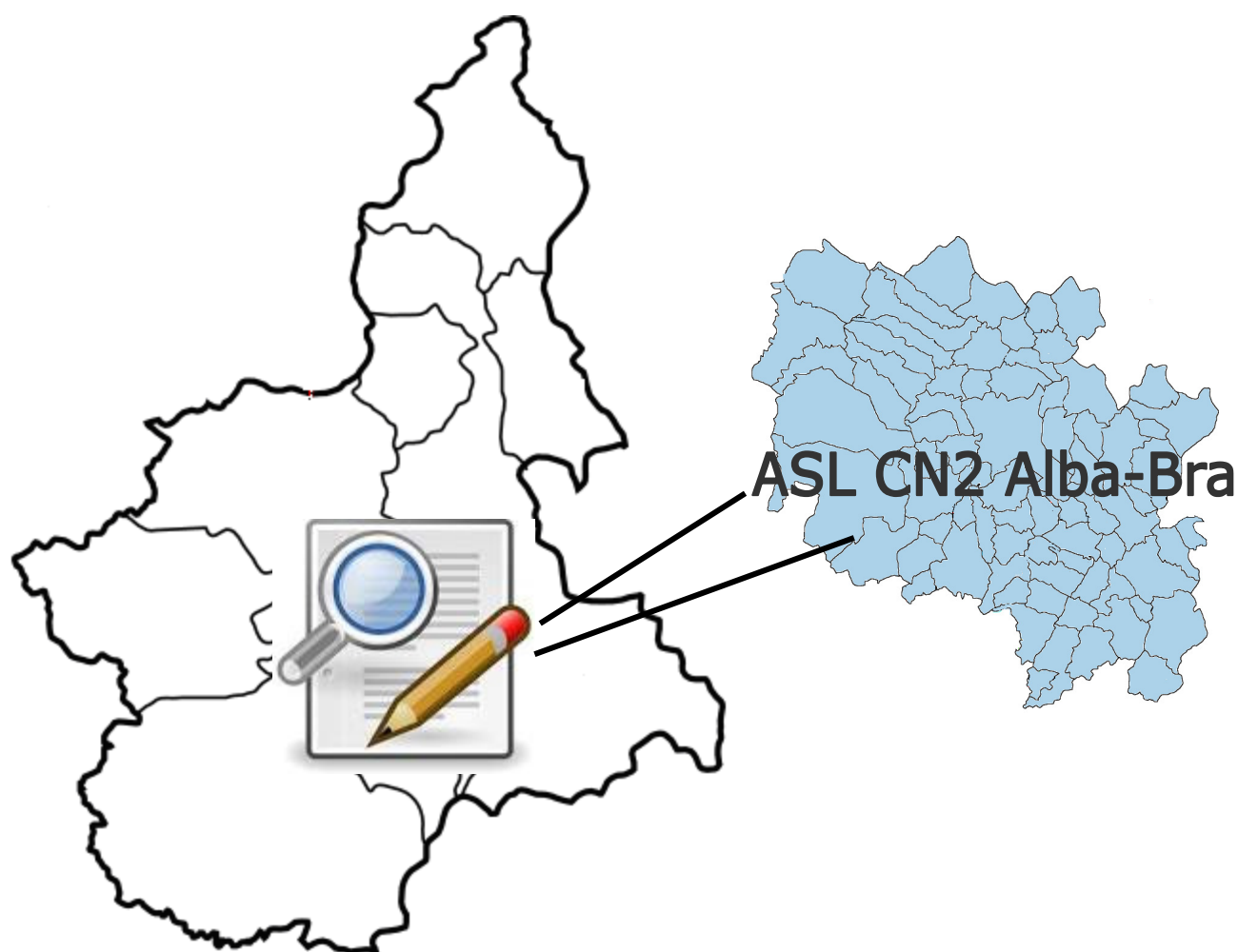


Bollettino Epidemiologico

Anno 2014



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

Direttore Generale
Dott. Francesco MORABITO

Direttore Sanitario
Dott. Paolo TOFANINI

Direttore Amministrativo
Dott. Gianfranco CASSISSA

Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Attilio CLERICO

A cura della
Dott.ssa Laura MARINARO
Responsabile S.S.D. Epidemiologia

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

Il presente volume è consultabile sui seguenti siti internet:

- www.aslcn2.it
- www.epicentro.iss.it/territorio/piemonte.asp

**La pubblicazione di questo Bollettino è stata
realizzata grazie al contributo e alla collaborazione
della FONDAZIONE NUOVO OSPEDALE ALBA-BRA**

EPID ASLCN2/4/2015

**ANZIENDA
SANITARIA
LOCALE
CN2**

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2014

VOL. XVI, 2015

Autori:

Eugenia	BALDI ⁽¹⁾
Clara	BARBIERO ⁽²⁾
Oscar	BERTETTO ⁽⁴⁾
Marino	BONELLI ⁽²⁾
Lisa	BOVINA ⁽²⁾
Maria Teresa	BRUNI ⁽¹⁾
Elena	BRUNO ⁽²⁾
Santina	BRUNO ⁽⁵⁾
Alberto	CACCIATORE ⁽²⁾
Federico	CASTIGLIONE ⁽⁶⁾
Pietro	CORINO ⁽⁵⁾
Patrizia	CORRADINI ⁽⁷⁾
Paola	DI PIERRO ⁽¹⁾
Alessandra	FERRARIS ⁽¹⁾
Angela	FIORENTINI ⁽⁸⁾
Francesca	FIORETTO ⁽²⁾
Anna	GHISA ⁽⁵⁾
Franco	GIOVANETTI ⁽⁹⁾
Carlo	GRILLO ⁽³⁾
Annelisa	GUASTI ⁽¹⁰⁾
Giuseppina	INTRAVAIA ⁽¹⁾
Luciana	LANERI ⁽⁸⁾
Elio	LAUDANI ⁽¹¹⁾
Daniela	MARENCO ⁽⁶⁾
Laura	MARINARO ⁽¹⁰⁾
Marina	MASENTA ⁽¹²⁾
Giancarlo	MIGLIASSI ⁽²⁾
Luca	MONCHIERO ⁽¹³⁾
Mauro	NOE ⁽²⁾
Anna Maria	PALMA ⁽¹²⁾
Maurizio	PIUMATTI ⁽²⁾
Daniele	SAGLIETTI ⁽¹⁾
Andrea	SAGLIETTI ⁽¹⁴⁾
Maria Rosaria	SASSO ⁽²⁾
Gianluca	TOSELLI ⁽¹²⁾
Giuseppina	ZORNIOTTI ⁽¹⁰⁾

- (1) A.S.L. CN2 - S.O.C. Servizio Psicologia
- (2) A.S.L. CN2 - S.O.C. Servizio Veterinario - Area B
- (3) A.S.L. CN2 - S.O.C. Servizio Veterinario - Area C
- (4) Dipartimento Interregionale e Interaziendale Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
- (5) A.S.L. CN2 - S.O.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (6) A.S.L. CN2 - S.O.C. Oncologia Medica
- (7) A.S.L. CN2 - S.O.C. Dipartimento delle Cure primarie e dei Servizi Territoriali
- (8) A.S.L. CN2 - S.O.C. RRF
- (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 - Dipartimento di Prevenzione - S.S.D. di Epidemiologia
- (11) A.S.L. CN2 - S.O.C. Distretto Bra
- (12) A.S.L. CN2 - Dipartimento di Prevenzione - S.O.S. Medicina dello Sport
- (13) A.S.L. CN2 - S.O.C. Distretto Alba
- (14) A.S.L. CN2 - S.O.C. Programmazione e Controllo - S.O.S. Statistica e flussi informativi

PRESENTAZIONE

“La salute costituisce una delle attenzioni valoriali prioritarie delle comunità, e garantire un adeguato livello di salute ai cittadini è una funzione primaria degli organi di governo a livello locale, regionale e nazionale. Questa azione di garanzia si avvale della disponibilità di dati e informazioni in grado di restituire un’adeguata e opportuna conoscenza sullo stato di salute della popolazione”.

Il Bollettino Epidemiologico dell’ASLCN2 contiene la relazione sullo stato di salute della popolazione dei 76 Comuni presenti nel territorio dell’ASL e rappresenta in parte l’elevato livello conoscitivo che il patrimonio informativo delle aziende sanitarie locali è in grado di restituire.

Esso nasce dalla volontà di sostanziare l’interlocuzione intrapresa dalla Direzione Generale scrivente con i portatori di interesse del territorio, attraverso la messa a disposizione di numerosi dati relativi alla popolazione.

Questo strumento può costituire una risorsa aggiuntiva per gli Amministratori locali e per le Associazioni degli utenti, affinché possano disporre di dati aggiornati utili per esercitare in ogni sede istituzionale le proprie azioni partecipative.

Il governo della domanda e dei bisogni di salute sta assumendo una nuova fisionomia, connotata dall’azione congiunta che scaturisce dall’acuita sensibilità della popolazione, dall’ascolto attento degli Amministratori e dalla messa in condivisione degli strumenti propri della sorveglianza e della ricerca epidemiologica; finalità comune è favorire l’individuazione dei principali problemi sanitari e di assistenza che gravano sulla popolazione, per identificare rapidamente le opportunità di risposta e aggregare le risorse necessarie al perseguimento e miglioramento dello stato di salute.

Ringrazio, quindi, tutti i professionisti che hanno contribuito alla realizzazione di questo rapporto che fornisce diverse indicazioni per l’elaborazione di politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi, e in particolare la Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra che anche quest’anno ha reso possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco MORABITO

INDICE

La dinamica demografica	5
Stato di salute e fattori comportamentali nella popolazione 18-69 anni dell'ASL CN2 Alba-Bra: i risultati PASSI 2010-2013	23
Malattie infettive	32
Meglio a casa... se si può: la sfida continua	40
Studio descrittivo su una casistica di anziani fragili	52
I tumori nell'anziano: studio di 100 casi consecutivi di pazienti neoplastici ultrasessantacinquenni nell'ASL CN2	62
Stato di salute dei lavoratori del territorio dell'ASL CN2 sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2014. Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti delle aziende.	65
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2014	72
Educazione e promozione della salute nelle scuole del Piemonte: attuazione di interventi di prevenzione del mal di schiena in età scolare. Progetto pilota "La schiena va a scuola" rivolto agli alunni delle classi V della scuola primaria di Bra	76
Corso di formazione "Benessere e Movimento" 2011-2012 per gli operatori sanitari dipendenti dell'ASLCN2	83
Gli interventi a favore dei minori con difficoltà di apprendimento	91
Controlli veterinari in un impianto industriale di produzione di carni avicole: raccolta e valutazione dei dati ai fini di salvaguardare la salute dei consumatori	96
Export degli alimenti e dei prodotti di origine animale: l'attività dell'ASL CN2 – Servizio Veterinario ispezione e controllo degli alimenti di origine animale	103
APPENDICE	
OKkio alla SALUTE – Risultati dell'indagine 2014 A.S.L. CN2	107

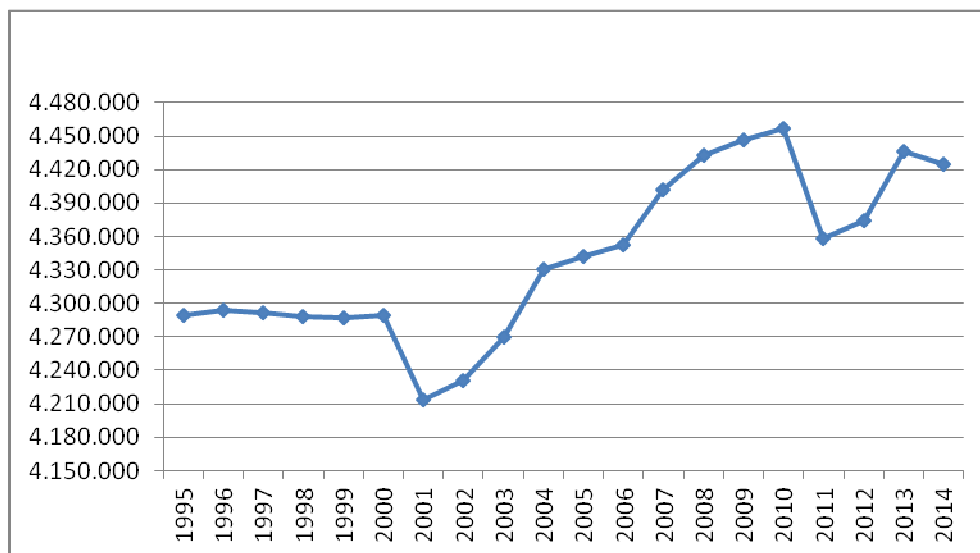
La dinamica demografica

Laura Marinaro, Annelisa Guasti, Giuseppina Zorziotti

La Regione

Nel 2014 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.424.467 abitanti, con una diminuzione di oltre 10.000 unità rispetto all'anno precedente (Graf. A).

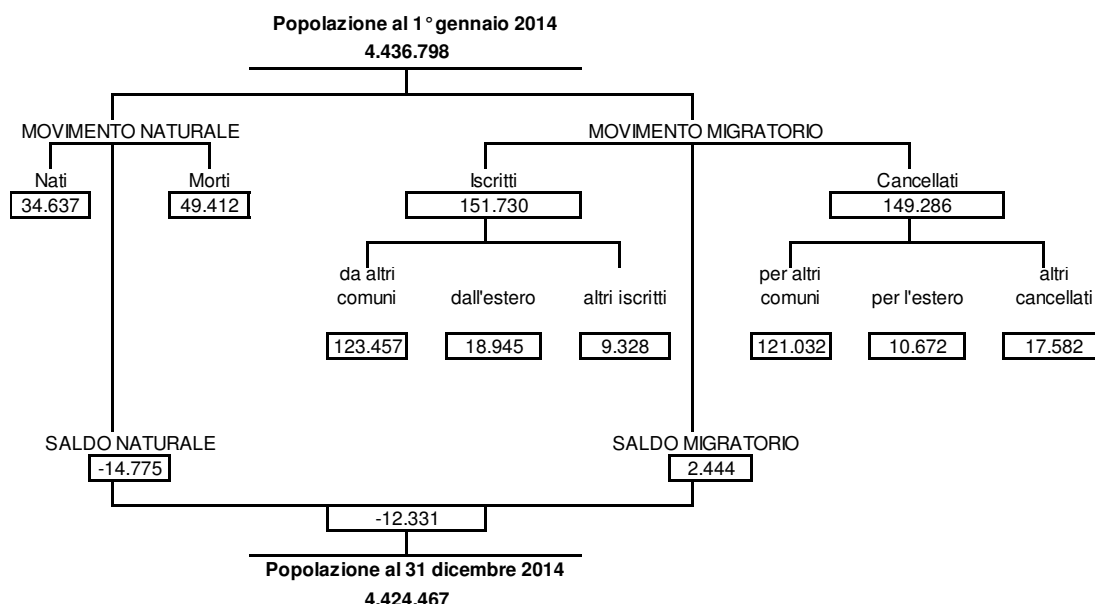
Graf. A – Andamento della popolazione piemontese dal 1995 al 2014



Fonte: Istat (1)

Il saldo dei movimenti naturali e migratori è negativo e pari a -12.331 (Fig. A).

Fig. A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2014 (1)



Questa diminuzione interrompe un trend positivo più che decennale e potrebbe rappresentare pertanto un'inversione di tendenza rispetto agli ultimi 15 anni circa, periodo in cui la popolazione cresceva per l'intensificarsi delle immigrazioni dall'estero ad un ritmo che però progressivamente è rallentato.

Il calo della popolazione è il risultato di un saldo migratorio che seppur positivo è in diminuzione rispetto al 2013 e agli anni precedenti, e non più abbastanza ampio per compensare le perdite naturali pari a 14.775 (2).

Le nascite sono calate, ed anche i decessi. Le nascite sono diminuite nel 2014 di ulteriori 1.000 unità, dopo che nel 2013 vi era stato un balzo in negativo rispetto all'anno precedente di 1.400 nascite (Tab. A).

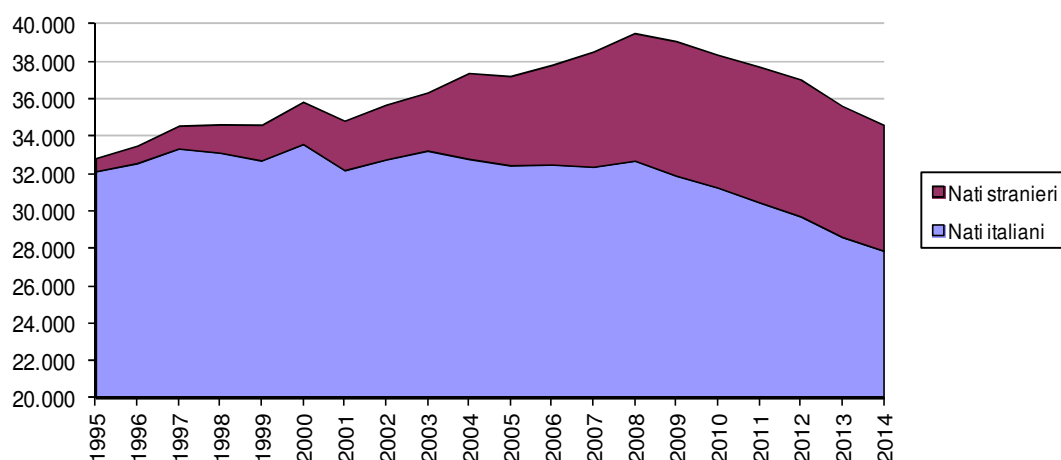
Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1995-2014)

Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
1995	32.841	50.095	-17.254	7,6	11,7	4.288.866
1996	33.514	48.635	-15.121	7,8	11,3	4.294.127
1997	34.586	49.365	-14.779	8,1	11,5	4.291.441
1998	34.658	49.784	-15.126	8,1	11,6	4.288.051
1999	34.639	50.255	-15.616	8,1	11,7	4.287.465
2000	35.874	48.527	-12.653	8,4	11,3	4.289.731
2001	34.857	46.840	-11.983	8,2	11	4.213.294
2002	35.716	48.288	-12.572	8,5	11,4	4.231.334
2003	36.370	50.625	-14.255	8,6	11,9	4.270.215
2004	37.413	46.251	-8.838	8,7	10,8	4.330.172
2005	37.251	48.253	-11.002	8,6	11,1	4.341.733
2006	37.851	47.400	-9.549	8,7	10,9	4.352.828
2007	38.565	47.474	-8.909	8,8	10,8	4.401.266
2008	39.551	49.310	-9.759	9	11,2	4.432.571
2009	39.123	49.767	-10.644	8,8	11,2	4.446.230
2010	38.385	48.785	-10.400	8,6	11	4.457.335
2011	37.759	49.061	-11.302	8,6	11,1	4.357.663
2012	37.067	50.507	-13.440	8,5	11,6	4.374.052
2013	35.654	50.077	-14.423	8,0	11,3	4.436.798
2014	34.637	49.412	-14.775	7,8	11,2	4.424.467

Fonte: Istat (1)

Questi decrementi sono conseguenti ad alcuni fattori: la riduzione della popolazione femminile in età fertile, il calo del numero medio di figli per donna, l'attenuazione della propensione a far figli anche nelle donne di origine straniera. Questi fenomeni hanno determinato una significativa riduzione di nascite da coppie con almeno un genitore di origine straniera (2). Nel 2014 risultano 6.756 nati con cittadinanza straniera, dato ben lontano dalle 7.350 nascite nel 2012 (Graf. B; Tab. B).

Graf. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1995-2014 (3)



Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1995-2014 (3)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
1995	32.140	701	32.841
1996	32.579	935	33.514

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
1997	33.361	1225	34.586
1998	33.142	1516	34.658
1999	32.720	1919	34.639
2000	33.598	2276	35.874
2001	32.203	2654	34.857
2002	32.781	2935	35.716
2003	33.253	3117	36.370
2004	32.805	4608	37.413
2005	32.463	4788	37.251
2006	32.507	5344	37.851
2007	32.383	6182	38.565
2008	32.713	6838	39.551
2009	31.900	7223	39.123
2010	31.269	7116	38.385
2011	30.477	7282	37.759
2012	29.717	7350	37.067
2013	28.624	7030	35.654
2014	27.881	6756	34.637

Nel 2014 i decessi risultano in leggera diminuzione, andamento connesso principalmente con la dimensione della popolazione nelle diverse classi più anziane (2).

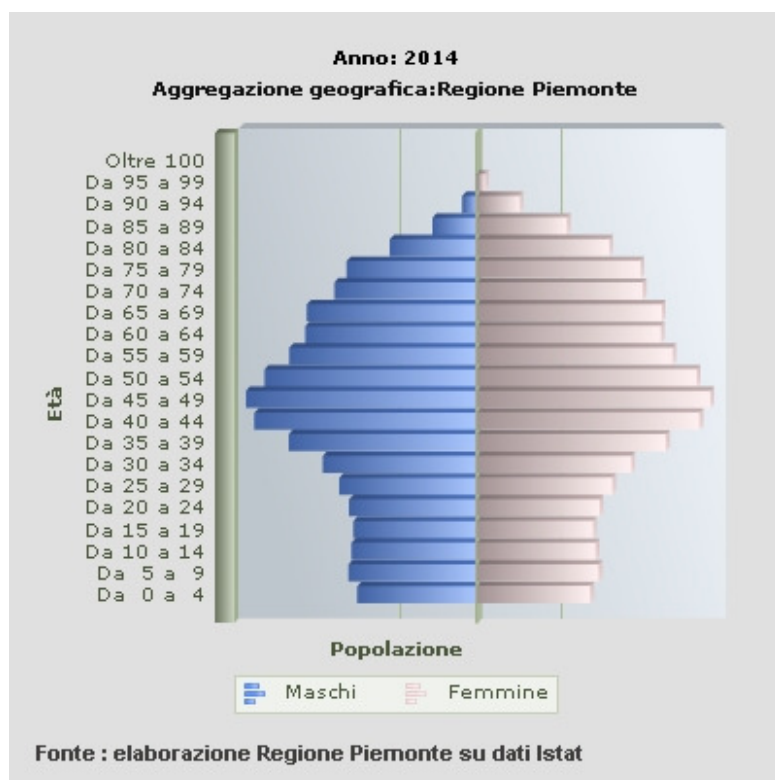
Nel corso del 2014 il saldo dei movimenti con le altre regioni italiane risulta in diminuzione, passando da 2.519 unità nel 2013 a 2.425. Anche per quanto riguarda i movimenti con l'estero si registra una diminuzione del saldo per il settimo anno consecutivo. Il saldo migratorio complessivo risulta di 2.444 unità (Tab. C).

Tab. C – Movimenti e saldi migratori con l'interno e l'estero (1999-2014) (1)

Anni	Movimenti con l'interno			Movimenti con l'estero			Saldi	
	Iscritti da altri comuni italiani	Cancellati per altri comuni italiani	Saldo interno	Iscritti dall'estero	Cancellati per l'estero	Saldo estero	Saldo migratorio o per altri motivi	Saldo migratorio totale e per altri motivi
1999	127.713	122.696	5.017	15.817	3.595	12.222	-2.209	15.030
2000	126.005	122.275	3.730	17.621	3.709	13.912	-2.723	14.919
2001	108.602	105.769	2.833	15.820	3.582	12.238	-1.436	13.635
2002	119.874	113.183	6.691	17.697	2.561	15.136	8.785	30.612
2003	119.251	116.565	2.686	48.406	3.178	45.228	5.222	53.136
2004	128.963	126.185	2.778	32.622	3.565	29.057	36.960	68.795
2005	127.310	127.540	-230	25.979	3.815	22.164	629	22.563
2006	135.140	133.084	2.056	22.455	4.003	18.452	136	20.644
2007	136.133	134.380	1.753	61.621	4.383	57.238	-1.644	57.347
2008	135.151	131.477	3.674	45.609	5.879	39.730	-2.340	41.064
2009	126.905	124.326	2.579	35.154	6.125	29.029	-7.305	24.303
2010	128.201	125.015	3.186	33.680	6.020	27.660	-9.341	21.505
2011	129.425	126.933	2.492	28.428	6.228	22.200	-13.089	11.603
2012	147.035	140.718	6.317	27.015	8.116	18.899	4.613	29.829
2013	128.727	126.208	2.519	21.218	9.990	11.228	63.422	77.169
2014	123.457	121.032	2.425	18.945	10.672	8.273	-8254	2.444

La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2014.

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2014) (1)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti) per il Piemonte nel 2014 si attesta intorno a 24,5%, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 189,6.

La speranza di vita alla nascita nel 2012 (ultimo dato disponibile) è di 79,8 anni per i maschi e 84,5 per le femmine (Tab. D) (1).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (1994-2014) (1)

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
1994	18,6	154,6	74,5	80,8
1995	19,1	159,0	74,4	81,1
1996	19,4	163,3	75,1	81,7
1997	19,8	166,5	75,4	81,8
1998	20,1	168,9	75,6	81,8
1999	20,4	170,2	76,0	81,9
2000	20,7	172,5	76,7	82,6
2001	21,3	175,8	76,9	82,7
2002	21,7	177,5	77,1	82,9
2003	21,9	178,3	77,1	82,6
2004	22,2	179,7	78,1	83,8
2005	22,4	180,7	78,2	83,6
2006	22,7	181,3	78,5	83,9
2007	22,7	180,1	78,8	84,2
2008	22,7	178,7	79,0	84,0
2009	22,8	178,4	79,2	84,1
2010	22,9	177,7	79,7	84,5
2011	23,5	181,0	79,5	84,6
2012	23,8	183,4	79,8	84,5
2013	24	186,2	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2014	24,5	189,6	Dato non disponibile	Dato non disponibile

Nel 2014 in tutte le AA.SS.LL. piemontesi, ad eccezione dell'ASL CN2 e dell'ASL TO5 la dinamica naturale negativa non è compensata dall'arrivo di nuovi residenti producendo un saldo generale negativo (Tab. E).

Tab. E – Movimenti anagrafici e popolazione nelle A.S.L. piemontesi (2014) (1)

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2014
ASL AL	3.003	6.061	-3.058	14.666	13.805	861	-2.197	444.073
ASL AT	1.575	2.646	-1.071	7.837	7.401	436	-635	206.947
ASL BI	1.160	2.168	-1.008	6.376	6.490	-114	-1.122	172.635
ASL CN1	3.642	4.889	-1.247	14.785	13.910	875	-372	420.320
ASL CN2	1.510	1.848	-338	6.435	6.040	395	57	171.865
ASL NO	2.888	3.586	-698	12.014	11.356	658	-40	349.773
ASL TO1-2	7.448	9.551	-2.103	25.596	28.857	-3.261	-5.364	896.773
ASL TO3	4.406	5.704	-1.298	22.093	20.968	1.125	-173	586.691
ASL TO4	4.062	5.739	-1.677	19.503	18.541	962	-715	520.384
ASL TO5	2.555	2.941	-386	11.449	11.048	401	15	310.307
ASL VC	1.200	2.290	-1.090	5.138	5.247	-109	-1.199	173.309
ASL VCO	1.188	1.989	-801	5.838	5.623	215	-586	171.390
Totale Piemonte	34.637	49.412	-14.775	151.730	149.286	2.444	-12.331	4.424.467

A.S.L. CN2 Alba-Bra

La *popolazione residente* nel territorio dell'A.S.L. CN2 risulta essere al 31 dicembre 2014 di 171.865 abitanti, pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell'A.S.L. 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 31.12.2014, di 105.852 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2014, di 66.013 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.353 e 29.744, cui seguono Cherasco (9.052), Sommariva del Bosco (6.388), Canale (5.636) (Tab. 1) (1).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2014 (1).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Alba	14759	16594	31353	54,9	570,7
Albaretto della Torre	122	121	243	5,3	45,8
Arguello	104	96	200	4,7	42,4
Baldissero d'Alba	553	535	1088	14,7	74,2
Barbaresco	333	337	670	7,5	89,2
Barolo	347	396	743	5,8	128,5
Benevello	251	224	475	5,2	91,2
Bergolo	32	36	68	3,3	20,7
Borgomale	193	202	395	8,9	44,6
Bosia	93	89	182	5,4	33,5
Bossolasco	343	359	702	14,3	49,0
Bra*	14350	15394	29744	59,5	500,0
Camo	107	98	205	3,7	55,3
Canale	2785	2851	5636	18,3	308,7
Castagnito	1080	1088	2168	6,7	324,1
Castelletto Uzzone	175	159	334	14,6	22,8

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Castellinaldo	474	471	945	8,0	118,4
Castiglione Falletto	363	356	719	4,6	155,0
Castiglione Tinella	439	454	893	11,9	75,2
Castino	254	237	491	15,8	31,0
Ceresole Alba*	1094	1021	2115	36,9	57,4
Cerretto Langhe	223	218	441	9,8	44,8
Cherasco*	4464	4588	9052	80,7	112,2
Cissone	46	37	83	5,9	14,1
Corneliano d'Alba	1043	1106	2149	10,0	214,0
Cortemilia	1160	1203	2363	24,2	97,6
Cossano Belbo	487	495	982	21,1	46,5
Cravanzana	197	216	413	7,9	52,6
Diano d'Alba	1810	1748	3558	17,7	201,0
Feisoglio	159	164	323	7,6	42,6
Gozzogno	153	159	312	13,8	22,5
Govone	1073	1152	2225	19,1	116,6
Grinzane Cavour	973	1037	2010	4,0	503,8
Guarene	1742	1787	3529	13,1	268,8
La Morra*	1384	1370	2754	24,0	114,7
Lequio Berria	265	232	497	11,8	42,3
Levice	122	110	232	16,5	14,0
Magliano Alfieri	1046	1086	2132	9,3	229,2
Mango	650	666	1316	20,3	64,8
Monchiero	310	284	594	5,1	116,0
Monforte d'Alba	1027	1067	2094	25,5	82,2
Montà	2285	2452	4737	26,4	179,8
Montaldo Roero	431	437	868	12,2	71,2
Montelupo Albese	262	272	534	6,5	82,0
Monteu Roero	831	811	1642	24,1	68,1
Monticello d'Alba	1134	1180	2314	10,7	216,9
Narzole*	1688	1737	3425	26,0	131,7
Neive	1665	1766	3431	21,2	161,8
Neviglie	195	195	390	8,0	48,6
Niella Belbo	188	190	378	18,0	21,0
Novello	496	502	998	11,5	87,0
Perletto	154	141	295	10,2	28,8
Pezzolo Valle Uzzone	172	173	345	26,9	12,8
Piobesi d'Alba	643	641	1284	4,1	316,3
Pocapaglia*	1663	1704	3367	16,7	201,3
Priocca	962	1025	1987	8,8	225,8
Rocchetta Belbo	89	84	173	4,4	39,1
Roddi	782	812	1594	9,6	166,9
Roddino	208	181	389	10,5	37,0
Rodello	483	491	974	8,7	111,7
San Benedetto Belbo	92	90	182	4,7	38,5
San Giorgio Scarampi	63	62	125	5,6	22,5
Sanfrè*	1481	1533	3014	15,8	191,4
Santa Vittoria d'Alba*	1361	1406	2767	9,9	279,8
Santo Stefano Belbo	1966	2048	4014	23,7	169,4
Santo Stefano Roero	671	726	1397	13,2	105,8
Serralunga d'Alba	297	272	569	8,5	66,9
Serravalle Langhe	171	151	322	8,7	37,1
Sinio	277	259	536	8,7	61,5
Sommariva del Bosco*	3147	3241	6388	35,0	182,4
Sommariva Perno*	1368	1453	2821	17,2	164,2

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Torre Bormida	105	98	203	7,6	26,6
Treiso	420	389	809	9,3	86,9
Trezzo Tinella	177	164	341	10,8	31,7
Verduno*	282	284	566	7,3	77,3
Veza d'Alba	1137	1121	2258	14,1	160,7
TOTALE A.S.L.	83.931	87.934	171.865	1122,1	153,2

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La *densità della popolazione residente* nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2014 è di 153,2 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2005 era di 145,9. Quella del Piemonte nel 2014 è di 174,3 (Tab. 2) (1).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2014

	Popolazione al 31.12.2014	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	171.865	1.122,10	153,2
Distretto 1 Alba	105.852	793,1	133,5
Distretto 2 Bra	66.013	329	200,6
Provincia Cuneo	592.060	6.894,00	85,9
Regione Piemonte	4.424.467	25.388,40	174,3

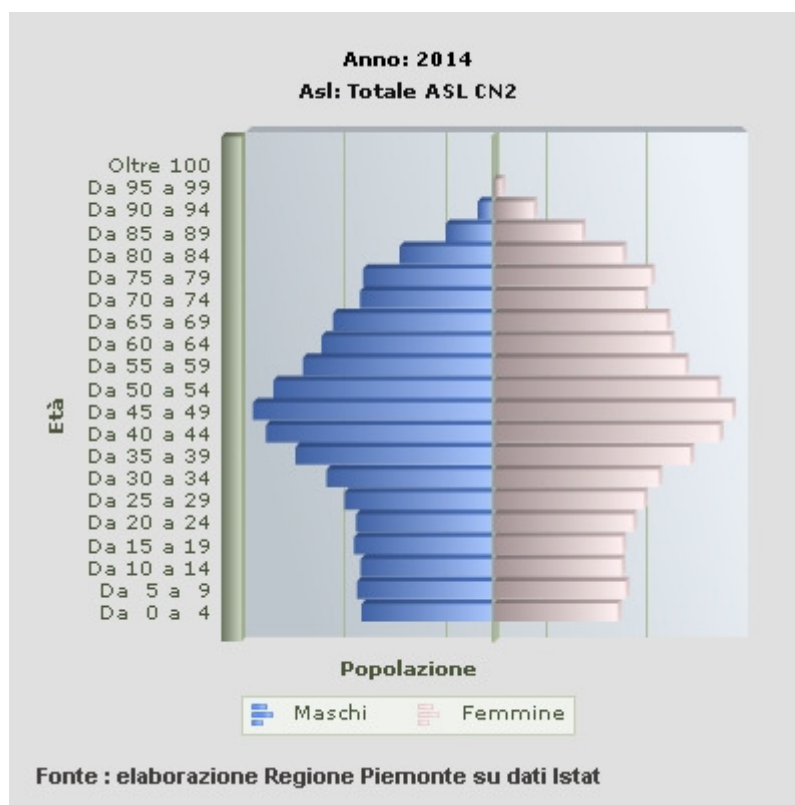
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,2% contro il 48,8%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 72,7% della popolazione (Tab. 3) (1).

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2014 (la distribuzione per fasce di età è stimata secondo le regole della B.D.D.E.) (1)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3921	51,6	3671	48,4	7592
Da 5 a 9	4051	50,9	3908	49,1	7959
Da 10 a 14	3940	51,0	3783	49,0	7723
Da 15 a 19	4139	52,0	3819	48,0	7958
Da 20 a 24	4081	49,7	4131	50,3	8212
Da 25 a 29	4422	49,8	4454	50,2	8876
Da 30 a 34	4963	50,4	4889	49,6	9852
Da 35 a 39	5881	50,2	5830	49,8	11711
Da 40 a 44	6760	50,3	6690	49,7	13450
Da 45 a 49	7138	50,3	7066	49,7	14204
Da 50 a 54	6533	49,7	6625	50,3	13158
Da 55 a 59	5659	49,9	5673	50,1	11332
Da 60 a 64	5099	49,2	5260	50,8	10359
Da 65 a 69	4768	48,2	5123	51,8	9891
Da 70 a 74	3955	47,0	4468	53,0	8423
Da 75 a 79	3868	45,3	4663	54,7	8531
Da 80 a 84	2783	42,1	3824	57,9	6607
Da 85 a 89	1428	35,3	2614	64,7	4042
Da 90 a 94	476	28,9	1170	71,1	1646
Da 95 a 99	61	21,6	222	78,4	283
Oltre 100	5	8,9	51	91,1	56
Totale	83.931	48,8	87.934	51,2	171.865

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'A.S.L. CN2 – Anno 2014 (1)



La *speranza di vita* alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2012 a 79,8, 45,6 e 18,4 anni per gli uomini e a 84,5, 50 e 21,8 anni per le donne (Tab. 4) (1).

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2004-2012) (1)

	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2004	78,4	83,9	44,4	49,5	17,6	21,6
2005	78,2	84,2	45,2	49,5	18,0	21,3
2006	78,2	84,5	44,4	49,8	17,4	21,8
2007	79,6	84,6	45,4	49,9	17,8	21,6
2008	79,4	84,0	45,3	49,5	18,0	21,0
2009	79,4	84,6	45,4	50,0	18,1	21,6
2010	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22,0
2011	80,1	84,7	46,1	50,5	18,3	22,2
2012	79,8	84,5	45,6	50,0	18,4	21,8

L'*età media* della popolazione nell'anno 2014 è di 44,7 anni, nel 2005 era di 43,5; in Piemonte nel 2014 l'*età media* si attesta a 45,7 anni (1).

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2014 nell'A.S.L. CN2 sono 19.821, pari all'11,5% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2014 sono 425.448, pari al 9,6% del totale dei residenti (Tab. 5) (1).

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2014

A.S.L. CN2	11,5
Distretto 1 Alba	11,8
Distretto 2 Bra	11,2
Provincia Cuneo	10,3
Regione Piemonte	9,6

Il numero medio di componenti della famiglia nell'A.S.L. CN2 nel 2014 è pari a 2,3, valore più elevato rispetto al dato regionale (Tab. 6) (3).

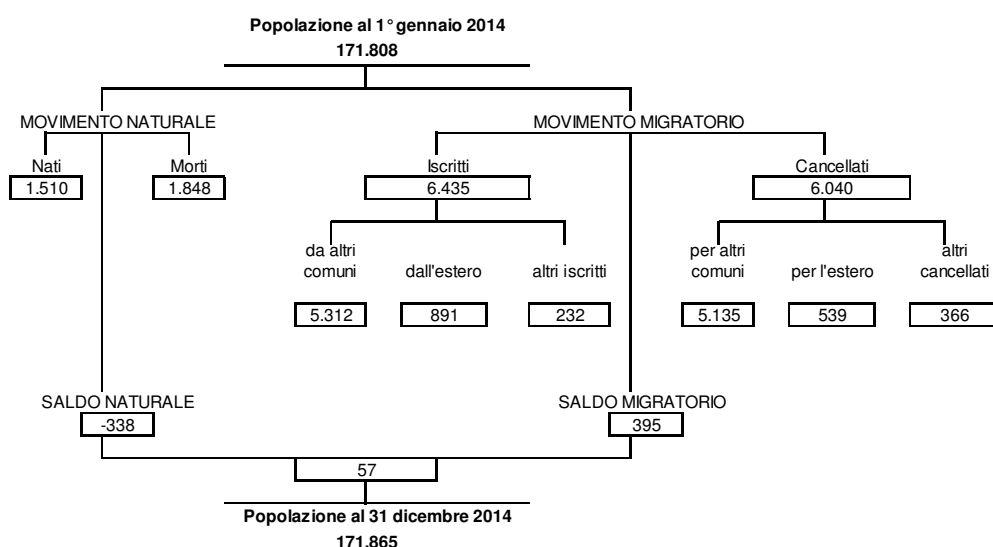
Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2014 (1)

A.S.L. CN2	2,3
Distretto 1 Alba	2,3
Distretto 2 Bra	2,4
Provincia Cuneo	2,3
Regione Piemonte	2,2

Andamento demografico

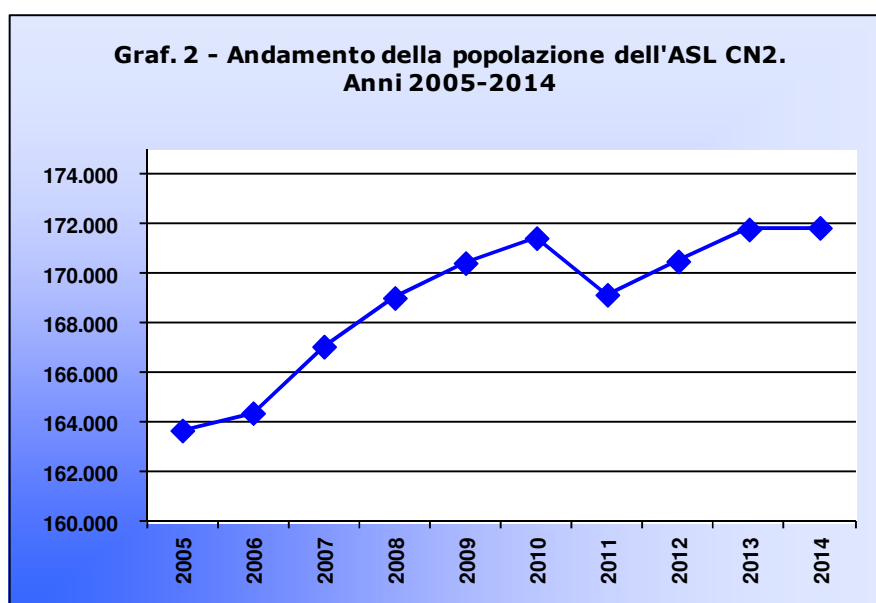
Anche per il 2014 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo con i decessi che superano le nascite di 338 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti – cancellati) è positivo (395) (Fig. 1, Tab. 7).

Fig.1 – Dinamica demografica nell'A.S.L. CN2 nel 2014 (Fonte ISTAT) (1)



L'andamento della struttura della popolazione dell'A.S.L. CN2 nell'ultimo decennio è caratterizzato da una serie di elementi:

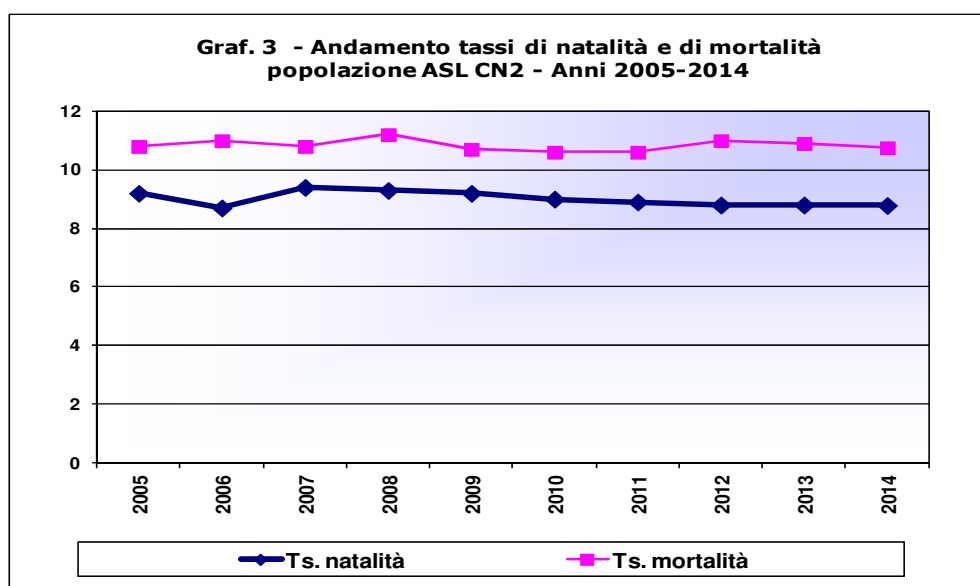
- il totale della popolazione è aumentato complessivamente nel decennio 2005 – 2014 di 8.170 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie (Graf. 2);



- dal 2005 al 2014 il numero assoluto dei nati ha subito poche variazioni attestandosi ad un valore di circa 1.500; mentre il tasso di natalità si è stabilizzato nel triennio 2012 – 2014 (Tab. 7 e 8, Graf. 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2014 il numero assoluto dei decessi (1.848) è diminuito di 28 unità rispetto al 2013 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione A.S.L. CN2 - Anni 2005-2014 (1)

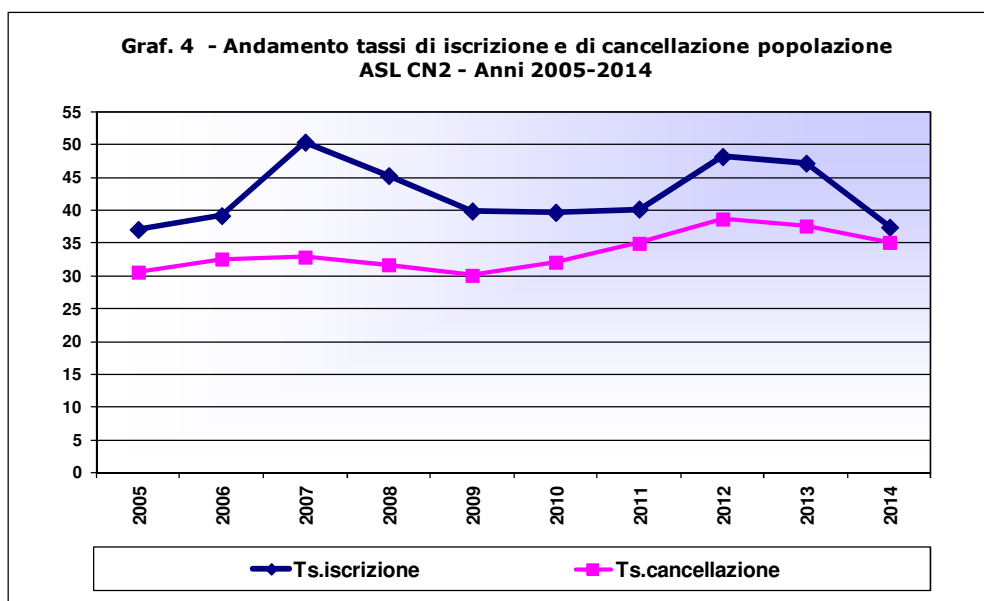
Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
2005	163.695	1.500	1.761	-261	6.060	4.998	1.062
2006	164.400	1.428	1.803	-375	6.424	5.344	1.080
2007	167.079	1.563	1.782	-219	8.352	5.454	2.898
2008	169.039	1.566	1.879	-313	7.606	5.333	2.273
2009	170.448	1.563	1.820	-257	6.802	5.136	1.666
2010	171.457	1.535	1.825	-290	6.809	5.510	1.299
2011	169.172	1.515	1.807	-292	6.801	5.917	884
2012	170.520	1.502	1.870	-368	8.316	6.600	1.716
2013	171.808	1.515	1.876	-361	8.115	6.466	1.649
2014	171.865	1.510	1.848	-338	6.435	6.040	395



- nel 2014 i tassi strutturali della popolazione relativamente alla mortalità e ai flussi migratori hanno subito un decremento rispetto al 2013; in particolar modo il tasso di iscrizione (37,4) si attesta agli stessi livelli del 2005 (Tab. 8, Graf. 3 e 4) (1).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2005-2014 (1)

Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2005	9,2	10,8	37,1	30,6
2006	8,7	11,0	39,2	32,6
2007	9,4	10,8	50,4	32,9
2008	9,3	11,2	45,3	31,7
2009	9,2	10,7	39,9	30,1
2010	9,0	10,6	39,7	32,1
2011	8,9	10,6	40,2	35,0
2012	8,8	11,0	48,2	38,7
2013	8,8	10,9	47,2	37,6
2014	8,8	10,8	37,4	35,1



Natalità

Nel 2014, l'indice di natalità dell'A.S.L. CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 8,8, lievemente superiore al dato Regionale (7,8) ed inferiore al dato provinciale (8,7) (Tab. 9).

Tab. 9 – Indice di natalità – Anno 2014 (1)

	Indice di natalità
A.S.L. CN2	8,8
Distretto 1 Alba	8,6
Distretto 2 Bra	9,1
Provincia Cuneo	8,7
Regione Piemonte	7,8

Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'A.S.L., 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.

La Tab. 10 mostra i tassi di natalità calcolati nel 2014 per i 76 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 10 - Tasso di natalità per 1000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2014 (1)

Comuni	Tasso di natalità
Alba	8,13
Albaretto della Torre	-
Arguello	4,99
Baldissero d'Alba	8,32
Barbaresco	10,46
Barolo	13,48
Benevello	10,58
Bergolo	-
Borgomale	7,7
Bosia	5,48
Bossolasco	4,34
Bra*	8,64
Camo	14,78
Canale	11,18

Comuni	Tasso di natalità
Castagnito	12
Castelletto Uzzone	8,84
Castellinaldo	9,54
Castiglione Falletto	7
Castiglione Tinella	6,75
Castino	4,04
Ceresole Alba*	8,57
Cerretto Langhe	-
Cherasco*	9,99
Cissone	-
Corneliano d'Alba	10,35
Cortemilia	6,34
Cossano Belbo	13,27
Cravanzana	7,26
Diano d'Alba	5,34
Feisoglio	-
Gorzegno	6,46
Govone	5,85
Grinzane Cavour	13,32
Guarene	9,63
La Morra*	9,79
Lequio Berria	2
Levice	-
Magliano Alfieri	10,47
Mango	11,35
Monchiero	5,13
Monforte d'Alba	9,09
Montà	10,57
Montaldo Roero	6,91
Montelupo Albese	11,26
Monteu Roero	6,68
Monticello d'Alba	8,67
Narzole*	12,16
Neive	9,94
Neviglie	5
Niella Belbo	-
Novello	4,95
Perletto	3,34
Pezzolo Valle Uzzone	5,71
Piobesi d'Alba	14,9
Pocapaglia*	11,03
Priocca	6,51
Rocchetta Belbo	5,73
Roddi	10,05
Roddino	2,56
Rodello	3,08
San Benedetto Belbo	-
San Giorgio Scarampi	7,69
Sanfrè*	9,62
Santa Vittoria d'Alba*	10,84
Santo Stefano Belbo	9,19

Comuni	Tasso di natalità
Santo Stefano Roero	9,28
Serralunga d'Alba	19,63
Serravalle Langhe	-
Sinio	11,37
Sommariva del Bosco*	7,67
Sommariva Perno*	5,99
Torre Bormida	4,98
Treiso	9,77
Trezzo Tinella	5,9
Verduno*	8,83
Veza d'Alba	9,33

Mortalità

Il *tasso grezzo di mortalità* della popolazione A.S.L. CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2014 è di circa 10,8 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è lievemente diminuito (Tab. 8).

Il tasso grezzo di mortalità per il Distretto 2 di Bra è inferiore al dato complessivo dell'ASL CN2, della provincia di Cuneo e della Regione (Tab. 11).

Tab. 11 - Indice di mortalità - Anno 2014 (1)

	Indice di mortalità
A.S.L. CN2	10,8
Distretto 1 Alba	11,0
Distretto 2 Bra	10,4
Provincia Cuneo	11,4
Regione Piemonte	11,2

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2014 per i 76 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 12 - Tasso di mortalità per 1000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2014 (1)

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	10,1
Albaretto della Torre	8,0
Arguello	5,0
Baldissero d'Alba	9,3
Barbaresco	9,0
Barolo	17,5
Benevello	6,4
Bergolo	44,8
Borgomale	15,4
Bosia	16,4
Bossolasco	15,9
Bra*	10,4
Camo	-
Canale	8,7
Castagnito	7,4
Castelletto Uzzone	20,6
Castellinaldo	14,9
Castiglione Falletto	7,0
Castiglione Tinella	15,8
Castino	12,1
Ceresole Alba*	12,9
Cerretto Langhe	20,3

Comuni	Tasso di mortalità
Cherasco*	8,8
Cissone	-
Corneliano d'Alba	9,4
Cortemilia	16,5
Cossano Belbo	7,2
Cravanzana	21,8
Diano d'Alba	9,3
Feisoglio	21,4
Gorzegno	6,5
Govone	14,9
Grinzane Cavour	10,4
Guarene	8,2
La Morra*	13,4
Lequio Berria	10,0
Levice	12,7
Magliano Alfieri	11,9
Mango	11,4
Monchiero	1,7
Monforte d'Alba	13,9
Montà	10,8
Montaldo Roero	10,4
Montelupo Albese	15,0
Monteu Roero	14,0
Monticello d'Alba	12,1
Narzole*	11,3
Neive	8,2
Neviglie	15,0
Niella Belbo	13,0
Novello	11,9
Perletto	23,4
Pezzolo Valle Uzzone	17,1
Piobesi d'Alba	5,5
Pocapaglia*	8,9
Priocca	10,0
Rocchetta Belbo	17,2
Roddi	10,1
Roddino	12,8
Rodello	9,2
San Benedetto Belbo	47,9
San Giorgio Scarampi	38,5
Sanfrè*	9,0
Santa Vittoria d'Alba*	10,5
Santo Stefano Belbo	10,2
Santo Stefano Roero	20,0
Serralunga d'Alba	7,1
Serravalle Langhe	24,5
Sinio	13,3
Sommariva del Bosco*	11,8
Sommariva Perno*	10,6
Torre Bormida	10,0
Treiso	13,4
Trezzo Tinella	3,0
Verduno*	7,1
Veza d'Alba	12,9

Il *tasso standardizzato di mortalità* per età dell'A.S.L. CN2, calcolato col metodo della standardizzazione utilizzando la popolazione regionale, è nel 2012 (ultimo anno disponibile) di 575 per 100.000 per i maschi e di 360,4 x 100.000 per le femmine, mentre quello della Regione Piemonte è di 600,4 per gli uomini e di 380,7 per le donne. L'analisi del tasso standardizzato di mortalità dell'ASL CN2 mostra un andamento decrescente dal 2008 al 2012 (Tab. 13) (1).

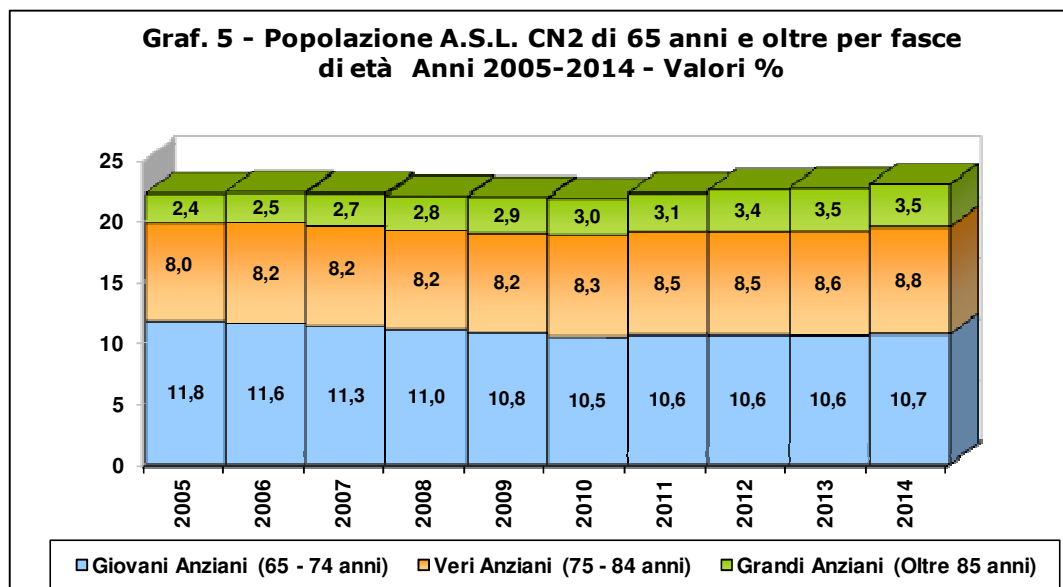
Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 nell'A.S.L. CN2 – Anni 2004-2012 (1)

Anni	Maschi	Femmine
2004	696,7	408,4
2005	670,2	413,8
2006	701,5	385,9
2007	620,9	385,5
2008	622,8	411,0
2009	610,4	376,9
2010	603,5	365,0
2011	585,6	365,0
2012	575,0	360,4

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2014, si stimano 39.479 ultrasessantacinquenni ossia il 23% della popolazione totale (43,9% maschi; 56,1% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,5%.

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 10,7%, quelli di età compresa tra i 75 – 84 anni 8,8% e gli ultraottantacinquenni 3,5% (Graf. 5) (1).



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, "l'indice di struttura" = popolazione in età 40 – 64 anni x 100 abitanti in età 15 – 39 anni.

Nel 2014 nell'A.S.L. CN2 l'*indice di vecchiaia* risulta di 169,6, mentre quello piemontese è di 189,6. Nel 2005 l'indice di vecchiaia per l'A.S.L. CN2 era di 164,7 (Tab. 14) (1).

Esso 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 2014 è di 23 (1). Esso riflette il peso relativo della popolazione anziana (Tab. 14).

Gli indicatori a seguire forniscono informazioni rispetto alla struttura economica, produttiva e sociale della popolazione.

L'*indice di dipendenza o carico sociale* nell'A.S.L. CN2 è di 57,5 nel 2014, nel 2005 era pari a 55,4 (Tab. 14). Quello del Piemonte nel 2014 è di 59,7 (1). Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

E' un indicatore che risente della struttura economica della popolazione: ad esempio, in società con una importante componente agricola i soggetti molto giovani o anziani non possono essere considerati economicamente o socialmente dipendenti dagli adulti; al contrario, nelle strutture più avanzate, una parte degli individui considerati nell'indice, al denominatore, sono in realtà dipendenti in quanto studenti o disoccupati. L'indice di dipendenza nei Paesi in via di sviluppo assume valori maggiori rispetto alle popolazioni più avanzate economicamente; ciò è in gran parte dovuto alla maggiore presenza di individui giovani a causa della loro più elevata fecondità.

L'*indice di struttura* nell'anno 2014 è di 134,1, nel 2005 107,1; quello del Piemonte nel 2014 è di 143,7 (1).

Questo indicatore stima il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Un indicatore inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è giovane; ciò è un vantaggio in termini di dinamismo e capacità di adattamento e sviluppo della popolazione, ma può essere anche considerato in modo negativo per la mancanza di esperienza lavorativa e per il pericolo rappresentato dalla ridotta disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi dagli anziani che divengono pensionati.

Tab. 14 – Indici di vecchiaia, di invecchiamento, di dipendenza e di struttura – A.S.L. CN2 anni 2005-2014 (1)

Anni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
2005	164,7	22,2	55,4	107,1
2006	165,6	22,3	55,8	110,4
2007	164,1	22,1	55,3	112,3
2008	161,4	21,9	55,1	115,4
2009	160,3	21,8	55	119,2
2010	160	21,8	54,7	122,2
2011	162,3	22,2	55,8	125
2012	164,8	22,4	56,2	126,8
2013	167,2	22,6	56,6	129,4
2014	169,6	23	57,5	134,1

La Tab. 15 riporta i valori degli indici prima citati calcolati per ciascuno dei 76 Comuni del territorio dell'A.S.L. CN2. Gli indici di vecchiaia più elevati sono relativi ad alcuni Comuni dell'Alta Langa.

Tab. 15 - Indici di vecchiaia, invecchiamento, carico sociale e di struttura nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2014

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	195,43	24,7	59,6	137
Albaretto della Torre	224,14	26,7	63,09	166,07
Arguello	189,29	26,5	68,07	142,86
Baldissero d'Alba	150,31	22,0	57,68	151,82
Barbaresco	153,27	24,5	67,92	131,98
Barolo	165,26	21,1	51,32	130,52
Benevello	236,73	24,4	53,23	156,2
Bergolo	560	41,2	94,29	150
Borgomale	151,72	22,3	58,63	186,21
Bosia	580	31,9	59,65	192,31
Bossolasco	269,86	28,1	62,5	155,62
Bra*	165,55	22,7	57,18	127,74
Camo	263,64	28,3	64	184,09
Canale	153,01	22,5	59,39	126,67
Castagnito	103,48	16,5	47,89	125,89
Castelletto Uzzone	288,24	29,3	65,35	155,7
Castellinaldo	188,24	23,7	56,98	122,14
Castiglione Falletto	139,39	19,2	49,17	153,68
Castiglione Tinella	255,88	29,2	68,49	151,18
Castino	291,11	26,7	55,87	173,91
Ceresole Alba*	167,15	21,9	53,82	134,24
Cerretto Langhe	352,94	27,2	53,66	168,22
Cherasco*	122,16	19,2	53,84	124,49
Cissone	207,69	32,5	93,02	207,14
Corneliano d'Alba	179,52	24,5	61,58	133,33
Cortemilia	268,34	29,4	67,71	147,19
Cossano Belbo	297,92	29,1	63,67	143,9
Cravanzana	232	28,1	67,21	149,49
Diano d'Alba	153,5	20,3	50,51	140
Feisoglio	750	41,8	90	203,57
Gorzegno	504,76	34,0	68,65	176,12
Govone	192,59	23,4	55,05	157,17
Grinzane Cavour	140,14	19,8	51,36	118,42
Guarene	132,88	19,2	50,88	134,37
La Morra*	169,61	22,3	54,89	142,23
Lequio Berria	348,94	33,0	73,78	180,39
Levice	477,78	37,1	81,25	204,76
Magliano Alfieri	128,53	20,5	57,34	112,72
Mango	249,36	29,6	70,69	143,99
Monchiero	139,78	21,9	60,11	136,31
Monforte d'Alba	192,75	25,4	62,83	120,58
Montà	141,77	22,0	60,03	125,1
Montaldo Roero	290,22	30,8	70,53	154,5
Montelupo Albese	125,58	20,2	57,06	142,86
Monteu Roero	209,45	25,6	60,98	140,57
Monticello d'Alba	120,4	18,4	50,65	113,93
Narzole*	135,27	21,7	60,72	116,35
Neive	156,43	22,0	56,31	121,94

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Naviglie	315,63	25,9	51,75	140,19
Niella Belbo	410	32,5	68	208,22
Novello	156,43	21,9	56,18	146,72
Perletto	331,03	32,5	73,53	165,63
Pezzolo Valle Uzzone	297,5	34,5	85,48	195,24
Piobesi d'Alba	119,34	16,8	44,76	117,94
Pocapaglia*	114,34	18,5	52,98	133,4
Priocca	189,11	23,6	56,46	138,27
Rocchetta Belbo	221,05	24,3	54,46	173,17
Roddi	101,45	17,5	53,27	164,63
Roddino	266,67	30,8	73,66	224,64
Rodello	215,38	25,9	60,99	140,08
San Benedetto Belbo	469,23	33,5	68,52	200
San Giorgio Scarampi	325	31,2	68,92	146,67
Sanfrè*	141,71	20,4	53,38	133,1
Santa Vittoria d'Alba*	127	18,4	48,84	122,1
Santo Stefano Belbo	206,12	25,2	59,67	133,64
Santo Stefano Roero	176,65	24,9	63,97	140,68
Serralunga d'Alba	113,04	18,3	52,55	133,13
Serravalle Langhe	408,7	29,2	57,07	173,33
Sinio	153,42	20,9	52,71	126,45
Sommariva del Bosco*	148,85	21,2	55,01	139,73
Sommariva Perno*	190,28	24,3	58,84	148,39
Torre Bormida	513,33	37,9	82,88	208,33
Treiso	177,45	22,4	53,8	148,11
Trezzo Tinella	281,08	30,5	70,5	166,67
Verduno*	206,35	23,0	51,74	157,24
Veza d'Alba	190,72	24,6	59,92	136,12

Bibliografia

- (1) Intranet RUPARPIEMONTE: PISTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E.
<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- (2) Ricercatori IRES Piemonte: "Relazione annuale sulla situazione economica, sociale e territoriale del Piemonte. Anno 2014". <http://www.ires.piemonte.it>
- (3) Istat: Demo - Demografia in cifre. <http://demo.istat.it>

Stato di salute e fattori comportamentali nella popolazione 18-69 anni dell'ASL CN2 Alba-Bra: i risultati PASSI 2010-2013

Laura Marinaro, Annelisa Guasti, Giuseppina Zorziotti

PASSI "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" è un sistema di sorveglianza italiano, avviato nel 2007 ed entrato a pieno regime nel 2008, che ha lo scopo di valutare e monitorare nel tempo lo stato di salute (salute percepita, prevalenza nella popolazione di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolare come ipertensione e ipercolesterolemia), le abitudini di vita (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione, sicurezza stradale e domestica), la diffusione e l'impatto delle misure e degli interventi di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici).

La rilevazione è fatta attraverso interviste telefoniche, con un questionario standardizzato, effettuate direttamente da operatori dell'ASL, specificamente formati, a cittadini di età compresa tra i 18 e i 69 anni scelti con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate nel periodo 2010-2013.

Profilo socio-demografico	ASL CN2	Piemonte	POOL ASL Italia
Popolazione di riferimento (18-69 anni) (Dati ISTAT ^{1,2} ; media annuale 2010-2013)	113.663	2.958.421	40.666.118
Numero interviste effettuate Passi 2010-2013	1.100	13.691	151.688
I risultati principali			
BENESSERE			
<i>giudica la propria salute positivamente</i>	70%	71%	68%
<i>riferisce sintomi di depressione nelle ultime due settimane</i>	5%	6%	7%
GUADAGNARE SALUTE: STILI DI VITA			
<i>pratica adeguata attività fisica³</i>	36%	33%	33%
<i>è completamente sedentario⁴</i>	20%	29%	31%
<i>è in eccesso ponderale⁵</i>	35%	37%	42%
<i>è classificabile come bevitore a rischio⁶</i>	15%	19%	17%
<i>Fuma⁷</i>	29%	27%	28%
RISCHIO CARDIOVASCOLARE			
<i>ipertensione</i>	17%	20%	20%
<i>ipercolesterolemia</i>	24%	24%	24%
SCREENING ONCOLOGICI			
<i>donne (50-69 anni) che riferiscono di aver eseguito una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni</i>	78%	72%	71%
<i>donne (25-64 anni) che riferiscono di aver eseguito il test di screening per neoplasia cervicale (Pap-test o HPV test) negli ultimi 3 anni</i>	88%	86%	77%
SICUREZZA			
<i>guida sotto l'effetto dell'alcol nell'ultimo mese</i>	6%	10%	9%
<i>consapevolezza del rischio di infortunio domestico</i>	6%	5%	6%

¹Piemonte STATistica (PISTA) e Banca Dati Demografica Evolutiva (BDDE) della Regione Piemonte. www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp

²Demo ISTAT - Demografia in cifre. <http://demo.istat.it/>

³Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 gg. alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 gg.).

⁴Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

⁵Persone obese (indice di massa corporea (Imc) ≥ 30) + persone in sovrappeso (Imc compreso tra 25 e 29,9)

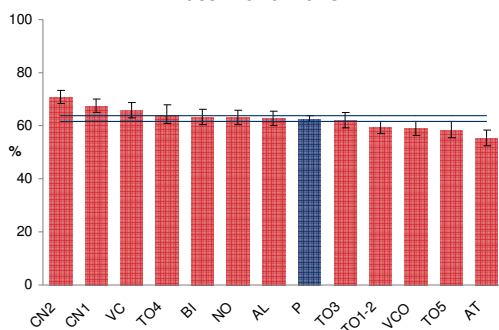
⁶Consumo fuori pasto e/o consumo *binge* e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

⁷Persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi (fumatore in astensione, pari all'1%)

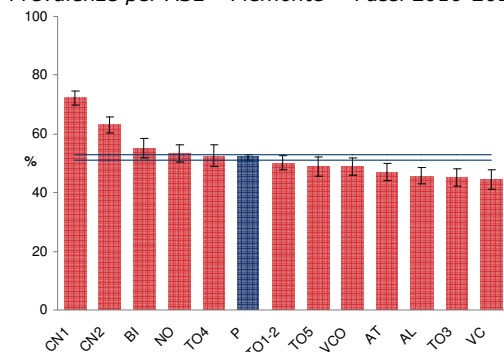
Caratteristiche delle persone intervistate

Nell'ASL CN2 nel periodo 2010-2013 è stato intervistato un campione casuale di 1.100 persone selezionate dalla Anagrafe Sanitaria rappresentato nel 47% da uomini e 53% da donne. L'età media è di 44,9 anni. Il 4% non ha cittadinanza italiana. Il 58% ha un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea) con una maggiore prevalenza nei maschi. Un basso livello di scolarità è più frequente nella classe di età 50-69 anni (62%). Il 71% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni ha un lavoro regolare, prevalentemente gli uomini in tutte le fasce di età. Il 5% dichiara che ha molte difficoltà economiche, le percentuali più elevate si riscontrano in entrambi i sessi (7%) nella fascia di età 18-34 anni.

Lavoro continuativo
Prevalenze per ASL – Piemonte
Passi 2010-2013



"Arriva a fine mese" senza difficoltà economica
Prevalenze per ASL – Piemonte - Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale.

Benessere

Percezione dello stato di salute

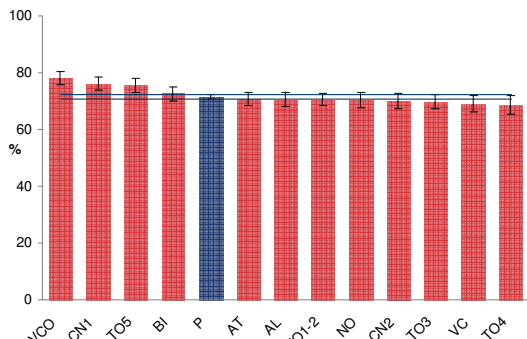
Il 70% delle persone intervistate considera buono o molto buono il proprio stato di salute (71% Piemonte; 68% Pool ASL nazionale); a riferire buone condizioni di salute sono in particolare i giovani di 18-34 anni (86%), gli uomini (76%), le persone con alto livello di istruzione (laurea/diploma universitario) (83%), senza difficoltà economiche (75%), senza malattie (75%).

L'88% dichiara che non ha avuto giorni di limitazione dell'attività abituale negli ultimi 30 giorni.

La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è di 2,4 giorni, per motivi psicologici 2,3 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per quasi un giorno al mese. Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con molte difficoltà economiche e nei soggetti con patologie croniche.

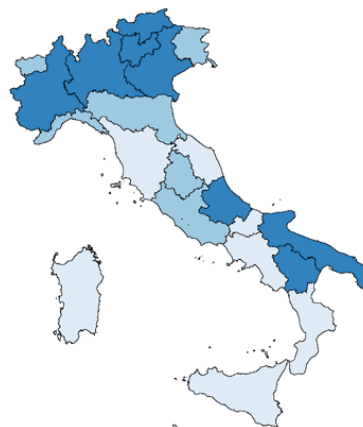
Stato di salute percepito positivamente (%)

Prevalenze per ASL – Piemonte
Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale

Prevalenze per Regione di residenza* -
Passi 2010-2013



■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool

* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Sintomi di depressione

Il 5% degli adulti fra 18 e 69 anni riferisce sintomi di depressione (6% Piemonte; 7% Pool ASL nazionale) e percepisce come compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 16 giorni nel mese precedente l'intervista. Molte di queste persone (34%) non chiedono aiuto a nessuno e chi lo fa si rivolge soprattutto a un medico operatore sanitario (46%).

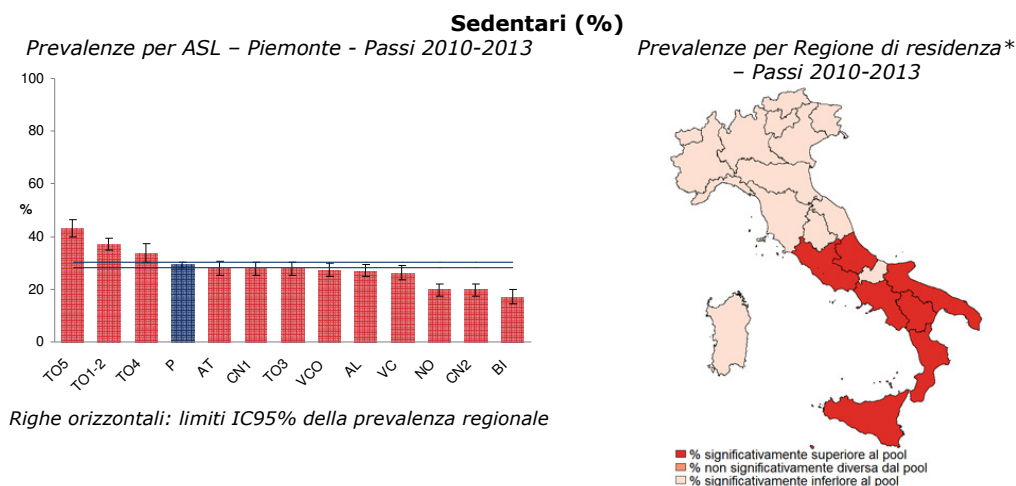
La qualità della vita percepita delle persone che riferiscono sintomi depressivi è decisamente peggiore rispetto al resto della popolazione: infatti, nella popolazione con sintomi di depressione solo il 39% descrive il proprio stato di salute come "buono" o "molto buono" contro il 71% della popolazione senza sintomi depressivi.

Guadagnare salute: stili di vita

Attività fisica

Il 36% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandata, mentre il 20% è completamente sedentario (29% Piemonte; 31% Pool ASL nazionale). La sedentarietà è più diffusa nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle donne e nelle persone con bassa scolarità. Il 23% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Si osserva una riduzione della quota di persone tra 18 e 69 anni sedentarie rispetto al periodo 2007-2009 (23%).

Non ancora sufficiente la promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari che chiedono e la consigliano in circa un terzo dei casi.



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 27% del campione intervistato è in sovrappeso, gli obesi sono l'8%. Gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (36%) e obesi (11%) rispetto alle donne (17%, 6%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e nelle persone con difficoltà economiche. La percentuale di persone in eccesso ponderale (35%) nell'ASL CN2 è minore rispetto al dato piemontese (37%) e al dato nazionale (42%), e si riduce altresì rispetto al periodo 2007-2009 (41%).

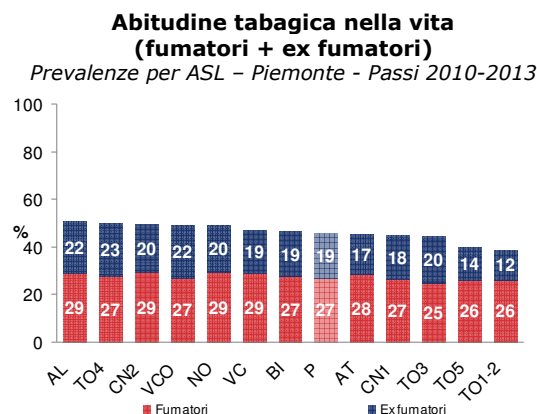
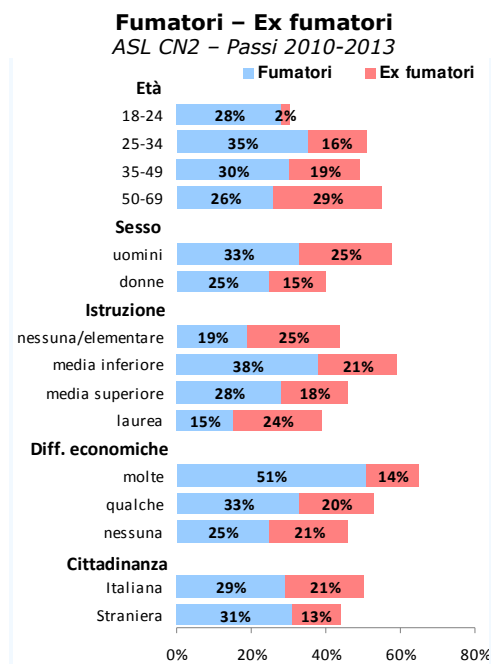
Per quanto riguarda la percezione del peso, è interessante rilevare una non trascurabile percentuale di persone in sovrappeso (45%) che considerano normale il proprio peso.

Le persone in sovrappeso/obese dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 19% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 78%. La percentuale di persone in eccesso ponderale che seguono una dieta è più elevata tra le donne, tra coloro che hanno una corretta percezione del proprio peso e tra chi ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario/medico.

Il 56% delle persone in eccesso ponderale (49% delle persone in sovrappeso, 77% obese) nell'ASL CN2 ha ricevuto da parte di un operatore sanitario il consiglio di perdere peso, tale percentuale risulta più elevata rispetto al dato regionale (53%) e nazionale (52%). Minore è la percentuale di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (43%).

Il 10% della popolazione intervistata nell'ASL CN2 aderisce alle raccomandazioni internazionali (five a day) consumando almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno. Tale abitudine è più diffusa nella fascia di età 50-69 anni, nelle donne, nelle persone con nessuna difficoltà economica e nei soggetti sotto/normopeso.

Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 50% ha tentato di smettere. Tra questi il 94% lo ha fatto da solo e solo l'8% è riuscito a smettere. Tra gli intervistati che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 52% è stato chiesto se fumano (44% nel 2007-2009). Tra i fumatori, nel periodo 2010-2013, il 52% ha ricevuto il consiglio di smettere.



Rischio cardiovascolare

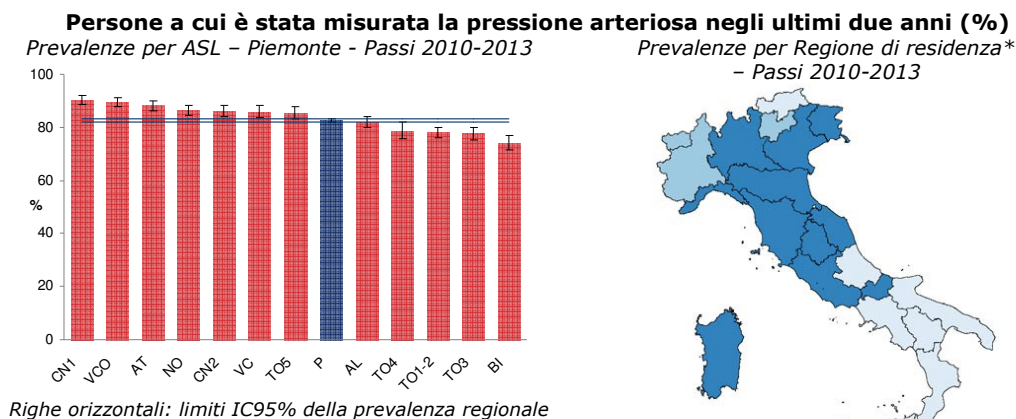
Ipertensione arteriosa

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'86% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni. In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa: nelle fasce d'età 35-69 anni, nelle donne, nelle persone con livello istruzione basso e nei cittadini italiani.

Il 17% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione; tra questi il 78% è trattato con farmaci antipertensivi. In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa: al crescere dell'età (33% nella fascia 50-69 anni), negli uomini, nelle persone con livello istruzione molto basso e nelle persone con eccesso ponderale.

Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di: ridurre il consumo di sale (84%), svolgere regolare attività fisica (80%) e ridurre o mantenere il peso corporeo (76%).

Nell'ASL CN2 la percentuale di ipertesi risulta inferiore al dato regionale (20%) e nazionale (20%).



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Ipercolesterolemia

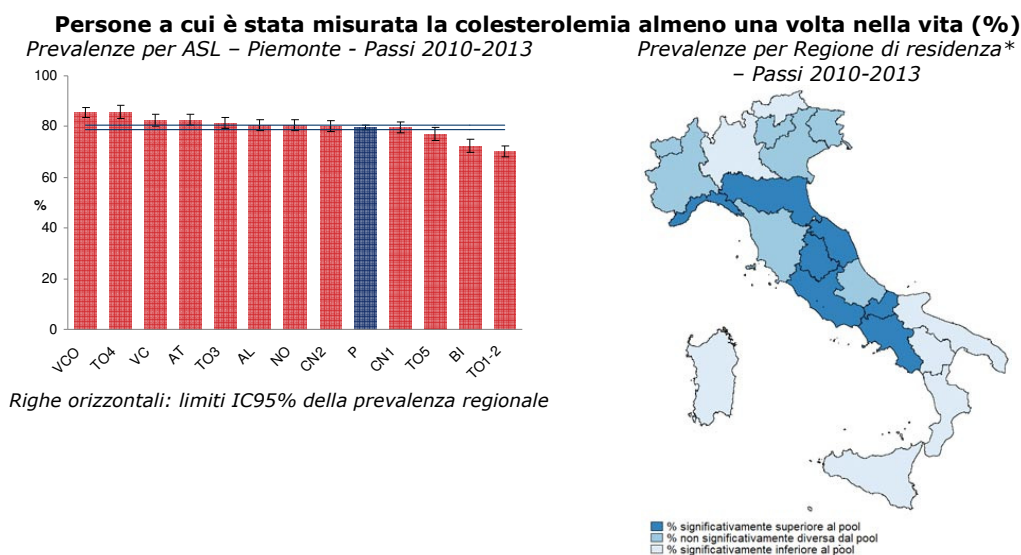
Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'80% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia (80% Piemonte; 79% Pool ASL nazionale). La misurazione del colesterolo è più frequente: al crescere dell'età (dal 58% della fascia 18-34 anni al 91% di quella 50-69 anni), nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e nei cittadini italiani.

Il 24% degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa: nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione, nei cittadini italiani e nelle persone in sovrappeso/obese.

Il 28% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di: ridurre il consumo di carne e formaggi (87%), svolgere regolare attività fisica (80%), aumentare il consumo di frutta e verdura (75%) e ridurre o controllare il proprio peso (73%).

Rispetto al periodo 2007-2009 si osserva un incremento della percentuale dei soggetti che si sono sottoposti al controllo del colesterolo almeno una volta nella vita (75%), dei soggetti ipercolesterolemici che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso (68%), di fare attività fisica (76%), di ridurre il consumo di carni e formaggi (82%) e di incrementare il consumo di frutta e verdura (73%).



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Screening oncologici

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nell'ASL CN2 Alba-Bra circa il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali (70% nel periodo 2007-2009); tale percentuale è superiore sia al dato regionale (72%) che nazionale (71%).

In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata maggiore nelle donne della fascia 60-69 anni, nelle coniugate o conviventi, con elevato livello di istruzione, senza rilevanti difficoltà economiche e con cittadinanza italiana.

L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni.

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 64% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane pur tuttavia presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al

di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

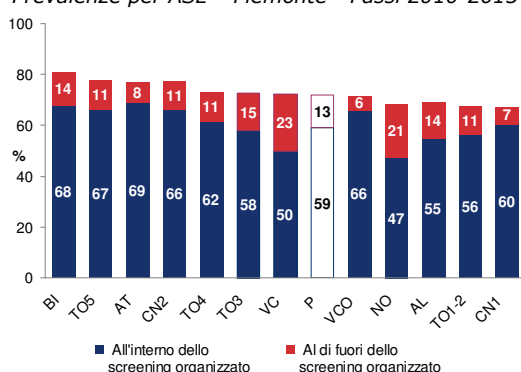
Nell'ASL CN2 Alba-Bra, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 67% ha eseguito la Mammografia all'interno di un programma organizzato (57% nel periodo 2007-2009), mentre il 11% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale. Il 38% delle donne 50-69enni ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno. Il 9% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Il 90% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL (86% nel periodo 2007-2009); l'81% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa; il 72% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia. Il 57% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 30% da due interventi e l'11% da uno solo; l'1% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

Mammografia eseguita negli ultimi due anni (%) Donne 50-69 anni

Prevalenze per ASL - Piemonte - Passi 2010-2013



Prevalenze per Regione di residenza* - Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale

* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Nell'ASL CN2 Alba-Bra, l'88% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni (78% nel periodo 2007-2009); in Piemonte tale percentuale è dell'86%, mentre nel Pool di ASL nazionali è del 77%. In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne di età 25-34 anni e 35-49 anni, nelle coniugate o conviventi, con alto livello d'istruzione, senza rilevanti difficoltà economiche e con cittadinanza italiana.

Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

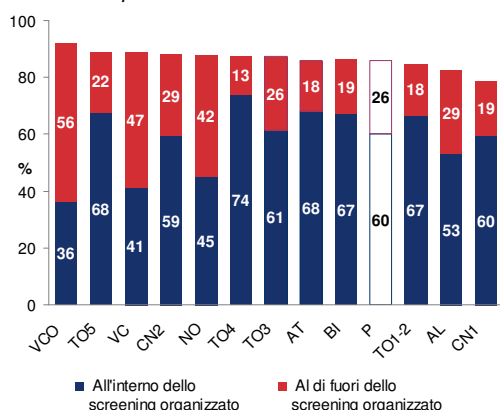
Nell'ASL CN2 Alba-Bra, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 59% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato (46% nel periodo 2007-2009), mentre il 29% l'ha eseguito come prevenzione individuale. Circa due donne su cinque di età 25-64 anni ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno.

Il 92% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL; il 74% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening; il 68% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening. La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro.

Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni (%) Donne 25-64 anni

Prevalenze per ASL – Piemonte - Passi 2010-2013

Prevalenze per Regione di residenza*
– Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale
* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Sicurezza stradale

Uso dei dispositivi di protezione individuale

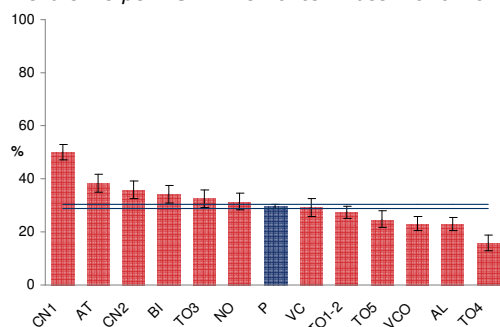
Nel periodo 2010-2013, nell'ASL CN2 la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (92%) e il casco (99%). L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 36% degli intervistati (Piemonte 30%; Pool di ASL nazionale 20%), infatti, la usa sempre. L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è più basso nella classe d'età 25-34 anni.

Tra le persone che vivono in una famiglia con bambini fino a 6 anni di età, circa il 14% ha difficoltà ad utilizzare il dispositivo di sicurezza stradale per il bambino.

Uso della cintura posteriore (%)

Prevalenze per ASL – Piemonte - Passi 2010-2013

Prevalenze per Regione di residenza*
– Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale

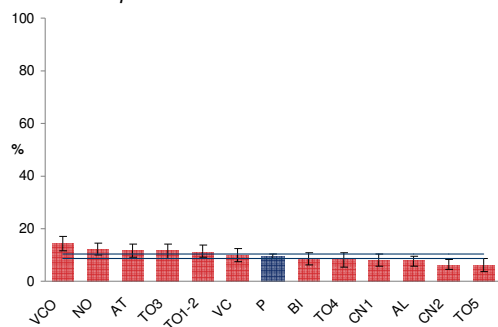
* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Alcol e guida

Nel periodo 2010-2013, nell'ASL CN2 il 6% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (16% nel periodo 2007-2009); in Piemonte tale percentuale è del 10%, mentre nel Pool di ASL nazionale del 9%. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è decisamente più frequente negli uomini che nelle donne (9% vs. 2%).

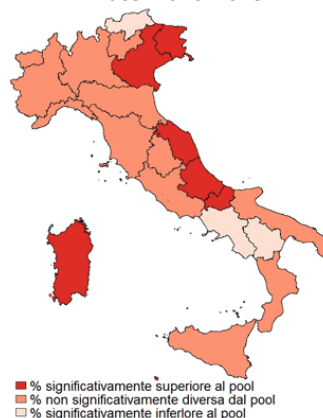
Guida sotto effetto dell'alcol nell'ultimo mese (%)

Prevalenze per ASL – Piemonte - Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale

Prevalenze per Regione di residenza*
– Passi 2010-2013



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

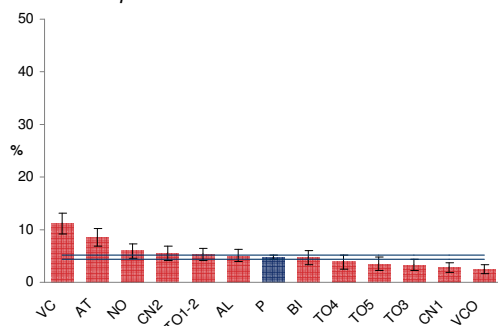
Sicurezza domestica

Nell'ASL CN2 Alba-Bra la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: solo il 6% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio alto o molto alto (Piemonte 5%; Pool ASL nazionale 6%).

Nel periodo 2010-2013, nell'ASL CN2 Alba-Bra, la percentuale di intervistati che, nei 12 mesi precedenti all'intervista, hanno riportato un incidente in casa che ha richiesto il ricorso alle cure del medico di famiglia o l'accesso al pronto soccorso o l'ospedalizzazione, è del 4%.

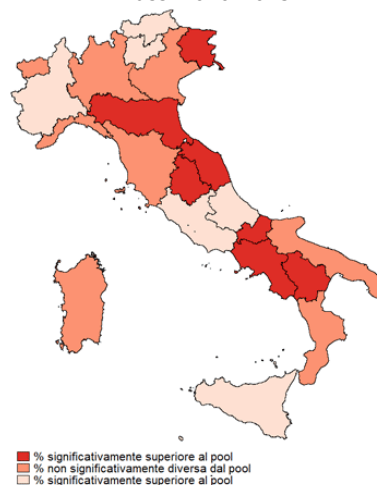
Consapevolezza del rischio di infortunio domestico (%)

Prevalenze per ASL – Piemonte - Passi 2010-2013



Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale

Prevalenze per Regione di residenza*
– Passi 2010-2013



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

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 2014. La fonte dei dati è rappresentata dalle segnalazioni effettuate ai sensi del DM 15.12.1990 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive).

I dati riportati si riferiscono ai residenti nel territorio dell'ASL, pertanto non includono ad es. casi di malattia infettiva diagnosticati nell'ambito dell'ASL CN2 ma residenti altrove.

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

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2014 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

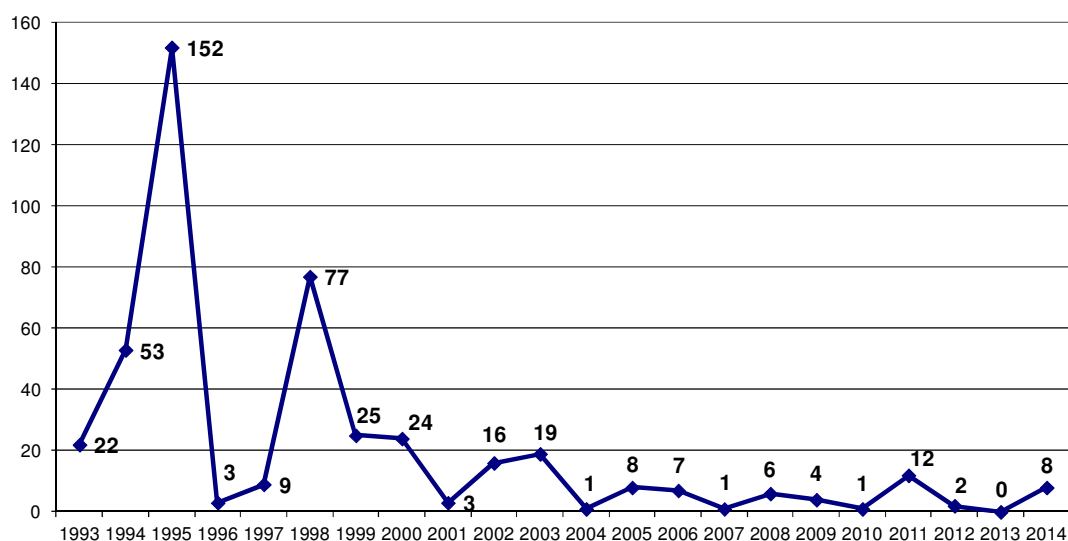
2.1 Pertosse

Numero di casi segnalati nel 2014: 8

Tasso d'incidenza: 4.6/100.000

Andamento nel periodo 1993 – 2014

Fig. 1. ASL CN2. Pertosse: numero casi per anno di segnalazione



2.2 Morbillo

Segnalazioni anno 2014

Numero di casi segnalati nel 2014: 36 tra i residenti nell'ASL CN2 (ulteriori 7 casi sono stati diagnosticati nella nostra ASL ma si tratta di soggetti residenti in altre ASL piemontesi)

Tasso d'incidenza: 21/100.000

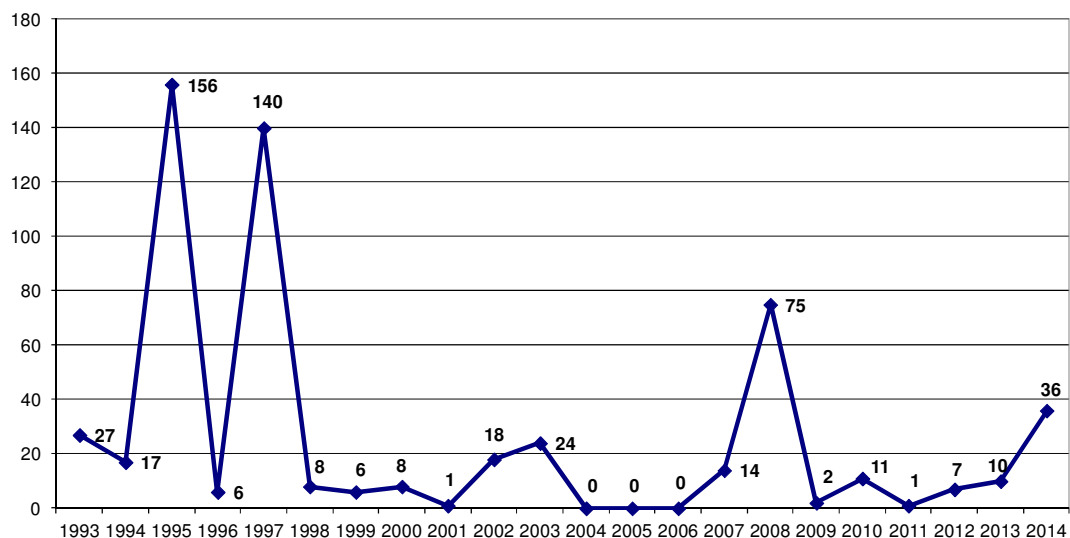
Età: media 22 (range 1 – 43 anni)

Stato vaccinale: nessun vaccinato tra i casi segnalati

Complicanze: polmonite (1 caso), trombocitopenia (1 caso), cheratocongiuntivite (1 caso), diarrea (3 casi).

Andamento nel periodo 1993 – 2014

Fig.2. ASL CN2. Morbillo: numero casi per anno di segnalazione



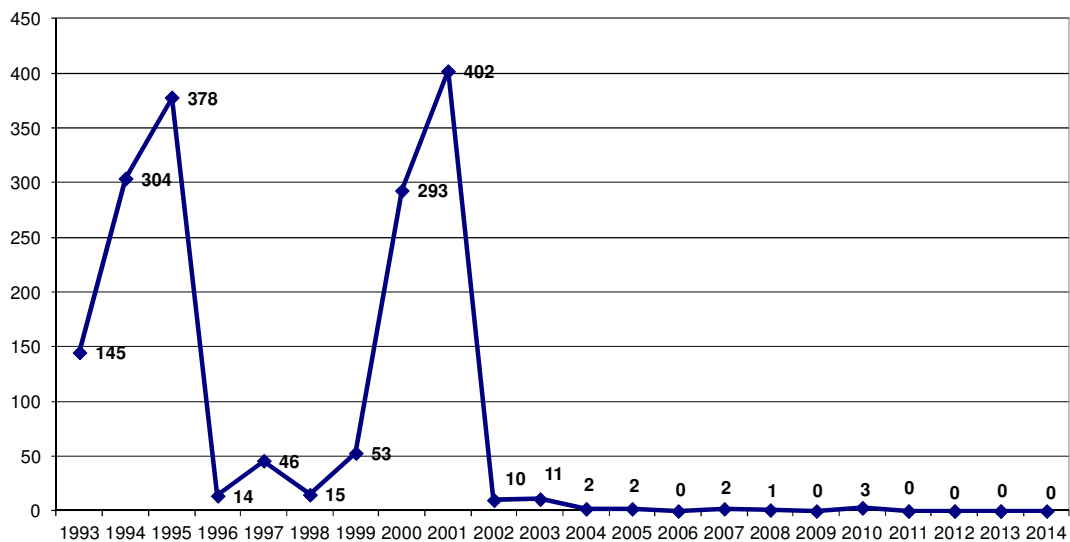
2.3 Parotite epidemica

Segnalazioni anno 2014

Tra i casi di sospetta parotite segnalati nel 2014, tutti sottoposti alla ricerca sierologica di IgM e IgG, nessuno risulta confermato in laboratorio.

Andamento nel periodo 1993 – 2014

Fig. 3. ASL CN2. Parotite epidemica: numero casi per anno di segnalazione



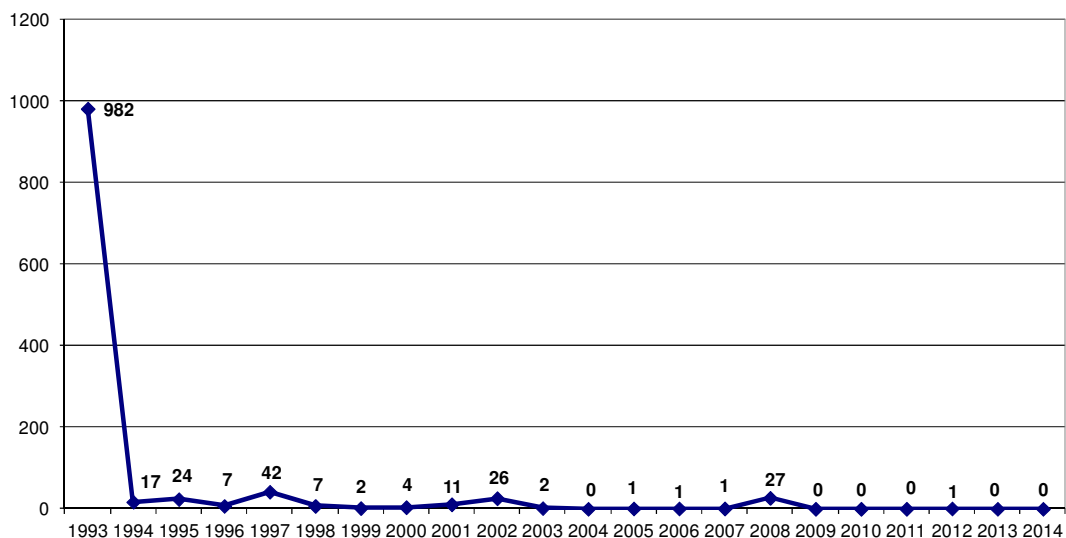
2.4 Rosolia

Segnalazioni anno 2014

Numero di casi segnalati nel 2014: 0

Andamento nel periodo 1993 – 2014

Fig. 4. ASL CN2. Rosolia: numero casi per anni di segnalazione



2.5 Varicella

Segnalazioni anno 2014

Numero di casi segnalati nel 2014: 714

Tasso d'incidenza: 415/100.000.

3. Altre malattie notificate

Malattia	Numero casi segnalati
SALMONELLOSI	59
EPATITE VIRALE A	2
EPATITE VIRALE B	1
INFEZIONE GONOCOCCICA	1
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	47
LEGIONELLOSI	9
SCARLATTINA	94
MENINGOENCEFALITE VIRALE	5
BRUCELLOSI	1
MONONUCLEOSI INFETTIVA	10
COXSACKIOSI	72
SCABBIA	3
FEBBRE Q	3

Malattie invasive batteriche

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi segnalati di malattie invasive batteriche.

Le caselle evidenziate in giallo riguardano i casi in cui è stato isolato un sierotipo di *S. pneumoniae* contenuto nel vaccino pneumococcico coniugato 13 valente. La paziente undicenne (sierotipo 3) all'epoca non era vaccinata contro lo pneumococco. E' stata vaccinata dopo la guarigione clinica.

Anni	Quadro clinico	Diagnosi lab	Metodo	Agente etiologico	Sierotipo
40	POLMONITE	SANGUE	COLTURA	PNEUMOCOCCO	non tipizzato
71	SEPSI	SANGUE	COLTURA	PNEUMOCOCCO	non tipizzato
75	SEPSI	SANGUE	COLTURA	PNEUMOCOCCO	non tipizzato
11	MENINGITE	LIQUOR	COLTURA	PNEUMOCOCCO	3
43	SEPSI	SANGUE	COLTURA	PNEUMOCOCCO	3
66	SEPSI	SANGUE	COLTURA	PNEUMOCOCCO	22F
29	MENINGITE	LIQUOR	COLTURA	NON IDENTIFICATO	-----

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

Malattie d'importazione

Malaria

Risultano segnalati due casi di malaria, le cui caratteristiche sono riportate nella tabella che segue.

Età	Sesso	Paese in cui l'infezione è stata acquisita	Periodo di soggiorno in area endemica	Agente etiologico	Chemioprolifassi
30	M	Costa d'Avorio	dicembre 2013	Plasmodium falciparum	Non effettuata
30	M	Sierra Leone	dicembre 2013	Plasmodium falciparum	Non effettuata

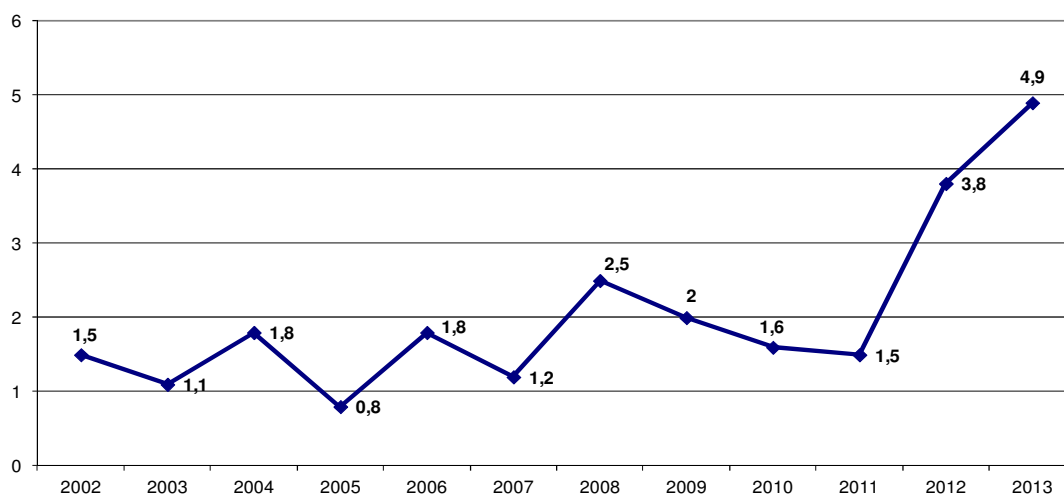
4. Coperture vaccinali a 24 mesi di età e percentuale dei casi di rifiuto vaccinale

Nella tabella seguente sono riportate le **coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età** nel corso del 2014 tra i bambini residenti nell'ASL CN2, confrontate con il dato di copertura complessivo della Regione Piemonte. Si tratta quindi dei nati nel 2012.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR	Pneumococco	Meningococco C
ASL CN2	95.4	95.3	95.1	95.1	93.4	93.4	90.7
Regione Piemonte	96.1	96.2	95.7	95.9	90.5	92.5	87

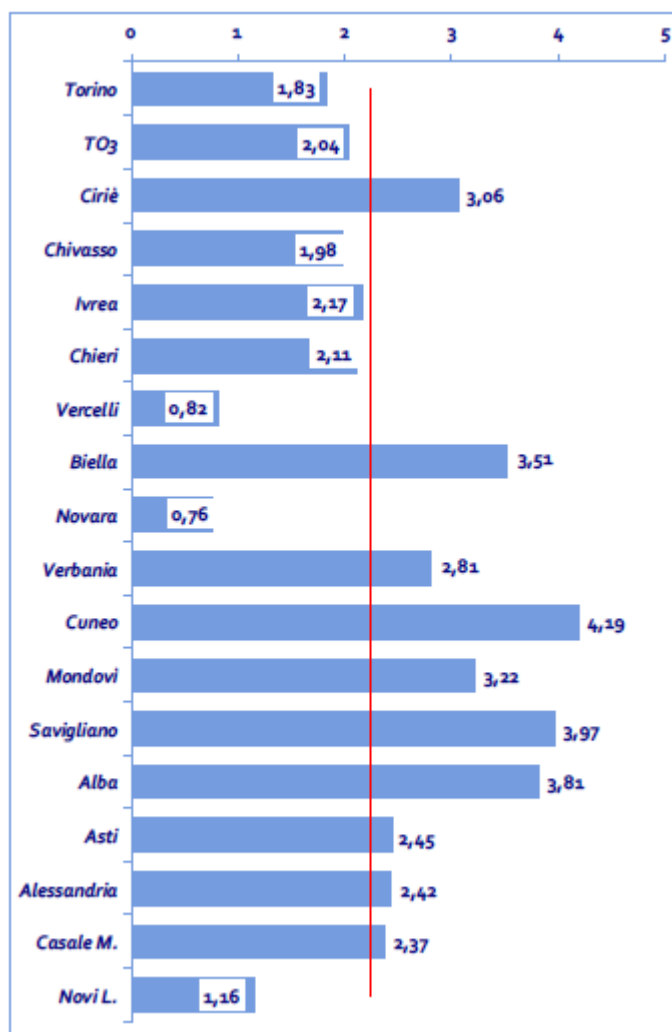
Il grafico che segue (riferito alle coorti di nascita dal 2002 al 2013) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL CN2 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni prioritarie attraverso la firma della dichiarazione di rifiuto informato. **I dati sino al 2012 sono stati rilevati a 24 mesi d'età, mentre quelli relativi al 2013 sono da ritenere provvisori, giacché sono stati rilevati prima dei 24 mesi.** Inoltre occorre tener conto che potrebbero essere formalizzati ulteriori rifiuti riguardanti casi attualmente in sospeso. Allo stesso tempo potrebbero verificarsi dei ripensamenti, con adesione parziale o completa al calendario vaccinale.

Fig. 5. ASL CN2 Alba Bra: percentuale dei casi di rifiuto totale delle vaccinazioni, per coorte di nascita (il dato della coorte 2013 è da considerare provvisorio, essendo ancora soggetto a possibili variazioni)



Per un necessario confronto, riportiamo un grafico che illustra l'ultima rilevazione disponibile dei rifiuti vaccinali a 24 mesi d'età (coorte 2012) nella Regione Piemonte, [outcome prescelto: mancata vaccinazione antipolio].

Fig. 6. Inadempimenti per Polio a 24 mesi (coorte 2012) nella Regione Piemonte

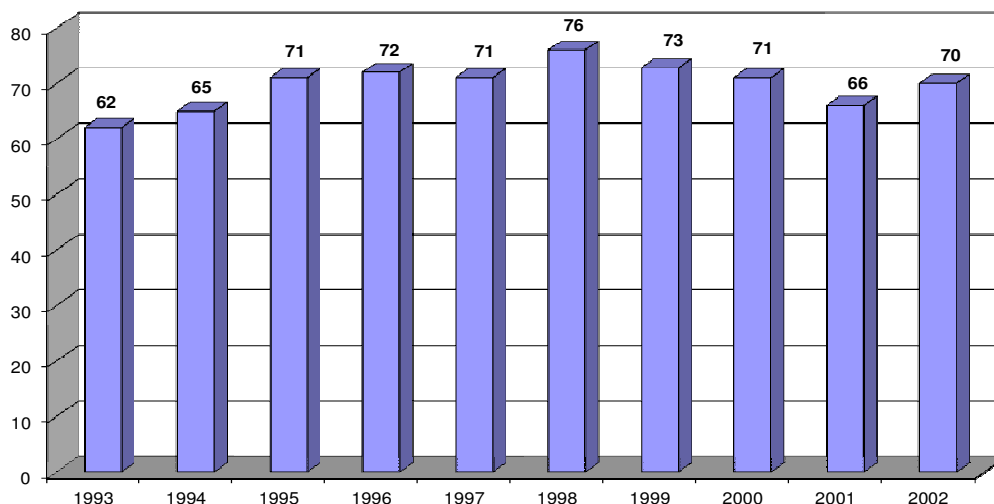


Fonte: SEREMI – Servizio regionale di epidemiologia delle malattie infettive

5. Coperture vaccinali contro il Papillomavirus

Le coperture vaccinali raggiunte nelle coorti sino ad ora coinvolte nel programma di vaccinazione sono riportate nel grafico che segue.

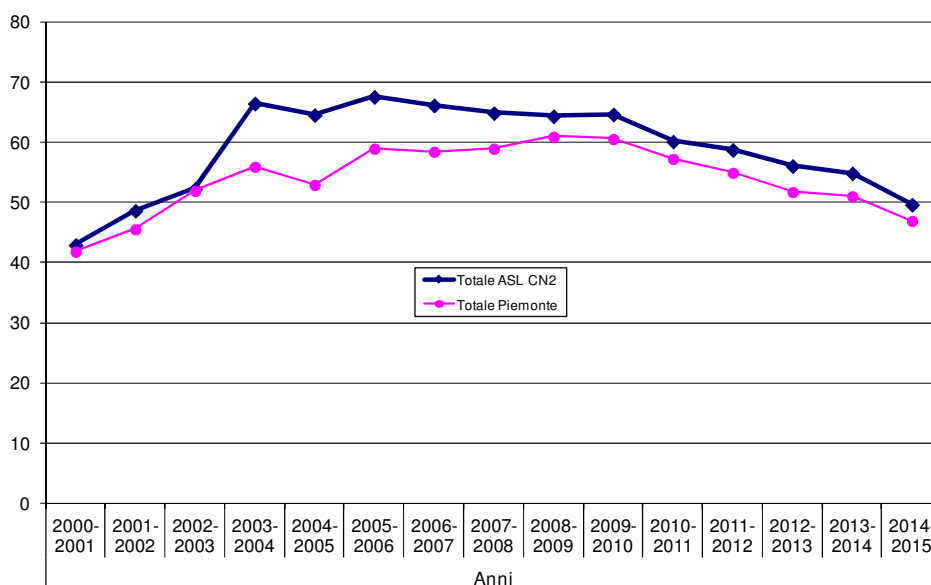
Fig. 7. ASL CN2: copertura vaccinale contro il Papillomavirus per coorte di nascita (% cicli vaccinali completati)



6. Copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione di età pari o superiore a 65 anni

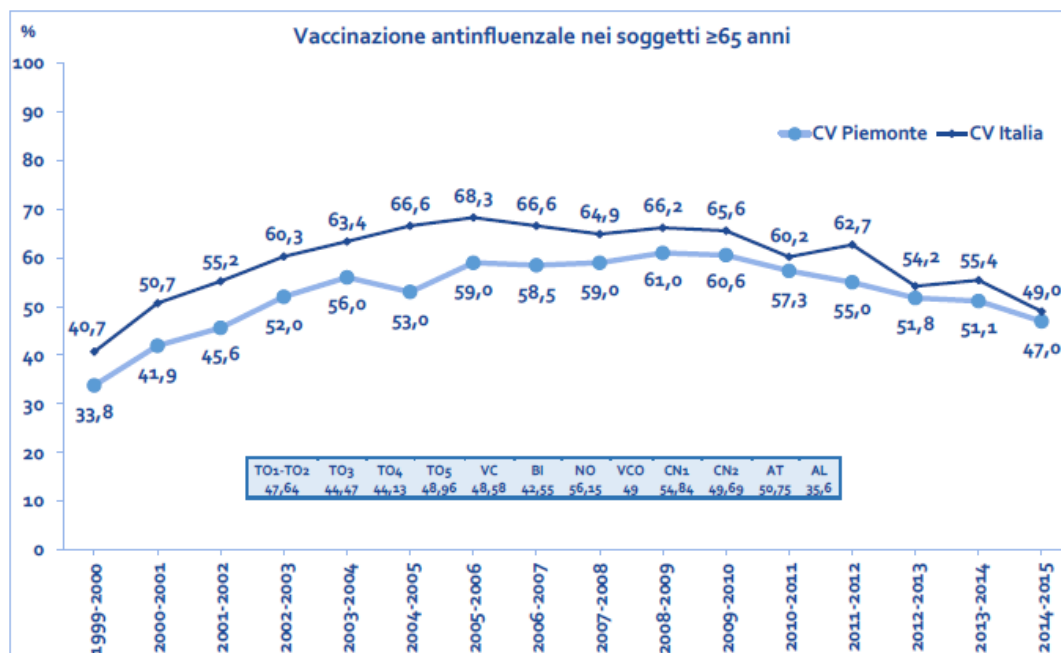
La copertura vaccinale contro l'influenza nella popolazione anziana, dopo una fase di stabilità durata 7 anni (dal 2003 al 2009) mostra - a partire dal 2010 - un progressivo calo, coerente con la perdita di fiducia verso il programma vaccinale.

Fig. 8 Confronto tra le coperture vaccinali contro l'influenza nei soggetti ≥ 65 anni nell'ASL CN2 e in Piemonte, periodo 2000-2014



Tale fenomeno è stato osservato sia in Piemonte sia nel resto d'Italia, come si evince dal grafico che segue.

Fig. 9. Copertura vaccinale antinfluenzale % nei soggetti ≥65 anni in Piemonte ed in Italia



Fonte: SEREMI – Servizio regionale di epidemiologia delle malattie infettive

7. Il calo delle coperture vaccinali: un problema nazionale

In Italia la copertura vaccinale tra i nati nel 2012, misurata a 24 mesi di vita, è scesa al di sotto del 95% per tutte le vaccinazioni, incluse poliomielite, tetano, difterite, pertosse ed epatite B; allo stesso tempo la copertura per morbillo, parotite e rosolia (MPR) che, a seguito del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, aveva raggiunto il 90%, ha mostrato una flessione importante e si situa all'86%, con importanti oscillazioni tra una Regione e l'altra (1,2).

Entrando un po' più nel dettaglio, possiamo rilevare alcune particolarità:

a) la copertura per MPR sembra indipendente da quella delle altre vaccinazioni. Infatti la Liguria mostra una copertura MPR dell'82% pur raggiungendo la soglia del 95% per quasi tutte le restanti vaccinazioni. Il Veneto, che appare piuttosto distante dalla soglia del 95% per le vaccinazioni del primo anno di vita, ha una copertura MPR dell'87%, nettamente superiore a quella ligure. Un divario simile è riscontrabile anche in altre Regioni;

b) tra le nove Regioni che presentano maggiori problemi di copertura, il Nord Est è presente al completo (Veneto, Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano);

c) la Sicilia ha introdotto la vaccinazione contro la varicella nel 2001, ma la sua performance è insoddisfacente giacché non raggiunge il 95% né per varicella (79%) né per MPR (83.9%) e contemporaneamente fa parte del gruppo delle nove Regioni che hanno subito un calo delle coperture al di sotto del 95%;

d) due Regioni importanti sia per qualità dei servizi sanitari sia per numerosità della popolazione, Emilia Romagna e Lombardia, si trovano in una situazione borderline: 95% per alcuni antigeni, tra il 94 e il 95% per altri, mentre la copertura di MPR oscilla intorno all'88-89%.

Per ora le coperture del Piemonte nel suo insieme (inclusa l'ASL CN2) hanno retto, ma i dati relativi ai rifiuti vaccinali totali riportati in Fig. 5 e 6 indicano da un lato un aggravamento della situazione a partire dalla coorte dei nati nel 2012 e dall'altro una concentrazione del fenomeno in alcune aree della Regione, che includono anche l'intera provincia di Cuneo. Si stanno ponendo le basi per future epidemie, soprattutto di pertosse e morbillo, ma l'accumulo dei suscettibili nel tempo può avere conseguenze anche su malattie a torto dimenticate, come la difterite. Il recente decesso in Spagna per difterite di un bambino non vaccinato (3), tra l'altro nell'ambito di una comunità con un'elevata copertura vaccinale, è un esempio di ciò che potrebbe accadere anche da noi: che cosa

sarebbe accaduto se nella scuola frequentata dal bambino spagnolo fosse stato presente un cluster di bambini non vaccinati? Quanti casi di difterite si sarebbero verificati?

L'attuale crisi di fiducia verso i programmi vaccinali ha molte cause, alcune comuni a tutti i Paesi sviluppati (4-7) altre peculiari dell'Italia. Si tratta di un fenomeno ormai strutturale, e saranno necessari molto studio e molto tempo per riuscire a determinare un cambiamento.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica, anno 2014. Coperture vaccinali. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_811_listaFile_itemName_19_file.pdf
2. Reparto di Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps-Iss. Le coperture vaccinali in Italia nel 2014: qualche riflessione. Epicentro 1 ottobre 2015 <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/copertureMin2014.asp>
3. ECDC. Rapid risk assessment. A case of diphtheria in Spain 15 June 2015. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/diphtheria-spain-rapid-risk-assessment-june-2015.pdf>.
4. Kata A. postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. Vaccine 2010;28:1709–1716.
5. Godlee F. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. BMJ 2011;342:c7452
6. WHO SAGE working group dealing with vaccine hesitancy. Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – A Systematic Review http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/3_SAGE_WG_Strategies_addressing_vaccine_hesitancy_2014.pdf
7. Offit P. Deadly Choices. How the Anti-Vaccine Movement Threatens Us All. 2011 Basic Books New York, NY.

**Meglio a casa... se si può:
la sfida continua
Patrizia Corradini**

Negli ultimi decenni la realtà epidemiologica in Italia è significativamente mutata e si è riscontrato un aumento dell'incidenza di patologie croniche, delle quali soffre quasi un terzo dell'intera popolazione.

In Piemonte, dove vive il 7% degli italiani, gli ultrasessantacinquenni rappresentano più del 23% della popolazione totale, mentre la media italiana supera di pochissimo il 20%.

La programmazione sanitaria regionale e conseguentemente aziendale è giustamente in continuo divenire e non può non considerare con particolare attenzione l'aumento della speranza di vita media, il fenomeno della non autosufficienza che è sempre in crescita, collegato al progressivo diffondersi delle malattie cronico-degenerative ed invalidanti, che determinano nuovi bisogni in particolare della popolazione anziana.

Le strutture Ospedaliere restano il riferimento per la diagnosi e la terapia della fase acuta, ma tutte le altre prestazioni devono ricevere risposte appropriate da parte dei servizi sanitari territoriali, che devono lavorare in stretto contatto ed integrazione anche con l'area socio assistenziale.

Il Programma delle Attività Territoriali, che anche la nostra A.S.L. si prepara ad adottare entro la fine dell'anno, deve tracciare e configurare tutte le azioni relative all'assistenza primaria e non solo, concordate con i Sindaci del territorio e con tutta la componente dei servizi socio assistenziali, col privato accreditato, con le rappresentanze dei professionisti accreditati, con le organizzazioni sindacali e di volontariato.

La riorganizzazione delle Cure Primarie, che viene richiesta con le recenti determinazioni regionali sulla rete dell'assistenza territoriale, prevede varie forme di associazionismo che sicuramente possono consentire 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 ospedaliero inappropriato.

L'obiettivo del nuovo sistema organizzativo proposto è quello di garantire l'erogazione dell'assistenza primaria in modo uniforme ed equamente diffuso su tutto il territorio, attraverso la gestione condivisa ed integrata dei vari percorsi diagnostico terapeutici offerti alla Persona Assistita.

Nella nostra A.S.L., si è cercato nel tempo di perseguire tali obiettivi, con risultati sostanzialmente positivi, come viene evidenziato da alcuni dati di attività di seguito riportati.

DESCRIZIONE	2013			2014			DIFFERENZA 2014/2013		
	ALBA	BRA	TOT.	ALBA	BRA	TOT.	ALBA	BRA	TOT.
NUMERO ASSISTITI MMG	95.256	58.062	153.318	94.528	57.924	152.452	-728	-138	-866
NUMERO ASSISTITI PLS	9.221	7.529	16.750	9.461	7.549	17.010	240	20	260
MMG NUMERO EQUIPES ASSISTENZA TERRITORIALE	4	3	7	4	3	7	/	/	/
PLS NUMERO EQUIPES ASSISTENZA TERRITORIALE			1			1	/	/	/
ORE TOTALI DI APERTURA SETTIMANALE AMBULATORI MMG	1.122	650,5	1.772,5	1.124	682	1.806	2	31,5	33,5
ORE TOTALI DI APERTURA SETTIMANALE AMBULATORI PLS	145	102,5	247,5	145	119	264	0	16,5	16,5
NUMERO MMG	69	44	113	70	45	115	1	1	2
di cui associati	18	3	21	17	3	20	-1	0	-1
di cui operanti in medicina in rete	14	23	37	14	22	36	0	-1	-1
di cui operanti in medicina di gruppo	17	10	27	17	10	27	0	0	0

DESCRIZIONE	2013			2014			DIFFERENZA 2014/2013		
	ALBA	BRA	TOT.		ALBA	BRA	TOT.		ALBA
NUMERO PLS	9	7	16	9	7	16	0	0	0
di cui associati	2	4	6	2	4	6	0	0	0
PLS NUMERO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	184	90	274	147	86	233	- 37	- 4	- 41
PLS SCREENING	721	695	1.416	809	792	1.601	88	97	185
PLS BILANCI DI SALUTE	4.622	3.514	8.136	5.434	4.308	9.742	812	794	1.606

Per quanto riguarda le attività di sportello svolte nelle dodici Sedi territoriali, i dati riportati nella tabella che segue, relativi soltanto alla scelta e revoca del medico di fiducia ed alle esenzioni ticket per patologia, risultano essere già indicativi dell'aumento tendenziale dei flussi.

ATTIVITA' SPORTELLI TERITORIALI	2013	2014	DIFFERENZA 2014/2013
NUMERO PRATICHE SCELTA E REVOCA TOTALI	24.340	29.747	5.407
di cui solo iscrizioni	3.899	3.845	- 54
NUMERO ESENZIONI TICKET PER PATOLOGIA	6.477	6.166	- 311

Nell'ultimo anno il Servizio di Continuità Assistenziale è stato rivisto nella sua funzione ed organizzazione generale, al fine di una sua corretta interazione con il sistema della emergenza/urgenza, anche alla luce di quanto disposto dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." e dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29 giugno 2015 ad oggetto "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e s.m.i..

Nonostante la riduzione delle ore di attività totali, legate alla soppressione di una sede, nell'ultimo anno si è avuto un incremento generale delle prestazioni, con un aumento significativo sul versante dell'appropriatezza, come si evince dalla tabella di seguito riportata.

DESCRIZIONE	2013			2014			DIFFERENZA 2014/2013		
	ALBA	BRA	TOT.	ALBA	BRA	TOT.	ALBA	BRA	TOT.
NUMERO VISITE (ambulator., domiciliari, a minori di 14 aa, per Ospiti di RSA)	8.895	4.129	13.024	10.117	5.143	15.260	1.222	1.014	2.236
NUMERO PRESCRIZIONE FARMACI	3.751	1.694	5.445	3.936	1.521	5.457	185	- 173	12
NUMERO CONSIGLI TELEFONICI	3.143	2.561	5.704	2.259	2.681	4.940	- 884	120	- 764
NUMERO PRESTAZIONI TOTALI	15.889	8.384	24.273	16.312	9.351	25.663	423	967	1.390
NUMERO ORE MEDICO TOTALI	30.125	7.780	37.905	26.403	8.790	35.193	- 3722	1.010	- 2.712

Anche nell'ambito della medicina specialistica convenzionata interna si è applicato il principio della distribuzione uniforme delle risorse e dei servizi per tutta la popolazione, che si è riusciti a realizzare, grazie anche alla collaborazione degli stessi Specialisti, nonostante la diminuzione delle ore totali di attività. E' altresì stata prevista la chiusura totale di un Poliambulatorio adiacente al presidio ospedaliero, col trasferimento appunto delle attività in altre sedi anche per evitare doppioni di servizi simili a pochissima distanza.

Si è anche realizzata una maggiore disponibilità di assistenza specialistica per la Casa di Reclusione di Alba, grazie anche alla disponibilità degli Specialisti ospedalieri per le branche non presenti sul territorio.

Nel tempo, sono state intraprese azioni volte a migliorare la collaborazione ed integrazione ospedale-territorio e sostenere il confronto fra specialisti e medici di famiglia, soprattutto nell'ottica dell'appropriatezza dell'attività. Pur nella criticità di gestione del settore, legata alla rigidità dei relativi contratti, con il coinvolgimento dei responsabili delle branche medica, chirurgica e odontoiatrica, ci si è confrontati sul miglioramento dell'attività specialistica ambulatoriale territoriale, in stretta collaborazione tra le varie strutture operative aziendali, sforzandosi anche di superare, per quanto possibile, le criticità in termini di locali, attrezzature, personale etc.. Sono stati concordati obiettivi tesi alla valutazione di strategie di miglioramento relativamente all'abbattimento delle liste d'attesa ed al mantenimento degli standard qualitativi, con razionalizzazione nelle prenotazioni delle visite di controllo e realizzazione di percorsi facilitati per visite ambulatoriali e domiciliari per pazienti in regime di Cure Domiciliari/Cure Palliative.

Si dovrà, nel prossimo futuro, affrontare, in termini più approfonditi e puntuali, il tema della informatizzazione di tutto il settore.

Anche per gli operatori sanitari, l'utilizzo previsto delle nuove tecnologie usate per valutare e governare al meglio il sistema può costituire un valore aggiunto per l'attività quotidiana, che deve essere di supporto, nell'ottica della gestione complessiva dei servizi offerti ai cittadini, garantendo maggior efficienza a parità di costi ed utilizzando strumenti sicuri ed affidabili.

La sfida verso l'innovazione, se pur in un quadro generale di scarsità di risorse, è uno dei fattori determinanti, insieme all'accessibilità all'assistenza sanitaria, della qualità del servizio e costituisce un valido indicatore del livello di sviluppo di un territorio.

Dai dati di attività, riportati nel prospetto che segue, relativi alle ore pagate ed prestazioni, suddivisi per sede territoriale, emergono una produttività media comunque relativamente costante rispetto all'anno precedente ed una significativa riduzione delle ore pagate, in ottemperanza a quanto previsto dalle indicazioni in materia.

BRANCA SPECIALISTICA	2013			2014		
	ORE PAGATE	NUMERO PRESTAZ.	MEDIA ORARIA	ORE PAGATE	NUMERO PRESTAZ.	MEDIA ORARIA
ALLERGOLOGIA	504,70	1.938	3,84	495,99	1.666	3,36
CARDIOLOGIA	3.056,57	4.002	1,31	2.917,73	4.857	1,66
DERMATOLOGIA	2.645,51	7.368	2,79	2.176,10	6.883	3,16
MEDICINA DELLO SPORT	1.358,50	2.064	1,52	1.357,97	1.972	1,45
NEUROLOGIA	1.122,50	1.505	1,34	1.148,00	1.755	1,53
OCULISTICA	2.977,33	8.137	2,73	2.584,03	5.366	2,08
ODONTOIATRIA	4.787,25	7.598	1,59	4.735,20	7.602	1,61
ODONTOPROTESI	1.017,12	1.466	1,44	1.013,58	1.514	1,49
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.632,98	6.990	2,65	2.625,72	7.116	2,71
OTORINOLARINGOIATRIA	1.548,30	5.935	3,83	1.559,77	5.438	3,49
SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE	208,00	329	1,58	204,00	369	1,81
UROLOGIA	1.098,00	2.810	2,56	1.084,00	2.687	2,48
Totale generale	23.255,11	50.868	2,19	21.902,09	47.225	2,16

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale agli adulti ed anziani non autosufficienti, la materia si è dimostrata particolarmente delicata e complessa, soprattutto in seguito ai vari ricorsi presentati al TAR sia per l'applicazione del piano tariffario e sia per l'eventuale rivalutazione delle persone assistite già inserite in convenzione o in graduatoria, da effettuarsi d'ufficio da parte della Commissione U.V.G., con revisione del livello assistenziale e, conseguentemente, della tariffa giornaliera da applicare. Sono quindi state confermate le tariffe giornaliere a partire dal 01.10.2013, in seguito alle indicazioni della D.G.R. 85-6287 del 2 agosto 2013 avente ad oggetto "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012".

Le indicazioni nazionali e regionali sulla non autosufficienza riportano come prioritario il privilegiare gli interventi socio sanitari domiciliari, che, oltre ad avere costi più contenuti, garantiscono sicuramente una migliore qualità di vita ed una maggiore compliance della persona assistita.

L'aspettativa di vita globale in buona salute cresce e dal 1990 è aumentata di oltre 6 anni, mentre la cardiopatia ischemica, le infezioni delle basse vie respiratorie e l'ictus causano la maggior parte della perdita di salute nel mondo.

In altri termini, le persone vivono più a lungo anche in alcuni dei paesi più poveri, ma un complesso variabile di disturbi, fatali e non, provoca grandi quantità di perdita di salute, fragilità e cronicità.

Grazie al marcato calo di mortalità e morbidità, la speranza di vita globale alla nascita per entrambi i sessi è aumentata di 6,2 anni, passando dai 65,3 anni nel 1990 ai 71,5 nel 2013, mentre la speranza di vita in buona salute, è cresciuta di 5,4 anni passando dai 56,9 ai 62,3 anni nel medesimo lasso di tempo.

Fattori come reddito e livello di istruzione hanno un impatto importante sulla salute, ma non sono gli unici fattori che contano.

Stimare la speranza di vita in buona salute e capire quali cause portano alla perdita di salute in ogni paese del mondo può contribuire a guidare le politiche mirate a garantire che le persone possano avere un'esistenza lunga e sana, indipendentemente da dove vivono.

Quando l'assistenza domiciliare, qualunque sia la patologia in atto, risulta non più praticabile o insufficiente in rapporto alle esigenze del paziente, è inevitabile il ricorso al ricovero, che può essere temporaneo o definitivo.

Nella nostra A.S.L., da tempo si sono attivate, in collaborazione con i Servizi Socio Assistenziali e con tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie, varie forme e regimi di assistenza, in grado di dare risposte adeguate alle diverse situazioni emergenti.

Nelle tabelle che seguono, vengono riportati i dati dell'anno 2014 relativi ai ricoveri nelle R.S.A. del territorio aziendale e regionale.

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	TOTALE OSPITI IN CONVENZIONE
ALBA COTTOLENGO	17	Media Intensità	15
ALBA COTTOLENGO		Alta Intensità	1
ALBA FERRERO	20	Media Intensità	13
ALBA OTTOLENGHI	96	Media Intensità	38
ALBA OTTOLENGHI		Alta Intensità	19
CANALE	40	Media Intensità	22
CANALE		Alta Intensità	2
CASTIGLIONE TINELLA	40	Media Intensità	24
CERRETTO	60	Media Intensità	43
CORNELIANO	40	Media Intensità	22
CORTEMILIA San Pantaleo	20	Media Intensità	6
CORTEMILIA Santo Spirito	14	Media Intensità	9
CORTEMILIA Villa M. Sampò	51	Media Intensità	10
CORTEMILIA Villa M. Sampò		Alta Intensità	2
GOVONE	24	Media Intensità	7
GOVONE		Alta Intensità	1
MAGLIANO ALFIERI Soggiorno Alfieri	19	Media Intensità	13
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	41	Media Intensità	12
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena		Alta Intensità	6
MONFORTE	20	Media Intensità	15
MONTA' Cà Nostra	20	Media Intensità	6

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	TOTALE OSPITI IN CONVENZIONE
MONTA' Divina Misericordia	60	Media Intensità	13
MONTICELLO	44	Media Intensità	13
NEIVE	40	Media Intensità	22
NEIVE		Alta Intensità	1
PRIOCCA	62	Media Intensità	15
PRIOCCA		Alta Intensità	3
RODELLO	10	Media Intensità	8
RODELLO		Alta Intensità	1
S.STEFANO BELBO	60	Media Intensità	15
S.STEFANO BELBO		Alta Intensità	1
S.STEFANO ROERO	70	Media Intensità	2
S.STEFANO ROERO		Alta Intensità	2
VEZZA D'ALBA	40	Media Intensità	10
extra asl (assistiti albesi)			
SAN DAMIANO		Alta Intensità	1
SANGANO Villa Maria		Alta Intensità	1
DOGLIANI		Media Intensità	1
LEQUIO TANARO		Media Intensità	1
MONESIGLIO		Media Intensità	1
PINEROLO e PRALORMO		Media Intensità	2
CASTAGNOLE LANZE		Media Intensità	3
VINOVO		Media Intensità	1
tot. di distretto	908	ALBA	403

DISTRETTO DI BRA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	TOTALE OSPITI IN CONVENZIONE
BRA COTTOLENGO	40	Media Intensità	25
BRA FRANCONI	60	Media Intensità	13
BRA FRANCONI		Alta Intensità	5
BRA GLICINI	80	Media Intensità	30
BRA GLICINI		Alta Intensità	1
BRA MONTEPULCIANO	45	Media Intensità	19
CERESOLE D'ALBA	40	Media Intensità	15
CERESOLE D'ALBA		Alta Intensità	1
CHERASCO	72	Media Intensità	25
CHERASCO		Alta Intensità	11
LA MORRA	20	Media Intensità	15
NARZOLE	20	Media Intensità	13
NARZOLE		Alta Intensità	1
POCAPAGLIA	30	Media Intensità	25
SANFRE'	30	Media Intensità	22

DISTRETTO DI BRA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	TOTALE OSPITI IN CONVENZIONE
SOMMARIVA BOSCO	58	Media Intensità	24
SOMMARIVA PERNO	88	Media Intensità	16
SOMMARIVA PERNO		Alta Intensità	9
<i>extra asl (assistiti braidesi)</i>			
CARMAGNOLA		Alta Intensità	1
TORINO)		Alta Intensità	1
VINOVO		Alta Intensità	1
BOVES (Casa Speranza)		Media Intensità	1
CARAMAGNA PIEMONTE		Media Intensità	1
MARENE (Don Rolle)		Media Intensità	1
tot. di distretto	583	BRA	278
TOTALE GENERALE	1491		681
popolazione >65 dato BDDE			39.479
percentuale inserimenti %			1,72

In relazione alle persone assistite in convenzione con la nostra A.S.L., i decessi sono stati 159 nell'anno 2013 e 178 nell'anno 2014, mentre i nuovi inserimenti sono stati 126 nell'anno 2013 e 310 nell'anno 2014, dati che confermano in modo significativo l'andamento positivo dell'attività, che si auspica ovviamente di mantenere nel tempo. Pur ottemperando alle indicazioni relative ai Piani di Rientro e tenendo in considerazione la necessità di non superare il budget trasversale assegnato come importo totale del servizio, valutate anche le implicazioni e previsioni di spesa proiettate in prospettiva sugli anni seguenti, si è comunque riusciti, come evidenziato dalla tabella che segue, a realizzare un sostanziale incremento, rispetto all'anno precedente, degli inserimenti in convenzione.

ANNO	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA (da Piano Attività)	% SU POPOLAZ. ANZIANA	INSERITI AL 31 DICEMBRE	% SU POPOLAZ. ANZIANA
2010	37.116	741	2,00	661	1,78
2011	37.741	717	1,90	799	2,12
2012	37.928	700	1,88	641	1,72
2013	38.206	584	1,53	575	1,51
2014	39.479	611	1,55	681	1,72

Per quanto riguarda il mondo della disabilità, è importante sottolineare come l'evoluzione di pensiero in materia non sia statico, ma, oggi più che mai, si tenda a considerare tale condizione non come evento isolato e sporadico, ma come situazione che tutti possono attraversare, per un periodo più o meno lungo, nel corso della propria esistenza. La definizione dell'ONU "coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali, che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri" allarga gli orizzonti verso la condizione di "fragilità" in generale, intendendo non solo la menomazione fisica, ma l'esistenza in generale, "lo stare male" all'interno della propria comunità, il disagio, la crisi economica, la povertà etc..

Diventa indispensabile, in quest'ottica, progettare e realizzare percorsi concreti di "benessere", valorizzando le specificità e le potenzialità di ciascuno ed una vita migliore per tutti.

Sul nostro territorio, da anni, ci si confronta anche e soprattutto con questa prospettiva, cercando di individuare le modalità di assistenza migliori. L'attività di assistenza

residenziale ai pazienti disabili fisici e psichici in R.A.F., Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento e Casa Famiglia è stata incrementata, nell'ultimo anno, nelle giornate di assistenza (da 41.228 nel 2013 a 42.149 nel 2014), anche per dare risposta ai casi più gravi. La spesa, riportata nel prospetto che segue, comprende anche gli inserimenti di sollievo richiesti dalla competente Commissione di Valutazione. E' inoltre proseguita l'attività di assistenza residenziale ai minori (la cui spesa è anch'essa ricompresa nello schema), che nel corso dell'anno 2013 sono stati 5 per un totale di 1510 giornate di assistenza, mentre nel 2014 le giornate di assistenza , sono state 1.394, sempre per 5 assistiti.

Nelle tabelle che seguono, viene sinteticamente riportata l'attività dell'anno 2014.

Spesa assistenza residenziale disabili anno 2014

Spesa anno 2013 (euro)	Spesa anno 2014 (euro)	Differenza (euro)
2.965.049,00	3.042.710,00	+77.661,00

Assistenza residenziale disabili anno 2014

Struttura	Fascia	Numero ospiti 2014	Numero ospiti al 31/12/2014	Numero giornate di assistenza
CASA AMICA / VILLA OTTAVIA - Piobesi	A	2	1	375
ELSA - Canelli	A	1	1	365
FERRERO - Alba	A	23	23	7.526
IL MELOGRANO - Vesime	A	14	12	4.195
PICCOLA CASA D.P. COTTOLENGO - Alba	A	23	22	8.163
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	3	3	1.095
LA ROCCA - Bra	B	6	5	1.581
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	3	1.095
PEPENERO - Alba	B	3	3	1.095
TETTI BLU - Alba	B	4	4	1.290
AGAPE S.S.- Racconigi	C	1	1	365
ABRATE -Alba	C	10	10	3.040
AURORA - Pollenzo	C	9	8	2.336
CASA M. ROSA - Alba	C	9	7	2.290
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	9	9	3.285
GAIOLE - RICCA D'ALBA	C	6	5	1.483
LE NUVOLE - Neive	C	5	5	1.825
SAN FRANCESCO - Fossano	C	1	1	365
SAN ROCCO - Costigliole Saluzzo	C	1	1	365
SANTA MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	C	1	1	66
TOTALE		134	127	42.200

Assistenza residenziale disabili (minori) anno 2014

Struttura	Fascia	Numero ospiti 2014	Numero ospiti al 31/12/2014	Numero giornate di assistenza
GIAMBURRASCA - Scagnello	CRP	3	2	864
LIBERI TUTTI-ACQUI/IN/CONTRO - Acqui Terme	CRP	1	0	231
SANTA MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	B	1	0	299
TOTALE		5	2	1.393

L'assistenza semiresidenziale ai pazienti disabili fisici e psichici, svolta in stretta collaborazione con i servizi socio assistenziali, ha subito un decremento dei costi dovuto alla diminuzione delle giornate di assistenza (da 32.290 nel 2013 a 30.995 nel 2014) ed alla diminuzione teorica degli assistiti (da 165 nell'anno 2013 a 158 nell'anno 2014), in quanto, per la maggior parte dei casi, si tratta di aggravamenti che hanno richiesto un cambio di progetto assistenziale, determinando per l'anno in corso ed in prospettiva un incremento dei costi nel settore "Assistenza residenziale disabili".

Nella tabella che segue, viene sinteticamente riportata l'attività dell'anno 2014.

Spesa assistenza semiresidenziale disabili anno 2014

Spesa anno 2013 (euro)	Spesa anno 2014 (euro)	Differenza (euro)
1.536.394,00	1.461.442,00	-74.952,00

Assistenza semiresidenziale disabili anno 2014

Struttura	Fascia	Numero ospiti 2014	Numero ospiti al 31/12/2014	Numero giornate di assistenza
IL GIRASOLE - Narzole	A	17	14	2.770
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	11	10	1.634
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	19	16	2.707
IL MOSAICO (BONAFOUS) - Cortemilia	A	10	10	1.799
AGHAV - Bra	A	23	22	4.540
COCCIO E TELA- Alba	A	22	21	4.210
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	9	7	1.733
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	1	1	242
INSIEME - Alba	A	25	24	4.418
L'IPPOCASTANO - Neive	A	11	11	2.010
PRINCIPE RANOCCHIO - Canale	A	7	8	1.609
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	15	13	3.275
PUZZLE - Torino	A	1	1	48
TOTALE		171	158	30.995

Negli anni, si sono perfezionate anche le procedure di raccordo fra servizi ospedalieri, territoriali e servizi socio assistenziali con l'obiettivo di rispondere in modo appropriato alla complessità dei problemi di salute, riconoscendo al medico di famiglia un ruolo centrale e prioritario in questo contesto. Già in ospedale si attiva il percorso di continuità terapeutica per indirizzare il paziente nei luoghi di cura più adeguati, cercando di favorire il più possibile il rientro al domicilio, ogniqualvolta ci sia il necessario supporto familiare. Tutta l'attività viene riportata su una piattaforma informatica regionale di registrazione, per poter poi trasmettere i dati richiesti al ministero.

L'attività svolta a domicilio è riassunta, nelle sue varie forme e con gli obiettivi appena descritti, nella tabella sotto riportata.

Cure domiciliari	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A.D.I.	556	642	923	984	998	946	1075	1254	1469	1643	1910	1804	1016	976
A.D.I. + C.P.	179	144	202	222	220	186	164	210	222	241	201	206	186	191
S.I.D.	419	651	673	706	720	693	993	880	913	931	861	713	554	601
A.D.P.	/	/	1015	1011	1008	1299	1332	1548	1439	1414	1836	2310	2440	2360
TOTALE	1154	1437	2813	2923	3059	3245	3719	4122	4377	4604	4808	5033	4196	4128

A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata

A.D.I.+C.P. Cure Palliative

S.I.D. Assistenza Infermieristica Domiciliare

A.D.P. Assistenza Domiciliare Programmata

E' ormai ampiamente dimostrato che la mancata continuità terapeutica produce maggiori costi per il paziente e per il sistema sanitario; diventano infatti meno efficaci i trattamenti erogati, si verificano degenze evitabili, si ricorre impropriamente a servizi quali il pronto soccorso o prestazioni ambulatoriali con ridondanza di procedure diagnostiche spesso inutili e gravose per il paziente.

Diventa, in questa prospettiva, sempre più importante il ruolo delle Commissioni Valutative Territoriali (Unità Valutativa Geriatrica – U.V.G. – ed Unità Multidisciplinari di Valutazione della Disabilità – U.M.V.D), che effettuano una valutazione multidimensionale di ogni singolo caso, per poi predisporre il progetto d'intervento ed il suo monitoraggio.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare in tutte le sue componenti può favorire il recupero funzionale e la maggior autonomia del paziente e quindi prevenire un ricovero improprio e non necessario.

Un altro settore particolarmente importante e delicato è rappresentato dall'assistenza protesica, che, alla luce delle normative dettate dalla necessità di limitare la spesa in ambito sanitario e delle innovazioni tecnologiche introdotte quotidianamente sul mercato, diventa sempre più difficoltoso gestire in un'ottica di appropriatezza e risposta adeguata alle reali necessità della persona assistita.

Proprio al fine di esemplificare quanto sostenuto ed offrire un quadro generale della situazione nel tempo, si riportano di seguito alcuni dati di spesa e di attività.

Assistenza protesica

Spesa anno 2013 (euro)	Spesa anno 2014 (euro)	Differenza (euro)
2.266.674,17	2.155.077,68	-111.596,49

Gli assistiti totali sono passati da 12.094 nel 2013 a 12.493 nel 2014, mentre le autorizzazioni da 22.223 nel 2013 a 22.376 nel 2014, fatto che dimostra come l'opera di sensibilizzazione dei prescrittori sull'appropriatezza prescrittiva abbia raggiunto, almeno parzialmente, l'obiettivo di razionalizzazione che ci si prefiggeva.

Il numero di pazienti forniti a domicilio di materiale per l'incontinenza è passato da 5.095 nel 2013 a 5.331 nel 2014, con una sempre maggior adesione alla fornitura diretta. L'aumento di spesa per i presidi di incontinenza forniti direttamente corrisponde ad un risparmio in termini generali per l'A.S.L. (la fornitura diretta ha costi più contenuti rispetto a quella tramite farmacie convenzionate e/o negozi autorizzati) ed è segno evidente dell'apprezzamento degli assistiti sia verso la qualità del servizio offerto e sia verso la consulenza infermieristica proposta in materia. Nel complesso, l'andamento della spesa dimostra l'impegno e lo sforzo di razionalizzazione ed appropriatezza che si sta portando avanti anche in questo settore.

Ossigeno e ventilo terapia

ATTIVITA'	Spesa anno 2013 (euro)	Spesa anno 2014 (euro)	Differenza (euro)
OSSIGENOTERAPIA	630.333,54	610.894,20	- 19.439,34
VENTILOTERAPIA	677.109,13	791.213,61	114,104,48
TOTALE	1.307.442,67	1.402.107,81	+94.665,14

Nel 2014 si è registrata una diminuzione di spesa per l'ossigenoterapia con contestuale riduzione dei pazienti in trattamento che sono passati da 1.217 nel 2013 a 1070 nel 2014. Per la ventiloterapia l'incremento di spesa è stato accompagnato da un incremento dei pazienti in trattamento, da 597 nel 2013 a 615 nel 2014.

Ci si è ripetutamente confrontati con la Direzione Aziendale, al fine di individuare strategie di contenimento nella prescrizione specialistica relativa alla ventiloterapia, che, nel tempo, ha visto incrementare significativamente e costantemente i suoi costi.

Sempre nell'ambito delle iniziative sanitarie rivolte a particolari categorie di persone, la nostra A.S.L. si occupa della sanità penitenziaria per la Casa di Reclusione di Alba.

La recente trasformazione della Casa Circondariale in Casa di Reclusione e l'avvenuta implementazione con la sezione staccata per i collaboratori di giustizia, ha ovviamente determinato una modificazione delle necessità di interventi con conseguenti richieste di particolare assistenza.

Si è riusciti nell'ultimo anno a dare maggiori risposte, soprattutto in seguito alla già citata riorganizzazione specialistica. Vengono infatti erogate, direttamente all'interno della Struttura le consulenze del Dipartimento delle dipendenze patologiche, le visite cardiologiche, dermatologiche, infettivologiche, neurologiche, odontoiatriche, psichiatriche ed urologiche.

Un altro settore che ha visto, negli anni, incrementare la propria attività, è il Centro Salute Immigrati, che è destinato, considerate le problematiche generali delle politiche sull'immigrazione ad ampliare ulteriormente il suo raggio d'azione. Nella tabella che segue, vengono riportati i dati di attività dell'anno 2014.

CENTRO I.S.I. - ANNO 2014 -			
	STP	ENI	TOT
TOTALE PASSAGGI	294	176	470
NUOVI PASSAGGI	58	22	

PROVENIENZA	TOTALE
ALBANIA	48
ARGENTINA	1
BANGLADESH	1
BRASILE	1
BULGARIA	11
CONGO	1
COSTA D'AVORIO	4
EGITTO	5
GAMBIA	2
GRECIA	1
LETONIA	2
MACEDONIA	21
MAROCCO	15
MOLDAVIA	4
NIGERIA	7
PAESI BASSI	1
REPUBBLICA DOMINICANA	2
ROMANIA	65
RUSSIA	2
SENEGAL	9
SERBIA	1
SOMALIA	2
TUNISIA	6
TURCHIA	3
UCRAINA	1
TOTALE	216

PRESTAZIONE	STP	ENI	TOTALE
RILASCIO TESSERA STP	58		56
RINNOVO ENI	0	22	22
RINNOVO STP	54		54
ANNULLO TESSERA STP	8	0	8
ANNULLO TESSERA ENI	0	3	3
INVIATI AL CONSULTORIO	14	2	16
PERVENUTI DAL CONSULTORIO	5	2	7
VISITA IN SEDE	93	57	150
COTROLLO ESAMI	50	38	88
PRESCRIZIONE FARMACI	84	69	153
R/E.C.G.	0	1	1
R/ECO	7	2	9
R/RMN	2	0	2
R/RX	4	3	7
R/SPIROMETRIA	3	1	4

PRESTAZIONE	STP	ENI	TOTALE
R/ES. LABORATORIO	29	15	44
R/ES. MANTOUX	1	0	1
R/V CARDIOLOGICA	2	0	2
R/V CHIRURGICA	1	2	3
R/V CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	2
R/V ENDOCRINOLOGICA	0	1	1
R/V GASTROENTEROLOGICA	1	0	1
R/V GINECOLOGICA	7	0	7
R/V MALATTIE INFETTIVE	0	1	1
R/V OCULISTICA	3	1	4
R/V ODONTOIATRICA	1	2	3
R/V PNEUMOLOGICA	3	3	6
PERVENUTI DA PRONTO SOCCORSO	2	1	3
PROPOSTA RICOVERO	1	1	2
R/V NEUROLOGICA	2	1	3
INVIATI AL CENTRO DIABETOLOGICO	1	0	1
R/V DERMATOLOGICA	7	1	8
R/ES. EGDS-COLONSCOPIA	1	1	2
INVIATI AL PRONTO SOCCORSO	2	0	2
R/ T.A.C.	1	1	2
R/V PSICHIATRICA	2	0	2
R/V ONCOLOGICA	1	0	1
R/PET	1	0	1
R/V NEFROLOGICA	1	0	1
R/V RADIO TERAPICA	1	0	1
R/V FISIATRICA	0	1	1
R/V PEDIATRICA	1	0	1
INVIATI AL S.I.S.P.	1	1	2
INVIATI ALLA C.A. (GUARDIA MEDICA)	1	0	1
R/EMG	1	0	1
R/SCINTIGRAFIA	1	0	1
R/FISIOKINESITERAPIA	2	0	2
R/V ANESTESIOLOGICA	1	0	1
R/V CONTROLLO DAY HOSPITAL	2	0	2
R/ERGOMETRIA	1	0	1
R/ES AUDIOMETRICO	1	0	1
R/V REUMATOLOGICA	0	1	1
R/V CENTRO TERAPIA DOLORE	1	2	3
R/V FLEBOLOGICA	1	0	1
TAMPONE FARINGEO	2	0	2
R/EEG	1	0	1
R/V VISITA INTERNISTICA	1	0	1

Per quanto riguarda l'attività consultoriale, inserita nell'ambito della tutela materno-infantile, molto significativa è tutta la parte relativa all'assistenza alla donna, alla coppia, alla famiglia ed al bambino, che, nel tempo, si è affinata ed ampliata, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, le attività di prevenzione ed educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena" svolto direttamente dalle Ostetriche del Consultorio (per lo screening del cancro della cervice uterina), il "Percorso Nascita" (soprattutto per l'ambulatorio ostetrico per la gravidanza fisiologica), la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e la distribuzione capillare dell'Agenda di gravidanza.

Un'altra iniziativa importante sostenuta dai Consultori è la partecipazione attiva alla "Rete territoriale a tutela delle donne vittime di violenza e dei loro bambini", della quale fanno parte numerose realtà, quali i Servizi Socio Assistenziali, il D.E.A., le Consulte comunali delle Pari Opportunità, la Polizia Municipale, i rappresentanti delle varie Scuole etc.

Si riportano di seguito, i dati generali di attività dei Consultori dell'anno 2014, rapportati agli stessi dell'anno precedente.

PRESTAZIONI	ANNO 2013	ANNO 2014	DIFFERENZA 2014/2013
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	12.322	12.756	434
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	7.739	8.173	434
VISITE PSICOLOGICHE ALBA	874	1.041	167
VISITE PSICOLOGICHE BRA		357	357
TOTALE	20.935	22.327	1.392

Da tutti i dati riportati, emerge innegabilmente un territorio attivo ed attento alle esigenze dei propri cittadini.

Sicuramente, si può fare di più ed ancora meglio!

Il processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale attualmente in corso deve rappresentare un'occasione per rivedere la qualità dei servizi erogati, anche attraverso lo spostamento di risorse dalla burocrazia alla semplificazione e soprattutto attraverso la razionalizzazione e la riduzione di eventuali sprechi, se e dove ancora possibili.

La revisione della spesa è una scelta strategica che va gestita al meglio, proprio perché non si tratta di questioni economiche di poca importanza, ma interessa un aspetto fondamentale dell'esistenza di ciascuno di noi, ovvero il diritto alla salute.

Le cure ospedaliere, nelle aree dove funziona meglio e di più la medicina del territorio, sono più appropriate e, di conseguenza, con un miglior rapporto costo-beneficio.

E' necessario, quindi, ripensare e riprogettare i modelli di assistenza territoriale, coinvolgendo in maniera costante ed organica i cittadini, le istituzioni e tutti gli operatori, condividendo le informazioni relative alla salute al fine di non duplicare prestazioni spesso costose.

Promuovere la cultura del lavorare insieme e condividere percorsi assistenziali e scelte terapeutiche porta sicuramente a realizzare un sistema sanitario pubblico in grado di soddisfare la persona assistita, la sua famiglia ed anche gli stessi operatori, contribuendo anche alla sostenibilità del sistema.

Pare opportuno, a questo proposito, concludere con una semplice frase di Papa Francesco, che sicuramente ci può essere di aiuto e di stimolo "E adesso incominciamo questo cammino...un cammino di fratellanza, di amore e di fiducia tra noi".

Studio descrittivo su una casistica di anziani fragili

Elio Laudani, Luca Monchiero, Andrea Saglietti

Introduzione

Da alcuni anni la letteratura medica adotta il termine "fragile" per indicare persone anziane in precario stato di salute (si veda la bibliografia).

L'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), per queste persone, definisce progetti assistenziali a domicilio o in strutture residenziali (RSA).

In questo breve articolo si descrivono alcune caratteristiche di un insieme di "anziani fragili" visitati dall'UVG nel primo semestre 2015.

Materiali e metodi

209 casi, corrispondenti alle persone visitate dall'UVG dal 1-1-2015 al 30-6-2015, sono inseriti in questa indagine descrittiva.

Misure puntuali e a intervallo sono utilizzate per alcuni parametri con l'utilizzo dell'applicativo EPI INFO versione 7.

I punteggi derivanti da scale standard sanitarie sono una frazione di 14. Il punteggio sanitario è la somma dei punteggi di scale validate nella letteratura medica: ADL, IADL, DMI, ADICO, SPMQ.

Le categorie di intensità assistenziale sono definite, da norme regionali, in base alla somma dei punteggi delle scale suddette, esclusa la IADL. Le categorie sono: Autosufficienza, Bassa intensità, Medio-bassa intensità, Media Intensità, Medio-alta intensità, Alta intensità, Alta intensità incrementata. L'assegnazione di una persona a una categoria avviene non solo in base al punteggio sanitario, ma anche in base a un criterio clinico legato all'invasività degli interventi sanitari.

Per ragioni di numerosità campionaria l'analisi per categoria di intensità assistenziale è limitata alla Alta, Media e Bassa.

Gli intervalli di confidenza delle grandezze statistiche sono calcolati secondo la formula: media $\pm$ 1,96 SD/radice quadrata della numerosità del campione, assumendo in questo modo l'ipotesi di una distribuzione normale dei dati osservati.

Risultati e discussione

I risultati dell'indagine sono riportati in tabelle. Ad ogni tabella è associato un breve testo che commenta i dati.

La distribuzione territoriale dei casi esaminati è suddivisa tra i due Distretti nei quali l'ASLCN2 è ripartita (Tabella 1).

Tabella 1: Distribuzione casi per distretto

DISTRETTO	Frequency	Percent
ALBA	133	63,64%
BRA	76	36,36%
Totale	209	100,00%

La distribuzione delle coorti di nascita (Tabella 2) mostra come circa il 50% delle persone è nato negli anni trenta o prima. In casi limitati l'UVG ha valutato persone di età inferiore a 65 anni. Si tratta di casi equiparabili a soggetti anziani non autosufficienti.

Tabella 2: Coorti di nascita

ANNO NASCITA	Frequency	Percent	Cum. Percent
1914	1	0,48%	0,48%
1916	1	0,48%	0,96%
1919	2	0,96%	1,91%

ANNO NASCITA	Frequency	Percent	Cum. Percent
1920	9	4,31%	6,22%
1921	3	1,44%	7,66%
1922	4	1,91%	9,57%
1923	10	4,78%	14,35%
1924	7	3,35%	17,70%
1925	10	4,78%	22,49%
1926	8	3,83%	26,32%
1927	8	3,83%	30,14%
1928	14	6,70%	36,84%
1929	10	4,78%	41,63%
1930	13	6,22%	47,85%
1931	11	5,26%	53,11%
1932	9	4,31%	57,42%
1933	7	3,35%	60,77%
1934	9	4,31%	65,07%
1935	12	5,74%	70,81%
1936	10	4,78%	75,60%
1937	4	1,91%	77,51%
1938	4	1,91%	79,43%
1939	2	0,96%	80,38%
1940	6	2,87%	83,25%
1941	5	2,39%	85,65%
1942	4	1,91%	87,56%
1943	2	0,96%	88,52%
1944	4	1,91%	90,43%
1945	2	0,96%	91,39%
1946	3	1,44%	92,82%
1947	2	0,96%	93,78%
1948	3	1,44%	95,22%
1950	3	1,44%	96,65%
1951	1	0,48%	97,13%
1952	1	0,48%	97,61%
1953	2	0,96%	98,56%
1957	2	0,96%	99,52%
1962	1	0,48%	100,00%
Totale	209	100,00%	100,00%

Il punteggio sanitario, illustrato nella tabella 3, è espresso in quattordicesimi, in ordine di gravità crescente.

Tabella 3: Distribuzione punteggio sanitario

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	2	0,96%	0,96%
3	1	0,48%	1,44%
4	2	0,96%	2,39%
5	6	2,87%	5,26%
6	3	1,44%	6,70%
7	3	1,44%	8,13%
8	10	4,78%	12,92%
9	15	7,18%	20,10%
10	28	13,40%	33,49%
11	35	16,75%	50,24%
12	49	23,44%	73,68%
13	24	11,48%	85,17%
14	31	14,83%	100,00%
Totale	209	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
209,0000 2298,0000 10,9952 6,0817 2,4661

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
2,0000 10,5000 11,0000 13,5000 14,0000 12,0000

Intervallo di confidenza 95% della media: 10,6-11,2

La maggior parte delle persone valutate necessita di un'assistenza in RSA (Tabella 4).

Tabella 4: Tipi di progetto assistenziale

PROGETTO INDIVIDUALE	Frequency	Percent
DOMICILIARE	45	21,53%
RESIDENZIALE	164	78,47%
Totale	209	100,00%

Le tabelle seguenti (Tabelle 5 e 6) illustrano la distribuzione dei punteggi sanitari nei due tipi di progetto assistenziale: domiciliare e residenziale. La differenza tra la media dei punteggi dei due insiemi non è significativa dal punto di vista statistico.

Tabella 5: Progetto Sanitario = Domiciliare

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	1	2,22%	2,22%
3	1	2,22%	4,44%
4	1	2,22%	6,67%
5	2	4,44%	11,11%
6	1	2,22%	13,33%
7	0	0,00%	13,33%

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
8	3	6,67%	20,00%
9	2	4,44%	24,44%
10	2	4,44%	28,89%
11	7	15,56%	44,44%
12	13	28,89%	73,33%
13	6	13,33%	86,67%
14	6	13,33%	100,00%
TOTAL	45	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
45,0000 482,0000 10,7111 9,4374 3,0720

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
2,0000 10,0000 12,0000 13,0000 14,0000 12,0000

Intervallo confidenza 95% media : 9,8-11,6

Tabella 6: PROGETTO Sanitario = Residenziale

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	1	0,61%	0,61%
3	0	0,00%	0,61%
4	1	0,61%	1,22%
5	4	2,44%	3,66%
6	2	1,22%	4,88%
7	3	1,83%	6,71%
8	7	4,27%	10,98%
9	13	7,93%	18,90%
10	26	15,85%	34,76%
11	28	17,07%	51,83%
12	36	21,95%	73,78%
13	18	10,98%	84,76%
14	25	15,24%	100,00%
TOTAL	164	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
164,0000 1816,0000 11,0732 5,1848 2,2770

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
2,0000 10,0000 11,0000 13,0000 14,0000 12,0000

Intervallo confidenza 95% media: 10,7-11,4

La complessità assistenziale sanitaria è definita entro categorie. Il campione in esame si distribuisce nelle categorie indicate nella Tabella 7.
La questione della relazione tra categoria e punteggio sarà discussa oltre.

Tabella 7: Categorie di complessità assistenziale

INTENSITÀ	Frequency	Percent
ALTA	53	25,36%
BASSA	12	5,74%
MEDIA	135	64,59%
MEDIO ALTA	2	0,96%
MEDIO BASSA	6	2,87%
Autosufficienza	1	0,48%
Total	209	100,00%

Nelle seguenti tabelle (Tabelle 8 e 9) l'analisi è condotta negli strati ALTA, BASSA e MEDIA intensità assistenziale.

Nella tabella 8 e nel grafico 1 l'analisi, condotta nelle categorie alta, media e bassa intensità, mostra una differenza statisticamente significativa tra punteggi medi delle tre categorie. Gli intervalli di confidenza al 95% delle tre medie non si intersecano.

Tabella 8: Distribuzione dei punteggi sanitari nelle categorie alta, media, bassa

Tabella 8.1 Intensità=Alta

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	0	0,00%	0,00%
3	0	0,00%	0,00%
4	0	0,00%	0,00%
5	0	0,00%	0,00%
6	0	0,00%	0,00%
7	0	0,00%	0,00%
8	0	0,00%	0,00%
9	2	3,77%	3,77%
10	2	3,77%	7,55%
11	6	11,32%	18,87%
12	22	41,51%	60,38%
13	8	15,09%	75,47%
14	13	24,53%	100,00%
TOTAL	53	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
53,0000	654,0000	12,3396	1,6517	1,2852

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
9,0000	12,5000	12,5000	13,5000	14,0000	12,0000

Intervallo di confidenza 95% della media: 12,0-12,6

Tabella 8.2 Intensità=Bassa

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	1	8,33%	8,33%
3	1	8,33%	16,67%
4	1	8,33%	25,00%
5	5	41,67%	66,67%
6	2	16,67%	83,33%
7	2	16,67%	100,00%
8	0	0,00%	100,00%
9	0	0,00%	100,00%
10	0	0,00%	100,00%
11	0	0,00%	100,00%
12	0	0,00%	100,00%
13	0	0,00%	100,00%
14	0	0,00%	100,00%
TOTAL	12	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
12,0000 60,0000 5,0000 2,1818 1,4771

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
2,0000 4,0000 5,5000 6,5000 7,0000 5,0000

Intervallo di confidenza 95% della media: 4,2-5,8

Tabella 8.3 Intensità=Media

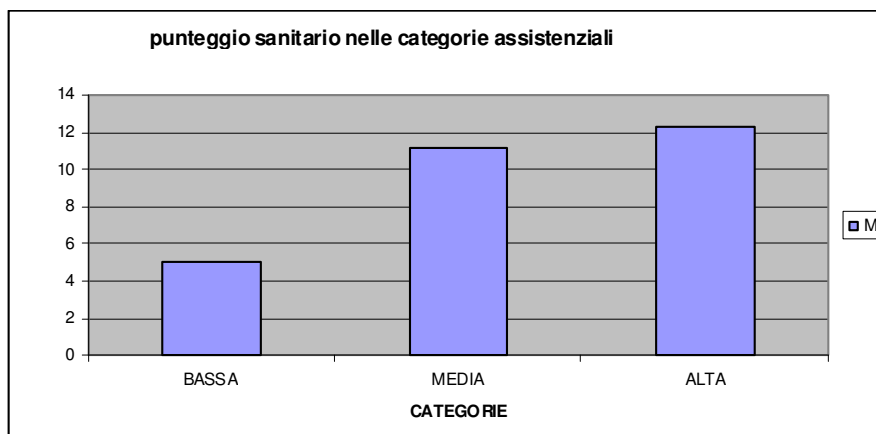
PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	0	0,00%	0,00%
3	0	0,00%	0,00%
4	1	0,74%	0,74%
5	1	0,74%	1,48%
6	1	0,74%	2,22%
7	1	0,74%	2,96%
8	4	2,96%	5,93%
9	13	9,63%	15,56%
10	26	19,26%	34,81%
11	27	20,00%	54,81%
12	27	20,00%	74,81%
13	16	11,85%	86,67%
14	18	13,33%	100,00%
TOTAL	135	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
135,0000	1512,0000	11,2000	3,6388	1,9076

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
4,0000	10,0000	11,5000	13,0000	14,0000	11,0000

Intervallo di confidenza 95% della media: 10,9-11,5

Grafico 1. – Punteggio medio stratificato per categorie assistenziali.



Anche nel sottogruppo residenziale (Tabella 9 e Grafico 2), vi è una differenza statisticamente significativa tra punteggi delle categorie assistenziali.

Tabella 9: Progetti residenziali. Distribuzione dei punteggi sanitari nelle categorie alta, media, bassa

Tabella 9.1 Intensità=Alta

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	0	0,00%	0,00%
4	0	0,00%	0,00%
5	0	0,00%	0,00%
6	0	0,00%	0,00%
7	0	0,00%	0,00%
8	0	0,00%	0,00%
9	1	4,76%	4,76%
10	1	4,76%	9,52%
11	0	0,00%	9,52%
12	10	47,62%	57,14%
13	2	9,52%	66,67%
14	7	33,33%	100,00%
TOTAL	21	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
21,0000	263,0000	12,5238	1,8619	1,3645

Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
9,0000	12,5000	12,5000	14,0000	14,0000	12,0000

Intervallo di confidenza 95% della media: 11,9-13,1

Tabella 9.2 Intensità=Bassa

PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	0	0,00%	0,00%
4	1	11,11%	11,11%
5	4	44,44%	55,56%
6	2	22,22%	77,78%
7	2	22,22%	100,00%
8	0	0,00%	100,00%
9	0	0,00%	100,00%
10	0	0,00%	100,00%
11	0	0,00%	100,00%
12	0	0,00%	100,00%
13	0	0,00%	100,00%
14	0	0,00%	100,00%
TOTAL	9	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
9,0000 50,0000 5,5556 1,0278 1,0138

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
4,0000 5,0000 5,0000 6,0000 7,0000 5,0000

Intervallo di confidenza 95% della media:4,8-6,2

Tabella 9.3 Intensità=Media

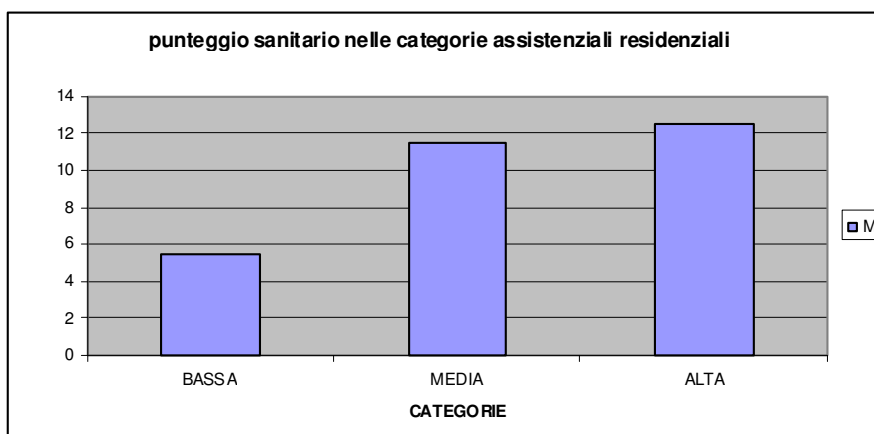
PUNTEGGIO SANITARIO	Frequency	Percent	Cum. Percent
2	0	0,00%	0,00%
4	0	0,00%	0,00%
5	0	0,00%	0,00%
6	0	0,00%	0,00%
7	1	0,80%	0,80%
8	1	0,80%	1,60%
9	12	9,60%	11,20%
10	25	20,00%	31,20%
11	26	20,80%	52,00%
12	26	20,80%	72,80%
13	16	12,80%	85,60%
14	18	14,40%	100,00%
TOTAL	125	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
125,0000 1431,0000 11,4480 2,6203 1,6187

Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
7,0000 10,0000 11,0000 13,0000 14,0000 11,0000

Intervallo di confidenza 95% della media:11,1-11,7

Grafico 2: progetti residenziali. Punteggio medio stratificato per categorie assistenziali.



Il criterio clinico che indirizza l'assegnazione alle categorie è basato principalmente sulle necessità terapeutiche. Viene classificato nella categoria "alta intensità" chi necessita di terapie o procedure assistenziali invasive: cateterismi venosi, cateterismi vescicali, medicazioni di estese lesioni da pressione, nutrizione enterale percutanea (PEG) o parenterale.

Il criterio clinico, per quanto non rigidamente codificabile in grandezze aritmetiche, sembra concordare con il valore delle scale di misurazione adottate nelle valutazioni.

Bibliografia sulla fragilità

American Dietetic Association (ADA). Unintended weight loss (UWL) in older adults evidence based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association (ADA); Oct. 2009

Avila-Funes JA et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences 2008; 63: 1089-96.

BeersMH et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Arch Intern Med 1991; 151: 1825-1832.

Bortz WM. A conceptual framework of frailty. Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences 2002; 57: M283-M288.

British Columbia. Ministry of Health. Guideline&Protocols. Frailty in Older Adults-Early identification and management; 2008 www.bcguidelines.ca/pdf/frailty.pdf

Buchner DM et al. Preventing frail health. Clinical Geriatric Medicine 1992; 8: 1-17.

Carlos Gil AM et al. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias de Andalucia; 2008

Carlson JE et al. Measuring frailty in the hospitalized elderly: concept of functional homeostasis. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 1998; 77: 252-257.

Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. J Am Med Dir Assoc 2010; 11: 338-43.

Jarrett PG et al. Illness presentation in elderly patients. Archives of Internal Medicine 1995; 155: 1060-1064.

Jürschik GP et al. Frailty criteria in the elderly: a pilot study. Aten Primaria 2010.

Kaethler Y et al. Defining the concept of frailty: a survey of multi-disciplinary health professionals. *Geriatr Today* 2003; 6: 26-31.

Karunanathan S et al. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol* 2009; 9: 68.

Manuale Merck. Prevention of Frailty. Last full review/revision December 2009 by James T. Pacala From:
www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/prevention_of_disease_and_disability_in_the_elderly/prevention_of_frailty.html

Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. L'approccio all'anziano fragile. Quaderni del Ministero della Salute 6: 3.2; 2010
www.quadernidellasalute.it/quaderni-html/6-novembre-dicembre-2010.php#3

National Institute on Ageing 2003. Frailty in old age: pathophysiology and interventions-program announcement; retrieved June 3, 2005 www.grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAS-03-122.html

National Institute Health Consensus Statement. Geriatric assessment methods for clinical decision making 1987; 6: 19-21.

Rockwood K et al. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs and Aging* 2000; 17: 295-302.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-495.

Rosen SL et al. Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai J Med* 2011; 78: 489-497.

Rosow I et al. A Guttman Health Scale for the Aged. *J Gerontol* 1996; 21: 556-9.

Royal College of Physicians, 2011 www.yorksandhumberdeanery.nhs.uk/medicine/elderly_medicine/west_east/special_interests/ortho.aspx

Santos-Eggimann B et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences* 2009; 64: 675-81.

Walston JD et al. Frailty and its implication for care. In: Morrison RS, Mair DE Ed. *Geriatric Palliative Care*. New York Oxford University Press. Pp 93-109, 2003.

Weiss CO. Frailty and chronic diseases in older adults. *Clin Geriatr Med* 2011; 27: 39-52.

Wilson JF. Frailty-and its dangerous effects-might be preventable. *American College of Physicians* 2004; 141: 489-492.

Woodhouse KW et al. Frailty and aging. *Age and Ageing* 1997; 26: 245-246.

Woodhouse KW et al. Who are the Frail Elderly ? *Quart. J. Med.* 1988 ; 255: 245-246.

I tumori nell'anziano: studio di 100 casi consecutivi di pazienti neoplastici ultrasessantacinquenni nell'ASL CN2

Daniela Marengo, Oscar Bertetto, Federico Castiglione

Premessa

È prassi comune parlare di malattie neoplastiche ignorando che la maggior parte dei malati è in età anziana. Uno studio autorevole (IARC) stimava che nel 2000 in Europa ci fossero state 1.198.000 nuove diagnosi di cancro e di queste il 52% in persone ultrasessantacinquenni. In Italia oggi si stima che il 34% delle persone ultrasessantacinquenni convivono con una diagnosi di cancro. Come distribuzione di frequenza, fra gli uomini il tumore prostatico è al 1° posto (21%), seguito dal tumore del polmone (17%), del colon-retto (15%), della vescica (11%) e dello stomaco; fra le donne il tumore della mammella è quello nettamente prevalente.

Con l'invecchiamento della popolazione e con il globale miglioramento delle condizioni di vita, si prevede che nel 2030 negli USA il 70% delle malattie neoplastiche sarà diagnosticato in ultra65enni.

Questi dati dicono chiaramente che non si può parlare di cancro senza tenere conto delle tematiche della senescenza. L'anziano è comunque una persona che ha un'aspettativa di vita sempre più lunga (a 70 anni le donne hanno una *life expectancy* di 15 anni, gli uomini di 11) ed ha richieste di salute sempre più articolate.

L'oncologia contemporanea ha riportato successi notevoli in tutti i settori, dalla chirurgia alla radioterapia ed alla terapia medica, della quale noi più propriamente ci occupiamo. Basti dire che la sopravvivenza per alcune forme tumorali si è estesa enormemente con l'introduzione di nuovi farmaci che tuttavia sono stati testati ordinariamente su pazienti più giovani e performanti della media. Senza quindi sminuire gli avanzamenti della ricerca, occorre però che l'applicazione nella pratica clinica dei trattamenti venga accompagnata da un'adeguata conoscenza delle caratteristiche del singolo paziente, a cominciare dall'età.

La valutazione geriatrica multidimensionale in oncologia

Può apparire superfluo in un momento di carenza di risorse affrontare il tema della valutazione geriatrica come premessa alle scelte terapeutiche in oncologia. In effetti, l'individuazione di uno strumento agile che consenta, con un numero contenuto di items, di inquadrare con sicurezza il malato e quindi compiere una scelta corretta relativa all'età e alla situazione clinica, porterebbe a decisioni cliniche più efficaci nei loro risultati e più appropriate. Si tratta di individuare l'età e le situazioni cliniche per le quali dare indicazione a tale approfondimento valutativo.

La Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) è considerata uno dei principi fondamentali e unificanti della medicina geriatrica.

I vantaggi dell'utilizzo della VGM in ambito oncologico sono rappresentati dalla possibilità di valutare le comorbidità che rendono l'anziano più suscettibile alle complicanze della chemioterapia, in quanto alcune patologie associate possono essere meglio compensate rendendo così più sicuro il trattamento chemioterapico; valutare le condizioni socio-economiche che possono condizionare la *compliance* ad un trattamento o aumentarne i rischi (questo include l'inadeguatezza dei mezzi di trasporto, la presenza o meno di un adeguato *caregiver*, la possibilità di avere un aiuto in caso di complicanze improvvise); valutare le limitazioni funzionali che possono influire sulle manifestazioni cliniche relative alla tossicità da chemioterapia; individuare la fragilità, condizione nella quale le riserve funzionali sono esaurite e per la quale l'indicazione terapeutica è di tipo palliativo; individuare i disturbi cognitivi e affettivi, come depressione e demenza, che possono interferire con la comprensione del piano terapeutico e con il consenso alle cure. E' fondamentale valutare la spettanza di vita, basata sullo stato funzionale, la comorbidità, lo stato cognitivo, la presenza o assenza di sindromi geriatriche: in generale, tale valutazione è critica soprattutto per i trattamenti per i quali i vantaggi sono evidenziabili solo a distanza di tempo, come ad esempio i trattamenti adiuvanti per i tumori mammari e coloretali, il trattamento primitivo per il tumore della prostata o l'uso dei chemioterapici in caso di mielodisplasia; applicare un linguaggio comune per la valutazione dei pazienti anziani, tale linguaggio è essenziale per la corretta valutazione dei risultati.

Sino ad ora, i contributi della letteratura sono unanimi nell'evidenziare che la VGM consente di distinguere diversi gruppi di pazienti anziani affetti da patologia oncologica, in base alle caratteristiche funzionali, cognitive, di comorbidità, suscettibili di diverso

approccio sia diagnostico che terapeutico: un primo gruppo è quello costituito da pazienti di età uguale o superiore ai settantacinque anni, totalmente autonomi dal punto di vista funzionale, senza patologie associate, che possono essere candidati alla maggior parte dei protocolli di trattamento oncologico; un secondo gruppo composto dai pazienti fragili, per i quali l'indicazione terapeutica è quella della terapia sintomatica; infine un ultimo gruppo composto da pazienti con caratteristiche intermedie rispetto ai 2 precedenti, per i quali la scelta dell'iter diagnostico e del trattamento terapeutico deve essere personalizzato attraverso una valutazione multidisciplinare.

La VGM (che si effettua con la presenza contemporanea di un oncologo e di un geriatra) ha evidenziato una serie di risultati di dimostrata efficacia in ambito geriatrico:

- riduzione dei costi sanitari
- riduzione dei ricoveri per riacutizzazione
- riduzione del ricovero in strutture residenziali
- aumento della sopravvivenza

In ambito oncologico due sono gli obiettivi essenziali. Il primo è individuare i pazienti che più possono beneficiare di un trattamento oncologico standard e di quelli in cui il rischio degli effetti collaterali supera i potenziali vantaggi. Il secondo obiettivo è organizzare tutti gli interventi medici, psicologici e sociali che possano migliorare la tolleranza a una terapia oncologica.

E' sempre più evidente l'importanza di una valutazione multidimensionale in questa fascia di pazienti oncologici, da cui non si può prescindere nella programmazione di un piano integrato di trattamento della patologia neoplastica.

L'esperienza del G8 Screening Test nell'ASL CN2

La sensibilità alla valutazione oncogeriatrica va diffondendosi ma questa non è ancora una pratica routinaria in sanità. La Rete Oncologica Piemontese, prima in Italia per storia e radicamento sul territorio, ha tra i suoi principali obiettivi la diffusione di un approccio qualificato al paziente neoplastico anziano. Essa pertanto promuove l'impiego sistematico della scheda di screening G8 per individuare il paziente anziano fragile e porlo al centro di un approccio multidisciplinare specifico.

G8 Screening tool			
	Items	Possible answers	Score
A	L'apporto alimentare è diminuito negli ultimi tre mesi?	0: perdita di appetito grave 1: perdita di appetito moderata 2: nessuna perdita di appetito	
B	Perdita di peso negli ultimi 3 mesi?	0: perdita di peso superiore a 3 Kg 1: non lo sa 2: perdita di peso tra 1 e 3 kg 3: nessuna perdita di peso	
C	Mobilità	0: costretto a letto o su una sedia 1: capace ad alzarsi dal letto/sedia ma non di uscire 2: capace di uscire	
E	Problemi neuropsicologici	0: demenza o depressione grave 1: demenza lieve 2: nessun problema psicologico	
F	Body Mass Index (weight in kg/height in m ²)	0: BMI < 19 1: BMI 19 ≤ BMI < 21 2: BMI 21 ≤ BMI < 23 3: BMI ≥ 23	
H	Prende più di tre medicine al giorno?	0: sì 1: no	
P	In generale, in confronto ad altre persone della Sua età, come considera il suo stato di salute?	0: cattivo 0,5: non lo sa 1: discreto 2: buono	
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80	
	Punteggio totale (0-17)		

Lo strumento è validato a livello internazionale ed adottato dall'EORTC Elderly Task Force: è di rapida somministrazione, consente l'utilizzo di un preciso cut off (score ≤ 14) per identificare i pazienti con significativi elementi di fragilità.

Il test viene somministrato da un infermiere professionale nelle fasi dell'accoglienza nell'ambito dell'azioni del Centro Accoglienza e Servizi (CAS).

La Rete Oncologica raccomanda quindi che i pazienti con score ≤ 14 pz siano considerati a rischio ed indirizzati alla VGM, la quale decide se avviare il paziente ad un percorso ordinario di cure oncologiche (Gruppo Interdisciplinare Cure, GIC, competente per patologia) o ad un programma di terapia di supporto (Medico di Medicina Generale, Servizio di Cure Palliative).

L'obiettivo del nostro presente lavoro è stato quello di rilevare l'incidenza della quota anziana fragile nella popolazione dei pazienti neoplastici ultrasettantacinquenni che afferiscono alle nostre cure, prevalentemente di tipo citotossico ma erano ammessi anche pazienti metastatici in terapia con inibitori del riassorbimento osseo. Il metodo impiegato è rappresentato dall'analisi di una serie consecutiva, recente, di 100 schede di valutazione geriatrica multidimensionale.

Le schede sono state somministrate da personale infermieristico.

Il 66% dei pazienti aveva età compresa tra 75 e 79 anni, il 29% tra 80 e 85 ed il 5% oltre gli 85 anni.

I risultati dello studio mostrano che 62 dei 100 pazienti ultrasettantacinquenni presentano uno score ≤ 14 e quindi richiederebbero un approfondimento onco-geriatrico.

L'analisi degli items mostra qualche evidenza particolarmente interessante:

- il 46% dei pazienti assume più tipologie di farmaci al giorno. Questo fa capire l'opportunità che una valutazione geriatrica integri quella oncologica generalistica.
- il 34% lamenta una qualche perdita dell'appetito ed il 20% un calo ponderale superiore a 3 Kg negli ultimi 3 mesi. Il dato sollecita un interessamento tempestivo del nutrizionista nel percorso di cura.
- il 17% è incapace ad uscire autonomamente da casa (ricordiamo che sono pazienti giudicati idonei per ricevere un qualche trattamento e quindi ordinariamente più performanti della media). La disponibilità di un sistema socio assistenziale efficiente rappresenta uno degli indici di civiltà e sviluppo della nostra società, pur con le difficoltà congiunturali del caso.

Conclusioni

L'attenzione alla popolazione geriatrica è uno degli obiettivi dell'oncologia medica che si trova sempre più spesso a trattare pazienti anziani. Il generale invecchiamento della popolazione rende tuttavia il tema di interesse ancor più generale nell'ambito della sanità pubblica, che deve programmare interventi strategici nel tempo.

Il nostro studio rappresenta un'esperienza concreta di applicazione del test di screening G8 ad un campione di pazienti neoplastici anziani dell'area Alba-Bra. La quota di pazienti che necessiterebbe di un approccio oncogeriatrico specifico è risultata del 62% ed altre indicazioni specifiche possono essere ulteriormente tratte, in particolare sulla necessità di un supporto socio assistenziale e nutrizionistico tempestivi.

I risultati della rilevazione supportano uno sforzo ad applicare l'approccio onco-geriatrico anche nella nostra realtà.

**Stato di salute dei lavoratori del territorio dell'ASL CN2
sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno 2014.
Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti delle aziende.
Santina Bruno, Pietro Corino, Anna Ghisa**

Introduzione

Il Testo Unico per la salute e la sicurezza sul lavoro (D. Lgs. n. 81/08) ha introdotto, per la prima volta, un'attività di ricognizione e monitoraggio dei dati relativi ai lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

L'art. 40 del decreto summenzionato prevede infatti che i medici competenti trasmettano annualmente, in forma aggregata, i dati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, contenuti nell'allegato 3B della norma, secondo il seguente schema di flusso:

Struttura del flusso informativo costituito dalle comunicazioni dei medici competenti



Fonte: Comunicazione Medico Competente – panoramica dell'applicativo INAIL

La sorveglianza sanitaria è definita dal Testo Unico come "l'insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa" e nell'ambito di tale attività il medico competente acquisisce informazioni preziose per la tutela della salute del singolo lavoratore ma anche, aggregate a livello aziendale e messe in stretta relazione con i fattori di rischio professionale, per avere una visione collettiva dei rischi e degli effetti sulla salute dei lavoratori affidati alla sua tutela.

La disponibilità di tali informazioni e la loro aggregazione a livello territoriale (ASL, regione, nazione), consente al Sistema Pubblico di Prevenzione non solo di avere, su scala più ampia, dati sulla sorveglianza sanitaria, sugli infortuni, sulle malattie professionali, ma apre alla possibilità di acquisire importanti informazioni epidemiologiche sui rischi e sui danni per la salute dei lavoratori e, grazie al collegamento al codice ATECO delle attività, di aggregare i dati per settore produttivo, realizzando una reale mappatura del territorio locale e nazionale.

Rende, inoltre, possibile il monitoraggio quantitativo della sorveglianza sanitaria (quanti e quali lavoratori coinvolti, nella prospettiva della definizione di indicatori di copertura; aziende seguite per medico competente; distribuzione percentuale dei giudizi di idoneità e di inidoneità espressi) ma permette anche di avviare un percorso verso l'individuazione di indicatori di appropriatezza dell'attività sanitaria del medico competente rispetto ai rischi presenti in azienda, inquadrando il tutto in uno scenario che vede i problemi di salute dei lavoratori sempre più sovrapponibili ai problemi di salute pubblica.

Consente, infine, la definizione di un quadro dei rischi indispensabile ad individuare, a livello centrale, obiettivi e programmi delle politiche nazionali di prevenzione ed a indirizzare e programmare le attività di prevenzione a livello territoriale, sviluppando piani che tengano conto delle specificità dei singoli territori.

Il sistema informativo INAIL

L'art. 40 del Testo Unico per la salute e la sicurezza sul lavoro affida ai medici competenti l'obbligo di trasmettere i dati aggregati della sorveglianza sanitaria ai servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, esclusivamente per via telematica.

Dopo i primi tentativi di mettere a punto, a livello locale o regionale dei sistemi di raccolta telematica dei dati, nel 2012 il Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro ha affidato a INAIL il compito di realizzare un sistema unico, a livello nazionale, per la trasmissione telematica dei dati sanitari e di rischio dei lavoratori ed a seguito del mandato ricevuto, l'INAIL ha predisposto, all'interno del proprio portale, una piattaforma dedicata ed ha predisposto un applicativo web nel quale i medici competenti, previa registrazione, debbono inserire i dati relativi all'allegato 3B del D. Lgs. 81/08 di ogni Azienda o Unità Produttiva entro il 31 marzo dell'anno successivo.

La natura dei dati è rilevabile tramite il "cruscotto di monitoraggio" del portale dell'INAIL, dove i dati sono disponibili essenzialmente in forma aggregata, con grado di dettaglio che va dal dato nazionale e arriva al dato distribuito per singole ASL passando per la distribuzione regionale.

Solo per le ASL di competenza, sono disponibili anche i "dati elementari" riferiti alle singole unità produttive e dunque alle singole comunicazioni.

I dati contenuti nell'allegato 3B del D. Lgs. n. 81/08

Per capire quali sono le informazioni relative all'unità produttiva che il medico competente raccoglie ed invia conseguentemente all'ASL di competenza, si ritiene utile riportare testualmente le parti che compongono l'allegato 3B:

ALLEGATO 3B Informazioni che identificano l'azienda ed i relativi lavoratori occupati

1 ALLEGATO 3B - Anno di riferimento della comunicazione		
INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE		
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA		
2 Ragione Sociale o Codice Cnto (nel caso di natanti)		
3 Partita IVA della Ragione Sociale/codice fiscale		
4 Codice Fiscale della Ragione Sociale		
5 Indirizzo sede legale (comune, via e numero civico)		
6 Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)		
7 Indirizzo Unità produttiva (comune, via e numero civico)		
8 Codice attività economica (ATECO)/Codice categoria naviglio nel caso di natanti		
NUMERO LAVORATORI OCCUPATI		
	Maschi	Femmine
9 N. totale lavoratori occupati al 30/6		
10 N. totale lavoratori occupati al 31/12		
Media annuale lavoratori occupati (CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)		

ALLEGATO 3B Informazioni che identificano il medico competente e relative agli esiti della sorveglianza sanitaria

INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE		
DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE		
11 Cognome Nome del Medico Competente		
12 Luogo e data di nascita del medico competente		
13 Codice Fiscale del Medico Competente		
14 e-mail del Medico Competente		
PROBABILI/POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI E SEGNALATE ex. Art 139 DPR 1124/65		
	Maschi	Femmine
15 N. MP segnalate		
16 Tipologia MP segnalate (codifica DM 11.12.09)(SCELTA MULTIPLA)		
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA		
	Maschi	Femmine
17 n. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		
18 n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento		
19 n. lavoratori idonei alla mansione specifica		
20 n. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione)		
21 n. lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione)		
22 n. lavoratori temporaneamente idonei alla mansione specifica		
23 n. lavoratori permanentemente idonei alla mansione specifica		

ALLEGATO 3B Elenco dei rischi lavorativi per i quali è stata attivata la sorveglianza sanitaria

ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA					
		lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	
				lavoratori visitati	
RISCHI LAVORATIVI		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI				
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI				
26	AGENTI CHIMICI				
27	AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI				
28	AMIANTO				
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA				
30	AGENTI BIOLOGICI				
31	VIDEOTERMINALI (VDT)				
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO				
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO				
34	RUMORE				
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI				
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI				
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI				
38	MICROCLIMA SEVERO				
39	INFRASUONI				
40	ULTRASUONI				
41	ATMOSFERE IPERBARICHE				
42	N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno				
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.				

ALLEGATO 3B Informazioni relative all'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti e all'alcool dipendenza

Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co 4 – D.Lgs.81/08					
		N. lavoratori sottoposti alle verifiche ex art. 41 co 4 D.Lgs.81/2008 nell'anno		N. di lavoratori positivi al test di screening	
				N. di lavoratori positivi al test di conferma	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI				
45	ALCOOL DIPENDENZA				
				Lavoratori risultati inidonei alla mansione	
				Maschi	Femmine

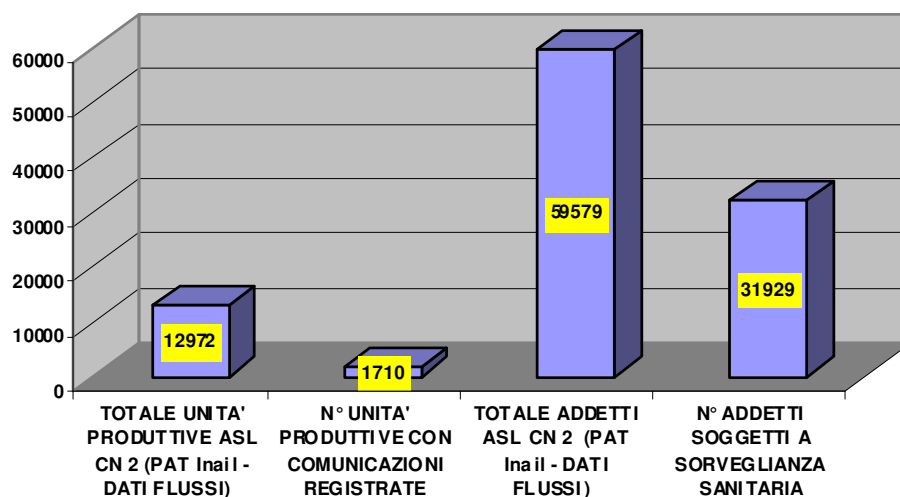
Prime analisi dei dati relativi alle comunicazioni dei medici competenti che operano nelle aziende del territorio di competenza dell'ASL CN2 riferiti all'anno 2014

1. Dati sulle unità produttive

Il territorio dell'ASL CN2 è caratterizzato, secondo i dati provenienti dai flussi Informativi INAIL - Regioni, aggiornati al dicembre 2013, da una struttura produttiva che conta circa 13.000 aziende e 60.000 addetti.

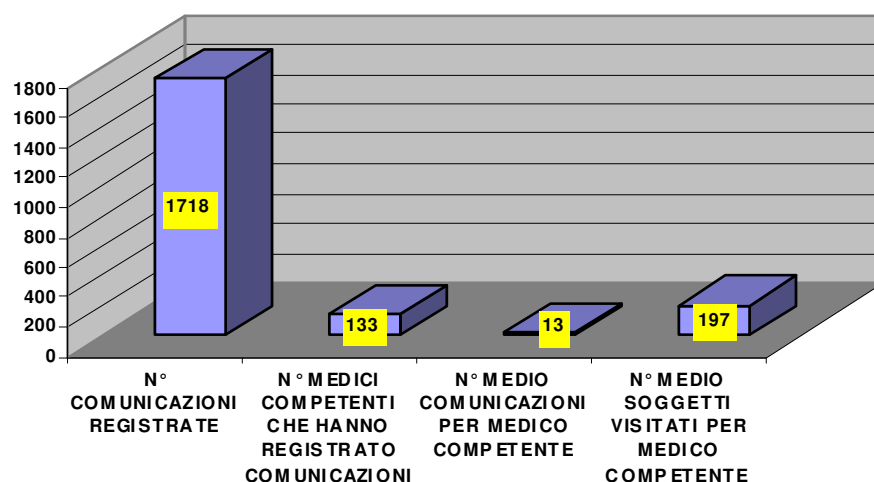
All'interno di questo bacino si svolge l'attività dei medici competenti che non riguarda però tutte le attività produttive ma solo quelle ove sono presenti rischi lavorativi per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria; inoltre, alcune categorie di soggetti (titolari, lavoratori autonomi, coadiuvanti familiari ecc.) sono escluse da questo obbligo.

Tale premessa aiuta a spiegare perché i dati riepilogativi inviati dai medici competenti relativamente alle attività di sorveglianza sanitaria svolte nell'anno 2014 abbiano interessato solamente 1.710 unità produttive (ca. il 13% del totale) con 31.929 lavoratori soggetti a sorveglianza (ca. il 53% degli addetti).



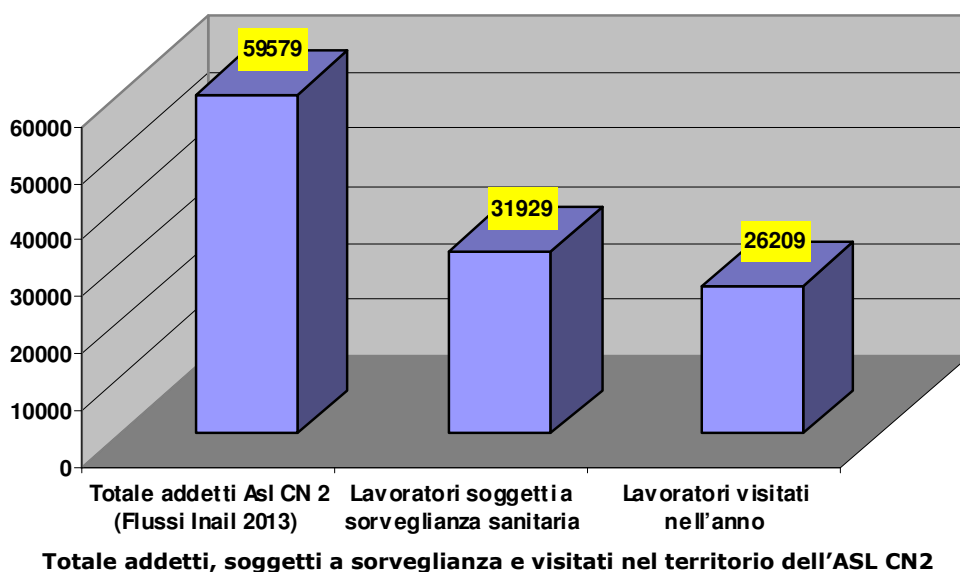
2. Dati sui medici competenti

Le 1.718 comunicazioni registrate sul portale riguardano l'attività di 133 medici competenti, con una media di n. 13 comunicazioni e circa 200 lavoratori per medico competente.



3. Dati sui lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria

Come già precedentemente riferito, dalle comunicazioni emerge che, nell'anno 2014, i lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria sono stati circa 32.000 a fronte di circa 60.000 addetti. Altro dato significativo riguarda il numero dei lavoratori effettivamente sottoposti a visita medica nell'anno 2014, pari a 26.209 (82% dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria) si ritiene ciò dovuto al fatto che per alcuni fattori di rischio, come ad esempio i videoterminali, il periodismo delle visite mediche è superiore all'anno.



4. Dati sull'esito delle visite mediche: i giudizi di idoneità

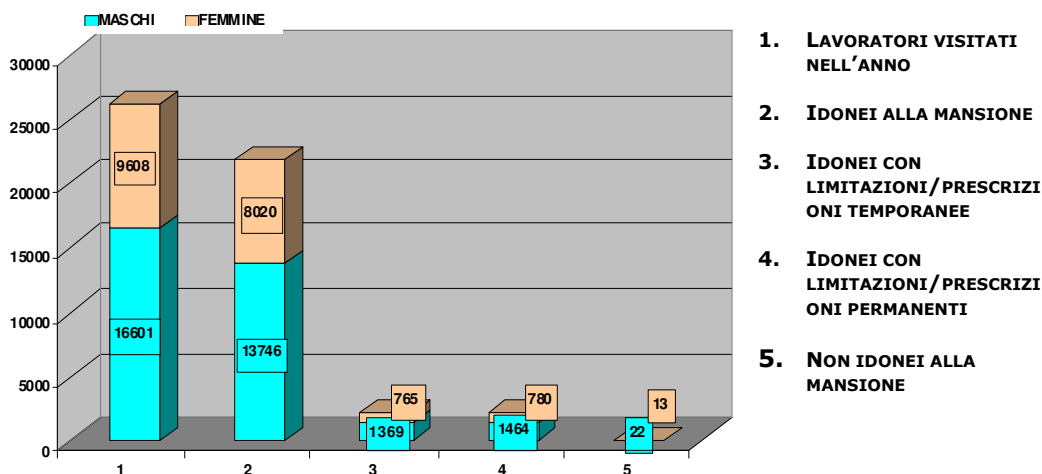
Nell'anno 2014 sono stati giudicati dai medici competenti:

Totalmente inidonei alla mansione lavorativa 35 lavoratori (22 maschi e 13 femmine)

Idonei con limitazioni/prescrizioni temporanee 2.134 lavoratori (1.369 maschi e 765 femmine)

Idonei con limitazioni/prescrizioni permanenti 2.244 lavoratori (1.464 maschi e 780 femmine).

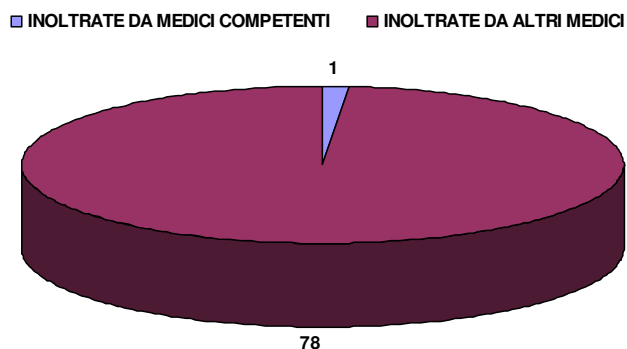
Si rileva come la percentuale dei lavoratori totalmente inidonei alla mansione sia nel territorio dell'ASL CN2 pari allo 0,13 %, molto inferiore sia all'indice regionale (0,37%) che nazionale (0,26%).



Numero lavoratori sottoposti a visita nell'anno 2014 ed esiti degli accertamenti riferiti all'idoneità alla mansione

5. Dati sull'esito delle visite mediche: le segnalazioni di malattia professionale

Dai dati analizzati, emerge che nell'anno 2014 è stata segnalata da parte dei medici competenti un solo caso di malattia professionale mentre sono pervenute al Servizio n. 78 segnalazioni da parte di altri medici (ospedalieri, di medicina generale, dei patronati ecc.). Tale dato risulta molto inferiore sia alla media regionale che nazionale.

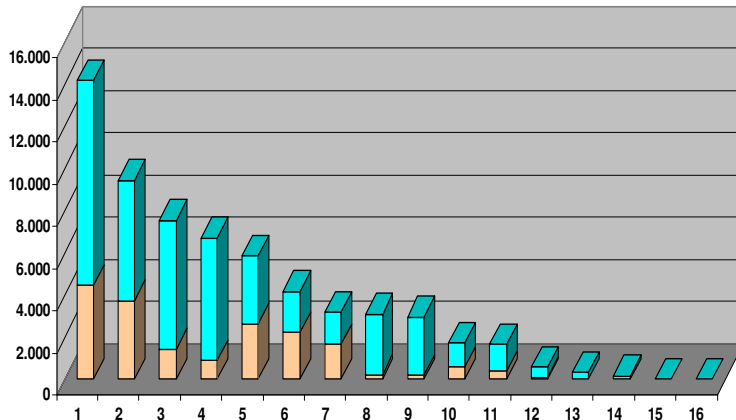


Segnalazioni di malattie professionali pervenute al servizio nell'anno 2014

6. Dati sui rischi lavorativi

Analizzando i fattori di rischio per i quali i lavoratori sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria, si evidenzia che il fattore maggiormente presente è stato la movimentazione manuale dei carichi presente per 14.213 lavoratori visitati. Se ad esso si somma il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori (fattore di rischio evidenziato per 5.854 lavoratori) risulta evidente che il sovraccarico biomeccanico per l'apparato muscolo-scheletrico risulta di gran lunga il più rappresentato e ciò in coerenza con i dati regionali e nazionali.

■ FEMMINE ■ MASCHI



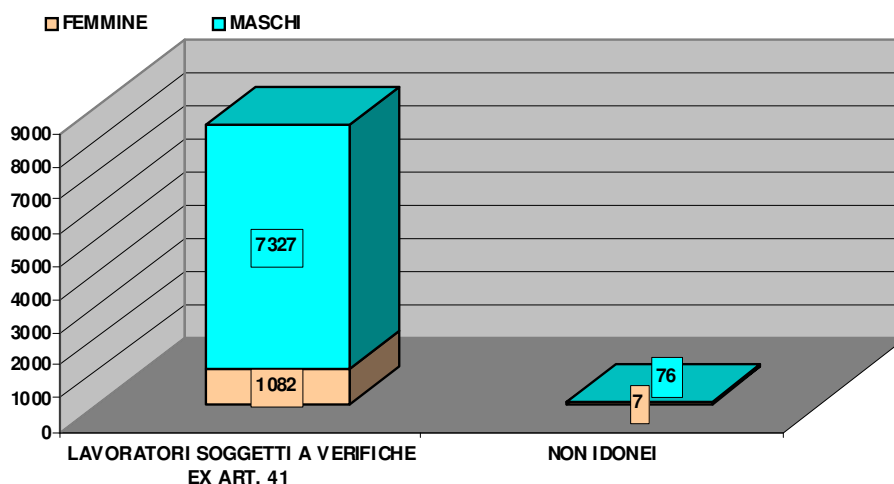
1.	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	14213
2.	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI NELLA VALUTAZIONE DEI RISCHI	9454
3.	AGENTI CHIMICI	7552
4.	RUMORE	6722
5.	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI	5854
6.	AGENTI BIOLOGICI	4178
7.	VIDEOTERMINALI	3188
8.	VIBRAZIONI CORPO INTERO	3102
9.	VIBRAZIONI MANO BRACCIO	2983
10.	LAVORO NOTTURNO > 80 GG L'ANNO	1733
11.	MICROCLIMA SEVERO	1658
12.	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI	598
13.	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI	353
14.	AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI	184
15.	SILICE LIBERA CRISTALLINA	34
16.	AMIANTO	31

Numero lavoratori visitati divisi per singolo fattore di rischio e genere*

* La somma dei fattori di rischio di tutti i lavoratori visitati, pari a 61.837, è dovuta al fatto che i singoli lavoratori sono spesso esposti a più fattori di rischio.

7. Accertamenti svolti dai medici competenti per l'alcol dipendenza

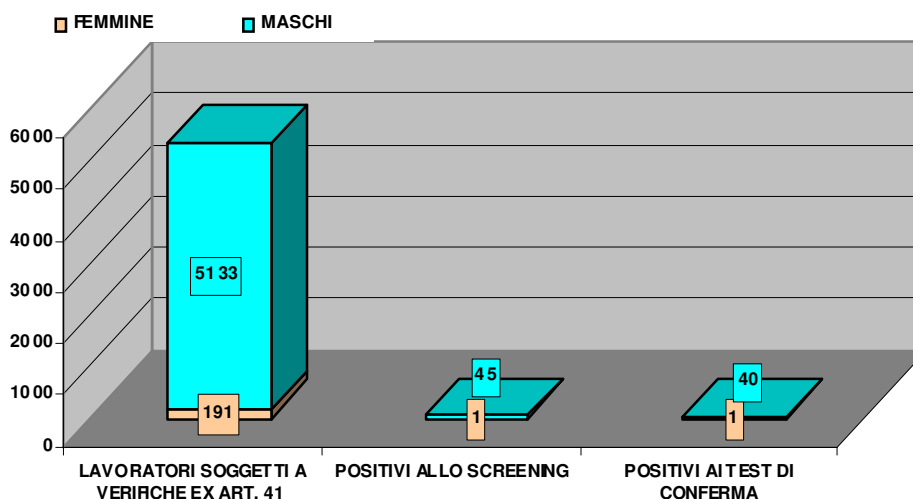
Il numero di lavoratori controllati per alcol dipendenza nell'anno 2014 è stato di 8.409. Di questi sono risultati inidonei alla mansione 83 soggetti, di cui 7 donne.



Numero lavoratori sottoposti ai test di alcol dipendenza

8. Accertamenti svolti dai medici competenti per l'uso di sostanze stupefacenti.

Il numero di lavoratori controllati nell'anno 2014 per l'uso di droghe è stato di 5.324 soggetti, e di questi, quelli risultati positivi al test di conferma sono stati n. 41, di cui 1 sola donna.



Numero lavoratori visitati per sostanze psicotrope e stupefacenti divisi per genere

Conclusioni

Da queste prime analisi dei dati delle comunicazioni dei medici competenti, per quanto parziali e prevalentemente descrittive, emerge chiaramente l'importanza delle informazioni contenute nel sistema informativo dell'INAIL.

Sarà pertanto necessario, da parte nostra, procedere innanzitutto ad una verifica della completezza dei dati, all'integrazione degli stessi con quelli degli altri sistemi informativi e di sorveglianza correnti ed al confronto della situazione locale con quella regionale e nazionale. Forniranno, in tal modo, un utile contributo all'individuazione dei problemi di salute dei lavoratori del nostro territorio su cui sarà possibile intervenire efficacemente nell'ambito del Piano Locale di Prevenzione.

Bibliografia

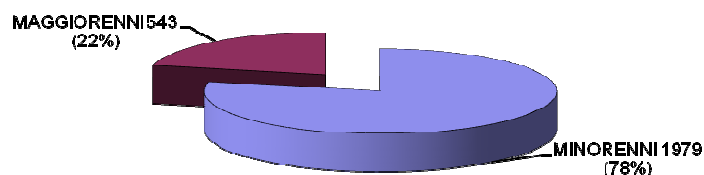
1. Marinaccio e Al. "I dati sanitari aggregati e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria. Risultati preliminari dello studio pilota nazionale sulle comunicazioni ex art.40 D. lgs. 81/2008" . Med Lav; 2010; Vol. 101, n.4, pagg. 252 – 261.
2. INAIL "Allegato 3B del D. Lgs. 81/08. Prime analisi dei dati inviati dai medici competenti ai sensi dell'art. 40. Italia 2013

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2014

Marina Masenta, Anna Maria Palma, Gianluca Toselli

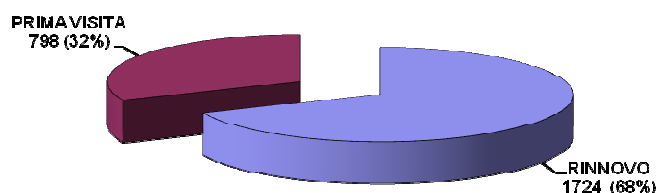
La S.O.S. di Medicina dello Sport dell'ASLCN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2014 un numero totale di 2522 medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 - Visite agonistiche Anno 2014

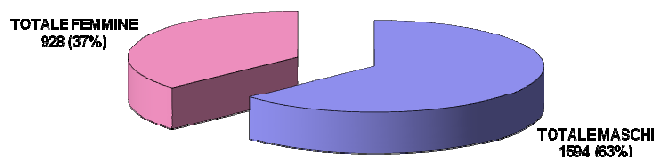


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

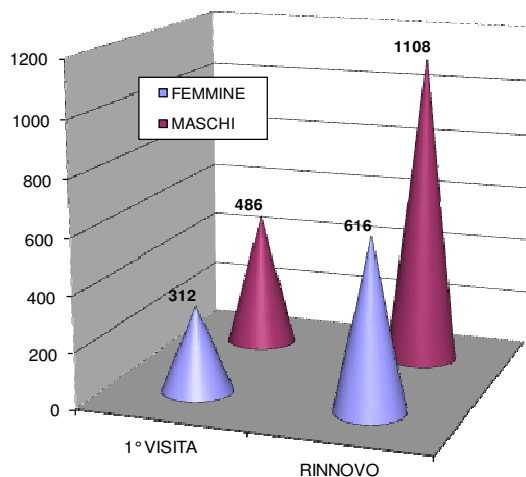
Graf. 2 - Prime visite e rinnovi annuali



Graf. 3 - Atleti suddivisi per sesso

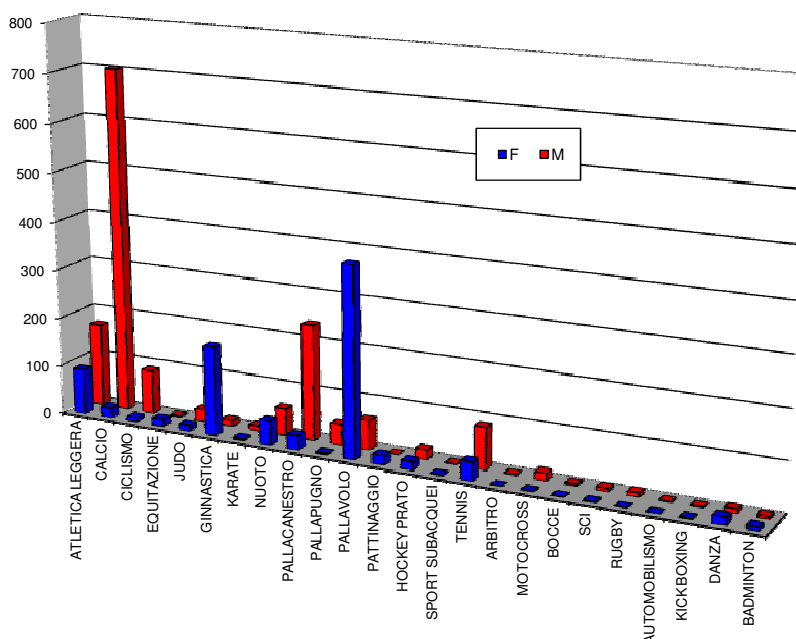


Graf. 4 Prime visite e rinnovi Anno 2014



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

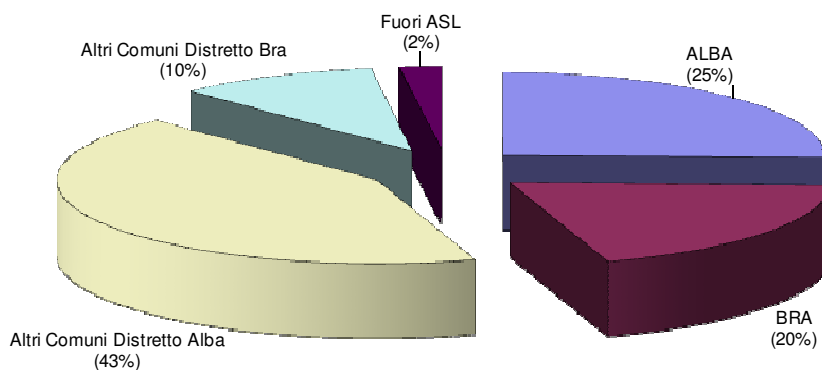
Graf. 5 - Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive anno 2014



Nel 2014 sono stati richiesti, per il rilascio dell'idoneità agonistica, n.9 accertamenti diagnostici specialistici, tutti di tipo cardiologico.

Nel Grafico 6 è indicata la suddivisione degli atleti in base al luogo di residenza.

Graf. 6 - Luogo residenza atleti anno 2014



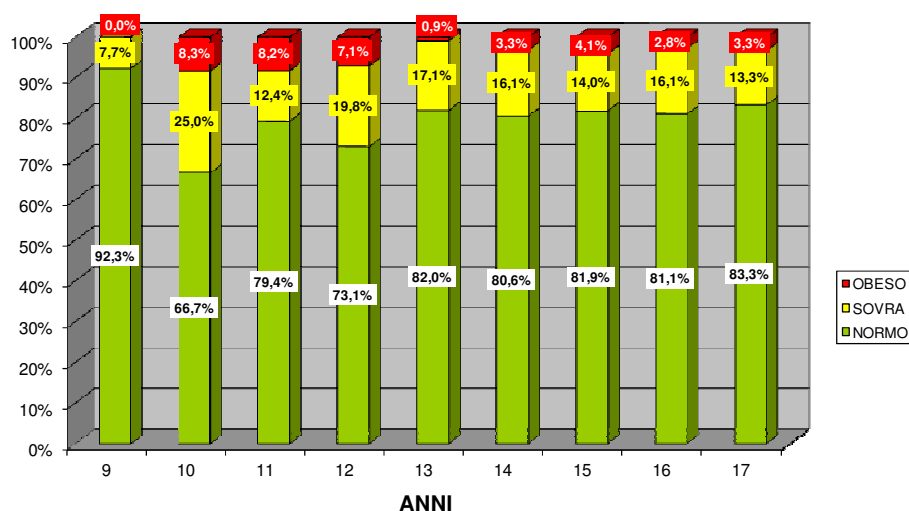
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening della stato di nutrizione della popolazione.

Per i soggetti minorenni sono stati utilizzati i valori del BMI secondo Cole (Tim J Cole, BMJ 2000; 320:1240) mentre per i soggetti maggiorenni sono stati considerati normopeso i valori di BMI < 25, sovrappeso tra 25 e 29,9, obeso > 30.

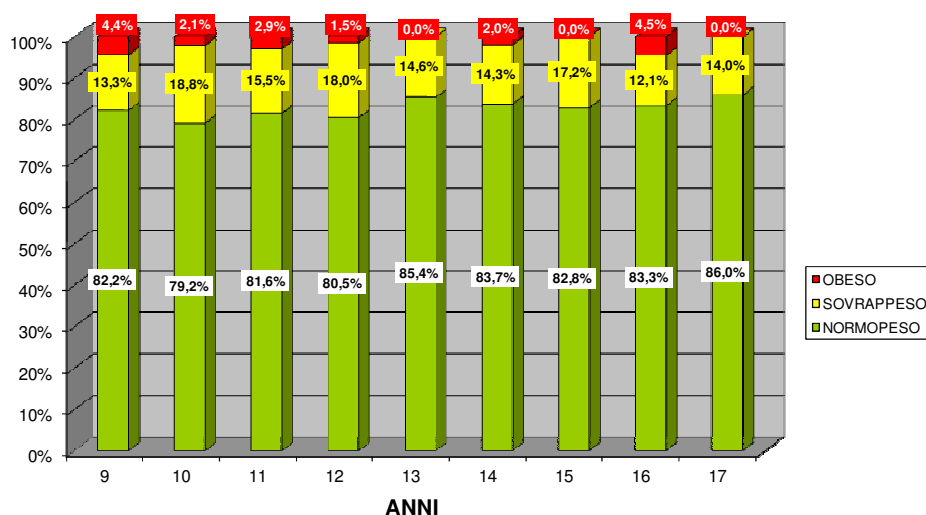
Nei Grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2014.

Nel Grafico 9 sono invece riportate le percentuali di soggetti maggiorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2014.

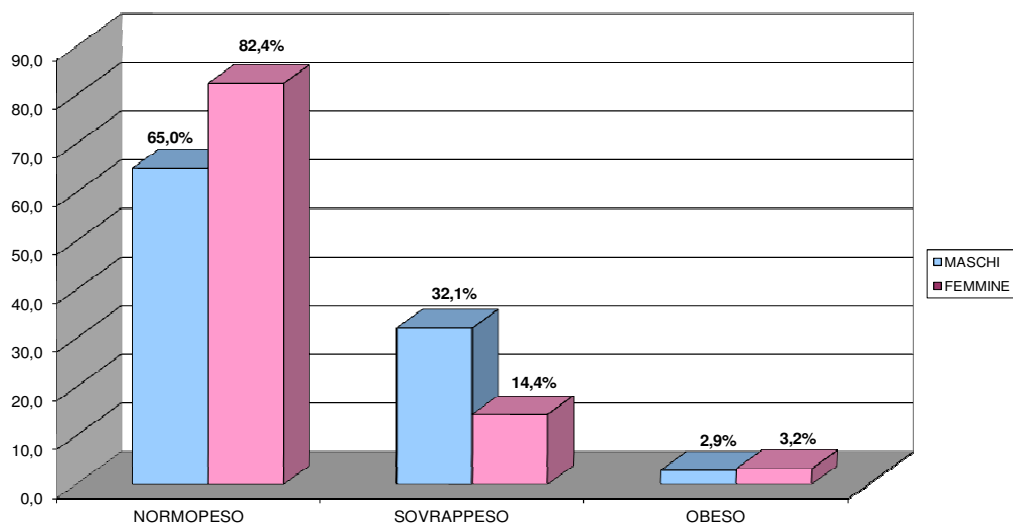
**Graf. 7 - % DI SOGGETTI MASCHI NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO
TRALA POPOLAZIONE DI 9-17 ANNI**



**Graf. 8 - % DI SOGGETTI FEMMINE NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO
TRALA POPOLAZIONE DI 9-17 ANNI**



**Graf. 9 - % DI SOGGETTI MAGGIORENNI (MASCHI E FEMMINE)
NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO**



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare talune considerazioni:

- il maggior numero di praticanti l'attività sportiva appartiene al sesso maschile (63% del totale);
- il calcio e la pallavolo risultano costantemente gli sport più praticati rispettivamente dai soggetti di sesso maschile e femminile;
- gli accertamenti specialistici che sono stati richiesti nel corso della visita medico-sportiva per dirimere dubbi diagnostici riguardano totalmente l'ambito cardiologico (mentre anomalie, quali deficit dell'acuità visiva o lievi dismorfismi del rachide, non rappresentando generalmente situazioni cliniche di sospensione dell'idoneità a svolgere attività sportiva, sono segnalate in corso di visita e i soggetti vengono indirizzati a specialisti previo accordo con il medico curante);
- la visita per l'idoneità a svolgere attività sportiva consente la costruzione di immagini descrittive della popolazione giovanile per quanto concerne il sovrappeso e l'obesità nel territorio dell'ASL CN2.

**Educazione e promozione della salute nelle scuole del Piemonte:
attuazione di interventi di prevenzione
del mal di schiena in età scolare.
Progetto pilota "La schiena va a scuola"
rivolto agli alunni delle classi V della scuola primaria di Bra**
Luciana Laneri

Introduzione

I fisioterapisti iscritti all' A.I.F.I. (Associazione Italiana Fisioterapisti - Sezione Provinciale di Cuneo), dipendenti dell'ASLCN2 presso la SOC RRF di Bra, hanno partecipato in collaborazione con l'ASLCN2 e l' Assessorato Competente del Comune di Bra ad una campagna di prevenzione e di sensibilizzazione rivolta agli studenti delle Scuole Primarie.

Il problema e le possibili soluzioni

L'attenzione ai problemi della colonna vertebrale dei bambini e degli adolescenti scolarizzati è stata oggetto di numerose ricerche scientifiche da oltre 20 anni. Lo stile di vita adottato all'interno delle famiglie e dell'ambiente scolastico non sempre garantisce una sufficiente attività motoria obbligando i bambini a posture spesso scorrette e prolungate nel tempo. Inoltre l'organizzazione scolastica, richiedendo l'utilizzo di svariato materiale didattico, talvolta determina un sovraccarico del rachide dello studente a causa dell'eccessivo peso dello zaino.

Un recente studio (Akdag B. et al.; 2011) ha individuato la centralità del ruolo della scuola e della famiglia nella prevenzione dei fattori di rischio del mal di schiena nei preadolescenti.

L'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale (ISICO) indica fra le buone regole della schiena in crescita l'attività fisica regolare, un corretto utilizzo dello zainetto, opportunamente alleggerito del suo peso, e la sorveglianza sulle corrette posture.

Il fisioterapista, nell'ambito delle proprie competenze, è in grado di garantire un adeguato monitoraggio degli stili di vita adottati dal giovane, che lo predispongono all'insorgenza di problemi alla colonna vertebrale attuando, inoltre, azioni educative mirate.

La proposta di intervento

Il programma "Guadagnare salute: rendere facile le scelte salutari" promosso dal Ministero della Salute e il Documento d'indirizzo per la sperimentazione dell'insegnamento di "Cittadinanza e Costituzione" del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca sottolineano come la scuola rappresenti l'ambiente di elezione in cui definire strategie e programmi di intervento orientati all'educazione e alla promozione della salute.

Numerosi progetti in questi anni anche in Piemonte hanno affrontato il tema della promozione dell'attività fisica e sportiva in età scolare; pochi di essi peraltro si dimostravano attenti anche alle problematiche relative alla postura ed all'ergonomia del lavoro scolastico. I due aspetti (promozione dell'attività fisica, prevenzione e correzione delle posture scorrette) dovrebbero potersi reciprocamente potenziare in programmi integrati.

Presupposto del progetto è stata la realizzazione di un lavoro di ricerca sviluppato da componenti dell'A.I.F.I. sulle problematiche del rachide in età scolare cui ha fatto seguito l'elaborazione di un opuscolo informativo.

Nel corso dell'anno scolastico 2011-2012 il progetto pilota **La schiena va a scuola** si è sviluppato nelle scuole di Bra rivolgendosi agli alunni delle classi V° elementare.



Obiettivi del progetto

- 1- prevenire e correggere le scorrette posture del rachide nei preadolescenti attraverso un percorso partecipato di analisi delle posture adottate e di progettazione di soluzioni percorribili nel contesto scolastico;
- 2- promuovere l'attività motoria nei preadolescenti in sinergia con gli altri interventi esistenti promossi da enti locali, ASL, ecc. (es. pedibus, avviamento allo sport, percorsi di mobilità sostenibile, ecc.).

Destinatari

- Alunni delle classi V della scuola primaria di Bra
- Insegnanti e dirigenti scolastici
- Famiglie

Piano di attività

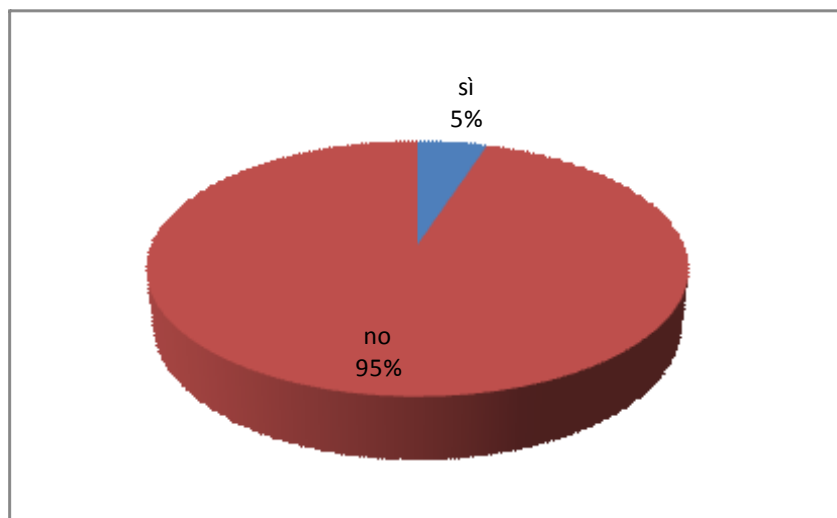
1. incontro fra insegnanti referenti e fisioterapisti al fine di consegnare il materiale didattico e coordinare il lavoro da svolgere. L'insegnante di riferimento consegnerà un questionario alle famiglie degli alunni;
2. primo incontro di 2 ore gestito da 2 fisioterapisti con la classe: esposizione proposta educativa finalizzata alla prevenzione delle problematiche del rachide attraverso interventi teorici o attività pratiche. Invito ai ragazzi al fine di elaborare un poster con raffigurate le strategie vantaggiose al corretto utilizzo della schiena. Distribuzione opuscolo informativo, rivolto agli alunni e alle loro famiglie, come promemoria delle problematiche affrontate e delle possibili soluzioni;
3. secondo incontro (almeno un mese dopo il primo) di 1 ora gestito da 2 fisioterapisti con la classe di alunni: ripasso, presentazione e ritiro del poster, compilazione questionario di verifica di apprendimento;
4. evento conclusivo con la partecipazione degli alunni delle classi coinvolte, degli insegnanti e dei genitori per la presentazione degli elaborati in forma di poster e la relazione da parte dei fisioterapisti dei dati raccolti durante lo svolgimento del progetto.

Elaborazione dati dei questionari e risultati

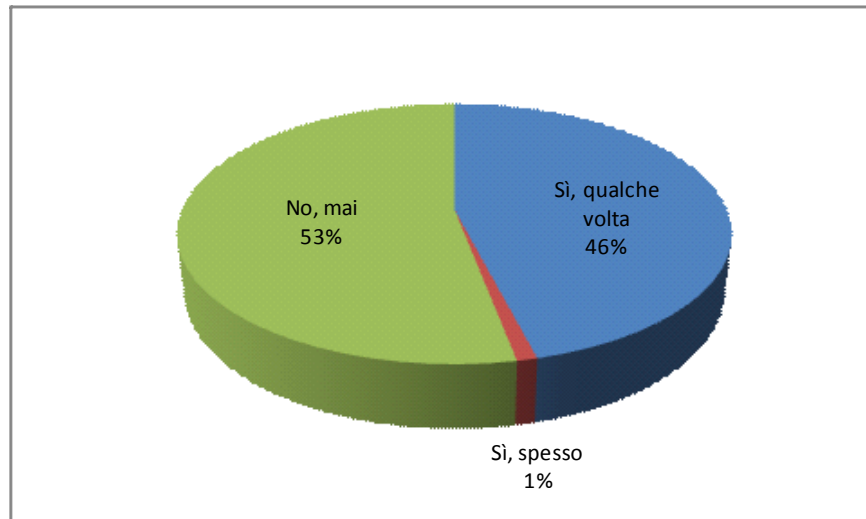
Ritenendo importante che per il progetto vengano diffusi i risultati emersi, di seguito vengono illustrati.

A) Questionari anonimi consegnati ai genitori degli scolari della V elementare dall'insegnante di riferimento e raccolti durante il primo incontro dei fisioterapisti con le classi di alunni.

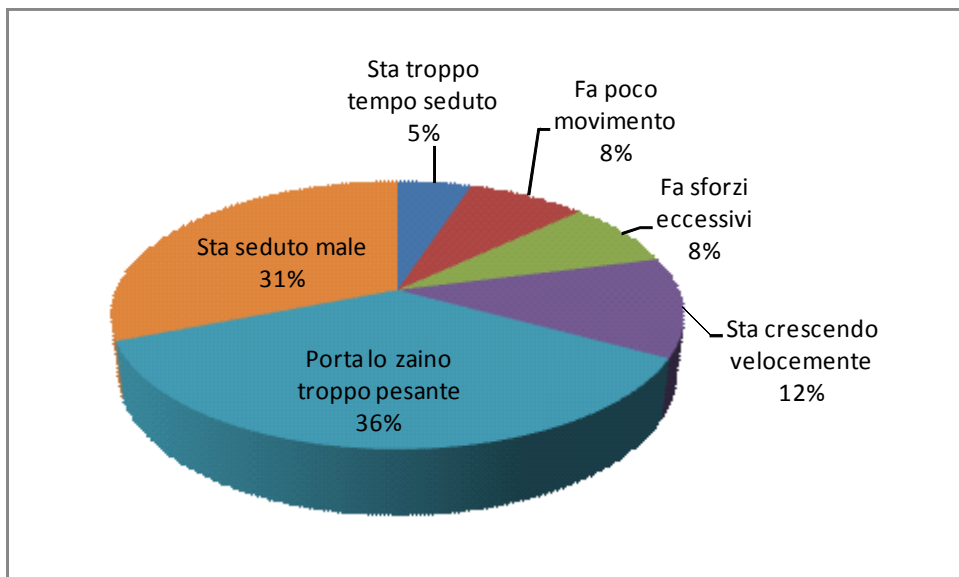
1) Alla domanda: "Vostro figlio soffre di qualche malattia alla colonna?"



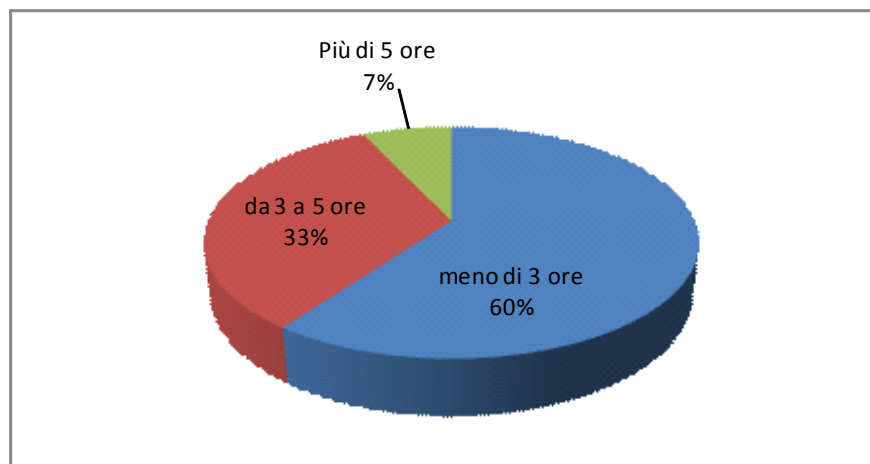
2) Alla domanda: "Vostro figlio si è lamentato di dolore alla schiena?"



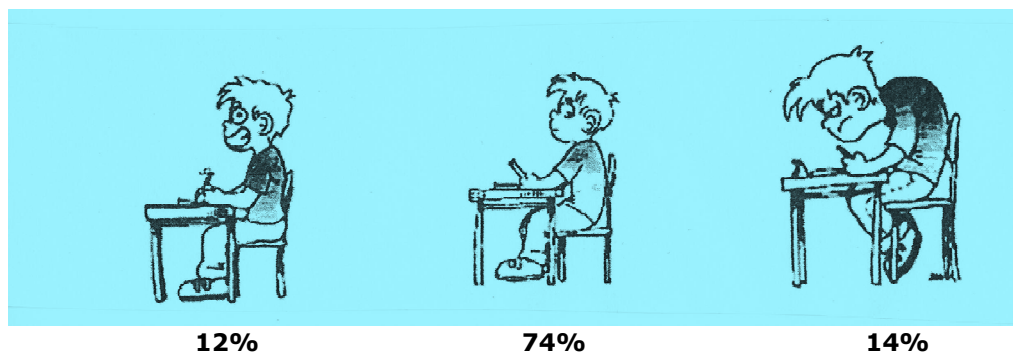
3) Alla domanda: "Se sì, a cosa pensate sia collegato?"



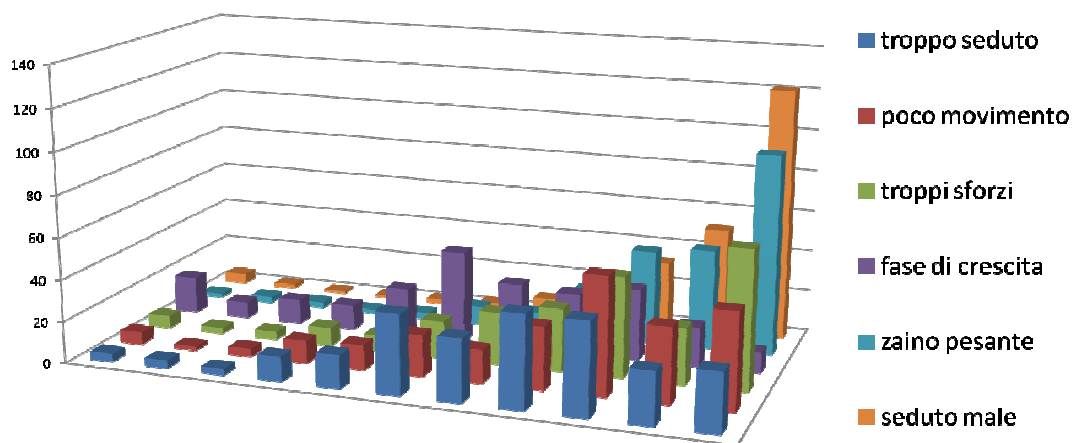
4) Alla domanda: "Quante ore sta seduto oltre quelle passate a scuola?"



5) Alla domanda: " In quale posizione vi sembra stia seduto?"

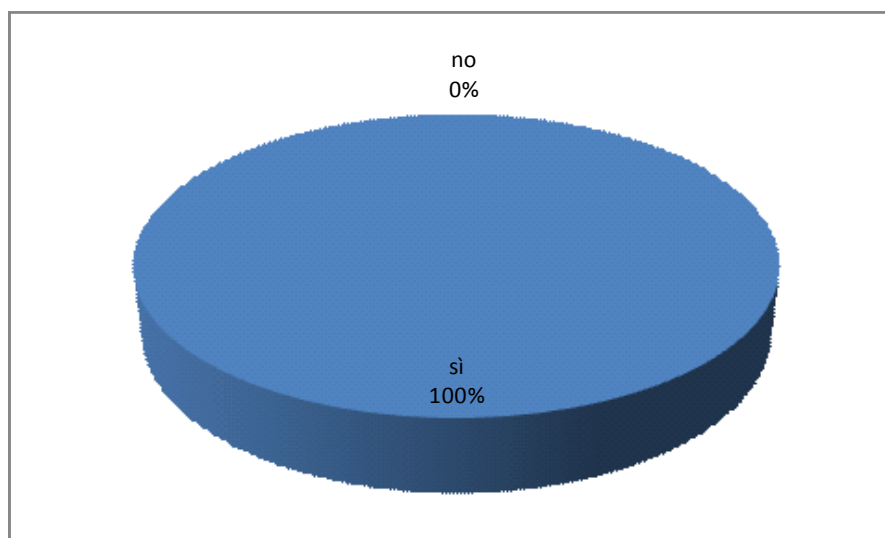


6) Alla domanda: "In una scala da 0 a 10 quanto pensate incida sul mal di schiena...."

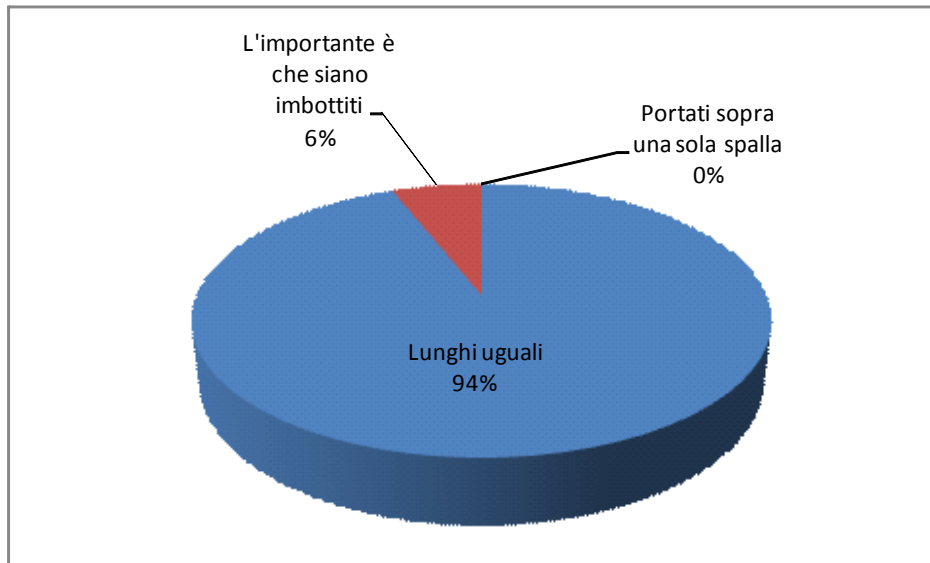


B) Questionari compilati dai 254 alunni partecipanti durante il secondo incontro con i fisioterapisti

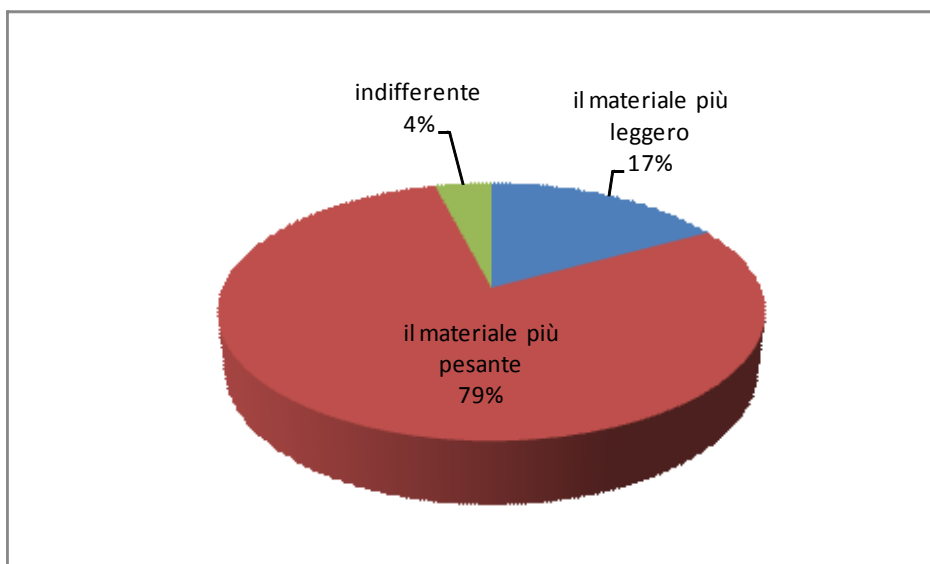
1) Alla domanda: ""La schiena va a scuola" ti ha insegnato cose nuove?"



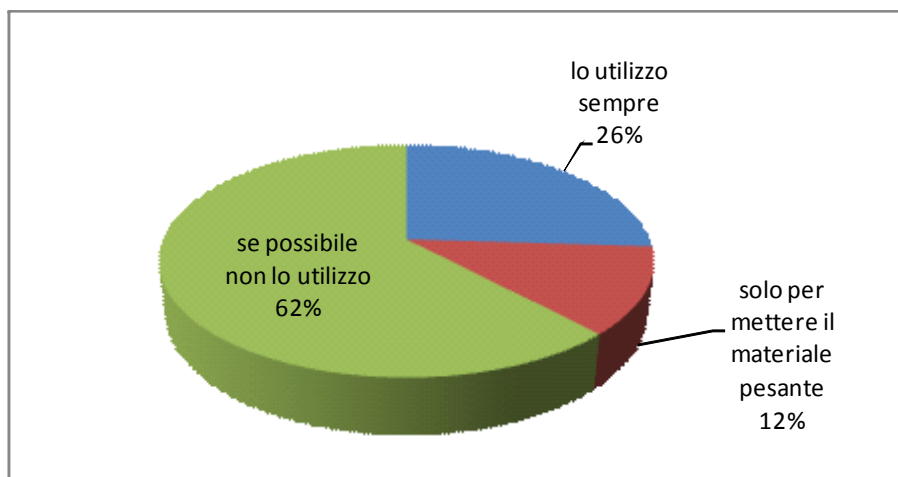
2) Alla domanda: "Quando porti lo zainetto gli spallacci devono essere:



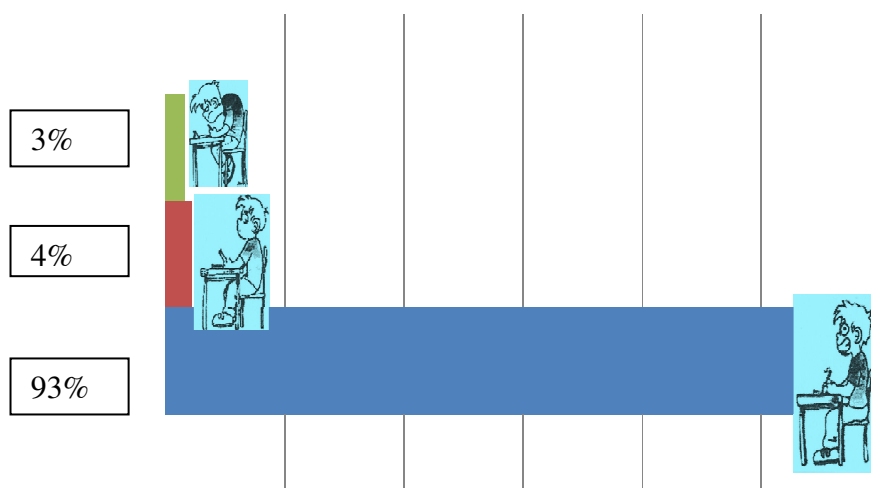
3) Alla domanda: "Quando riempi lo zainetto, partendo dallo schienale, cosa metti?"



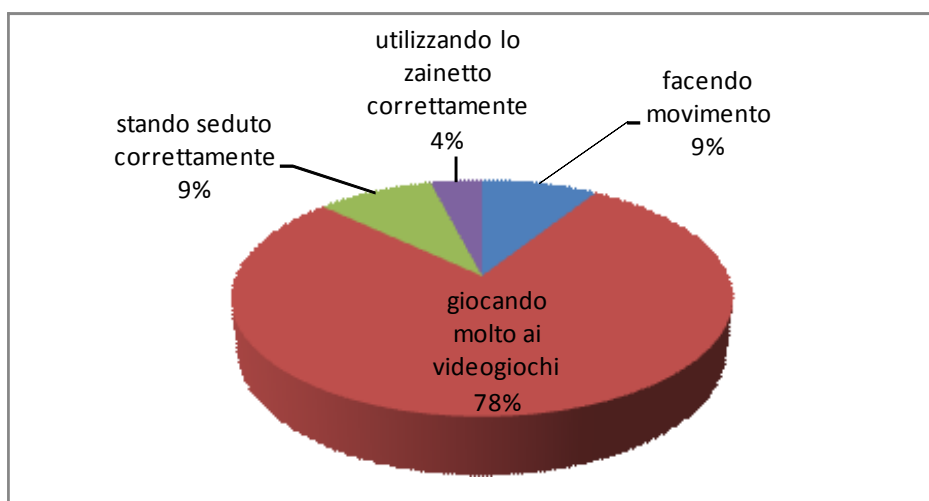
4) Alla domanda: "Se lo zaino ha il comparto a soffietto...."



5) Alla domanda: "Quale posizione è corretta?"



6) Alla domanda: "Quale di queste affermazioni è sbagliata? Posso prevenire il mal di schiena....."



Conclusioni

L'anno scolastico 2011/2012 ha visto i fisioterapisti iscritti all' A.I.F.I. (Associazione Italiana Fisioterapisti - Sezione Provinciale di Cuneo), dipendenti dell'ASLCN2 presso la SOC RRF di Bra, in collaborazione con l'ASLCN2 e l'Assessorato Competente del Comune di Bra, impegnati nel progetto pilota "La schiena va a scuola" che è stato accolto positivamente da tutti gli attori coinvolti (fisioterapisti, allievi delle classi V elementare di Bra, insegnanti e genitori) ed ha ottenuto un buon successo.

Il progetto ideato e realizzato, come un laboratorio esperienziale interattivo, ha permesso di fornire informazioni e strumenti atti a promuovere comportamenti e stili di vita corretti e utili nella prevenzione delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico dei ragazzi.

Lo slogan-progetto "La schiena va a scuola" ha rappresentato un simpatico richiamo per porre l'attenzione su un momento della vita dei bambini, quello dei primi anni di scuola, caratterizzati da importanti fenomeni di sviluppo, ma ha anche offerto la possibilità di portare alla luce dei dati sulle conoscenze e sui dubbi sia dei genitori che degli allievi.

Infine, questa positiva esperienza ha contribuito a rendere possibile, grazie alla collaborazione dei fisioterapisti iscritti AIFI, dell'Ufficio Scolastico Regionale e della Regione Piemonte Assessorato Sanità e Istruzione, la prosecuzione dell'intervento estendendolo, nell'anno scolastico 2012-2013, agli alunni delle classi prime delle scuole secondarie di primo grado della regione Piemonte.

Hanno collaborato alla realizzazione del Progetto: Direttore F.F. SOC RRF di Alba- Bra
Dott. Franco Franzè;
Operatori sanitari della SOC RRF di Alba- Bra (sede di Bra): Agù Barbara, Barbero Silvia,
Bona Marisa, Borgogno Paola, Laneri Luciana, Pallai Stefania, Revello Raffaella, Sacco
Giacomo.

Bibliografia

- 1) Med Sci Monit. 2011 Feb;17(2):PH12-5.Determination of intensity risk factors among school children with nonspecific low back pain Akdag B, Cavlak U, Cimbiz A, Camdeviren H.
- 2) Aust J Physiother. 2009;55(2):97-104.Exercise reduces the intensity and prevalence of low back pain in 12-13 year old children: a randomised trial. Fanucchi GL, Stewart A, Jordaan R, Becker P.Physiotherapy Department, University of Witwatersrand, South Africa.
- 3) Work. 2009;32(3):329-38.The backpack problem is evident but the solution is less obvious. Lindstrom-Hazel D.Department of Occupational Therapy, Western Michigan University, Kalamazoo, MI49009, USA.
- 4) Work. 2009;32(3):329-38.The backpack problem is evident but the solution is less obvious. Lindstrom-Hazel D.Department of Occupational Therapy, Western Michigan University, Kalamazoo, MI49009, USA.
- 5) Behav Res Ther. 2007 Sep;45(9):2034-43. Epub 2007 Mar 14Is cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome also effective for pain symptoms? Knoop H, Stulemeijer M, Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G.Expert Centre Chronic Fatigue, Radboud University Nijmegen Medical Centre, PostBox 9011, 6525 EC Nijmegen, The Netherlands
- 6) Eur Spine J. 2007 Jan;16(1):125-33. Epub 2006 Apr 25.Back education in elementary schoolchildren: the effects of adding a physical activity promotion program to a back care program. Cardon GM, de Clercq DL, Geldhof EJ, Verstraete S, de Bourdeaudhuij IM.Movement and Sports Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium.
- 7) Obes Rev. 2006 Aug;7(3):239-50.Musculoskeletal disorders associated with obesity: a biomechanical perspective.Wearing SC, Hennig EM, Byrne NM, Steele JR, Hills AP.School of Human Movement Studies, Queensland University of Technology, Qld, Australia.
- 8) Am Fam Physician. 2006 Jul 1;74(1):115-22.Chronic musculoskeletal pain in children: part I. Initial evaluation. Junnila JL, Cartwright VW.Army Medical Department Center and School, San Antonio, Texas, USA.Jennifer.
- 9) Pediatr Clin North Am. 2005 Apr;52(2):611-39, vii. Pediatric pain syndromes and management of pain in children and adolescents with rheumatic disease. Anthony KK, Schanberg LE. Division of Medical Psychology, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, DUMC Box 3527, Durham, NC 27710, USA.
- 10) Arch Dis Child. 2005 Mar;90(3):312-6. Epidemiology of low back pain in children and adolescents. Jones GT, Macfarlane GJ. ARC Epidemiology Unit and The Unit of Chronic Disease Epidemiology, Division of Epidemiology and Health Sciences, University of Manchester, UK.
- 11) Eur Spine J (2004) 13 : 663-679 Low back pain prevention's effects in schoolchildren. What is the evidence? F. Balague
- 12) Orthopedics. 2004 Nov;27(11):1172-5; quiz 1176-7. Effects of backpack carrying in children. Cottalorda J, Bourelle S, Gautheron V. Exercise and Disability Physiology and Pathophysiology Laboratory, University School of Medicine, Saint-Etienne, France.
- 13) Patient Educ Couns. 2004 Aug;54(2):133-42. Sitting habits in elementary schoolchildren: a traditional versus a "Moving school". Cardon G, De Clercq D, De Bourdeaudhuij I, Breithecker D. Department of Movement and Sports Sciences, Ghent University, Watersportlaan 2, 9000 Ghent, Belgium.

Corso di formazione "Benessere e Movimento" 2011-2012
per gli operatori sanitari dipendenti dell'ASLCN2
Luciana Laneri, Angela Fiorentini

Introduzione

Le alterazioni muscolo scheletriche costituiscono oggi un importante problema di salute in ambito occupazionale per le implicazioni psico-sociali, economiche e medico-legali che comporta.

La letteratura scientifica dimostra come il problema sia diffuso in tutti i paesi industrializzati, tanto da esser considerato un costo sociale così elevato da incidere in modo sostanziale sui bilanci, le politiche socio-economiche e le strategie occupazionali di ogni paese. Inoltre, in letteratura, è consolidato il nesso tra attività di movimentazione dei carichi e incremento del rischio di contrarre affezioni acute e croniche a carico dell'apparato locomotore.

In Italia il problema presenta le medesime caratteristiche degli altri paesi e negli ultimi anni è stato affrontato anche da un punto di vista normativo. La normativa ha così confermato la necessità di intervenire per governare e contenere questo fenomeno sociale costoso.

La prima considerazione da fare è che in ambito ospedaliero l'attività di movimentazione dei carichi ha caratteristiche peculiari rispetto a quella svolta in altri settori produttivi, alcuni fattori sono specifici e devono essere quindi essere analizzati:

- **l'oggetto della movimentazione:** il paziente, le caratteristiche di instabilità, di estrema mobilità durante le manovre, ma anche la difficoltà e l'attenzione che va posta nella presa rappresentano elementi estremamente sfavorevoli dal punto di vista ergonomico. Nel trasferimento del paziente l'operatore è spesso costretto a movimenti bruschi, veloci ed improvvisi, e si trova in una situazione di stress psichico dovuto al timore di provocare danno al paziente o di subirlo;
- **l'organizzazione degli spazi:** camere di degenza non adeguate, che non consentono di lavorare con posture corrette o di utilizzare gli ausili, oppure bagni con sanitari collocati in modo non idoneo;
- **la dotazione di ausili:** spesso carenti od obsoleti, la loro mancanza determina un sovraccarico di lavoro manuale che comporta un impegno della colonna vertebrale oltre i valori consigliati;
- **l'organizzazione dei turni di lavoro:** la turnistica del personale ospedaliero, sia dal punto di vista del numero di operatori in servizio, che dal punto di vista dalla distribuzione sulle fasce orarie che coincidono con momenti di picco dell'attività di movimentazione (il mattino) e momenti in cui l'attività è minore (la notte);
- **le caratteristiche degli atti compiuti:** frequenza, forza, ripetitività, sforzo, velocità, carico statico, rotazioni del tronco, flessione-estensioni;
- **fattori psico sociali e stress:** emerge una correlazione tra patologie muscolo-scheletriche e fattori psico-sociali, quali sensazioni di alto carico di lavoro, scarsa autonomia decisionale, scarsa partecipazione e scarso sostegno da parte del superiore;
- **la formazione/informazione:** se le nuove generazioni hanno, nel proprio bagaglio di conoscenze, nozioni relative alle più corrette posture da adottare durante l'attività lavorativa, vi è invece un numero consistente di lavoratori che non ha avuto adeguata formazione in tal senso. Vi sono inoltre alcuni fattori minori che molte volte non vengono considerati, ma che si ritiene siano importanti per svolgere correttamente, le attività assistenziali e di cura dei pazienti peculiari delle diverse figure sanitarie dal punto di vista ergonomico dell'operatore;
- **l'abbigliamento da lavoro:** lavorare con un camice o con pantaloni stretti e aderenti obbliga ad adottare strategie di movimento e posture non adatte al tipo di attività da svolgere; essi infatti non permettono libertà di movimento e possibilità di utilizzare più correttamente gli arti inferiori;
- **le calzature:** calzature che non aderiscono bene al suolo fanno perdere in forza di spinta e in sicurezza. Aumentano il rischio di scivolare obbligando a bruschi movimenti di riequilibrio che si ripercuotono a livello della schiena.

Obiettivi della formazione

In ambito sanitario è difficile attuare l'eliminazione definitiva di tutti i fattori di rischio, come prevede la normativa, tuttavia le strategie preventive a breve e lungo termine che possono essere utilizzate consentono una loro notevole diminuzione.



Tra queste strategie troviamo l'introduzione di ausili e procedure adeguate all'interno degli ambienti ospedalieri, la sorveglianza sanitaria del medico competente e soprattutto la formazione e informazione degli addetti. La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente con accertamenti preventivi, periodici o straordinari, eventualmente in collaborazione con altri medici specialisti. La sua finalità è il giudizio di idoneità del lavoratore alla mansione specifica.

Un'adeguata formazione del personale addetto, comprensiva di un buon addestramento pratico, consente di ridurre sensibilmente il rischio da Movimentazione Manuale di Carichi (MMC).

Gli obiettivi della formazione/informazione si possono così riassumere:

- 1) conoscere la normativa in fatto di sicurezza negli ambienti di lavoro riguardo la movimentazione dei carichi;
- 2) prevenire i disturbi muscolo-scheletrici (soprattutto della colonna vertebrale) durante le attività lavorative con posture corrette;
- 3) conoscere e saper usare la corretta metodologia per lo spostamento dei pazienti;
- 4) conoscere gli ausili.

Analisi del corso di formazione dell'ASLCN2

L'ASLCN2 ha promosso un evento formativo all'interno del quale hanno collaborato il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio di Recupero e di Riabilitazione Funzionale e il S.I.T.R.P.O. per l'organizzazione e la preparazione del corso.

L'attività di formazione del personale è stata affidata ai fisioterapisti della SOC RRF di Alba e di Bra e al Medico Competente.

Il corso è stato rivolto a tutto il personale che svolge attività di assistenza a contatto con i malati (Infermieri, Infermieri pediatrici, Infermieri generici, OSS, tecnici di radiologia, Ostetriche, Educatori, Assistenti Sanitarie) con priorità riguardo agli operatori che svolgono il loro servizio in reparti segnalati dal Servizio di Prevenzione e Protezione.

Il corso ha avuto la durata di 8 ore suddivise in 2 incontri. L'evento formativo ha avuto inizio nel maggio 2011 ed è continuato nel 2012 per un totale di 28 edizioni.

Gli incontri formativi sono stati strutturati in una parte teorica in plenaria (max 88 operatori-discenti) e una parte pratica in piccoli gruppi (max 22 operatori-discenti).

I contenuti del corso sono stati suddivisi in:

1. una parte teorica:
 - la normativa;
 - il movimento per l'operatore e per il paziente;
 - cenni di anatomia e fisiologia del rachide;
 - patologie da sovraccarico del rachide, degli AA.SS e degli AA.II;
 - elementi di riferimento per il rischio da movimentazione;
 - elementi di ergonomia;
 - passaggi posturali e tecniche di trasferimento;
 - ausili esistenti per i vari spostamenti;
2. una parte pratica:

- visione degli ausili e addestramento al loro utilizzo;
- visione ed esercitazione per le tecniche di trasferimento;
- esercizi per l'operatore.

I contenuti sopra descritti sono stati inseriti all'interno del sito aziendale e quindi consultabili e scaricabili dagli operatori stessi.

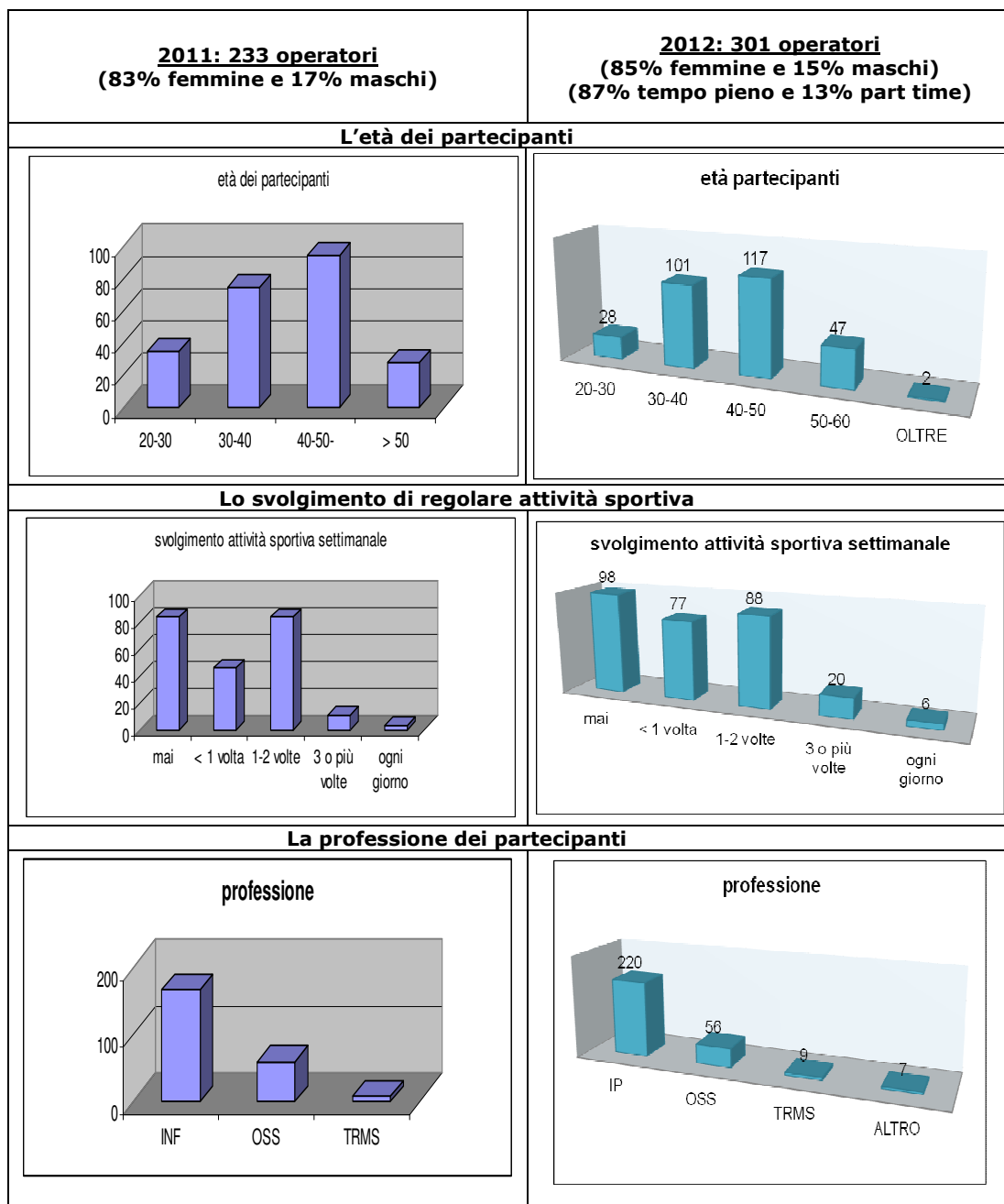
Al personale discente è stata proposta una scheda anonima tramite la quale sono state rilevate delle informazioni utili per avere un quadro ex ante all'evento formativo.

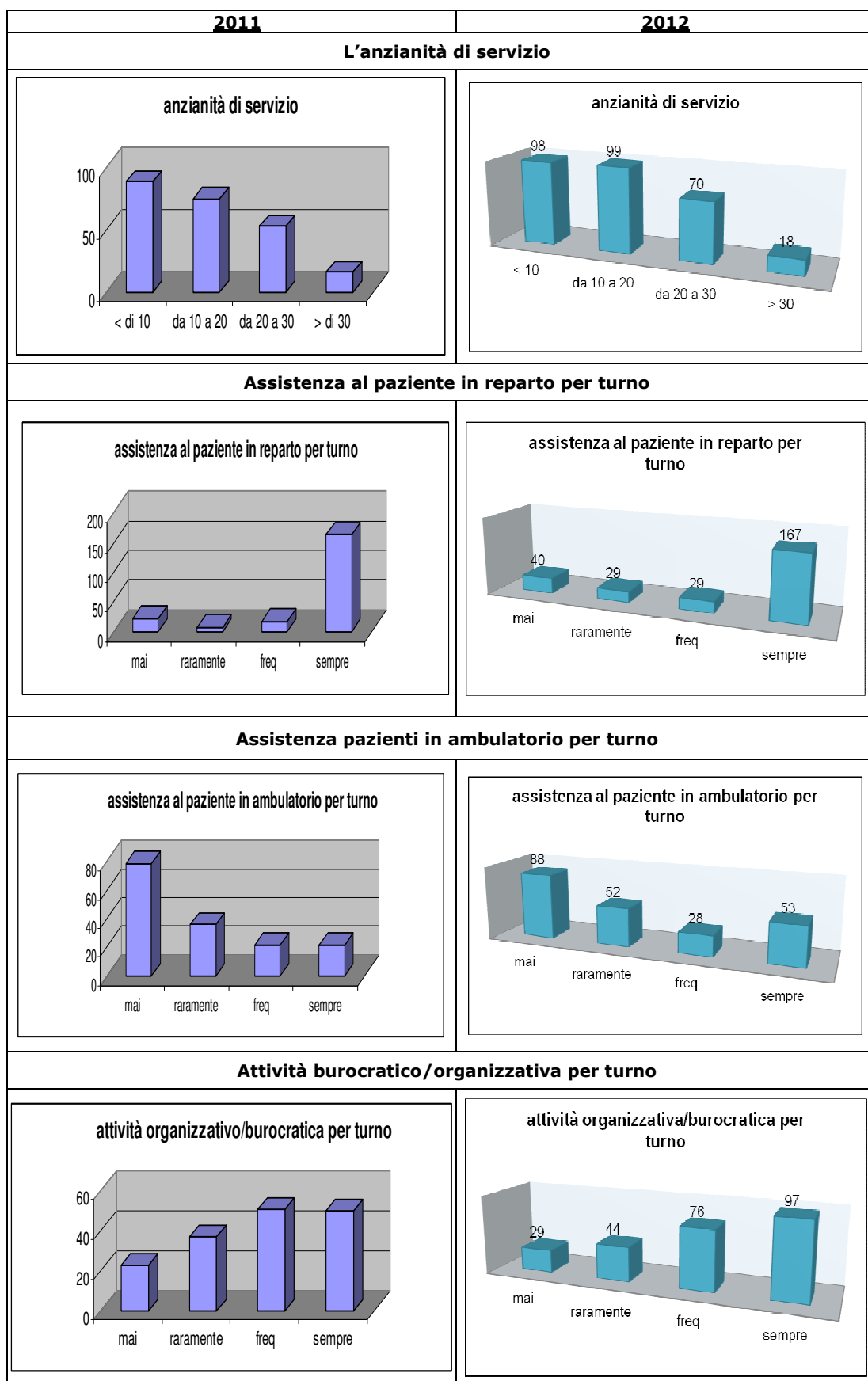
Risultati

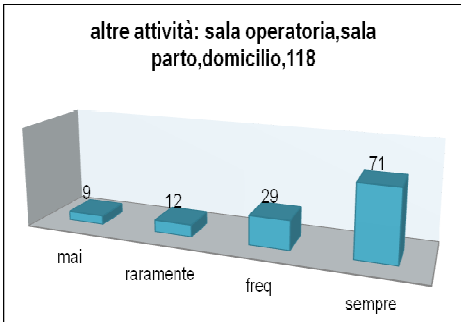
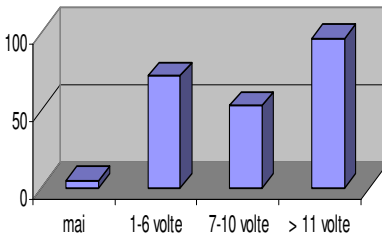
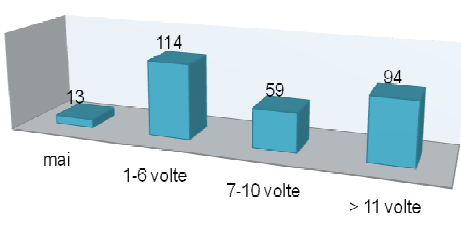
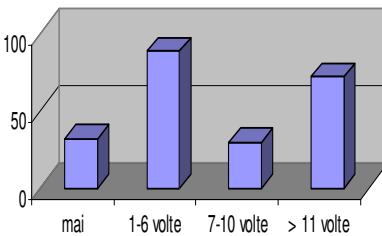
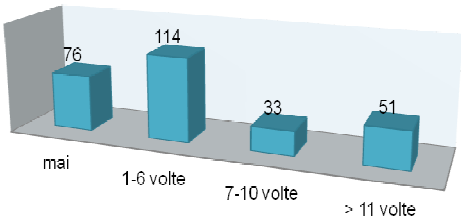
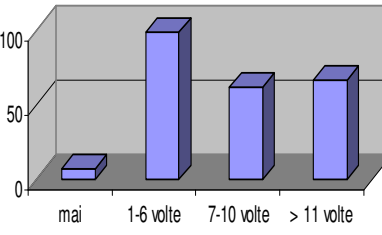
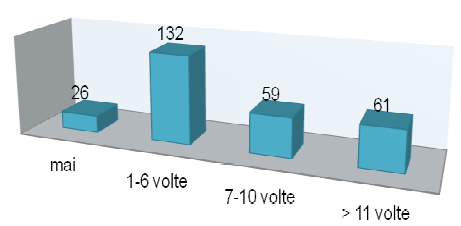
Di seguito sono riportati i risultati per l'anno 2011 relativi all'elaborazione dati contenuti nella scheda informativa compilata dai 233 operatori partecipanti e i risultati per l'anno 2012 relativi alla scheda informativa (lievemente modificata) compilata dai 301 operatori che hanno partecipato all'aggiornamento.

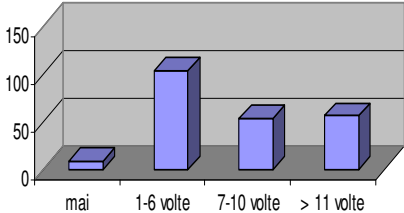
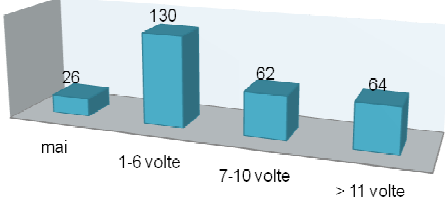
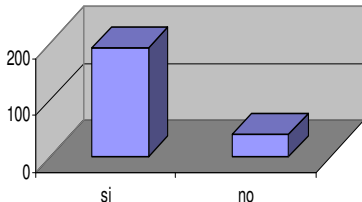
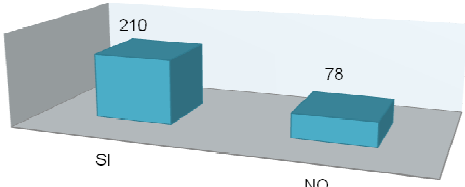
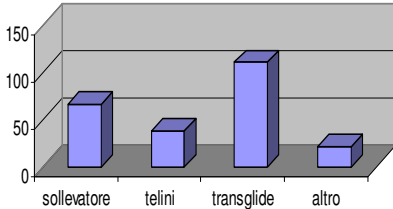
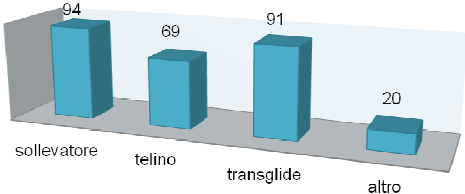
Tutti i discenti hanno superato la verifica di apprendimento ed il corso ha ottenuto un buon indice di gradimento.

Analizzando le risposte ricevute (purtroppo non tutti hanno risposto in modo completo alla scheda informativa), sono emersi diversi spunti di riflessione.

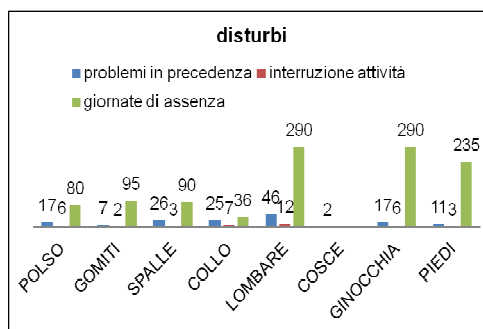
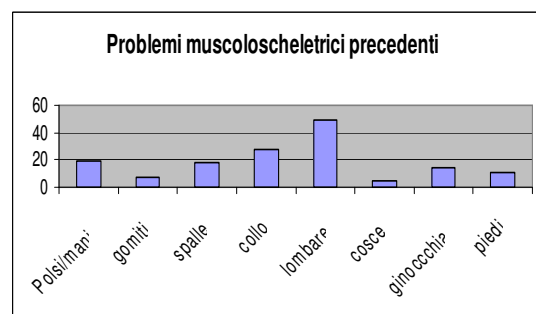
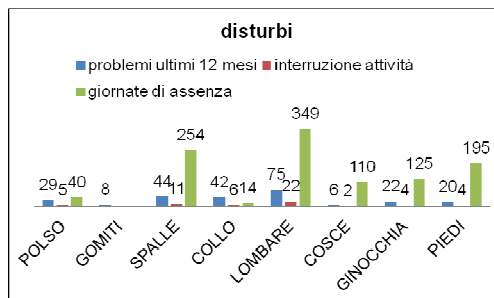
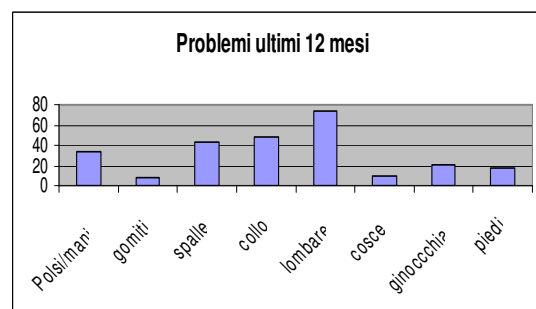
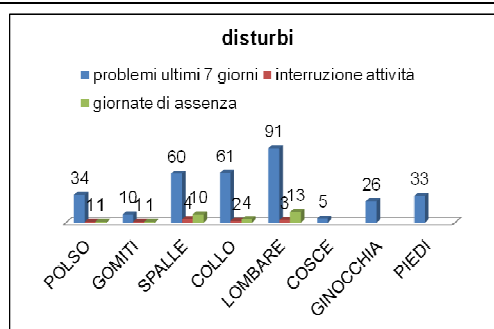
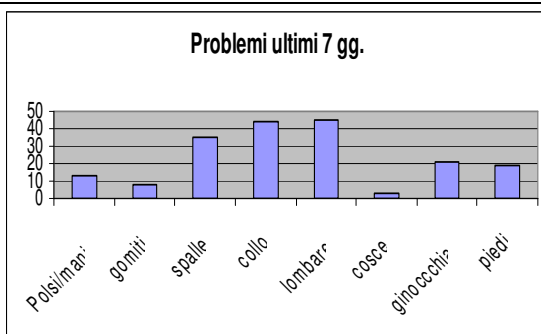




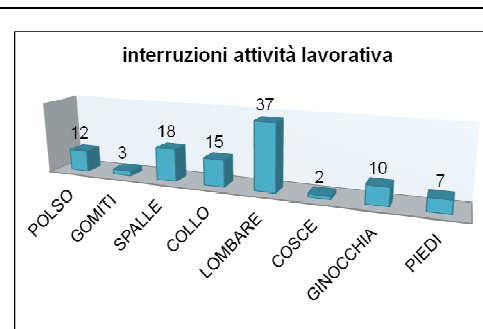
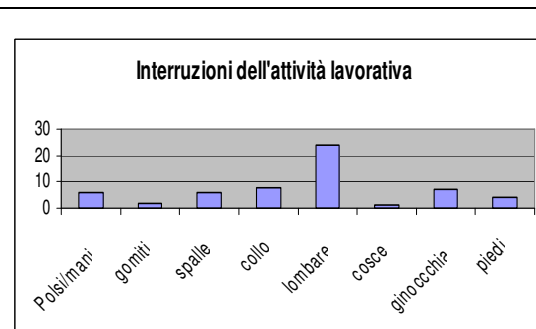
2011	2012																				
	Altre attività																				
	altre attività: sala operatoria,sala parto,domicilio,118  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>raramente</th><th>freq</th><th>sempre</th></tr><tr><td>Valore</td><td>9</td><td>12</td><td>29</td><td>71</td></tr></table>	Frequenza	mai	raramente	freq	sempre	Valore	9	12	29	71										
Frequenza	mai	raramente	freq	sempre																	
Valore	9	12	29	71																	
Movimentazione dei pazienti per turno																					
movimentazione dei pazienti in reparto per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>~10</td><td>~85</td><td>~65</td><td>~105</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	~10	~85	~65	~105	movimentazione dei pazienti in reparto per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>13</td><td>114</td><td>59</td><td>94</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	13	114	59	94
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	~10	~85	~65	~105																	
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	13	114	59	94																	
Rifare il letto per turno																					
rifare il letto per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>~45</td><td>~100</td><td>~40</td><td>~85</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	~45	~100	~40	~85	rifare il letto per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>76</td><td>114</td><td>33</td><td>51</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	76	114	33	51
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	~45	~100	~40	~85																	
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	76	114	33	51																	
Trasporto letto/barella/carrozzina per turno																					
trasporto letto/barella /carrozzina per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>~15</td><td>~105</td><td>~75</td><td>~85</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	~15	~105	~75	~85	trasposto letto/barella/carrozzina per turno  <table><tr><th>Frequenza</th><th>mai</th><th>1-6 volte</th><th>7-10 volte</th><th>> 11 volte</th></tr><tr><td>Valore</td><td>26</td><td>132</td><td>59</td><td>61</td></tr></table>	Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte	Valore	26	132	59	61
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	~15	~105	~75	~85																	
Frequenza	mai	1-6 volte	7-10 volte	> 11 volte																	
Valore	26	132	59	61																	

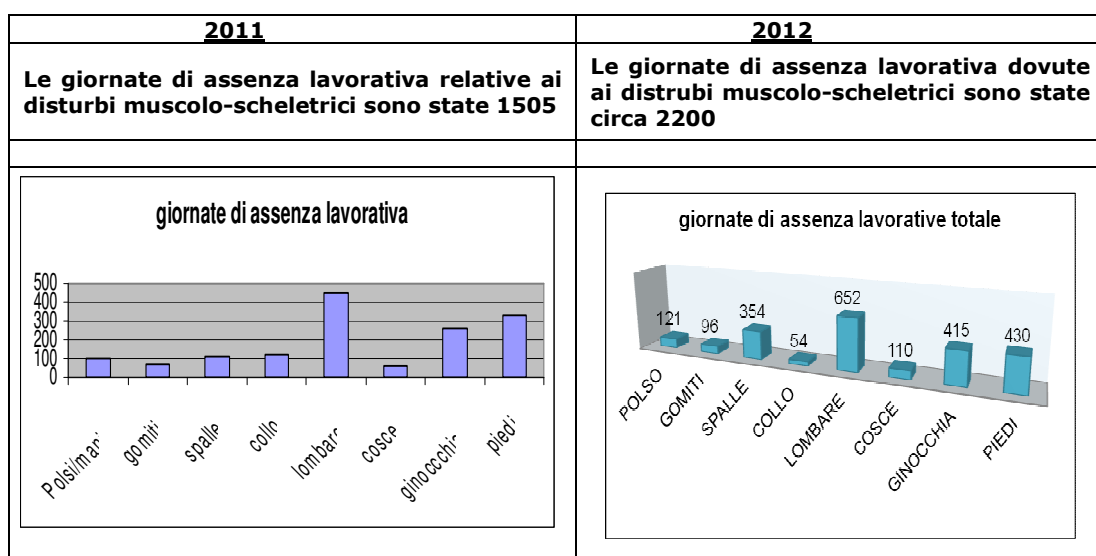
2011	2012
Movimentazione oggetti pesanti per turno	
movimentazione oggetti pesanti per turno 	movimentazione oggetti pesanti per turno 
Utilizzo di ausili per la movimentazione	
utilizzo di ausili 	utilizzo ausili 
Ausili maggiormente utilizzati	
ausili utilizzati 	ausili utilizzati 
Ha già svolto un corso di formazione sulla Movimentazione Manuale Pazienti (MMP)	
Circa il 50% dei discenti	Il 44% dei discenti
Circa il 9% ha riferito una diminuita idoneità alla mansione	Circa il 13 % ha riferito una diminuita idoneità lavorativa e il 72% di questi riferisce un cambiamento nell'attività lavorativa
Circa l'84% riferisce di avere o di aver avuto problemi in uno o più distretti corporei	Il 77% riferisce di avere o di aver avuto problemi in uno o più distretti corporei

Dolori incorsi negli ultimi 7 giorni/ dolori negli ultimi 12 mesi/ dolori in precedenza, così distribuiti:



Le interruzioni dell'attività lavorativa per disturbi muscolo-scheletrici riferite (conteggio globale)





Conclusioni

La formazione del personale alla corretta movimentazione dei pazienti risulta essere un momento indispensabile e cruciale nell'organizzazione del lavoro ospedaliero e la relazione finora esposta può fornire utili indicazioni.

L'attività di prevenzione deve essere basata sulla valutazione del rischio, sulla introduzione di ausili e procedure adeguate, sulla sorveglianza sanitaria e sulla formazione degli addetti. Gli interventi che si possono attuare sul personale possono essere ricondotti all'attività di formazione mirata a: far conoscere i rischi che comporta la mansione, addestrare ad atteggiamenti posturali ed alle manovre più corrette, sensibilizzare allo svolgimento di attività motoria.

La formazione del personale deve essere accompagnata da un'analisi delle risorse (strutturali, economiche, organizzative, umane) e da un'integrazione con appositi interventi sulla progettazione del lavoro e degli spazi ospedalieri.

Notevole importanza, infine, riveste la verifica dell'apprendimento da parte degli operatori e la verifica degli esiti nel breve-medio e lungo termine.

L'efficacia degli interventi sulla MMP non può prescindere da un "approccio multifattoriale" che, attraverso il confronto dei costi-benefici della formazione, degli investimenti per gli ausili, delle assenze dal lavoro per patologie e dell'utilizzo degli ausili stessi, rappresenta la strada per ottenere risultati positivi sul benessere degli operatori addetti e sul miglioramento della qualità di assistenza erogata al paziente, con conseguente risparmio economico nell'erogazione dei servizi e una ricaduta positiva sull'organizzazione che ne ha disposto le risorse a tutti i livelli.

Hanno collaborato alla realizzazione del Progetto:

Operatori sanitari della SOC RRF di Alba- Bra (sede di Bra): Agù Barbara, Bagni Laura, Barbero Silvia, Bona Marisa, Borgogno Paola, Ciriotti Eugenia, Dacomo Lucia, Fiorentini Angela, Fissore Gemma, Laneri Luciana, Masoero Giovanna, Pallai Stefania, Perna Cristina, Pilzer Alessandra, Revello Raffaella, Sacco Giacomo, Testone Laura

Direttore S.C. Spresal – Dott.ssa Santina Bruno

Responsabile S.S.D. Medico Competente – Dott.ssa Silvia Amandola

Gli interventi a favore dei minori con difficoltà di apprendimento

Paola Di Piero, Giuseppina Intravaia, Daniele Saglietti, MariaTeresa Bruni,
Alessandra Ferraris, Eugenia Baldi

L'area della Psicologia dello Sviluppo, all'interno della Struttura Complessa di Psicologia, si prende cura dei bisogni psicologici dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie, cui risponde mediante un'attività ambulatoriale diretta (preventiva, diagnostica e terapeutica) e un'attività indiretta di natura consulenziale rivolta a servizi sanitari, socioassistenziali, educativi e giudiziari, Tribunale Ordinario e per i Minorenni.

La modalità di lavoro prevede, a partire dalla prima richiesta fatta dai genitori, "una valutazione complessiva che include una dettagliata storia dello sviluppo del bambino, una rassegna delle preoccupazioni e dei sintomi principali, una valutazione dei fattori biomedici e un'esplorazione dei pattern familiari, scolastici e ambientali." (1)

Gli interventi vengono modulati in base all'età del minore, al tipo di problematica presentata e alle risorse familiari e di contesto presenti; possono quindi essere effettuate osservazioni della relazione genitori-bambino, osservazioni dirette del minore, valutazioni della maturazione emotivo-affettiva e delle competenze cognitive e scolastiche, anche con l'utilizzo di test cognitivi e proiettivi adeguati all'età.

Nei grafici seguenti sono riportati alcuni dati relativi alle prime visite effettuate nell'anno 2014 negli ambulatori della Psicologia dello Sviluppo di Alba e Bra: il numero di minori che ha avuto accesso per la prima volta nel 2014 è di 362¹, con una percentuale di maschi del 58% e di femmine del 42%, come riportato nel grafico 1.

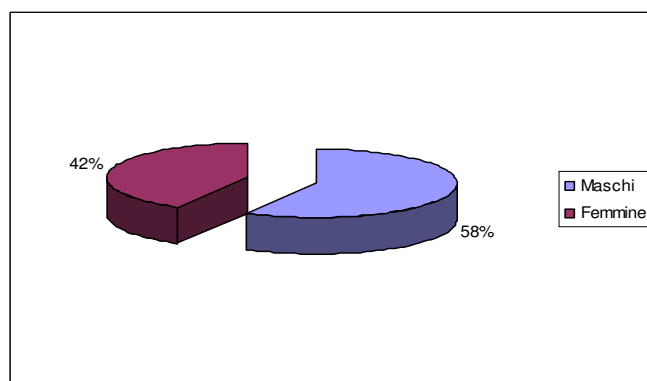


Grafico 1 – suddivisione in base al genere, nuovi accessi 2014

La provenienza degli utenti del Servizio è prevalentemente legata al territorio dell'ASL CN2, come si evince dal grafico 2; in considerazione della tipologia degli utenti, il legame con le agenzie territoriali (soprattutto educative e socio-assistenziali) è spesso significativo nella progettualità degli interventi.

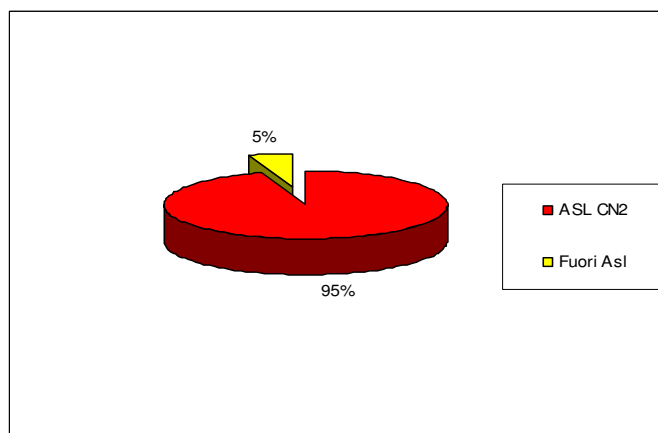


Grafico 2 – provenienza utenti

¹ Si sottolinea che il dato sopra riportato si riferisce ai pazienti che hanno avuto accesso per la prima volta al Servizio nel corso dell'anno 2014. Il numero di minori effettivamente in carico, comprensivo di quelli già conosciuti negli anni precedenti e ancora in carico terapeutico, supera di poco le 1.000 unità.

Nel grafico seguente si evidenziano le fasce di età dei minori che hanno avuto accesso al Servizio per la prima volta nel 2014. Le percentuali in rapporto all'età confermano come il periodo della frequenza della scuola dell'obbligo sia quello in cui maggiormente possono emergere elementi di disagio e difficoltà a livello familiare e individuale.

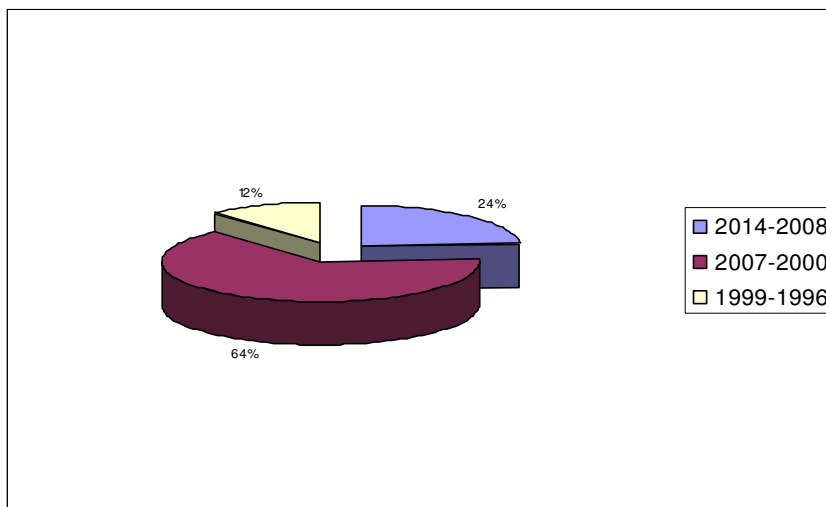


Grafico 3 – suddivisione utenti per fasce di età

Tra le attività della Psicologia dello Sviluppo si ritiene interessante presentare più nello specifico il percorso diagnostico relativo ai disturbi dell'apprendimento scolastico.

Il numero di bambini che presentano difficoltà nell'apprendimento scolastico è in costante aumento negli ultimi anni, con una crescente richiesta da parte delle famiglie e degli insegnanti. L'ampliamento delle conoscenze scientifiche sui processi di apprendimento e lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici hanno reso possibile una migliore comprensione delle difficoltà cognitive e la possibilità di mettere a punto interventi di potenziamento e recupero. Parallelamente, il cambiamento di fattori di tipo sociale e culturale ha fatto sì che molte famiglie e istituzioni scolastiche tendano a privilegiare un modello causale dei problemi di apprendimento orientato alla difficoltà cognitiva piuttosto che a fattori di tipo motivazionale, come accadeva in passato. Risulta perciò indispensabile la messa a punto di modelli di diagnosi delle difficoltà di apprendimento; a partire da un'accurata fase di "filtro" iniziale, è necessario considerare il minore nella sua globalità, comprese le eventuali implicazioni di tipo medico, e valutare le difficoltà di apprendimento (e le possibili difficoltà di comportamento spesso associate) in un'ottica che tenga conto degli aspetti individuali, della dimensione evolutiva, di quella familiare e di quella scolastica.

Spesso si tende a confondere le difficoltà scolastiche in senso generale con i Disturbi Specifici di Apprendimento, che costituiscono una percentuale decisamente più ridotta.

La categoria dei Disturbi Specifici di Apprendimento, convenzionalmente identificata con l'acronimo DSA, fa riferimento a disturbi delle abilità scolastiche di base, cioè lettura, scrittura e calcolo. Si parla, infatti, di dislessia in caso di disturbo della lettura, di disortografia e disgrafia in caso di disturbi della scrittura (rispettivamente nel controllo ortografico e nella manualità) e di discalculia nel caso di disturbi delle abilità di calcolo. La qualifica di "specifico" fa riferimento al fatto che il disturbo interessa un particolare dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale.

Perché si possa formulare una diagnosi di DSA è necessario che non vi siano compromissioni dal punto di vista cognitivo (anche se sono sempre presenti problematiche in una o più funzioni cognitive sottese alle abilità scolastiche) e che le difficoltà, valutate con strumenti standardizzati, siano di una certa entità, ben definita da linee-guida nazionali e da standard internazionali. È necessario, inoltre, che siano escluse menomazioni sensoriali e neurologiche e disturbi significativi della sfera emotiva che, di per sé, potrebbero causare le difficoltà di apprendimento, e situazioni ambientali di svantaggio socio-culturale che possono interferire con un'adeguata istruzione.

Le neuroscienze hanno fornito in questi anni ulteriori dati rispetto all'ipotesi che questi disturbi possano sottendere una "disfunzione" neurobiologica, con conseguenti nuove aperture e indicazioni neuropsicologiche e rivisitazioni pedagogiche verso il mondo della scuola che hanno richiesto adattamenti sociali e giuridici. Nell'Ottobre 2010 è stata

promulgata una legge sui Disturbi Specifici di Apprendimento (D.L.170/2010) che regolamenta a livello nazionale i percorsi diagnostici, la certificazione del disturbo di apprendimento e le facilitazioni cui il soggetto con DSA ha diritto in tutto il suo percorso scolastico (dalla scuola dell'infanzia alla formazione post-universitaria) e in altri ambiti della vita quotidiana (ad esempio, nel conseguimento della patente di guida).

Diventa quindi prioritario affinare gli strumenti che permettono di differenziare le varie situazioni di difficoltà scolastiche, di orientare gli interventi sanitari più adeguati e di rendere più efficaci le risposte alle richieste delle persone.

Sulla base di queste esigenze, l'ASL CN2 ha attivato, da settembre 2009, un ambulatorio dedicato alle difficoltà scolastiche, in cui sono presenti contemporaneamente specialisti di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia dello Sviluppo. La presenza di più specialisti fin dalla prima visita può permettere l'avvio più veloce di una valutazione diagnostica mirata e di eventuali percorsi di trattamento specifici. L'ambulatorio ha cadenza quindicinale e si svolge nella sede dei Poliambulatori Ospedalieri di via Diaz, 10 - Alba. Ad esso afferiscono, con accesso diretto su prenotazione, minori e famiglie di tutto il territorio dell'ASL (Alba - Bra) che presentino disturbi dell'apprendimento, in particolare quando questi siano segnalati e condivisi dalla scuola con la famiglia. Le visite presso l'ambulatorio sono esenti ticket.

La normativa più recente adottata dalla Regione Piemonte in materia di DSA (D.D. n. 496 del 22 Maggio 2014) ha definito in maniera più precisa le procedure diagnostiche e la certificazione scolastica: dal 2014 l'ambulatorio svolge anche funzioni di primo filtro e di avvio dell'iter diagnostico che può portare alla certificazione scolastica, garantendo il rispetto della tempistica fissata dalla normativa (6 mesi).

Si riportano alcuni dati, considerati più significativi, sugli accessi effettuati presso l'ambulatorio durante l'anno 2014. Le visite effettuate sono state 104. Il 9% dei primi colloqui hanno avuto un secondo controllo nell'arco di 3 mesi. Nella maggior parte dei casi il controllo è stato motivato dall'età dei minori (la diagnosi di dislessia e disortografia può essere formulata solo alla fine del secondo anno di frequenza della scuola primaria; quella di discalculia alla fine del terzo anno).

Nel grafico 4 è riportata la suddivisione in base al genere.

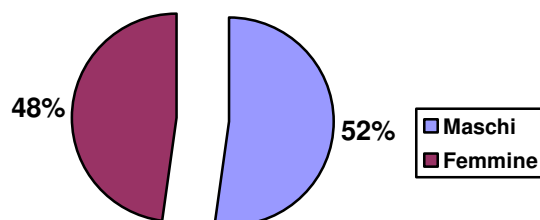


Grafico 4 - genere

La lieve prevalenza dei maschi rispetto alle femmine è in linea con i dati riportati dalla letteratura italiana e internazionale (2). In realtà non vi sono evidenze scientifiche certe sul fatto che i disturbi di apprendimento siano più frequenti nei maschi, ma è stata dimostrata la maggiore associazione nei maschi tra disturbi di apprendimento e difficoltà comportamentali che fanno sì che i maschi siano più frequentemente e più precocemente segnalati all'attenzione degli specialisti.

Il grafico 5 presenta la suddivisione per provenienza territoriale. La normativa regionale sui DSA prevede che la certificazione scolastica sia vidimata dal GDSAp (Gruppo per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento) dell'ASL competente per residenza del minore: questo cambiamento rispetto al passato può aver determinato una riduzione della richiesta di provenienza extraterritoriale, molto più elevata negli anni precedenti. Afferisce all'ambulatorio, tuttavia, un certo numero di minori provenienti dalle zone limitrofe al territorio ASL.

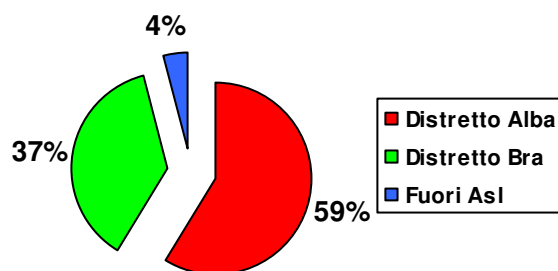


Grafico 5 – provenienza territoriale

Il numero di richieste di prima visita non è costante, ma segue ritmi diversi in base ai periodi dell'anno scolastico. Come si può vedere dal grafico 6, che sintetizza i dati relativi alle prime visite nei diversi mesi dell'anno, oltre il 70% degli accessi si verifica da gennaio in poi. Questo momento dell'anno scolastico, che coincide con la fine del primo quadrimestre (o con gli scrutini del trimestre) corrisponde al momento in cui le scuole comunicano alle famiglie la presenza di difficoltà di apprendimento oppure le famiglie ritengono opportuno approfondire difficoltà preesistenti alla luce dei riscontri scolastici.

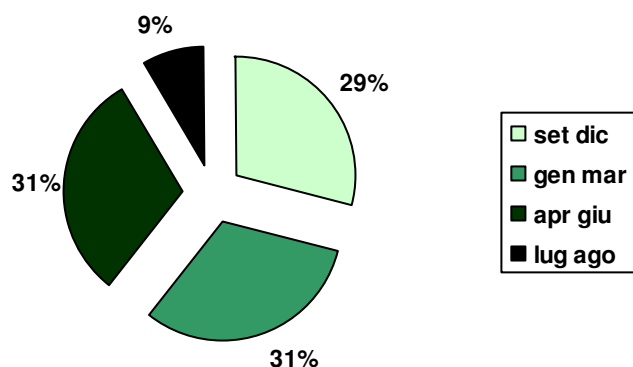


Grafico 6 – variazione del numero delle richieste nell'anno

Come si evince dal grafico 7, la maggior parte delle richieste di prima visita riguardano minori che frequentano la scuola primaria. Questo dato riflette la sempre maggiore attenzione da parte degli insegnanti della scuola primaria verso le problematiche legate all'apprendimento delle abilità di base.

Del resto questo è il periodo dello sviluppo più idoneo per la diagnosi, ma anche per l'intervento diretto sulle difficoltà del minore, prima che si instaurino modalità di compensazione disfunzionale dei problemi.

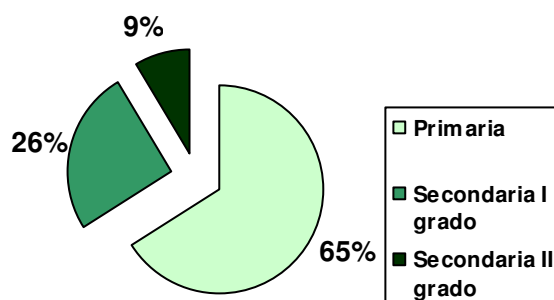


Grafico 7 – Richieste di prime visite suddivise per scuola di appartenenza dei minori

A distanza di un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, i dati relativi alle certificazioni emesse per DSA sembrano allineati con la media nazionale: l'incidenza delle diagnosi rispetto al numero di accessi per difficoltà scolastiche si attesta intorno al 3,5 %.

I minori con difficoltà sul versante cognitivo richiedono, oltre le fasi di valutazione, diagnosi ed eventuale certificazione, interventi clinici di presa in carico che consentano il monitoraggio nei successivi momenti evolutivi. L'attività clinica viene erogata sia in forma diretta verso i minori e le famiglie, sia con modalità indiretta a favore delle diverse agenzie educative.

In tal senso si vanno parallelamente sempre più consolidando i percorsi integrati di diagnosi e trattamento, con l'obiettivo di rendere più precisa e pertinente la capacità diagnostica degli operatori e di migliorare in modo significativo la qualità di vita complessiva dei minori e delle famiglie.

Riferimenti bibliografici

(1) AA.VV Manuale Diagnostico Psicodinamico. Raffaello Cortina, Milano, 2008

(2) Mather N., Wendling B.J. "Essentials of Dyslexia Assessment and Intervention. Wiley, 2012

Linee guida MIUR sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento, 2011

Si ringraziano per la collaborazione:

- gli psicologi psicoterapeuti dell'Area della Psicologia dello Sviluppo, sedi di Alba e Bra: Nadia Boido, Luisella Canale, Ilenia Costamagna, Laura Lusso, Maurizio Perucca, Luisa Vicino

- la dott.ssa Marina Patrini, direttore della SOC di Neuropsichiatria Infantile e lo staff NPI

- per l'elaborazione dei dati la dr.ssa Roberta Michelazzo, psicologa in formazione e la sig.ra Federica Delfino, studentessa in Scienze e Tecniche Psicologiche

Controlli veterinari in un impianto industriale di produzione di carni avicole: raccolta e valutazione dei dati ai fini di salvaguardare la salute dei consumatori

Maurizio Piumatti, Clara Barbiero, Marino Bonelli, Lisa Bovina, Elena Bruno, Alberto Cacciatore, Francesca Fioretto, Giancarlo Migliassi, Mariarosaria Sasso, Mauro Noè

Tra gli obiettivi dei Servizi Veterinari delle ASL vi è il controllo degli alimenti di origine animale e della loro sicurezza. Nel presente lavoro vengono descritti i principali cambiamenti economici, sociali e politici che, a partire dagli anni '80, hanno determinato importanti modifiche nelle strategie di controllo ufficiale e le più significative norme di riferimento, in particolare il Reg. 854/2004 CE. In virtù dell'evoluzione tecnica, commerciale e legislativa verificatasi nel settore delle carni, e allo scopo di analizzare andamento e tipologia dei controlli, vengono pertanto descritti i risultati ottenuti dalla raccolta e dalla elaborazione di alcuni dati relativi ad un impianto industriale per la macellazione di polli da carne:

- Valutazione mensile, riferita a dati soglia di riferimento, della percentuale degli animali non idonei alla macellazione alle visite ante e post mortem;
- numero animali esaminati ante e post mortem nei vari turni lavorativi;
- numero animali non idonei alla macellazione alla visita ante mortem;
- numero animali non idonei al consumo umano alla visita post mortem;
- numero non conformità documentali o di altra natura delle partite degli animali macellati.

Premessa

Il controllo Ufficiale Veterinario negli impianti industriali di macellazione e di lavorazione dei prodotti di origine animale ha subito nel tempo una serie di cambiamenti.

Negli anni '80 i controlli ufficiali erano caratterizzati da una forte ricerca della certificazione di prodotto. Punti fondamentali dell'attività ispettiva erano la verifica della correttezza dei requisiti strutturali ed igienico sanitari, ma soprattutto la certificazione della sicurezza "a valle" della filiera. La presenza di patologie come la Tubercolosi o la Brucellosi, imponeva negli impianti di macellazione, un'attività ispettiva di tipo seriale e minuziosa, volta ad evidenziare lesioni patologiche pregresse o in atto (malattie infettive e/o parassitarie ndr).

Questo tipo di impostazione, per il resto necessaria, spesso si trasformava nella mera esecuzione di adempimenti formali e sfociava in interventi non sempre dettati da una valutazione scientifica del rischio.

Negli anni 90, grazie alla puntuale applicazione dei piani di profilassi nazionali delle principali malattie infettive, si assiste ad un grande miglioramento della sanità di base negli allevamenti. La diminuzione delle patologie negli allevamenti e il conseguente invio al macello di animali provenienti da allevamenti con uno standard sanitario migliore, indirizzano l'attenzione e le strategie dei controlli ufficiali verso verifiche di criteri di igiene dei processi o più in generale su aspetti igienico sanitari delle lavorazioni. Pertanto il Veterinario Ufficiale deve ampliare le proprie conoscenze nei confronti anche delle tecniche di lavorazione, di trasformazione e di conservazione delle carni. Gradatamente si assiste ad una parziale revisione della visita Ante e Post Mortem.

Contestualmente assumono notevole importanza gli accertamenti sanitari e le relative documentazioni ufficiali di Sanità animale e le autocertificazioni degli animali inviati alla macellazione che attestano lo stato sanitario del bestiame. Viene introdotto il concetto di una supervisione sulle attività di produzione degli alimenti all'interno degli stabilimenti. Le nuove regole impongono un trasferimento di compiti e responsabilità ai titolari delle aziende. Questa impostazione richiede maggiori attenzioni nel corso delle verifiche ufficiali alla gestione e alle garanzie igienico sanitarie previste nei piani di autocontrollo e alla capacità dell'operatore di gestire eventuali problematiche.

Attualmente assistiamo ad un consolidamento delle scelte strategiche degli anni '90. In particolare ad una più diretta responsabilità degli operatori, all'introduzione del principio di precauzione e dell'analisi dei rischi ed all'integrazione delle attività di controllo veterinario lungo tutti gli anelli della filiera.

L'attuale controllo ufficiale, pur mantenendo le possibilità di intervento del passato, si orienta alla verifica delle capacità di governo dei processi produttivi, alle relazioni tra gli anelli della filiera e alle capacità di intervento rapido per il ritiro o il richiamo di prodotti non idonei al consumo alimentare umano o animale.

A governare questa situazione sono i nuovi Regolamenti Comunitari del cosiddetto pacchetto igiene in vigore dal gennaio del 2006. Regolamenti che separano nettamente i compiti e le responsabilità delle imprese da quelli degli organi di controllo. Il responsabile della garanzia di sicurezza alimentare è l'operatore del settore alimentare (OSA ndr); al Veterinario Ufficiale spetta il compito di verificare congruità e rispetto delle norme cogenti e delle procedure di lavorazione previste dai piani di autocontrollo.

Il valore degli alimenti per il Consumatore e le nuove regole del Pacchetto Igiene

La spinta all'emanazione di nuove e uniformi norme comunitarie in materia di sicurezza alimentare è dipesa anche da alcune gravi e periodiche crisi occorse nel settore alimentare:

BSE, Diossina, Afta epizootica, Influenza aviaria, maggior sensibilità nei confronti degli animali e del loro benessere animale, per citare alcune.

In realtà, crisi e scandali alimentari hanno rivelato al legislatore e alla classe politica alcuni aspetti:

- gli alimenti rappresentano un valore sociale e culturale per il consumatore;
- il rischio, nel settore alimentare, non è accettato dal consumatore;
- i consumatori spesso ignorano i processi produttivi degli alimenti, ma perdono facilmente la fiducia;
- la complessità delle attività di controllo ufficiale;
- le differenze normative tra i vari Stati.

Questo stato di cose ha indotto l'Unione Europea a creare una nuova organizzazione per la sicurezza alimentare con l'emanazione di una serie di Regolamenti CE comunemente definiti " Pacchetto Igiene" (852/04, 853/04, Reg.854/04, Reg, 882/ 04 ndr).

II REG. 854/04 e l'Attività Ispettiva dei Veterinari negli Impianti di Macellazione

Il reg. 854/2004 CE governa, in termini generali, il controllo delle carni negli impianti di macellazione, identificando sei punti fondamentali dell'attività ispettiva del veterinario ufficiale:

1. raccogliere informazioni sulla catena alimentare;
2. effettuare l'ispezione ante-mortem;
3. verificare il benessere degli animali;
4. effettuare l'ispezione post-mortem;
5. controllare la gestione del materiale specifico a rischio;
6. verificare, dove previsto o necessario, il corretto campionamento per le prove di laboratorio.

Nei macelli il veterinario ufficiale ha l'obbligo di visitare tutti gli animali presentati alla macellazione (visita Ante Mortem ndr), in particolare di:

- verificare che gli animali non presentino segni, sintomi o condizioni tali da compromettere la salute umana o animale prestando particolare attenzione ad identificare animali affetti da malattie trasmissibili all'uomo (zoonosi);
- identificare animali trattati con sostanze ormonali o sostanze proibite, procedendo se necessario alla raccolta di campioni per la ricerca di residui di farmaci veterinari;
- evidenziare condizioni patologiche, difficilmente rilevabili in sede di ispezione post mortem che possono costituire un rischio per l'igiene della macellazione;
- provvedere ad effettuare esami necessari per la diagnosi di malattie.

Solo al termine di tali controlli è decretata la macellazione degli animali.

Per quanto riguarda i controlli Post Mortem, pur prevedendo modalità diverse per le varie specie animali, in termini generali spettano al Veterinario Ufficiale i seguenti compiti:

- esame visivo di tutte le superfici esterne;
- attenzione all'individuazione delle zoonosi e delle malattie infettive soggette a denuncia (lista OIE);
- operazioni di palpazione, incisione, sezionamento e se del caso prove di laboratorio;
- eventuali operazioni di campionamento per la ricerca di residui o contaminanti.

Oltre all'esecuzione della visita Ante e Post Mortem è previsto un controllo dei documenti di scorta degli animali, oggi considerati parte integrante della sicurezza alimentare, ed

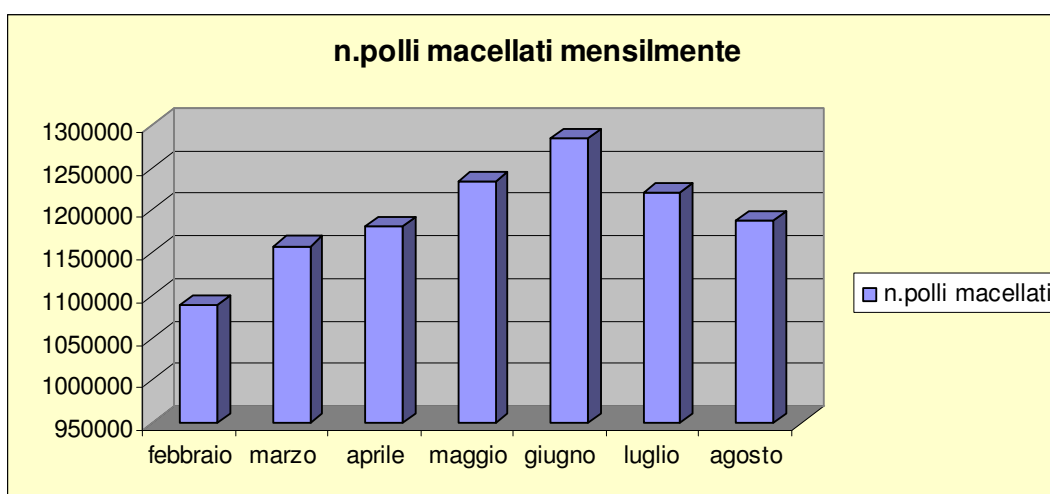
una costante verifica della capacità di governo, da parte dell'OSA, di ogni situazione e dell'applicazione delle procedure routinarie di gestione dei processi di lavorazione. L'attuale articolazione di controlli, documentali e manuali, può diventare particolarmente impegnativa in quegli impianti che oltre ad essere attrezzati con linee di macellazione in grado di abbattere un elevato numero di animali, prevedono l'arrivo di numerose partite.

Esperienza in campo

Presso un impianto industriale di macellazione per polli di carne, dove per necessità commerciali e di benessere animale, le operazioni di macellazione si svolgono in più turni (2/3), sono stati analizzati ed elaborati nel tempo alcuni dati di natura logistico gestionale.

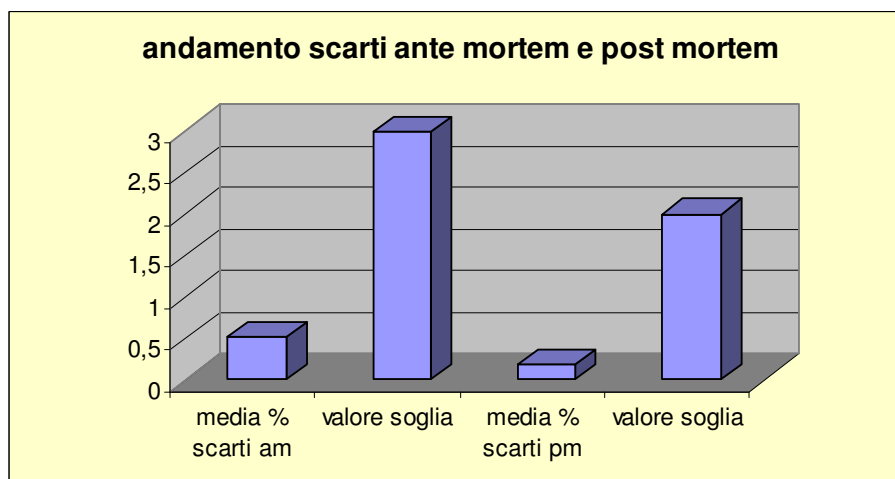
Con questo si è pensato che la raccolta nel tempo, relativa ad alcuni dati ritenuti significativi, sarebbe stata utile per valutare l'attuale organizzazione dei controlli ufficiali ai fini di eventuali aggiustamenti in corso d'opera. Il periodo analizzato si riferisce ad un arco temporale di 7 mesi, dal mese di febbraio al mese di agosto 2015 compresi.

Grafico 1 - Andamento delle macellazioni (febbraio-agosto Anno 2015)



Dall'esame di questo grafico si evidenzia una tendenza dell'aumento nel numero dei capi macellati, segnale di una decisa spinta di ampliamento commerciale dell'azienda. La trasposizione dei dati mensili nei confronti di una singola giornata lavorativa significa l'abbattimento sino a 80.000 capi per seduta di macellazione cioè dire la possibilità di preparare e distribuire circa 1.500.000 porzioni di carne avicola al giorno.

Grafico 2 - Andamento degli animali eliminati dal consumo umano nella visita Ante e post Mortem e loro comparazione con dati soglia di riferimento (Nota Ministero della salute prot. 0015281 del 01-08-2013 allegato 4)



L'esame di questo grafico evidenzia una media generale, nell'arco dei 7 mesi, di animali ritenuti non idonei al consumo umano ed avviati alla distruzione presso impianti autorizzati ampiamente al di sotto dei valori soglia indicati dal documento ministeriale di riferimento, questo sia nella fase ante che post mortem. Questo dato è legato alla qualità sanitaria degli animali avviati alla macellazione e al rispetto delle norme sul trasporto dei medesimi, quindi il suo assestarsi ampiamente al di sotto dei valori di attenzione rappresenta un importante indice sulla qualità igienico sanitaria degli animali e sul rispetto delle norme sul trasporto e sul benessere dei medesimi.

Grafico 3 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di febbraio

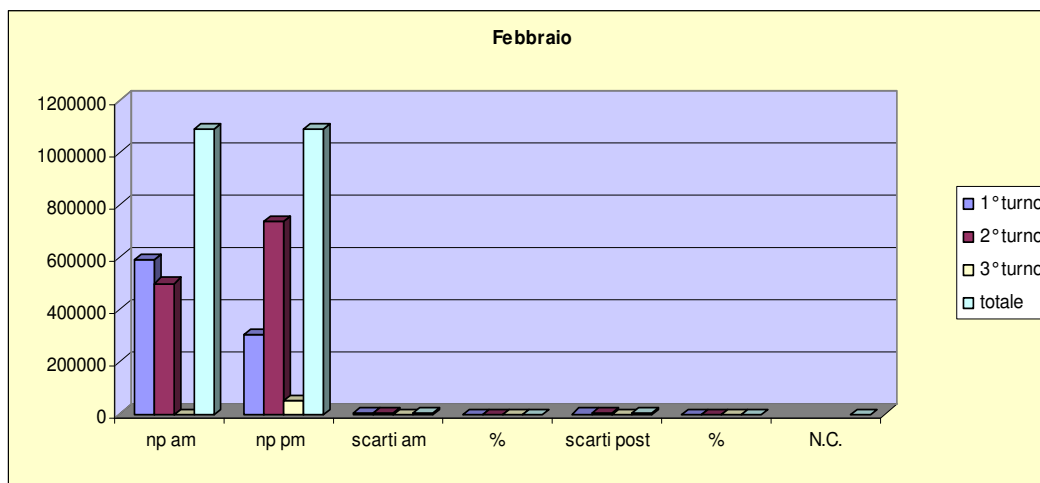


Grafico 4 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di marzo

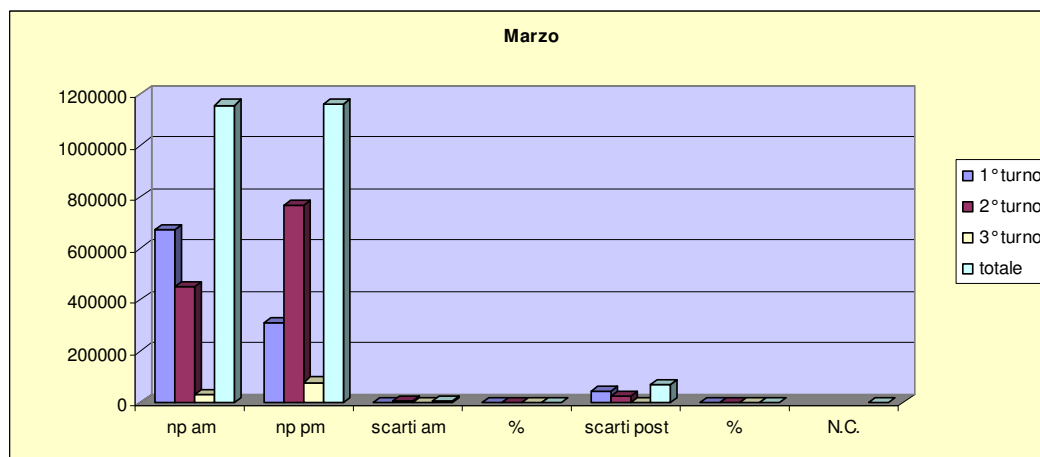


Grafico 5 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di aprile

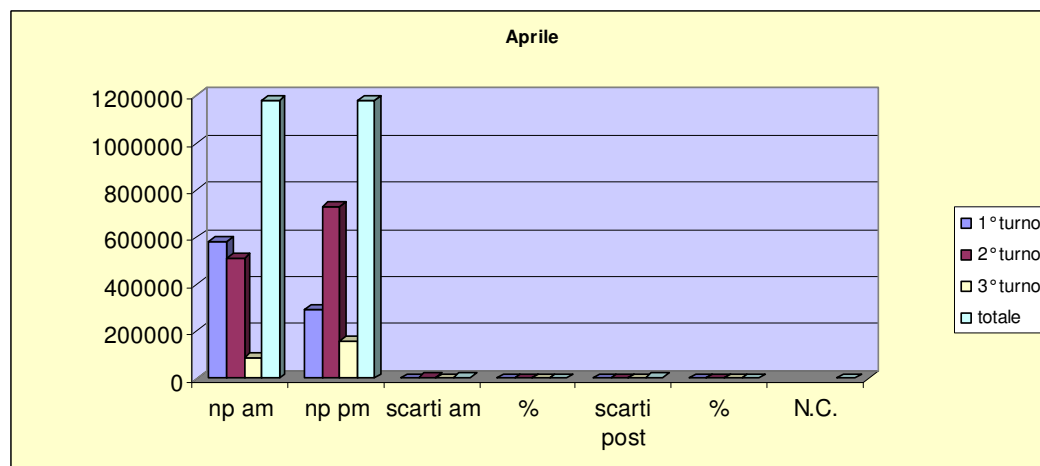


Grafico 6 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di maggio

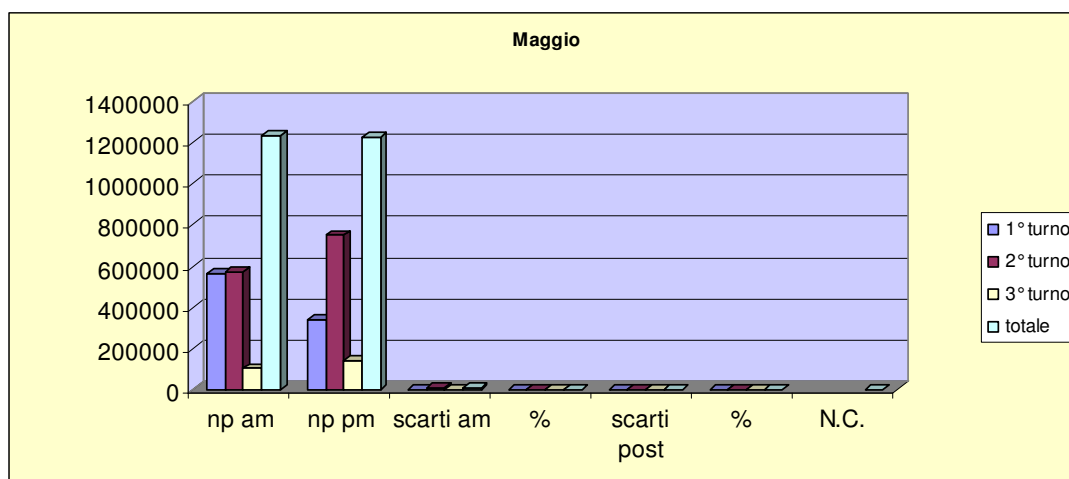


Grafico 7 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di giugno

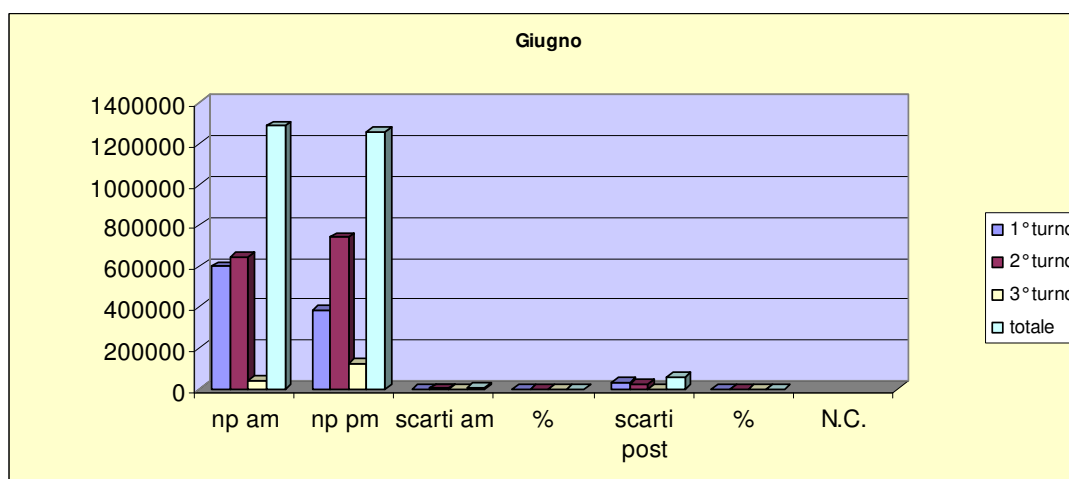


Grafico 8 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di luglio

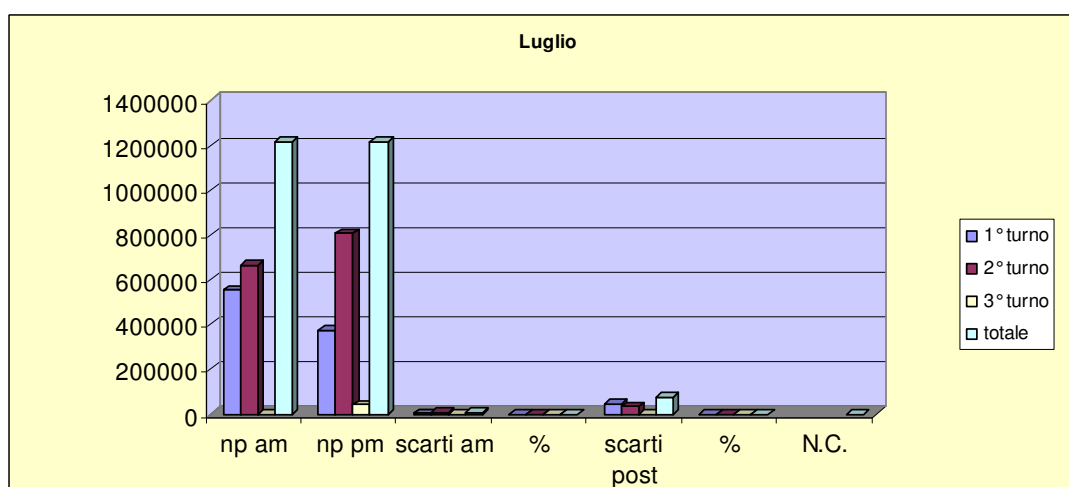
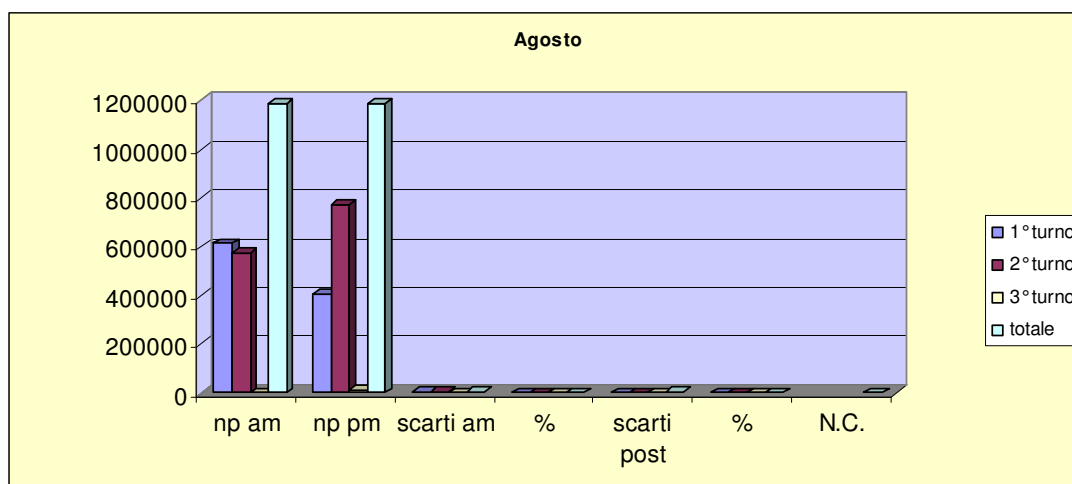


Grafico 9 - Andamento visite ante e post mortem con evidenze ispettive nel mese di agosto



I grafici dal numero 3 al numero 9 compresi evidenziano per ogni mese:

- np am: numero polli sottoposto alla visita ante mortem per ogni turno (colonne 1, 2, 3 da sin);
- am: totale polli sottoposti a visita ante mortem in tutti i turni lavorativi (colonna 4 da sin);
- np pm: numero polli sottoposti alla visita post mortem per ogni turno (colonne 5, 6, 7 da sin);
- pm: totale polli sottoposti a visita post mortem in tutti i turni lavorativi (colonna 8 da sin);
- scarti am: percentuale animali eliminati all'ante mortem nei vari turni;
- scarti pm: percentuale animali eliminati dopo la post mortem nei vari turni;
- non conformità: percentuale delle irregolarità documentali.

Dall'esame dei grafici si evidenzia per il primo turno una tendenza ad un numero maggiore di animali sottoposti a visita ante mortem, per il secondo turno uno spostamento a favore della post mortem, mentre il terzo turno è sostanzialmente rivolto a controlli post mortem.

Per quanto riguarda l'andamento delle non conformità delle partite in arrivo, non è stata valutata la loro distribuzione nei 3 turni. In totale sono state evidenziate 50 non conformità, per 5 di queste, legate ad aspetti di benessere animale, si è proceduto a segnalazione all'ASL di competenza. La mancata raccolta dell'andamento delle non conformità nei 3 turni è dipesa dal fatto che, spesso la loro risoluzione comporta aspetti formali e logistici difficili da risolvere durante le normali operazioni di macellazione. Pertanto ogni non conformità viene comunque valutata e in alcuni casi affrontata in vari momenti che possono richiedere l'intervento di personale afferente ad altri turni.

Conclusioni

L'attività ispettiva in un impianto caratterizzato da un elevato numero di animali macellati sia in termini generali che di velocità oraria di catena di macellazione, non è solamente legata ad aspetti di natura seriale come la visita ante e post mortem, ma assume significati diversi.

Devono infatti essere tenute in considerazione altre verifiche che vengono svolte contestualmente alle attività di ante e post mortem ad es.: controlli documentali sia cartacei che informatici delle partite in arrivo, gestione di eventuali irregolarità, impossibilità ad accedere in orari notturni ad applicativi informatici regionali o nazionali in grado di fornire informazioni sanitarie degli allevamenti dai quali provengono gli animali, controlli sul benessere e sul trasporto animale, prelievi per la ricerca di residui, espletamento di piani di campionamento ministeriali (ricerca campylobacter sp ndr), prelievi per la sicurezza alimentare, attività ispettive e di audit, redazione di certificazioni o attestazioni sanitarie per l'esportazione di carni. Per questo si è pensato di raccogliere e di elaborare alcuni dati apparentemente banali. Le evidenze raccolte dimostrano come in un impianto industriale l'articolazione dei controlli e il rispetto delle norme cogenti si

sommano agli aspetti più routinari. Tale situazione e il suo andamento deve pertanto essere tenuta presente al fine di organizzare e garantire un' idonea attività di controllo. La mole di lavoro svolto supera di gran lunga le più rosee previsioni o programmazioni. I Veterinari che si ruotano a turno nell'impianto hanno indicazioni precise nel gestire le normali operazioni previste dai vari Regolamenti Igiene, sia quelle imprevedibili che intervengono nel corso delle varie giornate di macellazione.

In conclusione organizzare piani di controllo in un impianto di produzione di carni avicole in grado giornalmente di "arrivare nel piatto" di oltre 1.500.000 di consumatori e di commercializzare i propri prodotti in paesi CE e in paesi terzi, rappresenta un gravoso, ma stimolante impegno per la sanità pubblica veterinaria. Tale comparto mette consapevolmente al centro dei propri obiettivi la salvaguardia della salute del consumatore, in particolare del consumatore di carni avicole sempre in costante crescita. Un lavoro svolto con professionalità ed accuratezza consente una sensibile riduzione dei casi di Malattie Trasmesse con gli Alimenti (MTA) con conseguenze positive sui casi di malattia e sui minori costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

**Export degli alimenti e dei prodotti di origine animale:
l'attività dell'ASL CN2 – Servizio Veterinario
ispezione e controllo degli alimenti di origine animale
Alberto Cacciatore, Maurizio Piumatti, Carlo Grillo**

Premessa

L'armonizzazione europea delle norme che governano la produzione di alimenti di origine animale è un processo in atto da anni. Infatti tra gli obiettivi primari del trattato di Roma del 25 marzo 1957, che istituisce la Comunità Economica Europea (CEE), vi era la volontà di creare un organismo in grado di promuovere, attraverso la realizzazione di un mercato comune e l'unificazione delle legislazioni delle singole nazioni, una crescita economica stabile e duratura dell'Europa.

Una delle conseguenze di queste scelte politiche, è stata, per le aziende che producono alimenti di origine animale, avere regole comuni in tutti i Paesi membri della CEE, creando così le premesse per accedere a mercati sempre più ampi. La capacità di molte imprese di affermarsi su mercati europei e il valore aggiunto del "Made in Italy", hanno agito come un volano per il raggiungimento anche di mercati extra europei. È in questo contesto internazionale che si inserisce una delle attività dei Servizi Veterinari della ASL CN 2: certificare o attestare determinati requisiti richiesti dalle autorità sanitarie di Paesi Terzi importatori.

La situazione attuale in Italia ed in Piemonte

Forse grazie ad Expo 2015, quest'anno si sta raggiungendo un record storico per le esportazioni di prodotti agroalimentari italiani: nei primi 6 mesi c'è stato un incremento dell'8% rispetto all'anno precedente e, se il trend verrà confermato, a fine 2015 il valore complessivo delle esportazioni raggiungerà i 36 miliardi di euro.

E' di oltre 4 milioni di euro il valore dell'export piemontese (dati 2013), con un incremento del 75% nell'ultimo decennio ed una quota del 50% attribuibile alla "Provincia Granda". Questi dati esprimono la rilevanza della produzione agroalimentare nel nostro territorio - e, più in generale, nel nostro Paese - anche in un periodo di congiuntura economica non strabiliante, come appunto quello attuale. Tutto questo nonostante un parziale ridimensionamento verso i Paesi Terzi dell'area asiatica causato dall'embargo russo verso i prodotti europei.

Il contesto istituzionale

L'Unione Europea - che nasce come organizzazione di tipo economico - rappresenta di fatto gli Stati Membri in ambito internazionale; la sua solidità garantisce forza contrattuale nelle trattative per la stipula di accordi bilaterali di associazione, cooperazione e libero scambio, anche in ambito agroalimentare. Il principio che regola gli scambi commerciali di derrate tra i vari Paesi è la tutela della salute umana, di quella animale e vegetale; la circolazione di prodotti alimentari ed animali può infatti far "circolare" anche patologie animali o vegetali.

Purtroppo non tutti i Paesi extra U.E. sono dotati di norme armonizzate con le misure sanitarie europee oppure il loro ordinamento normativo prevede garanzie diverse da quelle presenti nel vecchio continente. L'Organizzazione mondiale del Commercio (WTO-World Trade Organization) ha pertanto stabilito che la commercializzazione di alimenti deve sottostare a garanzie sanitarie condivise (SPS Requirements), anche sulla base di quanto stabilito dal Codex Alimentarius.

L'U.E. ha così adottato criteri di sicurezza che si basano principalmente su:

- a) controlli integrati nella filiera alimentare
- b) controlli mirati in base all'analisi dei rischi
- c) rintracciabilità dei prodotti e sistema di allerta per alimenti non idonei al consumo con procedure di ritiro e richiamo dal mercato.

Il quadro normativo

I requisiti da rispettare per l'export sono sostanzialmente la sicurezza alimentare e la prevenzione della diffusione di malattie animali o vegetali. La nazione che importa sul proprio territorio può pertanto richiedere certificazioni specifiche sugli alimenti e sui prodotti, in particolare su quelli ritenuti potenzialmente più esposti a rischi sanitari.

L'Autorità competente dello Stato Membro speditore può rilasciare tale documentazione secondo procedure definite, dopo aver svolto tutti gli accertamenti del caso.

In Italia, il controllo ufficiale sui prodotti alimentari ai sensi del Reg. CE 882/2004, è svolto dai Servizi Veterinari e dai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione delle ASL. La norma giuridica cogente è il DM 303/2002.

Naturalmente le imprese esportatrici devono sottostare a specifici controlli da parte dei suddetti Servizi per poter ottenere di attivare e gestire le esportazioni verso i Paesi extra UE. Il settore delle carni e dei prodotti derivati è quello più regolamentato da accordi internazionali, in quanto soggiace ad una serie di vincoli legati ad es. alla specie animale, all'area geografica di provenienza o alla tipologia di lavorazione dei vari prodotti. Tale livello di attenzione è frutto anche di recenti scandali alimentari come "mucca pazza", influenza aviaria, carni "dopate", diossina negli alimenti, ecc. Anche i prodotti a base di latte vengono largamente esportati in numerosi Paesi Terzi, ma generalmente con minori limitazioni rispetto alla carne.

La "nostra" attività

Sul territorio dell'ASL CN2 sono presenti n.72 impianti, operanti nel settore degli alimenti e dei prodotti di origine animale, in possesso di un riconoscimento CE: n.20 di questi raggiungono mercati anche extra europei.

La tipologia dei prodotti esportati comprende:

- 🇪🇺 Carni fresche.
- 🇪🇺 Prodotti a base di carne crudi e cotti (insaccati stagionati e cotti ndr); lumache.
- 🇪🇺 Gelatine alimentari.
- 🇪🇺 Formaggi, prodotti a base di latte e dolciari.
- 🇪🇺 Miele.
- 🇪🇺 Pelli salate.

I mercati serviti appartengono sia a nazioni europee non aderenti alla CEE che a paesi di altri continenti :

- 🇪🇺 Australia.
- 🇪🇺 Nord America: Stati Uniti, Canada.
- 🇪🇺 Sud America: Perù, Cile, Messico, Uruguay.
- 🇪🇺 Africa: Tunisia, Nigeria, Sierra Leone, Liberia, Repubblica Centro Africana, Togo, Gabon, Guinea, Congo.
- 🇪🇺 Medio oriente: Israele, Libano.
- 🇪🇺 Asia: Hong Kong, Vietnam, Giappone, Corea del Sud, Taiwan, Thailandia, Cina, Emirati Arabi, Arabia Saudita, Armenia.
- 🇪🇺 Europa: Russia, Moldavia, Serbia.

L'attività dei servizi veterinari delle Asl nei confronti di queste aziende diventa particolarmente onerosa, in quanto mirata non solo a garantire il consumatore finale, ma anche a certificare la possibilità di export.

In particolare nel corso del 2014, il servizio veterinario dell'ASL CN2 è stato impegnato nel rilascio di 911 documentazioni ufficiali:

- a. 614 certificazioni (atti redatti sulla sussistenza di determinate condizioni sanitarie).
- b. 297 attestazioni (atti emessi per diretta conoscenza od esperienza sulla conformità sanitaria).

Negli ultimi anni, il quantitativo annuale delle merci esportate in sei continenti da parte delle otto aziende presenti sul territorio ASL CN2 ammonta a circa 1000 Tons.

La natura e l'utilizzo di alcuni prodotti esportati, rendono difficile ipotizzare la potenziale ricaduta dell'attività del servizio veterinario ASL CN2 fuori dai confini europei. Tuttavia se supponiamo che il quantitativo delle merci esportate di natura alimentare, certificate e non, sia frazionato in porzioni di 300 g., otteniamo un dato numerico di oltre 2,5 milioni di persone che, fuori dai confini italiani, giornalmente potrebbero consumare prodotti di origine animale provenienti dal territorio ASL CN2.

Chiaramente questa ipotesi matematica non va presa come valore assoluto, ma può servire ad es. per comprendere come un'attività istituzionale, spesso sconosciuta, qual è la certificazione degli alimenti e dei prodotti di origine animale destinati a Paesi extra europei rappresenti invece un'importante realtà.

Conclusioni

La globalizzazione dei mercati è un fenomeno che non può essere ignorato. Il trattato di Roma del 1957, che istituisce la Comunità Economica Europea, ne rappresenta un esempio.

È noto come le imprese, specie in momenti di congiuntura interna stagnante, esplorino nuovi sbocchi commerciali, soprattutto nell'agroalimentare, dove il "brand" italiano rappresenta sicuramente un valore aggiunto a livello internazionale. Ma è altresì vero che i mercati globali dialoghino tra di loro utilizzando il "linguaggio internazionale" delle norme di qualità e come le leggi sulla sicurezza alimentare siano diverse nei Paesi non CE. Succede quindi che i servizi veterinari delle asl impegnati nel settore dell'export degli alimenti e dei prodotti di origine animale siano chiamati a svolgere un compito che diventa importante per i risvolti propri dell'economia di un territorio e nello stesso tempo complesso sotto il profilo sanitario.

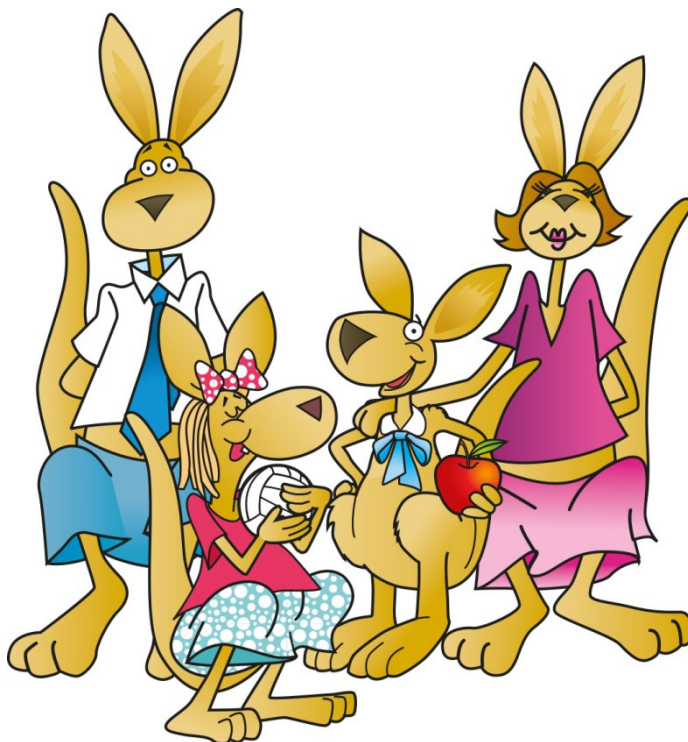
APPENDICE



OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2014

ASL CN2



A cura di:

Mauro Zarri, Piero Maimone; Marcella Beraudi

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2014**- a livello nazionale:**

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Enrica Pizzi (Gruppo di coordinamento nazionale - CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità); Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano (Ministero della Salute); Alessandro Vienna (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Barbara De Mei, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Anna Lamberti, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Paola Nardone, Giuseppe Perri, Anna Rita Silvestri, Angela Spinelli, Lorenzo Spizzichino, Alessandro Vienna (Comitato Tecnico OKkio alla SALUTE)

-a livello regionale:

Gianfranco Corgiat, Marcello Caputo (referente), Paolo Ferrari, Monica Bonifetto, Maria Angela Donna / Daniela Pinna (referente alla salute USR), Stefano Suraniti (Dirigente USR)

- a livello provinciale:

Marcello Strizzi (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Cuneo)

- a livello aziendale:**Referenti e operatori**

Asl CN2: Mauro Zarri (Referente), Marcella Beraudi (Dietista)

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato intensamente alla realizzazione dell'iniziativa: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati (i nomi non vengono citati per proteggere la privacy dei loro alunni che hanno partecipato alla raccolta dei dati).

Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra Asl, in vista dell'avvio di azioni di promozione della salute.

Copia del volume può essere richiesta a:

ASL CN2 – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN)
e-mail: sian.alba@aslc2.it

Il documento è disponibile anche sul sito web dell'ASL CN2 all'indirizzo: www.aslc2.it

Siti internet di riferimento per lo studio:

www.okkioallasalute.it; www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

OKkio alla SALUTE nel 2014 è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (Progetto "Supporto al coordinamento delle sorveglianze su stili vita e determinanti di malattie croniche in diverse età")

INDICE

Prefazione	110
Introduzione	111
Metodologia	112
Descrizione della popolazione	114
Lo stato ponderale dei bambini	116
Le abitudini alimentari dei bambini	120
L'uso del tempo dei bambini: l'attività fisica	124
L'uso del tempo dei bambini: le attività sedentarie	127
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	129
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	132
Conclusioni generali	140
Materiali bibliografici	142

Prefazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2014 ha stimato che più di 1,9 miliardi di persone sopra ai 18 anni sono sovrappeso e di questi 900 milioni sono obesi. L'eccesso di peso è diventato uno dei maggiori problemi di salute non solo nei Paesi industrializzati ma anche in quelli in via di sviluppo. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolineano l'aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità anche in età evolutiva: nel 2013, 42 milioni di bambini sotto i 5 anni sono risultati in sovrappeso o obesi. Anche in Europa l'eccesso ponderale in età evolutiva ha raggiunto valori allarmanti e l'Italia è tra i Paesi con la prevalenza più elevata.

Questo è preoccupante perché i bambini obesi rischiano di restare tali anche da adulti e l'obesità è un fattore di rischio per una serie di patologie croniche come le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti e alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella), gravate da un alto tasso di mortalità e invalidità.

Nel 2008 il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, ha avviato il progetto "OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini dai 6 ai 11 anni": un sistema di sorveglianza con un livello di rappresentatività nazionale e regionale ma anche di singola ASL, indirizzato alle scuole primarie ed avente lo scopo di raccogliere, con periodicità biennale, dati sullo stato nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali dei bambini di età compresa tra i 6 e i 11 anni.

Nella primavera del 2014 è stata attuata la quarta indagine che ha confermato un progressivo lento miglioramento dei dati di prevalenza del sovrappeso ed obesità sia a livello nazionale, ma anche nella nostra regione e nel territorio della nostra ASL. Questi risultati, seppur incoraggianti, sono tuttavia ancora lontani dai valori internazionali di riferimento.

Inoltre sono risultati ancora molto diffuse abitudini alimentari che facilitano l'assunzione energetica eccessiva, quali la colazione o la merenda di metà mattina non adeguate, la scarsa assunzione giornaliera di frutta e verdura o il consumo di bevande zuccherate, così come ancora elevate fra i bambini sono risultate la sedentarietà e la scarsa attività fisica, comportamenti e stili di vita che favoriscono l'accumulo di grasso e l'eccesso ponderale.

Risulta quindi importante che nei prossimi anni proseguano le indagini di sorveglianza nutrizionale in modo da poter monitorare nel tempo l'andamento dell'eccesso di peso in tutte le fasce d'età della popolazione italiana ma soprattutto in età evolutiva, al fine anche di verificare l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute messi in campo per contrastarne la prevalenza.

Per le sue caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità "OKkio alla SALUTE" rappresenta un valido strumento per individuare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi nei bambini e di aiuto agli operatori per definire le modalità per prevenirli e contrastarli.

Si coglie l'occasione per ringraziare tutti gli operatori delle scuole, i genitori e agli alunni partecipanti che hanno permesso, unitamente agli operatori sanitari, la realizzazione di questa quarta indagine.

Il Direttore Generale
Dott. Francesco MORABITO

INTRODUZIONE

A livello internazionale è ormai riconosciuto che il sovrappeso e l'obesità sono un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie cronico-degenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica.

In particolare, l'obesità e il sovrappeso in età infantile hanno delle implicazioni dirette sulla salute del bambino e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di gravi patologie in età adulta.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini italiani e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo e l'implementazione nel tempo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce al progetto "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

OKkio alla SALUTE, che ha una periodicità di raccolta dati biennale, ha lo scopo di descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'attività fisica.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate quattro raccolte dati (2008-9, 2010, 2012 e 2014) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2000 scuole.

In particolare, nel 2014 hanno partecipato 2.672 classi, 48.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono il 20,9% [IC95% 20,4-21,4] e i bambini obesi sono il 9,8% [IC95% 9,5-10,2], compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2% [IC95% 2,1-2,4].

Si registrano prevalenze più alte nelle regioni del sud e del centro. Si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione del fenomeno nel corso degli anni. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette seppur in lieve miglioramento rispetto alle precedenti raccolte; infatti, l'8% dei bambini salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 52% fa una merenda di metà mattina abbondante, mentre il 25% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 41% dichiara che i propri figli consumano abitualmente bevande zuccherate e/o gassate. Anche i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari, pur mostrando un miglioramento rispetto al passato, permangono elevati: il 18% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 16% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 42% ha la TV in camera, il 35% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 38% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.408 plessi di scuole primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 74% delle scuole possiede una mensa; il 55% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); il 60% delle classi svolge due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, solo 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

Grazie al grande lavoro svolto dai professionisti della salute e della scuola, OKkio alla SALUTE ha permesso di disporre di dati aggiornati e confrontabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in età infantile, sullo stile di vita dei bambini e sulle attività scolastiche di promozione della salute. Inoltre, nel tempo ha dimostrato di avere caratteristiche di semplicità, affidabilità e flessibilità ed è, quindi, un valido strumento per supportare gli operatori di sanità pubblica nell'identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e nel definire le modalità per prevenirli e contrastarli.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2014.

METODOLOGIA

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).

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". In questo modo possono essere estratte le classi ("grappoli" o "*cluster*") 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 tipo di 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).

La numerosità campionaria è stata individuata per ogni regione, ASL o macroarea sulla base della popolazione di bambini di classe terza primaria residenti, sulla prevalenza dell'eccesso ponderale riscontrato nella precedente raccolta dei dati e al *design effect*, con una precisione della stima del 3% per la regione e del 5% per la asl.

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Dopo la conclusione della prima raccolta dati e dello studio di approfondimento "ZOOM8" condotto dall'INRAN, che ha evidenziato la necessità di apportare alcune integrazioni ai testi, è stata elaborata una versione successiva dei questionari di OKkio alla SALUTE utilizzata nel 2010 e nel 2012. Nel 2014, in accordo con il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE, sono state introdotte nei questionari quattro nuove domande, una per ogni questionario, riguardanti: l'igiene orale, le ore di sonno dei bambini nei giorni feriali, i bambini che indossano gli occhiali da vista, il rispetto del divieto di fumo negli spazi aperti della scuola.

I quattro questionari sono: 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 per i bambini comprende 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.

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia Seca872™ e Seca874™ con precisione di 50 grammi e stadiometro Seca214™ e Seca217™ 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, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

Per stimare la prevalenza 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 del sottopeso,

normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso si è scelto di utilizzare i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF). In particolare, nell'analisi dei dati sono stati considerati come sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini severamente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012).

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari (videogiochi e televisione) e gli alimenti consumati. Inoltre, è stata indagata nei genitori la percezione dello stato nutrizionale e del livello di 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 due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti.

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. È stato poi richiesto un giudizio ai dirigenti scolastici sull'ambiente urbano che circonda la scuola e la qualità dei servizi presenti e usufruibili dagli alunni.

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'iniziativa.

In particolare, la disponibilità e l'efficienza degli insegnanti ha consentito di raggiungere un livello di adesione delle famiglie molto alto.

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e maggio 2014.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta cartacea delle informazioni, mediante un software sviluppato ad hoc da una ditta incaricata dall'Istituto Superiore di Sanità.

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), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare alcuni gruppi a rischio, sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici (Test esatto di Fisher o del Chi quadrato). Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 4 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare assunzioni e conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers. 11.0, seguendo un piano d'analisi predisposto nel protocollo dell'indagine.

DESCRIZIONE DELLA POPOLAZIONE

La raccolta dati 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?

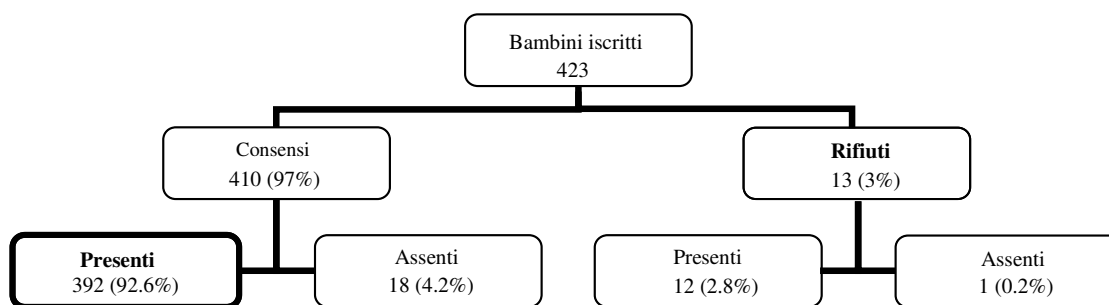
Nel 2014 nella Asl CN2 Alba Bra hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole ed il 100% delle classi sui 21 plessi scolastici e sulle 23 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza Asl CN2 Alba- Bra OKkio 2014 (N=23 classi)			
	Zona abitativa	N	%
	≤ 10.000 abitanti	15	65,2
- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione. - Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.	Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	8	34,8
	> 50.000 abitanti (non metropolitana)	-	-
	Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	-	-

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La "risposta" delle famiglie, ovvero la 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 e/o di assenti, maggiore di quanto ci si attenderebbe in una normale giornata di scuola (5-10%), 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 delle classi della Asl e la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini misurati potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti.

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



Solo il 3% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli (risultato inferiore al 3,3% nazionale); questo valore sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori. Nella giornata della misurazione erano assenti 19 bambini pari al 4.2% del totale degli iscritti; normalmente la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'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 410 (il 97% degli iscritti negli elenchi delle classi).

L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione molto soddisfacente. Hanno risposto al questionario dei genitori 416 famiglie dei bambini iscritti (98%). Il numero di bambini misurati è inferiore perché alcuni erano assenti il giorno dell'indagine o perché i genitori hanno riempito il questionario, ma hanno negato la partecipazione del figlio.

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche?

Le soglie utilizzate per classificare lo stato ponderale variano in rapporto al sesso e all'età dei bambini considerati, pertanto è necessario tener conto della loro distribuzione.

Età e sesso dei bambini

Asl CN2 Alba – Bra OKkio 2014

Caratteristiche	n	%
Età in anni		
≤ 7	-	-
8	237	61,4
9	145	37,6
≥ 10	4	1,0
Sesso		
Maschi	194	50,3
Femmine	192	49,7

- 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.

- 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.

Nella scheda antropometrica del questionario 2014 è stato registrato l'uso degli occhiali da vista nei bambini: nella nostra Asl i bambini che portano gli occhiali sono il 10,6%; in Piemonte e in Italia e sono il 19%.

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno?

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (88,5%), meno frequentemente dal padre (10,5%) o da altra persona (1%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario genitori.

La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (51%) o la laurea (12%).

I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 41% e la laurea il 9%.

Il 18% delle madri e il 15% dei padri sono di nazionalità straniera.

Il 37% delle madri lavora a tempo pieno.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre Asl CN2 Alba – Bra – OKkio 2014				
Caratteristiche	Madre		Padre	
	n	%	n	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	148	36,6	190	49,5
Diploma superiore	206	51,0	158	41,1
Laurea	50	12,4	36	9,4
Nazionalità				
Italiana	332	82,4	334	84,8
Straniera	71	17,6	60	15,2
Lavoro*				
Tempo pieno	132	36,6	-	-
Part time	119	33,0	-	-
Nessuno	110	30,5	-	-

* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

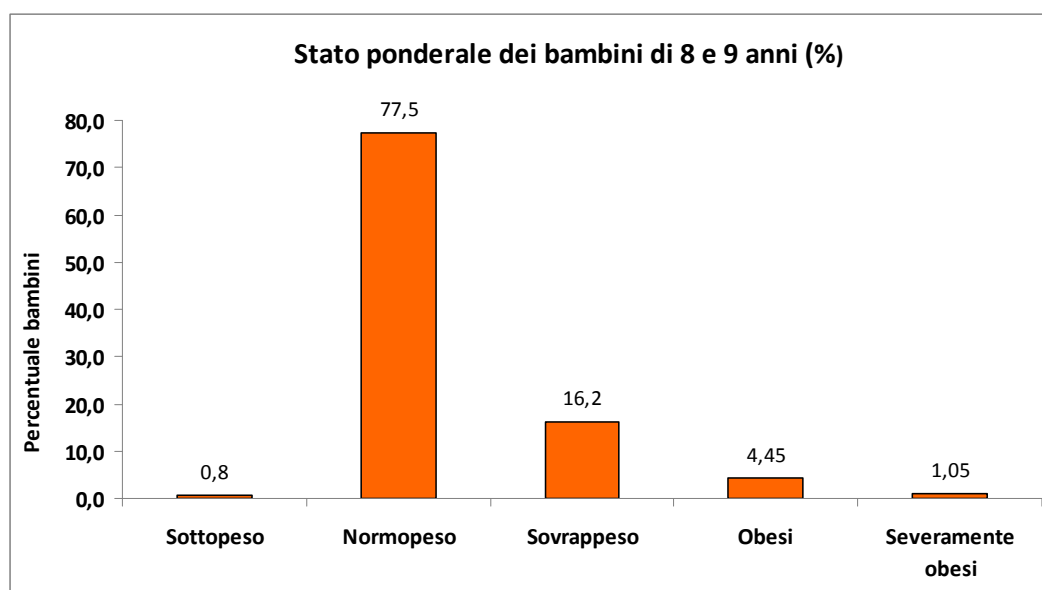
LO STATO PONDERALE DEI BAMBINI

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 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata. 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 prioritario di salute pubblica.

È utile sottolineare che la presente indagine, sia per motivi metodologici che etici, non è 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 di adiposità, 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 sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF. 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.

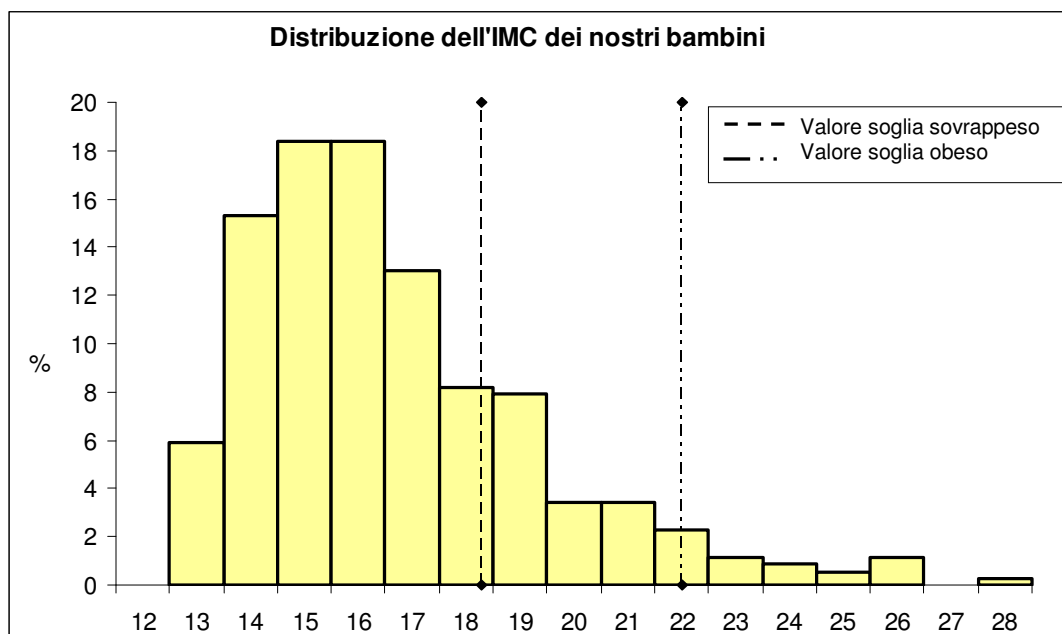


- Tra i bambini della nostra Asl l'1,05% (IC95% 0,5%-2,4%) risulta in condizioni di obesità severa, il 4,45% risulta obeso (IC95% 2,9%-6,8%), il 16,2% sovrappeso (IC95% 13,6%-19,3%), il 77,5% normopeso (IC95% 74,1%-80,5%) e lo 0,8% sottopeso (IC95% 0,3%-2,1%).
- Complessivamente il 21,7% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso (16,2%), che obesità (5,5%).
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni residenti nel territorio al 31/12/2014, il numero stimato di bambini sovrappeso e obesi nell'Asl CN2 sarebbe di 2046, di cui 519 obesi.

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

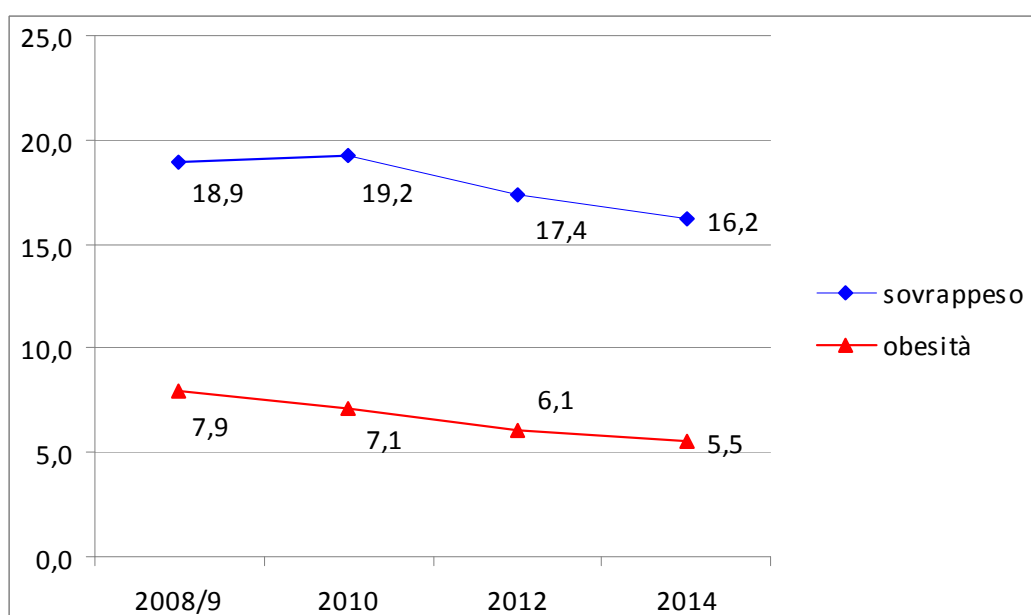
La mediana, valore centrale della distribuzione dell'IMC della nostra Asl, nel 2014 è 16,4 ed è spostata verso destra, cioè più alta, rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8). L'intervallo interquartile, misura di dispersione, è risultato pari a 3,2.

La figura di seguito riportata illustra l'andamento delle distribuzioni dell'IMC nei bambini per il 2014.



Indice di massa corporea (kg/m²) dei bambini -OKkio alla SALUTE, 2014

Come mostrato nella figura di seguito, rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra Asl si assiste ad una diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



Trend sovrappeso e obesità, OKkio alla SALUTE

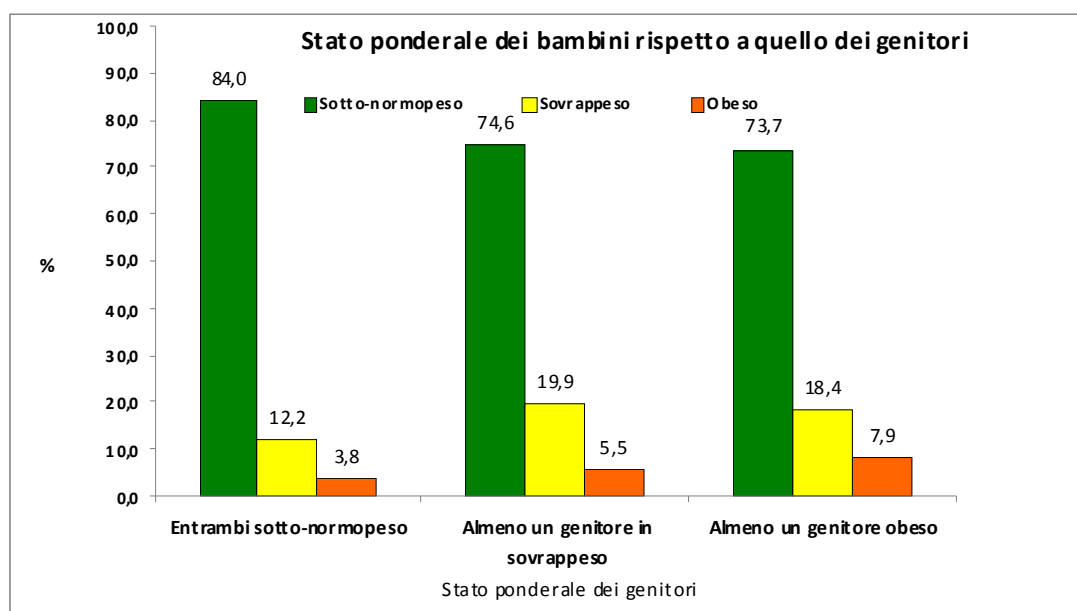
Qual è il rapporto tra IMC, caratteristiche del bambino e dei genitori?

In alcuni studi, il sesso del bambino, la zona geografica di abitazione, il livello di scolarità e lo stato ponderale dei genitori sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino.

- Nell'Asl CN2, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono maggiori tra i bambini di 9 anni rispetto a quelli di 8, mentre sono simili tra maschi e femmine.
- Non si evidenziano differenze significative per quanto riguarda la zona geografica di abitazione.
- Il rischio di sovrappeso ed obesità dei bambini, diminuisce con il crescere della scolarità della madre, ma non in modo statisticamente significativo.

Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) Asl CN2 Alba - Bra - OKkio 2014			
Caratteristiche	Normo/ sottopeso	Sovrappeso	Obeso
Età**			
8 anni	79,7	17,3	3,0
9 anni	75,9	14,5	9,7
Sesso			
maschi	77,5	17,8	4,7
femmine	79,1	14,7	6,3
Zona abitativa			
<10.000 abitanti	77,7	16,3	6,0
10.000-50.000	79,4	16,0	4,6
Istruzione della madre			
Nessuna, elementare, media	72,6	19,3	8,2
Superiore	80,8	15,0	4,2
Laurea	82,6	13,0	4,4

** Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)



È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso.

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra Asl, il 18% delle madri è in sovrappeso e il 5% è obesa; i padri, invece, sono nel 47% sovrappeso e l'8% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 18% dei bambini è in sovrappeso e l'8% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i nostri bambini?

In alcuni studi, le ore di sonno del bambino sembrano essere associate al suo stato ponderale. In virtù di ciò, quest'anno nel questionario rivolto al genitore del bambino è stata introdotta una nuova domanda volta a stimare le ore di sonno dei bambini nei giorni di scuola, ovvero non considerando i giorni festivi che possono rappresentare un'eccezione alle normali abitudini.

Nella nostra Asl i bambini dormono in media 9 ore e 33 minuti.

	Ore di sonno dei bambini	
	Asl CN2 Alba - Bra - OKkio 2014	
	Ore e minuti	%
Il 9% dei bambini dorme meno di 9 ore.	< 9 ore	9,0
Il dato nazionale è risultato del 12%.	9 ore- 9 ore e 29	26,0
Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno.	9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59	34,6
	>= 10 ore	30,2

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore regionale 2014	Valore nazionale 2014
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	73,2%	73,7%	76,5%	78,3%	74,7%	69,2%
[§] Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	26,8%	26,3%	23,5%	21,7%	25,3%	30,7%
Prevalenza di bambini sovrappeso	18,9%	19,2%	17,4%	16,2%	18,6%	20,9%
[§] Prevalenza di bambini obesi	7,9%	7,1%	6,1%	5,5%	6,7%	9,8%
Mediana di IMC	16,8	17,0	16,5	16,4	16,8%	17,1

[§] Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

Rispetto alle rilevazioni precedenti si conferma, anche nel 2014, la riduzione della prevalenza dei bambini sovrappeso ed obesi, anche se le differenze non sono ancora statisticamente significative. Permane, pertanto, il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile. Tuttavia, il confronto con i valori di riferimento internazionali evidenzia la dimensione molto grave del fenomeno. 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, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta.

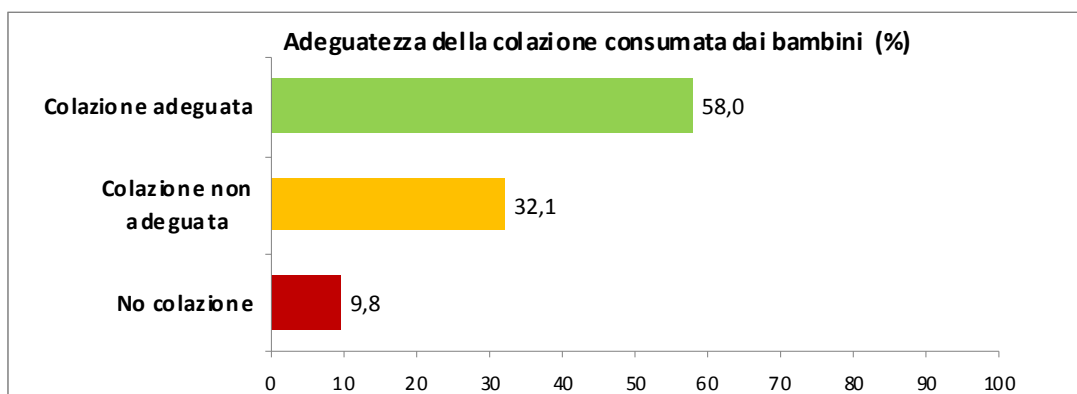
Per cogliere segni di cambiamento nell'andamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione che verranno realizzati negli anni a venire è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile. OKkio alla SALUTE rappresenta una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

LE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI

Una dieta ad alto tenore di grassi e ad elevato contenuto calorico 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?

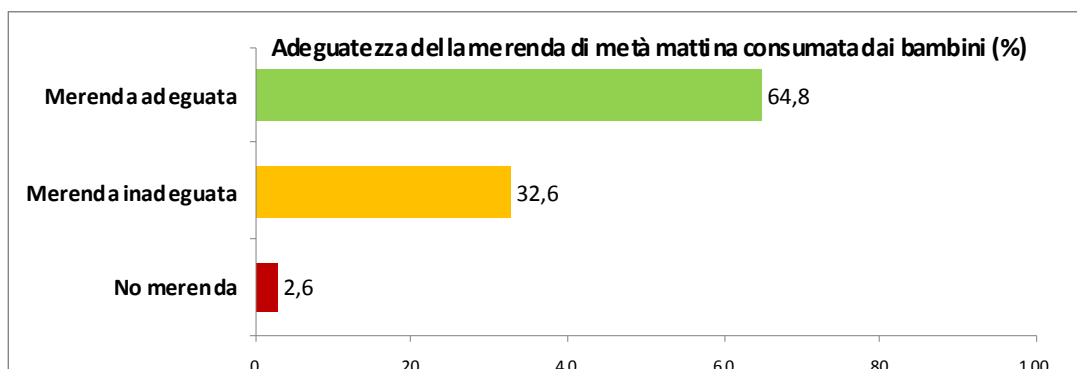
Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza di sovrappeso. Per semplicità, in accordo con quanto indicato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), è stata considerata adeguata la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



- Nella nostra Asl solo il 58% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 10% non fa colazione e il 32% non la fa qualitativamente adeguata; senza differenze significative fra maschi e femmine.
- La prevalenza del non fare colazione da parte dei bambini diminuisce, anche se non in modo significativo, al crescere del livello di istruzione delle madri.

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

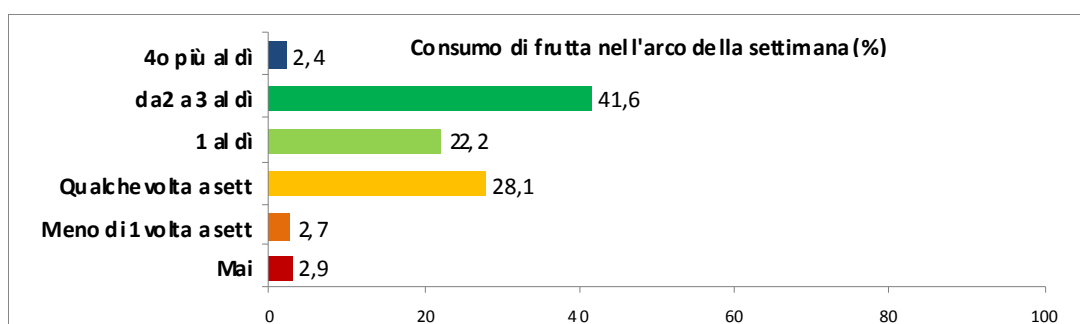
Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Alcune scuole prevedono la distribuzione della merenda agli alunni; in tal caso, nell'analisi dei dati, la merenda è stata classificata come adeguata.



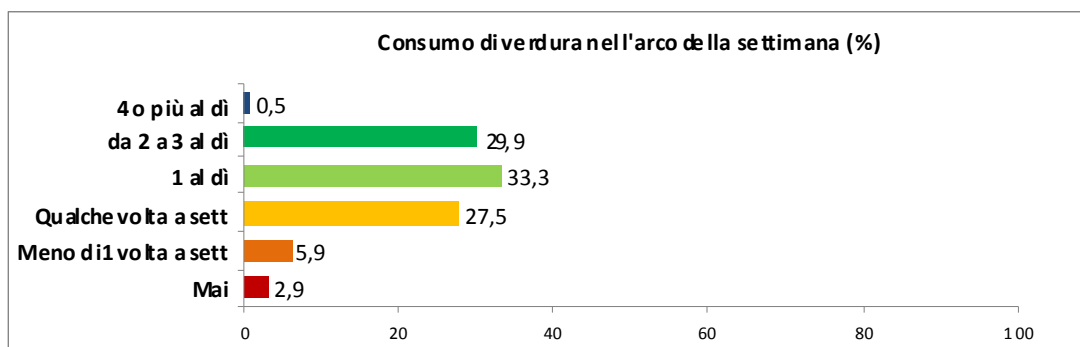
- Nel 65% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (65%) consuma una merenda adeguata a metà mattina.
- Solo una piccola parte di bambini (3%) non fa merenda, mentre il 33% la fa inadeguata.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

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

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno 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. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), dal 2010 ad oggi il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con due domande distinte, una per la frutta e una per la verdura.



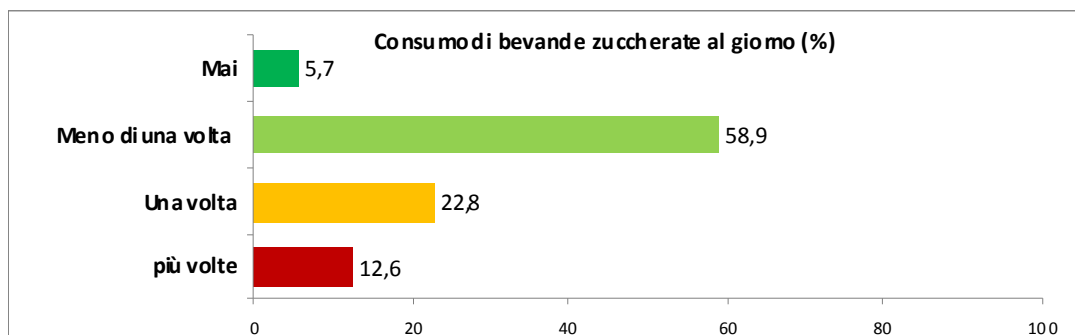
- Nell'Asl CN2 i genitori riferiscono che il 2% dei bambini mangia 4 o più porzioni di **frutta** al giorno, il 44% la consuma 2-3 volte al giorno e il 22% una sola porzione al giorno.
- Il 34% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Il consumo quotidiano di frutta è maggiore nelle femmine (72%), rispetto ai maschi (62%)* e risulta anche correlato al grado di scolarità della madre: aumenta dal 61% per titolo di scuola elementare o media, al 66% per diploma di scuola superiore e al 78% per la laurea*.
- Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 30% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 33% una sola porzione al giorno.
- Il 36% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

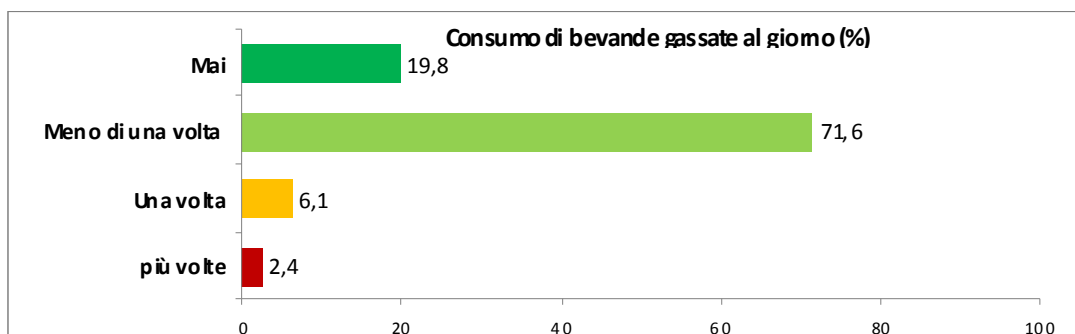
Quante bibite zuccherate e gassate al giorno consumano i nostri bambini?

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. A differenza della prima raccolta dati (2008-09), il consumo di bevande zuccherate e bevande gassate dal 2010 ad oggi è stato indagato con due domande distinte, una per le bevande zuccherate e una per le bevande gassate.



- Nella nostra Asl solo il 65% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande zuccherate**.
- Il 23% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al giorno e il 13% più volte.
- La prevalenza di consumo di bibite zuccherate al giorno è maggiore nei maschi (16%) rispetto alle femmine (8%)* e diminuisce al crescere della scolarità della madre, dal 21% per titolo di scuola elementare o media, al 9% per diploma di scuola superiore, al 6% per la laurea*.

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)



- Nella nostra Asl il 91% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle **bevande gassate**.
- Il 6% dei bambini assume bevande gassate una volta e il 2% più volte al giorno.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

L'igiene orale dei nostri bambini: quanti bambini si lavano i denti dopo cena?

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. Per indagare la frequenza di questa pratica tra i bambini, in quest'ultima raccolta dati e precisamente nel questionario rivolto a loro, è stata inserita una domanda specifica: "Ieri dopo cena ti sei lavato i denti?": l'86% dei bambini della nostra Asl ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine; a livello nazionale il dato è risultato dell'82% e in Piemonte dell'87%.

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore regionale 2014	Valore nazionale 2014
[§] hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine	93,4%	87,9%	91,4%	90,1%	93,7%	91,9%
[§] hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	55,4%	55,6%	58,7%	58,0%	61,8%	60,6%
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	4,8%	11,4%	52,7%	64,8%	52,4%	44,6%
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera	2,6%	11,7%	10,9%	11,6%	11,7%	8,1%
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	41,6%	46,3%	36,0%	37,5%	37,8%	41,2%

[§] Variabili per le quali è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello regionale. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

E' dimostrata l'associazione tra stili alimentari errati e sovrappeso ed obesità. Nella nostra Asl la quarta raccolta dei dati, conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Rispetto alle indagini precedenti si evidenzia solo il miglioramento del dato sull'adeguatezza della merenda.

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.

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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 non attivo se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine (cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'inattività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine.

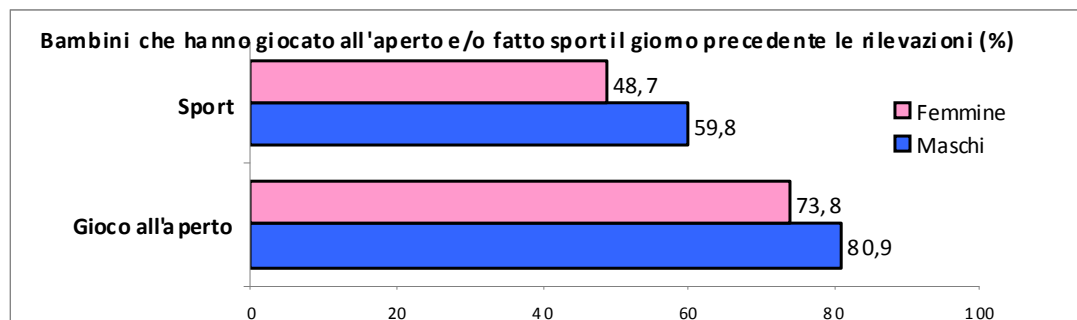
- Nel nostro studio il 10% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Solo il 31% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare).
- Non si evidenziano differenze significative per sesso del bambino e per quanto riguarda la zona geografica di abitazione.

Bambini fisicamente non attivi* (%) Asl CN2 Alba - Bra - OKkio 2014	
Caratteristiche	Non Attivi#
Sesso	
maschi	8,8
femmine	11,5
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	10,8
10.000-50.000	8,0
>50.000	--
metropolitana/perimetropolitana	--

* Il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

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

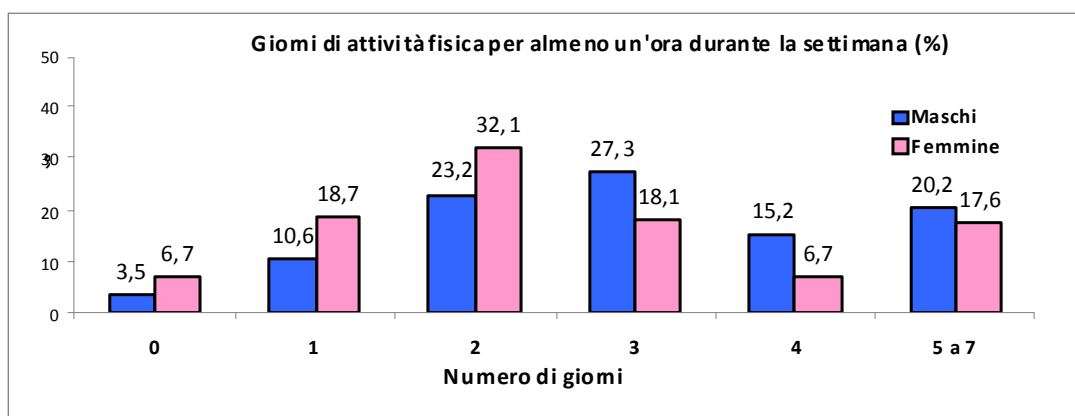
Il pomeriggio dopo la scuola costituisce un periodo della giornata eccellente per permettere ai bambini di fare attività fisica; è quindi molto importante sia il gioco all'aperto che lo sport strutturato. I bambini impegnati in queste attività tendono a trascorrere meno tempo in attività sedentarie (televisione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



- Il 77% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Il 54% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto e fanno sport più delle femmine, ma la differenza non è statisticamente significativa.

Secondo i genitori, durante la settimana quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora?

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 al giorno al di fuori dell'orario scolastico.

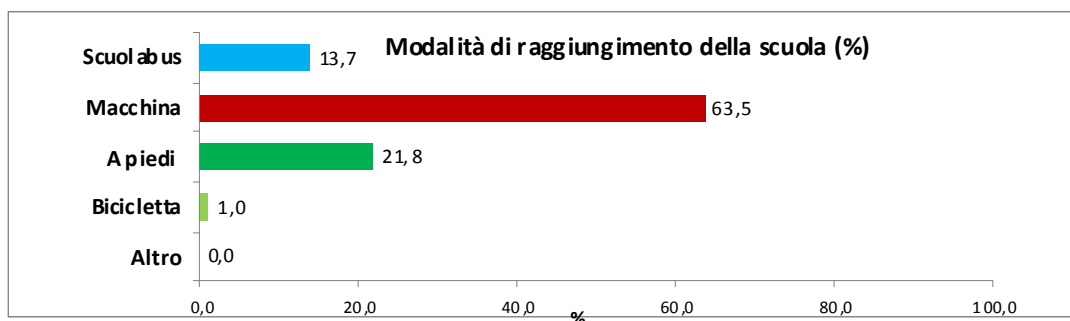


- Secondo i loro genitori, nella nostra Asl, il 27% dei bambini fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 6% neanche un giorno e solo il 19% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività fisica più giorni delle femmine*.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini.

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Come si recano a scuola i bambini?

Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola.



- Il 23% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta; invece, il 77% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze significative per sesso del bambino e fra le diverse tipologie di zona abitativa.

Per un confronto

Prevalenza di bambini che...	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore regionale 2014	Valore nazionale 2014
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi**	25,4%	13,0%	9,6%	9,8%	11,6%	15,6%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	61,2%	73,5%	75,2%	77,4%	75%	68,4%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35,0	43,3%	52,7%	54,3%	48,3%	47,1%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	13,3%	18,1%	19,6%	18,9%	16,8%	15,1%

[§] Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello di Asl. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra Asl fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 10 risulta fisicamente inattivo. Appena 2 bambini su 10 hanno un livello di attività fisica raccomandato per la loro età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.

Rispetto alle indagini precedenti si rileva, tuttavia, una riduzione della percentuale dei bambini definiti fisicamente non attivi ed un positivo andamento degli indicatori che misurano il livello di attività fisica svolto dai bambini, anche se si è ancora lontani dai valori di riferimento desiderati.

Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

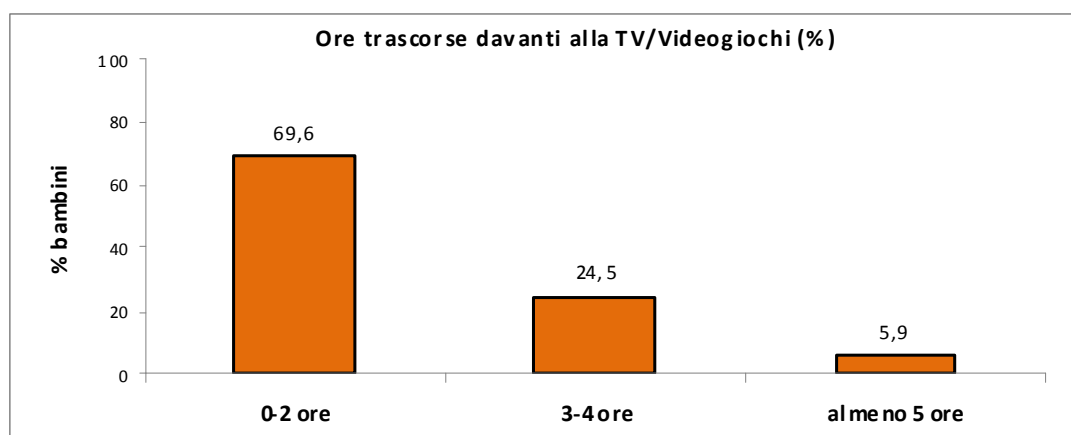
L'USO DEL TEMPO DEI BAMBINI: LE ATTIVITÀ SEDENTARIE

La crescente disponibilità di televisori e 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 può contribuire al sovrappeso/obesità del 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 a causa prevalentemente del mancato introito di calorie legati ai 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 seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi-computer in un normale giorno di scuola, secondo quanto dichiarato dai genitori. Questi dati possono essere sottostimati nella misura in cui la discontinua presenza parentale non permetta di verificare la durata effettiva del tempo trascorso dai bambini nelle diverse attività.



- Nella nostra Asl, i genitori riferiscono che il 70% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi da 0 a due 2 ore al giorno, più del 24% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 6% per almeno 5 ore.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (40%) rispetto alle femmine (20%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.
- Complessivamente il 33% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (18%) rispetto a quelli che non ce l'hanno (11%)*.
- Considerando separatamente il tempo eccedente le 2 ore trascorso guardando la TV e quello superiore alle 2 ore impiegato giocando con i videogiochi, le prevalenze riscontrate sono: > 2 ore TV (13%); > 2 ore Videogiochi (3%).

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi 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 trascorrono davanti alla televisione o ai videogiochi.

- Nella nostra Asl il 41% dei bambini ha guardato la TV la mattina prima di andare a scuola.
- Il 67% dei bambini ha guardato la televisione o ha utilizzato videogiochi il pomeriggio del giorno precedente e il 79% la sera.
- Solo il 9% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 24% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 39% in due periodi e il 28% ne ha fatto uso 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 (35%) rispetto alle femmine (21%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

Per un confronto

	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore regionale 2014	Valore nazionale 2014
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	36%	27%	27%	30%	27,1%	34,5%
Bambini con televisore in camera	33%	32%	28%	33%	36,7%	41,7%

Conclusioni

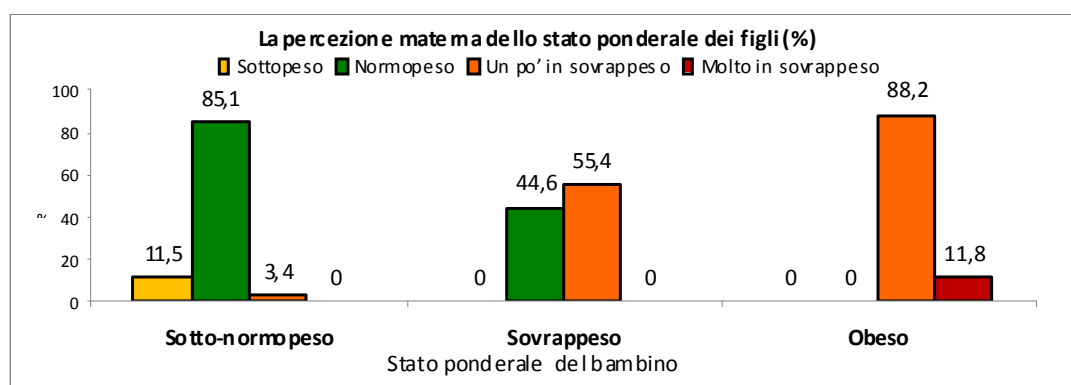
Nella nostra Asl sono molto diffuse, tra i bambini, le attività sedentarie, come il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi, in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che un terzo dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Tutti questi fattori fanno sì che solo il 70% dei bambini di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi). Rispetto alle indagini precedenti non si evidenziano sostanziali differenze.

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 cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco. Di fronte a tale situazione, la probabilità di riuscita di misure preventive risulta limitata.

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

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

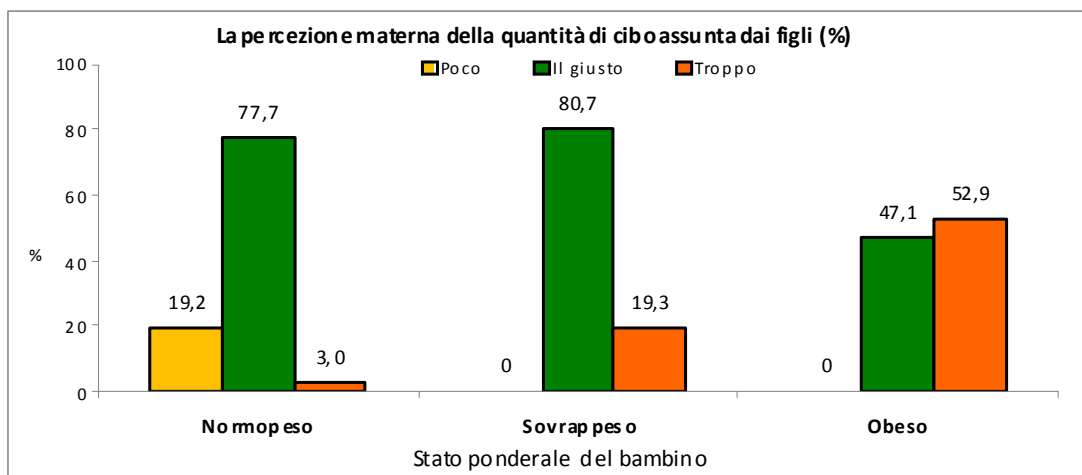


- Nella nostra Asl ben il 45% delle madri di bambini sovrappeso ritiene che il proprio bambino sia normopeso e l'88% delle madri di bambini obesi ritiene il proprio figlio un po' in sovrappeso.
- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso ed obesi, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre*.

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

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.

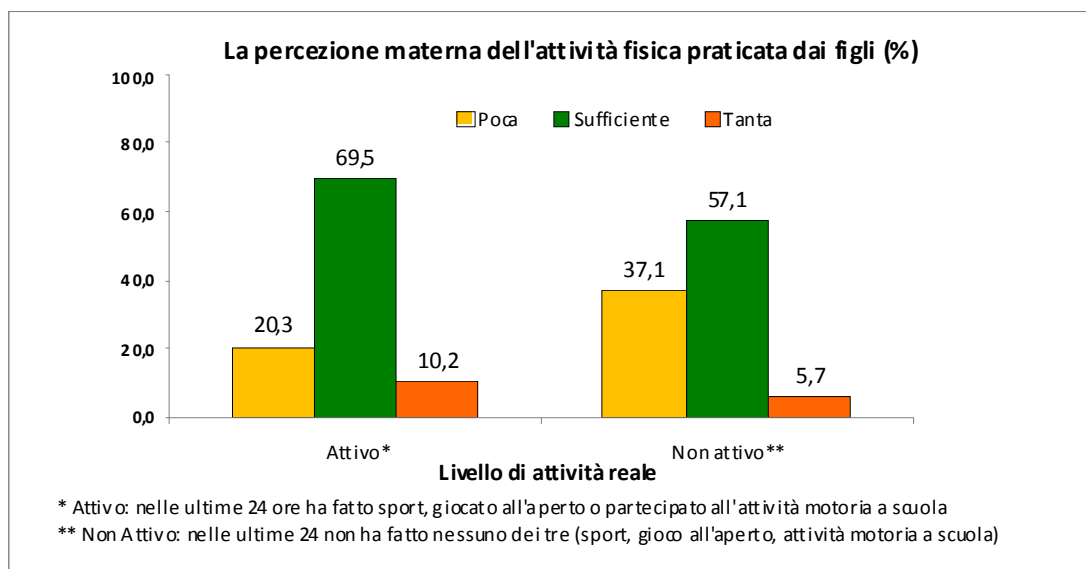


- Solo il 19% delle madri di bambini sovrappeso e il 53% di madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, l'accuratezza della percezione della quantità di cibo assunta dai figli risulta maggiore nei confronti delle femmine (88%) rispetto ai maschi (58%)*; non è stata constatata nessuna differenza per il livello di istruzione della madre.

* Differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$)

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

Sebbene molti genitori incoraggino i loro figli ad impegnarsi in attività fisica e nello sport organizzato, alcuni possono non essere a conoscenza delle raccomandazioni che i bambini facciano almeno un'ora di attività fisica ogni giorno. Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco 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 57% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 6% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi non sono state constatate differenze per sesso dei bambini o livello scolastico della madre.

Per un confronto

Madri che percepiscono...	Valore aziendale 2008	Valore aziendale 2010	Valore aziendale 2012	Valore aziendale 2014	Valore regionale 2014	Valore nazionale 2014
§ in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	61,2%	50,9%	64,3%	55,4%	57,5%	50,5%
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	97,4%	89,4%	100%	100%	90,4%	86,3%
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	66,7%	71,7%	63,3%	73,0%	70,0%	77,7%
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	43,3%	31,4%	36,4%	37,1%	36,1%	41,3%

* Adeguato = un po' in sovrappeso/molto in sovrappeso

§ Variabile per la quale è stato effettuato un confronto tra le rilevazioni svolte a livello di Asl. La variazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) è indicata con **

Conclusioni

Nella nostra Asl è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio (più di 1 genitore su 3), dato che non coincide con la misura rilevata. 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 delle madri del livello di attività fisica dei propri figli: solo il 37% dei genitori hanno una percezione che sembra coincidere con la situazione reale.

Rispetto ai dati delle precedenti indagini non si rilevano sostanziali miglioramenti.

L'AMBIENTE SCOLASTICO E IL SUO RUOLO NELLA PROMOZIONE DI UNA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA

E' dimostrato che la scuola può giocare un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini, sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata, che promuovendo, attraverso l'educazione, abitudini alimentari adeguate.

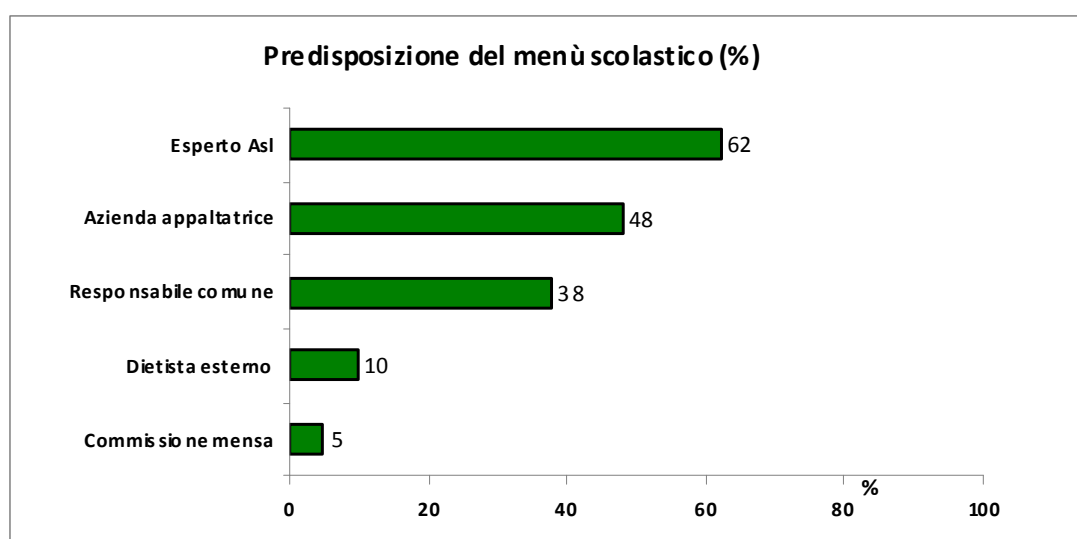
La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per seguire nel tempo l'evoluzione dello stato ponderale dei bambini e per creare occasioni di comunicazione con le famiglie che determinino un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

Quando gestite secondo criteri nutrizionali basati sulle evidenze scientifiche e se frequentate dalla maggior parte degli alunni, le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono un'alimentazione adeguata e contribuiscono alla prevenzione del sovrappeso/obesità.

- Nella nostra Asl il 100% delle scuole campionate, ha una mensa scolastica funzionante.
- Nelle scuole dotate di una mensa, il 29% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.
- La mensa viene utilizzata mediamente dal 64% dei bambini.

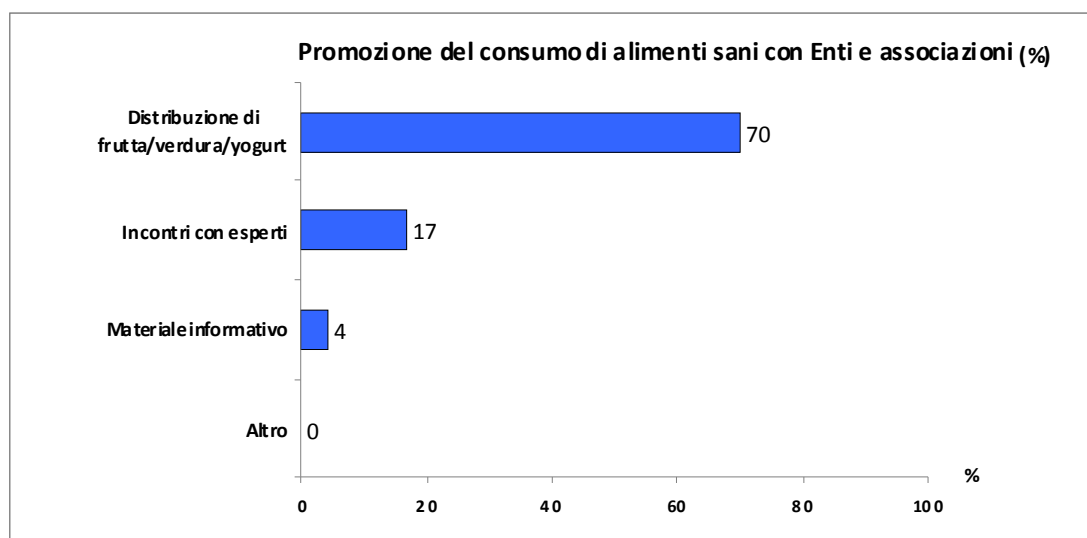


- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice e dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici l'81% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola?

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione degli alunni. In alcune di queste esperienze viene associato anche l'obiettivo dimostrativo ed educativo degli alunni.

- Nella nostra Asl, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 62%. In tali scuole, la distribuzione si effettua a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico il 78% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.



- Durante l'anno scolastico 2014/15 il 70% delle **classi** ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino.
- Il 17% delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola
- Il 4% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo

Sono segnalati dei distributori automatici?

Lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bimbi può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

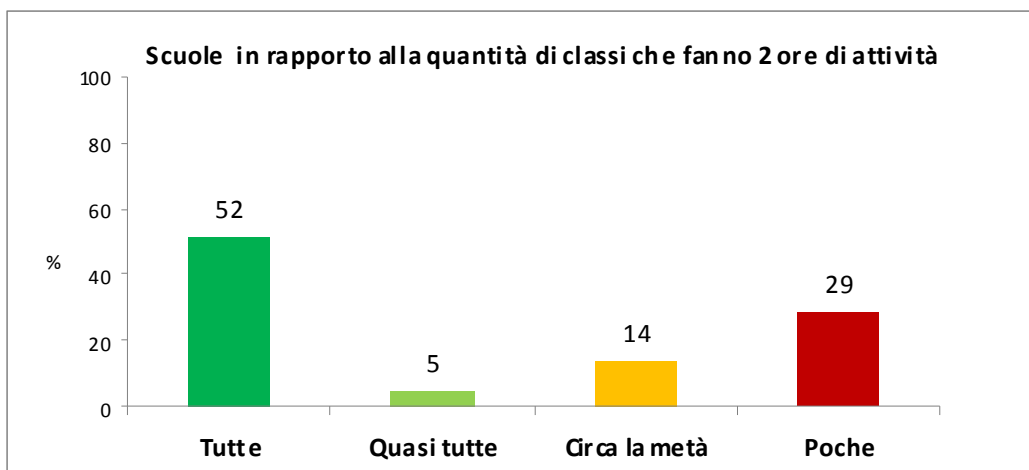
- I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 48% delle scuole, ma accessibili solo agli adulti; Tutti questi distributori forniscono bevande calde, il 50% acqua, bevande zuccherate e merendine/snack
- Solo il 30% dei distributori automatici presenti nelle scuole mette a disposizione succhi di frutta, nessuno frutta fresca, o yogurt.

La partecipazione della scuola all'attività motoria dei bambini

Quante scuole riescono a far fare ai propri alunni 2 ore di attività motoria e quali sono gli ostacoli osservati?

Nelle "Indicazioni per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione" del MIUR, pubblicate nel Settembre 2012, si sottolinea l'importanza dell'attività motoria e sportiva per il benessere fisico e psichico del bambino.

Nel questionario destinato alla scuola viene chiesto se gli alunni svolgono 2 ore di attività motoria all'interno dell'orario scolastico.

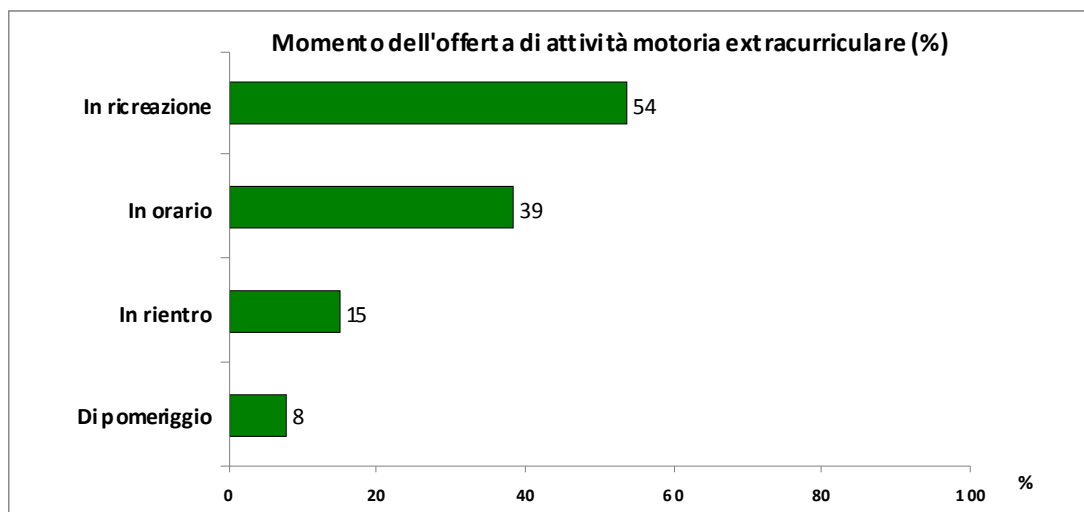


- Solo il 52% delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente 2 ore di attività motoria curricolare, il 5% quasi tutte, mentre il 14% delle scuole riferisce che circa la metà o poche classi (29%) le fanno. La ragione addotta a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria nella scuola è stata la struttura dell'orario scolastico (100%).

Le scuole offrono opportunità di praticare attività motoria oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica?

L'opportunità offerta dalla scuola ai propri alunni di fare attività motoria extra-curricolare (cioè quella offerta dalla scuola) potrebbe avere un effetto benefico, oltre che sulla salute dei bambini, anche sulla loro abitudine a privilegiare l'attività motoria.

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria sono il 62%.



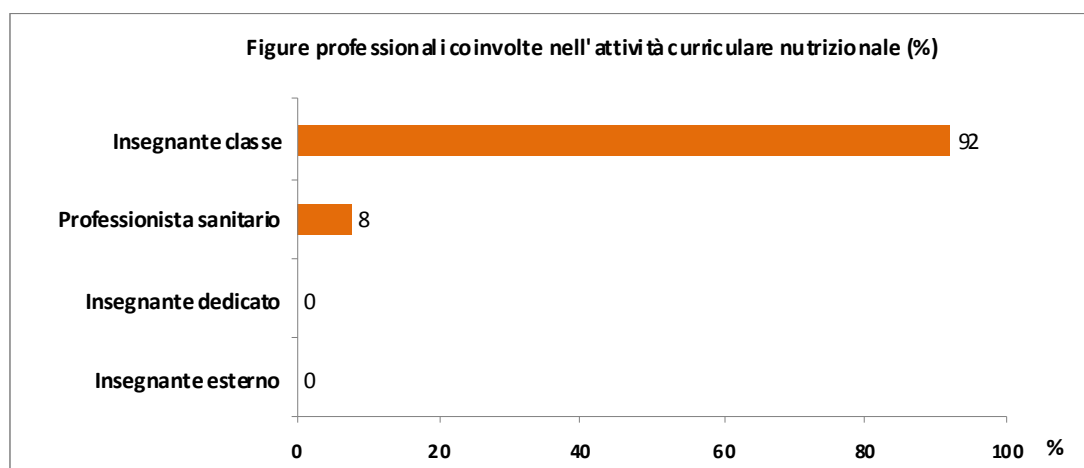
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante la ricreazione (54%), in orario scolastico (39%), meno frequentemente in rientro (15%) e di pomeriggio (8%).
- Queste attività si svolgono più frequentemente nel giardino (62%), in piscina (62%), in palestra (46%), nel corridoio (31%) e in aula (23%).

Il miglioramento delle attività curriculari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum la formazione sui temi della nutrizione?

In molte scuole del Paese sono in atto iniziative di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini.

- L'attività curriculare nutrizionale è prevista dal 60% delle scuole campionate nella nostra Asl.

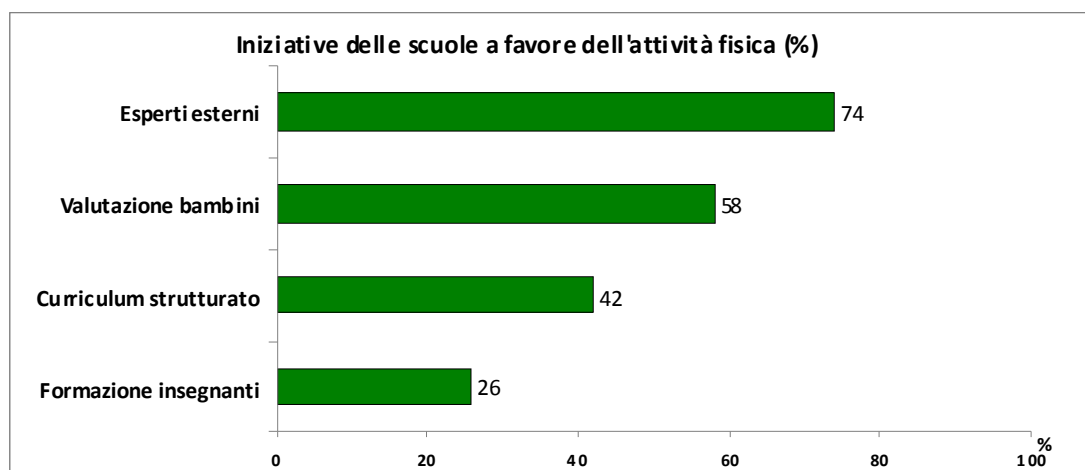


- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe (92%). Molto meno comune è il coinvolgimento dell'ASL (8%).

Quante scuole prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha avviato iniziative per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie; è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel nostro campione, il 95% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.



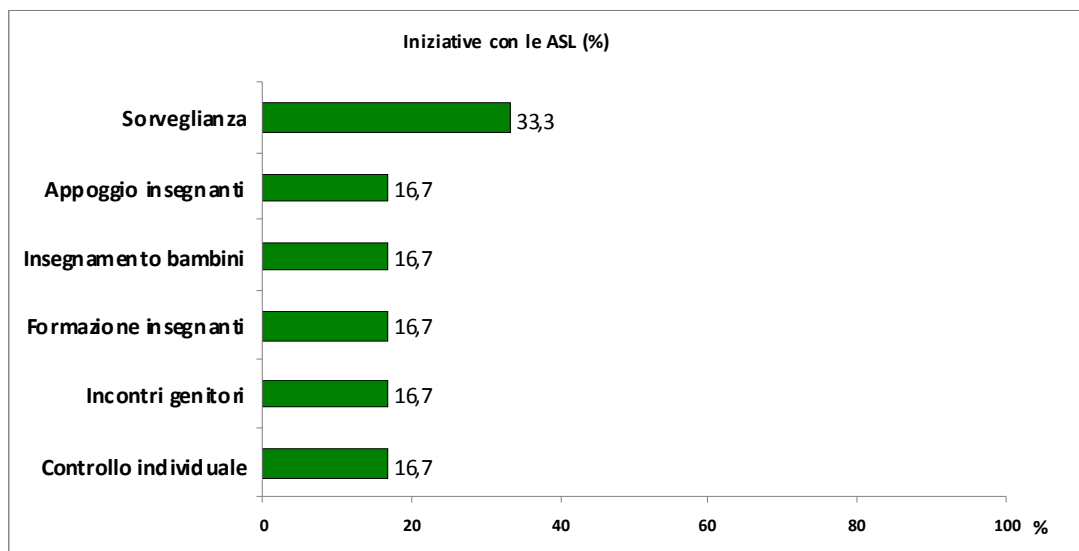
- In tali attività viene più spesso coinvolto un esperto esterno (74%), meno frequente la valutazione delle abilità motorie dei bambini (58%), lo sviluppo di un curriculum strutturato (42%) e la formazione degli insegnanti (26%).

Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

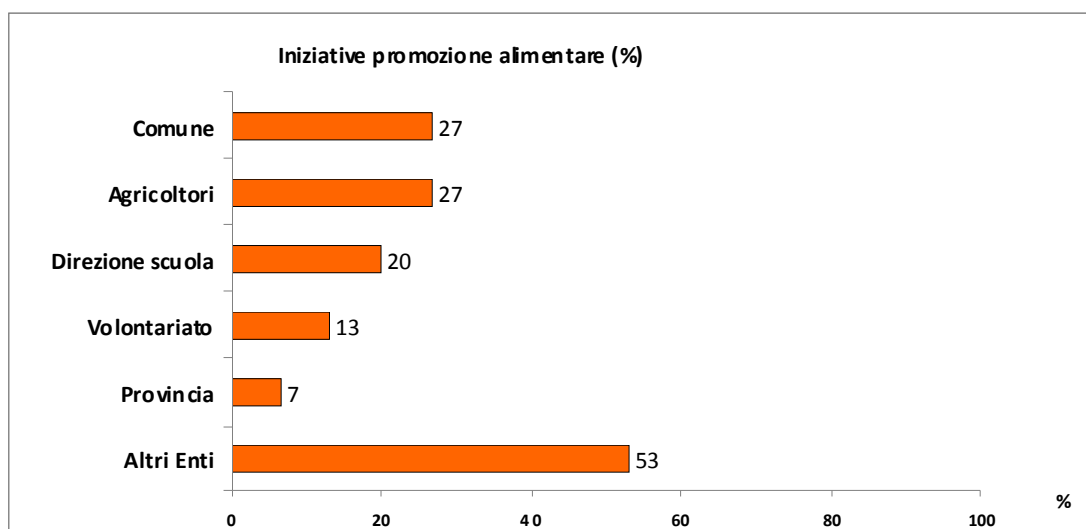
Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutarizzati realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni?

Nella scuola sono in atto numerose iniziative finalizzate a promuovere sane abitudini alimentari e attività motoria in collaborazione con enti, istituzioni e ASL.

- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato ma sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione nutrizionale nel 29% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica nel 10% delle scuole.



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso iniziative di sorveglianza nutrizionale, meno frequenti l'appoggio tecnico o la formazione agli insegnanti, gli incontri con i genitori, l'insegnamento diretto agli alunni e il loro controllo individuale.

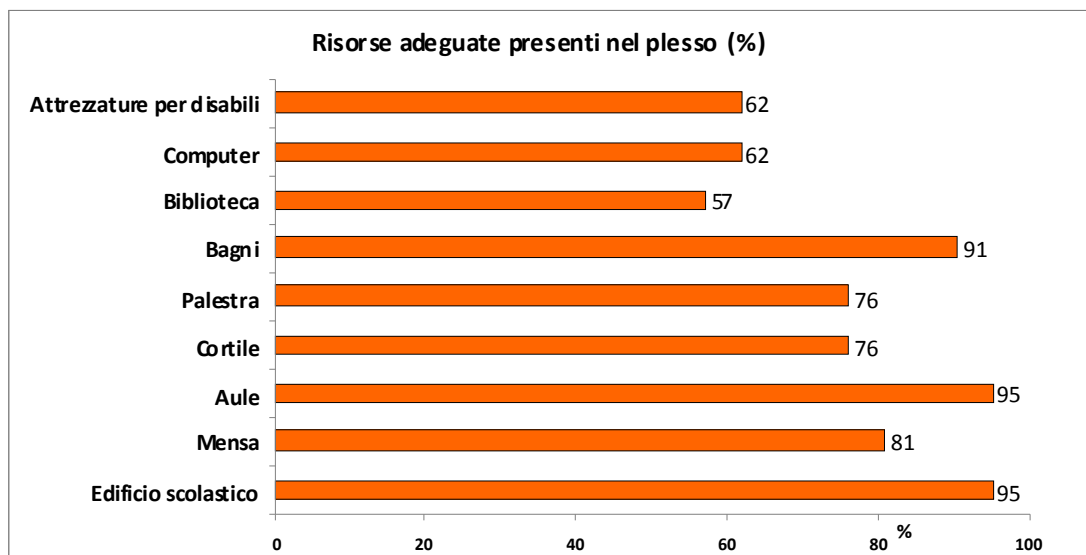


- Oltre all'ASL, gli enti e le associazioni che hanno organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono altri Enti, il Comune, le Associazioni di agricoltori/allevatori, la Direzione scolastica/insegnanti, le Associazioni di volontariato e la Provincia.

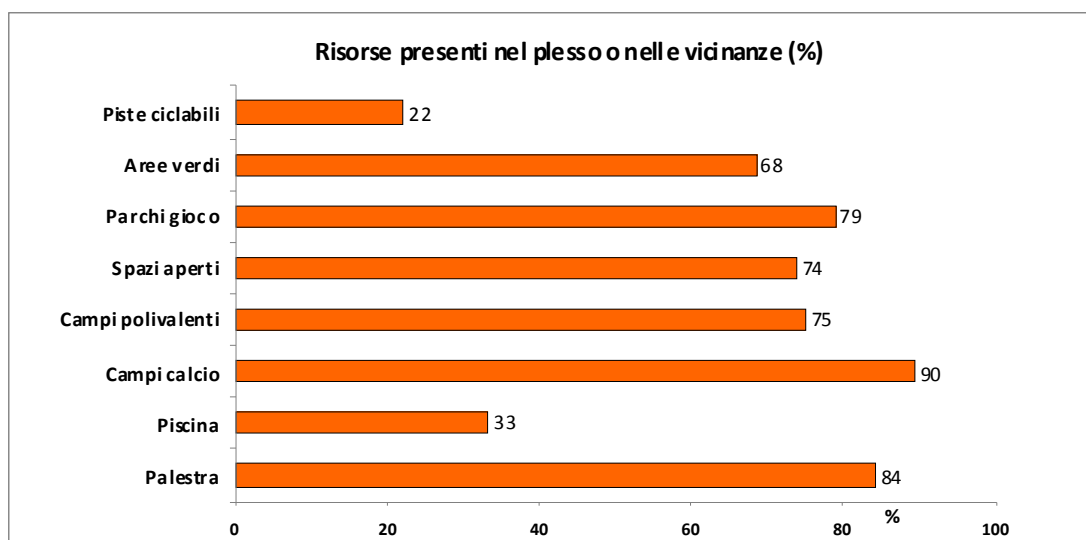
Risorse a disposizione della scuola

Nella scuola o nelle sue vicinanze sono presenti strutture utilizzabili dagli alunni?

Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.



- Secondo i dirigenti scolastici, risultano adeguati il 95% degli edifici scolastici e delle aule, il 91% delle scuole ha i bagni adeguati e la mensa (81%), il 76% delle scuole possiede una palestra e cortili adeguati.
- Sono meno adeguate le attrezzature per disabili, i computer e la biblioteca scolastica.



- Il 90% delle scuole ha nelle vicinanze un campo di calcio e l'84% di esse ha nelle vicinanze o all'interno della propria struttura la palestra.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico parchi gioco (79%), campi polivalenti (75%), spazi aperti (74%), aree verdi (68%), piscina (33%) e piste ciclabili (22%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

La legge n°128 del Dicembre 2013, che disciplina la *"Tutela della salute nelle scuole"*, estende il divieto di fumo nelle scuole anche nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni. Pertanto le istituzioni scolastiche, statali e paritarie, dovranno adeguarsi a quanto legiferato.

Al fine di indagare la facilità con la quale i dirigenti scolastici, o loro delegati, riescano a far rispettare quanto previsto dalla legge, nel questionario scuola di OKkio alla SALUTE è stata inserita nel 2014 una domanda specifica.

- Nella nostra Asl, l' 85,7% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto "mai" difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% del dato nazionale e l'84% del dato regionale); mentre il 14,3% degli stessi dichiara di aver incontrato difficoltà "a volte".

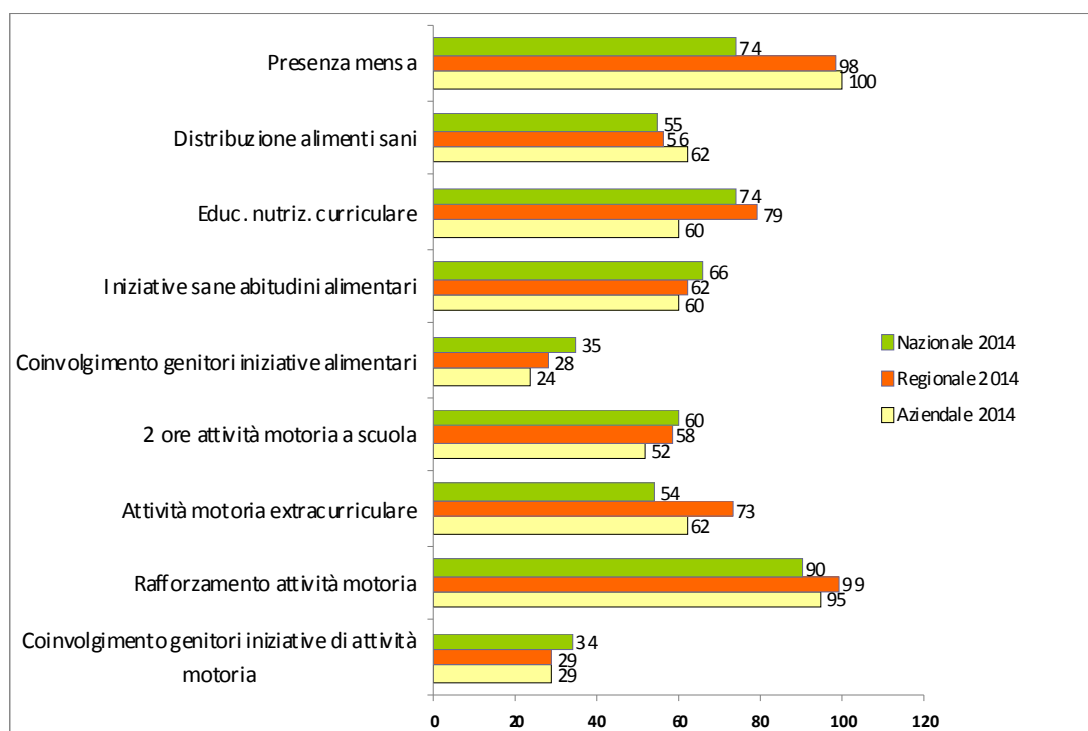
Coinvolgimento delle famiglie

In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani?

Le iniziative rivolte alla promozione di una sana abitudine alimentare nei bambini vedono il coinvolgimento attivo della famiglia nel 24% delle scuole campionate nello studio e quelle rivolte alla promozione dell'attività motoria nel 29%.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2014. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.



Conclusioni

La letteratura indica che gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano cioè diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di

fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. Le caratteristiche degli ambienti scolastici, soprattutto sotto il profilo delle condizioni favorevoli o meno la sana alimentazione ed il movimento, sono poco conosciute. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di saperne di più colmando questa lacuna e di mettere le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie. Rispetto ai valori nazionali e regionali si evidenzia una più bassa percentuale di scuole che prevedono l'educazione nutrizionale curricolare (60%) e che partecipano ad iniziative di promozione del consumo di alimenti sani (60%); minore anche il coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di sane abitudini alimentari (24%) e di promozione dell'attività motoria (29%). Più basso anche il dato sulle scuole che riescono a far svolgere a tutte le classi le 2 ore di attività motoria curricolare (52%).

CONCLUSIONI GENERALI

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni rappresentative in tempi brevi e a costi limitati, creando, inoltre, un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

È importante che la cooperazione avviata tra salute e scuola perduri nel tempo così da assicurare la continuazione negli anni del sistema di sorveglianza e il monitoraggio del fenomeno in studio. La letteratura scientifica, infatti, 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 hanno durata pluriennale.

È essenziale quindi programmare azioni di sanità pubblica in modo coordinato e condiviso tra enti, istituzioni e realtà locali per cercare di promuovere il consumo giornaliero di frutta e verdura così come la pratica dell'attività fisica tra i bambini. A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009-2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE. Lo scopo di tale iniziativa è duplice: far conoscere le dimensioni del fenomeno obesità tra le nuove generazioni e fornire suggerimenti per scelte di stili di vita salutari.

Sono stati elaborati e distribuiti anche dei poster per gli ambulatori pediatrici realizzati in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e con la Federazione Italiana dei Medici Pediatri. Tutti i materiali sono stati elaborati nell'ambito di OKkio alla SALUTE in collaborazione con il progetto "PinC - Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute", coordinato sempre dal CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.epicentro.iss.it/focus/quadagnare_salute/PinC.asp).

I risultati della quarta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra Asl prevalenze di sovrappeso ed obesità inferiori rispetto alla media regionale e nazionale ed in miglioramento rispetto ai dati delle raccolte precedenti, ma ancora lontani dai valori ideali di riferimento. Ancora sfavorevoli risultano i dati relativi ad abitudini alimentari e stili di vita che favoriscono l'incremento di peso dei bambini: colazione e merenda inadeguate, scarso consumo di frutta e verdura, assunzione di bevande zuccherate e gasate, sedentarietà, insufficiente attività fisica.

Per cercare di migliorare la situazione si suggeriscono alcune raccomandazioni dirette ai diversi gruppi di interesse:

Operatori sanitari

Le dimensioni del fenomeno sovrappeso/obesità giustificano da parte degli operatori sanitari 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 e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

In particolare la collaborazione tra mondo della scuola e della salute potrà essere rafforzata attraverso interventi di educazione sanitaria focalizzati sui fattori di rischio modificabili, quali la diffusione della conoscenza sulle caratteristiche della colazione e merende adeguate, il tempo eccessivo passato in attività sedentarie o alla televisione, che non dovrebbe superare le 2 ore al giorno.

Inoltre, considerata la scarsa percezione dei genitori dello stato ponderale dei propri figli, gli interventi sanitari dovranno includere anche interventi che prevedano una componente diretta al *counselling* e all'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome) dei genitori stessi.

Operatori scolastici

Gli studi mostrano in maniera incontrovertibile un ruolo chiave della scuola per affrontare efficacemente il problema della promozione della salute 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 sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla 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: nutrirsi meglio e imparare a gustare il cibo mangiando anche nuovi alimenti.

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini (<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=278>).

La scuola può anche ridurre la distribuzione di bevande zuccherate e incentivare il consumo di frutta e yogurt.

Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino almeno 2 ore di attività motoria e che cerchino di favorire le raccomandazioni internazionali di un'ora al giorno di attività fisica per i bambini.

Genitori

I genitori dovrebbero essere coinvolti attivamente nelle attività di promozione di sani stili di vita.

L'obiettivo è sia favorire l'acquisizione di conoscenze sui fattori di rischio che possono ostacolare la crescita armonica del proprio figlio, come un'eccessiva sedentarietà, la troppa televisione, la poca attività fisica o alcune abitudini alimentari scorrette (non fare la colazione, mangiare poca frutta e verdura, eccedere con le calorie durante la merenda di metà mattina), sia favorire lo sviluppo di processi motivazionali e di consapevolezza che, modificando la percezione, possano facilitare l'identificazione del reale stato ponderale del proprio figlio.

I genitori dovrebbero, inoltre, riconoscere e sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani e l'educazione alimentare. La condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in classe può contribuire a sostenere "in famiglia" le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell'arco dell'intera giornata.

Infine, laddove possibile, i genitori dovrebbero incoraggiare il proprio bambino a raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del tragitto.

Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell'intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

MATERIALI BIBLIOGRAFICI

Politica e strategia di salute

- ◇ Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med.* 2014;46(1):e1-16.
- ◇ EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Hendriks AM, Kremers SP, Gubbels JS, Raat H, de Vries NK, Jansen MW. Towards health in all policies for childhood obesity prevention. *J Obes.* 2013;2013.
- ◇ World Health Organization. Population-based approaches to childhood obesity prevention. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: WHO, 2012.
- ◇ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Indicazioni per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, settembre 2012 ; disponibile all'indirizzo: http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/8afacb-d3-04e7-4a65-9d75-cec3a38ec1aa/prot7734_12_all2.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Aranceta Bartrina J. Public health and the prevention of obesity: failure or success? *Nutr Hosp.* 2013;28 Suppl 5:128-37. Foltz JL, May AL, Belay B, Nihiser AJ, Dooyema CA, Blanck HM. Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children. *Annu Rev Nutr.* 2012;32:391-415.
- ◇ Wu Y, Lau BD, Bleich S, Cheskin L, Boult C, Segal JB, Wang Y. Future Research Needs for Childhood Obesity Prevention Programs: Identification of Future Research Needs From Comparative Effectiveness Review No. 115.
- ◇ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana, ottobre 2011; disponibile all'indirizzo: <http://www.governo.it/Notizie/Ministeri/dettaglio.asp?d=65210> (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011; 378:838-47.
- ◇ Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica, 2010; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell'Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>. (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. WHO; Geneva 2007. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. (ultima consultazione novembre 2014).
- ◇ Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf. (ultima consultazione novembre 2014).

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/obesità

- ◇ Spinelli A, Nardone P, Buoncristiano M, Lauria L, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: dai risultati 2012 alle azioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/11).
- ◇ Lombardo FL, Spinelli A, Lazzeri G, Lamberti A, Mazzarella G, Nardone P, Pilato V, Buoncristiano M, Caroli M. Severe obesity prevalence in 8- to 9-year-old Italian children: a large population-based study. *Eur J Clin Nutr.* 2014.
- ◇ Wijnhoven T, van Raaij J M and Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative- Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010). WHO; 2014.
- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Sjöberg A, Eldin N, Yngve A, Kunešová M, Starc G, Rito AI, Duleva V, Hassapidou M, Martos E, Pudule I, Petrauskiene A, Sant'Angelo VF, Hovengen R, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(11):11261-85.
- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, Rutter H, Martos É, Rito AI, Hovengen R, Pérez-Farinós N, Petrauskiene A, Eldin N, Braeckvelt L, Pudule I, Kunešová M, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 7 (14):806.
- ◇ Rossen LM, Talih M. Social determinants of disparities in weight among US children and adolescents. *Ann Epidemiol.* 2014;24(10):705-713.
- ◇ Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health.* 2014;24 Suppl 1:40-6.
- ◇ Lazzeri G, Giacchi MV, Spinelli A, Pammolli A, Dalmaso P, Nardone P, Lamberti A, Cavallo F. Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. *Nutr J.* 2014;13:69.
- ◇ Ng M, Fleming T et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 *Lancet.* 2014;384(9945):766-81.
- ◇ Angela Spinelli, Paola Nardone, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Daniela Galeone e il gruppo OKkio alla SALUTE. *Obesità e sovrappeso nei bambini italiani: il sistema di sorveglianza "okkio alla salute".* *Not Ist Super Sanità* 2013;26(12):3-8.
- ◇ Bracale R, Milani L, Ferrara E, Balzaretto C, Valerio A, Russo V, Nisoli E, Carruba MO. Childhood obesity, overweight and underweight: a study in primary schools in Milan. *Eat Weight Disord.* 2013;18(2):183-91.
- ◇ Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, Starc G, Rutter H, Sjöberg A, Petrauskiene A, O'Dwyer U, Petrova S, Farrugia Sant'angelo V, Wauters M, Yngve A, Rubana IM, Breda J. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatr Obes.* 2012.
- ◇ Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
- ◇ Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev.* 2010;11(1):2-10.

Metodo di studio

- ◇ 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.
- ◇ Borgers N. et al. Childrens as respondents in survey research: cognitive development and response quality. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2000;66:60-75.
- ◇ Bennett S. et al. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. World Health Stat Q. 1991;44:98-106.

IMC: curve di riferimento e studi progressi

- ◇ Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). J. Endocrinol. Invest. 2014;29(7):581-593.
- ◇ Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(5):349-55.
- ◇ de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. Public Health Nutr. 2013;16(4):625-30.
- ◇ Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatric Obesity 2012; 7:284-294.
- ◇ Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. Pediatr. Obes. 2012;7(4):259-60.
- ◇ de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr. 2012;15(9):1603-10.
- ◇ Katzmarzyk PT, Shen W, Baxter-Jones A, Bell JD, Butte NF, Demerath EW, Gilsanz V, Goran MI, Hirschler V, Hu HH, Maffei C, Malina RM, Müller MJ, Pietrobelli A, Wells JC. Adiposity in children and adolescents: correlates and clinical consequences of fat stored in specific body depots. Pediatric obesity 2012;7(5):e42-61.
- ◇ Monasta L, Lobstein T, Cole TJ, Vignierová J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? Obes Rev. 2011;12(4):295-300.
- ◇ Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. International Journal of Pediatric Obesity, 2011; 6: 325-331.
- ◇ de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? Int. J. Pediatr. Obes. 2010;5(6):458-60.
- ◇ WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- ◇ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. BMJ 2007; 28 (335):194.
- ◇ de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660-667.
- ◇ Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. Vital Health Stat 11 2002;246:1-190.

- ◇ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.
- ◇ Dietz WH, Bellizzi MC. Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999;70(1):123S-5S.

Fattori di rischio modificabili

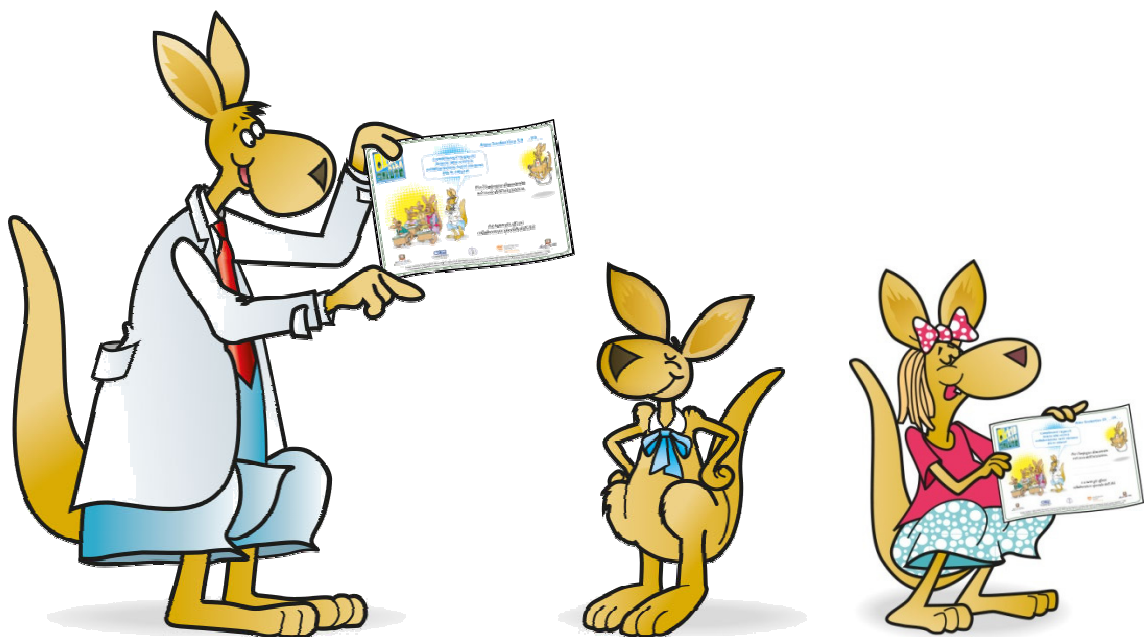
- ◇ Lau EY, Barr-Anderson DJ, Forthofer M, Saunders RP, Pate RR. Associations Between Home Environment and After-School Physical Activity and Sedentary Time Among 6th Grade Children. *Pediatr Exerc Sci.* 2014.
- ◇ Xiao Q, Keadle SK, Hollenbeck AR, Matthews CE. Sleep Duration and Total and Cause-Specific Mortality in a Large US Cohort: Interrelationships With Physical Activity, Sedentary Behavior, and Body Mass Index. *Am J Epidemiol.* 2014;180(10):997-1006.
- ◇ Mytton OT, Nnoaham K, Eyles H, Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. *BMC Public Health.* 2014;14:886.
- ◇ Appelhans BM, Fitzpatrick SL, Li H, Cail V, Waring ME, Schneider KL, Whited MC, Busch AM, Pagoto SL. The home environment and childhood obesity in low-income households: indirect effects via sleep duration and screen time. *BMC Public Health.* 2014;14:1160.
- ◇ Tandon P, Grow HM, Couch S, Glanz K, Sallis JF, Frank LD, Saelens BE. Physical and social home environment in relation to children's overall and home-based physical activity and sedentary time. *Prev Med.* 2014;66:39-44.
- ◇ Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer A, Reisch L, Ahrens W, Kourides Y, Molnár D, Moreno LA, Siani A, Veidebaum T, Lissner L. Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(2):223-8.
- ◇ Stamatakis E, Coombs N, Jago R, Gama A, Mourão I, Nogueira H, Rosado V, Padez C. Associations between indicators of screen time and adiposity indices in Portuguese children. *Prev Med.* 2013;56(5):299-303.
- ◇ Pate RR, O'Neill JR, Liese AD, Janz KF, Granberg EM, Colabianchi N, Harsha DW, Condrasky MM, O'Neil PM, Lau EY, Taverno Ross SE. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. *Obes Rev.* 2013;14(8):645-58.
- ◇ Morgan RE. Does consumption of high-fructose corn syrup beverages cause obesity in children? *Pediatr Obes.* 2013;8(4):249-54.
- ◇ Fakhouri TH, Hughes JP, Brody DJ, Kit BK, Ogden CL. Physical activity and screen-time viewing among elementary school-aged children in the United States from 2009 to 2010. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):223-9.
- ◇ Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;346:e7492.
- ◇ Davis CL, Pollock NK, Waller JL, Allison JD, Dennis BA, Bassali R, Meléndez A, Boyle CA, Gower BA. Exercise dose and diabetes risk in overweight and obese children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(11):1103-12.
- ◇ Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli A (Ed.). *Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/42).
- ◇ Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, Douthwaite W, Skeaff CM, Summerbell CD. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;345:e7666.

- ◇ Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2010;100(5):567-73.

Interventi e linee guida per l'azione

- ◇ Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 14;3:CD009728.
- ◇ Kovács E, Siani A, Konstabel K, Hadjigeorgiou C, de Bourdeaudhuij I, Eiben G, Lissner L, Gwozdz W, Reisch L, Pala V, Moreno LA, Pigeot I, Pohlmann H, Ahrens W, Molnár D; IDEFICS consortium. Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study. *Int J Obes (Lond).* 2014;38 Suppl 2:S144-51.
- ◇ Guerra PH, Nobre MR, da Silveira JA, Taddei JA. School-based physical activity and nutritional education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomised community trials - project PANE. *Prev Med.* 2014;61:81-9.
- ◇ Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013.
- ◇ Fairclough SJ, Hackett AF, Davies IG, Gobbi R, Mackintosh KA, Warburton GL, Stratton G, van Sluijs EM, Boddy LM. Promoting healthy weight in primary school children through physical activity and nutrition education: a pragmatic evaluation of the CHANGE! randomised intervention study. *BMC Public Health.* 2013;13:626.
- ◇ Moss A, Smith S, Null D, Long Roth S, Tragoudas U. Farm to School and Nutrition Education: Positively Affecting Elementary School-Aged Children's Nutrition Knowledge and Consumption Behavior. *Child Obes.* 2013;9(1):51-6.
- ◇ Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: a meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med.* 2013;56(3-4):237-43.
- ◇ Wright K, Giger JN, Norris K, Suro Z. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(6):727-37.
- ◇ Mostafavi R, Ziaee V, Akbari H, Haji-Hosseini S. The Effects of SPARK Physical Education Program on Fundamental Motor Skills in 4-6 Year-Old Children. *Iran J Pediatr.* 2013;23(2):216-9.
- ◇ Breslin G, Brennan D, Rafferty R, Gallagher AM, Hanna D. The effect of a healthy lifestyle programme on 8-9 year olds from social disadvantage. *Arch Dis Child.* 2012;97(7):618-24.
- ◇ van Grieken A, Ezendam NP, Paulis WD, van der Wouden JC, Raat H. Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012 28;9:61.
- ◇ Brandstetter S, Klenk J, Berg S, Galm C, Fritz M, Peter R, Prokopchuk D, Steiner RP, Wartha O, Steinacker J, Wabitsch M. Overweight prevention implemented by primary school teachers: a randomised controlled trial. *Obes Facts.* 2012;5(1):1-11.
- ◇ Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Educ Behav.* 2012;39(2):159-71.

- ◇ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep*. 2011;60(RR-5):1-76.
- ◇ Plachta-Danielzik S, Landsberg B, Lange D, Langnäse K, Müller MJ. [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2011;54(3):304-12.
- ◇ Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. *Br J Nutr*. 2010;103(6):781-97.
- ◇ Taylor RW, McAuley KA, Barbezat W, Strong A, Williams SM, Mann JI. APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(3):735-42.



Stampato – dicembre 2015

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia

Responsabile Dott.ssa Laura MARINARO

Ass. Sanitaria Dott.ssa Giovanna GIACHINO

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Tec. Prev. Dott. Alfredo RUATA

Collaboratore Amm.vo Dott.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

Assistente Amm.vo Dott.ssa Annelisa GUASTI

TELEFONI / INDIRIZZI

S.S.D. Epidemiologia 0173/316.622-650

Fax 0173/316.636

E-mail epid.alba@aslcn2.it

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)