,32
CANALE	139,62	20,48	54,20
DIANO D'ALBA	137,95	19,77	51,73
SOMMARIVA DEL BOSCO	136,21	19,44	50,87
CERESOLE D'ALBA	134,80	20,06	53,69
SANFRE'	131,77	19,04	50,35
NOVELLO	129,27	20,40	56,71
SERRALUNGA D'ALBA	127,16	19,92	55,26
GRINZANE CAVOUR	126,77	18,65	50,08
NARZOLE	126,55	20,85	59,54
SANTA VITTORIA D'ALBA	124,68	18,25	49,00
CHERASCO	124,11	18,82	51,50
GUARENE	121,44	18,27	49,95
MONTICELLO D'ALBA	117,26	18,33	51,44
MONCHIERO	115,38	20,65	62,75
POCAPAGLIA	114,14	17,62	49,40
CASTIGLIONE FALLETTO	101,67	17,21	51,82
PIOBESI D'ALBA	100,52	15,25	43,72
RODDI	83,64	14,35	46,00
CASTAGNITO	79,11	13,63	44,65

Fig. 4- Indici di vecchiaia A.S.L. CN2 Alba – Bra - Anno 2008



Bibliografia

- (1) E. Tursi: *La dinamica demografica piemontese nel 2008*. IRES 2008
- (2) BDDE: <http://www.regione.piemonte.it:8800/BDDE/indexh.htm>
- (3) <http://demo.istat.it>
- (4) Gruppo di Lavoro SIMI. Servizio Sovrazonale di Epidemiologia A.S.L. 20 di Alessandria. *Descrizione demografica popolazione (BDDE) 2001 – Novembre 2001*

Cure Primarie e Domiciliari e continuità assistenziale: sinergie possibili

Patrizia Corradini

L'andamento della natalità, il mutare dell'aspettativa di vita e la conseguente progressiva cronicizzazione delle patologie, la caratterizzazione dell'ospedale sempre più proiettato verso l'acuzie, i nuovi orientamenti comunitari del welfare ed il variare dei flussi migratori stanno ridisegnando lo scenario socio-sanitario, spostando il centro d'interesse verso forme assistenziali innovative, capaci di dare risposte non solo di carattere clinico-economico-efficientista, ma anche e soprattutto di carattere relazionale, etico, professionale.

La chiara percezione di come il modello di assistenza cosiddetto "prestazionale" sia fortemente limitato ha dato l'avvio ad una positiva evoluzione, che sta portando ad un modello identificabile come "relazionale", che altro non è se non l'espressione del desiderio di avere uno sguardo globale e di insieme sulla complessa realtà del territorio.

Diventa pertanto indispensabile orientare il sistema affinché non si limiti a mantenere o potenziare il decentramento di alcune attività, ma sia in grado di accompagnare ed affiancare il cittadino nel percorso per lui più appropriato, garantendo l'equità e l'uniformità di accesso alle prestazioni.

Uno degli aspetti più qualificanti per la continuità assistenziale è ovviamente la presenza dei medici e dei pediatri di famiglia con i quali, anche nella nostra realtà, sono state intraprese e potenziate iniziative importanti, quali, ad esempio:

- la realizzazione di una modalità di assistenza innovativa, che potrà servire da riferimento per tutta la Regione e non solo, i cosiddetti "**letti di prossimità**": partendo dalla necessità di ricercare sinergie e nuove forme di collaborazione, tali da far convergere le risorse della domiciliarità, della residenzialità e dei vari servizi ospedalieri in un percorso di pianificazione territoriale, che consideri le esigenze della singola persona in modo globale, con l'obiettivo di completare il quadro degli interventi a supporto della domiciliarità, della Continuità Assistenziale e della riduzione dei ricoveri impropri, i due Distretti dell'A.S.L., già nel corso dell'anno 2008, si sono impegnati nella predisposizione del progetto sui "letti di prossimità", che prevede la possibilità, da parte del Medico di Famiglia, di predisporre il ricovero del paziente con particolari caratteristiche in una Struttura Socio Sanitaria RAF-RSA, col totale supporto organizzativo ed economico dell'A.S.L.
- l'implementazione di progetti finalizzati all'**appropriatezza** delle cure sia relativamente all'accesso alle prestazioni specialistiche, sia agli esami di laboratorio per esempio relativamente alla funzionalità tiroidea ed alla funzionalità renale, sia alla prescrizione di alcune classi di farmaci, come gli antipertensivi, gli inibitori di pompa, i farmaci equivalenti etc. Nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici sono inoltre numerose, anche se senz'altro da incrementare, le collaborazioni tra medici di famiglia e specialisti: condivisione di linee guida, accessi programmati e facilitati agli ambulatori ed al domicilio, gestione integrata di pazienti con patologie croniche, quali ad esempio il diabete
- l'avvio di nuove forme associative come i "**gruppi di cure primarie**", in ottemperanza alle indicazioni regionali, ma anche come nuovo modello di risposta ai bisogni della cittadinanza, in particolare delle categorie più fragili, come bambini, adolescenti, anziani, disabili, persone affette da disturbi mentali e da dipendenze, raccogliendo in un unico punto di riferimento le competenze per l'assistenza alla cronicità, con il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri e territoriali, la condivisione di spazi ed attrezzature, l'utilizzo più efficiente del personale, la garanzia di una maggiore copertura oraria dell'attività ambulatoriale e domiciliare. In quest'ottica, si è lavorato nel corso dell'anno 2008 per la costituzione di un Gruppo di Cure Primarie nell'ambito del Distretto di Alba, a Montà, e si sta lavorando per la costituzione di un altro Gruppo analogo presso il Distretto di Bra. La medicina generale tende così a trasformarsi nel "collettore" di tutte le energie e le risorse del territorio: le reti di volontariato, le farmacie, i servizi socio assistenziali etc..
Le Linee di indirizzo per l'avvio dei Gruppi di Cure Primarie nei Distretti delle A.S.L. Piemontesi ne hanno delineato le caratteristiche e le tappe, definendone gli obiettivi e le opportunità. Tale modello viene considerato il futuro assistenziale in termini aggregativi ed il modo di riappropriazione da parte del territorio del ruolo preminente di intercettazione del fabbisogno sanitario, con una forma che premia

l'associazionismo fra Medici, garantendo comunque uniformi livelli di assistenza con iniziative territoriali rivolte nella stessa direzione assistenziale.

Nell'ambito per esempio delle cure domiciliari, sul territorio dell'A.S.L., CN2 si è lavorato in questi anni per perfezionare le procedure di raccordo fra servizi ospedalieri, territoriali ed Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali, con l'obiettivo di rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento, riconoscendo appunto, anche in questo ambito, al Medico di Famiglia un ruolo centrale e prioritario.

Le forme di associazione dei Medici di Famiglia e dei Pediatri di Libera Scelta consentono, come già sottolineato, una più appropriata erogazione dei servizi con una più tempestiva presa in carico del paziente, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, ed una maggiore integrazione fra le varie componenti sanitarie, con importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso – DEA.

Da alcuni anni, la nostra A.S.L. utilizza il programma "SAO ADI", che rappresenta un valido supporto informativo e rende più facile ed omogenea la raccolta dei dati.

Si riporta di seguito il prospetto rappresentante l'evoluzione dell'assistenza domiciliare negli anni:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
A.D.I.	556	642	923	984	998	946	1075	1254
A.D.I. + C.P.	179	144	202	222	220	186	164	210
S.I.D.	419	651	673	706	720	693	993	878
A.D.P.	/	/	1015	1011	1008	1299	1333	1547
L.A.	/	/	/	/	113	121	154	230
TOTALE	1154	1437	2813	2923	3059	3245	3719	4119

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata

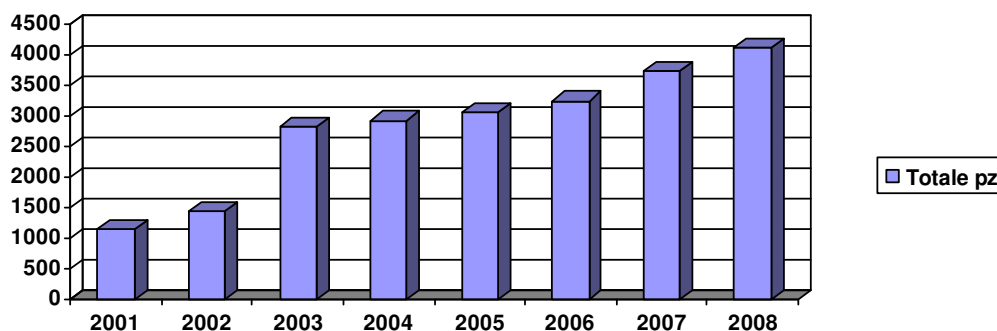
C.P = Cure Palliative

S.I.D. = Servizio Infermieristico Domiciliare

A.D.P. = Assistenza Domiciliare Programmata

L.A. = Lungoassistenza

Totale pazienti in cure domiciliari



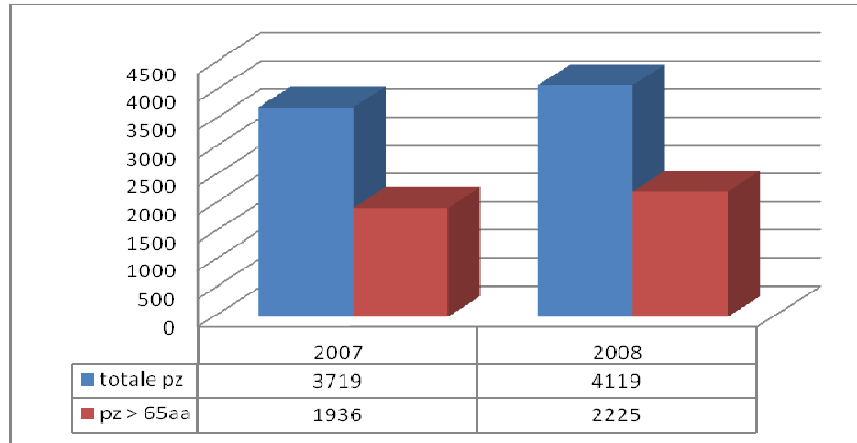
Dall'analisi dei dati, si possono dedurre alcune considerazioni:

- nel corso dell'anno 2008 sono stati seguiti in totale a domicilio nelle varie forme assistenziali (A.D.I., Cure Palliative, S.I.D., Assistenza Domiciliare Programmata, Lungoassistenza) 4.119 pazienti con una percentuale di aumento totale rispetto all'anno 2007 (3.719 pazienti) del 10,8%.

Di questi, i pazienti ultrasessantacinquenni seguiti a domicilio nelle varie forme assistenziali sono stati, sempre nel 2008, 2225 con una percentuale di aumento rispetto all'anno 2007 (1936 pazienti) del 14,92%.

ANNO	2007	2008
Totale pazienti	3719	4119
Pazienti > 65 anni	1936	2225

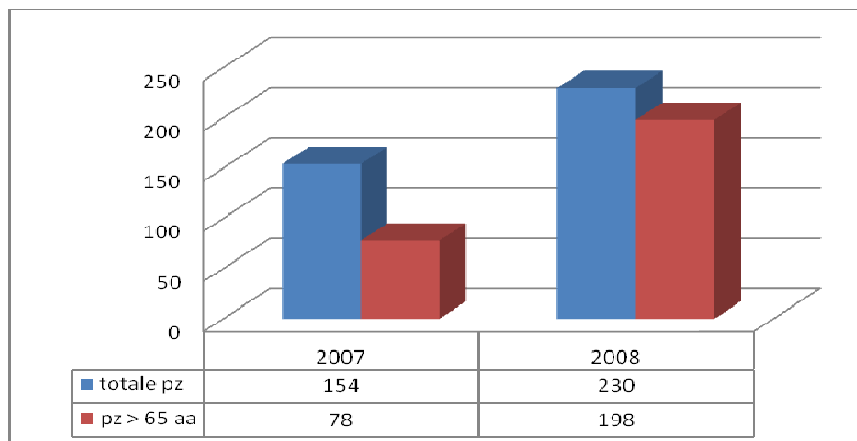
Confronto pazienti in cure domiciliari rapportato all'età



- Di particolare rilievo risulta essere l'incremento dei casi di Lungoassistenza, che esprimono il grado di integrazione che è stato raggiunto e che è andato via via consolidandosi nel seguire congiuntamente A.S.L./Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali il percorso del paziente non autosufficiente. Infatti i casi di Lungoassistenza totali sono passati da 154 nel 2007 a 230 nel 2008 con un incremento pari al 32%, mentre i casi di Lungoassistenza per gli ultrasessantacinquenni sono passati da 78 nel 2007 a 108 nel 2008, con un aumento del 38,46%.

ANNO	2007	2008
Totale pazienti in Lungoassistenza	154	230
Pazienti > 65aa in Lungoassistenza	78	198

Confronto pazienti in Lungoassistenza rapportato all'età



- I pazienti dimessi dall'ospedale in Cure Domiciliari in regime di continuità assistenziale sono stati in totale, nel 2007, 151 e, nel 2008, 216, con un aumento del 43,4%. Di questi, i pazienti ultrasessantacinquenni sono stati, nel 2007, 120 e, nel 2008, 176, con un aumento del 46,6%

Grazie anche alla collaborazione della Direzione Sanitaria di Presidio e della S.O.C. R.R.F. da alcuni anni si è riusciti ad organizzare anche un percorso riabilitativo domiciliare, destinato a pazienti con disabilità 2 (grave - post acuta in fase di recupero) e con disabilità 3 (grave - cronica in fase di stabilizzazione).

Il percorso riabilitativo prevede che i pazienti vengano sottoposti, su richiesta del Medico di Famiglia, ad una visita fisiatrica a domicilio con valutazione del soggetto anche in rapporto all'ambiente in cui vive, analizzando i fattori che ne riducono l'autonomia e la

partecipazione alla vita comune ed individuando, laddove necessario e possibile, un ausilio utile per limitare o rimuovere questi ostacoli, per facilitare alcune funzioni perse, per ridurre il carico assistenziale e per favorire l'attività di relazione. Per ogni paziente si tende a valorizzare la presenza del familiare e del personale di assistenza come risorsa.

Sono possibili due modalità differenti di erogazione della prestazione riabilitativa:

- nei pazienti affetti da disabilità ormai stabilizzata o in fase di lenta progressione, per i quali l'obiettivo del trattamento non è migliorare l'autonomia, ma prevenire i danni terziari, laddove sia presente un contesto familiare favorevole, viene proposta un'attività di counselling, basata sull'addestramento posturale ed articolare, sull'uso corretto di ausili e sull'abbattimento di barriere architettoniche
- nei pazienti con disabilità maggiore, che non necessitano di trattamento riabilitativo intensivo, nei quali il progetto riabilitativo consenta una riduzione significativa della disabilità ed una acquisizione di autonomia via via maggiore, vengono prescritti cicli di fisioterapia, monitorati nel tempo, fino alla dimissione da parte dell'équipe riabilitativa.

Ogni progetto si realizza attraverso uno o più programmi riabilitativi da modificare in itinere, a seconda degli obiettivi riabilitativi raggiunti o delle modificazioni delle condizioni cliniche legate alla patologia di base.

Nell'anno 2008 il servizio di riabilitazione domiciliare della nostra A.S.L. era costituito da due operatori (un Fisiatra Specialista Convenzionato Interno ed un Fisioterapista), che hanno lavorato sul territorio in collaborazione con le varie Strutture Ospedaliere, con i Medici di Famiglia e con gli infermieri del territorio dedicati alle Cure Domiciliari.

Sulla base della scheda "Proposta di percorso riabilitativo individuale" è stata elaborata una scheda per la valutazione del progetto e del programma riabilitativo territoriale ed è stata inserita, nella cartella domiciliare integrata rivista nella sua globalità, una sezione dedicata alla riabilitazione.

I pazienti valutati e seguiti nel corso dell'anno 2008 a domicilio sono stati 82, di cui 35 maschi e 47 femmine.

Ai fini della realizzazione di una rete di servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di adulti ed anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti, l'obiettivo prioritario da perseguire è il mantenimento della persona nella propria casa e nel proprio contesto ambientale il più a lungo possibile e quindi il contenimento del ricorso alla istituzionalizzazione ed al ricovero, con conseguente razionalizzazione dei costi e miglioramento della qualità di vita. Nel momento in cui vengono a mancare i presupposti per l'assistenza al domicilio, vengono valutate altre tipologie di risposta, come gli inserimenti in Strutture Residenziali per adulti ed anziani non autosufficienti, compresi i cosiddetti ricoveri di sollievo, e gli eventuali ricoveri in Strutture Semiresidenziali.

Negli anni, è notevolmente aumentato sia il numero di Strutture RAF/RSA convenzionate, sia il numero di ospiti inseriti.

Già nel 1998 la programmazione aziendale prevedeva un'attenzione particolare al problema degli anziani non autosufficienti, tanto che si era stimato, per la nostra ASL, un fabbisogno di 980 posti letto in strutture Residenziali per non autosufficienti.

Si è passati **da una situazione riferita al 31 dicembre dell'anno 2000** (quando il Piano Sanitario Regionale prevedeva la tendenza all'inserimento in convenzione dell'1% degli ultrasessantacinquenni, che equivaleva a circa 330 posti letto) di:

- 182 ospiti in convenzione
- 241 posti letto disponibili
- 8 strutture convenzionate

ad una situazione riferita al 31 dicembre dell'anno 2008 di:

- 713 ospiti in convenzione
- 1.154 posti letto disponibili
- 30 strutture convenzionate

Nella tabella che segue viene riportata la situazione al 31/12/2008:

DISTRETTO DI ALBA	Tipologia	Posti Letto Convenzionati	Totale Ospiti in convenzione
ALBA COTTOLENGO	Media Intensità	17	17
ALBA FERRERO	Media Intensità	20	11
ALBA OTTOLENGHI	Alta Intensità	60	5
ALBA OTTOLENGHI	Media Intensità	36	50
CANALE	Media Intensità	15	14
CASTIGLIONE TINELLA	Media Intensità	40	27
CERRETTO	Media Intensità	60	57
CORNELIANO	Media Intensità	20	19
CORTEMILIA S.Pantaleo	Media Intensità	20	4
CORTEMILIA S. Spirito	Media Intensità	14	14
CORTEMILIA Villa M.Sampò	Media Intensità	51	12
GOVONE	Media Intensità	24	16
MAGLIANO ALFIERI Soggiorno Alfieri	Media Intensità	19	17
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	Media Intensità	41	25
MONESIGLIO	Media Intensità	1	1
MONFORTE	Media Intensità	20	15
MONTA'	Media Intensità	40	19
NEIVE	Media Intensità	40	25
S.STEFANO BELBO	Media Intensità	40	24
S.STEFANO BELBO	Alta Intensità	20	4
S.STEFANO ROERO	Media Intensità	40	8
VEZZA D'ALBA	Media Intensità	20	18
Totale di distretto	ALBA	658	402
DISTRETTO DI BRA	Tipologia	Posti Letto Convenzionati	Totale Ospiti in convenzione
BRA COTTOLENGO	Media Intensità	40	27
BRA FRANCONI	Alta Intensità	40	6
BRA FRANCONI	Media Intensità	20	21
BRA GLICINI	Alta Intensità	20	6
BRA GLICINI	Media Intensità	60	42
BRA MONTEPULCIANO	Media Intensità	20	17
CERESOLE D'ALBA	Media Intensità	40	16
CHERASCO	Alta Intensità	36	11
CHERASCO	Media Intensità	30	33
CHERASCO nefropatici	Alta Intensità	4	2
LA MORRA	Media Intensità	20	13
POCAPAGLIA	Media Intensità	26	21
SANFRE'	Media Intensità	20	28
SOMMARIVA BOSCO	Media Intensità	40	24
SOMMARIVA PERNO	Media Intensità	40	35
SOMMARIVA PERNO	Alta Intensità	40	9
tot. di distretto	BRA	496	311
TOTALI	31/12/2008	1154	713
Popolazione > 65 aa ASL 18 Alba-Bra			36.761
percentuale inserimenti			1,94%

Media Intensità = R.A.F. = Residenza Assistenziale Flessibile

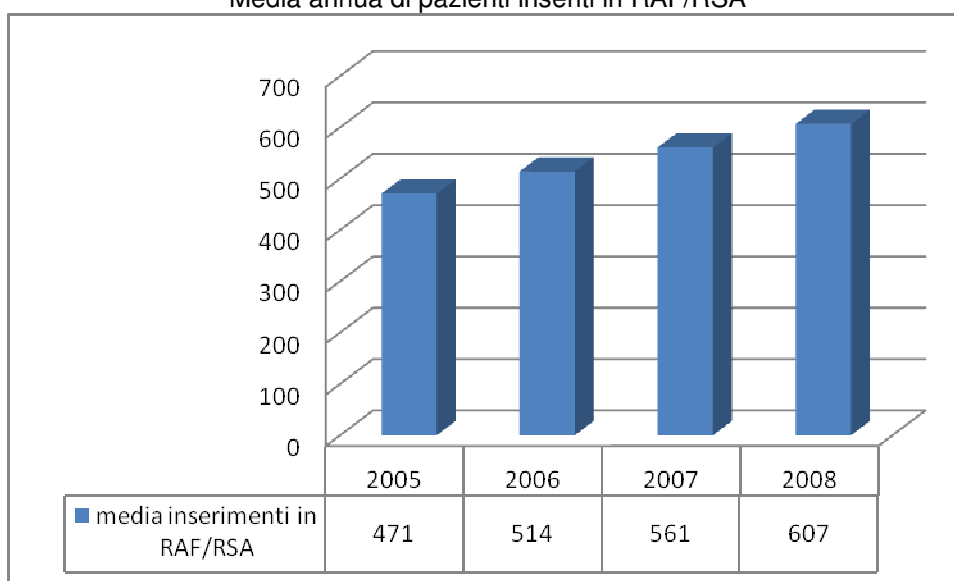
Alta Intensità = R.S.A. = Residenza Sanitaria Assistenziale

Nel corso dell'anno 2008, con l'incremento degli inserimenti nelle RAF e RSA convenzionate in ASL e fuori ASL (secondo le indicazioni delle D.G.R. 17-15226 del 30/03/2005 e della D.G.R. 18-15227 del 30/03/2005), si è diminuita la lista d'attesa nell'ottica di perseguire l'obiettivo tendenziale dei due posti letto ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni, obiettivo quasi raggiunto a fine anno.

Si riporta, nella tabella seguente, la situazione puntuale al 31 dicembre e la media degli inserimenti negli ultimi anni:

	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA INSERITI	% MEDIA SU POPOLAZIONE	INSERITI AL 31 DICEMBRE	% INSERITI SU POPOLAZIONE
2005	35.558	471	1,32	523	1,47
2006	36.123	514	1,42	532	1,47
2007	36.578	561	1,53	581	1,59
2008	36.761	607	1,65	715	1,94

Media annua di pazienti inseriti in RAF/RSA



In stretta collaborazione con tutti gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali (Consorzio Socio Assistenziale Alba - Langhe - Roero, Consorzio INT.ES.A., Comunità Montana Alta Langa) ci si è poi confrontati sul progetto definito dalla D.G.R. 55-9323, finalizzato all'individuazione di modalità e strategie a garanzia di prestazioni sanitarie e sociali integrate, offerte attraverso un'unica "porta" d'ingresso facilmente accessibile per tutti, ma soprattutto per gli assistiti più fragili.

Sono state così realizzate due proposte progettuali relative ai "Punti Unici di Accesso", riferite ai territori dei due distretti, destinati ai cittadini residenti nell'ambito di pertinenza, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza: anziani affetti da patologie che determinano condizioni di non autosufficienza, minori e adulti affetti da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica.

Sempre con l'obiettivo della realizzazione di processi tesi a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali e la concretizzazione di percorsi assistenziali integrati, con un conseguente riequilibrio di risorse finanziarie ed organizzative, si è incrementata l'attività rivolta alla disabilità, così come riportato, almeno per quanto riguarda la residenzialità e la semiresidenzialità, nel prospetto che segue:

Assistenza residenziale disabili al 31/12/2008

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate assistenza
ABRATE - Alba	C	10	3.325
AGAPE - Racconigi	C	1	366
ATENA N.D. - Scarmagno	A	1	324
AURORA - Pollenzo	C	8	2.654
CASA M.ROSA - Alba	C	8	2.407
ELSA - Canelli	A	4	1.464
FERRERO RAF - Alba	A	20	7.071
IL MELOGRANO - Vesime	A	9	3.119
LA ROCCA - Bra	B	5	1.464
SOTTOSOPRA	B	3	1.098
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	3.660
LE NUVOLE - Neive	C	4	958
PAPA GIOVANNI XXIII - Fossano	C	2	732
PICCOLA CASA D.P. - Alba	A	15	4.404
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella	A	4	1.464
PEPENERO - Alba	B	4	864
TETTI BLU - Alba	B	4	1.464
VILLA OTTAVIA - Castiglione Falletto	C	1	366
CASA FAMIGLIA-RICCA	C	4	533
TOTALE			37.337

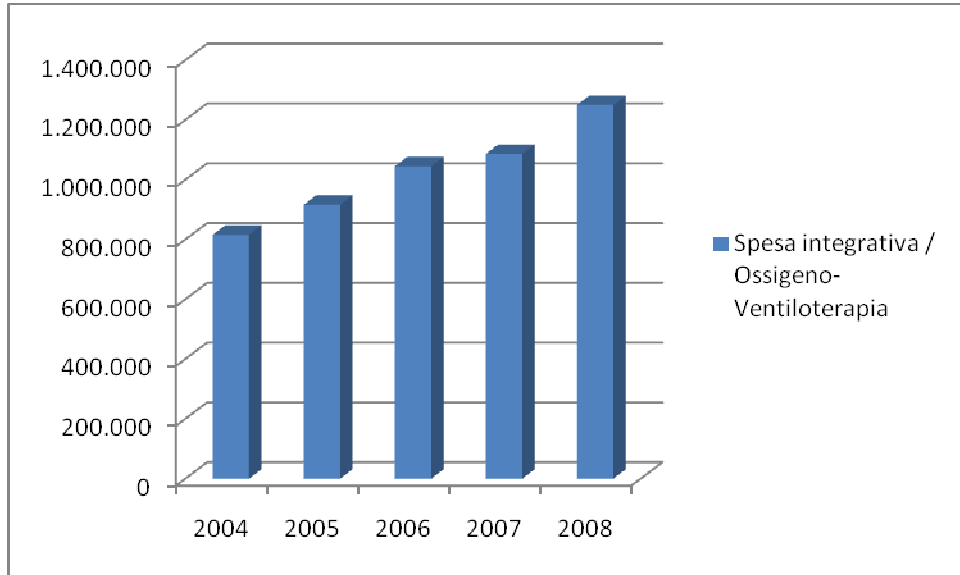
Assistenza semiresidenziale disabili al 31/12/2008

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti	Numero giornate assistenza
BONAFOUS - Cortemilia	A	13	2.297,0
A.G.HA.V. - Bra	A	22	4.600,0
COCCIO E TELA - Alba	A	25	4.687,0
IL GIRASOLE - Narzole	A	25	4.554,5
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	9	2.049,0
INSIEME - Alba	A	31	4.737,5
L'IPPOCASTANO - Neive	A	15	2.328,0
PIN BEVIONE - Veza d'Alba	A	25	4.044,5
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	12	2.199,0
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	2	357,0
PUZZLE - TORINO	A	1	28,0
TOTALE			31.881,5

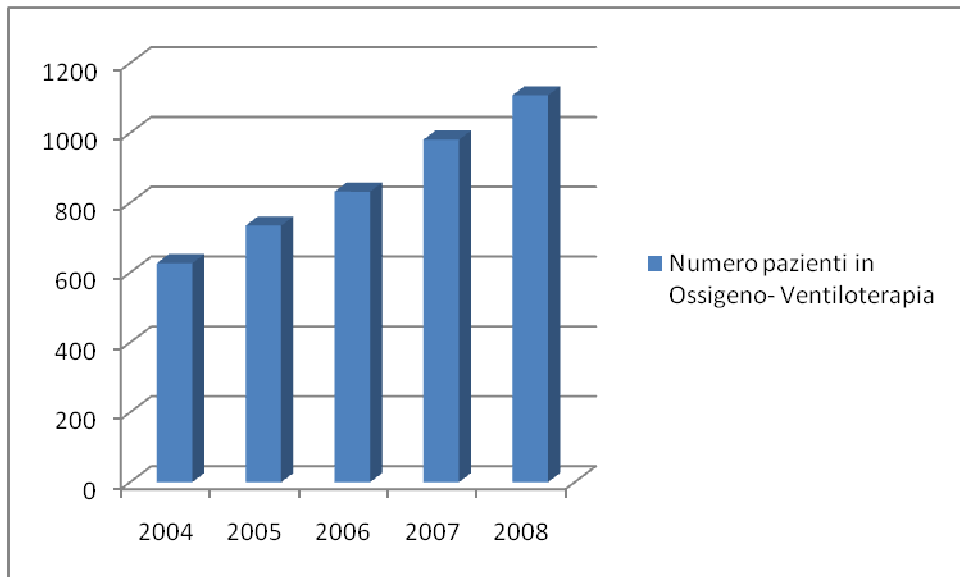
Anche l'attività relativa all'assistenza integrativa e protesica è stata negli anni considerevolmente incrementata, sia per l'aumento dei pazienti assistiti sul territorio e sia per le notevoli innovazioni tecnologiche offerte in questo settore.

Ne sono chiara dimostrazione sia l'andamento della spesa di seguito riportata sia il crescente numero di pazienti presi in carico.

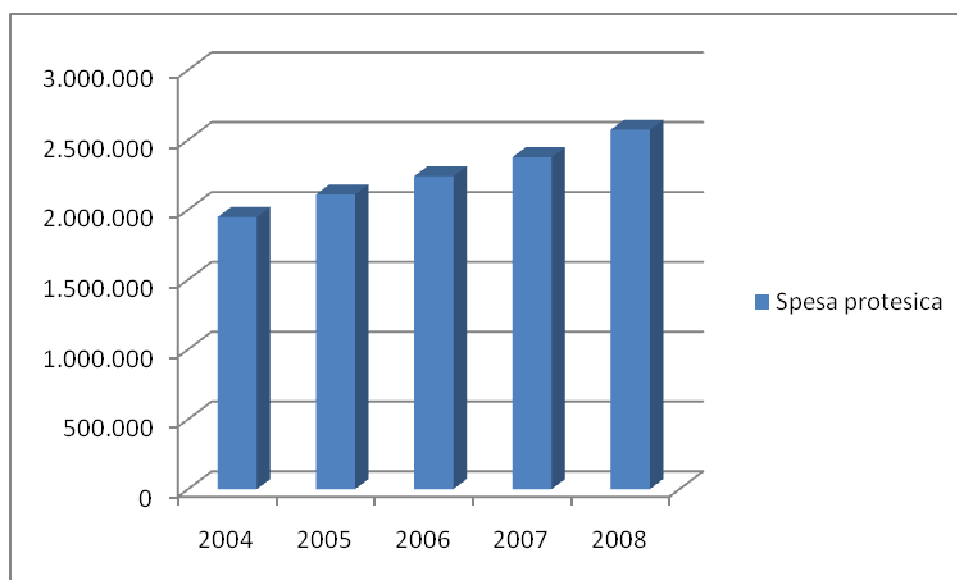
	2004	2005	2006	2007	2008
Spesa integrativa / Ossigeno-Ventiloterapia	816.000,00	916.450,00	1.045.000,00	1.086.492,00	1.250.000,00



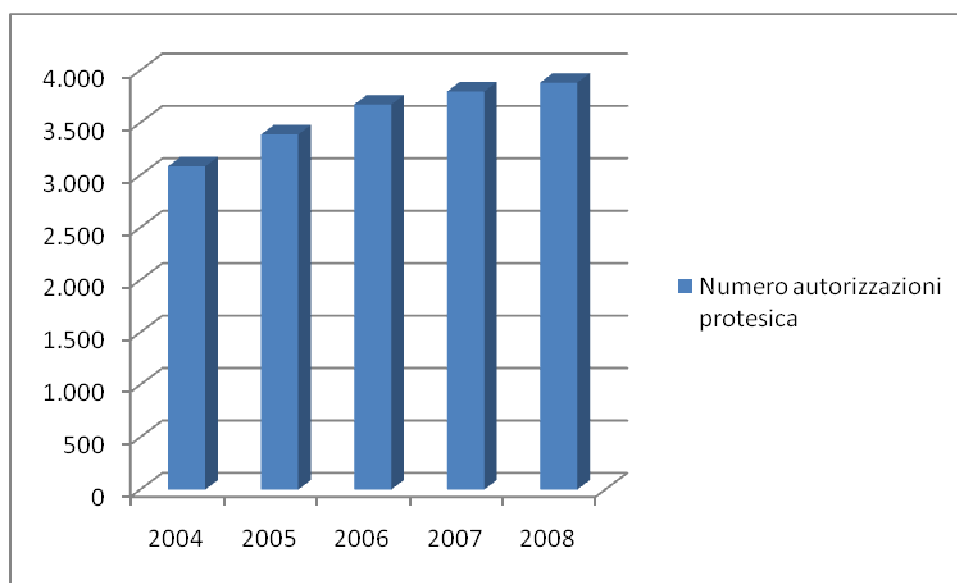
	2004	2005	2006	2007	2008
Numero pazienti in Ossigeno- Ventiloterapia	627	735	832	981	1.108



	2004	2005	2006	2007	2008
Spesa protesica	1.947.500,00	2.108.950,00	2.239.715,00	2.375.615,00	2.572.000,00



	2004	2005	2006	2007	2008
Numero autorizzazioni protesica	3.085	3.389	3.675	3.799	3.883



Passando all'esame di un altro particolare settore territoriale, possiamo con soddisfazione sottolineare come i Consultori abbiano, negli ultimi anni, ampliato le loro competenze e caratterizzato in modo sempre più sostanziale i loro ambiti d'azione.

Le competenze dei Consultori si sono nel tempo meglio definite ed i Consultori sono diventati sempre più strategici nella gestione delle problematiche correlate alla tutela della salute della donna, delle coppie e dei minori, richiedendo nuove forme di integrazione e collaborazione fra varie professionalità e diverse istituzioni.

L'attività consultoriale a cui concorrono appunto una pluralità di figure professionali e di strutture aziendali e non, per l'eterogeneità e per l'ambito di intervento, è da sempre inserita, nella nostra realtà, nel contesto dei servizi territoriali. La figura della psicologa è parsa anche al gruppo di operatori la più idonea a garantire il necessario coordinamento con le varie realtà sopra descritte ed in particolare col Dipartimento Materno Infantile, nel cui Comitato Direttivo è stata appunto inserita, secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, anche la referente del Consultorio.

Nonostante le ben note difficoltà gestionali, la nostra A.S.L. ha scelto di investire nel

tempo maggiori risorse sui Consultori, cosa che ha reso possibile la riorganizzazione del personale con la presenza oggi di quattro Ostetriche (in sostituzione di due Infermiere Professionali) e la riorganizzazione delle attività, che ha portato a:

- migliorare l'accoglienza,
- aumentare gli orari di apertura,
- incrementare le attività di prevenzione ed educazione alla salute,
- effettuare il "Programma Prevenzione Serena" direttamente in Consultorio, per quanto riguarda il citologico ed aumentare l'opera di sensibilizzazione sul mammografico,
- potenziare le attività svolte nell'ambito del "Percorso Nascita" (apertura ambulatorio ostetrico per la gravidanza a basso rischio),
- incentivare la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno,
- condividere ed applicare i protocolli assistenziali regionali.

A proposito in particolare di quest'ultimo punto, gli operatori del Consultorio hanno partecipato con entusiasmo ed interesse ai gruppi di lavoro regionali su:

- raccomandazioni per la prescrizione della contraccezione ormonale,
- raccomandazioni per la contraccezione d'emergenza,
- raccomandazioni per l'applicazione dello IUD,
- percorsi I.V.G.,
- gravidanza a basso rischio, a medio - alto rischio,
- protocollo aziendale per la "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno: verso una Regione amica di mamma e bambino".
- Il coinvolgimento ed il confronto, all'interno dei gruppi di lavoro regionali, è stato di grande stimolo per gli operatori, per la condivisione, la diffusione e la realizzazione a livello locale dei documenti elaborati.
- Si riportano, di seguito i dati più significativi sull'attività dei Consultori di Alba e di Bra negli ultimi anni:

PRESTAZIONI CONSULTORIALI

	Prestazione per italiane+straniere	Prestazione per italiane su totale	Prestazione per straniere su totale
2006	13.481	68%	32%
2007	13.822	63%	37%
2008	14.625	60%	40%

VISITE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO

	CONSULTORIO ALBA		CONSULTORIO BRA	
	Visite gravidanza	Visite post partum	Visite gravidanza	Visite post partum
2006	1.084	85	374	32
2007	1.156	90	368	30
2008	1.196	99	473	31

VISITE GRAVIDANZE A MEDIO-ALTO RISCHIO

	CONSULTORIO ALBA	CONSULTORIO BRA
2006	36	29
2007	60	26
2008	84	39

I.V.G.

	CONSULTORIO ALBA		CONSULTORIO BRA	
	Certificazione I.V.G.	Controllo post I.V.G.	Certificazione I.V.G.	Controllo post I.V.G.
2006	136	36	86	27
2007	125	42	93	27
2008	148	59	95	21

CONTRACCEZIONE

	CONSULTORIO ALBA			CONSULTORIO BRA		
	Estro progestinici	Contracezione d'emergenza	Dispositivo intrauterino	Estro progestinici	Contracezione d'emergenza	Dispositivo intrauterino
2006	662	30	64	227	21	18
2007	689	40	55	324	10	9
2008	651	34	63	292	11	22

PRESTAZIONI DELL'OSTETRICA IN CONSULTORIO

	CONSULTORIO ALBA		CONSULTORIO BRA	
	Educazione Sanitaria	Educazione Sanitaria Adolescenti	Educazione Sanitaria	Educazione Sanitaria Adolescenti
2006	1891	86	943	53
2007	2594	195	1060	38
2008	3598	99	1492	21

Anche nella nostra A.S.L. si sta da tempo realizzando, a tutti i livelli, una modalità di erogazione dei servizi organizzata in modo che i pazienti siano davvero accompagnati positivamente e consapevolmente nel loro percorso di diagnosi, cura e riabilitazione.

Da quanto presentato, si intuisce la complessità dell'assistenza territoriale e l'evoluzione che ne deriverà in prospettiva negli anni futuri: si tende sempre più ad operare all'interno di un quadro di riferimento di integrazione multidisciplinare e di collaborazione tra diversi servizi, per essere in grado di affrontare tutti gli aspetti del percorso di continuità delle cure in modo unitario, dinamico e flessibile.

Il modello organizzativo e di integrazione interna delle diverse aree non è e non vuole essere definito a priori, ma deriva dalla storia e dall'esperienza dell'organizzazione e dalle persone che la compongono. Questa relativa flessibilità non deve essere considerata un fattore di debolezza, ma un punto di forza per la costruzione di un sistema che sappia cogliere i cambiamenti e le opportunità ed adattarsi a questi, per migliorare i propri risultati.

L'impostazione data dalla nostra ASL all'attività del territorio è stata ed è fortunatamente fondata non solo sulle componenti prestazionali, ma anche e soprattutto sulle variabili relazionali, intese non solo come relazioni fra le persone, ma anche come relazioni con il contesto.

Ciò a cui possiamo ancora auspicare è quella rivoluzione culturale che ci porti a non parlare e soprattutto a non pensare più al "paziente-utente-cliente", bensì alla "persona", così come potremmo arrivare a non pensare più al "medico-infermiere-fisioterapista...di Ospedale, Lungodegenza, Riabilitazione, Territorio...", ma ad un "gruppo di operatori del Servizio Sanitario" capaci di fare davvero "Sistema" e di offrire al cittadino le risorse migliori e più appropriate per il suo benessere psico-fisico.

Profili e Piani di Salute: la salute oltre la sanità

Anna Abburrà – Elio Laudani – Luigina Gazzera

Introduzione

La salute è una condizione dell'individuo che è difficile da definire e che potrebbe corrispondere allo stato di felicità individuale. È evidente che la felicità ancor più della salute è un concetto vago.

Ne deriva che ancor più vaghi e imprecisi saranno i tentativi di descrizione formale, di misurazione, di produzione pianificata e promozione della salute.

Tuttavia i fattori che determinano la salute sono abbastanza noti e sono legati più a condizioni ambientali e di organizzazione sociale che non a condizioni create dai servizi sanitari o da attività della medicina.

In linea teorica si può sostenere che un'operazione collettiva di costruzione intelligente di buone condizioni ambientali e sociali potrebbe fare salute, forse più di quanto possa farlo il solo sviluppo dei servizi sanitari.

Questo assunto teorico, tradotto in pratica a livello periferico, dovrebbe incitare gli amministratori degli enti locali a fare in modo che le decisioni decentrate possano favorire positivamente le condizioni di salute, leggi benessere, dei cittadini.

Possono essere un esempio di politiche locali di questo tipo la creazione di spazi verdi nelle città, di zone a traffico veicolare limitato, di condizioni atte a ridurre l'inquinamento acustico o atmosferico. In una parola, le azioni nobili della buona pratica del governo locale.

I PEPS (Piani e Profili di Salute), compito dei Comitati di Sindaci di Distretto, sono iscritti in queste nobili e intelligenti azioni di amministrazione pubblica.

In altri termini, il bene pubblico salute dovrebbe essere argomento e predicato delle politiche pubbliche locali.

Un'indagine descrittiva, condotta con un'intervista semi - strutturata, è stata condotta presso i sindaci degli 11 Comuni che compongono il Distretto Sanitario di Bra della ASL CN2.

Lo scopo di tale indagine era di conoscere che cosa già si faceva e che cosa si pensava di fare in futuro per favorire, più o meno consapevolmente, il benessere dei cittadini di una comunità.

Materiali e metodi

Le domande, poste, attraverso un questionario somministrato a voce, ai sindaci degli 11 comuni del distretto da parte degli autori di questo testo, sono illustrate nella Scheda 1.

Le politiche per la salute sono state ridotte in ampie categorie di classificazione: stili di vita, viabilità, politiche per i giovani, politiche ambientali, sicurezza percepita dai cittadini, spazi e condizioni abitative.

L'elaborazione statistica è stata eseguita con il pacchetto EPI INFO.

Risultati

La formalizzazione delle risposte è riportata nella seguente tabella excel.




comune	peps	pdz	esi_1	esi_2	esi_3	fut_1	fut_2	fut_3	risorse	nuovo
1	si	si	viabilita	no	no	sicurezza	stilivita	ambiente	volontar	si
2	no	no	viabilita	stilivita	no	viabilita	no	no	cultura	si
3	si	si	viabilita	stilivita	sicurezza	viabilita	stilivita	giovani	banca_t	no
4	no	si	viabilita	ambiente	stilivita	abitattiva	ambiente	scuole	volontar	no
5	si	si	stilivita	no	no	giovani	stilivita	viabilita	anziani	si
6	si	si	ambiente	stilivita	giovani	ambiente	giovani	viabilita	volontar	no
7	no	si	stilivita	ambiente	no	giovani	ambiente	viabilita	volontar	si
8	no	no	stilivita	no	no	stlevita	ambiente	no	volontar	si
9	si	si	stilivita	ambiente	no	viabilita	ambiente	giovani	volontar	no
10	no	si	stilivita	no	no	giovani	viabilita	ambiente	volontar	si
11	si	si	stilivita	viabilita	no	viabilita	stilivita	giovani	volontar	no

Le tabelle seguenti illustrano le frequenze delle risposte.




Conoscenza dell'argomento

La seguente tabella illustra quanti sindaci erano neo eletti e quanti riconfermati o di nuova nomina dopo le recenti elezioni amministrative e quanto i sindaci fossero a conoscenza dei PEPS.

I SINDACI

nuovi	Frequency	Percent	
no	5	45,5%	
si	6	54,5%	
Total	11	100,0%	

PROFILI E PIANI DI SALUTE (PEPS)





peps	Frequency	Percent	
no	5	45,5%	
si	6	54,5%	
Total	11	100,0%	






Naturalmente la conoscenza era maggiore tra i sindaci non di nuova nomina.






Politiche esistenti

Tre livelli, in ordine di priorità, di azioni già in essere erano richiesti e la tabella seguente li riassume. In alcuni casi solo uno o due livelli sono stati descritti.

INIZIATIVE AVVIATE








esi_1	Frequency	Percent	
ambiente	1	9,1%	
stilivita	6	54,5%	
viabilita	4	36,4%	
Total	11	100,0%	







esi_2	Frequency	Percent	
ambiente	3	27,3%	
no	4	36,4%	
stilivita	3	27,3%	
viabilita	1	9,1%	
Total	11	100,0%	







esi_3	Frequency	Percent	
giovani	1	9,1%	
no	8	72,7%	
sicurezza	1	9,1%	
stilivita	1	9,1%	
Total	11	100,0%	

In analogia alle politiche già in essere anche tre livelli di priorità per le azioni future sono stati indagati e la tabella che segue li illustra.

LE PRIORITA' PER IL FUTURO






fut_1	Frequency	Percent	
abitativa	1	9,1%	
ambiente	1	9,1%	
giovani	3	27,3%	
sicurezza	1	9,1%	
stilevita	1	9,1%	
viabilita	4	36,4%	
Total	11	100,0%	

fut_2	Frequency	Percent	
ambiente	4	36,4%	
giovani	1	9,1%	
no	1	9,1%	
stilivita	4	36,4%	
viabilita	1	9,1%	
Total	11	100,0%	

fut_3	Frequency	Percent	
ambiente	2	18,2%	
giovani	3	27,3%	
no	2	18,2%	
scuole	1	9,1%	
viabilita	3	27,3%	
Total	11	100,0%	

Infine la distribuzione delle risorse locali esistenti e utilizzabili per la costruzione sociale dei PEPS sono illustrate in quest'ultima tabella.

CHE COSA PUÒ ESSERE CONSIDERATO RISORSA

risorse	Frequency	Percent	
anziani	1	9,1%	
banca_t	1	9,1%	
cultura	1	9,1%	
volontar	8	72,7%	
Total	11	100,0%	

Discussione e conclusioni

Lo stimolo offerto dai PEPS ci ha permesso un primo confronto con i Sindaci del territorio, coloro a cui spetta la definizione del Profilo e del Piano di Salute del distretto braidese: era infatti necessaria una prima riflessione condivisa che mettesse in luce sia l'esistente che le esigenze ritenute prioritarie per il futuro.

Si evidenzia come, ad oggi, i temi della viabilità e delle politiche giovanili siano da considerarsi prevalenti. Anche altre tematiche richiedono attenzione (stili di vita, ambiente).

Di qui occorre partire per definire concretamente alcuni progetti e piani di intervento.

E' intenzione ed interesse di tutti coinvolgere anche altri testimoni ed esperti - che operano e lavorano all'interno della nostra comunità - al fine di raccogliere ulteriori suggerimenti e di promuovere la loro attiva partecipazione in questo percorso di promozione della salute di tutti i cittadini che abitano e che sono interessati al benessere del nostro territorio.



SALUTE OLTRE LA SANITA'

(Peps e Piano di Zona)

Comune di _____

Caratteristiche socio – economiche _____

1) Conosce i PEPS? SI NO _____

2) Conosce i Piani di Zona? SI NO _____

3) Ritiene la politica locale debba porre attenzione a queste tematiche?

SI NO _____

3.1) Perché _____

4) Quali sono le iniziative che, a Suo avviso, già sono state avviate e che Lei ritiene essere strettamente correlate alla promozione della salute nella Comunità da Lei amministrata?

5) Quali sono quelle che invece ritiene non essere ancora state avviate, ma considera importanti per garantire una condizione di maggior benessere ai cittadini di questa Comunità?

6) Il territorio afferente al Consorzio INT.ES.A. e al Distretto2 dell'ASL CN2, comprende 11 Comuni e, già con il Piano di Zona, si è cercato di considerare lo stesso come un SISTEMA che può rappresentare una forza e una sicurezza maggiore. Quali sono le Sue considerazioni in merito?

7) E' disponibile a collaborare all'interno di questo sistema per il bene della sua Comunità, ma anche delle altre 10 che ne fanno parte?

-
- 8) Ritiene importante che fra ASL CN2 (ed in particolare il Distretto n. 2) e il Consorzio INT.ES.A. di Bra ci sia uno stretto collegamento sulle materie riguardanti l'integrazione socio sanitaria? SI NO _____

8.1) Perché? _____

- 9) Indichi 3 ambiti riguardanti le politiche per la salute del Suo territorio che considera particolarmente critici e quindi prioritari per la programmazione futura

- 10) Indichi quale è/quali sono, a Suo avviso, la/e risorsa/e presenti nella sua Comunità che è importante considerare e coinvolgere

Bra, _____

Grazie per la collaborazione.

IL DIRETTORE
Consorzio INT.ES.A.
Dott.ssa Anna ABBURRA'

IL DIRETTORE
Distretto n.2 ASL CN2
Dott. Elio LAUDANI

Analisi della relazione tra la spesa farmaceutica e l'età della popolazione assistita in medicina di base

Elio Laudani – Andrea Saglietti – Luca Monchiero

Introduzione

Il monitoraggio dei dati di spesa per farmaci è diventata una pratica corrente tra le attività delle strutture operative del Sistema Sanitario. La finalità più o meno esplicita di queste azioni consiste nel migliorare l'efficienza del sistema e la qualità delle cure.

L'attività di monitoraggio necessita di un processo di attenta analisi e riflessione sulla natura dei dati e sulla loro comparabilità.

Tale processo rientra nella complessa opera di interpretazione dei fenomeni sanitari.

Metodi statistici adeguati e riflessioni critiche sui risultati, cui conducono tali metodi, sono, a nostro avviso, un utile mezzo per migliorare l'assistenza sanitaria offerta ad una popolazione.

Il portare alla luce tali analisi e diffonderle tra i professionisti delle cure primarie, cioè Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri (PLS), favorisce il confronto tra pari, la crescita della cultura nel campo terapeutico e, in ultimo, anche l'appropriatezza delle cure.

Materiale e metodi

Sono stati analizzati i dati del flusso di spesa farmaceutica per l'anno 2008 includendo sia i farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate, a seguito della prescrizione del medico su ricettario nazionale, sia i farmaci dispensati direttamente dall'ASL, attraverso il sistema della cosiddetta distribuzione diretta.

La base di popolazione utilizzata a denominatore per il calcolo dei diversi indici è la popolazione assistita dal MMG o dal PLS alla data del 31-12-2008.

Si è utilizzato il pacchetto statistico EPI INFO per i calcoli seguenti: parametri delle distribuzioni delle variabili "età media degli assistiti" e "spesa per assistito"; coefficienti di correlazione R quadro; equazione della retta di regressione. Quest'ultima è stata costruita con la spesa per assistito come variabile dipendente e l'età media degli assistiti come variabile indipendente. I parametri pendenza e intercetta della retta sono stati testati, per la significatività statistica, sulla base della distribuzione F.

Risultati

Le tabelle seguenti illustrano i risultati dell'indagine descrittiva.

Tab. 1 - MMG. Anno 2008 - Età media assistiti

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
117	5539,0000	47,3419	12,7097	3,5651

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
38,0000	45,0000	47,0000	49,0000	64,0000	48,0000

Tab. 2 - MMG. Anno 2008 - Spesa media per assistito

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
117	25257,0000	215,8718	2356,7679	48,5466

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
63,0000	185,0000	215,0000	245,0000	433,0000	202,0000

Tab. 3 - MMG. ANNO 2008. - Correlazione e regressione tra età media assistiti e spesa media per assistito.

REGRESS Spesa = Età Media
Linear Regression

Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
EtaMedia	8,705	0,976	79,4744	0,000000
CONSTANT	-196,243	46,358	17,9203	0,000047

Correlation Coefficient: 0,41

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	111722,226	111722,226	79,474
Residuals	115	161662,851	1405,764	
Total	116	273385,077		

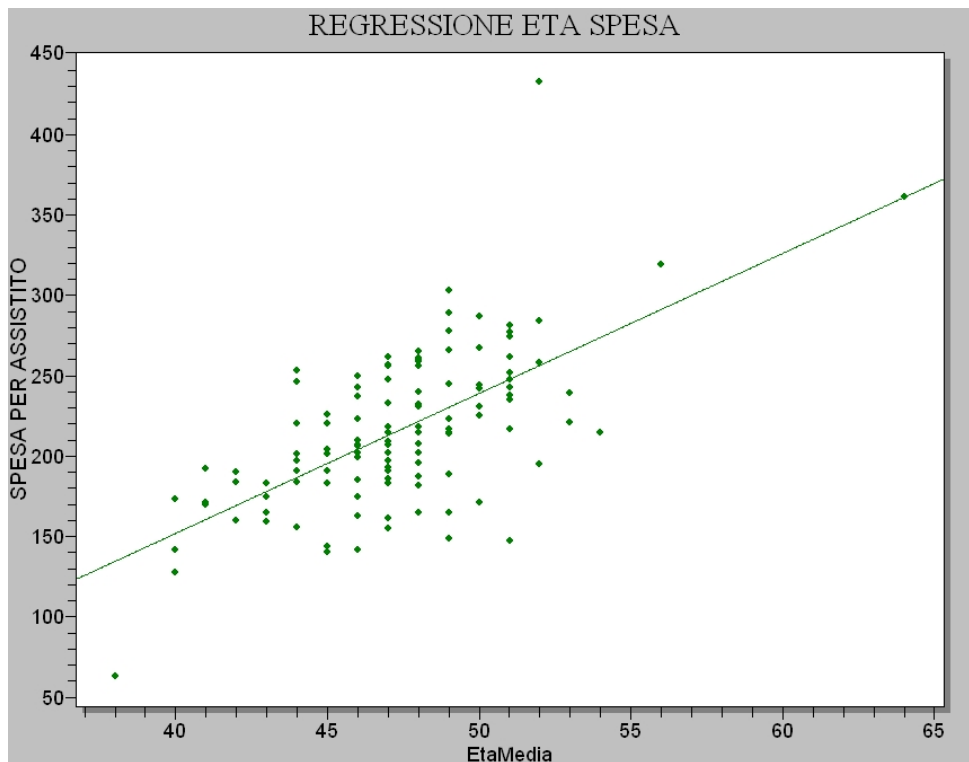
Tab. 4 - PLS. ANNO 2008 - correlazione e regressione tra età media assistiti e spesa media per assistito.

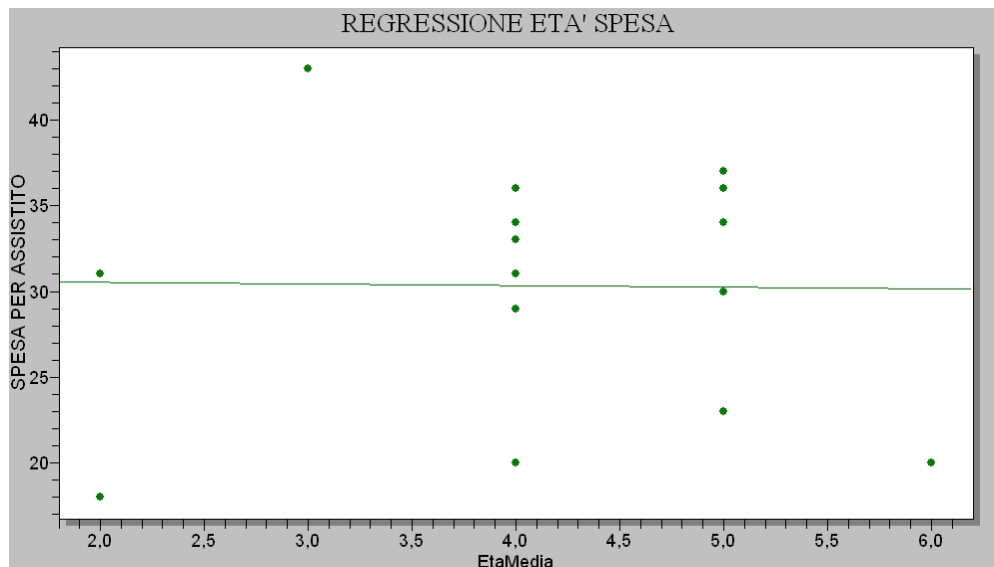
Variable	Coefficient	Std Error	F-test	P-Value
EtaMedia	0,306	1,776	0,0296	0,865797
CONSTANT	28,841	7,646	14,2296	0,002061

Correlation Coefficient: 0,00

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-statistic
Regression	1	1,726	1,726	0,030
Residuals	15	874,038	58,269	
Total	16	875,765		

I grafici seguenti mostrano la retta di regressione età media spesa per i MMG e per i PLS.





Discussione

Dall'analisi dei dati, per l'insieme della popolazione assistita dal MMG, emerge che la variabilità della spesa per assistito è spiegata per il 41% dall'età media degli assistiti. Per il gruppo dei PLS la variabilità di spesa non è invece affatto spiegata dall'età media (coefficiente di correlazione uguale a 0).

Utilizzando questo modello di interpretazione della spesa pro capite determinata dall'età degli assistiti, le popolazioni in carico ai MMG potrebbero essere inquadrare, per profilo di spesa, in quattro sottoinsiemi.

Il primo è quello di spesa pro assistito superiore al valore medio e età degli assistiti inferiore al valore medio; il secondo è quello di spesa pro assistito superiore al valore medio e età degli assistiti superiore al valore medio; il terzo è quello di spesa pro assistito inferiore al valore medio e età degli assistiti inferiore al valore medio; il quarto è quello di spesa pro assistito inferiore al valore medio e età degli assistiti superiore al valore medio.

La suddivisione in queste quattro categorie deriva dalla applicazione del modello di regressione lineare a due variabili con delimitazione del piano cartesiano in quattro quadranti. Si tratta, in altri termini, di un metodo interpretativo basato su un approccio statistico.

Non si pretende che questo metodo possa essere svelatore di assoluta verità o appropriatezza assistenziale, anche perché non dice nulla sulla variabilità nella complessità assistenziale delle diverse popolazioni assistite dal MMG.

Si tratta semplicemente di un tentativo di rendere meglio comparabili i dati e di sviluppare la riflessione sull'utilizzo di risorse collettive da parte dei professionisti della salute, ai quali è assegnato il compito della valutazione dei bisogni sanitari e della loro risoluzione attraverso le risposte più adeguate.

Conclusioni

La tutela della salute di una popolazione passa attraverso il corretto utilizzo delle risorse sociali disponibili.

Le strategie che mirano ad un corretto uso del farmaco comportano un monitoraggio della spesa e un buon ritorno di informazione ai medici che prescrivono. Si pensa che questo approccio possa sviluppare la consapevolezza che l'incremento della qualità delle cure passa anche attraverso la cultura dell'informazione indipendente in campo terapeutico.

Malattie infettive

Franco Giovanetti

La presente relazione ha come obiettivo la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche fondamentali di talune malattie infettive nel territorio dell'A.S.L. CN2 durante il 2008. La fonte dei dati è rappresentata dalle notifiche effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive).

Un sincero ringraziamento a tutti i colleghi che con le loro notifiche hanno reso possibile la stesura del seguente report.

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2008 non sono state notificate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

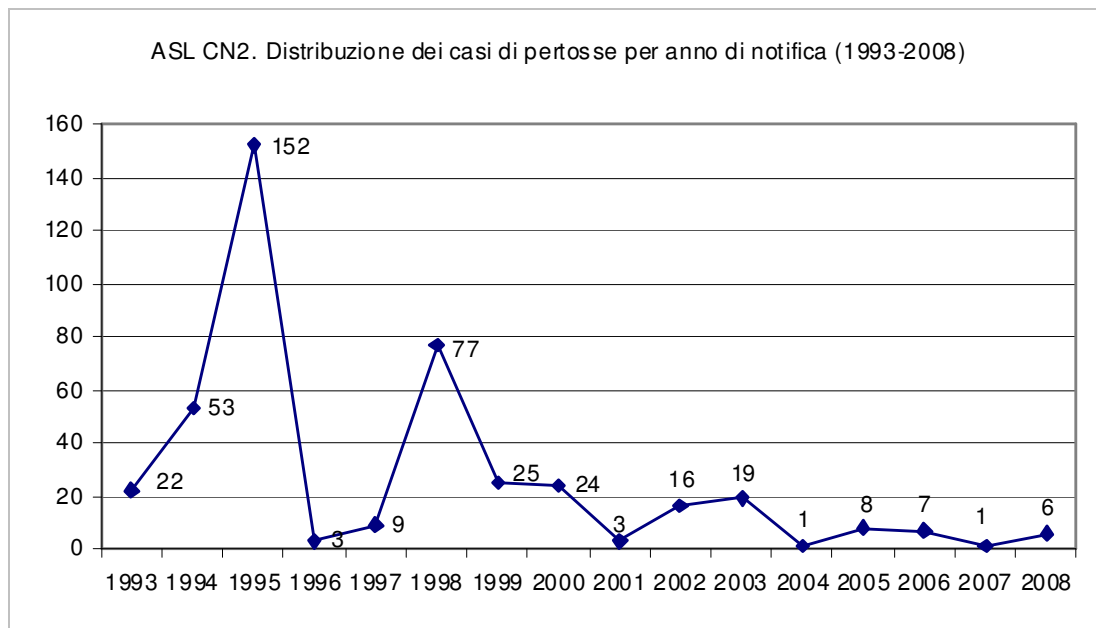
Numero di casi notificati nel 2008: 1 (età media 10,33 anni, D.S. 2,50)

Tasso d'incidenza: 3,55/100.000.

Stato vaccinale:

Andamento nel periodo 1993 - 2008

La distribuzione per anno dei casi notificati di pertosse nell'ASL CN2, periodo 1993-2007, è riportata nel grafico che segue.



2.2 Morbillo

Notifiche anno 2008

Numero di casi notificati nel 2008: 75

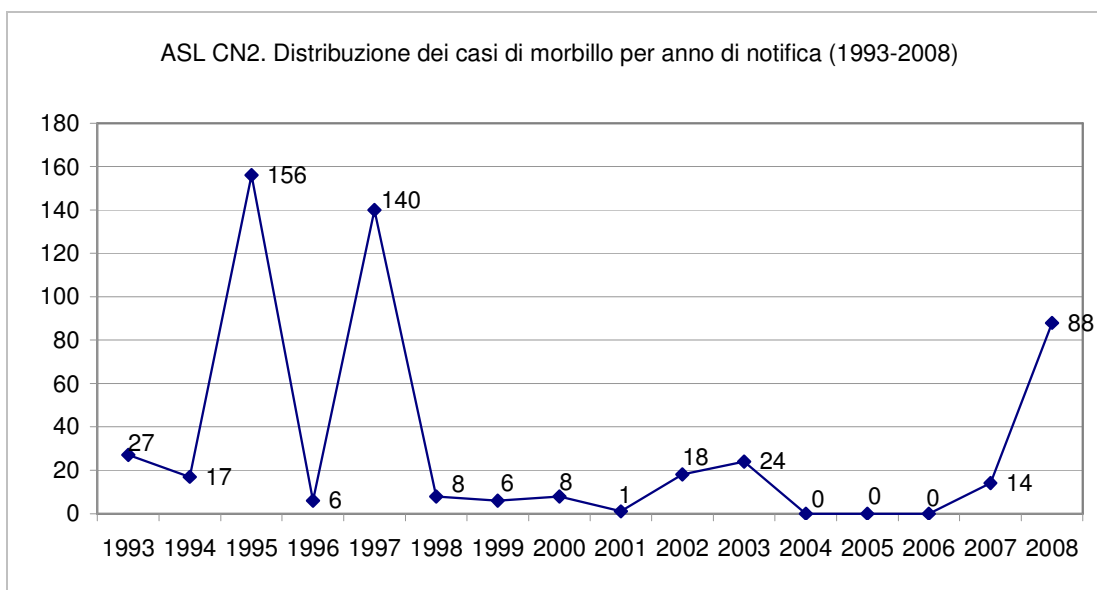
Tasso d'incidenza: 44,37/100.000

Età media: 22,9 anni, D.S. 10,48, mediana 22, moda 18

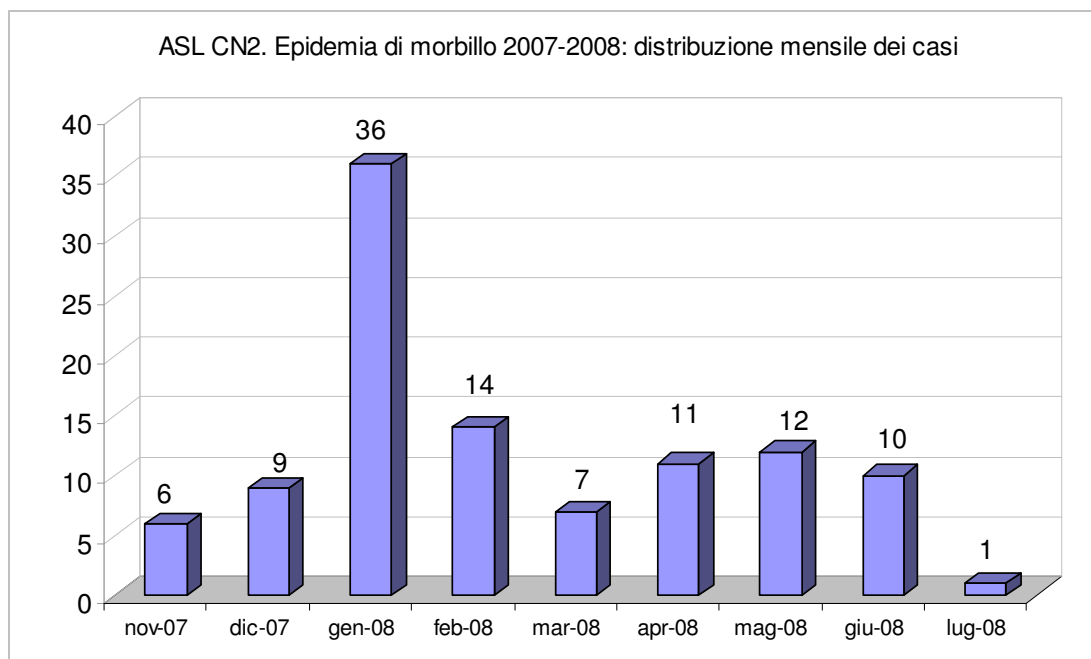
Stato vaccinale: 67 non vaccinati (89,3%); 5 vaccinati (6,6%), 3 non noto

Andamento nel periodo 1993 - 2008

Il grafico che segue riporta la distribuzione per anno dei casi notificati di morbillo nell'ASL CN2, periodo 1993-2008.



Epidemia di morbillo 2007-2008



Il grafico riporta l'andamento temporale dell'epidemia di morbillo che, tra novembre 2007 e luglio 2008, ha interessato il nostro territorio. Il focolaio epidemico si è sviluppato nel mese di ottobre nell'Asl 17 di Savigliano a partire da un caso indice importato dalla Gran Bretagna, e si è successivamente esteso a tutto il Piemonte e al resto del Nord Italia.

Di seguito sono illustrate le caratteristiche dei casi. **In questo paragrafo il numero totale dei casi è superiore a quello riportato nel grafico "Distribuzione dei casi di morbillo per anno di notifica (1993-2008)" poiché abbiamo incluso anche i casi diagnosticati nella nostra ASL ma relativi a soggetti residenti altrove.**

Età dei casi

media: 22 anni **mediana**¹ :21 **moda**² : 16

Collettività frequentata/luogo di lavoro dei casi

Collettività – Luogo di lavoro	Frequenza	Percentuale
AZIENDA	22	21,0%
BAR	3	2,9%
CAMPO ROM	2	1,9%
UFFICIO PUBBLICO	1	1,0%
CROCE ROSSA	1	1,0%
FARMACIA	1	1,0%
LAVORATORE AUTONOMO	1	1,0%
NEGOZIO	2	1,9%
NESSUNA	11	10,5%
OSPEDALE	5	4,8%
SALONE ESTETISTA	2	2,0%
SCONOSCIUTA	2	1,0%
SCUOLA	39	37,2%
SCUOLA GUIDA	1	1,0%
SCUOLA INFERMIERI	1	1,0%
STUDIO PROFESSIONALE	3	2,9%
SUPERMERCATO	4	3,8%
UNIVERSITA'	5	4,8%

Stato vaccinale dei casi

Stato vaccinale	Frequenza	Percentuale
1 DOSE DI VACCINO	5	4,7%
2 DOSI DI VACCINO	0	0%
NON VACCINATO	100	94,3%
IGNOTO	1	0,9%
Totale	106	0,9%

Complicanze

Cheratite (2 casi); epatite secondaria (1 caso); polmonite (1 caso); disidratazione (1 caso); diarrea (1 caso).

Ricoveri ospedalieri

5 casi, di cui 4 coincidono con la maggior parte delle complicanze testé citate: epatite secondaria, diarrea, disidratazione, polmonite.

Diagnosi di laboratorio

Su 34 pazienti (31% del totale) è stato possibile effettuare la conferma di laboratorio (ricerca delle IgM e/o PCR sulle urine), che è risultata positiva in 33 casi. Sono invece 14 i casi correlati epidemiologicamente con un caso confermato in laboratorio.

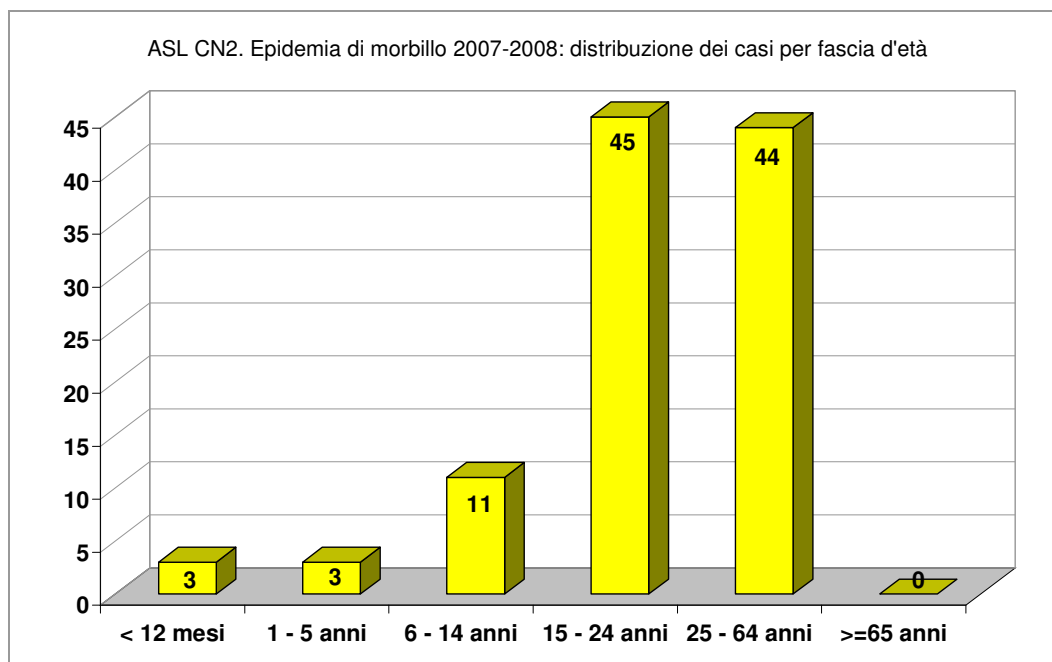
¹ La mediana è il valore che occupa il posto centrale in una distribuzione di frequenza i cui valori sono disposti in ordine crescente. A differenza di quanto accade con la media aritmetica, la mediana non è influenzata dai valori estremi. Essa ha la caratteristica di dividere in due parti uguali la successione di dati, pertanto si può definire come quel dato per il quale esistono tanti valori inferiori quanti superiori ad esso.

² La moda o norma della distribuzione di frequenza X, è la modalità caratterizzata dalla massima frequenza. In altre parole, è il valore che compare più frequentemente.

Cosa ci insegna questa epidemia?

Il virus responsabile è stato importato dalla Gran Bretagna, Paese che in tempi recenti ha registrato un calo della copertura vaccinale contro il morbillo. La diffusione del morbillo in seguito ai viaggi internazionali è un fenomeno già descritto in vari Paesi e in diversi contesti, ed è una conferma – se mai ce ne fosse bisogno – dell'importante ruolo dei viaggi nella diffusione delle malattie infettive.

Il modestissimo numero di bambini coinvolti risulta evidente dal grafico che segue.



Questa distribuzione dei casi dimostra che l'intensificazione dell'offerta vaccinale avvenuta nel corso degli ultimi anni e il conseguente incremento delle coperture vaccinali hanno protetto la popolazione pediatrica da un'epidemia che, in assenza di qualsiasi intervento di vaccinoprofilassi, avrebbe avuto gravi conseguenze in termini di complicanze e ricoveri ospedalieri.

L'altro dato da mettere in evidenza è la presenza di un serbatoio di soggetti suscettibili tra gli adolescenti e gli adulti, specialmente tra i giovani adulti che in precedenza non avevano contratto la malattia naturale né erano stati vaccinati. Su tali fasce di età è difficile incidere con interventi di prevenzione, poiché generalmente si tratta di soggetti che sfuggono ai Servizi vaccinali (a meno che non richiedano la consulenza per un viaggio internazionale o si presentino per altre vaccinazioni come ad esempio il richiamo tetanico-difterico) ed è quindi assolutamente indispensabile la collaborazione dei medici di famiglia per diffondere le necessarie informazioni a tale fascia di popolazione.

2.3 Parotite epidemica

Notifiche anno 2008

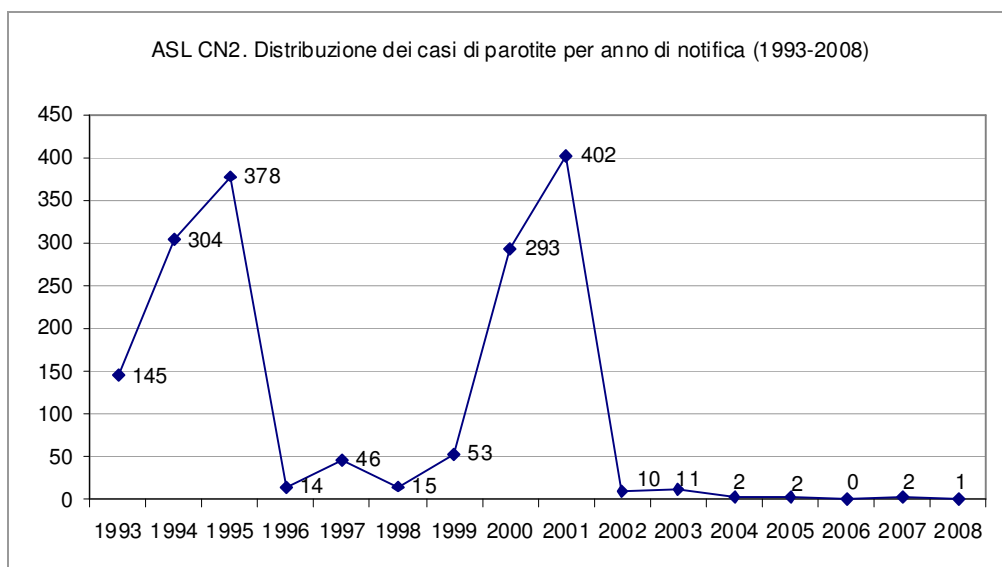
Numero di casi notificati nel 2008: 1

Tasso d'incidenza: 0,59/100.000

Stato vaccinale: vaccinata con 1 dose MMR. Non è stato possibile effettuare la conferma di laboratorio tramite sierologia, a causa del rifiuto della famiglia.

Andamento nel periodo 1993 - 2008

Il grafico seguente illustra la distribuzione per anno dei casi notificati di parotite nel periodo 1993-2008.



2.4 Rosolia

Notifiche anno 2008

Numero di casi notificati nel 2008: 27

Tasso d'incidenza: 15,97 /100.000

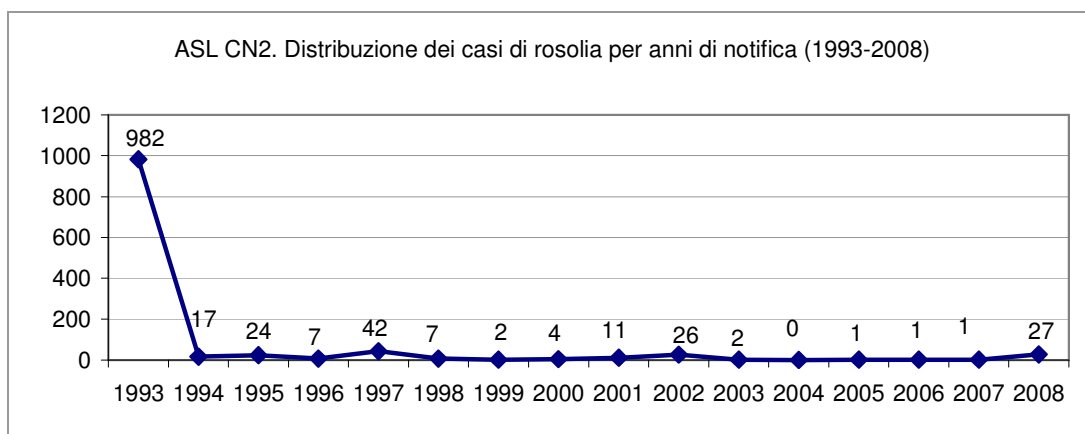
Età dei casi notificati: 19,11, D.S 6,75, mediana 19, moda 18

Sesso: M = 15; F = 12, di cui 1 gravida al terzo trimestre (follow up del neonato attualmente in corso)

Stato vaccinale: 25 non vaccinati, 1 vaccinato, 1 non noto

Andamento nel periodo 1993 - 2008

La distribuzione per anno dei casi notificati di rosolia nel periodo 1993-2008 è riportata di seguito.



I casi di rosolia notificati nell'ASL CN2 fanno parte di un'estesa epidemia che ha interessato la Regione Piemonte, con 1050 casi notificati nel periodo novembre 2007-settembre 2008. Da gennaio a giugno 2008 sono stati segnalati 32 casi di rosolia in gravidanza confermati in laboratorio, e nella maggior parte dei casi si trattava di donne residente in Comuni della cintura torinese. Gli esiti delle gravidanze sono stati i seguenti: 10 interruzioni di gravidanza, pari a 31% delle siero-conversioni (di cui 5 ITG e 5 IVG) e 22 parti (con 23 neonati nati vivi - 1 parto gemellare).

Escludendo le donne risultate immuni e i relativi neonati, di seguito si riporta l'esito del dosaggio delle Ig rosolia effettuato alla nascita sui 20 neonati nati da madri suscettibili con accertata sieroconversione in gravidanza:

- 12 IgM negativi
- 6 IgM positivi pari al 30%
- 18 IgG da sorvegliare

- 2 per i quali non è disponibile documentazione post natale.
(Fonte dei dati: Servizio Regionale di Epidemiologia delle Malattie Infettive – SEREMI, Alessandria).

2.5 Varicella

[Notifiche anno 2008](#)

Numero di casi notificati nel 2008: 491

Tasso d'incidenza: 291 /100.000.

Età media: 6,67

3. Altre malattie notificate

Patologia	Numero casi residenti nel territorio dell'ASL CN2
EPATITE A	3
EPATITE B	1
MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO	0
MALATTIA INVASIVA DA PNEUMOCOCCO	8 (di seguito è riportata una tabella di approfondimento)
MALATTIA INVASIVA DA HAEMOPHILUS b	0
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	69
DIARREA INFETTIVA	38
SCARLATTINA	161
LEGIONELLOSI	1
SIFILIDE	1
BLENNORRAGIA	1
RICKETTSIOSI	0

Malattia invasiva da pneumococco: approfondimento

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi notificati di malattia invasiva da *S. pneumoniae*.

(Fonti: dr. Giuseppe Molinari, Lab. Patologia Clinica, Ospedale S. Lazzaro – Alba; Servizio Regionale di Epidemiologia Malattie Infettive – SEREMI, Alessandria).

Casi pediatrici	Età	Sierotipo	Il sierotipo è contenuto nel vaccino 7-valente?	Presentazione clinica	Sito d'isolamento di <i>S. pneumoniae</i>
	13 mesi	6A	No	Polmonite	Sangue
Casi adulti	42 anni	Tipizzazione non prevista routinariamente in tali fasce d'età dall'attuale protocollo di sorveglianza regionale (*)		Polmonite	
	55 "			Polmonite	
	60 "			Sepsi e polmonite	
	71 "			Polmonite	
	72 "			Sepsi e polmonite	
	88 "				
	89				

(*) L'attuale protocollo di sorveglianza in Piemonte prevede la sierotipizzazione di routine solo nella fascia d'età 0 – 14 anni.

4. Patologie d'importazione

Malaria

Non risultano notificati casi di malaria né di altre patologie tropicali d'importazione.

5. Coperture vaccinali a 24 mesi di età e percentuale dei casi di rifiuto vaccinale

Nella tabella seguente sono riportate le coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età nel corso del 2008 tra i bambini residenti nell'ASL CN2. Si tratta quindi dei nati nel 2006.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR
ASL CN2	96.8%	96.8%	96.3%	96.6%	96.2%

La tabella che segue (riferita alle coorti di nascita dal 2002 al 2006) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL CN2 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni di routine.

Coorte di nascita	2002	2003	2004	2005	2006
Percentuale rifiuti totali	1.5%	1.1%	1.8%	0.8%	1.8%

Bibliografia

Filia A, De Crescenzo M, Seyler T, Bella A, Ciofi Degli Atti ML, Nicoletti L, Magurano F, Salmasso S. Measles resurges in Italy: preliminary data from September 2007 to May 2008. Euro Surveill. 2008;13(29):pii=18928. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18928>

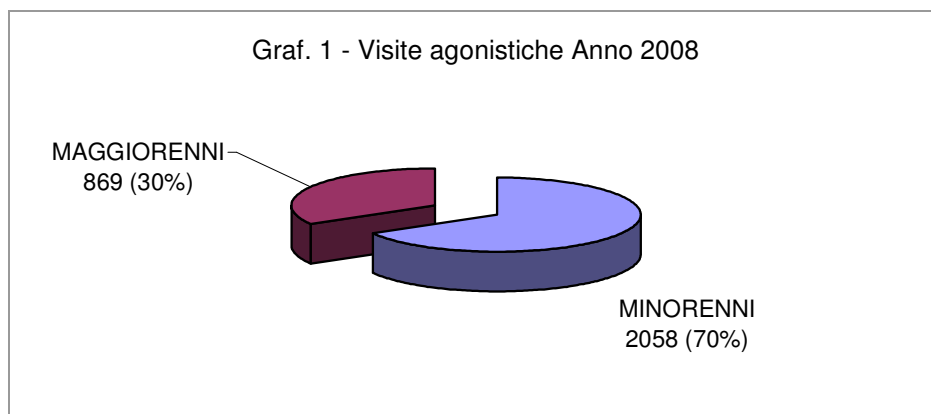
Muscat M, Bang H, Glismann S. Measles is still a cause for concern in Europe. Euro Surveill. 2008;13(16):pii=18837. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18837>

Pandolfi E, Chiaradia G, Moncada M, Rava L, Tozzi AE. Prevention of congenital rubella and congenital varicella in Europe. Euro Surveill. 2009;14(9):pii=19133 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19133>

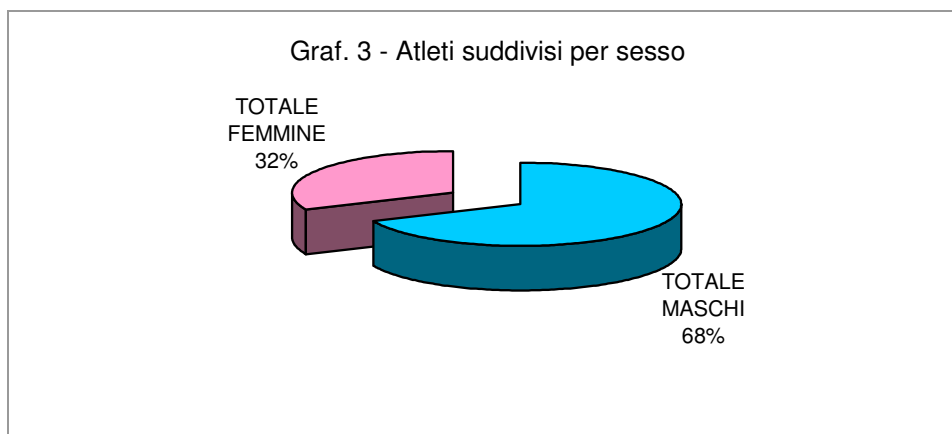
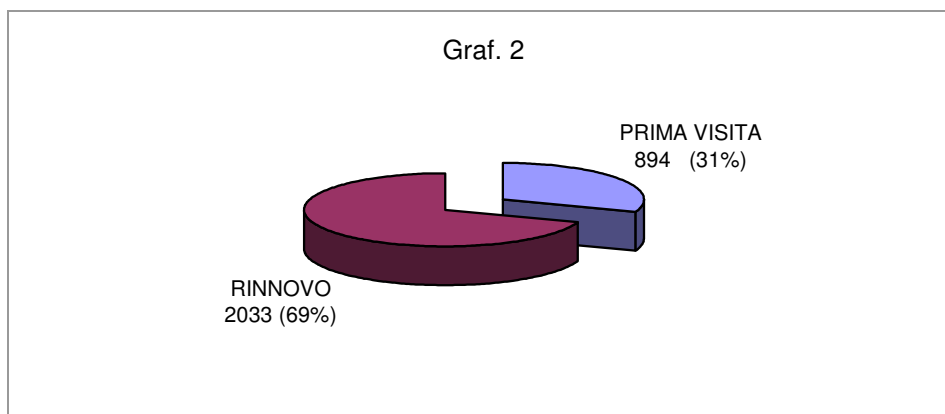
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2008

Gianluca Toselli – Laura Curletti – Marina Masenta

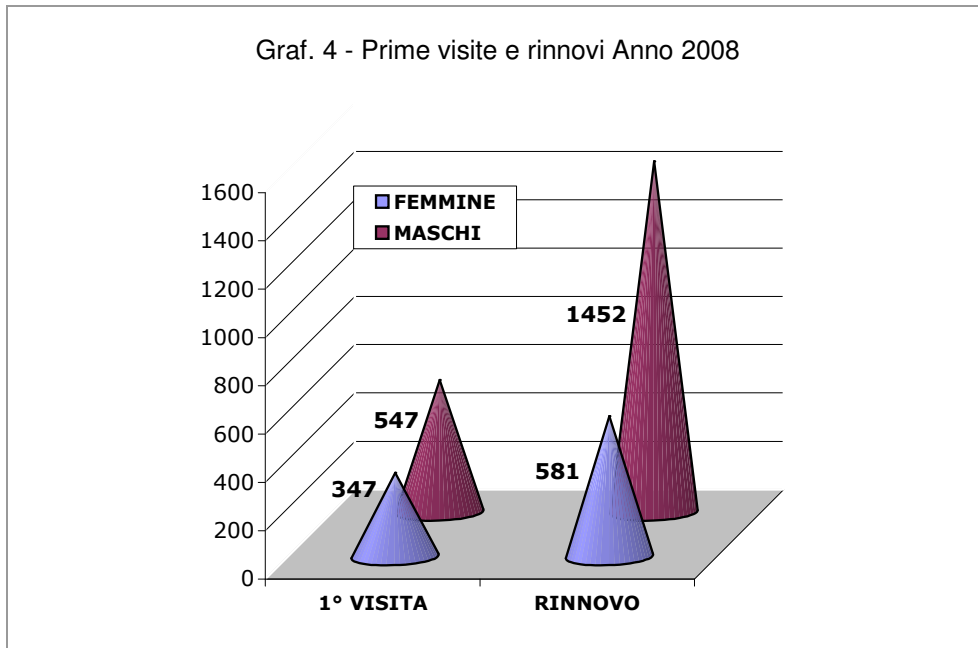
La S.O.S. di Medicina dello Sport dell'ASLCN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2008 un numero totale di 2.927 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Graf. 1.



Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Graf. 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Graf. 3 e 4.

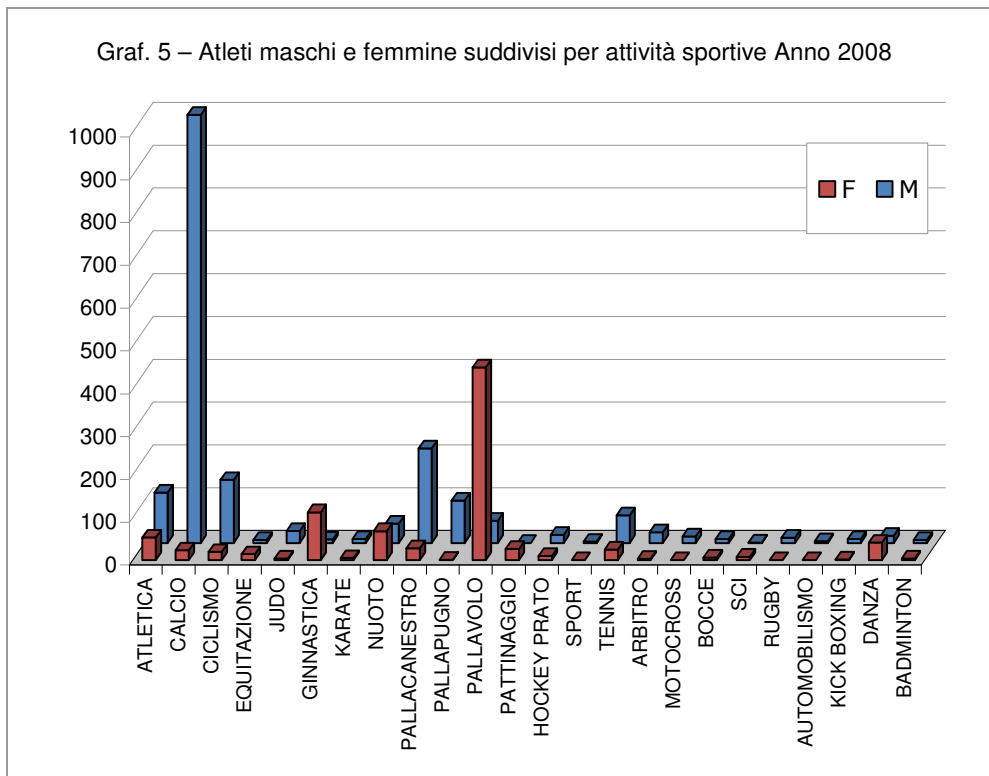


Graf. 4 - Prime visite e rinnovi Anno 2008

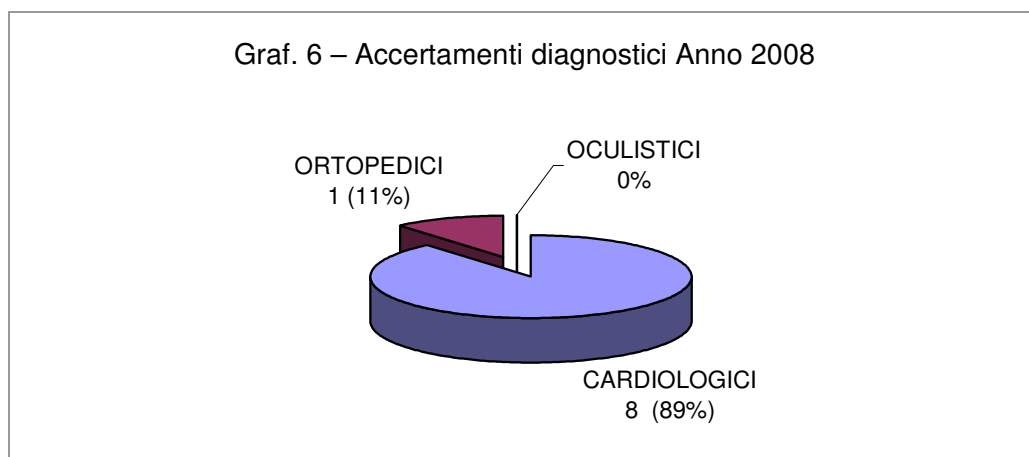


Nel Graf. 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

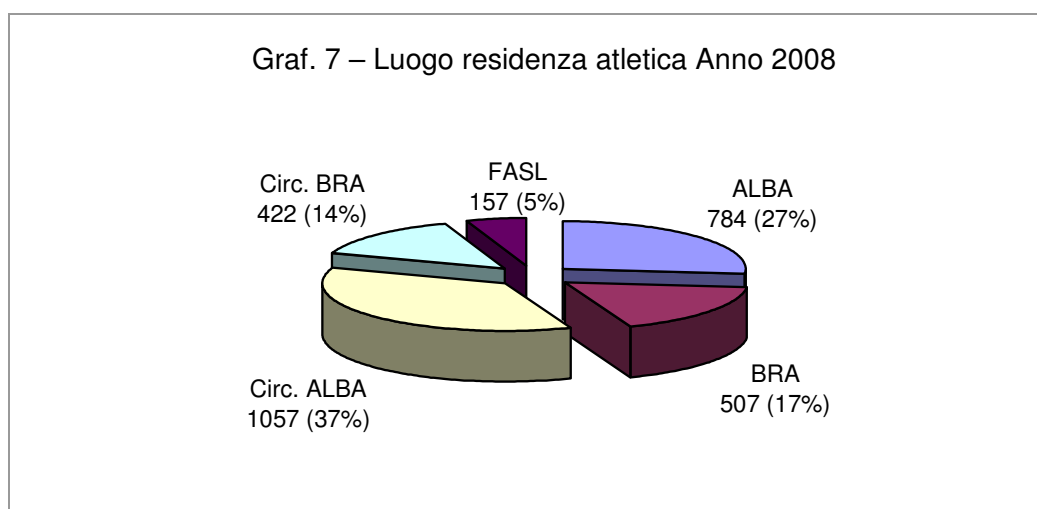
Graf. 5 – Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive Anno 2008



Nel Graf. 6 è rappresentata la tipologia di accertamenti diagnostici specialistici richiesti per il rilascio dell'idoneità agonistica.



Nel Graf. 7 è indicata la suddivisione degli atleti in base al luogo di residenza.



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- ❑ il 68% delle visite sportive effettuate riguarda soggetti di sesso maschile.
- ❑ La maggioranza delle visite medico-sportive riguardano i rinnovi delle idoneità all'attività agonistica a testimonianza che vi è continuità della pratica sportiva da parte degli atleti.
- ❑ In entrambi i sessi esiste una predominanza di taluni sport rispetto ad altri; in particolare nei soggetti di sesso maschile prevale la pratica del calcio con il 50,6 % del totale; nei soggetti di sesso femminile la pallavolo con il 48,5 % risulta lo sport più praticato.
- ❑ L'89% degli accertamenti specialistici richiesti in sede di visita riguardano l'apparato cardiovascolare.

Ulteriori considerazioni possono essere effettuate confrontando tra di loro i dati relativi all'anno solare 2008 con quelli relativi all'anno 2007 (tab. 1).

Tab. 1 – Confronto dati anno 2007 e anno 2008.

	visite totali	1° visita totali	rinnovi totali	maschi totali	femmine totali	1° visita maschi	1° visita femmine	rinnovi maschi	rinnovi femmine	magg. Totali	minor. Totali
2007	2926	979	1947	2069	857	653	326	1416	531	662	2264
2008	2927	894	2033	1999	928	547	347	1452	581	679	2248
2008 Vs 2007	1	-85	86	-70	71	-106	21	36	50	17	-16
Diff. %	0	-8,7	4,4	-4,4	8,3	-16,3	10,8	2,5	9,4	2,5	-1

Possiamo osservare che:

- si rileva una diminuzione (-8,7 %) delle prime visite medico-sportive a fronte di un numero di visite totali (prime visite + rinnovi) sovrapponibile al 2007. Il dato può essere interpretato non necessariamente come una contrazione del numero di prime visite, ma piuttosto come una saturazione dell'attività del servizio dovuta alla necessità di eseguire le visite di rinnovo agonistico che nel 2008 hanno avuto un incremento del 4,4%.
- si segnala un segno negativo (-16,3%) nel numero delle prime visite dei soggetti di sesso maschile, mentre per i soggetti di sesso femminile si ha avuto un incremento del 10,8%.

OKkio alla SALUTE

Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria - Risultati dell'indagine 2008 nell'Asl CN2

Mauro Zarri – Manuela Olivieri – Pietro Maimone

Introduzione

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è un'acquisizione molto recente e fortemente motivata dalla percezione, anch'essa piuttosto recente, dell'obesità come problema prioritario di salute pubblica. Infatti dati recenti del WHO sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni (uno su 3 è sovrappeso o obeso). Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.

Fino ad oggi, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra 6 e 9 anni, ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali sono rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000, peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente) che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse ed è più frequente nelle regioni del sud Italia.

Al fine di definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, il Ministero della Salute/CCM e le Regioni hanno affidato al CNESPS-ISS il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria, collegato al programma europeo "Guadagnare salute" (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al "Piano nazionale di prevenzione".

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, cioè una raccolta continua nel tempo finalizzata all'azione, in stretta collaborazione con le Regioni si è cercato di sviluppare un sistema che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile, sia per il sistema sanitario che per la scuola, ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

L'obiettivo generale di OKkio alla SALUTE è di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia. In questo rapporto sono riportati i risultati principali relativi al primo anno di attività.

Metodologia dell'indagine

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni basilari, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute. In tal senso, la sorveglianza non è adatta ad un'analisi approfondita delle cause del sovrappeso e dell'obesità (che possono essere oggetto di specifici studi epidemiologici), e non permette lo screening e l'avvio al trattamento dei bambini in condizioni di sovrappeso o obesità (cosa invece possibile con una attività di screening condotta sull'intera popolazione).

La realizzazione di un approccio metodologico efficace è stato reso possibile dalla collaborazione a tutti i livelli (nazionale, regionale e provinciale/ASL) delle istituzioni che fanno capo all'azione in salute e nel campo della scuola. La programmazione congiunta

dell'indagine a livello regionale, la messa a disposizione delle liste di campionamento, dell'organizzazione della raccolta dati nelle scuole, la prossima utilizzazione congiunta dei risultati, hanno fatto in modo che in poche settimane sul territorio nazionale siano state visitate oltre 1.900 classi in oltre 1.800 scuole per un totale di oltre 40.000 bambini pesati e misurati, e altrettante famiglie che hanno offerto le informazioni su questionari standardizzati, in poche settimane di attività.

Popolazione in studio

Le scuole rappresentano l'ambiente ideale per la sorveglianza: i bambini sono facilmente raggiungibili sia per la raccolta dei dati che per gli interventi di promozione della salute che seguiranno la sorveglianza.

È stata scelta la classe terza della scuola primaria, con bambini intorno agli 8 anni, perché l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà, i bambini sono già in grado di rispondere con attendibilità ad alcune semplici domande, e i dati sono comparabili con quelli raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vari altri Paesi europei. In Italia la popolazione di tutte le classi primarie, cui si potranno ragionevolmente estendere molti dei risultati ottenuti, è di circa 3 milioni.

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento prescelto è quello "a grappolo", che prevede che le classi ("grappoli" o "cluster") siano selezionate dalle liste di campionamento, predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

I vantaggi pratici di questo campionamento sono la possibilità di concentrare il lavoro delle equipe su un numero limitato di classi (il metodo classico "casuale semplice" richiederebbe di effettuare rilevazioni in quasi tutte le scuole di una ASL) e la possibilità di fare a meno di una lista nominativa degli alunni, in genere non disponibile (vengono arruolati nell'indagine tutti gli alunni appartenenti alle classi campionate).

Il numero minimo di classi da campionare è stato fissato a 80 (circa 1500 bambini) per i campioni rappresentativi a livello regionale (45 per regioni con meno di un milione di abitanti) e a 35 (circa 630 bambini) per il livello aziendale.

Strumenti e procedure di raccolta dati

Sono stati predisposti quattro questionari: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

Il questionario destinato ai bambini comprende 15 semplici domande riferite a un periodo di tempo limitato (dal pomeriggio della giornata precedente alla mattina della rilevazione). I bambini hanno risposto al questionario in aula, individualmente e per iscritto, e gli operatori si sono resi disponibili per chiarire eventuali dubbi.

Per stimare la prevalenza delle condizioni di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'indice di massa corporea (IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri), misura che ben si presta ai fini della sorveglianza per l'analisi dei trend temporali e della variabilità geografica e ampiamente utilizzata a livello internazionale. Per la definizione di sovrappeso e obesità si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF) e dall'OMS.

Le misurazioni di peso e altezza sono state effettuate mediante bilancia Seca872™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ con precisione di 1 millimetro.

In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti. Il ruolo degli insegnanti nel comunicare ai genitori le finalità e le modalità della raccolta dati, e nel preparare i bambini in classe è stato fondamentale e determinante per la buona riuscita dell'indagine.

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività motoria, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e agli alimenti consumati. Inoltre, sono state rilevate informazioni sulla percezione dello stato nutrizionale e sull'attività motoria dei propri figli.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i questionari destinati ai dirigenti scolastici. Particolare attenzione è stata riservata alle attività di educazione motoria e sportiva curricolare, alla gestione delle mense, alla presenza di distributori automatici di alimenti, alla realizzazione di programmi di educazione alimentare.

La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'indagine.

In particolare, la disponibilità ed efficienza degli insegnanti coinvolti ha permesso di raggiungere un livello di adesione molto alto da parte delle famiglie.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni nel mese di maggio 2008.

L'inserimento dei dati è stato realizzato ad opera degli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta cartacea delle informazioni, in una base dati predisposta dall'ISS, mediante un software sviluppato ad hoc.

Analisi dei dati

Trattandosi di uno studio trasversale che si prefigge di misurare delle prevalenze puntuali, l'analisi dei dati è consistita principalmente nella misura di percentuali (prevalenze) delle più importanti variabili selezionate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che saranno soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o Asl), si sono calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, si sono calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto in calce alle tabelle viene indicato pertanto quando le differenze osservate sono o non sono statisticamente significative. Le analisi sono state effettuate usando il software Epi Info ver. 3.4, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

Descrizione della popolazione

L'indagine ha richiesto la partecipazione attiva delle scuole, delle classi, dei bambini e dei loro genitori. Di seguito sono riportati i tassi di risposta e le descrizioni delle varie componenti della popolazione coinvolta.

Quante scuole e quante classi sono state coinvolte nell'indagine?

Nell'ASL CN2 sono state campionate 36 classi appartenenti a 18 scuole: tutte le classi campionate hanno partecipato all'indagine (100%).

Le scuole e le classi partecipanti si trovano in aree con diversa densità di popolazione.

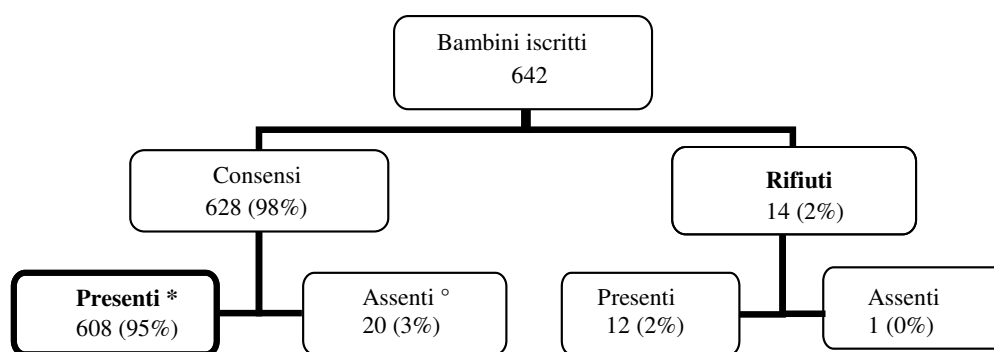
Distribuzione delle classi per tipologia di Comune di appartenenza CN2 – OKkio 2008 (n = 36 classi)		
Tipologia Comune	n	ASL %
≤ 10.000 abitanti	22	61,1
da 10.000 a 50.00 abitanti	14	38,9

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La misura della "risposta" delle famiglie, definita come percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine, è un importante indicatore di processo. Una percentuale molto alta oltre a garantire la rappresentatività del campione dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa di un alto numero di rifiuti o di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini sovrappeso/obesi.

In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della ASL, in quanto la prevalenza di obesità dei bambini del campione e di quelli assenti sarebbe significativamente diversa.

Bambini coinvolti: quanti i partecipanti, i rifiuti e gli assenti?



- Solo il 2 % dei genitori ha inviato il rifiuto per la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato ancora più basso di quello nazionale (3%) ed uguale a quello regionale. Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 21 bambini pari al 3 % del totale di quelli misurabili; generalmente la percentuale di assenti è pari al 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi (3%) rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, l'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 608 ovvero il 95% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione (> 90%) assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori 618 delle famiglie dei 642 bambini iscritti (96%). Il numero di bambini misurati è risultato inferiore in quanto 20 bambini con consenso il giorno dell'indagine erano assenti ed alcuni genitori hanno compilato il questionario ma hanno negato la partecipazione del figlio alla rilevazione del peso e dell'altezza.

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

Le soglie utilizzate per classificare lo stato nutrizionale variano in rapporto al sesso e l'età dei bambini considerati.

- La proporzione di maschi e di femmine nel nostro campione è simile.
- Al momento della rilevazione, la grande maggioranza dei bambini che ha partecipato allo studio aveva fra 8 e 9 anni, con una media di 8 anni e 10 mesi di vita.

Età e sesso dei bambini ASLCN2 – OKkio 2008 (n = 608)		
Caratteristica	n	%
Età in anni		
≤ 7	1	0,1
8	340	56,6
9	257	42,8
≥ 10	3	0,5
Sesso		
Maschi	306	50,3
Femmine	302	49,7

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori utilizzata come indicatore socioeconomico della famiglia è associata in molti studi allo stato di salute del bambino.

Il questionario è stato compilato nella maggior parte dei casi dalla madre del bambino (89%), meno frequentemente dal padre (10%) o da altra persona (1%). Per motivi di semplicità e uniformità abbiamo limitato le analisi riferite ai genitori alle sole madri che, nel nostro studio, costituiscono il genitore che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- Il 41% delle madri che ha risposto al

Livello di istruzione e occupazione della madre ASLCN2 – OKkio 2008 (n = 546)	
--	--

questionario ha una bassa scolarità; il 48% ha un titolo di scuola superiore e più del 10% è laureato.

- Il 41% delle madri lavora a tempo pieno e il 31% part-time. Il 28% non svolge alcun lavoro fuori casa.

Caratteristiche	n	%
Grado di istruzione		
Nessuna, elementare, media	224	41,0
Diploma superiore	264	48,3
Laurea	58	10,7
Lavoro		
Tempo pieno	225	41,3
Part time	169	31,0
Nessuno	151	27,7

La situazione nutrizionale dei bambini

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata e la linea di tendenza è in continuo aumento. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo di salute pubblica prioritario.

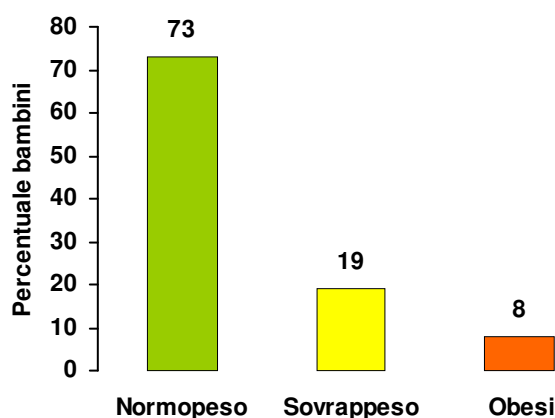
È utile sottolineare che la presente indagine, sia per motivi metodologici che etici, non è e non va considerata come un intervento di screening e, pertanto, i suoi risultati non vanno utilizzati per la diagnosi e l'assunzione di misure sanitarie nel singolo individuo.

Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato ponderale, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Per la determinazione di sotto-normopeso, sovrappeso e obeso sono stati utilizzati i valori soglia proposti dalla IOTF. Aggregando i dati di un campione rappresentativo di bambini di una particolare area geografica, la misura periodica dell'IMC permette di monitorare nel tempo l'andamento del sovrappeso/obesità e dell'efficacia degli interventi di promozione della salute, nonché di effettuare confronti tra popolazioni e aree diverse.

- Tra i bambini della nostra ASL il 7,9% risulta obeso (IC 95%: 5,6% - 10,2%), il 18,9% sovrappeso (15% - 22,9%) e il 73,2% sotto e normopeso (69,1% - 77,3%).
- Complessivamente il 27% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

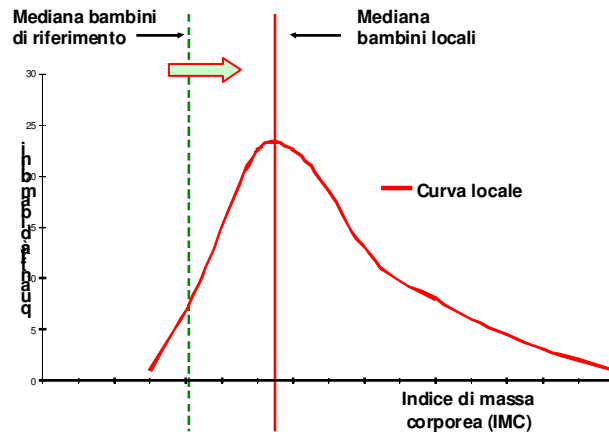
Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8 e 9 anni %



Qual è la distribuzione dell'IMC della popolazione dei bambini studiati rispetto a una popolazione di riferimento?

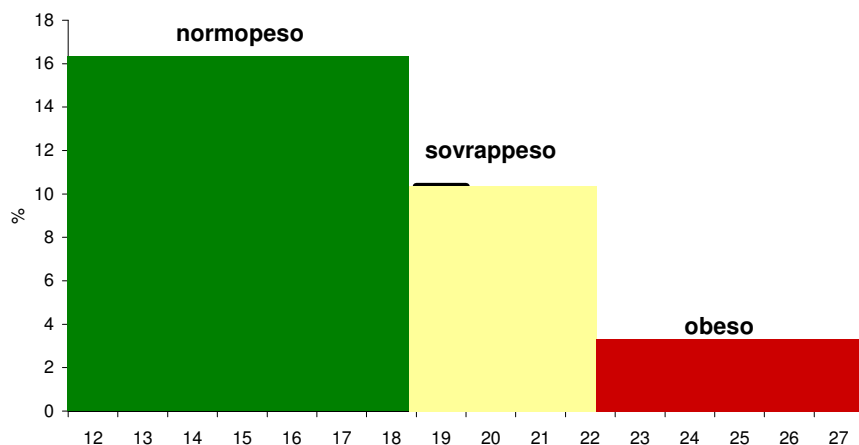
La mediana (valore centrale) della curva dell'IMC della nostra Regione (IMC=16,9) è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (IMC=15,8).

A parità di età della rilevazione, curve che mostrano valori di mediana più alti di quelle di riferimento e un'asimmetria con una coda più pronunciata sulla destra sono da riferire a una popolazione sostanzialmente affetta da sovrappeso e obesità, come mostrato nell'esempio della figura seguente. Nella seguente figura viene riportato a titolo di esempio quello che si verificherebbe in queste condizioni.



Nella nostra ASL la curva di distribuzione dell'IMC (vedi figura in basso) appare simile a quella dell'esempio, il che sta a significare uno spostamento dell'intera popolazione dei nostri bambini verso il sovrappeso e l'obesità, con un valore mediano superiore a quello riscontrato nella popolazione internazionale di riferimento (IMC = **16,8**). Il nostro bambino mediano pertanto pesa 3 kg in più rispetto al bambino mediano della popolazione di riferimento (standard internazionale).

Distribuzione dell'IMC dei nostri bambini



L'istogramma rappresenta la distribuzione dei bambini in rapporto allo stato nutrizionale: sotto-normopeso, sovrappeso, obesi (analisi limitata ai bambini dell'età mediana della popolazione in studio a livello nazionale +/- 6 mesi: da otto anni e quattro mesi a nove anni e quattro mesi); n = **542**

Qual' è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e livello di scolarità della madre?

In alcune realtà, il sesso del bambino, la zona geografica di abitazione e il livello di scolarità della madre sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino.

- Nella ASL CN2, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono maggiori nei bambini di 8 anni e nei maschi.
- Si è evidenziata una maggiore prevalenza di obesità nelle zone a minore densità abitativa
- Il rischio di sovrappeso e di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre. Per l'obesità il rischio passa dall'11,3% per titolo di scuola elementare o media, al 5,6% per diploma di scuola superiore, all'1,7% per la laurea.

Stato nutrizionale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e dei genitori (%) ASL CN2 (n=597)			
Caratteristiche	Normo/ sottopes o	Sovrappes o	Obeso
Età*			
8 anni	70,6	20,3	9,1
9 anni	76,6	17,1	6,2
Sesso			
maschi	70,3	21	8,7
femmine	76,1	16,8	7,1
Zona geografica*			
< 10.000	72,1	18,1	9,7
10.000 – 50.000	74,7	20,0	5,4
Istruzione della madre*			
Nessuna, elementare, media	66,0	22,6	11,3
Superiore	77,7	16,7	5,6
Laurea	82,5	15,8	1,7

* Differenza statisticamente significativa (p < 0,05)

Per un confronto.....

	Valore assunto usando mediana di riferimento*	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	84%	73	73	64%
Prevalenza di bambini sovrappeso	11%	19	19	24%
Prevalenza di bambini obesi	5%	8	8	12%
Mediana di IMC nella popolazione in studio	15,8	16,8	16,9	17,5%

* Per ottenere un valore di riferimento con cui confrontare la prevalenza di sovrappeso e obesità della popolazione in studio, sono stati calcolati i valori che la popolazione nazionale avrebbe se la mediana dell'IMC fosse pari a quella della popolazione di riferimento utilizzata dalla IOTF per calcolare le soglie di sovrappeso e obesità.

Conclusioni

Nella nostra ASL il sovrappeso e l'obesità nella popolazione infantile rappresentano un problema importante di salute pubblica. Sebbene i nostri dati siano migliori di quelli nazionali, il confronto con i valori di riferimento internazionali, evidenzia la gravità della situazione per la salute dei bambini di oggi e degli adulti di domani: 1 bambino su 5 è risultato sovrappeso e poco meno di 1 su 10 obeso.

I risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso - ed in misura sensibilmente maggiore l'obesità - presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano

in età adulta. In particolare, circa il 60% dei bambini e adolescenti obesi resterà tale anche in età adulta; il rischio di restare adulti obesi è aumentato se anche uno dei genitori è obeso. Seppur in proporzione ridotta anche una parte dei bambini oggi normopeso diventerà sovrappeso/obeso in età adulta contribuendo ad aumentare in tal maniera la prevalenza complessiva del sovrappeso/obesità. Di conseguenza, in presenza di una così alta prevalenza di sovrappeso-obesità ed in assenza di interventi efficaci e tempestivi, anche la prevalenza di malattia cardio-vascolare aumenterà sensibilmente nei prossimi anni, interessando sempre più frequentemente la fascia di età dei giovani adulti, con ovvi e prevedibili effetti sia sullo stato di salute dei cittadini che sulle risorse necessarie per affrontare tali complicitanze.

Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che verranno realizzati negli anni a venire è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile. OKkio alla SALUTE rappresenta una risposta a questa esigenza.

Le abitudini alimentari dei bambini

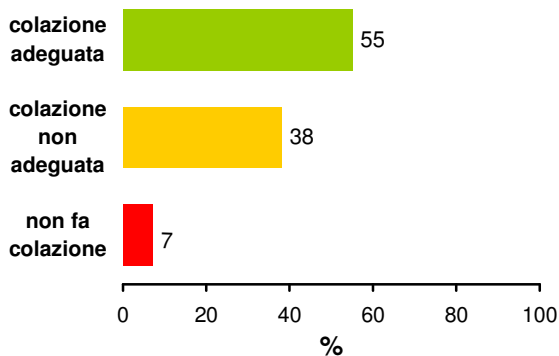
Una dieta ad alto tenore di grassi e con contenuto calorico eccessivo è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

I nostri bambini fanno una prima colazione adeguata?

Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza di sovrappeso. Per semplicità, in accordo a quanto indicato dall'INRAN, è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto di calorie e proteine, per esempio: latte (proteine) e cereali (carboidrati), o succo di frutta (carboidrati) e yogurt (proteine).

- Nella nostra ASL solo il 55 % dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 7% non fa per niente colazione e il 38% la fa qualitativamente non adeguata.
- Il dato regionale evidenzia una prevalenza più alta del non fare colazione nei maschi e nei bambini di mamme con titolo di studio più basso; nella nostra ASL tale correlazione non risulta significativa.

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)

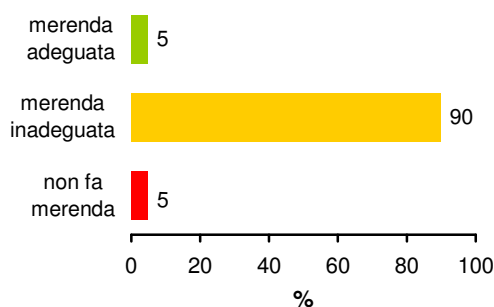


I nostri bambini, durante la merenda di metà mattina, mangiano in maniera adeguata?

Oggi giorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Nel caso in cui la merenda consumata dai bambini sia stata distribuita dalla scuola, questa è stata considerata sempre come adeguata.

- Solo una piccola parte di bambini, il 5% circa, consuma una merenda adeguata a metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (90%) la fa inadeguata e il 5% non la fa per niente.
- Sono più le femmine che consumano una merenda inadeguata (94% contro 86%).

Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)

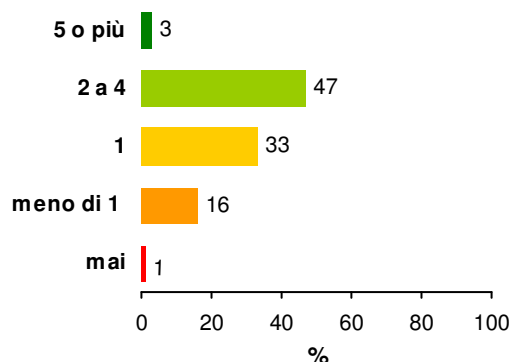


Quante porzioni di frutta e verdura mangiano i nostri bambini al giorno?

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno di cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che solo il 3% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura ogni giorno, il 47% ne mangia da 2 a 4 e il 33% una sola porzione al giorno.
- Il 17% dei bambini mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- La prevalenza di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno è maggiore tra le femmine (86%) rispetto ai maschi (81%) e aumenta con il livello di istruzione della madre.

consumo di frutta e verdura in "volte al giorno" nell'arco della settimana (%)

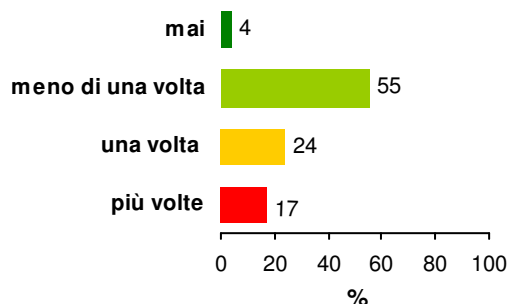


Quante bibite zuccherate al giorno consumano i nostri bambini?

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33 cc.) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità.

- Nella nostra ASL il 59% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate.
- Il 24% dei bambini assume bevande zuccherate una volta e il 17% più volte al giorno.
- La prevalenza del consumo di bibite zuccherate almeno una volta al giorno è più alta tra i maschi* e diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 49% per titolo di scuola elementare o media, a 36% per diploma di scuola superiore, a 29% per la laurea*.

consumo di bevande zuccherate al giorno (%)



*p<0,05

Per un confronto.....

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderabile per i bambini	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
hanno assunto la colazione il mattino dell'indagine	100%	93%	92%	89%
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	100%	55%	62%	60%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	100%	5%	16%	14%
assumono 5 porzioni di frutta e verdura giornaliere	100%	3%	2%	2%
assumono bibite zuccherate almeno una volta al giorno	0%	42%	41%	41%

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. L'indagine che si è svolta nella nostra ASL ha messo in luce la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso, specie se concomitanti. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica associata ad una corretta alimentazione possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane. La promozione dell'attività fisica è uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione e la sistematizzazione dell'attività motoria nelle scuole un obiettivo del Ministero della Pubblica Istruzione.

Quanti bambini sono attivi fisicamente?

La creazione delle condizioni che permettono ai bambini di essere attivi fisicamente dipende innanzitutto dalla comprensione di tale necessità da parte della famiglia e quindi da una buona collaborazione fra la scuola e la famiglia. Nel nostro studio, il bambino è considerato attivo se ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'attività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

- Nel nostro studio il 75% dei bambini risulta attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 7% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (dato influenzato dalla programmazione scolastica).
- Sono risultate più attive le femmine e i bambini che abitano in zone con più alta densità abitativa (il dato complessivo regionale, invece, ha evidenziato che sono meno attivi i bambini che abitano in zone a più alta densità abitativa).

Attività fisica il giorno precedente l'indagine (%) ASLCN 2 n = 599	
Caratteristiche	Attivi ^o
Sesso	
maschi	73
femmine	76
Zona geografica	
<10.000	72
10.000-50.000	78

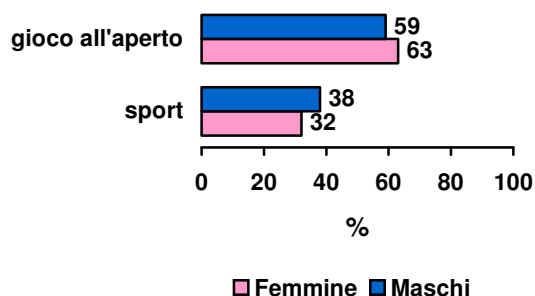
^o Il giorno precedente ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio

I bambini giocano ancora all'aperto e fanno attività sportiva strutturata?

Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica, con il gioco all'aperto o con lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione e videogiochi) e quindi a essere meno esposti al sovrappeso/obesità.

- il 61% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine (rilevazioni effettuate a maggio).
- I maschi giocano all'aperto meno delle femmine (in controtendenza rispetto al dato regionale).
- La percentuale dei bambini che giocano all'aperto è più alta nelle zone a minore densità abitativa.
- Il 35% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi fanno sport più delle femmine.

Bambini che hanno giocato all'aperto o hanno fatto sport il giorno precedente (%)

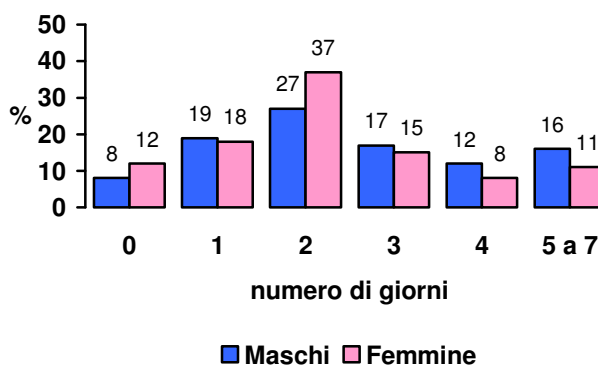


Secondo i genitori, quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana?

Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora.

- Secondo i loro genitori, nella nostra ASL, circa 3 bambini su 10 (32%) fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 10% neanche un giorno e solo il 13% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività fisica più giorni delle femmine.
- I bambini che fanno attività fisica almeno 5 volte alla settimana diminuiscono con l'aumento della densità abitativa: dal 16% in zone con meno di 10.000 abitanti al 10% nelle zone con più di 10.000 abitanti.

giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana (%)

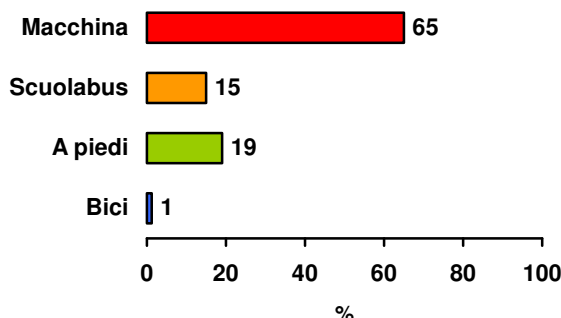


Come si recano a scuola i bambini?

Un altro modo di tenere attivi fisicamente I bambini è favorirne l'andata a scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola.

- Il 20% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici; invece, l'80% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non appaiono differenze per sesso.
- I bambini che si recano a scuola a piedi o in bici aumentano con l'aumentare della densità abitativa: dal 17% in zone con meno di 10.000 abitanti, al 24% in zone con più di 10.000 abitanti

Modalità di raggiungimento della scuola



Per un confronto.....

	Valore desiderato per i bambini	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
Bambini definiti fisicamente attivi	100%	75%	74%	74%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	61%	53%	55%
Bambini che svolgono attività sportiva strutturata	100%	35%	38%	38%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	13%	9%	9%

Conclusioni

I dati raccolti nel corso dell'indagine hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 4 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Poco più di 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica che ha mostrato deboli livelli nella nostra popolazione.

L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie

La crescente disponibilità di televisori e di videogiochi, insieme con i profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il momento della televisione si associa spesso all'assunzione di cibi fuori pasto che è un fattore assodato nel determinismo di sovrappeso/obesità nel bambino. Evidenze scientifiche mostrano che la diminuzione del tempo di esposizione alla televisione da parte dei bambini è associata ad una riduzione del rischio di sovrappeso e dell'obesità prevalentemente a causa del mancato introito di calorie di cibi assunti durante tali momenti.

Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?

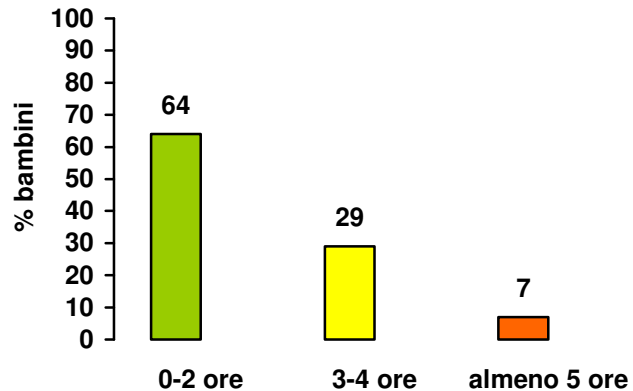
Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/ videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

I dati seguenti, dichiarati dai genitori, rappresentano la somma delle ore che i figli passano davanti a TV videogiochi o computer, in media, in un normale giorno di scuola. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza dei genitori non permetta di verificare la durata effettiva del tempo passato dai bambini nelle diverse attività.

- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 64% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a 2 ore al giorno, mentre il 29% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 7% per almeno 5 ore.
- L'esposizione ad almeno 5 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (8% contro 5,4%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre (dal 12% per l'elementare/media al 3% per la superiore allo 0% per la laurea).
- Il 33% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione ad almeno 5 ore di TV o videogiochi è più alta tra i bambini che hanno un televisore in camera (9,3% contro 5,1%)*.

* (p < 0,05)

Bambini per ore trascorse davanti alla TV/videogiochi (%)



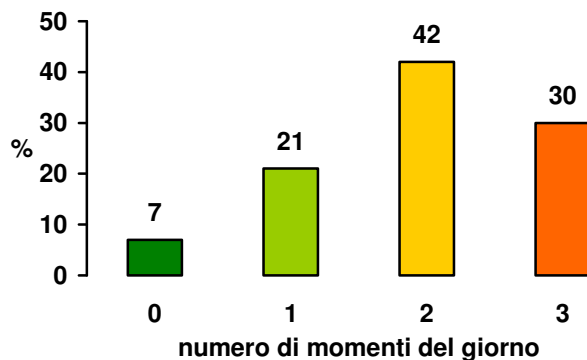
Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi, e in quale momento durante il giorno?

La televisione e i videogiochi rappresentano una parte importante dell'uso del tempo e delle attività sedentarie nella quotidianità dei bambini. Generalmente si ritiene che vi sia un rapporto fra le attività sedentarie e la tendenza verso il sovrappeso/obesità, per cui si raccomanda di controllare e limitare, quando necessario, la quantità di tempo che i bambini passano davanti alla televisione o ai videogiochi.

- Nella nostra ASL il 47% dei bambini ha guardato la TV prima di andare a scuola, mentre il 71% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi al pomeriggio e il 78% alla sera.
- Solo il 7% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine, il 21% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 42% in due periodi e il 30% durante la mattina il pomeriggio e la sera.
- L'esposizione a tre momenti di utilizzo di TV e/o videogiochi è più frequente tra i maschi rispetto alle femmine (35% contro 25%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

* (p < 0,05)

utilizzo di TV e/o videogiochi per numero di momenti del giorno* (%)



* mattina, pomeriggio, sera

Per un confronto.....

	Valore desiderabile per i bambini	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
Bambini che passano al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	36%	35%	48%
Bambini con televisore in camera	0%	33%	43%	49%

Conclusioni

Nella nostra ASL sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi.

Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi invece ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento, lo sport o le attività relazionali con coetanei.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che addirittura un terzo dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo 1 bambino su 3 di fatto non ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini

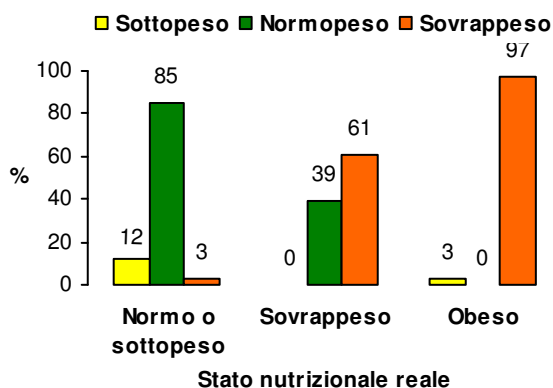
Un primo passo verso il cambiamento è costituito dall'acquisizione della coscienza di un problema. In realtà, la consapevolezza che comportamenti alimentari inadeguati determinino la condizione di sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge il mancato riconoscimento da parte delle madri dello stato di sovrappeso/obesità e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive e correttive ne risulta limitata.

Qual è la percezione della madre rispetto allo stato nutrizionale del proprio figlio?

Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto della situazione nutrizionale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente rilevante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

- Nella nostra ASL ben il 39 % delle madri di bambini sovrappeso e il 3 % delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- Diversamente dal dato regionale, nell'indagine locale la percezione non è risultata correlata con la scolarità della madre.

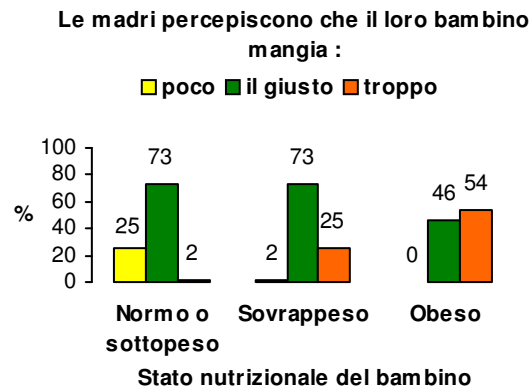
Le madri pensano che il loro figlio sia:



Qual è la percezione della madre rispetto alla quantità di cibo assunta dal proprio figlio?

La percezione della quantità di cibo assunto dai propri figli può anche influenzare la probabilità di operare cambiamenti positivi. Anche se vi sono molti altri fattori determinanti di sovrappeso e obesità, l'eccessiva assunzione di cibo può contribuire al problema.

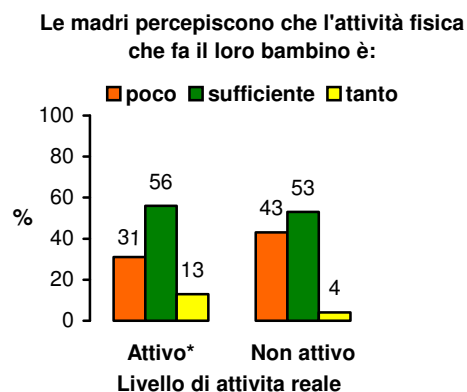
- Solo il 25% delle madri di bambini sovrappeso e il 54% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso ed obesi insieme, non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini o per livello scolastico della madre.



Qual è la percezione della madre rispetto all'attività fisica svolta dal proprio figlio?

Molti genitori incoraggiano i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, ma alcuni potrebbero non essere a conoscenza delle raccomandazioni circa la necessità che i bambini svolgano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Nonostante l'attività fisica sia difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, quando non svolge alcuna attività sportiva, non gioca all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio.

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 53% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 4% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non è stata constatata nessuna differenza per sesso dei bambini.
- Un dato importante è che la percezione è meno accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.



* - attivo: nelle ultime 24 ore, ha fatto sport, ha giocato all'aperto o ha partecipato all'attività motoria a scuola
 - non attivo: non ha fatto nessuno dei tre

Per un confronto.....

Madri che percepiscono...	Valore desiderabile	Valore ASL	Valore regionale	Valore nazionale
in modo adeguato lo stato nutrizionale del proprio figlio quando questo è sovrappeso	80%	61%	58%	51%
in modo adeguato lo stato nutrizionale del proprio figlio quando questo è obeso	100%	97%	93%	90%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come adeguata, quando questo è sovrappeso o obeso	da ridurre	67%	68%	69%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	da aumentare	43%	40%	48%

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una percezione del proprio figlio che non coincide con la misura ponderale rilevata (4 su 10). Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, sembrano non valutare correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli. La situazione è simile per la percezione del livello di attività fisica dei propri figli: solo 4 genitori su 10 hanno una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Raccomandazioni

Prima di affrontare il tema delle azioni possibili ispirate dalle conclusioni della nostra indagine dobbiamo acquisire la coscienza che non esistono soluzioni miracolose capaci di invertire bruscamente la tendenza della nostra popolazione a crescere di peso. Dobbiamo tenere conto che il sovrappeso e l'obesità sono in gran parte il risultato dell'evoluzione delle società occidentali e combatterle è un fatto di civiltà. Il problema si è sviluppato negli ultimi decenni e al momento attuale ha una inerzia importante, con un peggioramento prevedibile nei prossimi anni.

In generale, questo primo anno di attività di OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative e tempestive in tempi brevi e a costi limitati. Ha creato inoltre un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e quelli della salute (in particolare i Sian e i Dipartimenti di Prevenzione) che con ottima sinergia hanno raccolto i dati sullo stato di salute dei bambini e sulle scuole, producendo una maggiore consapevolezza della necessità di impegnarsi per la promozione della salute dei bambini e la prevenzione dell'obesità. Sulla scorta di queste osservazioni, è opportuno che la collaborazione salute-scuola perduri nel tempo in maniera tale da assicurare la continuazione negli anni a venire della sorveglianza dei bambini nelle scuole. D'altra parte diventa essenziale la comprensione e l'analisi dei risultati dell'indagine per l'ideazione e la messa in atto di interventi volti a promuovere la salute dei bambini, integrati fra scuola e salute, efficienti e di dimostrata efficacia. La ripetizione di questa raccolta dati ogni 2 anni permetterà di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, e ai possibili interventi intrapresi.

Per gli sviluppi futuri, molto importante è la condivisione dei risultati di OKkio alla SALUTE e delle iniziative da intraprendere con gli altri "attori" coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche a partire dall'infanzia e dall'adolescenza (pediatra di libera scelta, medico di medicina generale, policy makers, ecc). La letteratura scientifica mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il counselling comportamentale, e l'educazione nutrizionale) e che abbiano durata pluriennale. Fatto salvo questo aspetto fondamentale, nello specifico i risultati di questa prima indagine suggeriscono alcune raccomandazioni che possono essere dirette ai diversi gruppi di interesse.

1. Operatori sanitari

- Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte loro un'attenzione costante e regolare nei prossimi anni che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute, in particolare all'interno del mondo della scuola.
- In molte scuole esistono interventi di promozione realizzati da operatori sanitari. Tali interventi, soprattutto quelli di educazione sanitaria, devono focalizzarsi sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche delle colazioni e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione, che non dovrebbe superare le 2 ore al giorno.
- Considerata la non coincidente percezione dei genitori sullo stato nutrizionale o sul livello di attività fisica dei propri figli, gli interventi proposti dovranno includere una componente diretta al counselling e all'"empowerment" dei genitori stessi.

2. Operatori scolastici

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute nutrizionale e dell'attività fisica dei bambini.

- Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini, già oggi oggetto di intervento da parte di alcune scuole.
- Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sull'immagine corporea dei bambini, sull'auto-stima, sulla responsabilità personale e sul ruolo attivo (life skills) del bambino, dall'altra sull'acquisizione di conoscenze del rapporto fra nutrizione e salute individuale, della preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.
- Seppure implichi maggiori difficoltà, all'interno della scuola deve essere incoraggiata la distribuzione di almeno un pasto bilanciato al giorno che costituisce per il bambino una duplice opportunità: mangiar meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi alimenti.
- In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini nutrizionali più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che ne migliora la performance, diminuendo il rischio delle grosse merende "sfasanti" di metà mattino e riducendo non solo la tendenza al sovrappeso ma anche l'ansietà e l'iperattività in alcuni di essi.
- Seppure l'indagine non abbia documentato l'accesso diretto dei bambini alle macchine distributrici di alimenti, la scuola può ridurre la distribuzione di bevande zuccherate o aderire a campagne quali "frutta snack" del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione che prevede la distribuzione dei soli alimenti considerati salutari per il bambino. In tal senso anche la campagna di "5 al giorno", ovvero 5 porzioni di frutta o verdura durante l'arco della giornata, essenziale per mantenere un adeguato livello di salute attuale e futuro, potrebbe beneficiare di un uso "salutare" delle macchinette distributrici che potrebbero distribuire alimenti sani.
- Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino le 2 ore curricolari di effettiva attività motoria, quando possibile in giorni separati della settimana. Alcune realtà scolastiche stanno migliorando la qualità dell'attività motoria con interventi che formino anche gli insegnanti per un adeguato svolgimento dell'attività motoria dei bambini.
- Sono anche diffuse delle iniziative di promozione dell'attività motoria extra-curricolare da parte delle scuole in diversi tempi e luoghi (palestra della scuola o esterne).
- Molte scuole hanno segnalato iniziative di promozione della salute dei bambini in collaborazione con enti esterni, prevalentemente con le aziende sanitarie locali. Per ottimizzare i risultati di questi interventi bisogna favorire la partecipazione attiva dei genitori in virtù del contributo che questi possono offrire per la messa in atto in ambito familiare di ciò che i bambini apprendono a scuola in fatto di nutrizione.

3. Genitori

- I genitori dovrebbero partecipare attivamente o promuovere essi stessi la realizzazione di sessioni di informazione sulla salute nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini.
- L'obiettivo è di acquisire strumenti conoscitivi e motivazionali per interpretare lo stato nutrizionale del bimbo, identificare i fattori di rischio per la sua crescita armonica, quale un'eccessiva sedentarietà, per la troppa televisione o addirittura per il televisore

in camera, per la poca attività fisica (che per troppi bambini è ancora inferiore a 1 ora al giorno) o alcune abitudini alimentari scorrette quali il "salto" della colazione o l'eccessivo apporto calorico durante la merenda di metà mattina.

- Dovrebbero inoltre richiedere o sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani, e l'educazione alimentare diretta ai bimbi o anche agli stessi genitori. L'assunzione di informazione da parte dei genitori sulle attività di educazione dei bambini promosse dalla scuola permetterà di sostenere le iniziative "in famiglia" da parte dei bambini stessi, favorendo l'effetto "modellante", ben dimostrato in letteratura, da essi esercitato sulle abitudini alimentari dei familiari.
- Infine, laddove possibile, i genitori devono incoraggiare o permettere al proprio bambino di raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del percorso.

4. Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative della scuola e delle famiglie possono riuscire solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica.

- La partecipazione anche solo alla programmazione delle iniziative della scuola può talvolta evitare ostacoli da parte di gruppi della collettività e invece ottenerne l'appoggio per la realizzazione delle iniziative scolastiche.

Materiali bibliografici

- **Politica e strategia di salute**
 - WHO, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Versione estesa: <http://www.euro.who.int/document/E90711.pdf>
Summary: <http://www.euro.who.int/document/e89858.pdf>. Versione italiana del summary: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/obesita_Istanbul.pdf
 - WHO; Obesity: preventing and managing the global epidemic; Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997
 - Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
 - Sito: International Obesity Task Force: <http://www.iotf.org/>
- **Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità**
 - Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. Eur J Pediatr (2000) 159 :[Suppl 1] S14-S34
 - ISTAT, http://www.istat.it/dati/catalogo/20041201_01/
 - CNESPS, ISS <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp>
 - Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23(suppl):s2-11
 - Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD, Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999 Nov;23 Suppl 8:S1-107
- **Metodo di studio**
 - Bennet S, Woods T, Liyanage W M, Smith D L. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. 1991. Report No.: 44
 - Borgers N, de Leeuw E, Hox J. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2000 Apr;66:60-75.
 - Sullivan K KW, Chen M, Frerichs R. CSAMPLE: analyzing data from complex surveys samples. Epi Info, version 6, User's guide. 2007. p. 157-81.
 - Sito Epicentro per OKkio alla Salute: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>
- **IMC: curve di riferimento e studi progressi**
 - Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr 1998; 132: 191-193

- Cole TJ, Bellizzi C, Flegal KM, Dietz WH Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-1243.
- Cacciari E, Dilani S, Balsamo A, Dammacco F, De Luca F, Chiarelli F, Pasquino AM, Tonini G, Vanelli M. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20y) *European J Clin Nutr* 2002;56:171-180
- **Fattori di rischio modificabili**
 - James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;328:1237.
 - Phillips SM, Bandini LG, Naumova EN, et al. Energydense snack food intake in adolescence: longitudinal relationship to weight and fatness. *Obes Res*. 2004;12:461-72.
 - Berkey CS, Rockett HR, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003 Oct;27(10):1258-66.
 - Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:371-99
 - MaryHackie and Cheryl L. Bowles, Maternal Perception of Their Overweight Children, *Public Health Nursing* Vol. 24 No. 6, pp. 538-546
 - Wendy L. Johnson-Taylor* and James E. Everhart†, Modifiable Environmental and Behavioral Determinants of Overweight among Children and Adolescents: Report of a Workshop, *OBESITY* Vol. 14 No. 6 June 2006 929-966
- **Interventi efficaci e linee guida per l'azione nelle scuole**
 - Reilly J J. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad. Med. J.*, July 1, 2006; 82(969): 429 - 437.
 - Reducing Children's TV Time to Reduce the Risk of Childhood Overweight: The Children's Media Use Study, 2007, http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/pdf/TV_Time_Highligts.pdf
 - American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *J Am Diet Assoc*. 2006 Jun;106(6):925-45
 - L. DeMattia, L. Lemont and L. Meurer, Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature, *obesity reviews* (2007) **8**, 69-81
 - Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations, *Obes Rev*. 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66.
 - Epstein LH et alii, A Randomized Trial of the Effects of Reducing Television viewing and Computer Use on Body Mass Index in Young Children, *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(3):239-245
 - The School Health Index (SHI): Training Manual: A Self-Assessment and Planning Guide <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/training/index.htm>
 - Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, Information Series on School Health Document 10, WHO <http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=85&codcch=3821>
 - Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ, Interventions for preventing obesity in children (Review), *The Cochrane Library* 2008, Issue 2
 - Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI), WHO, http://www.who.int/nutrition/topics/nut_school_aged/en/index.html
 - CDC, Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People March 07, 1997 / 46(RR-6);1-36
 - WHO Europe, Food and nutrition policy for schools <http://www.euro.who.int/Document/E89501.pdf>

Andamento epidemiologico di *Salmonella* spp. e resistenza agli antibiotici nel quinquennio 2003-2008 nell'ASL CN2

Paolo Borello

Durante tutto il periodo preso in esame il laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara ha continuato l'attività di sorveglianza delle Salmonellosi nell'ambito del monitoraggio delle infezioni da patogeni enterici (Enter-net) come da programma regionale (vedere "Scheda di notifica fonte umana" - Enter-net).

Il progetto prevede che tutti i laboratori della Regione Piemonte aderenti alla rete di Sorveglianza inviino al Laboratorio di riferimento (Laboratorio di Microbiologia e Virologia - A.O. "Maggiore della Carità" di Novara) i ceppi di *Salmonella* isolati da materiale umano. Ogni ceppo batterico deve essere accompagnato da una scheda di sorveglianza "Enternet-Italia", nella quale vengono richiesti: origine e caratteristiche del campione biologico, dati anagrafici del paziente ed eventuali cause sospette dell'infezione (viaggi, alimenti consumati, ecc...), identificazione microbiologica e sensibilità agli antibiotici.

Il Centro di Riferimento effettua la sierotipizzazione del ceppo isolato e saggia il pannello di antibiotici di riferimento, alcuni dei quali utilizzati in terapia, altri meno importanti dal punto di vista clinico, ma interessanti dal punto di vista epidemiologico. Tutti i dati vengono mensilmente trasmessi all'I.S.S. (Istituto Superiore di Sanità) tramite la rete Enter-net.

Nel quinquennio preso in esame il numero di salmonelle inviate al Centro di Riferimento è andato progressivamente aumentando (quasi raddoppiando nel 2008 rispetto al 2003) con la sola lieve flessione nel 2006 ed anche la tempestività dell'invio del ceppo isolato al Laboratorio di Riferimento risulta globalmente soddisfacente.

I dati più recenti confermano la netta predominanza di *S. Typhimurium* e *S. Enteritidis* tra i sierotipi isolati in ASL Alba-Bra e Piemonte in accordo con i dati nazionali.

Prendendo in esame le variazioni percentuali negli isolamenti del quinquennio 2003-2008 si evince che mentre nel 2003 il ceppo *S. Typhimurium* rappresentava poco meno del 50% degli isolamenti in Piemonte e poco più del 50% nella ASL Alba-Bra, la *S. Enteritidis* rappresentava nel 2003 circa il 32% degli isolamenti in Piemonte e circa il 16% nella ASL Alba-Bra; nel 2008 le proporzioni si sono mantenute (61% in Piemonte e 67% in ASL Alba-Bra per la *S. Typhimurium*) pur con un dimezzamento percentuale per la *S. Enteritidis* (17% in Piemonte contro il 7,7% in ASL Alba-Bra).

Tab. 1 - Classifica dei ceppi di *Salmonella* isolati in ASL Alba-Bra nel 2003 e nel 2008

2003			2008		
	n.	%		n.	%
<i>S. Typhimurium</i>	36	50,7	<i>S. Typhimurium</i>	53	67,1
<i>S. Enteritidis</i>	12	16,9	<i>S. Enteritidis</i>	6	7,6
<i>S. Derby</i>	5	7,0	<i>S. Glostrup</i>	3	3,8
<i>S. Bredeney</i>	3	4,2	<i>S. Infantis</i>	2	2,5
<i>S. München</i>	2	2,8	<i>S. Derby</i>	2	2,5
<i>S. Manhattan</i>	2	2,8	<i>S. Goldcoast</i>	1	1,3
<i>S. Heidelberg</i>	1	1,4	<i>S. Napoli</i>	1	1,3
<i>S. London</i>	1	1,4	<i>S. Bovismorbificans</i>	1	1,3
<i>S. Rissen</i>	1	1,4	<i>S. Blockley</i>	1	1,3
<i>S. Thompson</i>	1	1,4	<i>S. Thompson</i>	1	1,3
<i>S. GAbon</i>	1	1,4	<i>S. Pomona</i>	1	1,3
Salmonelle non tipizzate	6	8,5	Salmonelle non tipizzate	5	6,3
			Salmonelle non gruppabili	2	2,5
Rilevamenti	71		Rilevamenti	79	
Sierotipi isolati	11		Sierotipi isolati	11	

Per ciò che concerne altri ceppi presenti nella "topten" piemontese e della ASL Alba-Bra nel 2003, l'andamento degli isolamenti nel quinquennio preso in esame è stato sostanzialmente stabile ad esempio per la *S. Thompson* (4 casi in Piemonte, 1 caso in ASL Alba-Bra nel 2003, 3 casi in Piemonte, 1 caso in ASL Alba-Bra nel 2008), altalenante con oscillazioni annuali più o meno significative per altri serovar quali ad esempio la *S. Derby* (5 isolamenti in ASL Alba-Bra nel 2003, 2 nel 2007 e 2008, ma isolamenti a due cifre in Piemonte nel quinquennio 2003-2008), la *S. Rissen* (massima diffusione in Piemonte nel

2004, in ASL Alba-Bra 1 caso nel 2003, nessuno nel 2007, 1 nel 2008) e la S. Infantis (massima diffusione in Piemonte nel 2005, nella ASL CN2 Alba-Bra 0 casi nel 2007, 2 nel 2008). Trend di isolamento costantemente in calo per altri serovar quali ad esempio S. Muenchen e S. Heidelberg (con rispettivamente 9 e 7 casi in Piemonte, 2 e 1 in ASL Alba-Bra nel 2003 e nessun caso negli ultimi 2 anni nella ASL Alba-Bra).

Allo stesso modo S. London, sporadicamente presente fino al 2006 nella ASL Alba-Bra, nel biennio 2007-2008 non è stata più isolata concordemente alla drastica riduzione di isolamenti di questo ceppo in Piemonte.

Altri ceppi, sporadicamente isolati prima del 2003, hanno successivamente e progressivamente incrementato la loro diffusione, quali ad esempio la S. Napoli, che, isolata in Piemonte nella percentuale dell'1,5% (7 casi) nel 2003, ha raggiunto la ventina di casi nel 2008 (1 caso nella ASL Alba-Bra, in cui la massima diffusione si è registrata nel 2005 con 5 casi). Nel 2008 in Piemonte sono comparsi sierotipi o mai isolati prima (S. Coeln, S. Paratyphi C, nessuno dei quali isolati presso la ASL Alba-Bra) o sierotipi raramente isolati in precedenza (come ad esempio S. Bovismorbificus [6 in totale, 1 nella ASL Alba-Bra] e S. Glostrup [7 casi di cui 3 in ASL Alba-Bra] e S. Paratyphi B [5 casi in Piemonte]).

Da segnalare infine alcune "esclusive" per la ASL Alba-Bra:

- S. Virginia unico isolamento finora effettuato in Piemonte (2005);
- S. Tumodi: 3 casi isolati in Piemonte a tutt'oggi (2005);
- S. Pomona: unico caso finora isolato in Piemonte (2008);
- S. Goldcoast: 1 delle 2 rilevazioni del 2008 in Piemonte (10 isolamenti in totale in Piemonte fino al 2008);
- S. Blockley: unico caso del 2008 in Piemonte, in cui si sono isolati in totale 6 casi nell'intero quinquennio 2003-2008.

Da notare che S. Blockley, non presente tra i primi 10 sierotipi più isolati in Piemonte e in ASL Alba-Bra nel 2003, nello stesso anno era al 7° posto in Europa tra i serovar più isolati (~1%).

Dopo aver accennato ai ceppi più isolati nel quinquennio 2003-2008, non resta che esporre alcune considerazioni sulla multiresistenza agli antibiotici nei ceppi isolati nel 2008 confrontata con la situazione emersa nel 2003.

Dal rapporto annuale del Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti si evince che a livello piemontese i serovar diversi da S. Typhimurium (e da S. Enteritidis) continuano a mantenere una sensibilità pressoché totale nei confronti dei vari antibiotici, con la comparsa di resistenze solo sporadiche e limitate al massimo ad una o poche molecole. I dati degli antibiogrammi dei ceppi isolati nella ASL Alba-Bra sono totalmente discordanti: tutti i sierotipi saggiati nel 2008, indistintamente, hanno mostrato resistenze multiple, fino anche verso 10 antibiotici.

La situazione evidenziata nella ASL Alba-Bra nel 2008 per i serovar diversi da S. Typhimurium e S. Enteritidis ricalca quella giù in atto nel 2003 allorché per gli stessi serovar si parlava di sporadica multiresistenza a livello regionale ed europeo.

Oltretutto mentre nel 2003 si era isolato almeno 1 ceppo di Salmonella sensibile a tutti gli antibiotici saggiati e nessun ceppo resistente a cefalosporine di 3^a generazione e chinolonici, nel 2008 nella ASL Alba-Bra non si è isolato alcun ceppo totalmente sensibile all'antibiogramma di saggio ed è stato isolato un ceppo (S. Thompson) resistente a ciprofloxacina (ceppo resistente a ben 13 antibiotici testati).

Per quanto concerne la situazione delle resistenze rilevate tra i serovar Typhimurium ed Enteritidis il trend 2003-2008 mostra una situazione in crescendo pur con dei distinguo.

Nel 2003 circa il 37% di S. Typhimurium era multiresistente in Piemonte e circa il 50% nella ASL Alba-Bra; nel 2008 in Piemonte il 9% di S. Typhimurium si è dimostrato sensibile a tutti gli antibiotici saggiati, contro l'8% del 2007 e ben il 15% del 2006; nell'ASL Alba-Bra nel 2008 la totalità delle S. Typhimurium isolate è stata multiresistente (a 4 o più antibiotici testati).

Infine S. Enteritidis nel 2003 era multiresistente in più del 50% degli isolamenti effettuati in Piemonte e nell'ASL Alba-Bra, realtà quest'ultima che nel 2008 ha visto raggiungere la percentuale del 100% di multiresistenza nei ceppi isolati, seppure con una media di antibiotici verso cui è stata sviluppata resistenza per ceppo inferiore rispetto a S. Typhimurium (4 vs. 7).



Italia

SCHEMA DI NOTIFICA FONTE UMANA

Sorveglianza degli enterobatteri patogeni: **SCHEMA PER STIPITI ISOLATI DA FONTE UMANA***Se usate il fax, inviate questa scheda allo 06-49387292*

A. Origine e caratteristiche del campione biologico

A1. Laboratorio di origine Prov.	
A2. Prelievo effettuato nel comune di (località): Prov.	
A3. Codice dello stipite assegnato dal laboratorio di origine:	A4. Data prelievo del campione:
A6. Motivo di esecuzione dell'esame colturale: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Inf. acuta <input type="checkbox"/> Inchiesta epidemiologica <input type="checkbox"/> Controllo	

U. Informazioni sugli stipiti di provenienza umana

U1. Tipo campione: <input type="checkbox"/> Feci <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Altro specificare	
U2. Cognome e nome del paziente:	
U3. Sesso: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	
U4. Data di nascita:	U5. Età, anni:
U6. Comune di residenza del paziente (località): Prov.	
U7. Viaggi effettuati nei 30 gg. prima dell'insorgenza dei sintomi: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (spec. dove)	
U8. Paziente ospedalizzato: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
U9. Alimenti implicati: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (spec.)	
U10. Se alimenti implicati, in base a: <input type="checkbox"/> Sospetto <input type="checkbox"/> Dati epidemiologici <input type="checkbox"/> Isolamento microbiologico	

C. Identificazione microbiologica e sensibilità agli antibiotici

C1. Identificazione <input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Shigella <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Yersinia <input type="checkbox"/> E. coli <input type="checkbox"/> Altro (spec.)					
C2. Tipizzazione :					
C3. Sensibilità agli antibiotici (segnare in ciascuna casella S, I o R):					
NA	AM	CTX	CIP	C	GM
K	S	S3	Te	TMP	AMC
KF	SXT				

D. Parte riservata al laboratorio di riferimento (regionale o sovregionale)

D1. Codice laboratorio:	D2. Codice assegnato allo stipite dal lab. di riferimento:				
D3. Tipizzazione finale:	D4. Data tipizzazione:				
D5. Sensibilità agli antibiotici (segnare in ciascuna casella S, I o R)					
NA	AM	CTX	CIP	C	GM
K	S	S3	Te	TMP	AMC
KF	SXT				
D6. Cognome e nome del compilatore: Telefono:					
D7. Data di compilazione della scheda:					
D8. Note:					

Gli Infortuni sul lavoro e l'attività di Prevenzione – Il Comparto Agricolo

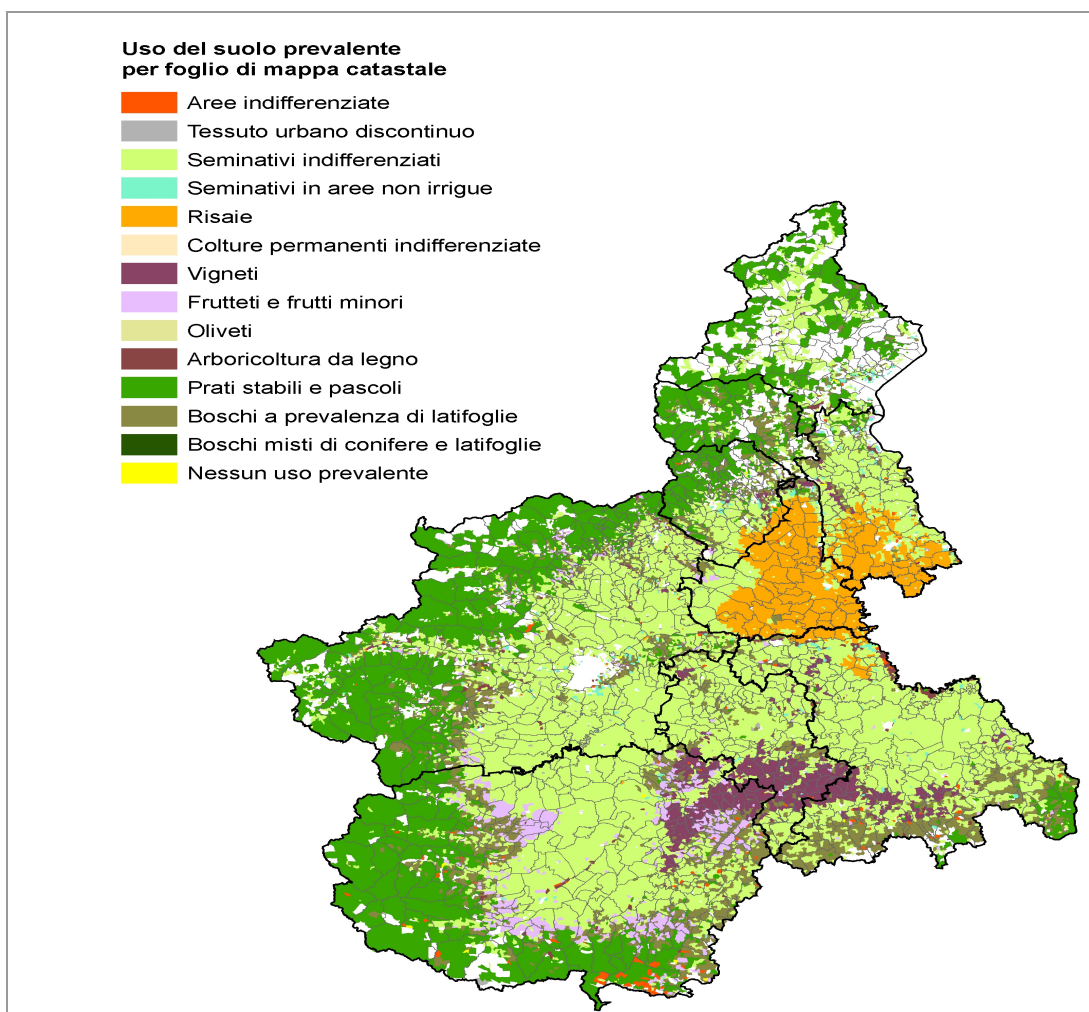
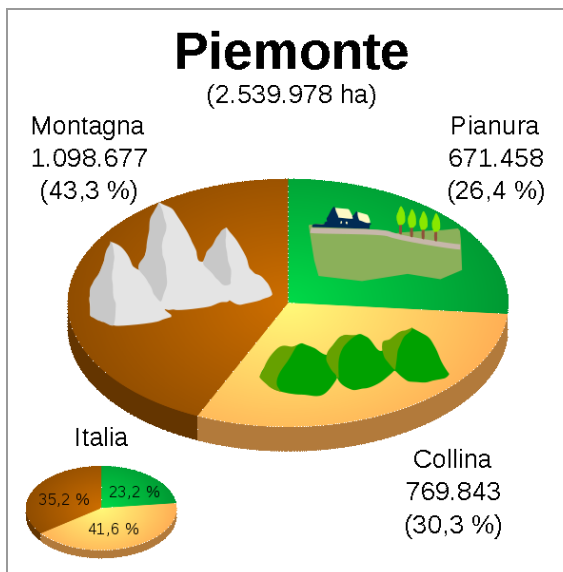
Pietro Corino – Marisa Saltetti – Anna Santoro

Il territorio della regione Piemonte è prevalentemente montuoso, 43,3%, ma estese sono anche le zone collinari, che ne rappresentano il 30,3% del territorio, e quelle di pianura (26,4%).

Relativamente all'utilizzo del suolo, circa il 43% del territorio piemontese risulta essere coltivato con varie caratterizzazioni.

La viticoltura occupa circa il 4,2% della superficie utilizzata, espressa in ha, di tutto il territorio del Piemonte. Con il 33,55% la provincia di Cuneo rappresenta oltre 1/3 del totale (Asti 34,6%, Alessandria 27,6%).

Per la provincia di Cuneo nella ASL CN2 Alba-Bra l'89% del territorio è dedito alla viticoltura.



Introduzione

Il comparto agricolo presenta pericoli di varia natura, che, a seguito di incidente o in determinate condizioni, possono causare ai lavoratori danni o menomazioni fisiche più o meno gravi.

Un primo profilo riguarda i pericoli di natura infortunistica di norma effetto di un contatto fisico-traumatico tra un oggetto e l'uomo (contatto meccanico, elettrico, chimico, termico, etc.) che nell'attività agricola si originano da cause diverse: dall'utilizzo di trattori agricoli, macchine portate e trainate, alle attrezzature di lavoro, agli ambienti di lavoro (cantine, stalle, fienili, magazzini, officine, ecc.), ed alle attività legate al governo degli animali allevati, soprattutto bovini.

Un secondo profilo riguarda i rischi per la salute, che possono generare malattie professionali, responsabili della potenziale compromissione dell'equilibrio biologico del personale addetto ad operazioni o a lavorazioni: sono legati alla presenza nell'ambiente di lavoro di pericoli dovuti all'esposizione ad agenti chimici (es. prodotti fitosanitari, polveri), ad agenti fisici (rumore, vibrazioni) ad agenti biologici (allevamento di animali), oltre a rischi legati alla movimentazione manuale dei carichi, alle posture assunte durante il lavoro, a fattori microclimatici (esposizione a raggi solari, temperature...).

Le cause di tali rischi sono da ricercare, almeno nella maggioranza dei casi, in un non idoneo assetto delle caratteristiche di sicurezza dell'ambiente di lavoro, delle macchine e/o delle apparecchiature utilizzate, delle modalità operative, e, non ultimo, nella "dimensione familiare" delle aziende che rende complessa una corretta organizzazione del lavoro con puntuali definizioni di ruoli e competenze.

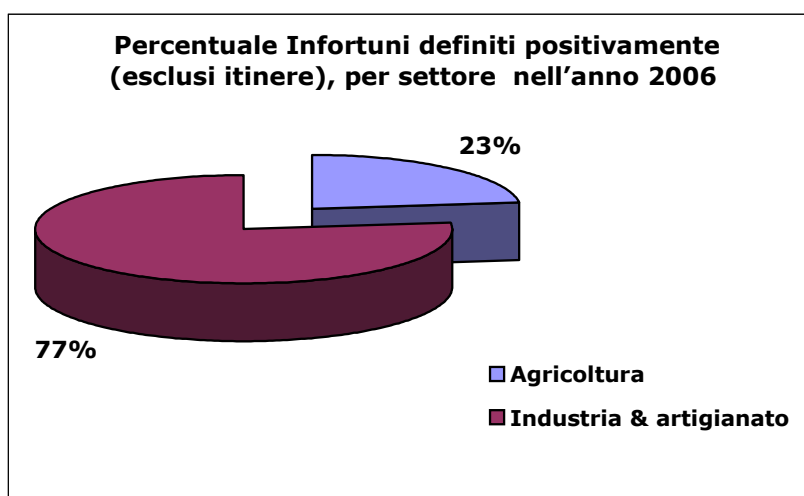
Al riguardo non è da sottovalutare la cultura del mondo agricolo: lavoro duro e faticoso con l'accettazione dell'infortunio come fatalità, come evento individuale, tragedia familiare e non come incidente legato ad un processo produttivo condotto erroneamente, evitabile con l'applicazione di puntuali misure di sicurezza.

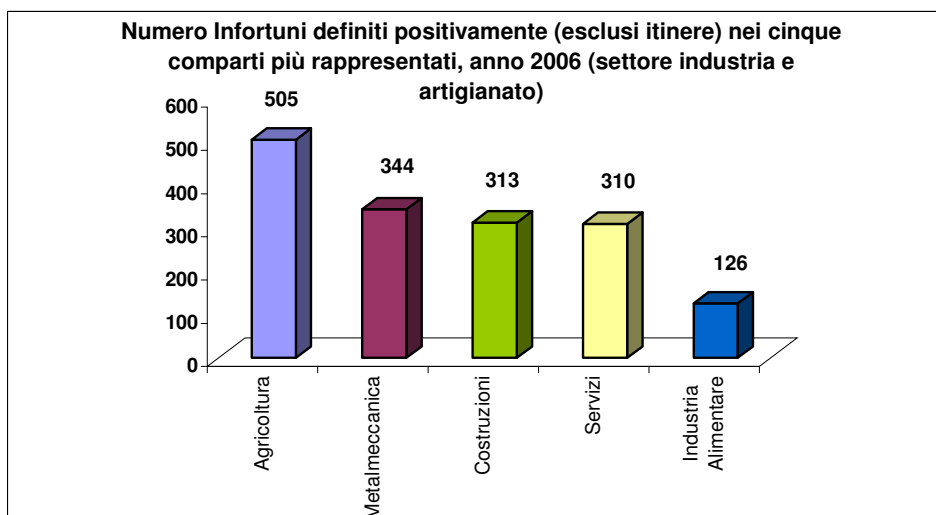
Analisi quantitativa degli infortuni

Rispetto al totale degli accadimenti infortunistici, l'analisi del fenomeno, effettuata sugli ultimi dati INAIL stabilizzati (anno 2006 Fonte Flussi Inail-Ispesl-Regioni) evidenzia, nell'ultimo quinquennio, un trend sostanzialmente costante con un calo tendenziale annuale del 1-2% in linea con un analogo andamento nazionale.

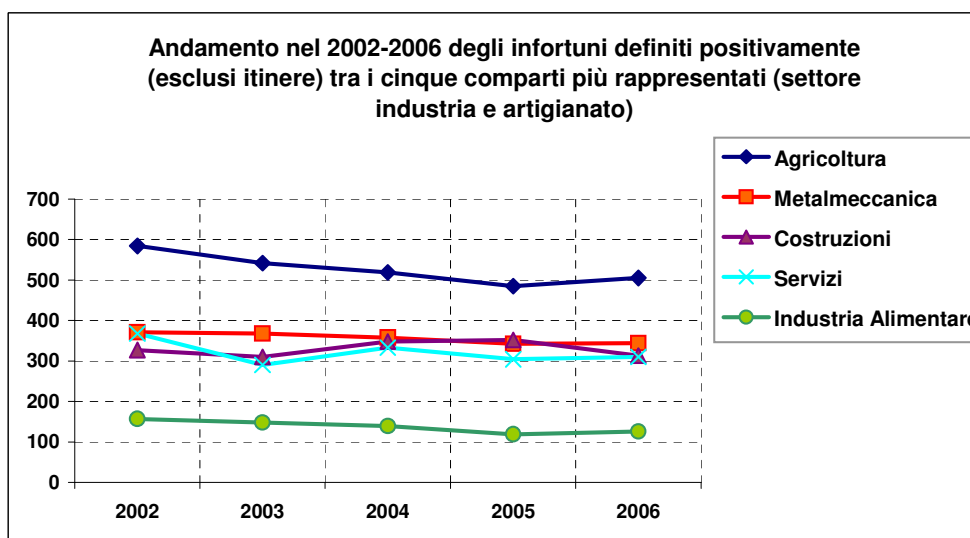
Nell'Asl Cn2 su complessivi 3400 accadimenti infortunistici ben il 23% origina dal comparto agricolo a fronte di una percentuale di addetti stimata pari al 15% (dati teorici Censimento 2000).

Anche dal punto di vista della gravità la situazione non è migliore essendo gli infortuni gravi di tipo agricolo circa il 35% dei totali.





Importante risulta l'analisi del trend del comparto che evidenzia, negli ultimi 5 anni, un calo significativo degli incidenti (circa il 16% di infortuni in meno e circa il 25% in meno di gravi), sulla cui motivazione però non è facile fornire spiegazioni non avendo a disposizione parametri chiari di riferimento rispetto al numero di addetti.



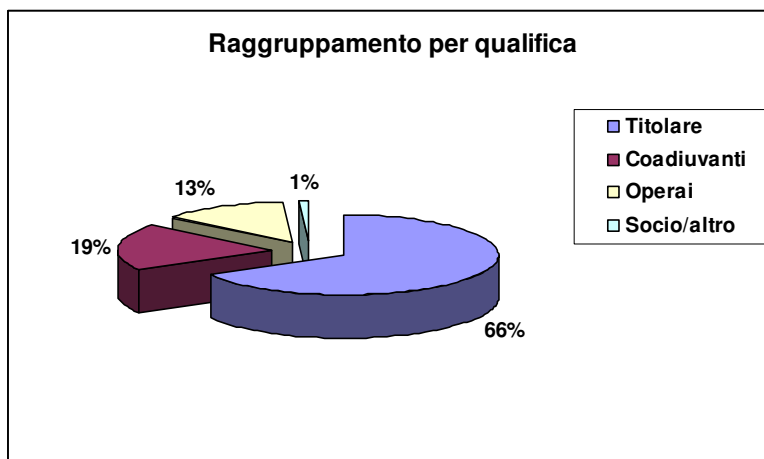
Analisi qualitativa degli infortuni

L'analisi dei dati registrati dal Servizio, sulle base delle denunce infortuni ricevute, evidenzia che nella nostra Asl la causa principale di eventi mortali e gravi è il ribaltamento delle trattrici agricole con conseguente schiacciamento dell'operatore; il fenomeno, purtroppo ricorrente, è legato all'orografia del nostro territorio ma anche alla mancanza di idonei dispositivi antiribaltamento (cabine e telai di protezione) e sistemi di ritenzione dell'operatore a bordo (cinture di sicurezza).

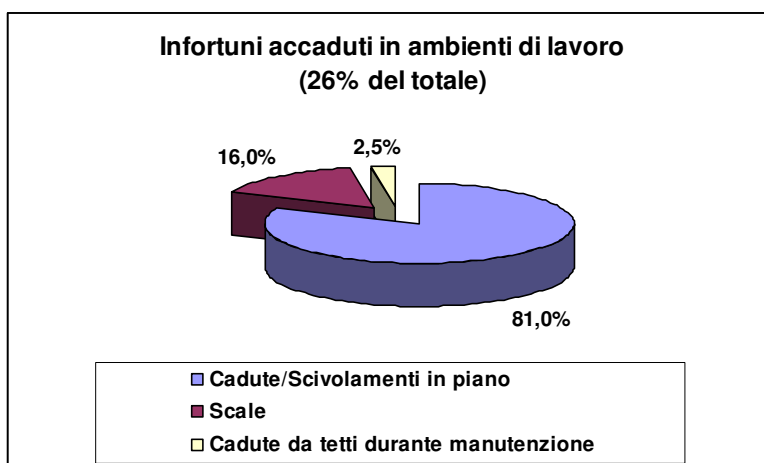
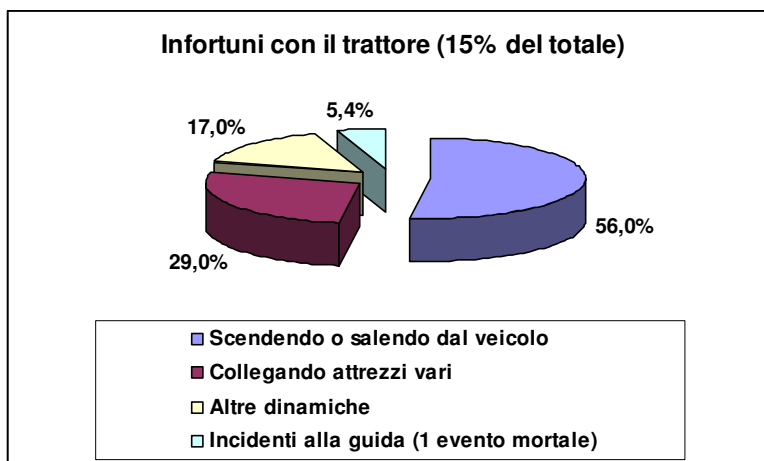
Altre cause da non sottovalutare sono legate ad attività di abbattimento alberi e originano da scorrette procedure di lavoro ed a mancanza di Dispositivi di Protezione Individuali (caschi di sicurezza, tute antitaglio) e a cadute dall'alto (tetti, scale, alberi).

Per quanto riguarda gli infortuni meno gravi non sono da sottovalutare gli eventi che comunque comportano un numero elevato di ore di assenza dal lavoro: scivolamenti durante le lavorazioni sul terreno, in piano su pavimenti (cantina, magazzini, cortili, ecc.); cadute e scivolamenti durante la salita o discesa dal trattore (causa scalini - predellini scivolosi, sporchi o non idonei, mancanza di DPI e scarpe antinfortunistiche, fretta, disattenzione, troppa confidenza); lesioni da attrezzi diversi (utensili, durante il collegamento di macchine alla trattrice), contatto con attrezzi taglienti; traumi agli occhi da rami, prodotti chimici, e oggetti vari.

Nei grafici sottostanti si riportano alcuni dati emersi dall'osservazione degli eventi infortunistici accaduti nel periodo luglio 2008 giugno 2009 tra la popolazione lavorativa attiva su un totale di 472 eventi.



Alcune dinamiche significative



Attività di prevenzione

La problematica inerente gli infortuni sul lavoro del comparto agricolo ha portato alla nascita di un Piano Nazionale Agricoltura per il periodo 2009-2011 approvato lo scorso 17 giugno dal Comitato tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il documento, punto di partenza per l'elaborazione dei nuovi piani operativi regionali, illustra, in modo completo, le caratteristiche strutturali del comparto agro-forestale in Italia, con i dati riassuntivi più recenti disponibili relativi agli infortuni sul lavoro ed alle malattie professionali, intossicazioni da prodotti fitosanitari.

Considerato che l'attività sinora svolta dai servizi ASL/USL di prevenzione nei luoghi di lavoro risulta molto disomogenea, sono stati definiti criteri generali per omogeneizzare l'attività di prevenzione su tutto il territorio nazionale.

Gli obiettivi individuati sono i seguenti:

- garantire in tutte le ASL/AUSL un'anagrafe aggiornata delle aziende agricole, sulla base del sistema informativo dell'agricoltura e dell'anagrafe zootecnica;
- attivare campagne di eliminazione dei rischi più gravi (trattori - ROPS, cardani, prese di potenza , altre specifiche macchine agricole/forestali, percorsi protetti nelle stalle, ...);
- attivare una campagna per l'applicazione della normativa in materia di commercio di macchine, nuove e usate, di noleggio e concessione in uso di attrezzature di lavoro;
- garantire una formazione permanente degli operatori pubblici di prevenzione nei luoghi di lavoro, per superare disomogeneità, in tutti gli ambiti professionali specifici;
- promuovere la formazione dei lavoratori agricoli, anche con l'impegno diretto degli operatori dei servizi pubblici di prevenzione nei luoghi di lavoro;
- produrre e diffondere a livello nazionale materiali divulgativi e manuali, a partire dall'utilizzo dei numerosi materiali già prodotti dagli istituti centrali, Regioni e Province Autonome, provvedendo al loro aggiornamento e al loro adattamento al contesto nazionale.

A tal fine la Regione Piemonte ha istituito un Gruppo di Lavoro Regionale "Agricoltura", con la partecipazione del personale dell'Asl Cn2, che si prefigge il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- individuazione di misure di intervento finalizzate alla prevenzione del rischio di infortunio nel settore agricolo, a partire dalla diffusione delle buone prassi, attraverso l'approfondimento ed il monitoraggio dei dati relativi all'andamento infortunistico e alle relative dinamiche nel comparto specifico;
- promozione di iniziative di sensibilizzazione degli operatori del settore finalizzate all'adeguamento normativo delle macchine agricole più rischiose e predisposizione di criteri per orientare l'attività di vigilanza nel comparto, anche in collaborazione con l'ISPESL;
- predisposizione di iniziative volte all'applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro da parte dei lavoratori autonomi, in particolare relativamente all'utilizzo di attrezzature di lavoro e al corretto uso di D.P.I.;
- predisposizione del programma di attività 2010 sulla base del lavoro sviluppato per i punti precedenti e delle indicazioni scaturite dal Piano Nazionale Agricoltura.

Non va poi dimenticato che la nuova normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro (D.Lgs. 81/08 e s.m.i) definisce nuovi puntuali obblighi anche in capo alle ditte individuali ed alle aziende familiari che, come visto, costituiscono la quasi totalità del comparto agricolo.

È verosimile ritenere che gli obblighi normativi ma soprattutto una nuova cultura della sicurezza possano in breve contribuire a ridurre e/o limitare gli incidenti in un comparto che rappresenta uno dei cardini alla crescita economica del nostro paese.

Descrizione del programma di sorveglianza sanitaria ex esposti Ammine Aromatiche

Elena Lora – Anna Santoro

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti professionalmente ad Ammine Aromatiche rientra nelle attività di prevenzione effettuate dagli SPreSAL.

Nel 1983, una direttiva della Regione Piemonte, assessorato alla Sanità, aveva dato mandato agli allora Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle unità Sanitarie Locali di sottoporre a sorveglianza sanitaria gli ex esposti ad Ammine Aromatiche in ambiente lavorativo.

In osservanza alle Circolari del Ministero del Lavoro sulle Ammine Aromatiche, i medici di fabbrica inviavano, al momento della cessazione del rapporto di lavoro, le cartelle cliniche degli esposti all'Ispettorato del Lavoro; a partire da luglio 1982, data del trasferimento delle competenze dall'Ispettorato al SSN, tali cartelle venivano inviate alle Regioni che, a loro volta, le inviavano alle ASL competenti per residenza del soggetto.

Con la circolare del 1993, la Regione Piemonte affidava alle allora Unità Operative di Igiene e Sicurezza del Lavoro, oggi SPreSAL, tale attività.

Dal punto di vista biochimico, le Ammine Aromatiche rientrano nella classe di oncogeni che richiedono attivazione metabolica; sono quindi dei precancerogeni la cui trasformazione in cancerogeni attivi si svolge attraverso meccanismi che coinvolgono vari organi (fegato, apparato urinario) e che spiegano la specificità di sede che, dal punto di vista anatomico, si esplica specialmente a livello del trigono vescicale, dove è maggiore il ristagno di urina.

Dal punto di vista clinico, il tumore vescicale indotto da Ammine Aromatiche risulta la patologia più frequente dell'apparato urinario, non differisce da quelli spontaneamente occorrenti nella popolazione generale in cui l'incidenza della patologia neoplastica risulta maggiore per gli uomini con un rapporto di 3:1.

Dal punto di vista epidemiologico l'intervallo medio tra inizio dell'esposizione e decesso per tumore si aggira, sulla base degli studi di coorte, 20/25 anni.

Per esplicitare tale attività di sorveglianza è stato istituito un registro degli ex esposti che prevede la raccolta/verifica dei seguenti parametri:

- **Dati identificativi personali** (data e comune di nascita) necessari per la verifica dello stato in vita tramite l'anagrafica assistiti ASL, schede di morte, SDO;
- **Stato in vita** (data di decesso, comune di decesso, comune di residenza al momento del decesso, trascrizione delle cause di morte come da scheda ISTAT) utile per registrare data e cause di morte;
- **Residenza** (comune di residenza) per avviare il programma di screening;
- **Dati descrittivi sulle esposizioni** (data inizio e cessazione della esposizione) utili per valutare i criteri di eleggibilità del soggetto;

per ogni soggetto inoltre vengono annotati:

- **Dati descrittivi del programma:** data primo invito, periodicità prevista, ragione di cancellazione (rifiuto, trasferimento, decesso, nuova assunzione), indicatore di rispondenza (rispondente, non rispondente); tali dati sono utili per valutare l'estensione del periodo di osservazione e l'aderenza del soggetto al programma che gli è stato offerto;
- **Dati sugli esami** (calendario) utili per valutare l'aderenza al programma di screening.

È stato quindi istituito un protocollo di sorveglianza sanitaria che comprende i seguenti step:

1. raccolta della segnalazione e verifica della completezza dei dati;
2. verifica dei dati anagrafici, dello stato in vita del soggetto, della sua residenza, del medico curante;
3. acquisizione della cartella sanitaria di rischio dell'azienda, ove possibile;
4. accordo con i servizi ospedalieri di un periodo utile per inviare i campioni e con le sedi di distretto per la consegna dei contenitori;
5. verifica della rispondenza del soggetto con un primo contatto telefonico durante il quale si fissa una data per un appuntamento;
6. invio della lettera di convocazione sia al soggetto che, per conoscenza, al medico curante;
7. raccolta dell'anamnesi lavorativa, patologica remota e prossima in sede di visita ed invio dei campioni ai laboratori di pertinenza;

8. ricezione del referto, valutazione dei parametri, contatto telefonico con l'interessato ed invio del referto tramite lettera;
9. i casi dubbi vengono trattati insieme al medico curante mentre i casi positivi vengono inviati al secondo livello (SOC di Urologia del PO di Alba).

La letteratura scientifica internazionale individua nel PAP TEST, l'esame più indicato per la sua alta sensibilità e specificità, il basso costo e la scarsa invasività.

Pertanto, come indagine strumentale, è stato utilizzato l'esame citologico del sedimento urinario eseguito su tre campioni raccolti in tre giorni successivi ed accompagnato da esame urine completo.

Circa le modalità di prelievo ci si è avvalsi delle "Indicazioni operative sulla metodologia di raccolta e preparazione degli esami di citologia urinaria e procedure di controlli di qualità" a cura dell'Assessorato tutela della salute e sanità della Regione Piemonte.

L'ASL CN2 ha attivato a partire dal 2001 il programma di sorveglianza sanitaria a soggetti ex esposti ad ammine aromatiche che avevano lavorato presso aziende del nostro territorio di competenza; inoltre nel 2007 l'ALA (Associazione Lavoratori Acna di Cengio) ha contattato il nostro Servizio ed ha fornito un elenco nominale di soggetti da inserire nel protocollo di controllo.

Vengono di seguito riassunti i dati relativi all'anno 2008 e suddivisi in due gruppi.

Tab. 1 – Casistica anno 2008 lavoratori ACNA

N. LAVORATORI SEGNALATI	N. LAVORATORI CONTATTATI	N. LAVORATORI RISPONDENTI	N. LAVORATORI NON RISPONDENTI	N. ESAMI CON ESITO DUBBIO
23	21	13	8	2

Effettuando un'analisi dei **lavoratori non rispondenti**, è risultato che n. 4 persone non erano affatto interessate allo screening, n. 3 persone, pur avendo aderito al programma telefonicamente, non si sono più presentate e che n. 1 soggetto viene sottoposto a PAP TEST semestralmente presso altra ASL, dopo intervento per Ca Prostatico nel 2002.

Per quanto riguarda gli **esami dubbi**, di questi, uno è risultato positivo allo screening citologico, per cui è stato indirizzato al II livello (SOC Urologia) per gli accertamenti del caso, che a tutt'oggi sono risultati negativi; il secondo caso invece, al successivo controllo, dopo tre mesi, è risultato negativo.

Tab. 2 – Casistica anno 2008 lavoratori altre ditte

N. LAVORATORI SEGNALATI	N. LAVORATORI CONTATTATI	N. LAVORATORI RISPONDENTI	N. LAVORATORI NON RISPONDENTI	N. ESAMI CON ESITO DUBBIO
25	25	13	12	0

Effettuando un'analisi dei **lavoratori non rispondenti**, è risultato che n. 2 persone non desideravano per l'anno corrente aderire al programma, ma volevano essere ricontattate l'anno successivo; 5 soggetti dei restanti 10 erano stati riassunti presso altre ditte dove venivano sottoposti a sorveglianza sanitaria. A questi ultimi veniva, comunque, inviata una lettera informativa sul programma di screening.

Ad oggi non risultano casi accertati di neoplasia vescicale dei due gruppi di sorvegliati.

Analisi del clima organizzativo presso l'ASL CN2 Alba-Bra Report

Daniele Saglietti – Ileana Agnelli – Franco Cane

Nel periodo di ottobre-novembre 2008 su tutte le Strutture Operative dell'A.S.L. di Alba e Bra è stata realizzata un'analisi di clima organizzativo, con la finalità di ottenere una fotografia dell'Azienda che mettesse in luce punti di forza e di debolezza del clima lavorativo, per valorizzare le buone pratiche e individuare eventuali criticità su cui intervenire.

Le fasi di progettazione, esecuzione e restituzione sono state realizzate dalla S.O.C. Psicologia, in collaborazione con le SS.OO.CC. Amministrazione del Personale e OSRU, il Medico Competente e la Direzione Generale.

La rilevazione si è posta quale tappa fondamentale all'interno del progetto aziendale finalizzato alla promozione della Salute Organizzativa, avviato dal 2005 con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei professionisti e conseguentemente il livello delle prestazioni erogate.

In questi anni, infatti, sono state realizzate diverse iniziative rivolte al personale, finalizzate alla prevenzione del disagio lavorativo e alla valorizzazione delle buone prassi, nell'ottica di migliorare il benessere lavorativo.

Queste azioni hanno permesso una buona sensibilizzazione e formazione degli operatori sulle tematiche e hanno consentito una importante rilevazione *qualitativa* delle percezioni dei dipendenti riguardanti il loro "stare al lavoro".

Negli ultimi mesi si è rivelato importante, al fine di ottenere un quadro ancora più completo e preciso, avviare un processo di misurazione *quantitativa*, che potesse coinvolgere parallelamente tutte le Strutture dell'Azienda Sanitaria.

Si è voluto pertanto valorizzare le potenzialità offerte dalla rilevazione del clima, cogliendo tre opportunità/necessità:

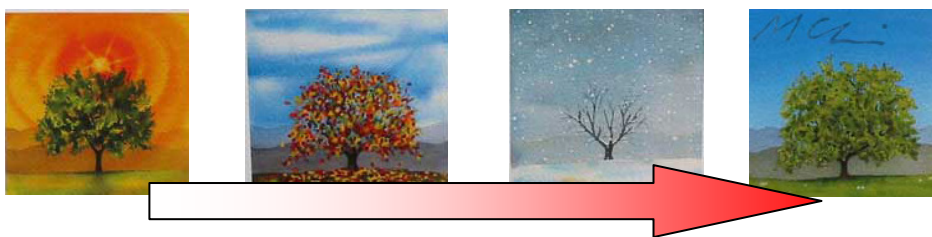
- il coinvolgimento del personale tutto, tecnico – amministrativo – sanitario, sia nelle fasi antecedenti la rilevazione, sia nelle fasi successive; garantendo una restituzione capillare dei dati rilevati che permetta sia di valorizzare i punti di forza, sia di mettere in luce eventuali criticità rilevate;
- centrare sui gruppi di lavoro, che generalmente coincidono con le strutture complesse, il focus della rilevazione, della restituzione ed il raccordo alle altre azioni per lo sviluppo e tutela della salute organizzativa;
- favorire la capacità di trasferire la conoscenza attraverso la collaborazione, dal punto di origine al punto di massima creazione di valore all'interno dell'organizzazione, che si basa sull'assunto che la fiducia è parte integrante delle relazioni. L'analisi del clima collaborativo si orienta alla valutazione di questa fiducia, della cultura organizzativa, delle relazioni dello staff, l'attitudine alla collaborazione ed il sostegno al gruppo di lavoro (*passaggio dal "lavoro di gruppo" al "gruppo di lavoro"*)...

In continuità all'obiettivo di garantire la partecipazione e la condivisione a livello aziendale, la rilevazione è stata anticipata da un periodo di sensibilizzazione rivolta agli opinion leader e ai responsabili dell'organizzazione affinché fossero loro stessi facilitatori e promotori dell'iniziativa. I responsabili sono stati inoltre coinvolti direttamente al termine dell'analisi per le fasi di restituzione e riflessione sui risultati ottenuti.

La misurazione del clima in azienda è finalizzata a rilevare le percezioni individuali del personale, le sensazioni, i vissuti, gli stati d'animo nel lavoro, nelle relazioni fra gli operatori e con l'organizzazione per misurare lo stato di salute dell'organizzazione; il clima si riferisce a una descrizione collettiva dell'ambiente, misurata attraverso la media delle percezioni dei componenti dell'organizzazione.

Occuparsi di clima organizzativo significa dare centralità all'uomo e preoccuparsi del versante soggettivo, emotivo e psicologico dell'organizzazione; esso non è soltanto un elenco di aspettative e credenze, ma è un atteggiamento collettivo, prodotto dall'interazione fra i lavoratori.

Occorre precisare che il clima organizzativo, in analogia con il clima meteorologico, può cambiare in base alla stagione e agli agenti atmosferici (rappresentati dai cambiamenti interni o esterni all'azienda).



Nello stesso tempo, la possibilità di usufruire di previsioni "meteorologiche" in campo sociale aiuta ad avere un'idea dell'"aria che si respira" nell'azienda, a prevenire eventuali problematiche insorgenti e promuovere un migliore ambiente di lavoro.

La rilevazione del clima si pone all'interno degli interventi finalizzati alla promozione della salute organizzativa nell'ASL CN2, che intendono rispondere alle norme e alle direttive italiane ed internazionali che vi fanno riferimento, quali:

- la Costituzione dell' OMS, che definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". La salute viene qui considerata più un mezzo che un fine e può essere definita come una risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico
- il D.Lgs. 81/08, Testo Unico per la Sicurezza sul Lavoro, che oggi sostituisce il D.Lgs. 626/1994, che cita l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro (Titolo 1, Art. 15) e richiede di programmare interventi per la prevenzione di "rischi particolari, tra cui anche quelli collegabili allo stress lavoro-correlato..."
- la Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 24/03/2004, che riguarda le misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni e richiede, fra le altre cose, la rilevazione delle opinioni dei lavoratori sul loro "stare al lavoro"
- l'Accordo Europeo sullo stress al lavoro del 8/10/2004, che descrive il fenomeno e individua gli interventi per prevenire e ridurre i problemi di stress da lavoro.

L'analisi è stata svolta utilizzando il Team Climate Inventory Questionnaire TCI1 (di Anderson & West, 1994 - Versione italiana a cura di Paola Ragazzoni, Anna Maria Zotti e Rosemary Allpress), somministrato on-line in forma anonima.

E' stato scelto questo strumento a seguito di un'attenta analisi della letteratura perchè ritenuto quello più vicino al contesto aziendale in quanto specificamente focalizzato sul gruppo di lavoro e poiché le sue caratteristiche permettono un'agevole compilazione. Il nucleo della vita lavorativa quotidiana, infatti, è rappresentato dal gruppo di lavoro e dall'interazione fra i suoi componenti.

Al fine di assicurare la privacy dei dipendenti, la gestione del software informatico e della rilevazione dei dati è stata affidata a una ditta esterna, garante del rispetto dell'anonimato.

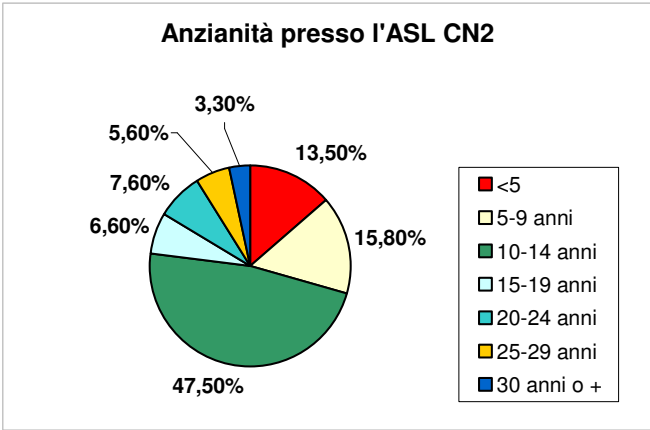
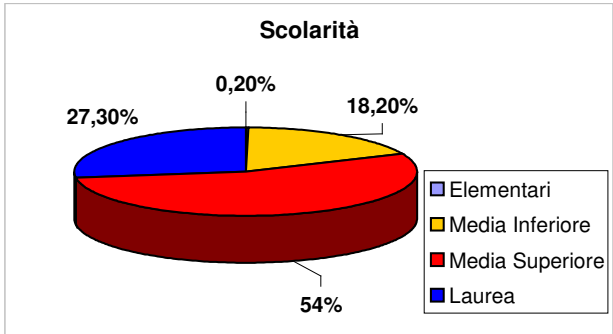
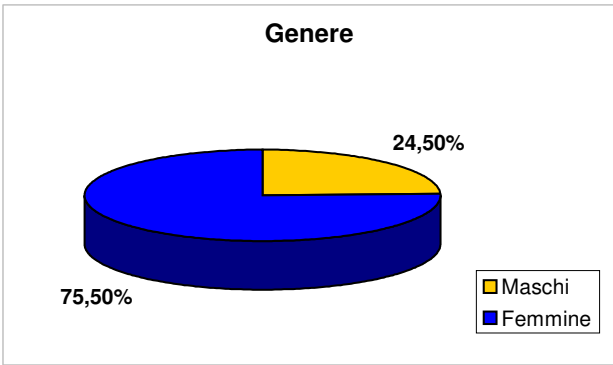
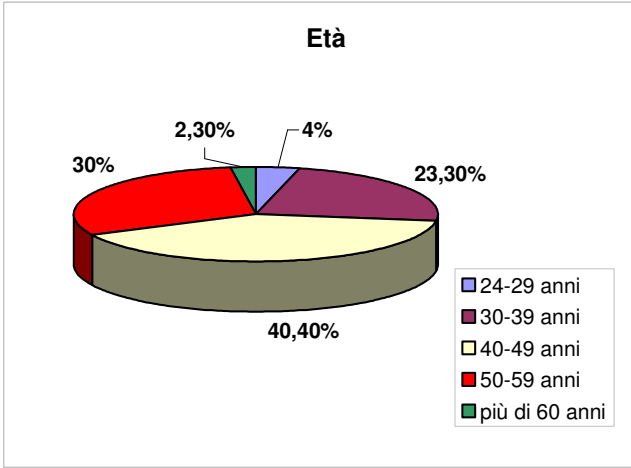
L'indagine è stata rivolta a tutto il personale dell'Azienda, al fine di ottenere un quadro globale delle percezioni, valorizzare le opinioni di tutti e promuovere la partecipazione attiva dei lavoratori, preceduta, come anticipato, dall'indispensabile fase di sensibilizzazione ed informazione sull'iniziativa, sugli obiettivi e sulle modalità di compilazione.

Le analisi descrittive

L'analisi evidenziata in questa pubblicazione è riferita all'intera popolazione aziendale; il dettaglio specifico riferito ai dipartimenti, alle strutture ed ai gruppi di lavoro costituisce una mole di dati rilevante, oggetto del lavoro interno di valorizzazione delle buone pratiche e miglioramento delle criticità.

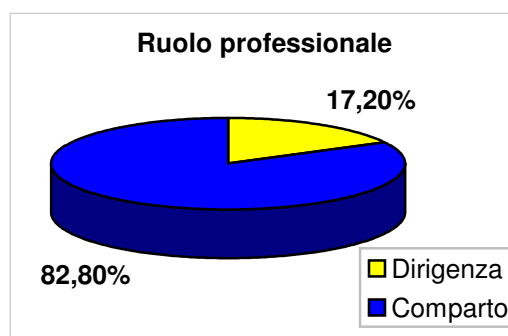
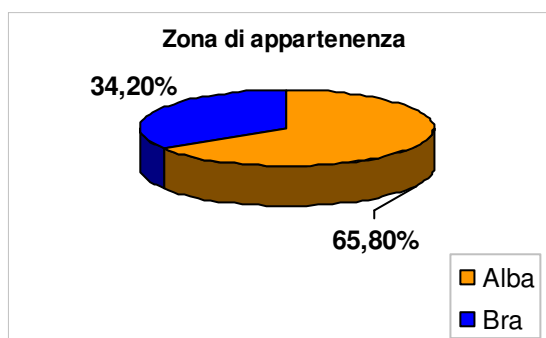
Nel complesso, il 75,42% dei dipendenti ha risposto al questionario on-line.

Il campione che ha partecipato all'indagine era così distribuito per età, genere, scolarità, anzianità, dipartimento, area geografica, ruolo professionale:



Distribuzione percentuale per Dipartimento di appartenenza

AMMINISTRAZIONE	
Staff Direzione Generale	0,55%
Dipartimento di Programmazione, Amministrazione e Controllo	4,43%
Dipartimento dei Servizi di supporto	6,17%
SERVIZI SANITARI ASSISTENZIALI	
Dipartimento Servizi Sanitari Generali	12,10%
Dipartimento Cure primarie e Servizi territoriali	9,57%
Dipartimento Area Medica	16,22%
Dipartimento Area Medica Specialistica	19,07%
Dipartimento Area Chirurgica	7,75%
Dipartimento Area Chirurgica Specialistica	16,3%
Dipartimento Area Diagnostica e dei Servizi	7,04%
Dipartimento Salute Mentale	4,75%
PREVENZIONE	
Dipartimento di Prevenzione	6,01%



I risultati del questionario

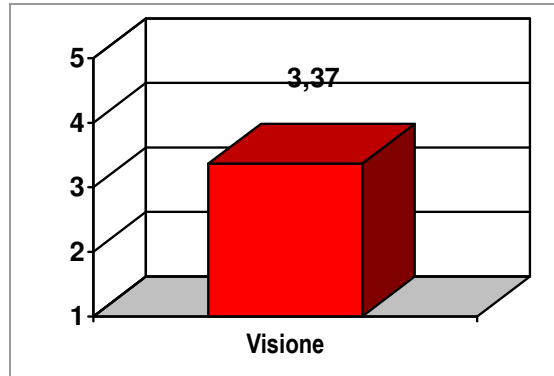
Facendo riferimento alla letteratura su questo strumento, gli items (le domande) del questionario sono stati organizzati in cinque categorie (fattori), le quali rappresentavano diverse aree del clima organizzativo. Per ogni fattore vengono di seguito rappresentati:

- il grafico con la media delle risposte date dai dipendenti;
- siccome la deviazione standard³ in tutti i fattori è piuttosto elevata, il grafico con l'esplicitazione delle percentuali di persone che hanno dato le diverse risposte.

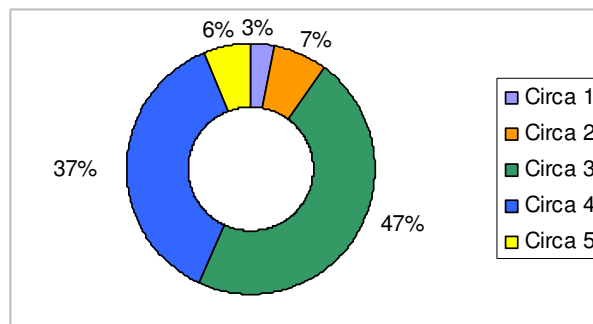
³ Deviazione standard: indica l'indice di dispersione, cioè l'intervallo entro il quale si distribuiscono le varie risposte attorno alla media calcolata.

Le risposte del questionario andavano da un punteggio minimo di 1 (=percezione assolutamente negativa) a un punteggio massimo di 5 (=percezione assolutamente positiva).

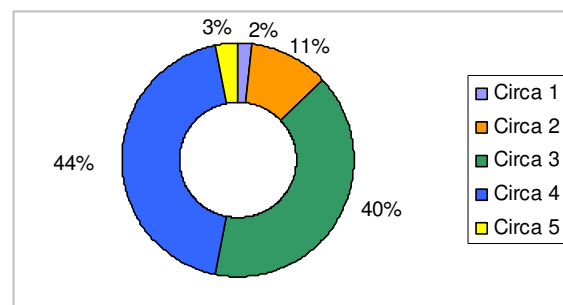
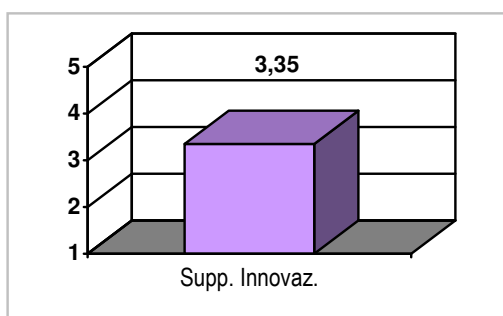
1. Visione: livello di chiarezza, condivisione, attendibilità e valore percepito degli obiettivi del gruppo. Questo fattore comprende 11 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,37.



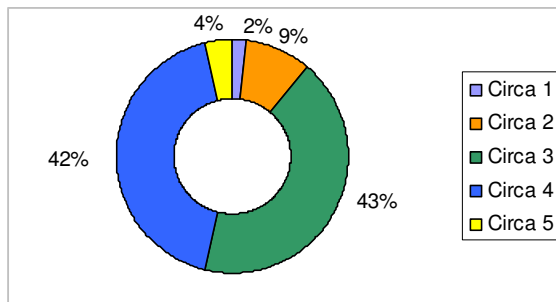
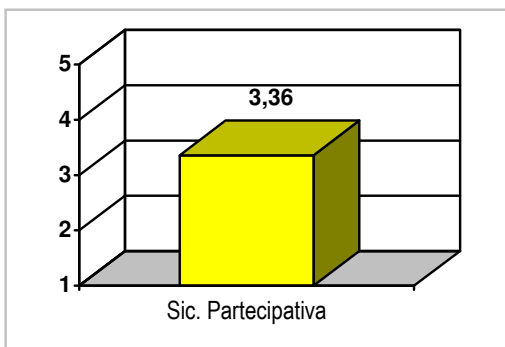
Sono state esplicitate le percentuali di persone che hanno dato le diverse risposte, qui rappresentate nel grafico.



2. Supporto all'innovazione: comprende le domande che riguardano il grado di supporto pratico ai tentativi di innovazione e cambiamento. Questo fattore comprende 11 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,35.

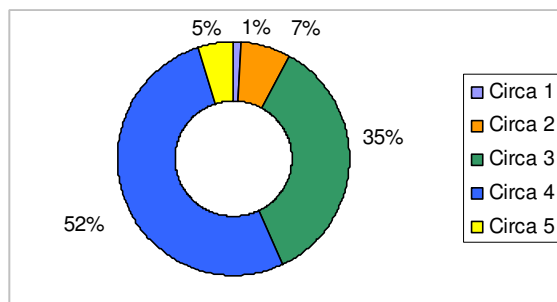
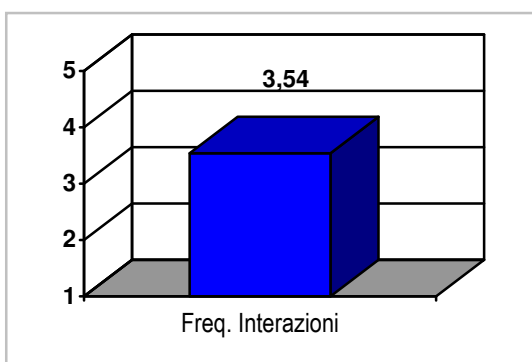


3. Sicurezza partecipativa: esprime il livello di partecipazione del gruppo nelle procedure per prendere decisioni e il grado di sicurezza psicologica percepito per proporre e sviluppare nuovi modi di fare. Questo fattore comprende 8 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,36.

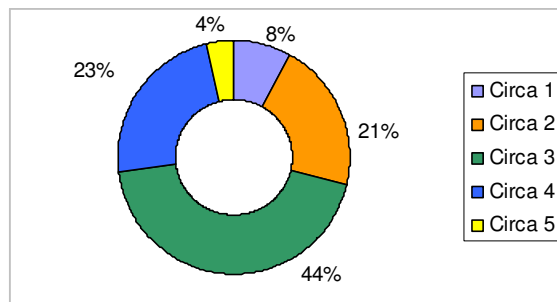
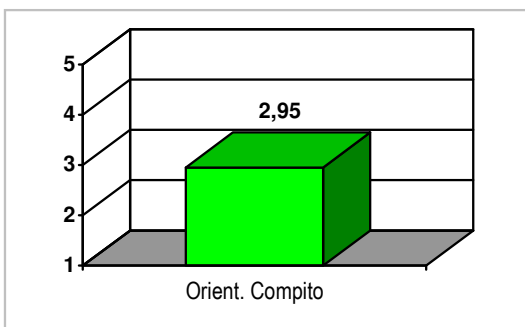


4. Frequenza dell'interazione: grado e frequenza di interazione fra i membri del gruppo.

Questo fattore comprende 3 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,54.



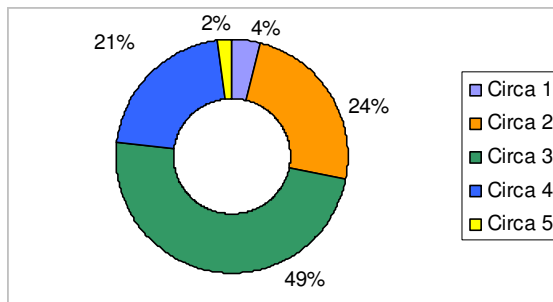
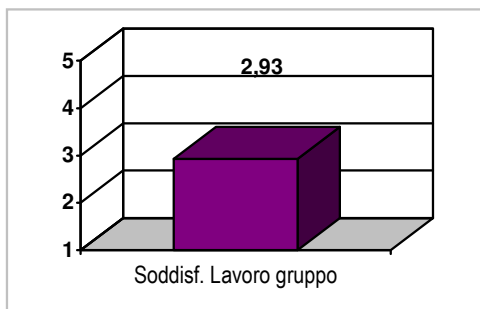
5. Orientamento al compito: indica il livello di impegno del gruppo nel raggiungere gli standard più alti possibile nella performance, comprendendo l'uso di procedure di monitoraggio. Questo fattore comprende 8 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 2,95.



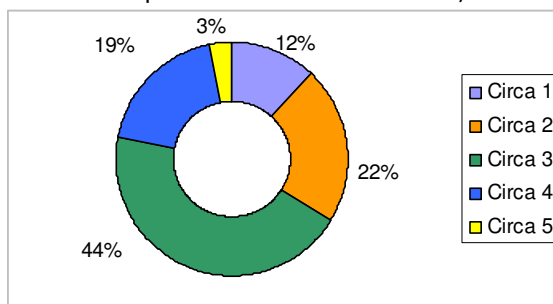
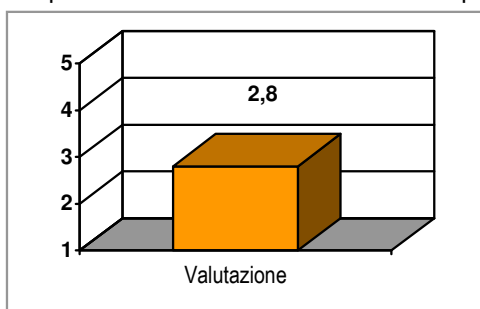
Nuove aree di analisi

Durante l'elaborazione dei dati, a partire dagli items del questionario e con le opportune tecniche di analisi statistica, sono state individuate altre aree indagate nel TCI1.

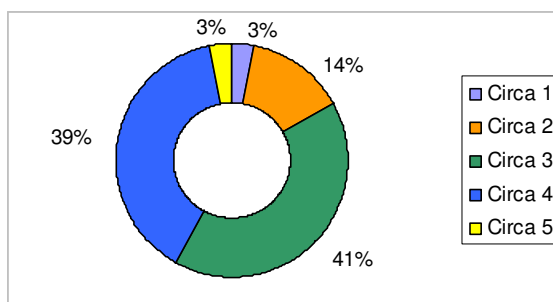
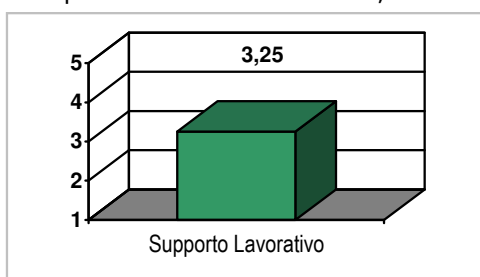
6. Soddisfazione per i risultati del lavoro di gruppo: comprende le domande riguardanti il livello di soddisfazione rispetto ai risultati che generalmente vengono raggiunti dal proprio gruppo di lavoro. Questo fattore comprende 4 items del questionario. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 2,93.



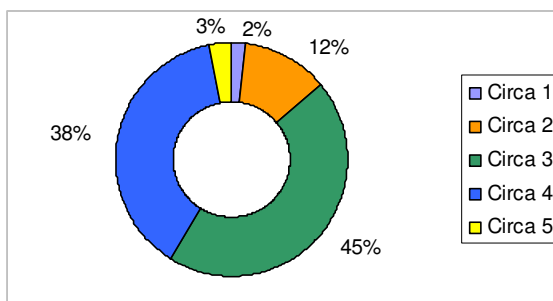
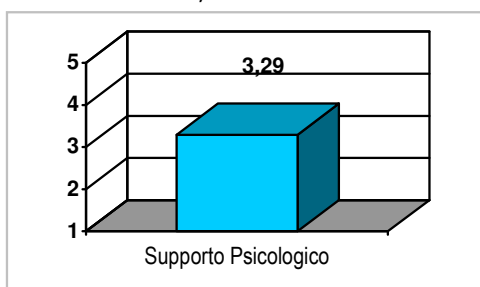
7. Valutazione/Monitoraggio: esprime la percezione dello spazio e del tempo che viene dedicato all'autovalutazione e al monitoraggio da parte dei componenti del gruppo. L'area comprende 4 items. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 2,8.



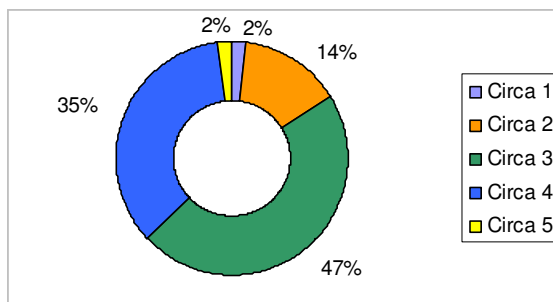
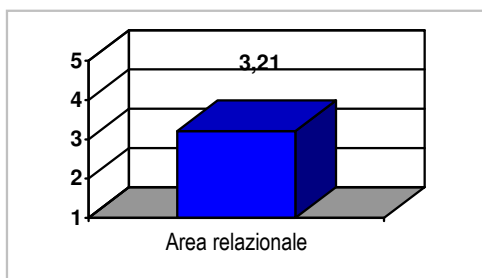
8. Supporto lavorativo da parte del gruppo: livello di supporto che la persona percepisce arrivare dai componenti del gruppo dal punto di vista lavorativo (cooperazione, supporto pratico, condivisione...). L'area comprende 7 items. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,25.



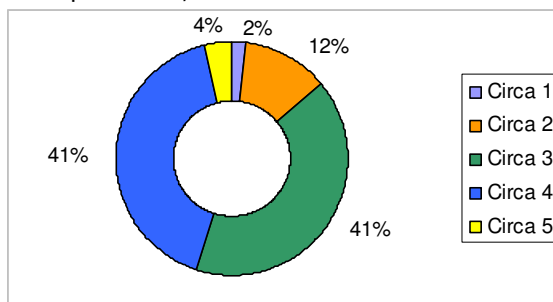
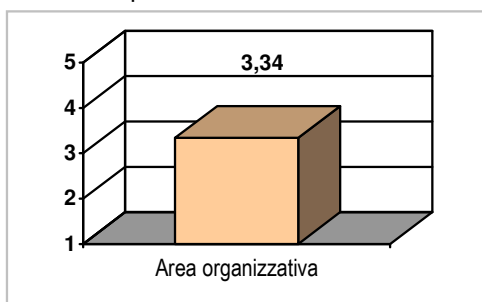
9. Supporto psicologico da parte del gruppo: livello di supporto percepito da parte dei componenti del gruppo di lavoro dal punto di vista psicologico e relazionale (sentirsi capiti, accettati...). L'area comprende 5 items. La media delle risposte date dai dipendenti dell'ASL CN2 è 3,29.



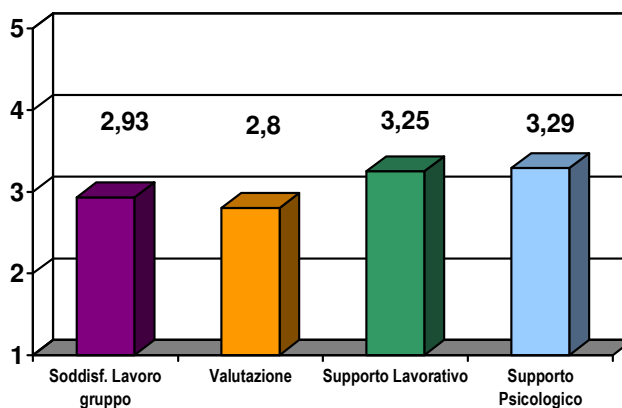
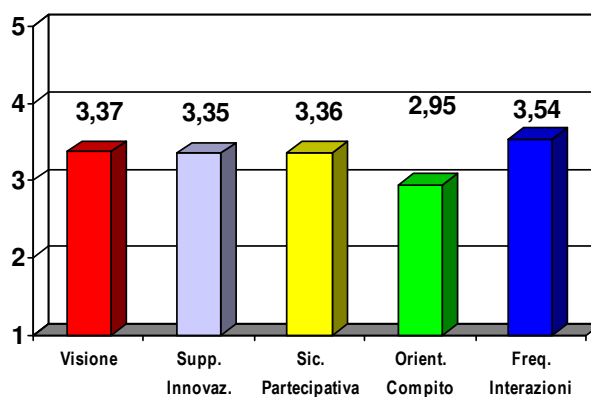
10. Area relazionale: quest'area comprende gli items che indagano come la persona si sente nel gruppo come persona, valuta le relazioni. E' composta da 10 domande. La media delle risposte è 3,21.



11. Area organizzativa: percezione del clima per quanto riguarda la parte organizzativa del proprio lavoro (obiettivi, condivisione di idee e informazioni, condivisione di risorse). L'area comprende 9 domande. La media delle risposte è 3,34.



Nei grafici di seguito vengono confrontate fra loro le aree precedentemente descritte:



Confrontando i risultati ottenuti con quelli della letteratura, è possibile riscontrare che in tutte le aree analizzate, tranne il fattore "visione", le medie dell'ASL CN2 sono significativamente più alte rispetto alle medie delle ricerche effettuate a livello nazionale. Attraverso le analisi statistiche (ANOVA), è possibile notare alcune relazioni interessanti tra le risposte degli operatori. Ad esempio:

- con l'aumentare dell'anzianità lavorativa, aumenta in modo statisticamente significativo la percezione positiva nelle *aree supporto all'innovazione, frequenza delle interazioni, soddisfazione del lavoro di gruppo*;
- con l'aumentare del titolo di studio, aumenta in modo statisticamente significativo la percezione negativa nelle *aree supporto all'innovazione, soddisfazione del lavoro di gruppo, supporto lavorativo dal gruppo*. Aumenta, invece, la percezione positiva della *visione*;
- i dirigenti amministrativi riportano percezioni significativamente positive rispetto alla media delle altre figure professionali in tutte le aree indagate;
- i dirigenti segnalano risultati significativamente migliori rispetto alla media totale per quanto riguarda l'area *visione*.

Conclusioni

La compilazione era completamente volontaria ed è possibile evidenziare che la partecipazione dei dipendenti alla rilevazione del clima organizzativo sia stata molto ampia. Si suppone che questo risultato sia stato positivamente influenzato dal fatto che la compilazione fosse anonima e on-line, effettuabile in qualsiasi momento e luogo, non legata ai tempi e agli spazi dei ricercatori. Inoltre, il coinvolgimento e la sensibilizzazione preventivi hanno facilitato l'aumento della motivazione e, quindi, della partecipazione degli operatori.

Per quanto concerne le risposte date dai partecipanti, per ogni area indagata la loro media si è posta sempre al di sopra della risposta centrale (in un solo caso - valutazione/monitoraggio - ne è poco inferiore). Questo indica una percezione globale piuttosto positiva del proprio "stare al lavoro" da parte degli operatori.

Al termine della rilevazione i risultati ottenuti sono stati presentati e restituiti assieme alla Direzione Generale, ai Direttori e ai Caposala delle Strutture Operative e pubblicati on-line sul sito aziendale, www.aslcn2.it.

L'analisi di clima rappresenta un momento di riflessione nel contesto aziendale presente, ma anche un utile strumento di cambiamento organizzativo, la rilevazione effettuata non ha avuto soltanto lo scopo di produrre una fotografia statica dell'azienda, ma soprattutto di essere utilizzata quale punto di partenza per agire sui processi interni e migliorare le eventuali criticità riscontrate, oltreché valorizzare le buone pratiche. Per questo motivo, le Direzioni delle diverse Strutture Operative sono state invitate a presentare i risultati ottenuti a tutto il personale, in quanto vero protagonista e proprietario della rilevazione di clima, al fine di sviluppare la riflessione e avviare un processo di analisi critica e miglioramento, facilitato dal percorso in atto sulla salute organizzativa.

E' stata fornita, a tutte le Strutture Complesse, la disponibilità, su richiesta delle stesse, ad approfondire con tutti i componenti il gruppo di lavoro i dati emersi dalla rilevazione, attivando eventuali successivi processi di miglioramento e valorizzazione, raccordati allo sviluppo del Progetto sulla "Salute Organizzativa".

Come dato ultimo si evidenzia quanto la scientificità dell'analisi del clima organizzativo, rilevato attraverso le risposte ad un'indagine a cui tutti i dipendenti sono stati sensibilizzati a partecipare, si sia inserita in un progetto di sviluppo del benessere e della salute organizzativa, e su una base di conoscenze sulle risorse umane dell'Azienda, certo più empiriche, ma che già erano in grado di rendere una rudimentale visione del clima lavorativo. La più importante tra queste è legata al monitoraggio delle assenze per malattia dei dipendenti che, nell'ultimo anno, si sono attestate sotto la soglia dello 0,50% (0,48% a giugno 2008 e 0,43 a giugno 2009). Dati che hanno annoverato, secondo una comparazione tra le Aziende Sanitarie condotta dal "Sole 24 ore", l'Azienda Sanitaria di Alba-Bra come la seconda più virtuosa a livello nazionale per tasso di assenteismo.

Bibliografia

- Agnelli I., Saglietti D., "Una mela al giorno...benessere organizzativo: fattori di protezione e buone prassi": avvio della sperimentazione del corso di formazione", in "Bollettino Epidemiologico ASL 18 Alba Bra anno 2006", a cura di Marinario L., Alba, prima edizione, 2007, Vol. VIII, pagg. 92-97.
- Argentero P., Cortese C.G., Piccardo C., *Psicologia del Lavoro*. Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- Argentero P., Cortese C.G., Piccardo C., *Psicologia delle Organizzazioni*. Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- D'Amato A., Majer V., *Il vantaggio del clima*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Supplemento Ordinario n. 108/L.
- Gruppo di Lavoro Area Psicologia (Croce M, Manna G, Orlandi F, Peila P, Saglietti D , Zotti AM) Assessorato Tutela Salute e Sanità, Regione Piemonte, *Azioni per un intervento psicologico integrato alle aree prioritarie della programmazione sanitaria regionale, Quaderno Regione Piemonte, Per una psicologia di Qualità – Formazione per gli psicologi delle AA.SS.RR. del Piemonte, 09.12.2006*.
- Majer V., Marcato A., D'Amato A., *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*. Franco Angeli, Milano, 2003.
- Quaglino G.P., Mander M., *I climi organizzativi*. Il Mulino, Bologna, 1987.
- Ragazzoni P, Baiardi P, Zotti AM, Anderson N, West M. Italian validation of the Team Climate Inventory: a measure of team climate for innovation. In *Journal of Managerial Psychology*, 17 (4), pp. 325-336, 2002.
- Ragazzoni P, Tangolo D, Zotti AM. Stress occupazionale e valorizzazione delle risorse umane in azienda sanitaria: dalla valutazione al processo di cambiamento. In *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 26 (2), pp. 119-126, 2004.
- Saglietti D., Psicologia clinica, contesti organizzativi e nuove declinazioni: organizzare la cura-curare l'organizzazione, in *Rivista periodica dell'ARESS Regione Piemonte*, anno V, n.2, dicembre 2007.
- Società Scientifica Sipsot, La salute organizzativa delle Aziende Sanitarie: curare l'organizzazione che cura. La funzione della Struttura Complessa di Psicologia. In *Linee di Indirizzo per l'Assistenza Psicologica erogata dalle Strutture Complesse di Psicologia, territoriali e ospedaliere, all'interno del SSN. Revisione 2009*. Politeia Edizioni, 2009.

Sitografia

- <http://www.aslcn2.it>
- <http://www.psicologia18.it>
- http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf
- http://www.funzionepubblica.gov.it/docs_html/benessere.htm
- <http://www.m2servizi.it/upimg/allegati/Accordo%20europeo%20sullo%20Stress%20sul%20lavoro.doc>

Le attività del Nucleo Interarea Veterinaria anno 2008

Maurizio Piumatti – Vito Apicella - Luigi Calosso - Giulio De Giovannini - Marco Fessia –
Marco De Giovannini – Franco Scaglione - Luigi Genesio Icardi

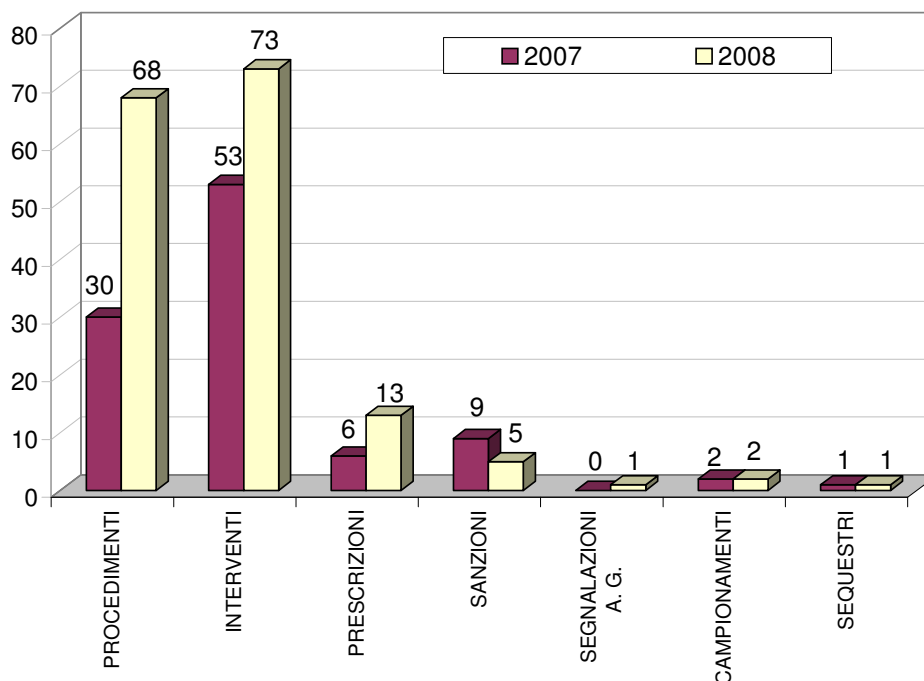
Premessa

Il Nucleo Interarea Veterinaria dell’A.S.L CN2 (N.I.V.), costituito da personale medico veterinario, da tecnici della prevenzione e da un collaboratore amministrativo, anche per il 2008 ha operato sulla base di programmi concordati con ciascun Responsabile di Struttura Complessa, ogni qualvolta vi fossero necessità inerenti l’attività di vigilanza delle varie S.O.C., o in caso di particolari esigenze. Gestione del personale, modalità e scelte operative, sono state quelle già sperimentate nel corso del 2007. Pertanto tutto il personale tecnico appartenente al N.I.V., è stato utilizzato, in base alla professionalità, alla struttura di appartenenza, e compatibilmente con le esigenze di servizio dei vari operatori.

Nel 2008 il N.I.V. si è occupato autonomamente di 68 procedimenti, che hanno richiesto 73 interventi di vigilanza, da cui sono derivati cinque sanzioni amministrative (per un ammontare di € 6.924,00), una segnalazione all’A.G., 13 provvedimenti prescrittivi, 2 prelievi di sostanze alimentari per ricerche microbiologiche, un sequestro di prodotti alimentari.

Nel 2007 i procedimenti sono stati 30, con 53 verifiche ispettive, 9 sanzioni amministrative, 6 provvedimenti prescrittivi, un sequestro di prodotti alimentari.

Graf. 1 – Attività svolta negli anni 2007 e 2008



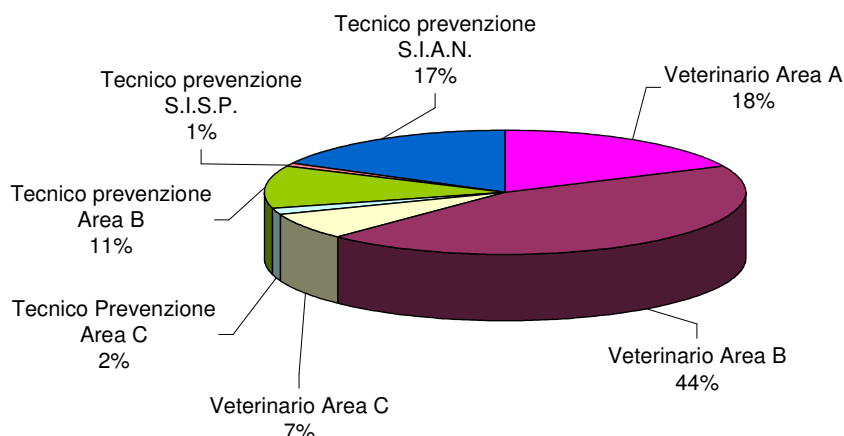
Aree di intervento

Le principali aree di intervento sono state:

- Controllo anagrafe bovina;
- Controllo stalle per il commercio bovini;
- Vigilanza sulla vendita all’ingrosso di medicinali veterinari;
- Protezione degli animali durante il trasporto e lo scarico al macello;
- Interventi di verifica benessere animale;
- Interventi di vigilanza in centri di ristorazione, o di vendita prodotti alimentari;
- Interventi di controllo prodotti di origine animale.

Ogni intervento è stato condotto da personale qualificato nei vari settori, utilizzando gruppi di lavoro costituiti per lo più da due operatori. Tali criteri hanno permesso una facile organizzazione dei gruppi operativi ed una snella gestione delle parti formali.

Graf. 2 – Utilizzo del personale nei vari interventi



Vigilanza sull'anagrafe bovina

L'anagrafe bovina rappresenta il punto di partenza per una corretta e precisa tracciabilità e rintracciabilità di tutte le produzioni animali, sulla base di questo presupposto, in collaborazione con il Responsabile dell'Area di Sanità Animale, sono state scelte le aziende da sottoporre a controllo.

Le principali linee guida per l'individuazione degli allevamenti sono state:

- Numero di animali allevati;
- Allevamenti di nuova apertura, o con cambiamento di tipologia produttiva;
- Particolari richieste da parte dell'area di Sanità animale.

Ogni controllo prevedeva una prima verifica in banca dati nazionale (ufficio anagrafe A.S.L. CN 2) sull'effettivo presente in allevamento, ed un secondo intervento in allevamento per la verifica della realtà aziendale. Durante ogni intervento oltre alla corretta identificazione dei capi presenti e alla comparazione dei dati aziendali con l'archivio della banca dati nazionale, veniva controllata la corretta tenuta dei registri aziendali di carico scarico, e la custodia dei passaporti identificativi.

Tab. 1 - Risultati delle verifiche.

Aziende controllate	Interventi di vigilanza	Capi bovini controllati	Prescrizioni	Sanzioni amministrative
20	26	863	7	2

Vigilanza sul commercio del bestiame

Viene definito commerciante "chiunque compra e vende animali con un avvicendamento inferiore a 30 giorni" (D. Lgs. 196/99). Nel caso in cui un commerciante disponga di una stalla di sosta, questa deve essere autorizzata, e tutte le transazioni commerciali devono essere registrate.

Sul territorio dell'A.S.L. sono presenti 6 stalle di sosta autorizzate per il commercio, tutte le strutture sono state sottoposte a verifica esaminando:

- Estrema autorizzazione della stalla;
- Requisiti strutturali della stalla;
- Estrema della registrazione presso la camera di commercio;
- Rispetto del benessere animale;
- Corretta identificazione degli animali e dell'anagrafe bovina.

Tab. 2 - Risultati delle verifiche.

Aziende controllate	Interventi di vigilanza	Capi bovini controllati	Prescrizioni
6	7	57	1

Vigilanza presso grossisti di farmaci veterinari

Una corretta gestione dei farmaci veterinari rappresenta la principale garanzia per l'assenza di residui all'interno dei prodotti di origine animale, pertanto in collaborazione con il Responsabile dell'Area di Produzioni Animali si è proceduto alla verifica ispettiva dei due grossisti di farmaci veterinari presenti sul territorio dell'A.S.L. CN2.

Il programma di vigilanza ha inteso verificare:

- Rispondenza tra l'autorizzazione rilasciata e l'attività svolta;
- Mantenimento dei requisiti strutturali previsti;
- Corretta detenzione dei farmaci o dei principi attivi stoccati;
- Corretta tenuta dei registri di carico scarico.

Tab. 3 - Risultati delle verifiche.

Grossisti di farmaci presenti sul territorio	Grossisti di farmaci controllati	N° interventi di vigilanza
2	2	2

Vigilanza sulla protezione degli animali durante la macellazione

Il rispetto del benessere animale è un tema cui l'opinione pubblica si mostra sempre più sensibile, ed il consumatore, oltre a pretendere una carne prodotta nel pieno rispetto delle norme igienico sanitarie, chiede che non siano inflitte sofferenze inutili ed evitabili agli animali da cui provengono le carni. Il moderno concetto di stato di benessere è riconducibile alle cosiddette cinque libertà di cui l'animale deve godere:

1. Libertà dalla fame e dalla sete;
2. Libertà dal disagio termico e fisico;
3. Libertà dal dolore e dalle malattie;
4. Libertà dalla paura e dallo stress;
5. Libertà di riprodurre i propri modelli comportamentali naturali.

Partendo da queste considerazioni di ordine generale, il N.I.V., in collaborazione con i Responsabili delle Aree di Produzione Animale Produzione degli alimenti di origine animale ha effettuato una serie di interventi di vigilanza sulla protezione degli animali al loro arrivo presso gli impianti di macellazione.

I controlli prevedevano le seguenti verifiche:

- Requisiti dell'autotrasportatore (patentino idoneità);
- Requisiti strutturali ed autorizzativi degli automezzi;
- Documentazione di scorta degli animali;
- Densità di carico degli animali;
- Operazioni di scarico;
- Dispositivi per lo scarico degli animali (barriere protettive, stalle, tettoie ecc);
- Operazioni di macellazione;
- Assenza, in generale, di comportamenti contrari al benessere animale.

Tab. 4 - Risultati delle verifiche.

Impianti controllati	Automezzi controllati	Capi bovini controllati	Prescrizioni
5	13	35	2

Altri interventi di vigilanza

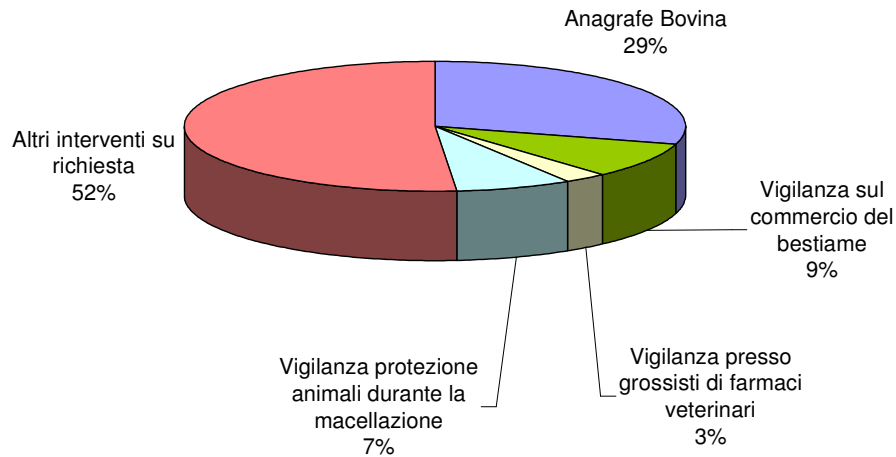
Nel corso del 2008, il N.I.V., ha assolto anche a compiti di vigilanza straordinaria. Sono stati eseguiti interventi estemporanei, su richiesta dei responsabili delle tre Aree funzionali del Servizio Veterinario, del S.I.A.N, o in seguito a segnalazioni giunte al Dipartimento di Prevenzione da parte di privati cittadini o di altri organi di vigilanza.

I principali campi di intervento sono stati:

- Verifica benessere animale;
- Vigilanza in centri di ristorazione;
- Vigilanza presso depositi di sostanze alimentari di origine animale e non;
- Vigilanza presso centri di cottura;
- Vigilanza presso esercizi di vendita prodotti di origine animale.

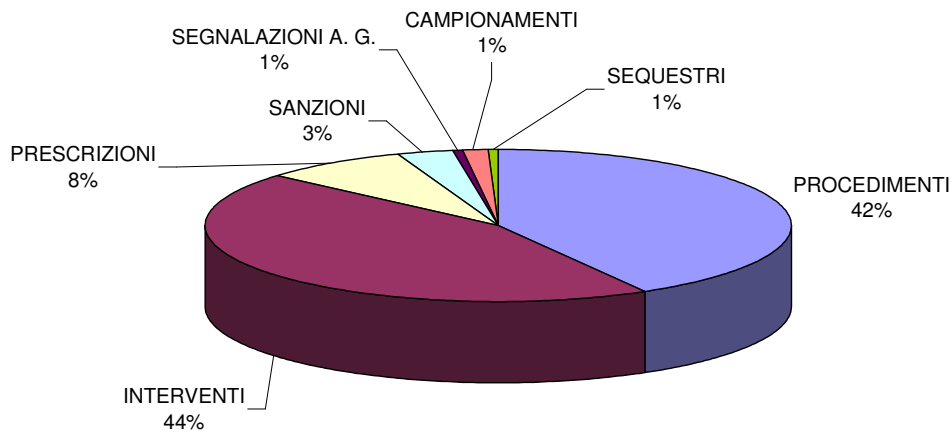
Sono stati eseguiti 35 interventi, nei quali si è dato corso a: una segnalazione all'autorità giudiziaria con sequestro di 100 Kg di prodotti di origine animale, tre sanzioni per violazioni amministrative, due campionamenti di prodotti di origine animale, tre interventi con prescrizioni.

Graf. 3 - Distribuzione di tutti gli interventi eseguiti



Il Graf. 4 illustra numero interventi, prescrizioni, sanzioni, campionamenti, segnalazioni A.G.

Graf. 4 – Distribuzione interviste



Conclusioni

La vigilanza ordinaria rappresenta un compito esercitato da tutto il personale veterinario, nell'ambito delle proprie competenze; pertanto gli interventi del N.I.V. non esauriscono e non esaurono le azioni esercitate dai vari Servizi Dipartimentali nel loro complesso. Tuttavia l'esperienza maturata nel corso del 2007 e del 2008 suggerisce che il N.I.V. dell'A.S.L CN 2 possa prestare il proprio supporto, anche in relazione alla specializzazione dei vari operatori, sia in interventi di natura programmata sia in casi estemporanei.

Ispezione e vigilanza degli alimenti di origine animale a tutela della sicurezza del consumatore

Gian Rodolfo Sartirano

Il Servizio Veterinario pubblico, inserito nel Dipartimento di Prevenzione, ha il compito di tutelare la salute umana mediante il controllo delle malattie animali trasmissibili, la vigilanza sul farmaco veterinario, sugli alimenti destinati agli animali e sugli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana.

L'area B (Igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale), ha il compito di controllare mediante attività di ispezione e di vigilanza la filiera di produzione delle carni e degli alimenti derivati, a partire dalla visita ispettiva ante e post mortem degli animali macellati fino alla lavorazione, deposito e vendita delle carni, dei pesci, delle rane, delle lumache e dei prodotti derivati.

L'organico dell'area "B" nel corso dell'anno 2008 è rappresentato da n. 1 Direttore facente funzioni, da n. 6 Dirigenti veterinari, da n. 1 Operatore di Ispezione e Vigilanza di ruolo e da n. 5 Medici veterinari liberi professionisti a contratto part-time.

Vengono di seguito riportati il numero degli impianti di macellazione e lavorazione situati sul territorio della ASL CN2, il numero degli interventi effettuati e gli esiti delle attività di ispezione e di vigilanza relativi all'anno 2008.

1. Stabilimenti di macellazione produzione e commercializzazione in attività sul territorio della ASL CN2 Alba-Bra

Attività Riconosciute (in possesso di riconoscimento comunitario)

Descrizione attività	N
Macelli industriali ungulati domestici con annesso laboratorio di sezionamento:	2
Macelli artigianali di ungulati domestici con annesso laboratorio di sezionamento:	7
Macelli artigianali di ungulati domestici:	10
Laboratori di sezionamento artigianali:	3
Macelli industriali di specie avicole con annesso laboratorio di sezionamento:	1
Macelli artigianali specie avicole con annesso laboratorio di sezionamento:	2
Macelli artigianali di conigli:	1
Laboratori di sezionamento artigianali di carni avicole:	5
Laboratori industriali produzione prodotti a base di carne:	2
Laboratori industriali produzione gelatine:	1
Laboratori artigianali produzione prodotti a base di carne:	26
Laboratori artigianali produzione preparazioni di carne fresca:	1
Laboratori artigianali produzione prodotti della pesca:	9
Totale attività riconosciute:	70

Attività Registrate (operative a livello nazionale)

Descrizione attività	N
Laboratori produzione prodotti a base di carne, compresi gli ambulanti:	32
Depositi frigoriferi di carni e prodotti vari confezionati:	14
Depositi frigoriferi annessi al commercio ambulante:	11
Macellerie vendita carni preconfezionate:	13
Macellerie vendita a taglio:	8
Macellerie vendita a taglio con annesso laboratorio di sezionamento:	173
Macellerie più pescherie con annesso laboratorio:	4
Pescherie con annesso laboratorio:	7
Aree mercatali:	32
Negozi mobili e banchi temporanei vendita carni e prodotti della pesca:	171
Totale attività registrate:	465

2. Attività di ispezione e vigilanza

L'attività ispettiva è svolta negli impianti di macellazione e di sezionamento delle carni fresche; comprende la visita sanitaria degli animali vivi prima della macellazione, l'ispezione post mortem degli animali macellati, il controllo dell'igiene della macellazione e del sezionamento.

L'attività di vigilanza prevede interventi e sopralluoghi di verifica sul mantenimento di idonee condizioni di igiene in tutti gli stabilimenti di produzione e negli spacci di vendita di alimenti di origine animale. Il numero di interventi di vigilanza negli stabilimenti produttivi è proporzionale all'indice di rischio valutato annualmente per ogni stabilimento. Nel corso degli interventi di ispezione e di vigilanza vengono effettuati campioni di carni e di alimenti per l'esecuzione di analisi batteriologiche e chimiche.

2.1. Attività di ispezione negli esercizi di commercializzazione al dettaglio e in altre attività all'ingrosso registrate

2.1.1. Attività di ispezione in fase di distribuzione

Ispezioni	N
Ispezioni in punti vendita:	318
Ispezioni in ipermercati:	10
Ispezioni in negozi mobili/banchi temporanei sulle aree mercatali:	71
Totale ispezioni:	399

2.1.2. Provvedimenti adottati

Provvedimenti	N
Sanzioni:	4
Denunce all'Autorità Giudiziaria:	1
Prescrizioni:	71

2.2.1. Attività di ispezione negli stabilimenti riconosciuti o registrati assoggettati a specifica classificazione del rischio

Ispezioni	N
Ispezioni per verifica dei requisiti strutturali e igienico sanitari di base:	262
Ispezioni per verifica del trasporto e del benessere animale:	33
Ispezioni per verifica dell'applicazione delle norme sull'anagrafe bovina:	19
Totale ispezioni:	314

2.2.2. Provvedimenti adottati

Provvedimenti	N
Prescrizioni	32

2.3.1. Attività di Audit

Audit	N
Audit del Veterinario ufficiale:	43
Audit di gruppo:	17
Totale Audit:	60

2.3.2. Provvedimenti adottati

Provvedimenti	N
Prescrizioni:	17

2.4.1. Valutazione del rischio impianti

Valutazione rischio impianti	N
Interventi di valutazione:	60
- Giudicati ad alto rischio:	1
- Giudicati a medio rischio:	8
- Giudicati a basso rischio:	51

2.5.1. Etichettatura obbligatoria delle carni bovine

Etichettatura obbligatoria delle carni bovine	N
Interventi nei punti vendita al dettaglio:	26
Interventi in stabilimento di macellazione e sezionamento:	6
Interventi sulla filiera:	3

2.5.2. Provvedimenti adottati

Provvedimenti	N
Prescrizioni:	2

3. Attività di macellazione

3.1. Attività di macellazione

Interventi	N
Giornate di macellazione:	1.678
Presenze del Veterinario ufficiale negli impianti durante le attività di macellazione (*)	1.990
Capi macellati e visitati	N
Bovini adulti:	16.755
Vitelli:	89
Suini:	2.498
Equini:	374
Ovini e caprini:	107
Polli:	6.233.025
Conigli:	1.500
Suini macellati in azienda:	194

(*) presenza contemporanea di due veterinari in alcuni impianti industriali

3.2. Sequestri operati e cause

	Bovini	Suini	Ovicaprini	Equini	Bufalini
Polmoni n°	2.970	809	1	20	0
Di cui:					
Esiti di broncopolmoniti:	2.512	215	0	13	0
Broncopolmoniti parassitarie:	97	0	0	0	0
Lesioni da macellazione:	3521	594	1	7	0
Altro:	9	0	0	0	0
Fegato n°	1.283	185	2	106	0
Di cui:					
Epatiti infettive:	481	1	0	0	0
Epatiti parassitarie:	409	160	0	0	0
Epatosi, epatodistrofie:	387	22	2	0	0
Altro:	6	2	0	106	0
Reni n°	1.271	454	0	212	0
Di cui:					
Nefriti:	304	452	0	0	0
Nefrosi, nefropatie:	964	2	0	0	0
Altro:	3	0	0	212	0
Cuore n°	607	135	0	0	0
Di cui:					
Miocarditi, pericarditi:	582	132	0	0	0
Altro:	25	3	0	0	0

3.3. Destinazione

	Bovini	Suini	Ovicapr.	Equini	Polli	Conigli
Libero consumo: n° capi	16.813	2.498	374	107	6.159.842	1.500
di cui macellazione d'urgenza	173	0	0	0	0	0
Distruzione						
N° capi	31	0	0	0	73.183	0
Carni Kg	20	0	0	0	0	0
Visceri Kg	18.110	1.011	6	696	1.085	0

4. Campioni

4.1. Campioni per ricerche microbiologiche

Tipologia	N
Su prodotto finito in fase di produzione:	80
Su prodotto finito in fase di distribuzione:	44
Su superfici di lavoro:	134
Totale:	258

4.1.1. Campioni non favorevoli

Campioni non favorevoli	N
Su prodotto finito:	2
Su superfici di lavoro:	35

4.2. Campioni per ricerche chimiche

Tipologia	N
Campioni per ricerca Benzo (A) pirene:	1
Campioni per ricerca PCB diossina simili:	2
Campioni per ricerca PCB non diossina simili:	2
Campioni per ricerca polifosfati:	1
Campioni per ricerca nitriti e nitrati:	2
Campioni per ricerca solfiti:	2
Campioni per ricerca acido ascorbico:	2
Totale:	12

4.2.2. Campioni non favorevoli

Totale campioni non favorevoli:	0
--	----------

4.3. Progetti speciali di campionamento

Tipologia	N
Campioni per ricerca virus Epatite A – norovirus:	5
Campioni per ricerca allergeni:	20
Campioni per ricerca Toxoplasma:	7
Totale:	32

4.3.1. Totale campioni non favorevoli

Campioni non favorevoli (*)	N
Campioni per ricerca Toxoplasma:	3

5. Attività integrata

5.1. Attività integrata con l'Area di "Sanità animale"

5.1.1. campioni

Tipologia	N
Prelievo di organi e linfonodi per ricerca virus tubercolosi:	3
Prelievi di sangue presso i macelli per la ricerca del virus della "blue tongue":	388
Prelievo campioni nei suini ed equini per ricerca di <i>Trichinella spiralis</i> :	1.504
Totale:	1.895
Totale campioni non favorevoli:	0

5.2. Attività integrata con l'area "Igiene delle produzioni zootecniche e degli allevamenti"

5.2.1. Interventi di vigilanza

Tipologia	N
Controllo benessere animale e trasporto animali in macelli ungulati domestici:	28
Controllo benessere animale e trasporto animali in macelli specie avicole:	4
Totale:	32
Totale interventi non favorevoli:	0

5.2.2. Campioni

Tipologia	N
Prelievo di organi e tessuti al macello per ricerca residui volontari e involontari:	44
Totale campioni non favorevoli:	0

5.3. Attività integrata con il SIAN

5.3.1. Interventi di vigilanza

Tipologia	N
Interventi ispettivi congiunti in depositi frigoriferi di alimenti di origine animale e non:	7
Audit in depositi frigoriferi:	3
Interventi ispettivi in ristoranti:	9
Interventi ispettivi in centri di cottura:	5
Interventi in caso di sospetto di intossicazione alimentare:	4
Totale:	28
Totale interventi con esito non favorevole:	0

5.3.2. Campioni

Tipologia	N
Campioni per ricerche batteriologiche e chimiche su prodotti ittici importati (<i>Pangasio</i>):	8
Totale interventi con esito non favorevole:	0

6. Altre attività di controllo ufficiale

6.1. Gestione stati di allerta per prodotti alimentari pericolosi

Tipologia	N
Totale Allerta in arrivo:	26
Totale sopralluoghi effettuati:	51
Totale Allerta in partenza:	2
Totale segnalazioni di irregolarità analitiche:	1

6.2. Gestione pratiche attività soggette a registrazione

Tipologia	N
Totale pratiche dichiarazione inizio di attività (D.I.A.) semplici:	91
Totale pratiche dichiarazioni inizio di attività (D.I.A.) differite:	21

6.3. Gestione pratiche di attività soggette a riconoscimento

Tipologia	N
Totale pratiche di riconoscimento di nuovi impianti:	12
Totale pratiche di riconoscimenti impianti ex capacità limitata:	18

6.4. Attività del Nucleo Interarea di Vigilanza (NIV) in Area B

Tipologia	N
Totale interventi di vigilanza nei macelli:	5
Totale interventi in centri di cottura:	5
Totale interventi di Audit in depositi frigoriferi registrati:	3
Totale interventi per valutazione del rischio in depositi frigoriferi registrati:	7
Totale interventi particolari urgenti su richiesta SOC area B:	6

6.5. Promozione della salute in materia di sicurezza alimentare – promozione della salute con l'alimentazione

Tipologia	N
Corsi di formazione rivolti agli operatori del settore carni esercenti macellerie sul tema "semplificazione delle procedure di gestione HACCP":	2
Corsi per cacciatori e operatori del settore sulle modalità di commercializzazione delle carni di selvaggina di grossa taglia al fine di organizzare punti di ispezione sanitaria:	2
Corso di formazione agli alunni delle scuole medie in materia di promozione alla salute sul tema "la carne bovina":	4

Stampato - dicembre 2009

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.S.D. Epidemiologia

Gruppo di lavoro:

Dirigente medico Dott. Franco GIOVANETTI

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Ass. Sanitaria Giovanna GIACHINO

Ass. Amm.vo Dr.ssa Annelisa GUASTI

Tec. Prev. Dr. Alfredo RUATA

Collab. Amm.vo Dr.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia

Fax

E-mail

Via Vida, 10 - 12051 ALBA

Via Goito n. 1 - 12042 BRA

0173-316622

0173-316636

epid.alba@aslcn2.it