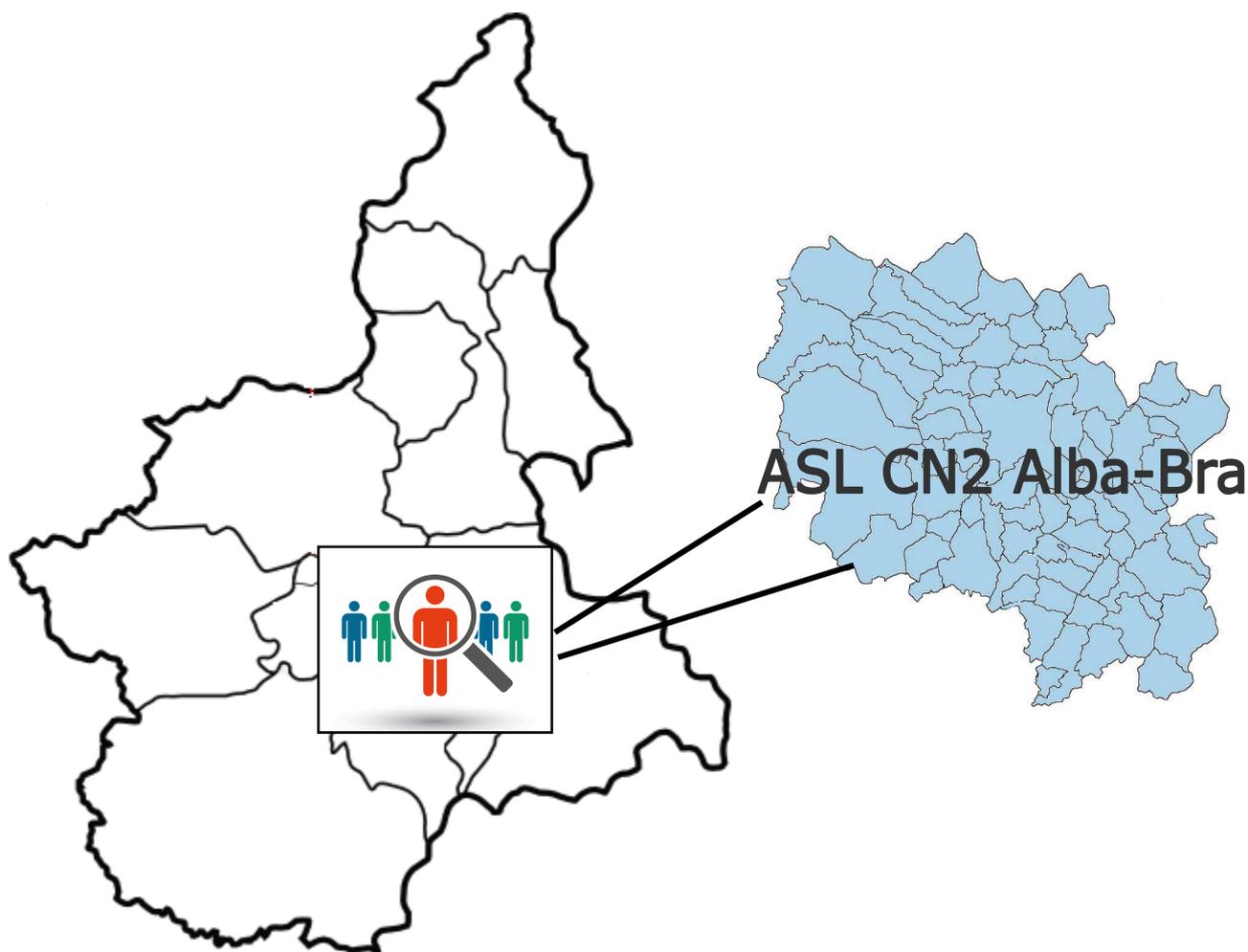


Bollettino Epidemiologico

Anno 2015



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

Direttore Generale
Dott. Danilo BONO

Direttore Sanitario
Dott. Giovanni MESSORI IOLI

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 ZORNIOTTI

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 ASLCN2/5/2016

**AN
I
E
N
D
A
S
A
N
I
T
A
R
I
A
L
O
C
A
L
E
N
Z**

PRESENTAZIONE

La conoscenza dei principali problemi di salute di una popolazione e dei determinanti di malattia e/o fattori di rischio, insieme all'analisi delle dinamiche dei fenomeni di salute, costituiscono fondamento per una buona programmazione socio-sanitaria e dovrebbero orientare strategie e politiche al fine di migliorare la qualità di vita e il benessere dei cittadini.

I sistemi di sorveglianza attivi nella nostra ASL (PASSI, OKkio alla Salute, Passi D'Argento...) forniscono diverse informazioni e dati con regolarità, la cui elaborazione consente di analizzare il profilo di salute della nostra popolazione evidenziandone i bisogni. L'integrazione delle diverse informazioni provenienti da altri sistemi informativi sanitari quali il registro di mortalità, le notifiche delle malattie infettive, gli archivi vaccinali, i data base relativi agli infortuni in ambito lavorativo, etc, permette di costruire immagini descrittive e di delineare l'andamento di alcuni fenomeni sanitari.

Il Bollettino Epidemiologico dell'ASLCN2, giunto alla XVII edizione, rappresenta uno degli strumenti che contribuisce al processo di identificazione delle necessità di salute nonché di definizione delle priorità, reso disponibile a Amministratori, Soggetti Istituzionali e sociali, Operatori sanitari, Associazioni, Cittadini.

La Direzione ringrazia sentitamente tutti i professionisti che hanno contribuito alla realizzazione di questo rapporto e in particolare la Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra che anche quest'anno ha reso possibile la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Danilo BONO

INDICE

La dinamica demografica	5
Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra	24
Malattie infettive	37
Assistenza territoriale: strategie di sviluppo verso un cambiamento sostenibile	45
Promozione dell'attività fisica in un gruppo di pensionati. L'esempio del Servizio Medico della "Fondazione Ferrero"	56
Prevenzione e medicina di iniziativa. L'esempio dei BILANCI DI SALUTE in età pediatrica	63
Pediatri di base e prescrizione di antibiotici	65
Lo stato di salute della popolazione lavorativa nel territorio dell'ASL CN2: gli infortuni e le malattie professionali. Analisi dell'ultimo quinquennio disponibile (2011-2015)	71
Descrizione del programma di sorveglianza sanitaria ex esposti Ammine Aromatiche	76
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2015	78
"Sbagliando s'impara... Lavorare male stanca": strategie di fronteggiamento dell'errore e delle criticità	82
L'organizzazione dell'Ufficio Veterinario in un impianto industriale di lavorazione di carni avicole: programmazione del lavoro, formazione professionale, raccolta e gestione dati	87
BSE alias "morbo della mucca pazza": passato e presente	91

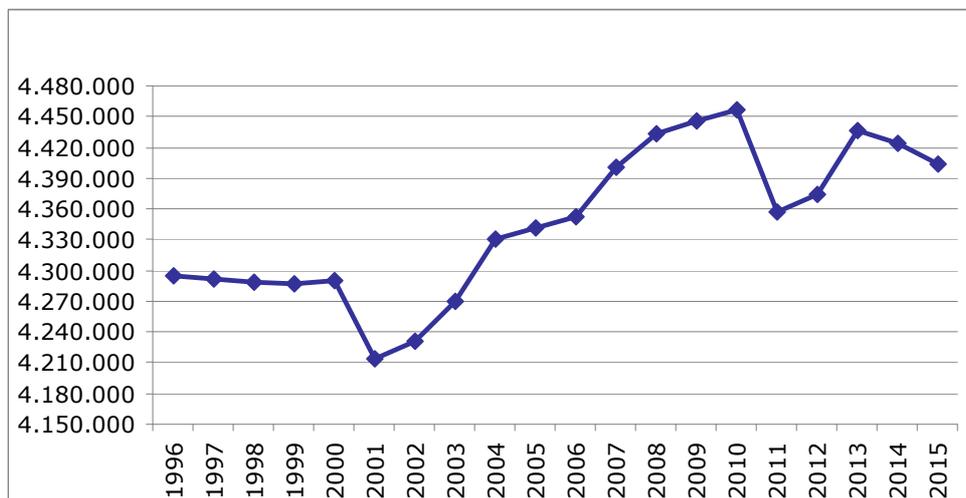
La dinamica demografica

Laura Marinaro, Annelisa Guasti, Giuseppina Zorziotti

La Regione

Nel 2015 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.404.246 abitanti, con una diminuzione di oltre 20.000 unità rispetto all'anno precedente (Graf. A).

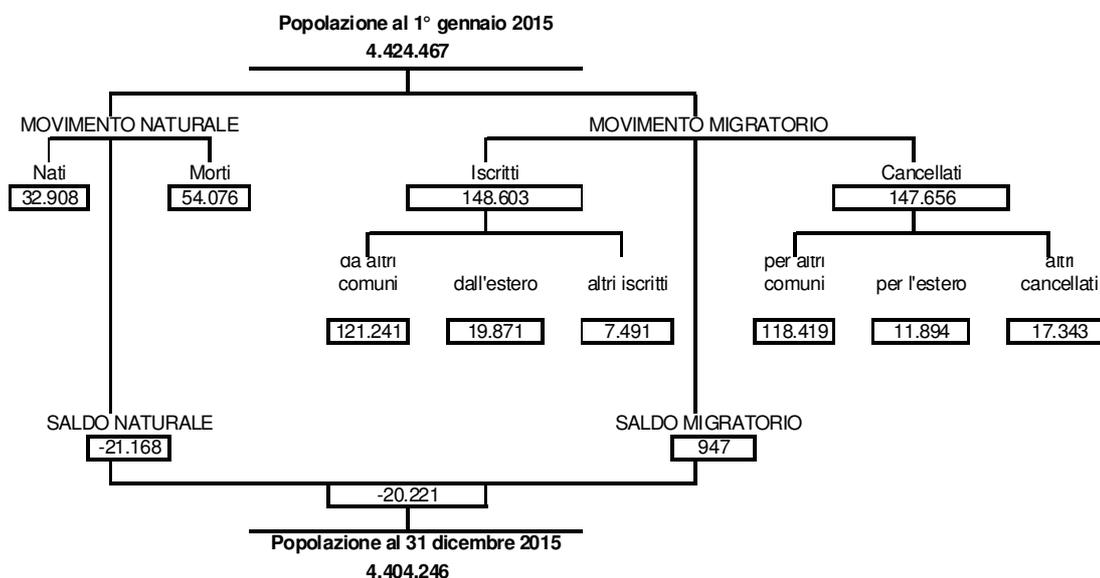
Graf. A - Andamento della popolazione piemontese dal 1996 al 2015



Fonte: Istat (1)

Il saldo dei movimenti naturali e migratori è negativo e pari a -20.221 (Fig. A).

Fig. A - Dinamica demografica in Piemonte nel 2015 (1)



Questo calo conferma l'inversione di tendenza osservata per la prima volta nel 2014, dopo un decennio e mezzo di continua crescita della popolazione, per effetto di intense migrazioni. E' proprio la caratteristica di intensità di quest'ultimo fattore che è venuto a mancare anche nel 2015, insieme ad un notevolissimo peggioramento del saldo naturale (2).

Il saldo migratorio, ulteriormente in calo rispetto agli anni precedenti, rimane positivo, ma non raggiunge un migliaio di unità (947). Questo dato (il più basso degli ultimi 15 anni), sembra trovare spiegazione nella particolare situazione economica e del mercato del lavoro che hanno reso meno attrattivo il Piemonte, con conseguente calo delle immigrazioni rispetto alla decade precedente; nel contempo aumentano le cancellazioni verso l'estero. Gli spostamenti verso l'estero sono soprattutto di residenti con cittadinanza italiana, e sono prevalentemente di giovani con titolo di studio più elevato.

Il saldo naturale del 2015 è risultato negativo come ormai avviene dal 1976, ma ad un livello inconsueto, pari a -21.168 . Tale peggioramento del bilancio naturale è dovuto ad una significativa diminuzione di nascite e un notevole aumento dei decessi (Tab. A) (2).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1996-2015)

Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
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
2015	32.908	54.076	-21.168	7,5	12,3	4.404.246

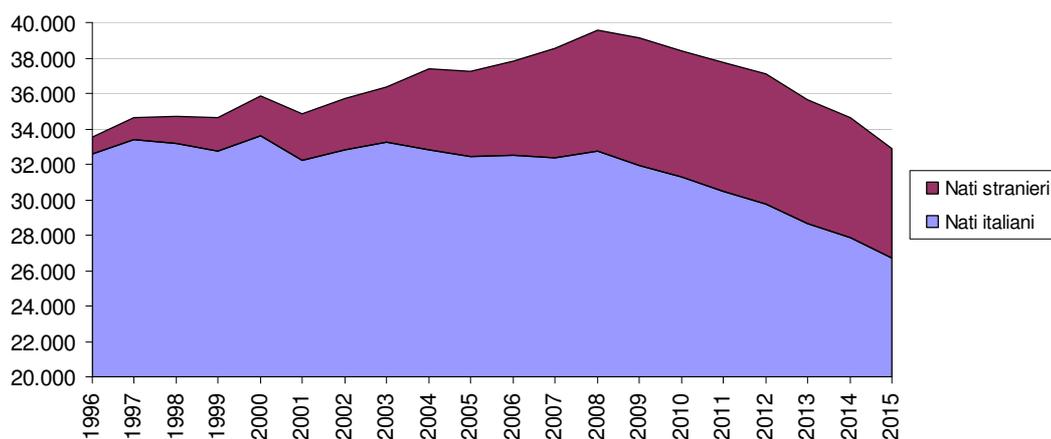
Fonte: Istat (1)

Il declino delle nascite è il risultato probabile di un insieme di fattori tra cui il forte ridimensionamento del numero medio di figli per donna e la continua diminuzione della popolazione femminile in età fertile. L'Istat stima il numero di figli per donna per il 2015 a 1,35 mentre l'anno precedente era a livello 1,40 (2).

Nel 2015 il tasso di mortalità è pari 12,3 (dato più elevato degli ultimi 15 anni). Prime analisi da parte di esperti epidemiologi hanno messo in evidenza che tale fenomeno può essere stato determinato dal ribasso dei decessi negli anni precedenti, che ha protratto la vita a persone anziane fragili; altra concausa pare riconducibile all'ingrossamento della classe di età dei novantenni dovuta all'ingresso delle coorti del primo dopoguerra, più numerose di quelle formati durante la prima guerra mondiale (2).

Nel 2015 inoltre risultano 32.908 nati (dato inferiore rispetto all'anno precedente e il più basso degli ultimi vent'anni) e 6.218 nati con cittadinanza straniera, dato ben lontano dalle 7.350 nascite verificatesi nel 2012 (Graf. B; Tab. B).

Graf. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1996-2015 (3)



Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1996-2015 (3)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
1996	32.579	935	33.514
1997	33.361	1.225	34.586
1998	33.142	1.516	34.658
1999	32.720	1.919	34.639
2000	33.598	2.276	35.874
2001	32.203	2.654	34.857
2002	32.781	2.935	35.716
2003	33.253	3.117	36.370
2004	32.805	4.608	37.413
2005	32.463	4.788	37.251
2006	32.507	5.344	37.851
2007	32.383	6.182	38.565
2008	32.713	6.838	39.551
2009	31.900	7.223	39.123
2010	31.269	7.116	38.385
2011	30.477	7.282	37.759
2012	29.717	7.350	37.067
2013	28.624	7.030	35.654
2014	27.881	6.756	34.637
2015	26.690	6.218	32.908

Nel 2015 i decessi, come già sottolineato, risultano 54.076, dato di gran lunga superiore ai valori registrati negli ultimi vent'anni.

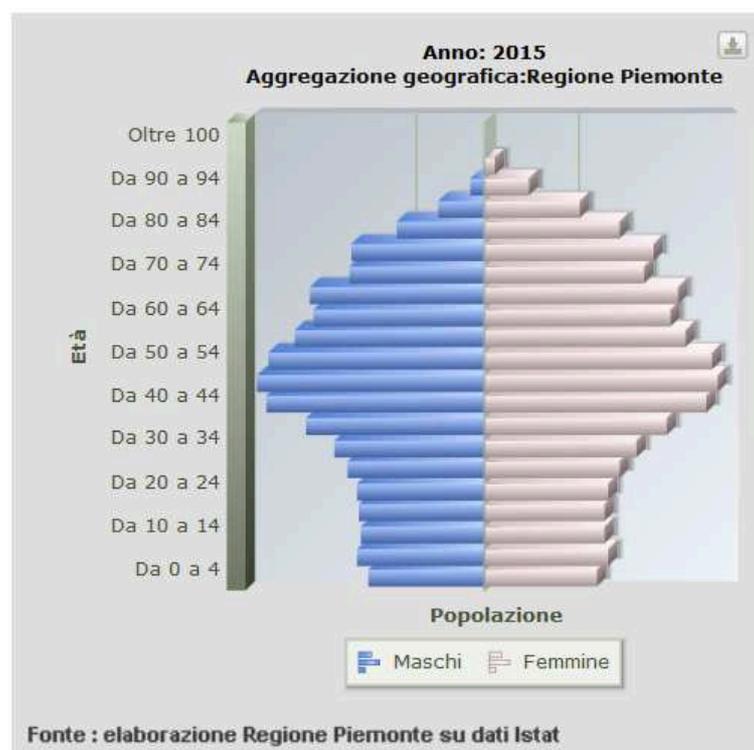
Nel corso dell'ultimo decennio il saldo dei movimenti con le altre regioni italiane ha avuto un andamento altalenante; nel 2015 risulta in aumento, passando da 2.425 unità del 2014 a 2.822. Per quanto riguarda invece i movimenti con l'estero si registra una diminuzione del saldo per l'ottavo anno consecutivo. Il saldo migratorio complessivo risulta di 947 unità (Tab. C).

Tab. C – Movimenti e saldi migratori con l'interno e l'estero (2000-2015) (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
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
2015	121.241	118.419	2.822	19.871	11.894	7.977	-9.852	947

La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2015.

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2015) (1)



L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti), in Piemonte ha registrato, negli ultimi 20 anni, un aumento costante passando dal 19,1% del 1995 al 24,8% del 2015, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 193,7 (dato più elevato degli ultimi 20 anni) (Tab.D).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (1995-2015) (1)

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
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
2015	24,8	193,7	Dato non disponibile	Dato non disponibile

Nel 2015 in tutte le AA.SS.LL. piemontesi, ad eccezione 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 (2015) (1)

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2015
ASL AL	2.883	6.583	-3.700	14.159	13.725	434	-3.266	440.807
ASL AT	1.480	2.883	-1.403	6.838	7.083	-245	-1.648	205.299
ASL BI	1.026	2.402	-1.376	6.546	6.421	125	-1.251	171.507
ASL CN1	3.527	5.132	-1.605	14.249	14.051	198	-1.407	418.913
ASL CN2	1.388	2.075	-687	6.438	5.986	452	-235	171.630
ASL NO	2.733	3.852	-1.119	12.088	11.700	388	-731	349.042
ASL TO1-2	7.069	10.650	-3.581	25.306	27.969	-2.663	-6.244	890.529
ASL TO3	4.377	6.532	-2.155	21.434	20.688	746	-1.409	585.282
ASL TO4	3.685	6.219	-2.534	19.081	18.608	473	-2.061	518.323
ASL TO5	2.498	3.115	-617	11.074	10.449	625	8	310.315
ASL VC	1.149	2.379	-1.230	5.372	5.316	56	-1.174	172.012
ASL VCO	1.093	2.254	-1.161	6.018	5.660	358	-803	170.587
Totale Piemonte	32.908	54.076	-21.168	148.603	147.656	947	-20.221	4.404.246

A.S.L. CN2 Alba-Bra

La *popolazione residente* nel territorio dell'A.S.L. CN2 risulta essere al 31 dicembre 2015 di 171.630 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 31.12.2015, di 105.646 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2015, di 65.984 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.437 e 29.737, cui seguono Cherasco (9.076), Sommariva del Bosco (6.361), Canale (5.686) (Tab. 1) (1).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2015 (1).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Alba	14809	16628	31437	54,9	572,2
Albaretto della Torre	118	124	242	5,3	45,7
Arguello	104	95	199	4,7	42,2
Baldissero d'Alba	550	519	1069	14,7	72,9
Barbaresco	328	330	658	7,5	87,6
Barolo	349	391	740	5,8	128,0
Benevello	248	226	474	5,2	91,0
Bergolo	33	38	71	3,3	21,6
Borgomale	189	192	381	8,9	43,0
Bosia	89	88	177	5,4	32,5
Bossolasco	330	349	679	14,3	47,4
Bra*	14321	15416	29737	59,5	499,9
Camo	105	96	201	3,7	54,2
Canale	2811	2875	5686	18,3	311,4
Castagnito	1070	1093	2163	6,7	323,3
Castelletto Uzzone	174	157	331	14,6	22,6
Castellinaldo	464	474	938	8,0	117,5
Castiglione Falletto	351	349	700	4,6	150,9
Castiglione Tinella	437	458	895	11,9	75,4
Castino	254	229	483	15,8	30,5
Ceresole Alba*	1078	1012	2090	36,9	56,7
Cerretto Langhe	228	214	442	9,8	44,9
Cherasco*	4479	4597	9076	80,7	112,5
Cissone	48	37	85	5,9	14,4
Corneliano d'Alba	1030	1088	2118	10,0	211,0
Cortemilia	1135	1196	2331	24,2	96,3
Cossano Belbo	478	480	958	21,1	45,3
Cravanzana	197	214	411	7,9	52,4
Diano d'Alba	1815	1755	3570	17,7	201,7
Feisoglio	155	161	316	7,6	41,7
Gorzegno	152	152	304	13,8	22,0
Govone	1055	1148	2203	19,1	115,4
Grinzane Cavour	980	1015	1995	4,0	500,0
Guarene	1765	1831	3596	13,1	273,9
La Morra*	1374	1350	2724	24,0	113,4
Lequio Berria	262	225	487	11,8	41,4
Levice	122	109	231	16,5	14,0
Magliano Alfieri	1052	1101	2153	9,3	231,5
Mango	644	664	1308	20,3	64,4
Monchiero	291	280	571	5,1	111,5

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
Monforte d'Alba	1008	1048	2056	25,5	80,8
Montà	2291	2442	4733	26,4	179,6
Montaldo Roero	424	420	844	12,2	69,2
Montelupo Albese	257	272	529	6,5	81,3
Monteu Roero	824	810	1634	24,1	67,7
Monticello d'Alba	1118	1174	2292	10,7	214,8
Narzole*	1687	1750	3437	26,0	132,1
Neive	1637	1768	3405	21,2	160,5
Neviglie	194	188	382	8,0	47,6
Niella Belbo	181	191	372	18,0	20,6
Novello	491	496	987	11,5	86,1
Perletto	153	139	292	10,2	28,5
Pezzolo Valle Uzzone	170	174	344	26,9	12,8
Piobesi d'Alba	640	648	1288	4,1	317,2
Pocapaglia*	1655	1684	3339	16,7	199,6
Priocca	988	1029	2017	8,8	229,2
Rocchetta Belbo	86	81	167	4,4	37,7
Roddi	789	818	1607	9,6	168,3
Roddino	214	186	400	10,5	38,0
Rodello	482	498	980	8,7	112,4
San Benedetto Belbo	90	89	179	4,7	37,8
San Giorgio Scarampi	63	59	122	5,6	21,9
Sanfrè*	1494	1546	3040	15,8	193,0
Santa Vittoria d'Alba*	1383	1412	2795	9,9	282,6
Santo Stefano Belbo	1948	2036	3984	23,7	168,2
Santo Stefano Roero	663	727	1390	13,2	105,3
Serralunga d'Alba	296	268	564	8,5	66,3
Serravalle Langhe	167	148	315	8,7	36,3
Sinio	269	253	522	8,7	59,9
Sommariva del Bosco*	3138	3223	6361	35,0	181,6
Sommariva Perno*	1355	1442	2797	17,2	162,8
Torre Bormida	100	100	200	7,6	26,2
Treiso	423	397	820	9,3	88,1
Trezzo Tinella	175	156	331	10,8	30,8
Verduno*	291	297	588	7,3	80,3
Veza d'Alba	1148	1139	2287	14,1	162,8
TOTALE A.S.L.	83.766	87.864	171.630	1122,1	153,0

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La densità della popolazione residente nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2015 è di 153 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2006 era di 146,5. Quella del Piemonte nel 2015 è di 173,5 (Tab. 2) (1).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2015

	Popolazione al 31.12.2015	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	171.630	1.122,10	153,0
Distretto 1 Alba	105.646	793,1	133,2
Distretto 2 Bra	65.984	329	200,6
Provincia Cuneo	590.421	6.894,00	85,6
Regione Piemonte	4.404.246	25.388,40	173,5

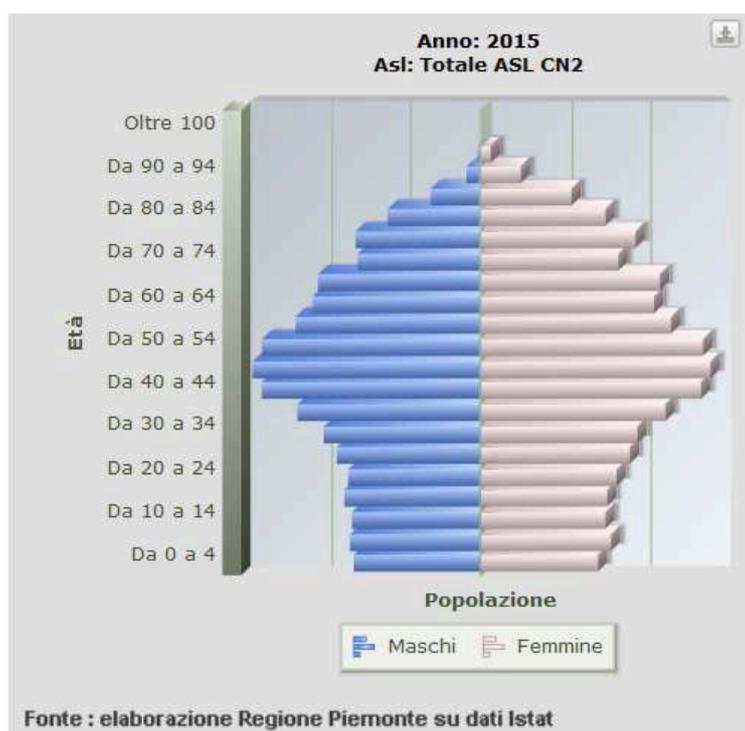
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,2% contro il 48,8%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 74,6% della popolazione (Tab. 3) (1).

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2015 (la distribuzione per fasce di età è stimata secondo le regole della B.D.D.E.) (1)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3905	52,6	3526	47,4	7431
Da 5 a 9	4010	50,5	3932	49,5	7942
Da 10 a 14	3952	51,3	3754	48,7	7706
Da 15 a 19	4154	52,1	3814	47,9	7968
Da 20 a 24	4084	49,8	4109	50,2	8193
Da 25 a 29	4421	49,5	4503	50,5	8924
Da 30 a 34	4837	50,5	4735	49,5	9572
Da 35 a 39	5635	50,1	5604	49,9	11239
Da 40 a 44	6697	50,1	6682	49,9	13379
Da 45 a 49	7020	50,0	7020	50,0	14040
Da 50 a 54	6724	49,8	6782	50,2	13506
Da 55 a 59	5681	49,5	5786	50,5	11467
Da 60 a 64	5162	49,4	5278	50,6	10440
Da 65 a 69	5009	48,0	5417	52,0	10426
Da 70 a 74	3767	47,3	4202	52,7	7969
Da 75 a 79	3848	45,0	4707	55,0	8555
Da 80 a 84	2822	42,7	3787	57,3	6609
Da 85 a 89	1526	35,9	2720	64,1	4246
Da 90 a 94	443	26,9	1206	73,1	1649
Da 95 a 99	59	19,5	244	80,5	303
Oltre 100	10	15,2	56	84,8	66
Totale	83.766	48,8	87.864	51,2	171.630

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 2015 (1)



La *speranza di vita* alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2013 a 80,5, 46,4 e 19,1 anni per gli uomini e a 84,8, 50,7 e 22,2 anni per le donne (Tab. 4) (1).

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2004-2013) (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
2013	80,5	84,8	46,4	50,7	19,1	22,2

L'*età media* della popolazione nell'anno 2015 è di 44,8 anni, nel 2006 era di 43,7; in Piemonte nel 2015 l'*età media* si attesta a 45,9 anni (1).

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2015 nell'A.S.L. CN2 sono 19.642, pari all'11,4% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2015 sono 422.027, pari al 9,6% del totale dei residenti (Tab. 5) (1).

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2015

A.S.L. CN2	11,4
Distretto 1 Alba	11,6
Distretto 2 Bra	11,1
Provincia Cuneo	10,2
Regione Piemonte	9,6

Il *numero medio di componenti della famiglia* nell'A.S.L. CN2 nel 2015 è pari a 2,3, valore più elevato rispetto al dato regionale (Tab. 6).

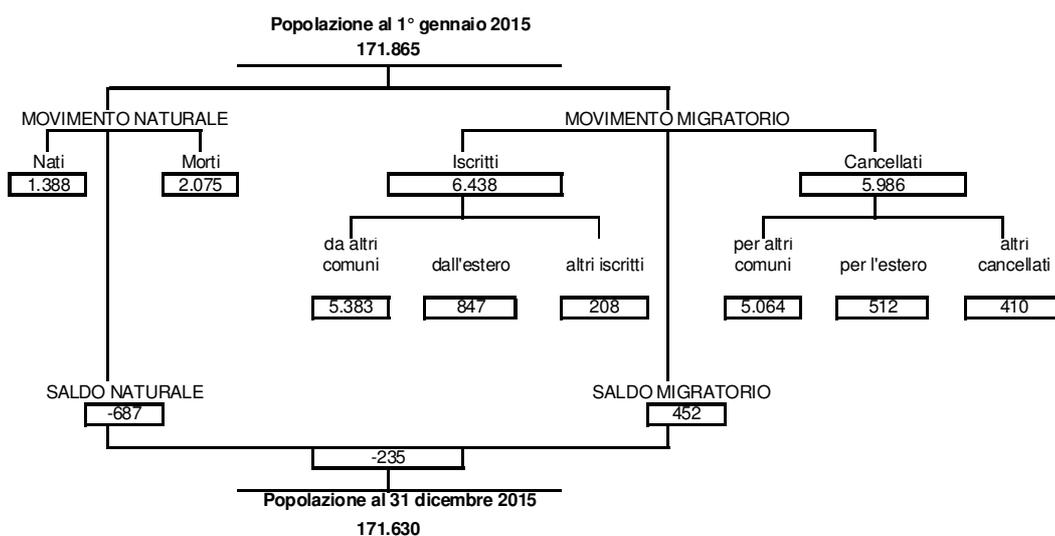
Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2015 (1)

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 2015 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo, con i decessi che superano le nascite di 687 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti – cancellati) è positivo (452) (Fig. 1, Tab. 7).

Fig.1 – Dinamica demografica nell’A.S.L. CN2 nel 2015 (Fonte ISTAT) (1)



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

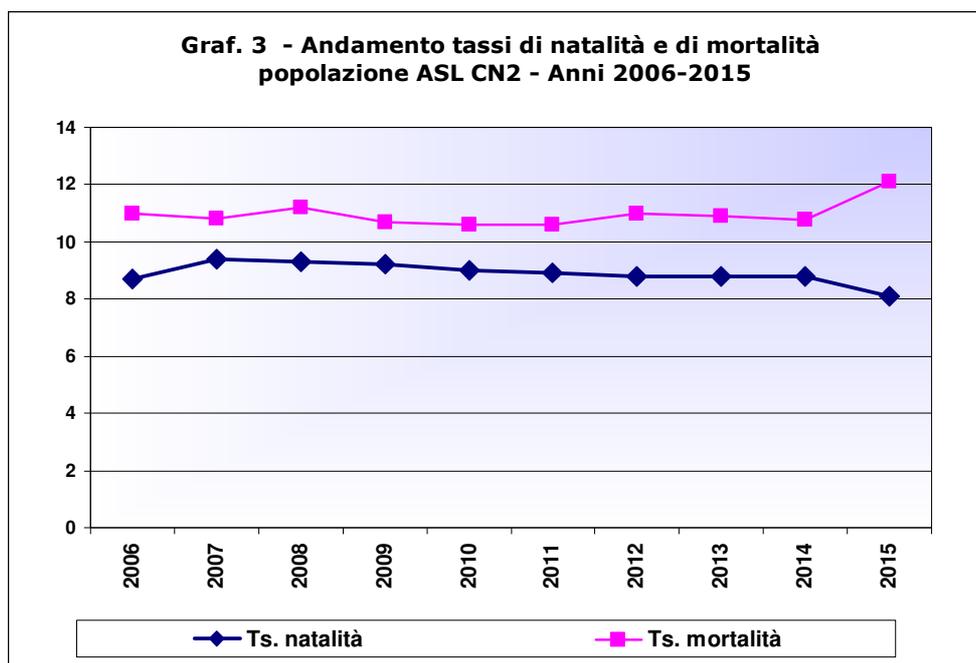
- il totale della popolazione è aumentato complessivamente nel decennio 2006 – 2015 di 7.230 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie (Graf. 2);



- dal 2006 al 2014 il numero assoluto dei nati ha subito poche variazioni attestandosi ad un valore di circa 1.500, nel 2015 i nuovi nati sono diminuiti (1.388); il tasso di natalità, stabile nel triennio 2012 – 2014, nel 2015 ha subito una riduzione (Tab. 7 e 8, Graf. 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2015 il numero assoluto dei decessi (2.075) è aumentato di 227 unità rispetto al 2014 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione A.S.L. CN2 - Anni 2006-2015 (1)

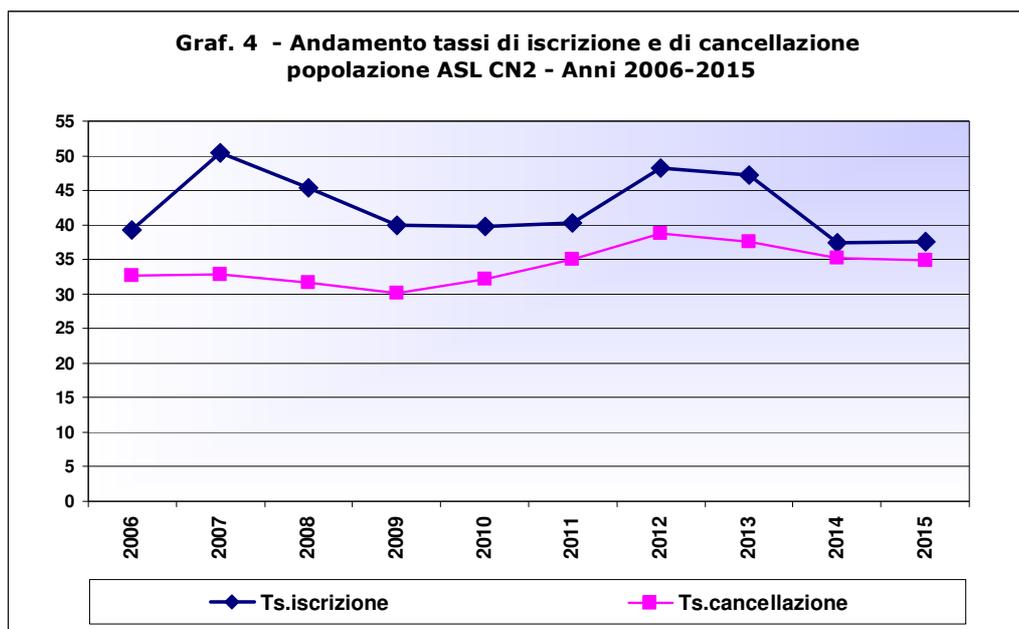
Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
2006	164.400	1.428	1.803	-375	6.424	5.344	1.080
2007	167.079	1.563	1.782	-219	8.352	5.454	2.898
2008	169.039	1.566	1.879	-313	7.606	5.333	2.273
2009	170.448	1.563	1.820	-257	6.802	5.136	1.666
2010	171.457	1.535	1.825	-290	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
2015	171.630	1.388	2.075	-687	6.438	5.986	452



- nel 2015 il tasso strutturale della popolazione relativamente alla mortalità ha subito un incremento rispetto al 2014, il tasso di cancellazione una riduzione, pressappoco stabile il tasso di iscrizione (Tab. 8, Graf. 3 e 4) (1).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2006-2015 (1)

Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
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
2015	8,1	12,1	37,5	34,9



Natalità

Nel 2015, 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 8,1, superiore al dato Regionale (7,5) ed inferiore al dato provinciale (8,3) (Tab. 9).

Tab. 9 - Indice di natalità - Anno 2015 (1)

	Indice di natalità
A.S.L. CN2	8,1
Distretto 1 Alba	7,8
Distretto 2 Bra	8,6
Provincia Cuneo	8,3
Regione Piemonte	7,5

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 2015 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 2015 (1)

Comuni	Tasso di natalità
Alba	7,77
Albaretto della Torre	4,12
Arguello	10,03
Baldissero d'Alba	5,56
Barbaresco	10,54
Barolo	12,14
Benevello	4,21
Bergolo	28,78
Borgomale	5,15
Bosia	5,57
Bossolasco	2,9
Bra*	8,88
Camo	-

Comuni	Tasso di natalità
Canale	6,89
Castagnito	8,77
Castelletto Uzzone	-
Castellinaldo	6,37
Castiglione Falletto	8,46
Castiglione Tinella	7,83
Castino	4,11
Ceresole Alba*	5,71
Cerretto Langhe	-
Cherasco*	9,38
Cissone	-
Corneliano d'Alba	10,78
Cortemilia	5,54
Cossano Belbo	7,22
Cravanzana	4,85
Diano d'Alba	11,78
Feisoglio	6,26
Gorzegno	-
Govone	11,74
Grinzane Cavour	10,49
Guarene	6,46
La Morra*	6,21
Lequio Berria	10,16
Levice	-
Magliano Alfieri	9,8
Mango	11,43
Monchiero	8,58
Monforte d'Alba	6,27
Montà	7,39
Montaldo Roero	3,5
Montelupo Albese	5,64
Monteu Roero	9,77
Monticello d'Alba	9,99
Narzole*	10,78
Neive	7,31
Neviglie	5,18
Niella Belbo	-
Novello	6,05
Perletto	6,81
Pezzolo Valle Uzzone	8,71
Piobesi d'Alba	8,55
Pocapaglia*	7,16
Priocca	9,49
Rocchetta Belbo	-
Roddi	5,62
Roddino	7,6
Rodello	9,21
San Benedetto Belbo	11,08
San Giorgio Scarampi	8,1
Sanfrè*	7,6
Santa Vittoria d'Alba*	11,15

Comuni	Tasso di natalità
Santo Stefano Belbo	6,5
Santo Stefano Roero	11,48
Serralunga d'Alba	8,83
Serravalle Langhe	6,28
Sinio	9,45
Sommariva del Bosco*	8,47
Sommariva Perno*	6,41
Torre Bormida	-
Treiso	4,91
Trezzo Tinella	-
Verduno*	5,2
Veza d'Alba	6,6

Mortalità

Il *tasso grezzo di mortalità* della popolazione A.S.L. CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2015 è di circa 12,1 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è aumentato (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 2015 (1)

	Indice di mortalità
A.S.L. CN2	12,1
Distretto 1 Alba	12,4
Distretto 2 Bra	11,5
Provincia Cuneo	12,2
Regione Piemonte	12,3

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2015 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 2015 (1)

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	12,04
Albaretto della Torre	20,62
Arguello	10,03
Baldissero d'Alba	4,64
Barbaresco	22,59
Barolo	9,44
Benevello	10,54
Bergolo	-
Borgomale	18,04
Bosia	11,14
Bossolasco	14,48
Bra*	11,77
Camo	9,85
Canale	10,07
Castagnito	6,47
Castelletto Uzzone	6,02
Castellinaldo	15,93
Castiglione Falletto	9,87
Castiglione Tinella	15,66
Castino	12,32
Ceresole Alba*	12,37

Comuni	Tasso di mortalità
Cerretto Langhe	29,45
Cherasco*	11,03
Cissone	11,9
Corneliano d'Alba	15,47
Cortemilia	20,88
Cossano Belbo	22,68
Cravanzana	14,56
Diano d'Alba	10,38
Feisoglio	12,52
Gorzegno	22,73
Govone	14,91
Grinzane Cavour	9,99
Guarene	5,89
La Morra*	10,22
Lequio Berria	16,26
Levice	17,28
Magliano Alfieri	17,27
Mango	12,2
Monchiero	13,73
Monforte d'Alba	19,76
Montà	11,83
Montaldo Roero	18,69
Montelupo Albese	9,41
Monteu Roero	12,82
Monticello d'Alba	11,72
Narzole*	12,82
Neive	12,87
Neviglie	15,54
Niella Belbo	18,67
Novello	13,1
Perletto	27,26
Pezzolo Valle Uzzone	29,03
Piobesi d'Alba	4,67
Pocapaglia*	10,74
Priocca	9,49
Rocchetta Belbo	11,76
Roddi	4,37
Roddino	17,74
Rodello	12,28
San Benedetto Belbo	16,62
San Giorgio Scarampi	24,29
Sanfrè*	11,23
Santa Vittoria d'Alba*	8,27
Santo Stefano Belbo	13
Santo Stefano Roero	15,79
Serralunga d'Alba	5,3
Serravalle Langhe	9,42
Sinio	11,34
Sommariva del Bosco*	11,61
Sommariva Perno*	13,88
Torre Bormida	44,67
Treiso	7,37
Trezzo Tinella	8,93
Verduno*	12,13
Veza d'Alba	11

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'A.S.L. CN2, calcolato col metodo della standardizzazione utilizzando la popolazione regionale, è nel 2013 (ultimo anno disponibile) di 553,6 per 100.000 per i maschi e di 359,7 x 100.000 per le femmine, mentre quello della Regione Piemonte è di 573,7 per gli uomini e di 364,6 per le donne. L'analisi del tasso standardizzato di mortalità dell'ASL CN2 mostra un andamento decrescente dal 2008 al 2013 (Tab. 13) (1).

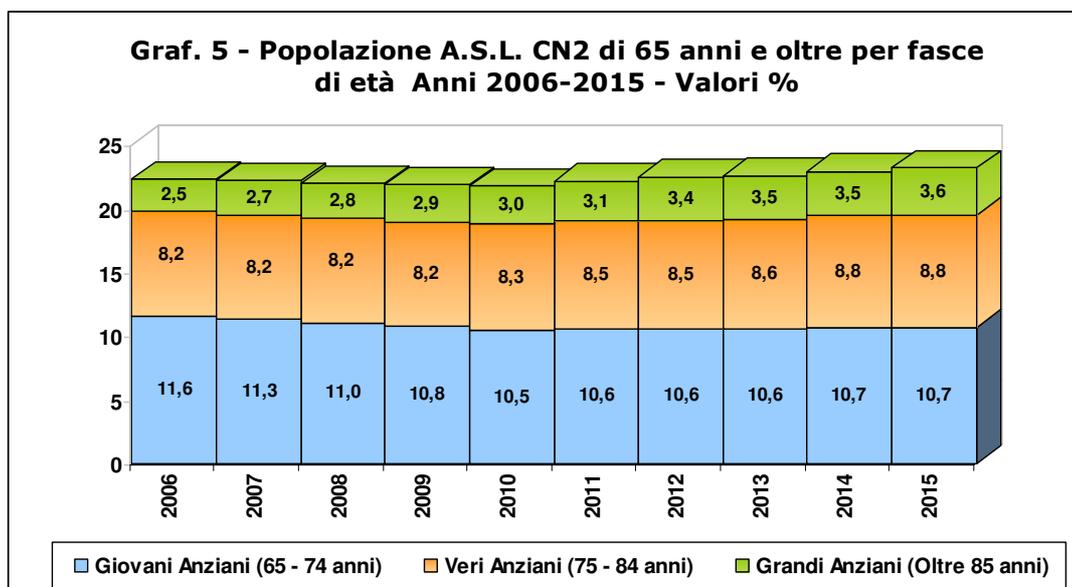
Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 nell'A.S.L. CN2 – Anni 2004-2013 (1)

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
2013	553,6	359,7

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2015, si stimano 39.823 ultrasessantacinquenni ossia il 23,2% 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 3,6% (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 2015 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 172,6, mentre quello piemontese è di 193,7. Nel 2006 l'indice di vecchiaia per l'A.S.L. CN2 era di 165,6 (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 2015 è di 23,2 (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 57,9 nel 2015, nel 2006 era pari a 55,8 (Tab. 14). Quello del Piemonte nel 2015 è di 60,2 (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 2015 è di 136,9, nel 2006 110,4; quello del Piemonte nel 2015 è di 146,8 (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 2006-2015 (1)

Anni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
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
2015	172,6	23,2	57,9	136,9

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 2015

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	197,03	24,9	60,12	139,22
Albaretto della Torre	209,68	26,9	65,75	186,27
Arguello	176,67	26,6	71,55	132
Baldissero d'Alba	170,83	23,0	57,44	145,13
Barbaresco	149,51	23,4	64,09	131,79
Barolo	162,24	21,5	53,21	141,5
Benevello	253,19	25,1	53,9	163,25
Bergolo	428,57	42,3	108,82	142,86
Borgomale	172,92	21,8	52,4	180,9
Bosia	590	33,3	63,89	163,41
Bossolasco	292,54	28,9	63,22	170,13
Bra*	166,33	22,9	58,01	129,96
Camo	295,24	30,8	70,34	218,92
Canale	154,89	22,6	59,14	130,96
Castagnito	103,42	16,8	49,28	133,71
Castelletto Uzzone	364,29	30,8	64,68	142,17
Castellinaldo	184,17	23,6	57,12	127
Castiglione Falletto	159,09	20,0	48,31	157,92
Castiglione Tinella	249,52	29,3	69,51	158,82
Castino	286,67	26,7	56,31	191,51
Ceresole Alba*	194,12	23,7	55,97	138,01
Cerretto Langhe	345,45	25,8	49,83	175,7
Cherasco*	122,98	19,5	54,51	128,38
Cissone	185,71	30,6	88,89	181,25
Corneliano d'Alba	180,57	24,1	59,97	139,86
Cortemilia	273,49	29,2	66,38	148,4
Cossano Belbo	294,74	29,2	64,32	143,93
Cravanzana	231,37	28,7	69,83	146,94
Diano d'Alba	149,69	20,3	51,34	141,7
Feisoglio	880	41,8	86,98	196,49
Gorzegno	490,48	33,9	68,89	185,71
Govone	189,13	23,7	56,8	157,8
Grinzane Cavour	146,21	20,3	51,94	119,93
Guarene	137,55	19,7	51,41	136,08
La Morra*	178,69	23,1	56,28	150,07
Lequio Berria	354,35	33,5	75,18	189,58
Levice	472,22	36,8	80,47	220
Magliano Alfieri	125,58	20,1	56,35	114,49
Mango	242,68	29,1	69,87	147,59
Monchiero	145,88	21,7	57,73	151,39
Monforte d'Alba	191,04	24,9	61,13	129,08
Montà	146,24	22,2	59,63	129,49
Montaldo Roero	295,24	29,4	64,84	159,9
Montelupo Albese	134,57	20,6	56,05	145,65
Monteu Roero	217,59	26,5	63,07	139,71
Monticello d'Alba	120,51	18,5	50,99	120,32
Narzole*	139,56	22,0	60,53	118,92
Neive	159,78	21,8	54,98	130,78

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Naviglie	293,94	25,4	51,59	142,31
Niella Belbo	444,44	32,3	65,33	208,22
Novello	162,69	22,1	55,43	157,09
Perletto	325	31,2	68,79	158,21
Pezzolo Valle Uzzone	305,13	34,6	84,95	195,24
Piobesi d'Alba	127,49	16,9	43,27	123,63
Pocapaglia*	120,64	19,1	53,59	137,86
Priocca	188,1	23,5	56,24	137,32
Rocchetta Belbo	233,33	25,1	56,07	214,71
Roddi	115	18,6	53,34	162,66
Roddino	244,68	28,8	68,07	221,62
Rodello	217,8	26,2	61,98	148,97
San Benedetto Belbo	386,67	32,4	68,87	211,76
San Giorgio Scarampi	390	32,0	67,12	143,33
Sanfrè*	148,06	21,4	55,82	133,37
Santa Vittoria d'Alba*	122,8	18,5	50,51	126,46
Santo Stefano Belbo	213,26	25,4	59,62	132,84
Santo Stefano Roero	181,44	25,3	64,69	146,78
Serralunga d'Alba	116,67	18,6	52,85	141,18
Serravalle Langhe	452,38	30,2	58,29	168,92
Sinio	167,69	20,9	50	136,73
Sommariva del Bosco*	157,9	22,0	56,06	137,53
Sommariva Perno*	193,45	24,3	58,29	142,05
Torre Bormida	553,85	36,0	73,91	202,63
Treiso	178,43	22,2	52,99	147
Trezzo Tinella	302,94	31,1	70,62	181,16
Verduno*	197,06	22,8	52,33	139,75
Veza d'Alba	206,03	25,4	60,6	142,59

Bibliografia

- (1) Intranet RuparPiemonte: PiSTA - Piemonte Statistica e B.D.D.E. <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- (2) Ricercatori IRES Piemonte: "Piemonte economico e sociale 2016". <http://www.ires.piemonte.it>
- (3) Istat: Demo - Demografia in cifre. <http://demo.istat.it>

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra

Laura Marinaro, Annelisa Guasti, Giuseppina Zorogniotti

Questa parte introduttiva si propone di tracciare il profilo di salute "generale" della popolazione attraverso il ricorso ad alcune delle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è articolato in tre paragrafi: caratteristiche sociali, stato di salute e stili di vita.

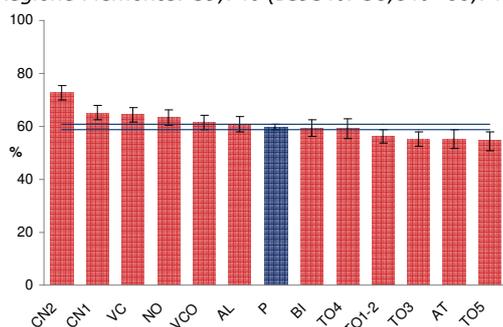
Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute, ad esempio persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

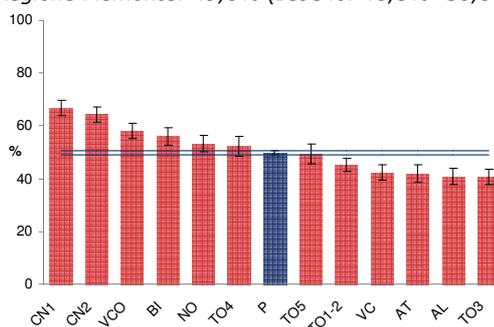
Il **Sistema di Sorveglianza PASSI** consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il **livello di istruzione**, le **difficoltà economiche** (percepiti) e il **lavoro continuativo**. Nell'ASL CN2 nel periodo 2012-2015, su un campione casuale di 1.100 persone intervistate, il 59% ha complessivamente un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea); il 73% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni ha un lavoro regolare mentre il 6% dichiara che ha molte difficoltà economiche.

I dati Passi 2012-2015 evidenziano per le ASL del quadrante cuneese un quadro socio-economico migliore rispetto alle altre ASL piemontesi: le percentuali delle persone tra 18 e 65 anni con lavoro continuativo (Graf. 1) e delle persone tra 18 e 69 anni che dichiarano di "arrivare a fine mese" (Graf. 2) senza difficoltà economiche sono significativamente maggiori rispetto al valore regionale.

Graf. 1 – Lavoro continuativo popolazione 18-65 anni
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 59,7% (IC95%: 58,8% -60,7%)



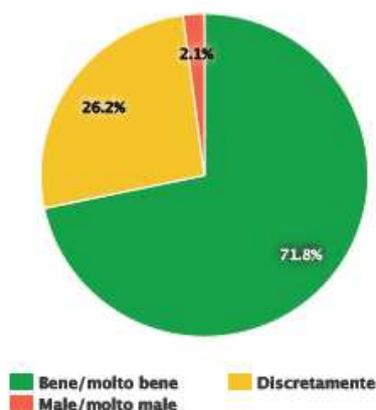
Graf. 2 – "Arriva a fine mese" senza difficoltà economica
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 49,8% (IC95%: 48,8% -50,8%)



Lo stato di salute

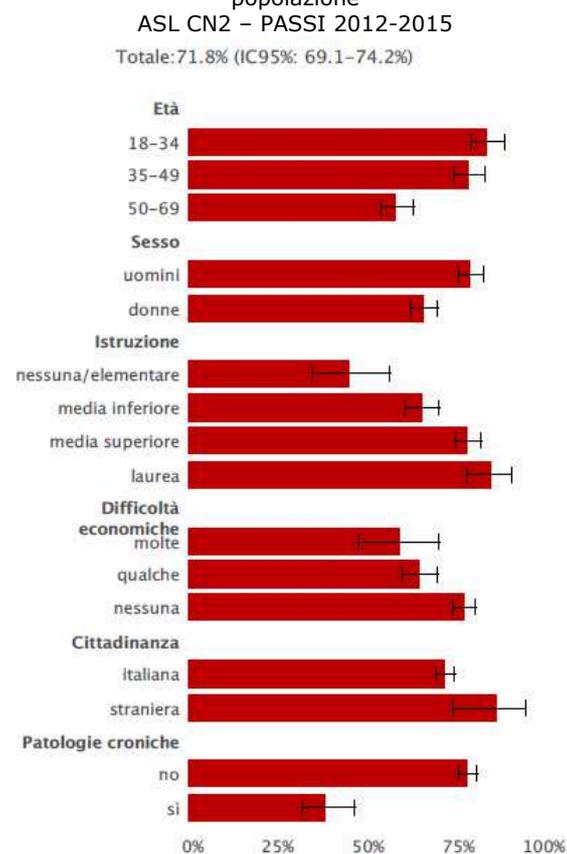
La Sorveglianza PASSI consente di misurare la **percezione del proprio stato di salute** nella popolazione 18-69 anni; dai dati 2012-2015 risulta che circa 7 persone su 10 giudica positivamente il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene; solo il 2% riferisce di sentirsi male o molto male, la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente" (Graf. 3).

Graf. 3 – Distribuzione dello stato di salute percepito ASL CN2 - PASSI 2012-2015



Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone con un livello socioeconomico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi non riferisce condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi (Graf. 4).

Graf. 4 – Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione



La **speranza di vita** alla nascita, cioè il numero di anni che un nuovo nato può “sperare” di vivere essendo nato in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2013 a 80,5, 46,4 e 19,1 anni per gli uomini e a 84,8, 50,7 e 22,2 anni per le donne (Tab. 1).

Tab. 1 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2005-2013)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Speranza di vita a 0 anni	Maschi	78,2	78,2	79,6	79,4	79,4	79,6	80,1	79,8	80,5
	Femmine	84,2	84,5	84,6	84,0	84,6	84,7	84,7	84,5	84,8
Speranza di vita a 35 anni	Maschi	45,2	44,4	45,4	45,3	45,4	45,5	46,1	45,6	46,4
	Femmine	49,5	49,8	49,9	49,5	50,0	50,5	50,5	50,0	50,7
Speranza di vita a 65 anni	Maschi	18,0	17,4	17,8	18,0	18,1	18,3	18,3	18,4	19,1
	Femmine	21,3	21,8	21,6	21,0	21,6	22,0	22,2	21,8	22,2

Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2013 (ultimo dato disponibile desunto dalla codifica ed elaborazione delle informazioni presenti nelle schede di morte ISTAT), nel territorio dell’ASL CN2, il numero di decessi osservati è di 1.840, di cui 899 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 553,61 per 100.000 abitanti, e 941 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 359,66 per 100.000 abitanti (Tab. 2, Fig. 1 e 2).

La mortalità generale si rivela lievemente in difetto per i maschi rispetto al dato regionale, difetto che però non risulta statisticamente significativo.

Tab. 2 - Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2013 (Fonte: schede ISTAT)

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	899	1.071,18	553,61	96,63	90,40	103,17
Femmine	941	1.070,75	359,66	100,01	93,71	106,62

Fig. 1 – Mortalità per tutte le cause - Tassi standardizzati per 100.000 ab. Anno 2013. Maschi

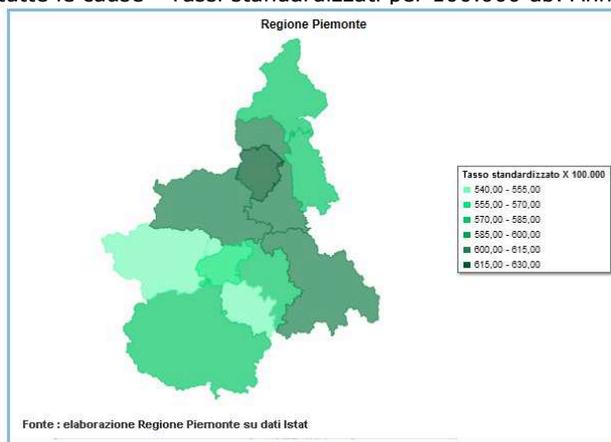
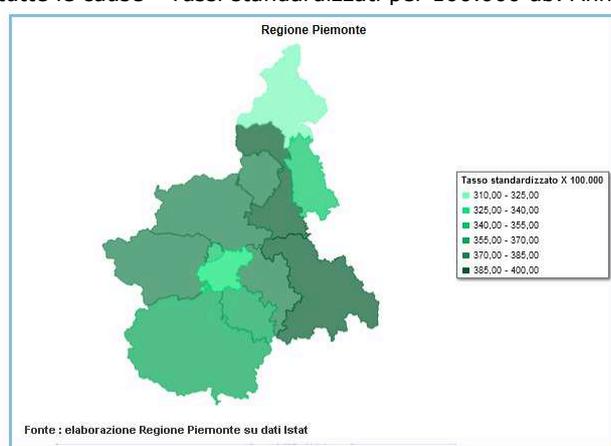


Fig. 2 – Mortalità per tutte le cause - Tassi standardizzati per 100.000 ab. Anno 2013. Femmine



La mortalità generale, dal 1994 al 2013, si è ridotta sia in Piemonte che nell'ASL CN2 per la popolazione maschile e femminile (Tab. 3).

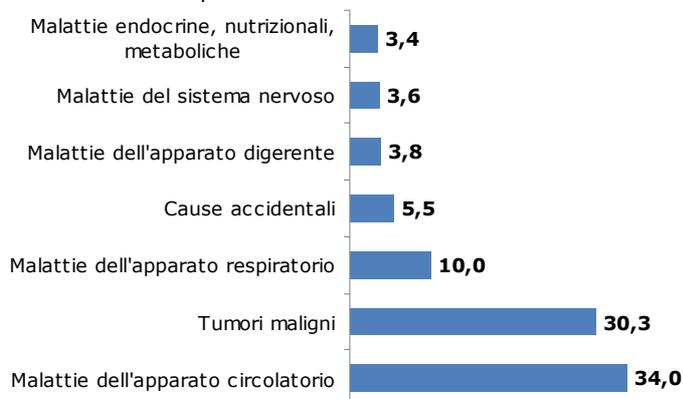
Tab. 3 - Mortalità generale - Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1994-2013. Maschi e Femmine

Anni	Maschi		Femmine	
	ASL CN2	Regione Piemonte	ASL CN2	Regione Piemonte
1994	881,48	914,84	553,17	527,86
1995	857,7	910,1	526,21	513,71
1996	821,5	855,24	465,59	483,98
1997	824,14	843,67	495,76	483,19
1998	816,59	839,38	536,56	483,79
1999	794,74	825,61	499,12	482,05
2000	771,59	770,75	435,94	452,55
2001	754,12	762,27	450,26	450,77
2002	717,54	752,41	423,23	448,49
2003	732,04	776,09	460,51	470,49
2004	696,69	700,71	408,41	411,33
2005	670,15	701,26	413,75	426,6
2006	701,51	670,78	385,9	406,66
2007	620,94	652,17	385,53	392,59
2008	622,8	640,18	410,95	400,3
2009	617,38	634,42	378,37	396,09
2010	603,45	607,37	365,01	375,25
2011	585,59	611,34	364,96	375,68
2012	575,04	600,36	360,38	380,65
2013	553,61	573,72	359,66	364,62

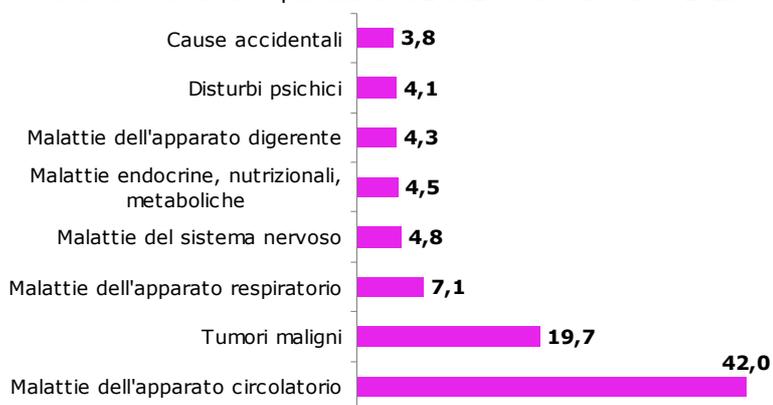
Per quanto riguarda la **mortalità per cause**, nel 2013, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio.

I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 64% delle morti tra i maschi ed il 62% tra le femmine (Graf. 5-6, Tab. 4, 5).

Graf. 5 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2013



Graf. 6 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2013



Tab. 4 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2013. Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	306	364,61	177,88	99,32	88,48	111,11
Tumori maligni	272	324,1	177,95	90,28	79,85	101,7
Malattie dell'apparato respiratorio	90	107,24	49,12	107,06	86,05	131,65
Cause accidentali	49	58,38	40,47	122,73	90,73	162,34
Malattie dell'apparato digerente	34	40,51	18,94	96,48	66,75	134,91
Malattie del sistema nervoso	32	38,13	16,83	97,35	66,52	137,51
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	31	36,94	20,08	100,28	68,06	142,43
Disturbi psichici	23	27,41	12,45	96,42	61,04	144,79
Malattie infettive	18	21,45	12,87	79,13	46,82	125,16
Malattie dell'apparato genito-urinario	17	20,26	8,42	106,63	62,01	170,88
Tumori benigni, in situ, incerti	10	11,92	5,64	83,27	39,8	153,3
Stati morbosi e mal definiti	8	9,53	4,55	67,03	28,81	132,24
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	3	3,57	1,26	101,92	20,4	298,26
Malattie osteomuscolari e del connettivo	3	3,57	2,47	76,22	15,26	223,05
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	2,38	4,16	63,13	7,05	228,33
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	1,19	0,53	70,1	0,9	390,79

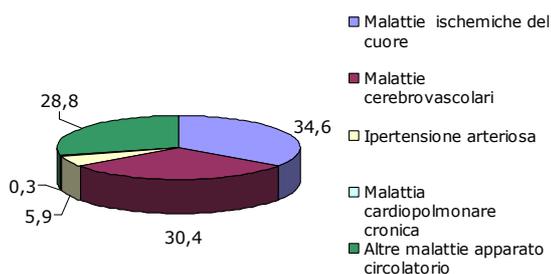
Tab. 5 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2013. Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	395	449,47	125,9	106,31	96,06	117,35
Tumori maligni	185	210,51	104,76	82,71	71,2	95,55
Malattie dell'apparato respiratorio	67	76,24	19,98	104,58	81	132,87
Malattie del sistema nervoso	45	51,21	14,11	108,2	78,86	144,86
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	42	47,79	13,31	114,78	82,65	155,24
Malattie dell'apparato digerente	40	45,52	16,76	109,04	77,83	148,57
Disturbi psichici	39	44,38	10,63	89,29	63,44	122,14
Cause accidentali	36	40,96	19,72	132,27	92,56	183,24
Malattie dell'apparato genito-urinario	23	26,17	6,71	142,15	90	213,47
Stati morbosi e mal definiti	22	25,03	6,25	84,57	52,93	128,14
Malattie infettive	22	25,03	7,36	86,08	53,87	130,43
Malattie osteomuscolari e del connettivo	8	9,1	3,22	83,73	35,99	165,18
Tumori benigni, in situ, incerti	5	5,69	3,79	60,21	19,35	140,69
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	5	5,69	1,31	100,35	32,26	234,5
Malformazioni congenite e cause perinatali	4	4,55	5,08	161,74	43,38	414,68
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	3,41	0,77	108,74	21,77	318,21

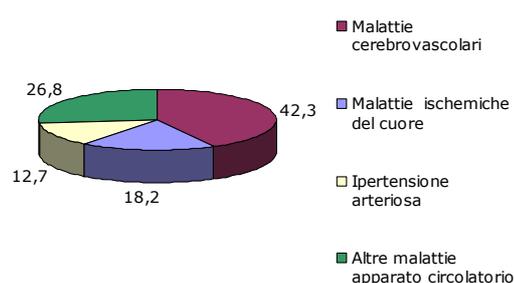
Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (42%) che per la popolazione maschile (34%) (Graf. 5-6). Nel 2013, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è per la popolazione femminile lievemente in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso che non raggiunge la significatività statistica (Tab. 4,5).

Nell'ASL CN2, nel 2013, per la popolazione maschile, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le "Malattie ischemiche del cuore" (35%), seguite dalle "Malattie cerebrovascolari" (30%) e "Ipertensione arteriosa" (6%). Nelle femmine invece la mortalità per "Malattie cerebrovascolari" (42%) prevale di gran lunga sulle "Malattie ischemiche del cuore" (18%) (Graf. 7, 8).

Graf. 7 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2 Anno 2013 - Maschi



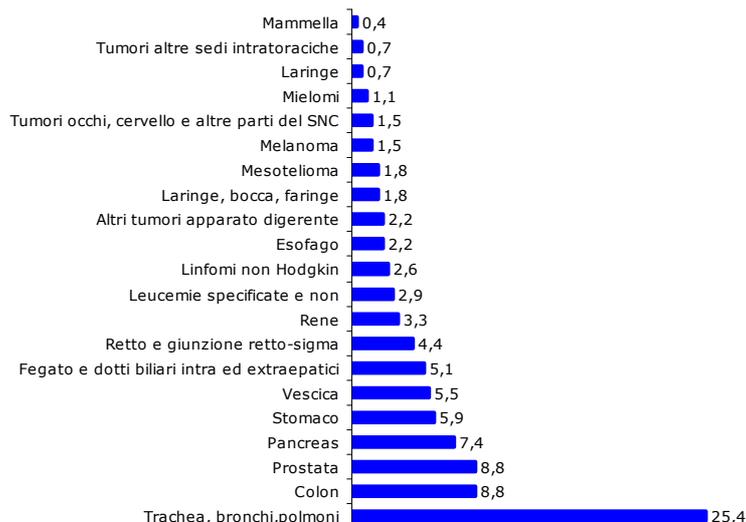
Graf. 8 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2 Anno 2013 - Femmine



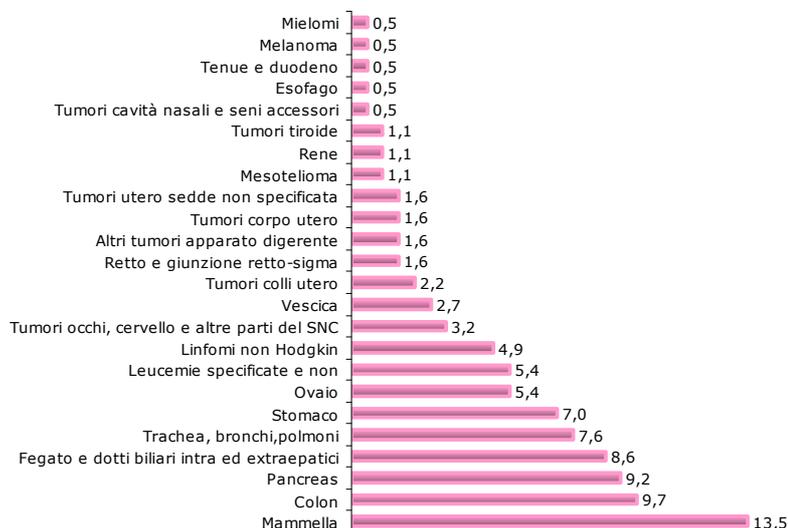
I **tumori maligni** rappresentano nell'ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (30%) che per la popolazione femminile (20%) (Graf. 5, 6). Nel 2013, la mortalità per tumori maligni nell'ASL CN2 risulta in difetto rispetto alla mortalità regionale per entrambi i sessi, e statisticamente significativo esclusivamente per la popolazione femminile (SMR 82,71 con IcI 71,2 IcS 95,55) (Tab. 4, 5).

Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (25%), seguito dal tumore del "Colon" e della "Prostata" (9%) (Graf. 9). Nelle femmine è la "Mammella" la sede maggiormente colpita da tumore (14%), seguita dal "Colon" (10%) (Graf. 10).

Graf. 9 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2013. Maschi



Graf. 10 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2013. Femmine



Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 10%; femmine 7%) (Graf. 5, 6).

Nel 2013, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta, per entrambi i sessi, in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso però non statisticamente significativo.

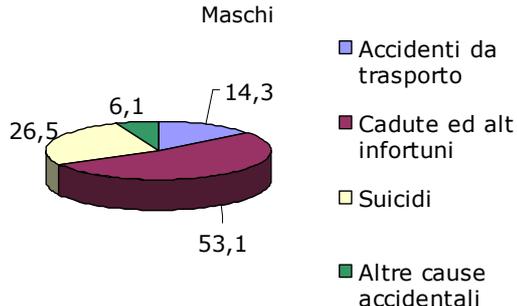
Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2013 del 4% dei decessi tra gli uomini e del 5% tra le femmine (Graf. 5, 6). Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, nella popolazione femminile che non raggiunge la significatività statistica. Le **malattie dell'apparato digerente** sono causa nel 2013 del 4% dei decessi tra gli uomini e tra le femmine (Graf. 5, 6). Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, statisticamente non significativo, nella popolazione femminile.

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2013 del 5% tra le femmine e del 3% dei decessi tra gli uomini, con un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale per entrambi i sessi non statisticamente significativo.

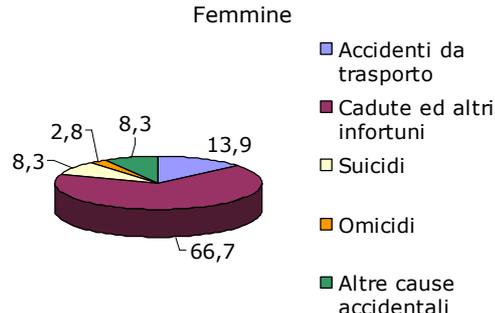
Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2013 del 6% dei decessi tra gli uomini e del 4% tra le femmine, per entrambi i sessi si registra un eccesso di mortalità non significativo rispetto al dato regionale.

La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle "cadute ed altri infortuni" rispettivamente per il 53% nei maschi e per il 67% nelle femmine (Graf. 11,12).

Graf. 11 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2013



Graf. 12 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2013



Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, gli incidenti stradali sono responsabili del 14% dei decessi in entrambi i sessi (Graf. 11,12).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie fumo correlate** sono responsabili nel 2013 di 161 decessi (Ts. 98,83, SMR 99,14, Ic inf. 84,37 – Ic. sup. 115,76) tra gli uomini e 64 (Ts. 24,53, SMR 92,51, Ic inf. 71,13 – Ic. sup. 118,30) tra le femmine, tale mortalità appare lievemente in difetto rispetto al dato regionale per entrambi i sessi, difetto che non è statisticamente significativo.

Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2013 di 31 decessi (Ts. 22,45, SMR 88,69, Ic inf. 60,02 – Ic. sup. 126,29) tra gli uomini e 14 tra le femmine (Ts. 7,43, SMR 99,89, Ic inf. 54,91 – Ic. sup. 166,84). In entrambi i sessi nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie alcol correlate non statisticamente significativo.

La Sorveglianza PASSI consente di indagare su alcune patologie quali ad esempio **ipertensione, ipercolesterolemia e diabete**. Nel quadriennio 2012-2015 Passi rileva che nella popolazione 18-69 ASL CN2, il 18% riferisce una diagnosi di ipertensione, il 21% di ipercolesterolemia e il 3% di diabete (Tab. 6).

Tab. 6 – Rischio cardiovascolare e diabete ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	91.8	90	93.3	81.1	80.3	81.8	82.9	82.7	83.2
Ipertensione riferita	18.2	16.1	20.5	18.9	18.2	19.7	19.8	19.6	20.1
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	80.9	78.6	83.1	78.5	77.7	79.2	79.4	79.1	79.7
Ipercolesterolemia riferita	21.3	18.8	24	22.1	21.2	23.0	23.6	23.3	23.9
Diabete	3.3	2.4	4.6	3.8	3.5	4.2	4.5	4.3	4.6

L'ipertensione è prevenibile perché anch'essa associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. È importante diagnosticarla precocemente, mediante controlli medici, per contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Dai dati Passi 2012-2015 risulta che più di 9 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista (Tab. 6). Il 78% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e al fine di mantenere sotto controllo la pressione arteriosa l'84% ha ricevuto il consiglio di diminuire il consumo di sale, il 75% di controllare il peso corporeo, il 79% di svolgere regolarmente attività fisica.

Come per l'ipertensione, l'identificazione precoce dell'ipercolesterolemia grazie a controlli regolari costituisce un intervento efficace di prevenzione. Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Dai dati Passi 2012-2015 risulta che circa 8 intervistati su 10 riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia (Tab. 6). Il 31% degli ipercolesterolemici

dichiara di essere in trattamento farmacologico; l'83% ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi, il 77% di fare regolare attività fisica, il 66% controllare il peso corporeo e il 68% di consumare più frutta e verdura.

L'attenzione degli operatori sanitari rivolta ai diabetici si rileva elevata: l'88% ha ricevuto consiglio di perdere peso, il 79% di fare regolare attività fisica e il 78% di smettere di fumare.

Stili di vita

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute tra gli uomini, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione in particolare della mortalità per alcune cause fumo correlate in questo sesso; nella popolazione adulta (18-69 anni), nell'ASL CN2, nel quadriennio 2012-2015 (Sorveglianza PASSI) la prevalenza di fumatori è del 28%, mentre quella degli ex fumatori del 20%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani (Graf. 13, Tab. 7).

Tab. 7 - Abitudine tabagica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95% sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95% sup
Non fumatori	51.7	48.8	54.6	57.2	56.2	58.1	55.2	54.8	55.5
Fumatori	27.9	25.3	30.6	24.9	24.0	25.7	26.9	26.6	27.2
in astensione	1.1	0.6	1.9	1.0	0.8	1.2	1.0	0.9	1.1
occasionali	0.5	0.2	1.1	0.7	0.5	0.9	0.5	0.5	0.6
quotidiani	26.4	23.9	29.1	23.1	22.3	24.0	25.3	25.0	25.6
Ex-fumatori	20.4	18.1	22.8	18.0	17.3	18.8	17.9	17.7	18.2
Numero medio di sigarette fumate	11.5	10.7	12.4	12.8	12.5	13.1	12.6	12.5	12.7

Fumatore: persona 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).

Ex fumatore: persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Fumatore in astensione: fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.

Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni.

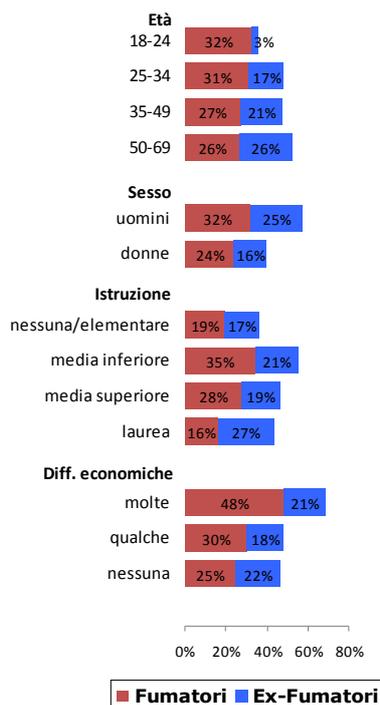
Fumatore quotidiano: fumatore che fuma almeno una sigaretta ogni giorno.

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 32% e 24%), nei 18-24enni (32%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (35%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (48%). Gli ex fumatori aumentano con l'età, sono più numerosi tra gli uomini e tra i laureati. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 12 (Graf. 13).

Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 49% ha tentato di smettere. Di questi: l'85% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); il 7% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Graf. 13 - Abitudine tabagica per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ASL CN2.

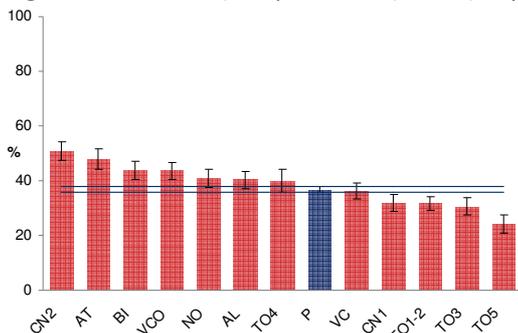
Fumatori: 27,9% (IC 95%: 25,3%-30,6%)
Ex-fumatori: 20,4% (IC 95%: 18,1%-22,8%)



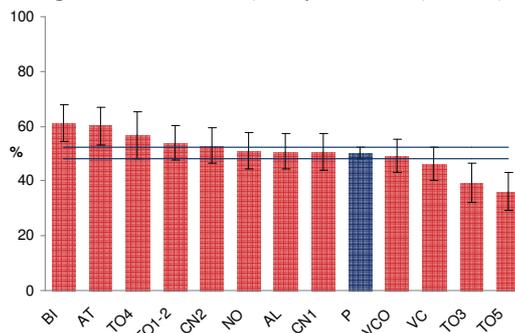
Tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 51% è stato chiesto se fuma (fumatori 71%; non fumatori 41%); tra i fumatori il 53% ha ricevuto il consiglio di smettere (50% Piemonte; 51% pool ASL Passi). Il consiglio di smettere di fumare è stato dato a scopo preventivo (19%), per motivi di salute (14%), per entrambe le ragioni 21%.

In relazione alla domanda sull'abitudine al fumo da parte degli operatori sanitari, tra le ASL piemontesi le Aziende sanitarie di CN2, AT, BI e VCO si differenziano significativamente per un valore più alto della media regionale; per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare il range va dal 61% dell'ASL di BI al 36% dell'ASL TO5 (Graf. 14 e 15).

Graf. 14 – Medico chiesto se fuma, tra chi è stato da un medico nell'ultimo anno
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 36,7% (IC95%: 35,7%-37,7%)



Graf. 15 – Fumatori che hanno ricevuto consiglio di smettere
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 50,1% (IC95%: 47,9%-52,2%)



La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: il 97% degli intervistati dell'ASL CN2 ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge); tra i lavoratori intervistati il 96% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre.

Il 18% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 14% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque).

Nel periodo 2012-2015 (Sorveglianza PASSI) il 63% della popolazione dell'ASL CN2 tra i 18-69 anni **consuma bevande alcoliche** (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell'ultimo mese). Dal confronto con le ASL piemontesi, l'ASL CN2 risulta tra i territori in cui il consumo di alcol è significativamente più elevato rispetto alla media regionale (Tab. 8, Graf. 16).

Il 14% ha inoltre abitudini di consumo considerate a maggior rischio¹ (complessivamente il 7% beve fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato², il 7% è bevitore binge³) (Tab. 8).

Tab. 8 – Consumo di alcol ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

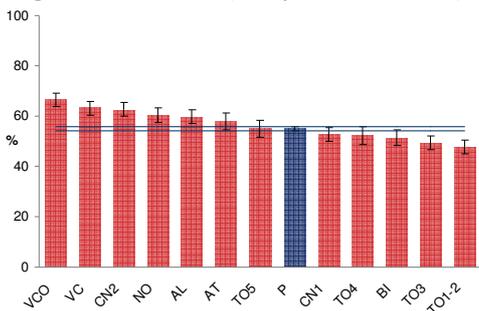
	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	62.6	59.9	65.3	54.9	54.0	55.8	54.9	54.6	55.3
Consumo fuori pasto	6.5	5.2	8.2	7.9	7.4	8.4	8.1	7.9	8.3
Consumo abituale elevato ²	2.7	1.9	3.8	5.2	4.8	5.7	3.5	3.4	3.6
Consumo binge ³	6.6	5.2	8.2	8.6	8.1	9.1	8.9	8.7	9.1
Consumo a maggior rischio ¹	14.3	12.4	16.5	18.3	17.6	19.1	17.0	16.8	17.2

¹ Consumo 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.

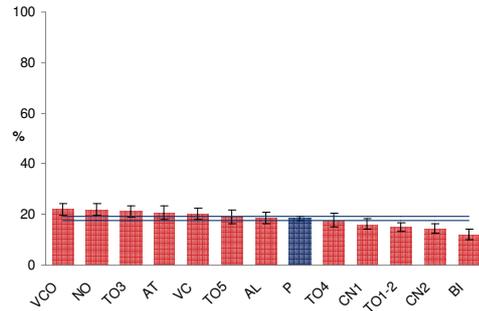
² Più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne).

³ 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

Graf. 16 – Bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 54,9% (IC95%: 54%-55,8%)



Graf. 17 – Consumo a maggior rischio
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 18,3% (IC95%: 17,6%-19,1%)

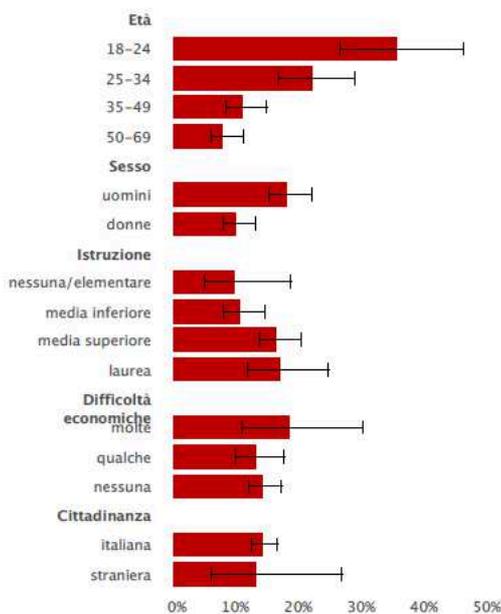


La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni (36%) e tra gli uomini (18%); però dal confronto tra le ASL piemontesi il nostro territorio presenta valori significativamente inferiori alla media regionale (Graf. 17, 18).

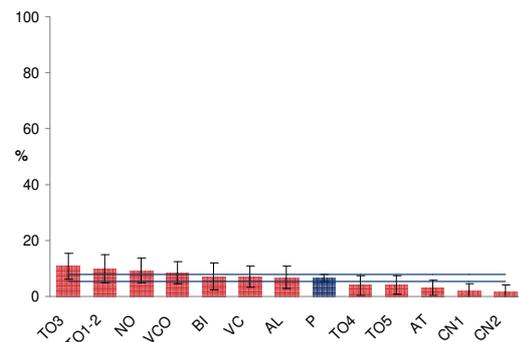
Nell'ASL CN2 un intervistato su quattro (25%), tra coloro che si sono recati dal medico negli ultimi 12 mesi, riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari dell'ASL CN2 rispetto alle persone con consumo a maggior rischio di alcol: nel periodo 2012-2015, solo il 2% di essi riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo; tale percentuale risulta peraltro significativamente inferiore alla media regionale (Graf. 19).

Graf. 18 – Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche
ASL CN2 – PASSI 2012-2015
Totale: 14.3% (IC95%: 12.4-16.5%)

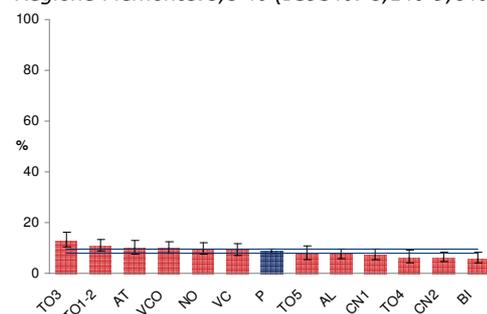


Graf. 19 – Consigliato dal medico di ridurre il consumo di alcol alle persone con consumo a maggior rischio
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 6,7% (IC95%: 5,4%-8%)



Inoltre a proposito di alcol e guida, nel periodo 2012-2015, 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 (range 13% ASL TO3 – 6% ASL BI) (Graf. 20).

Graf. 20 – Guida sotto l'effetto dell'alcol (guidato dopo aver bevuto almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente)
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 8,8 % (IC95%: 8,1%-9,6%)



È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari).

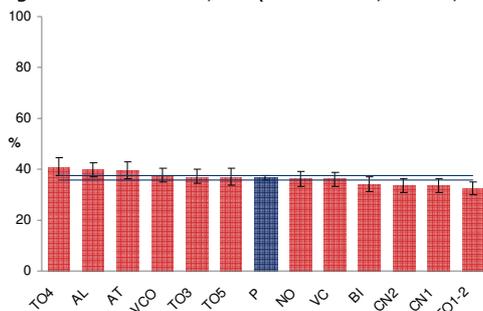
Tab. 9 – Situazione nutrizionale ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	8.6	7.1	10.4	8.2	7.6	8.7	10.4	10.2	10.6
Sovrappeso	25.0	22.6	27.6	28.6	27.7	29.4	31.6	31.3	31.9
Normo/sottopeso	66.4	63.6	69.0	63.3	62.4	64.2	58.0	57.7	58.4

Il 25% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2012-2015 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono il 9% (Tab. 9); gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (33%) 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 con difficoltà economiche (Graf. 21).

La percentuale di soggetti 18-69 anni in eccesso ponderale dell'ASL CN2 è tra le più basse nel territorio piemontese anche se il dato non è significativo (range 41% ASL TO4 – 32% ASL TO1-2) (Graf. 22).

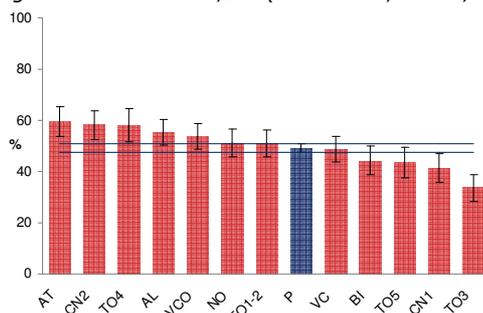
Graf. 22 – Eccesso ponderale
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 36,7% (IC95%: 35,8%-37,6%)



L'attenzione degli operatori sanitari dell'ASL CN2 a cui si sono rivolte le persone in eccesso ponderale (58%) risulta significativamente tra le più elevate nel territorio piemontese (Graf. 23), così come la percentuale di soggetti che ha ricevuto il consiglio fare attività fisica (45%) (Graf. 24).

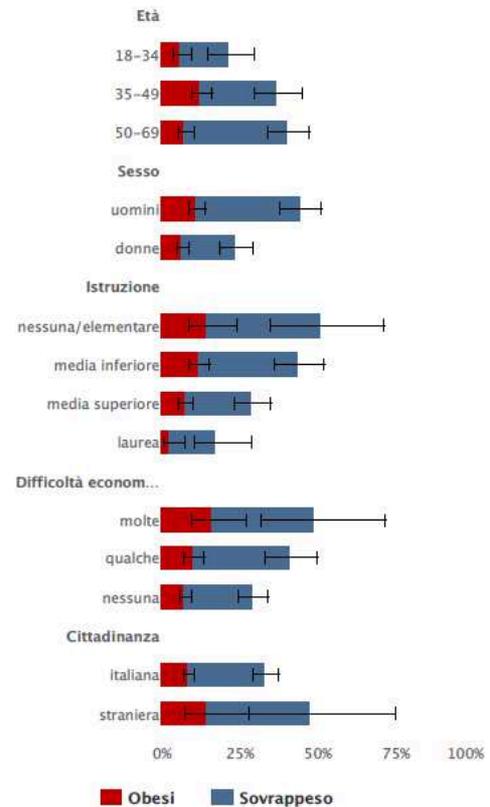
Graf. 23 - Consiglio di un medico o di un operatore sanitario di perdere peso a persone in eccesso ponderale

Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 49,2% (IC95%: 47,4%-50,9%)



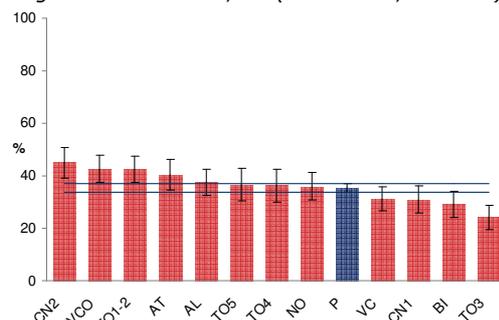
Graf. 21 – Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ASL CN2 – PASSI 2012-2015

Totale: 33,6% (IC95%: 31,0-36,4%)



Graf. 24 – Consiglio di un medico o di un operatore sanitario di fare attività fisica a persone in eccesso ponderale

Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 35,3% (IC95%: 33,6%-37%)



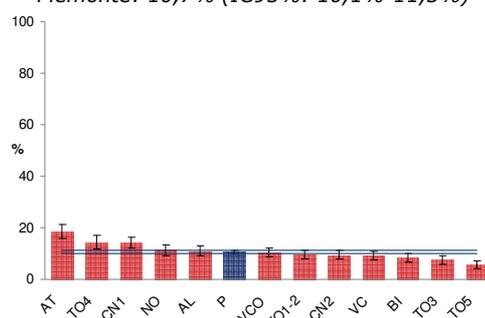
Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni solo 1 persona su 9 assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (Tab. 10). Questa prevalenza, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini), all'età (è minore nella fascia 18-34 anni), al peso (è minore nei soggetti in sovrappeso/obeso) e alle condizioni economiche (è minore in coloro che hanno difficoltà economiche).

Tab. 10 – Consumo di frutta e verdura ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	0.7	0.3	1.5	2.0	1.7	2.2	2.8	2.7	2.9
1/2 porzioni	47.2	44.2	50.1	44.9	43.9	45.8	49.4	49.0	49.7
3/4 porzioni	42.8	39.9	45.8	42.5	41.5	43.5	38.4	38.1	38.7
5+ porzioni	9.4	7.8	11.2	10.7	10.1	11.3	9.5	9.3	9.6

In Piemonte la prevalenza di adesione al five a day nel periodo 2012-2015 varia dal 5% dell'ASL TO5 al 18% dell'ASL AT, con un valore medio regionale dell'11% (Graf. 25).

Graf. 25 – Adesione al five a day
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015 Regione Piemonte: 10,7% (IC95%: 10,1%-11,3%)



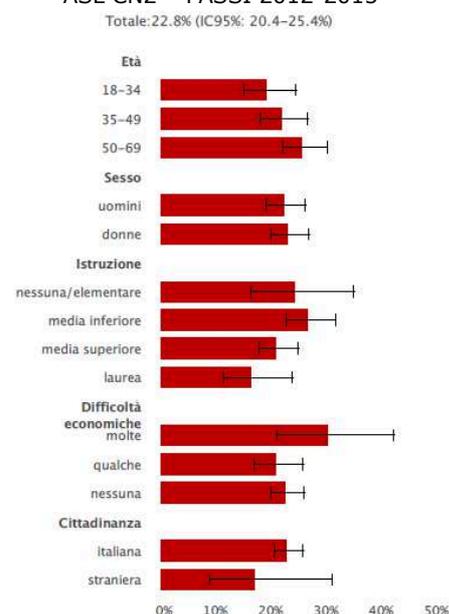
Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 37% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 40% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 23% è completamente sedentario (Tab. 11).

Tab. 11 – Attività fisica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2012-2015.

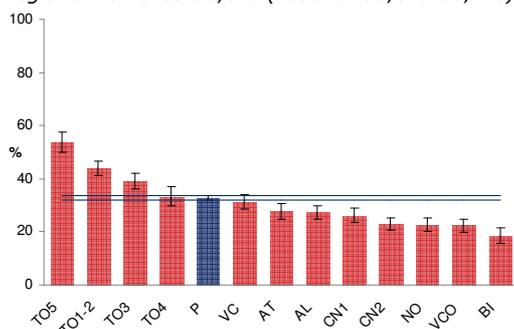
	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	37.3	34.5	40.2	32.0	31.0	32.9	32.8	32.5	33.1
Parzialmente attivo	40.0	37.1	42.9	35.3	34.3	36.2	35.2	34.9	35.6
Sedentario	22.8	20.4	25.4	32.8	31.8	33.7	32.0	31.7	32.3

La sedentarietà è più diffusa in particolare modo nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle persone con bassa scolarità e con molte difficoltà economiche (Graf. 26). La percentuale dei sedentari è tra le più basse del Piemonte e il dato è significativo (Graf. 27).

Graf. 26 – Sedentari per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione
ASL CN2 – PASSI 2012-2015

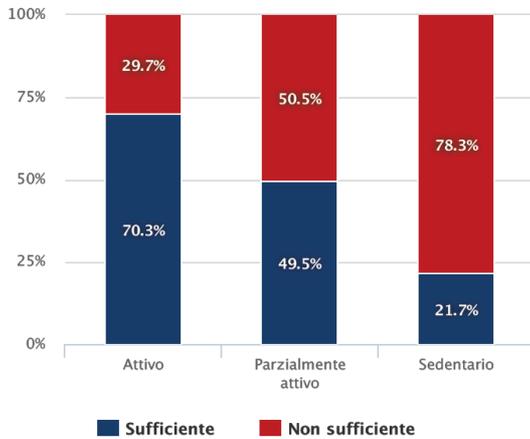


Graf. 27 – Sedentari
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 32,8% (IC95%: 31,8%-33,7%)



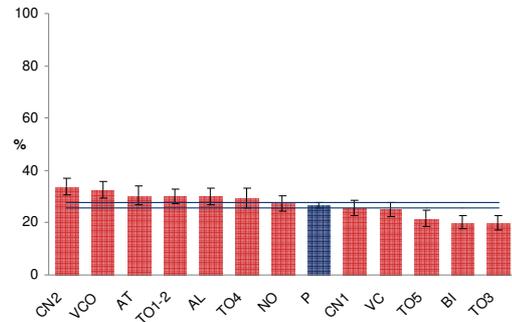
Il 22% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente (Graf. 28).

Graf. 28 – Autopercezione del livello di attività fisica
ASL CN2 – PASSI 2012-2015



L'attenzione degli operatori sanitari (Graf.29) in relazione all'attività fisica è significativamente tra le più elevate rispetto alla media regionale (range 34% ASL CN2 – 20% ASL TO3 e BI), e ancor di più se l'assistito è affetto da patologie esercizio-sensibili (53%).

Graf. 29 – Consiglio di un medico o di un operatore sanitario di fare attività fisica
Prevalenze per ASL – Passi 2012-2015
Regione Piemonte: 26,6% (IC95%: 25,7%-27,6%)



Bibliografia

1. Intranet RuparPiemonte: PiSTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E. <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
2. Epicentro - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza Passi – <http://www.epicentro.iss.it/passi/>; <http://passidati.it>

Si ringrazia il Coordinamento regionale PASSI (Maria Chiara Antoniotti - Coordinatore regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO; Donatella Tiberti - Referente regionale, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL AL; Paolo Ferrari - Vice coordinatore regionale, Epidemiologia e SIAN ASL VCO; Andrea Nucera - collaboratore tecnico statistico, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO; Orietta Mariani - Assistente amministrativo, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL NO) per la fornitura dei dati relativi ai confronti tra le ASL piemontesi.

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 2015. 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 2015 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

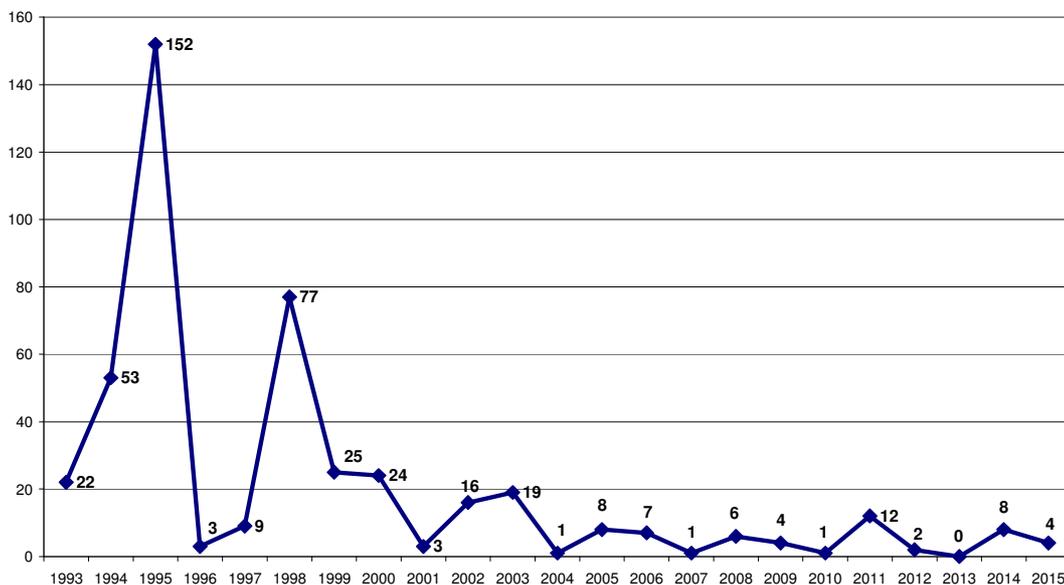
2.1 Pertosse

Numero di casi segnalati nel 2015: 4

Tasso d'incidenza: 2.3/100.000

Andamento nel periodo 1993 – 2015

Fig. 1. ASLCN2. Pertosse: numero casi per anno di segnalazione



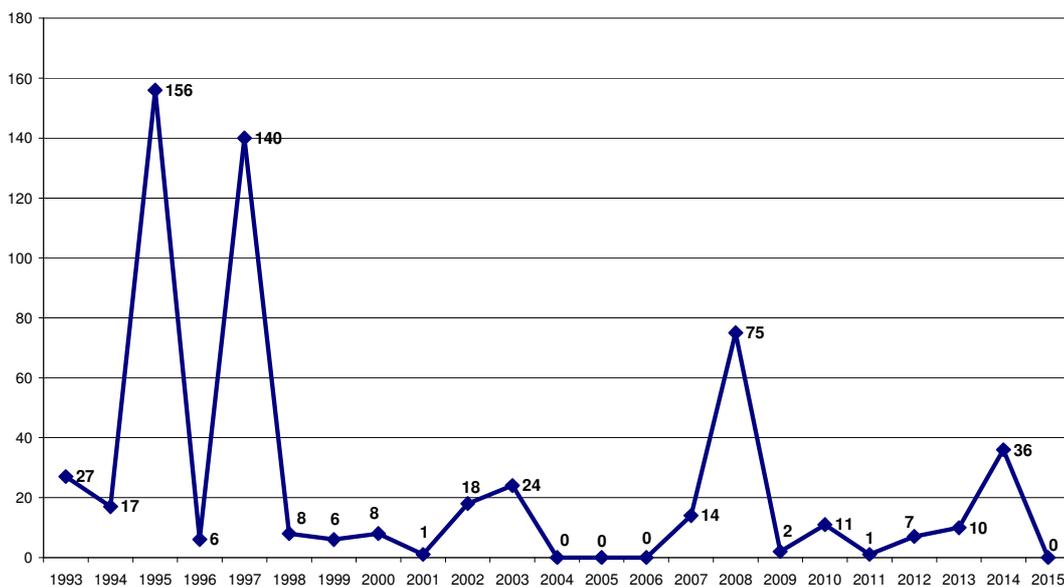
2.2 Morbillo

Segnalazioni anno 2015

Numero di casi segnalati nel 2015: 0

Andamento nel periodo 1993 – 2015

Fig. 2. ASL CN2. Morbillo. Numero casi per anno di segnalazione.



2.3 Parotite epidemica

Segnalazioni anno 2015

Numero di casi segnalati nel 2015: 5 (di cui solo 2 confermati in laboratorio con ricerca delle Ig)

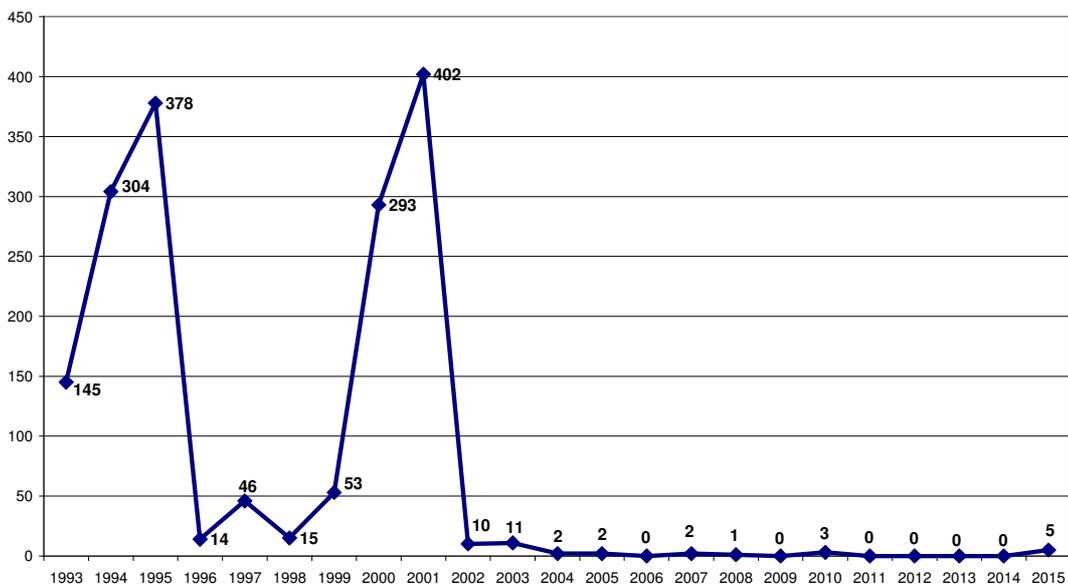
Tasso d'incidenza: 2.9/100.000

Età: 2, 5, 9, 11, 37 anni

Stato vaccinale: 3 non vaccinati; 1 vaccinato con una dose, 1 con due dosi

Andamento nel periodo 1993 – 2015

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



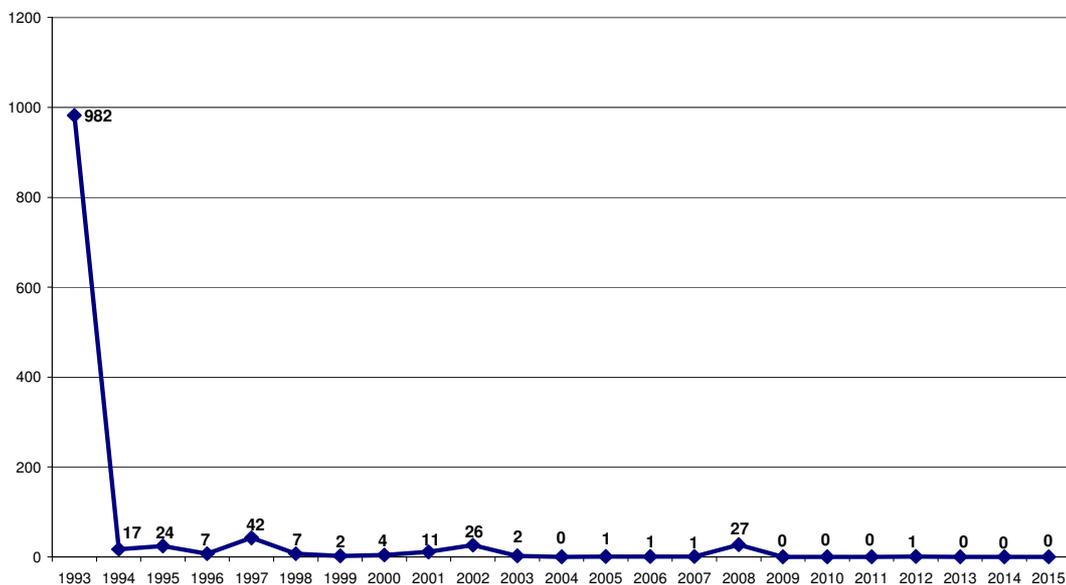
2.4 Rosolia

[Segnalazioni anno 2015](#)

Numero di casi segnalati nel 2015: 0

[Andamento nel periodo 1993 – 2015](#)

Fig. 4. ASL CN2. Rosolia. Numero casi per anno di segnalazione.



2.5 Varicella

[Segnalazioni anno 2015](#)

Numero di casi segnalati nel 2015: 567

Tasso d'incidenza: 330/100.000.

3. Altre malattie segnalate

SALMONELLOSI	31
ALTRE MALATTIE DA VIRUS E DA CHLAMYDIAE	1
ALTRI ESANTEMI VIRALI	25
EPATITE VIRALE A	2
HERPES ZOSTER	2
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	52
INFEZIONI INTESTINALI DA ALTRI ORGANISMI	7
MALATTIA DEL LEGIONARIO (LEGIONELLOSI)	4
MALATTIE DA VIRUS COXSACKIE	13
MENINGOENCEFALITE VIRALE	2
MONONUCLEOSI INFETTIVA	10
PEDICULOSI E FTIRIASI	1
SCABBIA	14
SCARLATTINA	82
SINDROMI RESPIRATORIE GRAVI E INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE	1

Malattie invasive batteriche

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi segnalati di malattie invasive batteriche. Le fonti sono il Lab. di Patologia Clinica, Ospedale S. Lazzaro – Alba ed il Servizio Regionale di Epidemiologia Malattie Infettive – SEREMI, ASL di Alessandria.

Due pazienti erano vaccinati contro lo pneumococco, ma in un caso (che aveva ricevuto il vaccino 13-valente) il sierotipo responsabile non era incluso nel vaccino mentre nell'altro caso si è trattato di un sierotipo 4, contenuto nel vaccino 23-valente somministrato dieci anni prima. E' noto che il vaccino 23-valente, non essendo unito ad una proteina carrier, ha un'efficacia non ottimale e limitata nel tempo.

Un paziente era vaccinato contro l'*Haemophilus influenzae tipo b*, che non è stato efficace in quanto l'agente etiologico era un ceppo di *Haemophilus* non capsulato.

Le caselle evidenziate in giallo riguardano i casi in cui è stato isolato un sierotipo di *S. pneumoniae* contenuto nel vaccino coniugato 13 valente.

Anni	Quadro clinico	Metodo	Agente etiologico	Sierotipo	Precedente vaccinazione contro l'agente etiologico
68	polmonite sepsi	coltura	Pneumococco	non tipizzato	no
82	sepsi polmonite	coltura	Pneumococco	3	no
63	meningite	coltura	Pneumococco	non tipizzabile	no
78	meningite polmonite	coltura	Pneumococco	8	no
40	meningite	coltura	Pneumococco	10A	no
28	sepsi polmonite	coltura	Pneumococco	non tipizzato	no
83	sepsi	coltura	Pneumococco	6	no
69	meningite polmonite	coltura	Pneumococco	15B	no
75	polmonite sepsi	coltura	Pneumococco	non tipizzato	no
84	meningite	coltura	Pneumococco	4	sì (vaccino 23-valente)
48	meningite	coltura	Pneumococco	29	sì (vaccino 13-valente)
32	meningite	coltura	Haemophilus influenzae	non capsulato	una dose vaccino Hib
44	meningite	coltura	Pneumococco	18A	no

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	Chemioprofilassi
7	M	Nigeria	agosto-settembre 2015	Plasmodium falciparum	Non effettuata
43	M	Costa d'Avorio	dicembre 2014-gennaio 2015	Plasmodium falciparum	Non effettuata

4. Coperture vaccinali (% abitanti) 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 2015 tra i bambini residenti nell'ASL CN2, confrontate con il dato di copertura complessivo della Regione Piemonte. Si tratta quindi dei nati nel 2013.

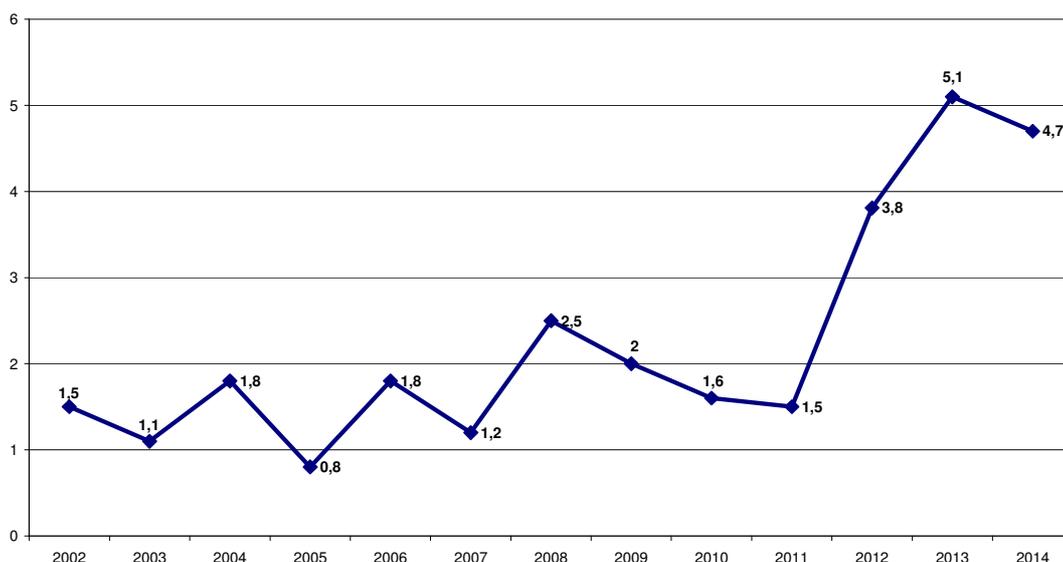
	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR	Pneumococco	Meningococco C
ASL CN2	93,32	93,19	92,44	92,98	89,10	90,12	85,77
Regione Piemonte	94,87	95,16	93,80	94,62	88,72	91,32	86,35
Italia	93,33	93,43	93,03	93,20	85,29	88,73	76,62

Il dettaglio dei non vaccinati della coorte di nascita 2013 nell'ASL CN2, con tutte le cause di mancata vaccinazione per ciascun antigene, è come segue.

	IPV	D	T	Pa	HBV	Hib	MPR	PNC	Men C
nati 2013	3 ^a dose	1 ^a dose	ciclo vacc.	ciclo vacc.					
1469	1369	1371	1384	1371	1366	1358	1309	1324	1260
non vaccinati □□	100	98	85	98	103	111	160	145	209
di cui: domiciliati altra ASL o estero	2	2	2	2	2	2	2	2	2
per controindicazioni permanenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
esonerati in maniera temporanea per motivi di salute o altra causa	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rifiuti definitivi (Dissensi informati definitivi)	90	88	75	88	93	101	150	135	199
Dissensi informati temporanei	3	3	3	3	3	3	3	3	3
nomadi/senza fissa dimora	0	0	0	0	0	0	0	0	0
non rintracciabili/contattabili nonostante indirizzo conosciuto	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rintracciati/contattati, ma non presentatisi	1	1	1	1	1	1	1	1	1
pregressa immunità: naturale o da vaccinazione effettuata altrove	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Immigrati in attesa di recuperare il libretto vaccinale dal Paese di origine o che hanno iniziato (ma non completato) da capo il ciclo vaccinale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
altro	2	2	2	2	2	2	2	2	2

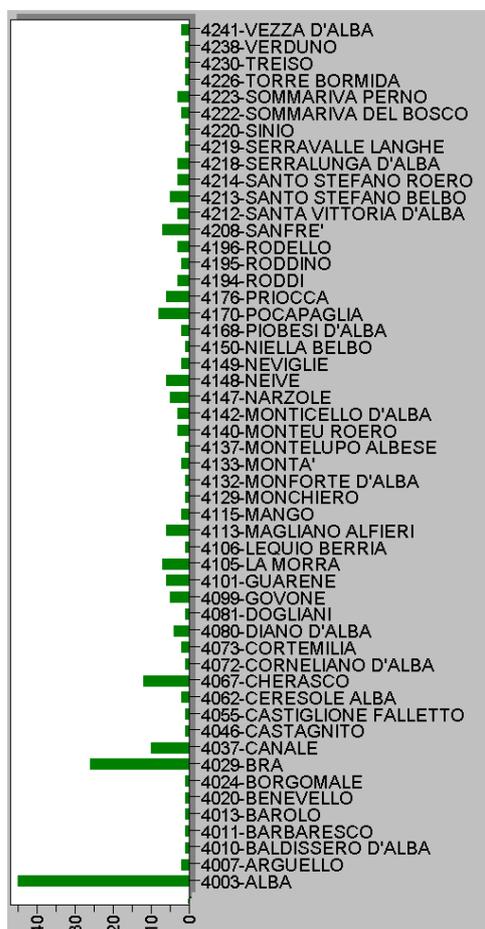
Il grafico che segue (riferito alle coorti di nascita dal 2002 al 2014) riporta la percentuale dei bambini residenti nel territorio dell'ASL CN2 non vaccinati a causa del rifiuto dei genitori, ossia i casi in cui è stato negato il consenso per tutte le vaccinazioni prioritarie attraverso la firma della dichiarazione di rifiuto informato. **I dati sino al 2013 sono stati rilevati a 24 mesi d'età, mentre quelli relativi al 2014 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 di tutte le vaccinazioni per coorte di nascita (il dato 2014 è da considerare del tutto provvisorio, essendo ancora soggetto a possibili variazioni)



La distribuzione del numero dei rifiuti totali nei Comuni dell'ASL CN2 nel corso degli ultimi 4 anni (2012-2015) è riportata nel grafico che segue. I Comuni non menzionati nel grafico hanno avuto zero casi di rifiuto. Nel grafico si può notare una concentrazione di casi ad Alba e Bra, e questo non stupisce, trattandosi dei due Comuni maggiormente popolati; tuttavia sono presenti anche alcuni cluster in Comuni con una popolazione meno numerosa.

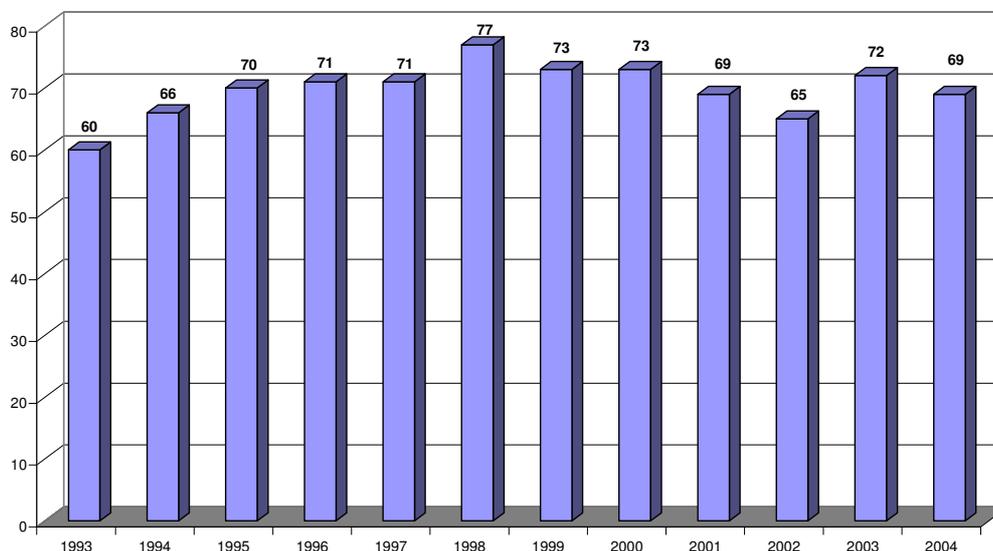
Fig. 6. Distribuzione del numero dei rifiuti totali nei Comuni dell'ASL CN2 nel corso degli ultimi 4 anni (2012-2015)



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.

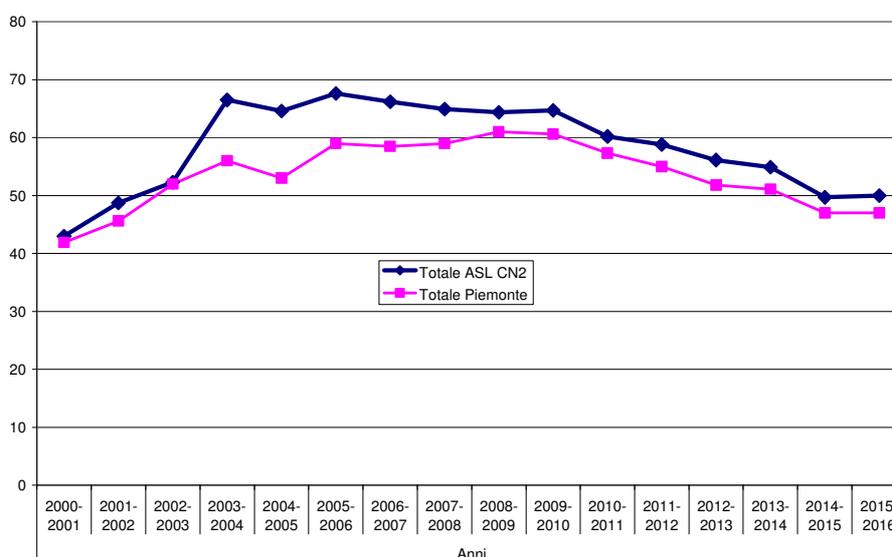
Fig. 7. ASL CN2: copertura vaccinale (%) contro il Papillomavirus per coorte di nascita (ragazze delle coorti 1993-2004)



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. Copertura vaccinale antinfluenzale (%) nei soggetti ≥ 65 anni nell'ASL CN2 e in Piemonte, periodo 2000-2015

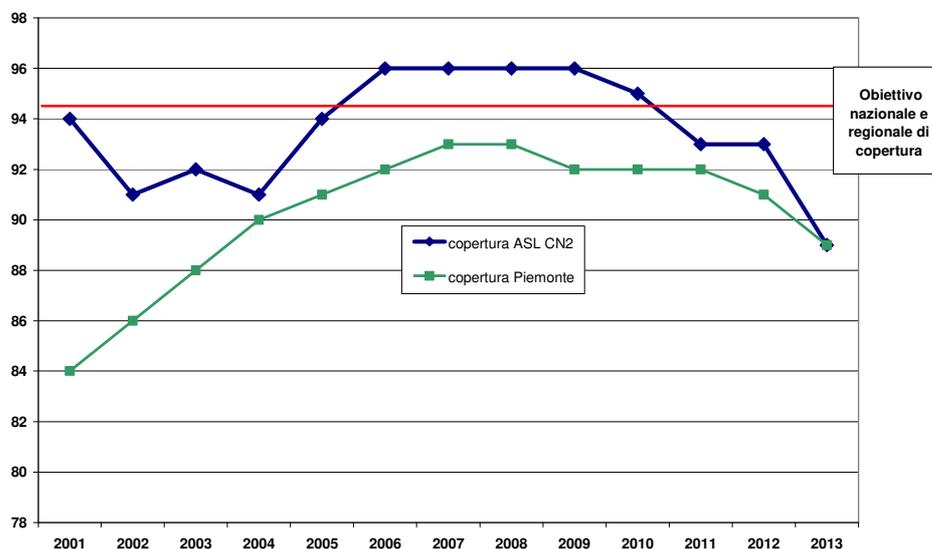


7. Crollo dell'adesione al vaccino morbillo-parotite-rosolia (MPR), ovvero come l'ASL CN2 è passata da coperture eccellenti a coperture simili alla media regionale

C'è stato un periodo, per cinque consecutive coorti di nascita, in cui a due anni d'età più del 95% dei bambini residenti nella nostra ASL risultavano vaccinati contro morbillo,

parotite e rosolia (MPR). Poche realtà, sia in Italia sia in Europa, potevano vantare coperture così alte. Nel grafico che segue possiamo notare l'involuzione occorsa negli ultimi 3 anni. Ciò che colpisce è la rapidità con cui si è passati da coperture eccellenti a coperture del tutto insufficienti ad impedire la circolazione del virus del morbillo, il più contagioso ed il più pericoloso dei tre.

Fig. 9. Morbillo Parotite Rosolia. Coperture vaccinali a 24 mesi d'età nelle coorti 2001-2013: ASL CN2 vs Regione Piemonte



Su 1.500 nati all'anno, ogni punto percentuale di copertura vaccinale MPR perso a causa del rifiuto dei genitori significa 15 bambini cui è negato il diritto alla protezione contro le tre malattie.

Da quando è iniziata l'attuale crisi, sono 316 i bambini non vaccinati contro MPR a causa di un esplicito rifiuto da parte dei genitori; si tratta dei nati dal 2011 al 2013. A questi bisogna sommare tutti i casi di rifiuto vaccinale degli anni precedenti, pari in media a 60-80 all'anno. Ci sono quindi le premesse per future epidemie di morbillo, considerando il fatto che anche nel resto d'Italia la copertura vaccinale MPR è al di sotto del 90% (1).

L'attuale crisi di fiducia ha riguardato principalmente MPR ma, come si evince dalle tabelle e dai grafici delle pagine precedenti, nessun vaccino pediatrico è stato risparmiato dalla diminuita adesione.

La S.S. Vaccinazioni e Profilassi Malattie Infettive del Dipartimento di Prevenzione sta cercando di contrastare questo fenomeno puntando sull'informazione alle famiglie e sulla collaborazione con i pediatri; tuttavia nei prossimi mesi ed anni sarà indispensabile il coinvolgimento della società civile applicando i principi della Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni (2). La Carta può essere definita come l'espressione di una riscossa della società civile. TeamVaxItalia, che ha promosso l'iniziativa, è un'associazione che riunisce operatori sanitari, studenti, blogger e genitori. Medici antivaccinisti e avvocati specializzati in presunti danni da vaccino negli anni scorsi sono stati al centro della scena mediatica e hanno diffuso le loro tesi, che sono state amplificate da una serie di sentenze di riconoscimento del danno palesemente prive di fondamento scientifico. Come conseguenza, in Italia la copertura vaccinale a 24 mesi è scesa al di sotto del 94% per l'esavalente e sotto al 90% per morbillo, parotite e rosolia. TeamVaxItalia ha ritenuto doveroso ribellarsi a tutto questo e ha scritto la Carta, che contiene una serie di principi atti a difendere i programmi vaccinali da un'ondata di oscurantismo che non ha precedenti in Italia. Qualche segnale suggerisce un risveglio di interesse da parte delle istituzioni e s'intravedono le prime manifestazioni di un mutato atteggiamento dell'opinione pubblica: sta a noi intercettarlo, cercando di soddisfare il grande bisogno di corretta informazione che i cittadini stanno esprimendo.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. Vaccinazioni dell'età pediatrica, anno 2016. Coperture vaccinali. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_item_File_3_file.pdf
2. TeamVaxItalia. Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni. <http://www.teamvaxitalia.it/>

Assistenza territoriale: strategie di sviluppo verso un cambiamento sostenibile

Patrizia Corradini

Premessa

Negli ultimi anni l'organizzazione del sistema sanitario è stata oggetto di importanti cambiamenti, finalizzati a conciliare un'efficace ed appropriata presa in carico delle esigenze conclamate dei cittadini con risorse generali profondamente mutate.

Il cammino intrapreso deve continuare e, per raggiungere i risultati auspicati, è fondamentale che si faccia veramente sistema tra tutti i livelli, quello programmatico e quello operativo, in una distinzione dei ruoli che assuma sempre di più la connotazione di gioco di squadra. Ogni ruolo deve contribuire ad una visione comune, dove esperienze diverse possono diventare modelli di lavoro integrato, adattato al nuovo contesto generale, in funzione delle legittime esigenze dei cittadini, con un doveroso orientamento delle aspettative da parte dei professionisti.

In questa prospettiva, diventa sempre più indispensabile il dialogo e la collaborazione ospedale-territorio: dobbiamo essere in grado di rispondere alle sfide che l'evoluzione demografica ed epidemiologica della nostra realtà, in linea con quella del resto d'Italia, comporta: aumento dei malati cronici, delle persone con plurimorbilità, degli anziani fragili e non autosufficienti, delle situazioni più complesse per la compresenza di problemi sanitari e sociali.

Per fare ciò, è necessario concretizzare un modello di cure primarie in grado di mettersi in discussione e di sapersi riorganizzare verso un cambiamento efficace, ma sostenibile. Si discute ormai da tempo del ruolo del medico di famiglia, dei servizi territoriali e della continuità assistenziale, con l'obiettivo di individuare risposte più vantaggiose sia economicamente e sia contestualmente, evitando così ricoveri impropri in ospedale. Le cure primarie rappresentano molto spesso il primo contatto della persona, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario e devono essere in grado di assicurare la promozione, la prevenzione, la cura e la riabilitazione nell'ambito di una rete organizzata ed integrata di tutti i servizi interessati. Diventa sempre più pressante la necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria sul territorio, anche con modalità operative in grado di favorire il passaggio da un'assistenza statica ad un'assistenza flessibile e proattiva.

La medicina di famiglia dovrebbe ricoprire un ruolo sempre più strategico, garantendo quella continuità assistenziale che si pone come fattore di equilibrio tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale e quell'integrazione interdisciplinare ed interprofessionale, che va realizzata con uno sforzo congiunto di tutte le parti interessate. La sfida è la scommessa verso una nuova cultura della sanità territoriale pare essere sempre più forte e determinare nuovi assetti organizzativi e gestionali recepiti sia a livello nazionale sia in tutte le realtà locali, diventando finalmente cultura condivisa.

Nella nostra A.S.L., nell'anno 2015, l'assistenza primaria è stata affidata a **114 medici di medicina generale, a 16 pediatri di libera scelta e a 27 medici dedicati al servizio di "Continuità Assistenziale"** (ex Guardia Medica).

Negli ultimi anni si è provveduto a riorganizzare le postazioni di Continuità Assistenziale ed il Servizio è stato rivisto nella sua funzione ed organizzazione generale, anche al fine di una sua corretta interazione con il sistema di emergenza/urgenza e, soprattutto, nell'ottica della gestione unificata dei punti di risposta telefonica.

Nonostante la riduzione delle ore di attività totali, nell'anno 2015 si è avuto un incremento generale delle prestazioni, con un aumento significativo sul versante dell'appropriatezza, come si evince dalla tabella di seguito riportata:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	2014			2015			DIFFERENZA 2015/2014		
	ALBA	BRA	TOTALI	ALBA	BRA	TOTALI	ALBA	BRA	TOTALI
VISITE:									
- ambulatoriali	6.682	3.602	10.284	8.053	3.968	12.021	1.371	366	1.737
- domiciliari	2.723	1.539	4.262	3.015	1.558	4.573	292	19	311
- a minori 14 anni	284	2	286	364	5	369	80	3	83
- ospiti RSA	428	0	428	677	0	677	249	0	249
TOTALE	10.117	5.143	15.260	12.109	5.531	17.640	1.992	388	2.380

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	2014			2015			DIFFERENZA 2015/2014		
	ALBA	BRA	TOTALI	ALBA	BRA	TOTALI	ALBA	BRA	TOTALI
Prescrizione Farmaci	3.936	1.521	5.457	4.310	1.447	5.757	374	-74	300
Consigli telefonici	2.259	2.681	4.940	3.291	2.568	5.859	1.032	-113	919
Ricoveri				8		8	8	0	8
NUMERO TOTALE PRESTAZIONI	16.312	9.351	25.663	19.718	9.546	29.264	3.406	195	3.601
NUMERO TOTALE ORE MEDICO	26.403	8.790	35.193	24.604	7.900	32.504	-1.799	-890	-2.689

A livello mondiale la speranza di vita alla nascita è aumentata di cinque anni tra l'anno 2000 e l'anno 2005, con differenze importanti fra le varie realtà.

L'Italia è tra i primi sei paesi nel mondo per longevità, al quinto posto per quella maschile ed al sesto per quella femminile, mentre la speranza di vita e l'attesa di vita in buona salute restano invariate, attestandosi rispettivamente ad 80,5 anni per gli uomini e 84,8 per le donne.

I mutamenti demografici e sociali impongono nuove modalità organizzative attraverso le quali rispondere in modo positivo ai cambiamenti nella domanda di salute, soprattutto in alcune forme di assistenza quali, per esempio, l'insieme delle **Cure Domiciliari**.

In tale contesto, infatti, interagiscono molteplici professionalità e specialità, con l'esigenza di forte ed indispensabile coinvolgimento della famiglia e/o del caregiver e/o, più in generale di altri soggetti quali i Servizi Socio Assistenziali, i vicini di casa, le associazioni di volontariato etc..

Le cure primarie devono tendere a realizzare un sistema di promozione attiva della salute, capace di sostenere le risorse personali e sociali del paziente, soprattutto se affetto da malattia cronica o disabilità.

L'attività delle Cure Domiciliari viene svolta sulla base di un protocollo aziendale, che descrive in modo preciso e puntuale le azioni e le relative matrici di responsabilità.

Da anni viene utilizzata una cartella sanitaria integrata, che si è dimostrata un ottimo strumento di management ed è stata nel tempo rivisitata, con la collaborazione di tutte le componenti sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e cura.

Tutta la modulistica necessaria all'attivazione e gestione dell'assistenza è reperibile sul sito aziendale e la sua trasmissione avviene per via informatica, facilitando l'iter assistenziale per la persona assistita e per il caregiver.

Un adeguato supporto informativo, elaborato a livello regionale, rende più facile ed omogenea la raccolta dei dati di attività, che vengono di seguito riportati, suddivisi per anno e per tipologia. A livello nazionale e regionale, da anni, si sta ragionando sulla distinzione per tipologie di assistenza, che dovrebbe essere sostituita dalla differenziazione dei casi per livello di intensità.

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A.D.I.	556	642	923	984	998	946	1.075	1.254	1.469	1.643	1.910	1.804	1.016	976	1.056
A.D.I.+C.P.	179	144	202	222	220	186	164	210	222	241	201	206	186	191	187
S.I.D.	419	651	673	706	720	693	993	880	913	931	861	713	554	601	593
A.D.P.	1.012	1.023	1.015	1.011	1.008	1.299	1.332	1.548	1.439	1.414	1.836	2.310	2.440	2.360	2.361
TOTALE	1.154	1.437	2.813	2.923	3.059	3.245	3.719	4.122	4.377	4.604	4.808	5.033	4.196	4.128	4.197

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata

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

S.I.D. = Servizio Infermieristico Domiciliare

A.D.P. = Assistenza Domiciliare Programmata

Grazie alla collaborazione del Servizio di Recupero e Riabilitazione si è riusciti nel tempo ad organizzare anche un percorso riabilitativo domiciliare, che prevede che i pazienti vengano sottoposti, quando necessario, su richiesta del medico di famiglia, ad una visita fisiatrica a domicilio.

La persona assistita viene così valutata nell'ambiente in cui vive, con la possibilità di attivare cicli di fisioterapia a domicilio e di prescrivere eventuali presidi per il recupero delle capacità residue.

Molto positiva è anche l'esperienza, attivata in collaborazione con l'A.S.L. CN1, di assistenza a domicilio nell'ambito della ventiloterapia per pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria e/o tracheotomizzati, da alcune patologie neurologiche, da patologie neuromuscolari etc..

La nostra A.S.L. ha altresì aderito alla sperimentazione del progetto proposto dalla Città della Salute e della Scienza di Torino di "Radiologia Domiciliare", che, sempre con l'obiettivo di collegare l'attività ospedaliera con l'assistenza territoriale, si rivolge a persone non deambulanti, offrendo la possibilità di esecuzione di indagini radiologiche direttamente a domicilio.

Un'altra iniziativa intrapresa nell'ultimo anno è un servizio di Vulnologia effettuato in modo capillare e diffuso. Si tratta di un ottimo esempio di integrazione ospedale-territorio, che, oltre a ridurre i costi (riduzione trasporti in ambulanza, consegna diretta del materiale di medicazione), presenta indubbi vantaggi per la persona assistita e crea quell'azione di convergenza sinergica in grado di favorire ed aumentare l'efficacia della prestazione.

Si tratta di un servizio fondamentale per l'educazione alla prevenzione delle lesioni, la cura delle stesse ed il monitoraggio continuo da parte di personale formato, grazie all'opera di tutoraggio dello specialista, all'uso dei presidi di medicazione. Il paziente, spesso anziano, viene preso in carico in seguito alla segnalazione del medico di famiglia. Le indicazioni alla medicazione o alle indagini diagnostiche vengono date dallo specialista, in sinergia col medico di medicina generale. Viene inoltre favorito, quando necessario e possibile, l'accesso delle persone assistite presso gli ambulatori periferici per la consulenza ed il monitoraggio, creando un percorso prioritario, senza lista di attesa, nella prenotazione.

Nell'ottica della razionalizzazione delle attività territoriali, deve essere riconsiderata anche **l'attività specialistica ambulatoriale convenzionata interna**, per la quale è sicuramente fondamentale prevedere una trasformazione in termini di efficienza ed efficacia.

Nell'ultimo periodo, ci si è molto impegnati in tal senso, soprattutto con interventi legati all'appropriatezza in generale, favorendo il confronto e la collaborazione fra le varie professionalità coinvolte.

La maggiore complessità dell'offerta, anche nel settore della specialistica ambulatoriale, ha sicuramente contribuito ad aumentare il divario esistente fra le risorse necessarie e quelle disponibili.

Si riportano di seguito i dati di attività delle varie Specialità per l'anno 2015, che andrebbero comunque considerati in un'ottica più generale, confrontandoli e discutendoli con le analoghe specialità di ambito ospedaliero, al fine di poter meglio stabilire necessità e priorità.

BRANCA SPECIALISTICA	2014			2015		
	ORE PAGATE	NUMERO PREST.	MEDIA ORARIA	ORE PAGATE	NUMERO PREST.	MEDIA ORARIA
ALLERGOLOGIA	495,99	1.666	3,36	513,65	2.206	4,29
CARDIOLOGIA	2.917,73	4.857	1,66	2.810,20	5.006	1,78
DERMATOLOGIA	2.176,10	6.883	3,16	2.173,22	6.734	3,10
MEDICINA DELLO SPORT	1.357,97	1.972	1,45	1.352,00	2.284	1,69
NEUROLOGIA	1.148,00	1.755	1,53	1.133,50	1.016	0,90
OCULISTICA	2.584,03	5.366	2,08	2.627,65	5.765	2,19
ODONTOIATRIA	4.735,20	7.602	1,61	4.750,60	7.003	1,47
ODONTOPROTESI	1.013,58	1.514	1,49	1.009,50	1.399	1,39
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.625,72	7.116	2,71	2.161,22	6.290	2,91
OTORINOLARINGOIATRIA	1.559,77	5.438	3,49	1.538,47	5.239	3,41
DIETOLOGIA	204,00	369	1,81	211,49	353	1,67
UROLOGIA	1.084,00	2.687	2,48	1.084,83	3.519	3,24
TOTALE GENERALE	21.902,09	47.225	2,16	21.366,33	46.814,00	2,19

I nuovi modelli organizzativi tendono sempre più a garantire la continuità assistenziale, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra le varie fasi del percorso del paziente, l'efficienza e la riduzione dei costi e la permanenza al proprio domicilio.

Quando le condizioni della persona assistita o del contesto socio-ambientale sono tali da non poter permettere l'assistenza al domicilio, si può ricorrere a varie forme di assistenza residenziale, che vanno dal ricovero in "Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria", al ricovero temporaneo o "di sollievo", al ricovero considerato permanente in struttura.

Negli anni, l'offerta di assistenza nel settore ha subito un'evoluzione decisamente positiva, sia in termini quantitativi sia soprattutto in termini qualitativi.

Si riporta di seguito la situazione al 31/12/2015 dei **ricoveri in RSA in convenzione per adulti ed anziani non autosufficienti** residenti sul territorio dell' ASL CN2.

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	OSPITI IN CONVENZIONE AL 31.12.2015
ALBA COTTOLENGO	17	Media Intensità	14
ALBA COTTOLENGO		Alta Intensità	1
ALBA FERRERO	20	Bassa Intensità	3
ALBA FERRERO		Media Intensità	12
ALBA OTTOLENGHI	96	Bassa Intensità	1
ALBA OTTOLENGHI		Media Intensità	38
ALBA OTTOLENGHI		Alta Intensità e Nefr.	17
CANALE	40	Media Intensità	23
CANALE		Alta Intensità	3
CASTIGLIONE TINELLA	40	Media Intensità	19
CERRETTO	60	Media Intensità	43
CERRETTO		Alta Intensità	2
CORNELIANO	40	Media Intensità	17
CORTEMILIA S.Pantaleo	20	Media Intensità	5
CORTEMILIA S.S.	14	Media Intensità	10
CORTEMILIA Sampò	51	Media Intensità	7
CORTEMILIA Sampò		Alta Intensità	4
GOVONE	24	Media Intensità	6
MAGLIANO ALFIERI Soggiorno Alfieri	19	Media Intensità	10
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	41	Media Intensità	7
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena		Alta Intensità	2
MONFORTE	20	Media Intensità	9
MONTA' Cà Nostra	20	Media Intensità	4
MONTA' Divina Misericordia	60	Media Intensità	18
MONTICELLO	44	Media Intensità	14
NEIVE	40	Media Intensità	16
NEIVE		Alta Intensità	1
PRIOCCA	62	Media Intensità	14
PRIOCCA		Alta Intensità	1
RODELLO	10	Media Intensità	8
RODELLO		Alta Intensità	1
S.STEFANO BELBO	60	Media Intensità	13
S.STEFANO BELBO		Alta Intensità	3
S.STEFANO ROERO	70	Media Intensità	3
S.STEFANO ROERO		Alta Intensità	2
VEZZA D'ALBA	40	Media Intensità	11

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	OSPITI IN CONVENZIONE AL 31.12.2015
extra asl (pazienti albesi)			
CAMBIANO V.Mosso		Alta Intensità	1
CASTAGNOLE LANZE		Media Intensità	3
DOGLIANI (Biarella)		Media Intensità	1
FARIGLIANO		Media Intensità	1
LEQUIO TANARO		Media Intensità	1
MONESIGLIO		Media Intensità	1
MARENE (La Corte)		Alta Intensità	1
MURAZZANO (Madonna HAL)		Alta Intensità	1
PRALORMO		Media Intensità	1
SANGANO Villa Maria (TO3)		Alta Intensità	1
VINOVO TO		Media Intensità	1
totale di distretto	908	ALBA	375

DISTRETTO DI BRA	POSTI LETTO R.S.A. ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE OSPITI INSERITI	OSPITI IN CONVENZIONE
BRA COTTOLENGO	40	Media Intensità	23
BRA FRANCONI	60	Media Intensità	11
BRA FRANCONI		Alta Intensità	3
BRA GLICINI	80	Media Intensità	28
BRA MONTEPULCIANO	50	Bassa Intensità	3
BRA MONTEPULCIANO		Media Intensità	12
CERESOLE D'ALBA	40	Media Intensità	11
CERESOLE D'ALBA		Alta Intensità	1
CHERASCO	72	Media Intensità	17
CHERASCO		Alta Intensità	5
LA MORRA	20	Media Intensità	10
NARZOLE	20	Media Intensità	10
NARZOLE		Alta Intensità	1
POCAPAGLIA	30	Media Intensità	21
SANFRE'	30	Media Intensità	21
SOMMARIVA BOSCO	58	Media Intensità	19
SOMMARIVA PERNO	88	Media Intensità	13
SOMMARIVA PERNO		Alta Intensità	5
extra asl (pazienti braidesi)			
CARAMAGNA PIEMONTE		Alta Intensità	1
CARMAGNOLA (Anni Azzurri)		Alta Intensità	1
MARENE (Don Rolle)		Media Intensità	1
TORINO (Villa Anna Maria)		Alta Intensità	1
MONCALIERI (Ville Roddolo)		Media Intensità	1
VINOVO TO		Alta Intensità	1
BOVES (Casa Speranza)		Media Intensità	1
TRINITA'		Media Intensità	1
totale di distretto	588	BRA	222

TOT. P.L.		Alta Intensità	62
TOT. P.L.		Bassa Intensità	7
TOT. P.L.		Media Intensità	528
TOTALE GENERALE	1496		597

popolazione > 65 residente dato BDDE **39.823**

percentuale inserimenti % **1,49**

I ricoveri temporanei di sollievo registrati nell'anno 2015 sono stati 23 per un totale di 528 giornate: si tratta di una forma di assistenza, che andrebbe potenziata e favorita, costituendo spesso una valida alternativa al ricovero definitivo. Nella tabella seguente viene riportata la media annuale degli inserimenti, compresi i ricoveri temporanei di sollievo, negli ultimi anni:

ANNO	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA (da Piano di Attività)	% SU POPOLAZIONE ANZIANA
2010	37.116	741	2,00
2011	37.741	717	1,90
2012	37.928	700	1,88
2013	38.206	584	1,53
2014	39.479	611	1,55
2015	39.823	597	1,49

Per quanto riguarda **l'assistenza ai disabili**, sono stati nel tempo sempre più intensificati i confronti e le collaborazioni tra le varie componenti coinvolte (Commissione Unità di Valutazione Multidimensionale, Servizi Socio Assistenziali, Commissione di Vigilanza sulle strutture socio - sanitarie, Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze etc.), con l'obiettivo comune di offrire risposte sempre più appropriate.

Ovviamente, l'andamento degli inserimenti in convenzione si sta modificando in linea con la tendenza generale di modulare l'attività compatibilmente alle risorse disponibili.

I piani assistenziali devono comunque e sempre essere costruiti sugli effettivi bisogni della persona assistita e non solo in funzione delle risorse pubbliche disponibili.

In un periodo di ristrettezza economica come quella degli ultimi anni, è evidente che le risorse pubbliche per i servizi non possano aumentare.

Diventa indispensabile, pertanto, rendere consapevoli di questo anche gli assistiti chiedendo loro, quando possibile, una partecipazione ed evidenziando, sul reale bisogno che esprimono, quanto il pubblico possa partecipare alla spesa. Se ognuno partecipasse in funzione del proprio reddito, si potrebbero garantire più risposte, realizzate anche in modo più equo ed onesto.

Appare quindi necessaria una ricomposizione del sistema ad oggi particolarmente frammentato ed è fondamentale individuare un soggetto di riferimento per gli assistiti, che abbia il compito di raccogliere il bisogno e di facilitare l'incontro tra domanda ed offerta.

È auspicabile che questo ruolo venga ricoperto dal servizio pubblico, che è l'unico che garantisce, per la sua stessa natura, la tutela e lo sviluppo dell'universalismo.

Qualora il pubblico non riesca ad agire in tale direzione questo spazio e questa possibilità potrebbero essere sfruttati da altri attori, con le ovvie conseguenze sul livello di coesione sociale e di equità.

Si riporta di seguito la situazione dei ricoveri in convenzione in Strutture Residenziali e Semiresidenziali per disabili residenti sul territorio dell'ASL CN2 nell'anno 2015.

Assistenza residenziale disabili anno 2015

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti 2015	Numero ospiti al 31/12/2015	Numero giornate di assistenza
FERRERO - Alba	A	25	21	7746
PICCOLA CASA D.P. D.P. - Alba	A	22	21	7825
ELSA - Canelli	A	1	1	365
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	3	3	1095
VILLA OTTAVIA - Piobesi	A	5	4	1165
IL MELOGRANO - Vesime	A	16	13	4430
PEPENERO - Alba	B	3	3	1095
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	2	903
TETTI BLU - Alba	B	4	4	1283
LA ROCCA - Bra	B	9	6	1881
ABRATE - Alba	C	10	10	3363
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	9	9	3285
CASA M. ROSA - Alba	C	11	7	2281
GAIOLE - Diano d'Alba	C	6	5	1750
SAN ROCCO - Costigliole Saluzzo	C	1	1	365
SAN FRANCESCO - Fossano	C	1	1	365
S. MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	C	1	1	365
LE NUVOLE - Neive	C	5	5	1825
AURORA - Pollenzo	C	8	7	2254
AGAPE S.S.- Racconigi	C	2	2	396
TOTALE		145	126	44.037

Assistenza residenziale disabili (minori) anno 2015

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti 2015	Numero ospiti al 31/12/2015	Numero giornate di assistenza
LIBERI TUTTI Acqui Incontro-Acqui Terme	CRP	1	1	80
PANDORA - Castel Boglione	B	1	1	50
GIAMBURRASCA - Scagnello	CRP	2	1	527
TOTALE		4	3	657

Assistenza semiresidenziale disabili anno 2015

Denominazione struttura	Fascia	Numero ospiti 2015	Numero ospiti al 31/12/2015	Numero giornate di assistenza
COCCIO E TELA- Alba	A	21	21	4123
INSIEME - Alba	A	24	24	4410
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	10	10	1544
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	7	7	1659
AGHAV - Bra	A	22	22	4553
PRINCIPE RANOCCHIO - Canale	A	8	8	1785
IL MOSAICO (BONAFOUS)Cortemilia	A	10	10	1823
IL RAMO SANTA CHIARA - Fossano	A	1	1	242
IL GIRASOLE - Narzole	A	14	14	2607
L'IPPOCASTANO - Neive	A	11	10	1905
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	13	13	3054
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	17	13	2680
TOTALE		158	153	30.385

Come per le tipologie assistenziali sopra descritte, anche per l'**assistenza integrativa - protesica** saranno operativi, probabilmente in tempi brevi, i nuovi L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza).

Si auspica che vengano rese disponibili risorse sufficienti in materia, in modo che questi possano costituire l'occasione per offrire un sistema universalistico migliore e non la negazione di diritti evidenti e giustamente esigibili.

Nel complesso, l'andamento della spesa relativa all'Assistenza Integrativa - Protesica, dimostra l'impegno e lo sforzo di razionalizzazione ed appropriatezza che si sta portando avanti anche in questo settore.

Al fine comunque di rispondere, per quanto possibile, alle sollecitazioni regionali e rendere omogenea e coerente su tutto il territorio aziendale la fase autorizzativa, sono stati elaborati regolamenti e procedure in materia. Nonostante tutte le azioni intraprese in ambito di appropriatezza, si è registrato, come dimostra la tabella sotto riportata, un inevitabile, se pur contenuto, aumento di spesa.

Assistenza protesica

Spesa anno 2014 (euro)	Spesa anno 2015 (euro)	Differenza (euro)
2.151.981,72	2.236.146,07	+84.164,35

Gli assistiti totali sono passati da 12.493 nel 2014 a 14.042 nel 2015, mentre le autorizzazioni da 22.376 nel 2014 a 25.824 nel 2015, 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.

Sulla spesa totale dell'anno 2015 hanno anche inciso i "ribaltamenti" dei costi del 2014, che sono stati introdotti come metodologia solo dal 2015.

Il numero di pazienti forniti a domicilio di materiale per l'incontinenza è passato da 5.331 nel 2014 a 5.445 nel 2015, 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.

In ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. 20-891 del 12 gennaio 2015 "Programmi operativi 2013-2015. Razionalizzazione ed uniformità delle procedure di prescrizione degli ausili per incontinenza erogati a carico del Servizio Sanitario Regionale. Modifiche ed integrazioni" si è provveduto ad aggiornare la procedura in essere.

La revisione dei piani terapeutici di tutti gli assistiti secondo le nuove disposizioni prescrittive ed autorizzative ha determinato un consistente impegno, che ha comunque portato a risultati positivi in termini di appropriatezza per l'attività in generale.

Per quanto riguarda l'assistenza integrativa non compresa nei LEA, la spesa è diminuita anche in seguito alle confermate disposizioni regionali, che prevedono che alcuni benefici possano essere erogati esclusivamente agli assistiti con dichiarazione ISEE inferiore a 38.000,00 euro/anno.

Si riportano di seguito i dati di spesa relativi all'ossigeno ed alla ventilo terapia, sottolineando che si tratta di tipologie di assistenza fra di loro diverse (farmaco il primo e presidio il secondo), per le quali le regole di erogazione sono conseguentemente diverse.

Ossigenoterapia

Spesa anno 2014 (euro)	Spesa anno 2015 (euro)	Differenza (euro)
610.463,63	564.098,90	- 46.364,73

Ventiloterapia

Spesa anno 2014 (euro)	Spesa anno 2015 (euro)	Differenza (euro)
789.222,69	814.041,98	+ 24.819,29

Nel 2015 si è registrata una diminuzione di spesa per l'ossigenoterapia con contestuale riduzione dei pazienti in trattamento che sono passati da 1070 nel 2014 a 878 nel 2015. È importante sottolineare, a questo proposito, la buona collaborazione che si è riusciti a creare con la Ditta appaltata e con i prescrittori, sempre nell'ottica del corretto utilizzo delle risorse.

Per la ventiloterapia l'incremento di spesa è stato accompagnato da un aumento dei pazienti in trattamento, da 615 nel 2014 a 659 nel 2015.

Ci si è ripetutamente confrontati con la Direzione Aziendale, al fine di individuare strategie di contenimento nella correlata prescrizione specialistica, che, nel tempo, ha visto incrementare significativamente e costantemente i suoi costi. In questo ambito, sarebbe infatti importante riuscire ad incidere positivamente, con azioni mirate.

Negli ultimi anni, soprattutto nel settore dell'assistenza protesica ed integrativa sono stati moltissimi gli stimoli ad una revisione della spesa verso una maggior appropriatezza, garantendo comunque il diritto alla salute di ogni persona assistita, anche perché è ormai ampiamente dimostrato che, dove funziona meglio e di più la medicina del territorio, anche l'assistenza ospedaliera è caratterizzata da un miglior rapporto costo-beneficio.

Si è cercato nel tempo di valorizzare anche il ruolo del **Consultorio**, portandolo ad integrarsi sempre più con tutti i Servizi che costituiscono la rete assistenziale dedicata in modo particolare alla donna, alla coppia, alla famiglia, al neonato, al bambino ed all'adolescente.

Le attività sono sempre quelle previste dalla legge istitutiva del servizio, che risale ormai al 1975, ma le competenze si sono via via riqualificate ed ampliate, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, la distribuzione capillare dell'Agenda di gravidanza, le gravidanze fisiologiche ed i percorsi pre e post nascita, il supporto all'allattamento materno, la diffusione della contraccezione, i comportamenti a rischio, le attività di prevenzione ed educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena", svolto direttamente anche in Consultorio, per quanto riguarda lo screening cervico - vaginale.

La maggior parte delle attività consultoriali prevede percorsi assistenziali (percorso nascita, contraccezione, I.V.G., spazio giovani, promozione alla salute etc.), definiti con protocolli spesso approvati a livello nazionale e regionale. Nell'anno 2015 sono state organizzate importanti iniziative a livello regionale, alle quali ha partecipato attivamente anche la nostra A.S.L., per festeggiare i quarant'anni di attività.

Nei Consultori di Alba e di Bra l'attività, come emerge dalla tabella sotto riportata, è purtroppo diminuita nell'anno 2015 rispetto all'anno precedente non per diminuzione della tipologia di prestazioni, ma per riduzione della presenza di personale dedicato.

PRESTAZIONI	2014	2015	DIFFERENZA 2015/2014
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	12.756	12.103	-653
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	8.173	6.682	-1.491
VISITE PSICOLOGICHE ALBA	1.041	660	-381
VISITE PSICOLOGICHE BRA	357	494	137
TOTALE	22.327	19.939	-2.388

Nel luglio del 2009, è stato aperto, nella nostra A.S.L. il **Centro I.S.I. (Informazione Salute Immigrati)**.

Il Centro opera su due sedi, Alba e Bra, quattro giorni alla settimana e può contare, oltre che sulla presenza di figure sanitarie, anche sul mediatore linguistico - culturale, che interviene come "facilitatore" non solo del dialogo fra persone e culture, ma anche nella fase di "accompagnamento" in eventuali percorsi di diagnosi e cura.

L'attività è rivolta ad una tipologia di assistiti particolare ed in realtà poco rappresentata sul nostro territorio.

Nella tabella che segue sono riportati i dati di attività riferiti all'anno 2015, così come la provenienza e la tipologia di richiesta delle persone seguite.

CENTRO I.S.I. - ATTIVITA' ANNO 2015		
	STP	ENI
TOTALE PASSAGGI	495	99
NUOVI PASSAGGI	102	10
UOMINI	375	
DONNE	219	

PROVENIENZA	TOTALE
AFGHANISTAN	4
ALBANIA	133
BANGLADESH	67
BULGARIA	2
BURKINA FASO	8
COSTA D'AVORIO	37
EGITTO	29
GAMBIA	27
GEORGIA	3
GHANA	1
MACEDONIA	15
MALI	22
MAROCCO	39
NIGERIA	19
NUOVA GUINEA	11
PAKISTAN	27
REP. DI CUBA	2
REP. DOMINICANA	19
ROMANIA	101
RUSSIA	1
SENEGAL	22
SERBIA	1
THAILANDIA	2
TUNISIA	1
UCRAINA	1
TOTALE	594

PRESTAZIONE	STP	ENI	TOTALE
INFORMAZIONI SUL S.S.N.	82	34	116
RILASCIO TESSERA ENI		10	10
RILASCIO TESSERA STP	102		102
RINNOVO ENI		22	22
RINNOVO STP	55		55
ANNULLAMENTO TESSERA STP	46		46
ANNULLAMENTO TESSERA ENI		1	1
INVIATI AL CONSULTORIO	6	5	11
PERVENUTI DAL CONSULTORIO		3	3
COTROLLO ESAMI	86	17	103
PRESCRIZIONE FARMACI	121	23	144
VISITA IN SEDE	123	26	149
RICHIESTA E.C.G.	3	0	3
RICHIESTA ECO	6	3	9
RICHIESTA ES. ECO TSA	2	0	2
RICHIESTA ES. EGDS-COLONSCOPIA	1	1	2
RICHIESTA ES. LABORATORIO	33	10	43
RICHIESTA ES. MANTOUX	5	0	5
RICHIESTA RMN	0	2	2
RICHIESTA RX	25	3	28
RICHIESTA SPIROMETRIA	1	0	1
RICHIESTA T.A.C.	1	1	2
RICHIESTA VISITA ALLERGOLOGICA	1	0	1
RICHIESTA VISITA CARDIOLOGICA	3	0	3
RICHIESTA VISITA CHIRURGICA	2	0	2
RICHIESTA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	2
RICHIESTA VISITA DERMATOLOGICA	6	0	6
RICHIESTA VISITA DIABETOLOGICA	1	0	1
RICHIESTA VISITA EMATOLOGICA	1	0	1
RICHIESTA VISITA ENDOCRINOLOGICA	1	0	1

PRESTAZIONE	STP	ENI	TOTALE
RICHIESTA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1	1	2
RICHIESTA VISITA GINECOLOGICA	6	2	8
RICHIESTA PAP-TEST	2	2	4
RICHIESTA VISITA MALATTIE INFETTIVE	2	0	2
RICHIESTA VISITA NEUROCHIRURGICA	1	0	1
RICHIESTA VISITA NEUROLOGICA	3	0	3
RICHIESTA VISITA OCULISTICA	4	1	5
RICHIESTA VISITA ODONTOIATRICA	18	2	20
RICHIESTA VISITA ORTOPEDICA	2	0	2
RICHIESTA VISITA PEDIATRICA	1	0	1
RICHIESTA VISITA PNEUMOLOGICA	6	1	7
RICHIESTA VISITA PSICHIATRICA	2	0	2
RICHIESTA VISITA UROLOGICA	2	0	2
INVIATI AL PRONTO SOCCORSO - DEA	1	0	1
INVIATI DAL PRONTO SOCCORSO - DEA	0	1	1
INVIATI AL SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA	4	0	4
INVIATI AL SERVIZIO DI C. A. (EX GUARDIA MEDICA)	1	0	1

Nell'anno 2015 la nostra A.S.L. si è occupata anche di tutte le funzioni di **Sanità Penitenziaria** per la Casa di Reclusione di Alba, che è stata poi temporaneamente chiusa, sforzandosi di costruire un valido sistema di gestione organizzativa anche nella cura e nell'assistenza del cittadino detenuto, se pur nella difficoltà generale di reperimento delle risorse necessarie.

"Trasferire l'assistenza dall'ospedale al territorio", "spendere di meno e meglio", "eliminare gli sprechi": queste ed altre sono le frasi che accompagnano, da tempo, le azioni di contenimento della spesa sanitaria. Pur trattandosi di principi ovviamente condivisibili, il risultato appare spesso come una riduzione dei livelli di attività, che rischiano comunque di colpire sempre le persone più fragili. In nome della deospedalizzazione, spesso si contrappongono ospedale e territorio, come se fossero realtà in antitesi, mentre dovrebbero essere l'uno la continuità dell'altro e dovrebbero lavorare in sinergia verso lo stesso obiettivo: offrire al cittadino tutto ciò di cui ha realmente bisogno.

La sanità del territorio tanto decantata continua, in questo contesto, ad essere poco visibile e di conseguenza poco esigibile ed anche difficilmente valutabile. Diventa quindi indispensabile diffondere la conoscenza dei servizi, che vanno davvero migliorati ed utilizzati al meglio. Dovremo cercare con forza il cambiamento sostenibile del sistema, rilanciando il Distretto come snodo tra medicina di territorio e di ospedale, considerando tutta la sanità come un continuo divenire senza spazi vuoti e senza barriere da abbattere e ricordando che l'equità e l'uniformità di risposta sono comunque un obiettivo irrinunciabile.

Come sempre, continueremo il nostro cammino cercando di migliorare e ricordando la frase di Winston Churchill "Se è vero che non tutti i cambiamenti si traducono in miglioramenti, è altrettanto vero che non esiste miglioramento senza cambiamento"... e continueremo il nostro cammino sorridendo, con la convinzione che, come sosteneva Phyllis Diller, "Un sorriso è una curva che raddrizza tutto"!!!

Promozione dell'attività fisica in un gruppo di pensionati. L'esempio del Servizio Medico della Fondazione Ferrero Elio Laudani, Andrea Saglietti, Ettore Bologna, Luca Monchiero

Introduzione

Le evidenze scientifiche dei benefici dell'attività fisica sono ormai assodate.

Il Servizio Medico della "Fondazione Piera Pietro e Giovanni Ferrero" (Servizio Medico Aziendale SMA), con sede in Alba, da tempo promuove, attraverso un progetto di "medicina di iniziativa", la diffusione di programmi di incremento dell'attività fisica rivolti ai propri dipendenti pensionati.

A seguire si descrivono alcune caratteristiche dei soggetti che hanno aderito al programma di attività fisica (AF) e si confrontano con quelle dei non aderenti (NAF).

L'indagine è di tipo descrittivo e ha come base di dati gli archivi informatizzati, resi anonimi, per ragioni di tutela dei dati personali sensibili, del Servizio Medico Aziendale (SMA), con il quale l'ASLCN2 ha già condotto in passato uno studio epidemiologico, pubblicato in una precedente edizione di questo Bollettino.

Materiali e metodi

Una coorte di ex lavoratori composta da 507 individui, arruolati il 1-1-2010, è la base dello studio.

I dati anonimi dell'archivio informatizzato delle cartelle cliniche di queste persone sono analizzati per confrontare due gruppi: il primo è quello degli aderenti al programma "attività fisica", il secondo quello dei non aderenti.

L'adesione al programma "attività fisica" è definita come frequenza della palestra del (SMA), riportata nell'archivio informatizzato, alla data di arruolamento (1-1-2010).

Le variabili oggetto di descrizione sono:

età, attività fisica, sesso, mansione, uso di antipertensivi, uso di ansiolitici, uso di statine, patologia principale codificata con ICD9. La categoria fumatore comprende anche gli ex fumatori.

Tutte le variabili sono riferite al momento dell'arruolamento.

Per analizzare l'associazione tra adesione al programma "attività fisica" e le suddette variabili, esclusa l'età, i dati sono collocati in tabelle 2x2 per dati di frequenza. Come misura di associazione si è utilizzato l'Odds Ratio (OR) con i corrispondenti intervalli di confidenza al 95% calcolati con il metodo esatto di Fisher. Come calcolatore statistico si è utilizzato il pacchetto Epi Info versione 7.

La variabile età è stata trattata come variabile continua e la distribuzione tra i gruppi è stata descritta con i parametri media, mediana, moda, minimo, massimo, varianza, 25 esimo e 75 esimo centile.

Tutti i 507 aderenti al SMA hanno sottoscritto un consenso informato per il trattamento dei dati sensibili, l'analisi è stata condotta con "anonimizzazione" dei records.

Per due variabili (fumo e farmaci) i dati in archivio erano incompleti.

Risultati

Qui di seguito le tabelle illustrano la composizione dell'insieme in studio e l'associazione tra alcune variabili e l'adesione al programma "attività fisica".

L'acronimo AF sta per "adesione programma attività fisica" (gruppo in studio), NAF per "non adesione" (gruppo di controllo).

1) AF e NAF: distribuzione delle variabili nell'insieme totale 507 soggetti

MEANS età AF e NAF

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
507,0000	35134,0000	69,2978	45,1977	6,7229	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
56,0000	64,0000	69,0000	74,0000	88,0000	70,0000

MEANS età AF

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
354,0000	24448,0000	69,0621	43,5372	6,5983
Minimum	25%	Median	75%	Maximum
56,0000	64,0000	69,0000	74,0000	86,0000
				70,0000

MEANS età NAF

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
153,0000	10686,0000	69,8431	48,9226	6,9945
Minimum	25%	Median	75%	Maximum
57,0000	64,0000	70,0000	75,0000	88,0000
				63,0000

ATT MOT	Frequency	Percent
NO	153	30,18%
SI	354	69,82%
Total	507	100,00%

FUMO	Frequency	Percent
NO	147	51,94%
SI	136	47,16%
Total	283	100,00%

MANSIONI AZIENDALI	Frequency	Percent	Cum. Percent
DIRIGENTE	14	2,76%	2,76%
IMPIEGATO	123	24,26%	27,02%
OPERAIO	370	72,98%	100,00%
Total	507	100,00%	100,00%

SESSO	Frequency	Percent
F	303	59,76%
M	204	40,24%
Total	507	100,00%

TERAPIA: ANSIOLITICI	Frequency	Percent
NO	337	79,67%
SI	86	20,33%
Total	423	100,00%

TERAPIA: ANTI-IPERTENSIVI	Frequency	Percent
NO	163	38,53%
SI	260	61,47%
Total	423	100,00%

TERAPIA: STATINE	Frequency	Percent
NO	295	69,74%
SI	128	30,26%
Total	423	100,00%

2) AF

FUMO	Frequency	Percent
NO	142	56,13%
SI	111	43,87%
Total	253	100,00%

MANSIONI AZIENDALI	Frequency	Percent	Cum. Percent
DIRIGENTE	9	2,54%	2,54%
IMPIEGATO	86	24,29%	26,84%
OPERAIO	259	73,16%	100,00%
Total	354	100,00%	100,00%

SESSO	Frequency	Percent
F	219	61,86%
M	135	38,14%
Total	354	100,00%

TERAPIA: ANSIOLITICI	Frequency	Percent
NO	277	79,14%
SI	73	20,86%
Total	350	100,00%

TERAPIA: ANTI-IPERTENSIVI	Frequency	Percent
NO	132	37,71%
SI	218	62,29%
Total	350	100,00%

TERAPIA: STATINE	Frequency	Percent
NO	240	68,57%
SI	110	31,43%
Total	350	100,00%

3) NAF

FUMO	Frequency	Percent
NO	5	16,67%
SI	25	83,33%
Total	30	100,00%

SESSO	Frequency	Percent
F	84	54,90%
M	69	45,10%
Total	153	100,00%

TERAPIA: ANSIOLITICI	Frequency	Percent
NO	60	82,19%
SI	13	17,81%
Total	73	100,00%

MANSIONI AZIENDALI	Frequency	Percent	Cum. Percent
DIRIGENTE	5	3,27%	3,27%
IMPIEGATO	37	24,18%	27,45%
OPERAIO	111	72,55%	100,00%
Total	153	100,00%	100,00%

TERAPIA: ANTI-IPERTENSIVI	Frequency	Percent
NO	31	42,47%
SI	42	57,53%
Total	73	100,00%

TERAPIA: STATINE	Frequency	Percent
NO	55	75,34%
SI	18	24,66%
Total	73	100,00%

ATTIVITA' FISICA (AF) vs NON ATTIVITA' FISICA (NAF)

PREVALENZA VARIABILI. Le frequenze percentuali osservate sono state applicate alla popolazione divisa nei due sottoinsiemi (AF e NAF) per stimare le frequenze assolute che si leggono nelle tabelle.

FUMO

Stima su 56% del totale: 283 casi (253 AF e 30 NAF) con informazione.

	AF	NAF
FUMATORE	156	127
NON FUMATORE	198	26

OR= 0,16

IC95% OR= 0,09-0,26

P < 0,05

MANSIONI

Stima su 100% del totale: 507 casi (354 AF e 153 NAF) con informazione.

	AF	NAF
OPERAIO	258	112
ALTRA MANSIONE	96	41

OR= 0,98

IC95% OR= 0,62-1,53

P > 0,05 n.s.

GENERE

Stima su 100% del totale: 507 casi (354 AF e 153 NAF) con informazione.

	AF	NAF
MASCHI	135	69
FEMMINE	219	84

OR= 0,75

IC95% OR= 0,50-1,12

P > 0,05 n.s.

ANSIOLITICI

Stima su 83% del totale: 423 casi (350 AF e 73 NAF) con informazione.

	AF	NAF
ANSIOLITICI	74	27
NO ANSIOLITICI	280	126

OR= 1,2

IC95% OR= 0,74-2,09

P > 0,05 n.s.

ANTIPERTENSIVI

Stima su 83% del totale: 423 casi (350 AF e 73 NAF) con informazione.

	AF	NAF
ANTIPERTENSIVI	219	87
NO ANTIPERTENSIVI	135	66

OR= 1,2

IC95% OR= 0,82-1,84

P > 0,05 n.s.

STATINE

Stima su 83% del totale: 423 casi (350 AF e 73 NAF) con informazione.

	AF	NAF
STATINE	110	38
NO STATINE	244	115

OR= 1,4

IC95% OR= 0,87-2,16

P > 0,05 n.s.

QUADRO SINOTTICO DELLE PATOLOGIE PRINCIPALI REGISTRATE IN ARCHIVIO.

PATOLOGIA	ICD 9	N CASI
ASSENZA PATOLOGIA		100
TUMORI	140-239	55
DIABETE	250.0	42
CARDIOVASCOLARE	390-459	144
OSTEOMUSCOLARE	710-739	62

ASSOCIAZIONE TRA ADESIONE AL GRUPPO ATTIVITA' FISICA E ALCUNE CONDIZIONI PATOLOGICHE PREVALENTI.

PRESENZA DI ALMENO UNA PATOLOGIA

	AF	NAF
PATOLOGIA	19	81
NO PATOLOGIA	335	72

OR= 0,05

IC95% OR= 0,03-0,09

P < 0,05

DIABETE

	AF	NAF
DIABETE	33	9
NO DIABETE	321	144

OR= 1,6

IC95% OR= 0, 74-4,01

P > 0,05 n.s.

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

	AF	NAF
PATOLOGIA CARDIOV.	129	15
NO PATOLOGIA CARDIOV.	225	138

OR= 5,3

IC95% OR= 2,92-10,01

P < 0,05

IPERTENSIONE

	AF	NAF
IPERTENSIONE	86	7
NO IPERTENSIONE	268	146

OR= 6,7

IC95% OR= 2,92-10,01

P < 0,05

PATOLOGIE OSTEOMUSCOLARI (OM)

	AF	NAF
OM	51	11
NO OM	303	142

OR= 2,2

IC95% OR= 1,07-4,80

P < 0,05

TUMORI

	AF	NAF
TUMORI	39	16
NO TUMORI	315	137

OR= 1,1

IC95% OR= 0,55-2,10

P > 0,05 n.s.

Discussione

Quando un'attività sanitaria viene programmata si è soliti enfatizzare la necessità di valutarne i risultati.

Occorre però ricordare che gli studi condotti con metodo osservazionale sono poco adeguati per fornire conclusioni robuste sui risultati di un'azione sanitaria. Gli studi osservazionali, per loro natura, si accompagnano a errori sistematici (bias) di varia intensità, per lo più dovuti alla non comparabilità degli insiemi a confronto.

Per questo motivo la valutazione formale dei risultati degli interventi sanitari dovrebbe essere materia della cosiddetta epidemiologia valutativa o sperimentale, che, per controllare i bias, utilizza il metodo della randomizzazione.

L'assegnazione casuale di un intervento, in uno studio che confronta un insieme sottoposto a intervento (trattato) con un altro non sottoposto (non trattato), è l'unico metodo che consenta corrette e verosimili conclusioni sull'efficacia di un'azione. Al

contrario, in uno studio non sperimentale, il trattamento o programma, si trova già collocato nei gruppi a confronto, con il rischio che i due gruppi non siano comparabili dal punto di vista degli esiti di salute.

Con questa indagine non abbiamo voluto misurare esiti sanitari differenti nel tempo tra i due gruppi a confronto, ma semplicemente descrivere come alcune variabili di confondimento siano diversamente distribuite tra il gruppo oggetto del trattamento (programma attività fisica) e quello di controllo.

In altre parole, abbiamo descritto come alcune condizioni di prevalenza, al momento dell'arruolamento nei due gruppi, disponendosi in maniera asimmetrica nelle due categorie di esposizione (attività fisica e non attività fisica), possano essere fonte di bias in uno studio di follow-up.

I risultati mostrano come possibili determinanti dell'adesione al programma di attività fisica quelle variabili che, in analisi dei dati, hanno un OR > 1 con significatività statistica. Le variabili in questione sono: l'assenza di patologia, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'ipertensione arteriosa, le malattie osteomuscolari, lo stato di non fumatore.

Quest'ultima variabile, il fumo, ha tuttavia una base di dati labile, fondata su osservazioni con molti non rispondenti.

La prevalenza delle condizioni indagate, al momento dell'arruolamento nel gruppo che aderisce al programma di attività fisica, indica alcune caratteristiche delle persone che accettano il programma stesso.

Ha maggior tendenza a sottoscrivere, almeno inizialmente, un programma di attività fisica chi è in buona salute e non fuma, o chi è affetto da ipertensione arteriosa, diabete o malattie cardiovascolari, patologie del sistema osteo-muscolare.

In conclusione, si può dire che le informazioni, che questa indagine descrittiva evidenzia, possono essere utili per calibrare in futuro, in maniera più accurata, l'offerta di programmi individuali finalizzati alla promozione dell'attività fisica.

Bibliografia

- 2013 Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology
- American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2013
- Rothman J.K. Modern Epidemiology Little, Brown and Company 1986

Prevenzione e medicina di iniziativa.
L'esempio dei BILANCI DI SALUTE in età pediatrica
Elio Laudani, Luca Monchiero, Luigina Gazzera

Introduzione

È opinione diffusa che i controlli medici periodici, in particolari popolazioni, siano importanti interventi di prevenzione.

Ne sono un esempio i cosiddetti "bilanci di salute" in età pediatrica, le visite periodiche in medicina del lavoro, i controlli specialistici in pazienti affetti da malattie croniche e altre attività finalizzate a svelare precocemente problemi e riacutizzazioni o a promuovere interventi di prevenzione.

In generale si ritiene opportuno che interventi di questo tipo siano abbinati alla conoscenza dei rischi di malattia in una popolazione, secondo la regola per la quale maggiore è il rischio tanto più alto è il valore predittivo del test che lo svela.

In questo contesto dovrebbe ricadere la cosiddetta "medicina di iniziativa", cioè la pratica di un intervento programmato per un sotto gruppo di popolazione ben definito.

In questa indagine si descrive un aspetto dei "bilanci di salute" in età pediatrica.

I "bilanci di salute" sono controlli clinici che i pediatri di base, medici specialisti convenzionati con l'ASL, eseguono ad età definite sulla popolazione in loro carico.

Qui è indagata la copertura della popolazione pediatrica con il "bilancio di salute" a quattro mesi quale indicatore di efficienza di un intervento nel campo della "medicina di iniziativa".

I risultati aprono temi di riflessione sull'organizzazione di interventi di medicina preventiva.

Materiali e metodi

Si è analizzata la quantità (frequenza percentuale sulla popolazione candidata all'intervento) di bilanci di salute, eseguiti dal pediatra di base, all'età di quattro mesi compiuti.

La base dei dati di popolazione è tratta dall'Anagrafe Regionale degli assistiti (AURA) e dai dati della Banca Demografica della Regione Piemonte (PISTA).

La frequenza percentuale della popolazione pediatrica assistita dal pediatra di base all'età di 4 mesi è stata stimata su un campione rappresentato dai nati nel periodo 1-12-2015-31-03-2016 (AURA) esclusi i bambini temporaneamente iscritti in anagrafe e non candidabili, per età, al bilancio di salute.

I bambini sottoposti al bilancio di salute sono registrati in formato elettronico sul " Portale io scelgo la salute" nell'intervallo temporale marzo 2015-luglio 2016, corrispondente a 16 mesi di osservazione.

La stima dei bilanci di salute attesi è effettuata sul totale dei nati nel 2015 suddivisi in parti uguali per mese (dati PISTA).

Gli intervalli di confidenza delle frequenze relative sono calcolati ipotizzando una distribuzione normale dei dati.

Per il calcolo degli intervalli di confidenza delle frequenze relative della stima di popolazione candidata non assistita dal pediatra di base si è utilizzata la distribuzione di Poisson con media pari al numero di casi osservati.

Si è utilizzato l'applicativo EPI INFO versione 7.0 per l'elaborazione statistica dei dati.

Risultati

Tabella 1: Stima dei candidati al bilancio di salute a 4 mesi non iscritti al pediatra di base. Nati nel periodo 1-12-2015/31-03-2016

CAMPIONE DI CANDIDATI	SENZA PEDIATRA	STIMA FREQ.%	LIMITE CONFIDENZA 95% INF.	LIMITE CONFIDENZA 95% SUP.
477	15	3,1%	1,7%	5,2%

Dalla Tabella 1 si vede come la mancata scelta del pediatra, compiuti i quattro mesi di età, è stimata essere circa il 3%.

Tabella 2: Bilanci di salute a 4 mesi eseguiti dai pediatri di base nell'ASL CN2. Periodo marzo 2015 - luglio 2016

	OSSERVATI	ATTESI	COPERTURA	LIMITE CONFIDENZA 95% INF.	LIMITE CONFIDENZA 95% SUP.
BILANCI SALUTE	1492	1840	81%	73%	89,6%

La Tabella 2 sopra riportata illustra sinteticamente l'analisi dei dati sulla copertura del bilancio di salute a 4 mesi.

Sulla base dei dati disponibili dalle anagrafi di popolazione si è stimato che ogni mese nascono nella ASL CN2 115 bambini e di conseguenza in 16 mesi di osservazione, periodo in cui sono disponibili dati in formato elettronico relativi ai bilanci di salute, i pediatri avrebbero dovuto eseguire 1840 visite.

Il dato osservato è pari a 1492 visite e determina una copertura dell'81%; si configura quindi una mancata adesione del 19% della popolazione candidata.

Discussione

I dati analizzati mostrano una copertura con il bilancio di salute a 4 mesi con un'ampia quota di non rispondenti, spiegabile solo in piccola parte dalla mancata scelta del pediatra di base.

Anche se il servizio di pediatria di base non raggiunge la totalità della popolazione, e probabilmente ciò avviene in maniera più marcata in zone sfornite di ambulatori pediatrici, tuttavia questo sembra essere un fenomeno di scarso peso, solo del 3% o comunque non tale da spiegare la mancata adesione a un intervento di prevenzione di circa il 20% dei candidati.

Se in sanità pubblica un intervento è ritenuto necessario dovrebbe tendere al raggiungimento della totalità della popolazione alla quale è rivolto.

Per questo motivo alcune attività di medicina preventiva non si dovrebbero semplicemente offrire alla popolazione confidando in una adesione spontanea, ma si dovrebbe prevedere un sistema di registrazione e richiamo continuo della quota, più o meno estesa, dei soggetti che, per varie ragioni, non vi aderiscono.

L'insistenza sulla elevata copertura della popolazione bersaglio dovrebbe essere tanto più rilevante quanto più forte è l'evidenza di efficacia di un intervento.

Questo concetto non vale tanto per la cosiddetta "medicina di iniziativa", per la quale le effettive prove di efficacia, tratte da studi sperimentali, ad oggi sembrano mancare, ma piuttosto per altri interventi di sanità pubblica di provata efficacia quali, ad esempio, le vaccinazioni.

Infatti, in questo campo, occorre, per eradicare alcune malattie trasmissibili, raggiungere coperture delle popolazioni bersaglio a volte superiori al 95%.

I dati di questa succinta indagine sembrano rinforzare l'ipotesi che solo un servizio organizzato per superare i modesti risultati di un'adesione spontanea, può permettere di raggiungere una buona copertura della popolazione oggetto di intervento.

Pediatri di base e prescrizione di antibiotici

Elio Laudani, Luca Monchiero, Andrea Saggiotti, Patrizia Dutto, Mario Sanò, Luigina Gazzera, Lara Bolla, Stefano D'Anna, Giampiero Pozzo

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano offre ai cittadini il servizio di pediatria di base, attraverso la libera scelta di un pediatra che ha un rapporto di lavoro cosiddetto "convenzionale" con l'Azienda Sanitaria Locale.

In questo breve articolo sono descritti i profili di spesa per antibiotici nelle popolazioni assistite dal Pediatra di Base, detto anche Pediatra di Libera Scelta (PLS).

Materiali e metodi

Nell'ASL CN2, che serve un bacino di circa 170.000 abitanti, svolgono la loro attività 16 PLS (che assistono una popolazione di 17221 unità detta popolazione assistibile).

Ogni PLS ha in carico una popolazione che varia da un minimo di 795 a un massimo di 1322 e l'età delle persone in carico ai PLS varia da 0 a 14 anni.

Si è indagato, su dati riferiti all'anno 2015, il consumo medio di antibiotici erogati dalle farmacie convenzionate (prescrizioni su ricettario SSN) in questa popolazione utilizzando come indicatori il costo per 100 assistibili, il totale delle confezioni erogate, il totale del costo per il SSN, il costo medio per confezione, il costo medio per assistibile e il valore di riferimento della normativa regionale (DGR 30-3307 del 16/05/2016).

La popolazione in carico al PLS nel gergo regionale è detta popolazione assistibile o semplicemente assistibili.

L'indicatore principale è la spesa per 100 assistibili. Gli antibiotici sono definiti dalla classificazione ATC.

I dati sono elaborati con il pacchetto EPI INFO versione 7.0 la distribuzione in classi è ottenuta dalla formula seguente $K \log 2 = \log (N-1)$ dove K è il numero delle classi e N il numero di osservazioni, in questo caso il N di pediatri. Si è sottratta una osservazione in quanto considerata troppo lontana dalle restanti.

L'ampiezza delle classi è calcolata dalla formula (limite superiore del range - limite inferiore del range)/K.

Risultati

Le tabelle e i grafici seguenti illustrano il fenomeno oggetto dell'indagine.

Tabella 1: Matrice dei dati

ASSISTIBILI	CONFEZIONI	VALORE PREZZO AL PUBBLICO	COSTO MEDIO PER CONFEZIONE	N. CONFEZIONI PER 100 ASSISTIBILI	SPESA PER 100 ASSISTIBILI
1.255	4.203	45.597,51	10,85	334,90	3.633,27
1.276	2.118	23.380,91	11,04	165,99	1.832,36
1.322	2.527	20.129,99	7,97	191,15	1.522,69
1.228	1.937	16.758,79	8,65	157,74	1.364,72
819	899	9.548,95	10,62	109,77	1.165,93
1.314	1.280	12.954,33	10,12	97,41	985,87
795	618	7.036,12	11,39	77,74	885,05
825	667	6.688,23	10,03	80,85	810,69
1.081	1.088	8.610,69	7,91	100,65	796,55
1.168	772	9.010,24	11,67	66,10	771,42
923	866	6.946,92	8,02	93,82	752,65
1.055	838	7.552,71	9,01	79,43	715,90
1.038	695	3.800,13	5,47	66,96	366,10
997	356	3.647,91	10,25	35,71	365,89
897	256	2.464,77	9,63	28,54	274,78
1.228	449	2.972,04	6,62	36,56	242,02

Tabella 2: Distribuzione assistibili. Popolazione pediatrica dell'ASL CN2 nell'anno 2015.

ASSISTIBILI	Frequency	Percent	Cum. Percent
795	1	6,25%	6,25%
819	1	6,25%	12,50%
825	1	6,25%	18,75%
897	1	6,25%	25,00%
923	1	6,25%	31,25%
997	1	6,25%	37,50%
1038	1	6,25%	43,75%
1055	1	6,25%	50,00%
1081	1	6,25%	56,25%
1168	1	6,25%	62,50%
1228	2	12,50%	75,00%
1255	1	6,25%	81,25%
1276	1	6,25%	87,50%
1314	1	6,25%	93,75%
1322	1	6,25%	100,00%
TOTAL	16	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
16,0000	17221,0000	1076,3125	34365,5625	185,3795	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
795,0000	910,0000	1068,0000	1241,5000	1322,0000	1228,0000

Grafico 1: Distribuzione popolazione pediatrica iscritta al PLS

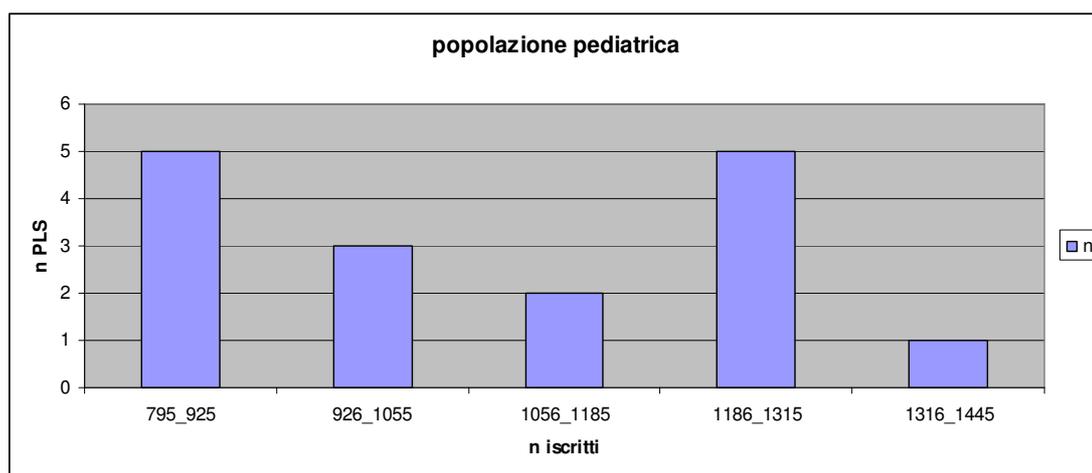


Tabella 3: Spesa per antibiotici delle popolazioni pediatriche.

SPESA PER 100 ASSISTIBILI	Frequency	Percent	Cum. Percent
242,02	1	6,25%	6,25%
274,78	1	6,25%	12,50%
365,89	1	6,25%	18,75%
366,1	1	6,25%	25,00%
715,9	1	6,25%	31,25%
752,65	1	6,25%	37,50%
771,42	1	6,25%	43,75%
796,55	1	6,25%	50,00%
810,69	1	6,25%	56,25%
885,05	1	6,25%	62,50%
985,87	1	6,25%	68,75%
1165,93	1	6,25%	75,00%
1364,72	1	6,25%	81,25%
1522,69	1	6,25%	87,50%
1832,36	1	6,25%	93,75%
3633,27	1	6,25%	100,00%
TOTAL	16	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
16,0000	16485,8883	1030,3680	682341,0457	826,0394	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
242,0228	540,9989	803,6216	1265,3251	3633,2677	242,0228

Grafico 2: Distribuzione della spesa delle popolazioni pediatriche. Spesa per 100 assistibili

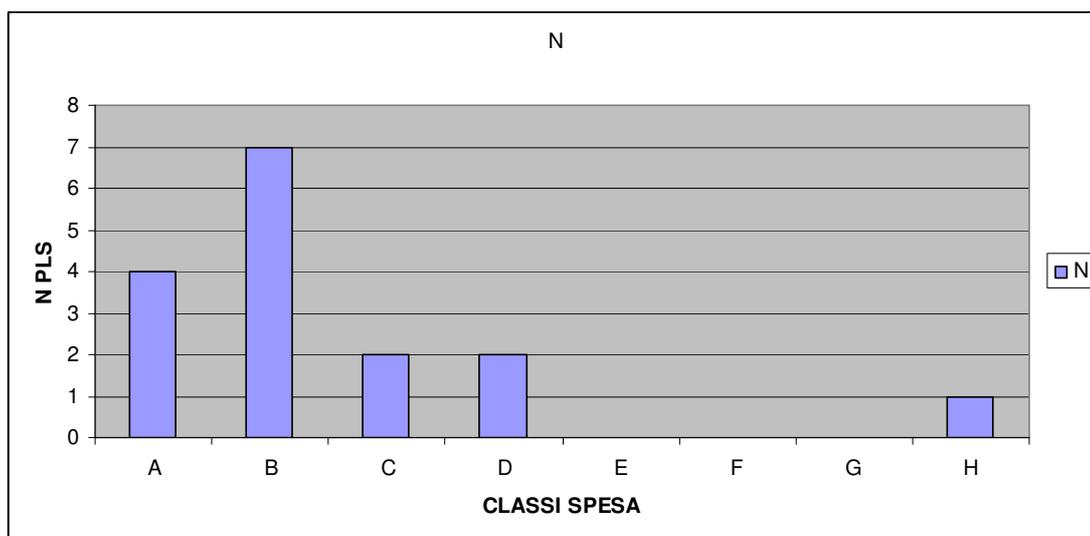


Tabella 4: Confezioni di antibiotici per 100 assistibili

N# CONFEZIONI PER 100 ASSISTIBILI	Frequency	Percent	Cum. Percent
28,54	1	6,25%	6,25%
35,71	1	6,25%	12,50%
36,56	1	6,25%	18,75%
66,1	1	6,25%	25,00%
66,96	1	6,25%	31,25%
77,74	1	6,25%	37,50%
79,43	1	6,25%	43,75%
80,85	1	6,25%	50,00%
93,82	1	6,25%	56,25%
97,41	1	6,25%	62,50%
100,65	1	6,25%	68,75%
109,77	1	6,25%	75,00%
157,74	1	6,25%	81,25%
165,99	1	6,25%	87,50%
191,15	1	6,25%	93,75%
334,9	1	6,25%	100,00%
TOTAL	16	100,00%	100,00%

Obs Total Mean Variance Std Dev
 16,0000 1723,3037 107,7065 5810,4019 76,2260
 Minimum 25% Median 75% Maximum Mode
 28,5396 66,5258 87,3365 133,7521 334,9004 28,5396

Tabella 5: Costo medio per confezione

COSTO MEDIO PER CONFEZIONE	Frequency	Percent	Cum. Percent
5,47	1	6,25%	6,25%
6,62	1	6,25%	12,50%
7,91	1	6,25%	18,75%
7,97	1	6,25%	25,00%
8,02	1	6,25%	31,25%
8,65	1	6,25%	37,50%
9,01	1	6,25%	43,75%
9,63	1	6,25%	50,00%
10,03	1	6,25%	56,25%
10,12	1	6,25%	62,50%
10,25	1	6,25%	68,75%
10,62	1	6,25%	75,00%
COSTO MEDIO PER CONFEZIONE	Frequency	Percent	Cum. Percent

10,85	1	6,25%	81,25%
11,04	1	6,25%	87,50%
11,39	1	6,25%	93,75%
11,67	1	6,25%	100,00%
TOTAL	16	100,00%	100,00%

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
16,0000	149,2430	9,3277	3,1363	1,7710	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
5,4678	7,9939	9,8277	10,7353	11,6713	5,4678

Tabella 6: Distribuzione prescrizioni per ATC. Dati ricavati dalle confezioni di antibiotici distribuiti tramite le farmacie convenzionate sul territorio dell'ASLCN2.

CALSSE ATC J: ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	DISTRIBUZIONE %
J01CR - ASSOCIAZ. DI PENICILLINE, INCL. INIBITORI BETA-LATTAMASI	37,28
J01FA - MACROLIDI	22,18
J01DD - CEFALOSPORINE DI TERZA GENERAZIONE	14,32
J01CA - PENICILLINE AD AMPIO SPETTRO	13,59
J01DC - CEFALOSPORINE DI SECONDA GENERAZIONE	9,77
J05 - ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	1,59
J01XX - ALTRI ANTIBATTERICI	0,42
J04 - ANTIMICOBATTERICI	0,33
J01FF - LINCOSAMIDI	0,17
J02 - ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	0,17
J01EE - ASSOCIAZIONI DI SULFONAMIDI CON TRIMETOPRIM, INCL. I DERIVATI	0,11
J01AA - TETRACICLINE	0,04
J01MA - FLUOROCHINOLONI	0,02

Discussione

La popolazione iscritta nelle liste dei PLS, come illustrato nella tabella 1, ha un valore medio di 1076 e una mediana di poco distante, la distribuzione non è normale ed è illustrata nel grafico 1.

La tabella 3 e il grafico 2 illustrano il principale fenomeno oggetto di indagine: il consumo di antibiotici e la sua variabilità nelle popolazioni pediatriche. Il consumo è espresso come costo pro capite.

La tabella 6 riporta le classi ATC – J degli antimicrobici generali per uso sistemico. E' stata valutata la distribuzione % degli antibiotici prescritti dai PLS dell'ASLCN2, considerando i dati delle forniture delle farmacie sul territorio dell'ASLCN2. I più prescritti sono le associazioni di penicilline inclusi gli inibitori delle beta-lattamasi -J01CR- (37%), i macrolidi -J01FA- (22%) e le cefalosporine di terza generazione -J01DD- (14%).

Dal punto di vista metodologico il consumo di farmaci andrebbe misurato in Dosi Definite Giornaliere (DDD) per persona e non in costo per persona.

La scelta del costo è data da ragioni di sostenibilità economica del Sistema Sanitario Pubblico. Queste ragioni o problemi sono sempre più pressanti per chi si occupa di organizzazione di servizi pubblici.

La variabilità dei costi è ritenuta essere il fenomeno di maggiore interesse per una riflessione sul tema della sostenibilità del sistema.

Le ragioni della variabilità osservata di questa grandezza sono da ipotizzare e sono qui di seguito accennate.

Una causa capace di spiegare la variabilità potrebbe essere la preferenza del prescrittore. Alcuni PLS si orientano verso principi attivi a maggior costo. Questo fenomeno denoterebbe quindi una differente sensibilità e conoscenza dei costi tra professionisti.

Un'altra possibile causa potrebbe essere la diversa prevalenza di malattia tra le popolazioni in carico ai pediatri. Alcuni potrebbero avere una quantità maggiore di pazienti più complessi dal punto di vista dell'assistenza o una frequenza maggiore di pazienti con malattie croniche che necessitano di terapia antibiotica di mantenimento (per esempio infezioni croniche delle vie urinarie) o che manifestano frequenti episodi di riacutizzazione.

Non va infine dimenticato che la variabilità è sempre spiegata, per una parte più o meno consistente, dal caso. Tanto più basso è il numero di osservazioni tanto più alta è la componente casuale della variabilità. Una popolazione di circa 1000 persone genera una rilevante componente casuale della variabilità. Le riflessioni sui profili prescrittivi andrebbero quindi fatte su popolazioni più ampie per avere una maggiore robustezza delle stime e per arrivare a inferenze di maggiore consistenza.

Lo stato di salute della popolazione lavorativa nel territorio dell'ASL CN2: gli infortuni e le malattie professionali. Analisi dell'ultimo quinquennio disponibile (2011-2015)

Anna Santoro, Pietro Corino, Santina Bruno

Recentemente, l'aggiornamento annuale dei dati provenienti dai flussi informativi INAIL – REGIONI, ha reso disponibili gli eventi gestiti dall'Ente Assicurativo (infortuni e malattie professionali) al 31 dicembre 2015.

Il presente lavoro mira a raffrontare l'andamento degli eventi, tenendo conto dei dati registrati dall'INAIL, con l'attività svolta dei Servizi relativamente alle indagini sugli Infortuni e sulle Malattie Professionali.

L'analisi, riferita all'ultimo quinquennio disponibile e pertanto al periodo 2011 – 2015, tiene altresì conto delle sempre più repentine variazioni dei dati macroeconomici (aziende ed addetti), con lo scopo primario di rendere sempre più mirata ed efficace l'attività di prevenzione.

La struttura produttiva

Diversamente da quanto premesso per gli infortuni e le malattie professionali, i dati macroeconomici disponibili nei flussi subiscono un ritardo annuale e pertanto il periodo di riferimento sono gli anni 2010-2014.

L'andamento (Grafico 1) che si evidenzia è comunque chiaro: sostanzialmente il territorio di questa Asl conferma la solidità economica che lo contraddistingue e le variazioni dei numeri sia nelle aziende che negli addetti, di pochi punti percentuali, evidenziano una stabilità che nel vigente quadro socioeconomico generale non può che essere valutata positivamente.

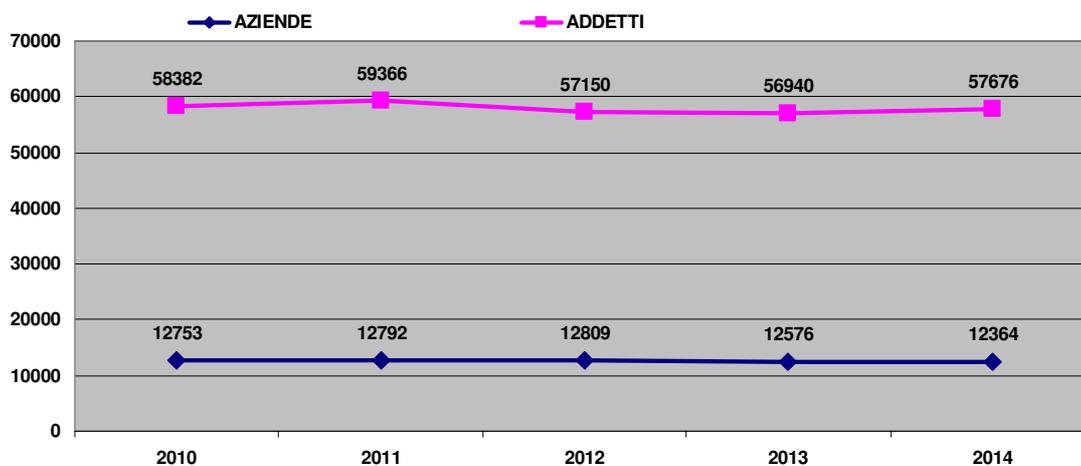


Grafico 1 - Andamento Aziende ed Addetti del territorio dell'ASL CN2

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

L'analisi degli eventi denunciati all'INAIL (Grafico 2) nell'ultimo quinquennio anticipa già ora quello che è un obiettivo nella programmazione delle attività di prevenzione (LEA) previste per il prossimo triennio anche a livello locale (PLP).

Da un lato il positivo aumento delle denunce di malattia professionale (+ ca. 40% nel quinquennio), che, in relazione ad un atteso di patologia, recupera almeno in parte una evidente sottonotifica degli eventi; dall'altro versante un forte calo degli eventi infortunistici (- ca. 25% nel quinquennio), pur tenendo conto dell'inversione di tendenza, presente anche nel dato nazionale, che si registra nell'ultimo anno disponibile.

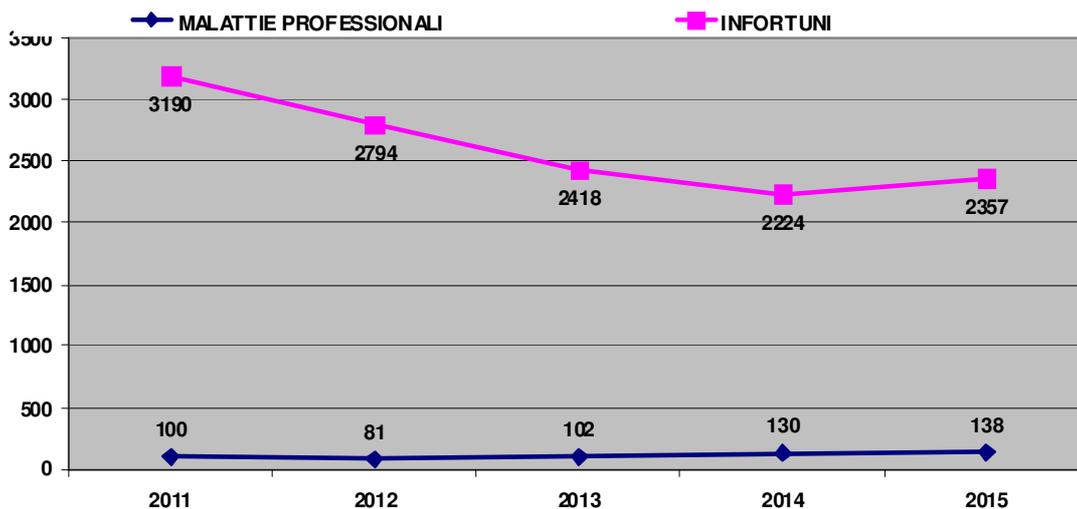


Grafico 2 - Andamento Infortuni e Malattie Professionali Denunciate

Al contrario molto confortante risulta invece il dettaglio relativo agli infortuni "Gravi" (eventi con inabilità temporanea > 40 giorni, eventi con esiti permanenti con grado superiore al 5% e eventi mortali) (Grafico 3) ove si evidenzia una riduzione significativa dei casi (ca. 40% in meno).

L'analisi evidenzia chiaramente che, se gli eventi con inabilità temporanea senza postumi risultano stabili, sono invece in forte riduzione i casi con inabilità permanente elevata: tale dato può essere riconducibile sia a migliorate condizioni di lavoro, sia al migliorato percorso di cura dei lavoratori.

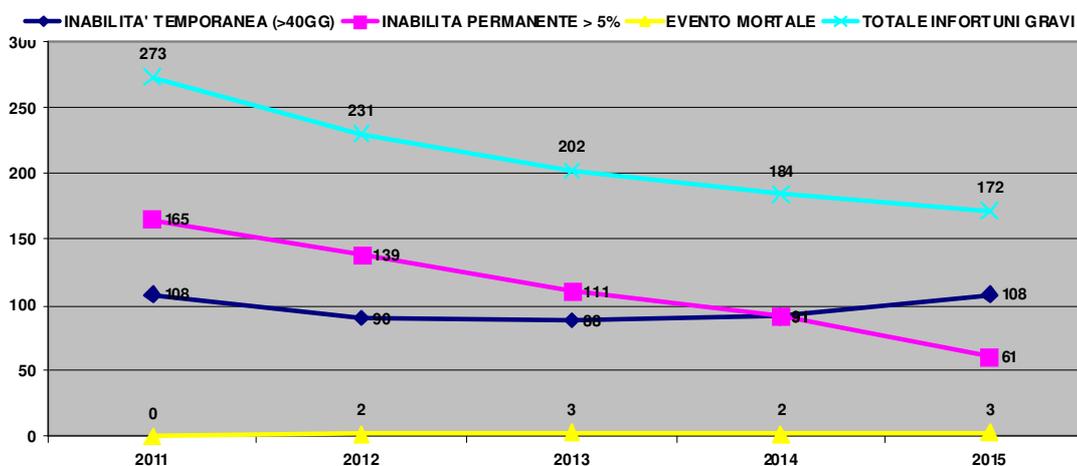


Grafico 3 - Andamento Infortuni gravi

L'attività dello SPRESAL inerente le indagini sugli infortuni

L'attività di indagine sugli infortuni svolta dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha subito forti modificazioni negli ultimi anni.

Al riguardo occorre ricordare che sugli infortuni, fatte salve poche pratiche (alcune unità/anno) direttamente delegate dalle Procure competenti, la scelta sugli accadimenti da indagare è compito autonomo dei Servizi sulla base delle indicazioni procedurali contenute nell'accordo Regionale con le Procure Piemontesi (ex Circolare Caselli).

Come evidente nei due grafici che seguono (4 e 5) nel tempo il Servizio ha affinato le capacità di selezione degli eventi con lo scopo fondamentale di evitare attività o improduttive in termini di ricadute di prevenzione (su eventi con dinamiche chiaramente accidentali) oppure in presenza di situazioni in cui, come previsto dalle vigenti norme penali, gli elementi raccolti non erano sufficienti a supportare l'attribuzione di una responsabilità certa in capo ad una figura di garanzia prevista dalle vigenti norme di sicurezza.

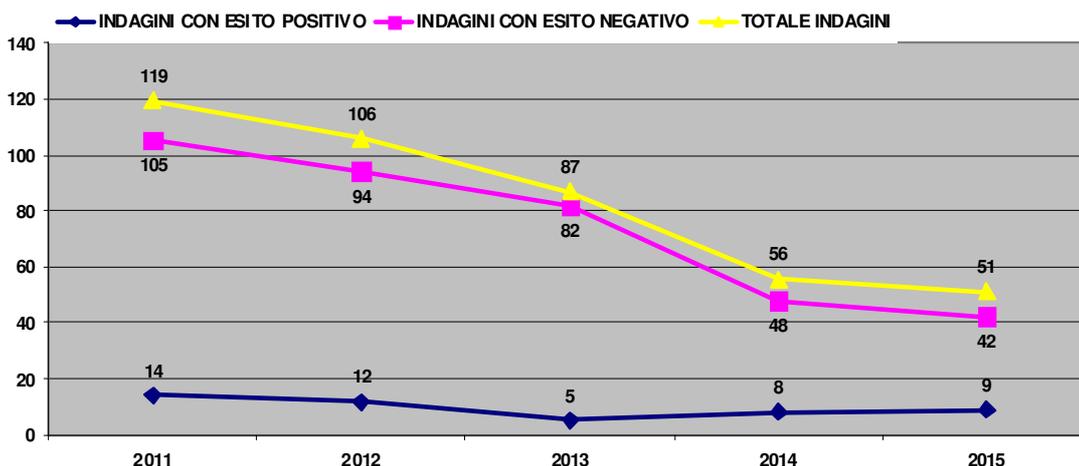


Grafico 4 - Andamento Indagini infortuni

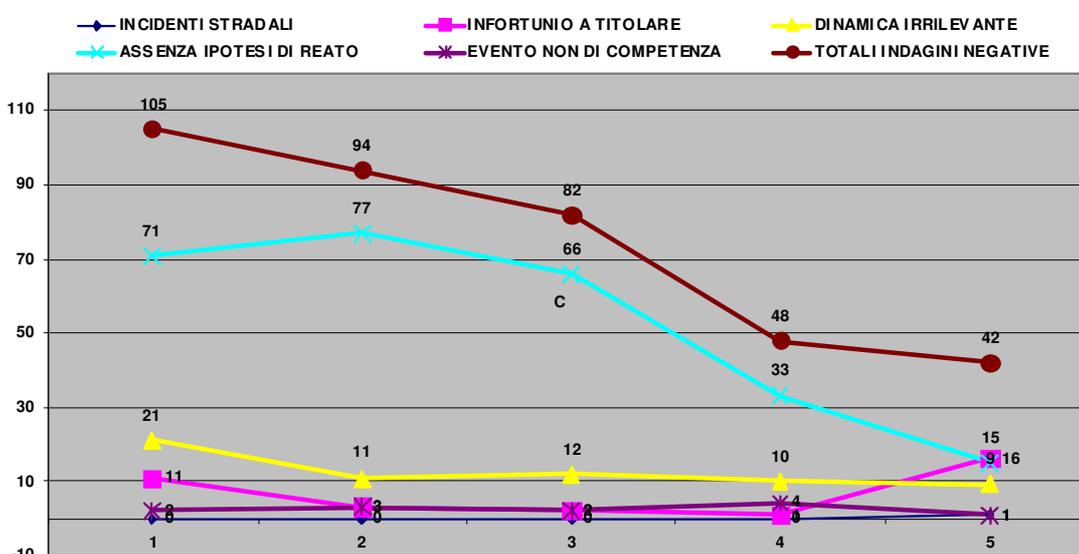


Grafico 5 - Andamento motivazione negatività indagini

La ricaduta di quanto sopra è evidente in termini di progressiva riduzione delle indagini effettuate negli anni, a fronte del fatto che il numero di indagini con responsabilità sia rimasto pressoché costante.

Quanto sopra a significare che, come evidente nel Grafico 5, il Servizio ha ridotto l'attività sulle indagini infortuni sostanzialmente "tagliando" le indagini non produttive di effetti o utilità (-70% di indagini con assenza di ipotesi di reato riscontrate), consentendo di spostare risorse su attività di vigilanza preventiva.

Per quanto attiene alle indagini in cui viene riscontrata una responsabilità, si segnala che lo spostamento delle dinamiche da situazioni inerenti all'ambiente o alle macchine, attrezzature e impianti ha lasciato ormai il posto a situazioni riconducibili al "fattore uomo" ed ai suoi comportamenti, cosa che complica oltremodo il percorso di verifica di eventuali irregolarità nella gestione della sicurezza aziendale.

Le inchieste di malattia professionale

Seguendo il trend degli ultimi anni, anche nell'ultimo quinquennio, le malattie più segnalate ed indagate (Grafici 6 e 7) risultano essere quelle che riconoscono come causa professionale un sovraccarico biomeccanico interessante sia gli arti superiori, sia la colonna vertebrale, sia altri distretti muscolo - scheletrici.

La seconda patologia segnalata risulta essere quella tumorale: il mesotelioma (da esposizione ad amianto) rappresenta la metà dei casi di tumore mentre la restante parte è costituita da: K vescicale, K seni paranasali, K laringe, K fegato, K polmonare.

Relativamente ai casi di mesotelioma si evidenzia che, dopo un periodo di lieve flessione dei casi, l'andamento ha ripreso ad aumentare in accordo con il picco di malattia atteso tra il 2005 ed il 2020; nello specifico tra il 2008 ed il 2012 si è riscontrato un numero maggiore di casi denunciati al servizio.

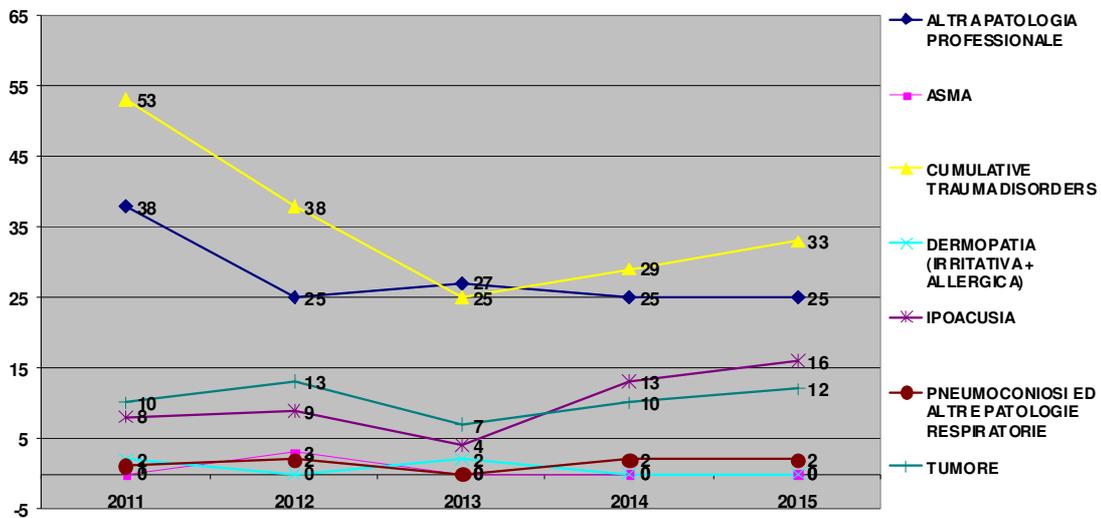


Grafico 6 - Andamento Indagini Malattia Professionale per Patologia

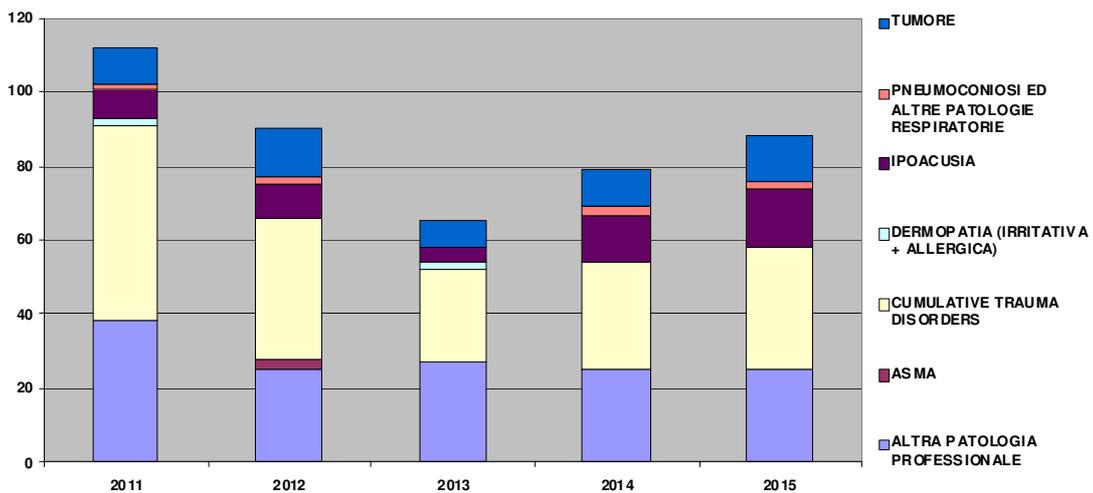


Grafico 7 - Proporzion delle Patologie nelle Indagini di Malattia Professionale

Al terzo posto si attestano le patologie dell'apparato uditivo (ipoacusie) da esposizione a rumore, che dopo un trend in discesa, in linea col dato nazionale, negli ultimi due anni hanno presentato dati in crescita.

Per quanto riguarda le malattie interessanti l'apparato respiratorio e le dermatopatie, l'andamento è in calo con numeri sostanzialmente bassi.

Infine nel gruppo "altro", sono state inserite, oltre alle patologie da stress-lavoro correlato, casi di ernia inguinale, faringite cronica, flebite, legionellosi, febbre Q, epatite C.

Si evidenzia pertanto un aumento delle patologie che presentano tempi di latenza diametralmente opposti: molti anni nel caso di tumori ad alcuni mesi per quanto concerne le patologie da sovraccarico biomeccanico.

In entrambi i casi alla denuncia segue l'inchiesta ma, mentre nell'ambito dei tumori risulta difficile valutare la reale condizione espositiva perché molto lontana nel tempo, per le patologie da movimenti ripetuti possono essere correttamente analizzati i fattori di rischio ergonomico con una ricaduta positiva in termini prevenzionistici e di miglioramento delle condizioni di lavoro.

Conclusioni

I dati del Sistema Informativo INAIL – REGIONI sono risultati molto utili per misurare l'andamento delle tecnopatie e degli infortuni a livello locale e verificare se tale andamento contribuisce al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Programma Lavoro e Salute dei Piani di Prevenzione Nazionale e Regionale 2014 – 2018.

In tale ambito, un indicatore prevede la riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali. Il suddetto Sistema Informativo ci sta consentendo di monitorare i tassi nel nostro territorio e, dai dati ad oggi disponibili (anno 2014), essi risultano inferiori a quelli previsti.

Un altro indicatore dei Piani di Prevenzione nazionale e regionale consiste nella riduzione della sottonotifica del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie professionali. Tali Piani pongono infatti l'attenzione sul fatto che ben l'80% delle morti correlate al lavoro è dovuto alle malattie professionali e solo il 20% agli infortuni. E' stato inoltre evidenziato come molte malattie di origine professionale non vengano segnalate alle istituzioni competenti e sfuggano così sia alle rilevazioni epidemiologiche che alla possibilità di effettuare interventi di prevenzione a favore degli altri lavoratori, senza dimenticare il diritto del lavoratore al giusto indennizzo. Anche in questo caso abbiamo assistito a livello locale ad un aumento delle segnalazioni di malattia professionale, in sintonia con quanto richiesto a livello centrale.

Vogliamo ritenere che a tali risultati possa aver contribuito anche l'attività di prevenzione del nostro Servizio, per quanto siamo consapevoli che un apporto all'inversione del trend infortunistico degli ultimi periodi possa derivare anche dalla sempre maggiore precarizzazione del mondo del lavoro (uso forte di tipologie contrattuali flessibili e discontinue es. voucher) che può portare i lavoratori a non voler denunciare eventuali infortuni.

Descrizione del programma di sorveglianza sanitaria ex esposti Ammine Aromatiche

Santina Bruno, Vilma Giachelli, Elena Lora, Anna Santoro

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

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

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

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

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

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

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

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

Per ogni soggetto inoltre vengono annotati:

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

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

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

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

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

Viene pertanto utilizzato l'esame citologico del sedimento urinario eseguito su tre campioni raccolti in tre giorni successivi ed accompagnato da esame urine completo.

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

Risultati

L'ASL CN2 ha attivato, a partire dal 2001, il programma di sorveglianza sanitaria per i soggetti ex esposti ad ammine aromatiche che avevano lavorato presso aziende del nostro territorio di competenza. Inoltre nel 2007, a seguito di richiesta dell'ALA (Associazione Lavoratori Acna di Cengio) ha esteso i controlli agli ex esposti ad ammine aromatiche dell'Acna, residenti sul nostro territorio.

Vengono di seguito riassunti i dati relativi all'anno 2015, suddivisi in due gruppi:

Tab. 1 – Casistica anno 2015 lavoratori ACNA

N. LAVORATORI SEGNALATI	N. LAVORATORI CONTATTATI	N. LAVORATORI RISPONDENTI	N. LAVORATORI NON RISPONDENTI	N. ESAMI CON ESITO DUBBIO
11	11	11	0	5

Dalla tabella si evince che tutti i lavoratori hanno aderito al programma di sorveglianza risultando pertanto interessati allo screening.

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

Tab. 2 – Casistica anno 2015 lavoratori altre ditte

N. LAVORATORI SEGNALATI	N. LAVORATORI CONTATTATI	N. LAVORATORI RISPONDENTI	N. LAVORATORI NON RISPONDENTI	N. ESAMI CON ESITO DUBBIO
16	16	13	3	2

Effettuando un'analisi dei **lavoratori non rispondenti**, è risultato che due di questi non hanno mai aderito allo screening mentre uno ha deciso di sospendere il prosieguo della sorveglianza dopo avervi aderito per molti anni.

Per quanto riguarda gli **esami dubbi**, uno di questi presentava un'atipia che, al successivo controllo effettuato dopo tre mesi, è risultato negativo.

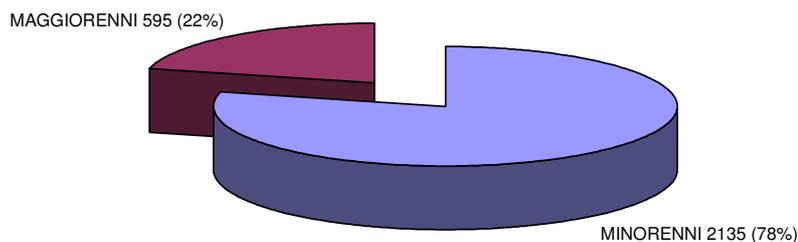
Lo screening ha consentito, ad oggi, di evidenziare un unico caso accertato di neoplasia vescicale diagnosticato nel 2014 e relativo ad un soggetto del gruppo dei lavoratori dell'ACNA di Cengio. La relativa segnalazione di malattia professionale è stata trasmessa all'ASL di Savona, per competenza territoriale.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2015

Gianluca Toselli, Cesare Ferro, Marina Masenta, Anna Maria Palma, Maria Gemma Strovegli

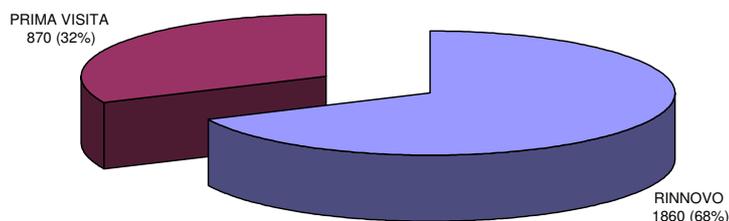
Il servizio di Medicina dello Sport dell'ASLCN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2015 un numero totale di 2730 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 - Visite agonistiche Anno 2015

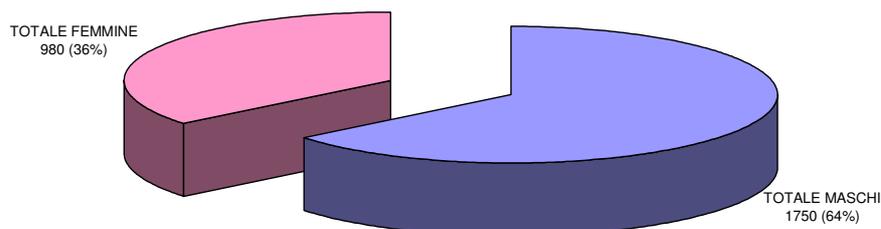


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

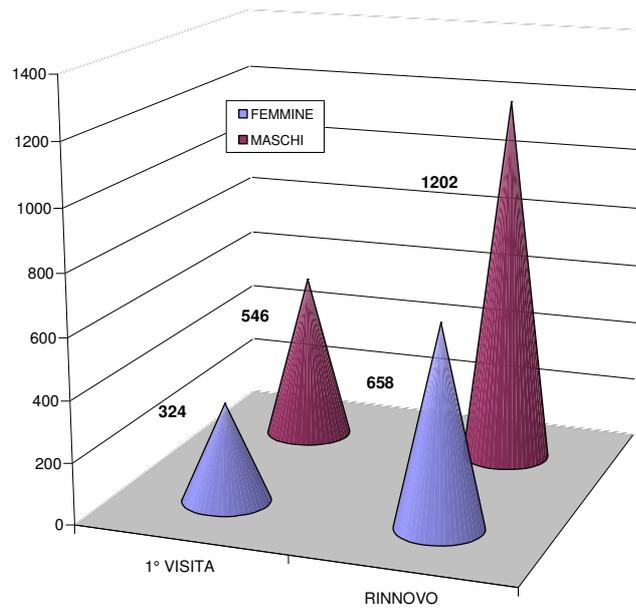
Graf. 2 - Prime visite e rinnovi annuali



Graf. 3 - Atleti suddivisi per sesso

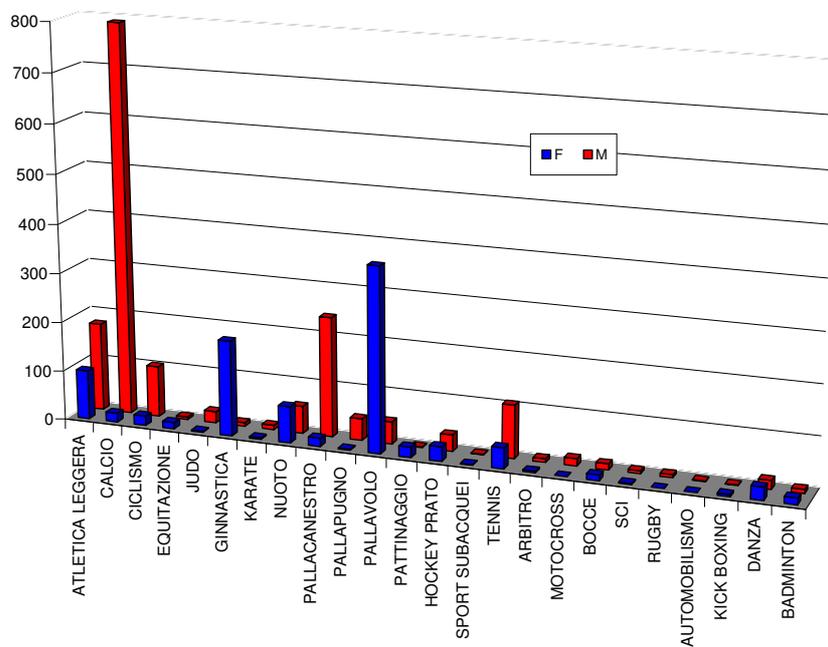


Graf. 4 Prime visite e rinnovi Anno 2015



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

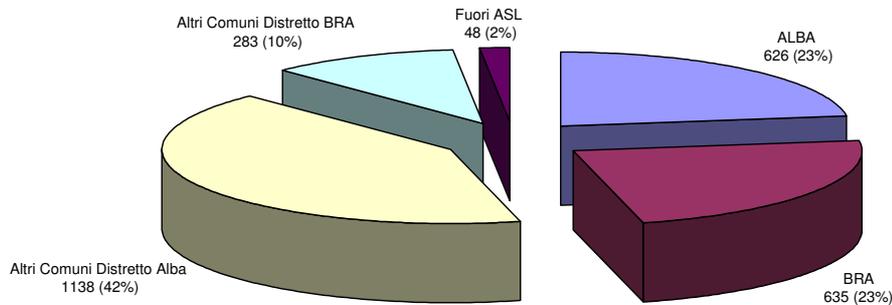
Graf. 5 - Atleti per tipologia di attività sportiva e sesso - anno 2015



Nel 2015 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 2015



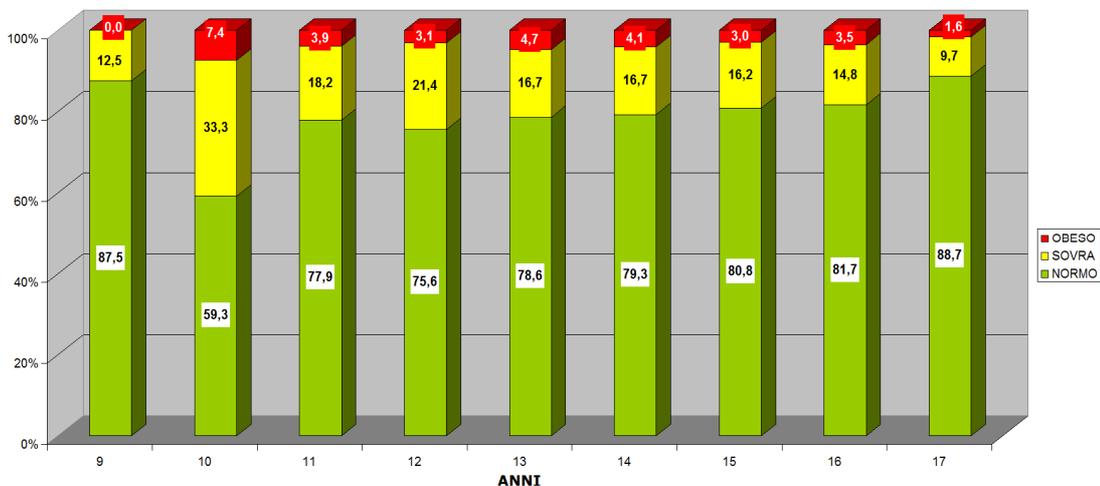
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening della stato di nutrizione della popolazione.

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.

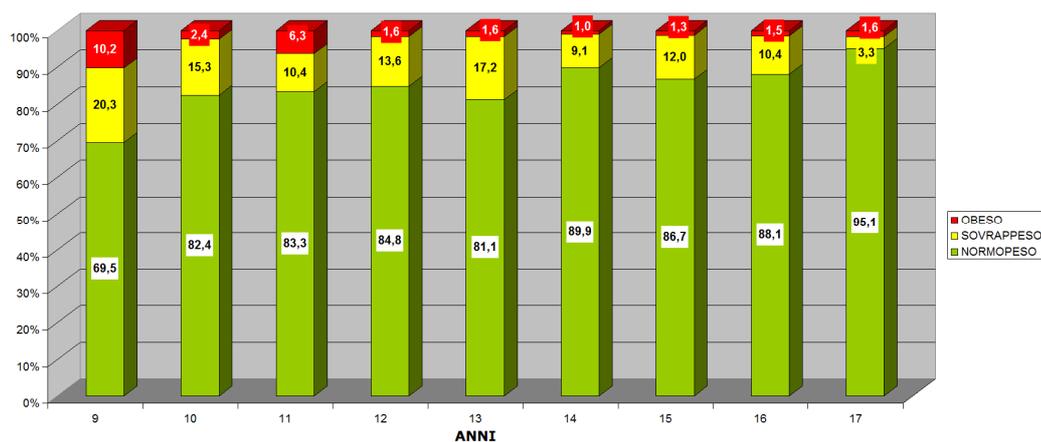
Nei grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2015.

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 2015.

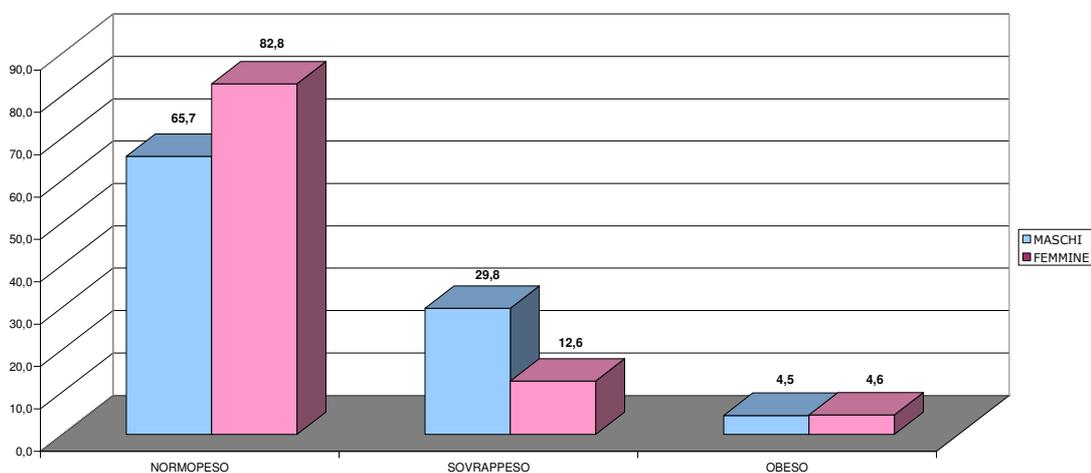
Graf.7 - % DI SOGGETTI MASCHI NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO TRA LA POPOLAZIONE DI 9-17 ANNI



Graf.8 - % DI SOGGETTI FEMMINE NORMOPESO/SOVRAPPESO/OBESO TRA LA 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 (64 % 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.

**“Sbagliando s’impara... Lavorare male stanca”:
strategie di fronteggiamento dell’errore e delle criticità**
Giuseppina Intravaia, Daniele Saglietti, Eugenia Baldi, Nadia Boido, Luisella Canale,
Maria Grazia Ciofani, Angela Menga, Carmen Occhetto

Premessa

“Il più grosso sbaglio che una persona possa fare è avere paura di fare uno sbaglio” (Elbert Hubbard)

Con il termine di ‘salute organizzativa’ ci si riferisce alla capacità di un’organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

Le organizzazioni, attraverso la definizione dei contesti di lavoro e l’adozione di alcune pratiche possono contribuire o meno al benessere e influire direttamente sullo stato di salute dell’intero sistema. Il benessere organizzativo risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro.

Quando si verificano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzione della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, stress e burn out, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami da parte dell’utente. Questi e altri indicatori di malessere rappresentano il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi vi lavora. La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e la diminuzione del senso individuale di benessere rendono pertanto onerosa la convivenza e lo sviluppo dell’organizzazione. Questa deve essere orientata verso i bisogni e le richieste della cittadinanza, ma capace al tempo stesso di coinvolgere i propri lavoratori, investendo sulle risorse umane, fornendo loro le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i propri compiti, valorizzandone le attitudini.

Il percorso formativo ‘Sbagliando si impara...Lavorare male stanca’, si inserisce all’interno del più ampio progetto finalizzato alla promozione della salute organizzativa avviato fin dal 2005 all’interno dell’ASLCN2 con l’obiettivo di migliorare la qualità di vita dei professionisti che operano all’interno dell’Azienda e conseguentemente il livello delle prestazioni erogate. In questi anni sono state realizzate diverse iniziative, integrate tra loro, rivolte al personale, finalizzate alla prevenzione del disagio lavorativo e alla valorizzazione delle buone prassi, nell’ottica di migliorare il benessere lavorativo.

Si ricordano tra le altre l’analisi del clima organizzativo svolta nel 2008 e il percorso “Una mela al giorno...”, esperienze descritte anche all’interno del Bollettino epidemiologico (vedi Bollettini anno 2008 e anno 2006).

Valorizzare il capitale umano significa centrare l’attenzione sulle persone e sulla loro disponibilità a condividere le conoscenze e le esperienze. In sanità trasferire esperienza significa non solo socializzare informazioni, ma accrescere la conoscenza del gruppo di lavoro e aumentare le competenze.

Con il focus centrato su questi aspetti, l’attenzione è stata orientata allo sviluppo dei diversi gradi di competenze. La prevalenza delle azioni avviate sulla valorizzazione delle buone pratiche presupponeva l’individuazione e lo sviluppo:

- della competenza operativa, che ha come indicatore la capacità di mettere a disposizione degli altri il proprio lavoro per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- della competenza avanzata, a cui è posto come indicatore l’interagire con gli altri, imparando a gestire la conflittualità, condividendo conoscenze e competenze per favorire il raggiungimento degli obiettivi comuni;
- della competenza generativa, con gli indicatori di essere in grado di offrire e promuovere collaborazione, incentivare i diversi contributi, cercando sintesi di volta in volta efficaci al raggiungimento degli obiettivi e alla crescita del gruppo di lavoro.

Obiettivo del corso

Condurre i gruppi a lavorare sulle storie lavorative individuali per valorizzarle, condividere buone prassi di risoluzione dei problemi, sviluppando strategie di fronteggiamento delle criticità e degli errori organizzativi.

Gli interventi predisposti per valorizzare le buone pratiche avevano e hanno anche la finalità di promuovere il riconoscimento del *sapere tacito*. Nelle Aziende sanitarie è dispersa una notevole quantità di sapere "soft", che sfugge a riconoscimento e definizioni; le persone posseggono molte più conoscenze di quanto siano consapevoli e un repertorio di: informazioni, strumenti, modalità e competenze, viene acquisito e interiorizzato senza diventare manifesto. Rendere esplicito il sapere tacito valorizza le persone, i gruppi di lavoro e le organizzazioni.

Dare visibilità a modalità efficaci, regole e norme non scritte, intuizioni e azioni praticate ma non definite, accresce e rende trasferibile il know-how, responsabilizza e aumenta il livello di partecipazione dei professionisti.

Realizzazione del corso

Dopo una fase di progettazione da parte del gruppo di lavoro, costituito da operatori della SOC Psicologia, in collaborazione con il Medico competente, l' RSPP e l'Amministrazione del Personale, il corso di formazione è stato presentato ai Direttori di Struttura e ai Coordinatori infermieristici; nei primi mesi del 2014 sono state attivate le prime edizioni del percorso. Hanno lavorato cinque gruppi nel 2014 e cinque gruppi nel 2015; ogni gruppo multiprofessionale era composto da circa venti dipendenti appartenenti a diverse strutture organizzative dell'Azienda, per permettere lo scambio delle esperienze tra i diversi Servizi e ruoli professionali. Nello specifico è stato richiesto ad ogni Servizio/Reparto di trasmettere due o tre nominativi, appartenenti ad almeno due professioni differenti, che hanno preso parte allo stesso gruppo del percorso formativo, per favorire ulteriormente, da un lato l'integrazione multiprofessionale e intra-aziendale, dall'altro la condivisione e la trasferibilità delle esperienze. Il corso si è articolato per ogni gruppo in quattro incontri di quattro ore ciascuno.

L'intero percorso si snoda con l'accompagnamento della figura di Mary Poppins ("...con un poco di zucchero la pillola va giù..."), simbolo ludico e regressivo, fornita di una borsa da cui tirare fuori in ogni occasione gli attrezzi più utili a risolvere situazioni difficili. Mary Poppins aiuta a ricordare che anche nelle situazioni più complicate e difficili è possibile vedere un risvolto positivo e soprattutto avere un atteggiamento costruttivo. Il corso si propone come occasione di andare a scoprire nella propria 'cassetta degli attrezzi' le risorse presenti, di cui ci si è arricchiti nella propria storia professionale, per metterle a disposizione degli altri partecipanti, in uno scambio reciproco da cui si può anche uscire con strumenti nuovi.

Ogni gruppo è stato accompagnato da operatori appartenenti alla Struttura Organizzativa Complesse Psicologia:

- un conduttore;
- un co-conduttore

con la funzione di facilitatori nelle attività proposte;

- un osservatore, memoria del gruppo.

Metodologia utilizzata

L'intera esperienza si è svolta utilizzando un approccio interattivo e dinamico; le attività del corso sono state preparate in modo da facilitare e stimolare il coinvolgimento attivo dei partecipanti, la riflessione e la sensibilizzazione sugli argomenti.

Il percorso, di tipo esperienziale, in sotto-gruppi e in gruppo allargato, ha previsto l'utilizzo di diverse tecniche formative:

- tecniche di arteterapia, attraverso l'utilizzo e la creazione di immagini
- visione di filmati
- role playing e simulazioni di momenti di vita lavorativa
- discussioni in aula

Elettivamente sono state utilizzate alcune tecniche della narrazione, metodologia che permette di riflettere sul proprio comportamento, sulle percezioni e sulle emozioni, favorisce l'ampliamento della conoscenza di sé e permette di attribuire significati agli eventi della propria storia lavorativa individuale e organizzativa. La scrittura obbliga a fare opera di sintesi e a riflettere sulla descrizione delle esperienze vissute; fissando sulla pagina eventi della propria storia, attraverso la scrittura è possibile modificare e riconnotare in senso cognitivo quegli stessi eventi; come scrive Lucia Portis¹, '....sempre,

¹ Portis L. (2009). Storie allo specchio, racconti migranti, Unicopli, Milano

quando si scrive, si scopre qualcosa di sé, in questo senso la scrittura è cura, nel modo in cui rende evidenti i significati latenti presenti in ogni individuo. ...'.

Il confronto con le storie di ognuno permette di cogliere che la propria è simile a quella degli altri, ma nel contempo è unica.

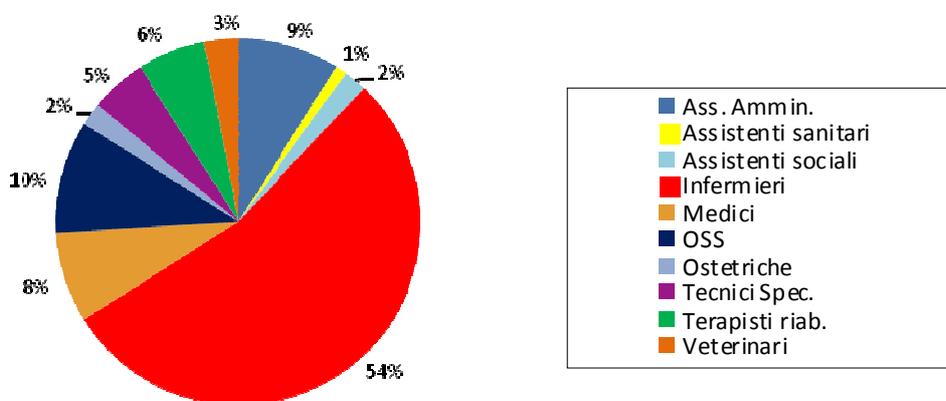
Il percorso effettuato: risultati

A seguito della realizzazione del corso, è possibile effettuare un bilancio sull'andamento del percorso formativo.

E' possibile riscontrare l'elevata **partecipazione** dei componenti dei gruppi, sia per quanto riguarda la frequenza ai diversi moduli, sia per l'adesione alle attività; gli operatori hanno preso parte alle attività proposte in modo gradualmente sempre più attivo e coinvolto con l'avanzare del corso.

Nel totale, hanno partecipato al percorso n. 101 operatori nell'anno 2015 e n.105 operatori nell'anno 2014 così rappresentati:

- per ruolo professionale:



- per Servizio di appartenenza, distribuiti fra le sedi di Alba e Bra:

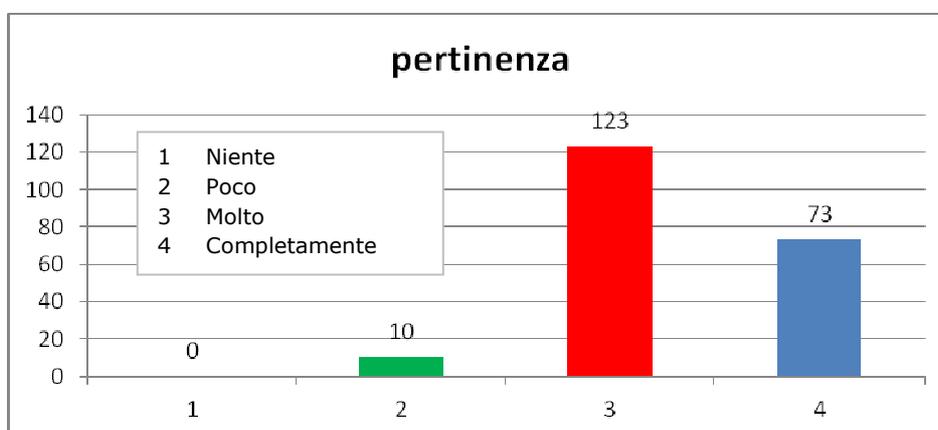
CURE PRIMARIE	n.19
POLIAMBULATORI INTRA E EXTRA OSPEDALIERI	n.12
SOC NEFROLOGIA/DIALISI	n.11
SOC ONCOLOGIA	n.11
MEDICINA LUNGODEGENZA	n.10
SOC RIABILITAZIONE FUNZIONALE	n.10
LABORATORIO ANALISI	n.10
SALUTE MENTALE	n.10
SOC UROLOGIA	n.8
VACCINAZIONI	n.7
SOC MEDICINA	n.7
SPRESAL	n.6
SOC RADIOLOGIA	n.6
CUCINA	n.6
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	n.5

SOC SANITA' ANIMALE	n.5
SERVIZI SOCIALI	n.5
SOC CHIRURGIA	n.5
DAPO	n.4
SOC PEDIATRIA	n.4
RISK MANAGEMENT	n.4
SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	n.4
SOC OCULISTICA	n.4
DISTRETTO	n.3
SOC PATRIMONIALE	n.3
SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	n.3
PRONTO SOCCORSO	n.3
SERVIZI CENTRALINO/PORTINERIA	n.3
SERVIZIO INFERMIERISTICO	n.3
SOC ORTOPEDIA	n.3
ECONOMATO	n.2
SALE OPERATORIE	n.2
SER.D	n.2
SOS PREVENZIONE e PROTEZIONE	n.2
TBI	n.2
SIAN	n.1
FARMACIA	n.1

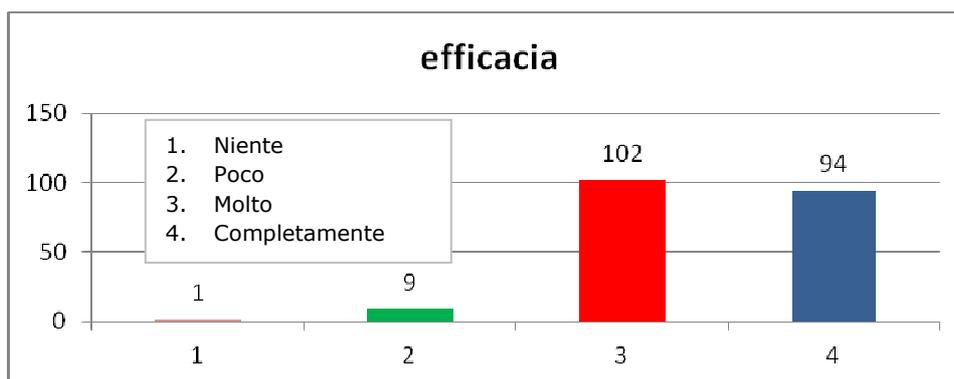
Per quanto concerne il **gradimento** al corso, i partecipanti riportano verbalmente e sui questionari finali un buon livello di soddisfazione, sia per le attività proposte, sia per gli effetti ottenuti. Nonostante alcuni non avessero alte aspettative iniziali, la maggior parte dei componenti dei gruppi ritiene, al momento della conclusione, di aver vissuto una buona e costruttiva esperienza.

Questi sono i risultati ottenuti dal questionario di gradimento:

1. *Valutazione della pertinenza degli obiettivi didattici rispetto alla professione*



2. Efficacia formativa dell'evento



Per quanto riguarda l'obiettivo primario del percorso formativo, l'individuazione di strategie atte a fronteggiare le criticità, ogni gruppo ha portato a termine il suo compito; a partire dalla ricostruzione di eventi critici avvenuti nel contesto lavorativo, sono stati focalizzati gli elementi e le risorse che hanno consentito di superare le situazioni di difficoltà. In taluni casi le difficoltà stesse sono diventate opportunità di trasformazione e occasioni di miglioramento delle prassi di lavoro. Nell'ultima giornata di formazione l'esperienza è stata rielaborata sotto forma di racconto, che rispecchia le caratteristiche e lo spirito di ciascun gruppo.

Il bilancio del percorso è stato più che soddisfacente, i partecipanti hanno richiesto di continuare l'iniziativa e di dare la possibilità anche ai colleghi non coinvolti di vivere l'esperienza, che sta continuando anche nel 2016.

Questa esperienza figura tra le esperienze significative documentate all'interno del Laboratorio nazionale FIASO "Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie".

Le azioni di empowerment promosse da questo percorso formativo rappresentano il tentativo di avviare processi continui di valorizzazione di buone pratiche e di incentivarne la diffusione e la trasferibilità; valorizzare il capitale umano per favorire lo sviluppo di quella che Tronti definisce *partecipazione cognitiva*, la volontà di acquisire-condividere-utilizzare le conoscenze, proprie e dell'organizzazione, per migliorare i processi lavorativi e la qualità delle prestazioni erogate.

Per promuovere la partecipazione cognitiva *"i lavoratori devono poter identificare se stessi come appartenenti a una comunità, più precisamente a una knowledge community, ovvero alla comunità che al tempo stesso alimenta e utilizza un comune patrimonio di conoscenza. Perché i lavoratori possano esprimere gradi di partecipazione cognitiva adeguati a sostenere la sfida competitiva sono necessari elevati livelli di fiducia, trasparenza e lealtà reciproca tra loro e il management"*².

GRUPPO DI PROGETTO

Ideazione e progettazione:

SOC Psicologia

Realizzazione:

Psicologia in collaborazione con Medico competente, RSSPP e Amministrazione Personale

Staff Formatori:

Eugenia Baldi, Nadia Boido, Luisella Canale, M. Grazia Ciofani, Giuseppina Intravaia, Angela Menga, Carmen Occhetto, Daniele Saglietti

Organizzazione:

Psicologia e Organizzazione Sviluppo Risorse Umane (OSRU)

Si ringraziano:

- il Centro di documentazione Steadycam per il contributo offerto sulla ricerca e preparazione dei materiali audiovisivi.

Il Servizio Mensa Ospedaliero e il Commes

² Tronti, L. (2012). *Capitale Umano. Definizione e misurazioni*. Padova: Cedam.

L'organizzazione dell'Ufficio Veterinario in un impianto industriale di lavorazione di carni avicole: programmazione del lavoro, formazione professionale, raccolta e gestione dati.

**Alberto Cacciatore, Francesca Fioretto, Maurizio Piumatti,
Lisa Bovina, Edoardo Fontanella, Mariarosaria Sasso**

Premessa

Nel corso degli ultimi anni la complessità e la varietà dei compiti dei veterinari ufficiali presso gli impianti di macellazione e di lavorazione delle carni è andata via via aumentando.

In termini generali la riduzione dei punti di macellazione, l'industrializzazione degli allevamenti, l'espansione del mercato, la maggior sensibilità dei consumatori verso aspetti quali ad es. il Benessere Animale, rappresentano alcuni degli aspetti che hanno guidato i cambiamenti professionali. In particolare si è assistito alla chiusura di impianti medio piccoli e alla conseguente crescita di aziende in grado di concentrare macellazioni e lavorazioni delle carni.

All'inizio questa trasformazione pareva permettere una migliore razionalizzazione del lavoro. Nel tempo è emerso come le nuove situazioni richiedessero un salto qualitativo professionale da parte dei Veterinari Ispettori, sempre più obbligati a confrontarsi con lavorazioni "nuove", mercati sovra nazionali e moderne tecnologie di allevamento.

A fronte di tali evidenze si è ritenuto che uno dei presupposti per migliorare la qualità del nostro lavoro fosse una rivisitazione dell'"Ufficio Veterinario" presso gli impianti, attraverso l'adozione di un sistema capace di monitorare le varie attività ispettive svolte e di elaborare i dati raccolti correlandoli a problematiche di natura igienico sanitaria o di benessere animale.

Queste considerazioni assumono un significato ancor più rilevante in impianti in cui, per necessità organizzative, il personale impiegato è composto da più unità che si alternano nel corso della giornata lavorativa.

La nostra esperienza

Sul territorio ASL CN2 Alba-Bra insiste un impianto di macellazione e di lavorazione di carni avicole che, per i motivi descritti in premessa, ha gradatamente aumentato e modificato le proprie potenzialità lavorative.

Il Servizio Veterinario ASL CN2 nel tempo, oltre agli aspetti puramente burocratico-amministrativi che la crescita dell'azienda richiedeva, ha cercato di governare il cambiamento osservando e analizzando i vari mutamenti.

Presupposti di partenza, formali e sostanziali, sono stati i piani di controlli previsti dalle norme in vigore, secondo cui ogni impianto deve essere sottoposto a vigilanza da parte del Servizio Veterinario Pubblico sulla base di una "classificazione del rischio".

Per "classificazione degli stabilimenti in base al rischio" si intende una valutazione di ogni impianto che esamina i seguenti aspetti:

- Caratteristiche strutturali dello stabilimento
- Entità delle lavorazioni
- Tipologia dei prodotti
- Aspetti igienici delle lavorazioni e sistemi documentali e analitici utilizzati dall'OSA (operatore del settore alimentare ndr).

Scopo della valutazione è stabilire un punteggio e inserire l'azienda in fasce di rischio predefinite che stabiliscono la frequenza e la tipologia delle verifiche (ispezioni, campionamenti, audit).

Alle verifiche ufficiali si aggiungono altri interventi:

- Attività ispettiva, ante e post mortem, durante le operazioni di macellazione.
- Controlli su merci introdotte da paesi UE ed extra UE.
- Certificazioni di idoneità dell'impianto all'export verso Paesi Terzi.
- Attività di certificazione di prodotti per l'export verso Paesi Terzi.
- Interventi non preventivabili: "allerte alimentari", sopralluoghi per modifiche attività, audit di II° livello o ispezioni da parte delle Autorità Sanitarie Regionali, Ministero della Salute, FOOD and VETERINARY OFFICE, richieste di interventi da parte di altri organi di controllo (NAS, Repressioni Frodi ecc...).

Le evidenze raccolte e il monte orario settimanale necessario alla gestione dei controlli ufficiali, suggerivano la necessità di organizzare e razionalizzare i vari interventi, affidandoli ad un gruppo di operatori esperti nel settore della macellazione e delle

lavorazioni delle carni avicole. Stabilita la necessità di un team ispettivo, vi era comunque la consapevolezza che le varie verifiche e i dati raccolti fossero gestiti da un sistema in grado di dare una visione generale dell'impianto e di offrire un monitoraggio di alcuni aspetti ritenuti di particolare rilevanza.

A tale scopo è stata prevista una scala di interventi che può essere così riassunta per sommi capi:

- Individuare e organizzare un team di Veterinari Incaricati delle varie verifiche.
- Realizzare una procedura per uniformare attività e comportamenti del team.
- Organizzare un sistema di aggiornamento professionale dedicato per il team.
- Rivisitare l'Ufficio Veterinario presso il macello così da assolvere agli aspetti cogenti e organizzare un sistema di raccolta dati informatico per aggregare e collegare i vari aspetti igienico sanitari delle partite di animali macellate.
- Passaggio delle informazioni.
- Discussione periodica sulle informazioni e sui dati raccolti

Organizzazione team operativo

Considerato che l'intero monte lavorativo non poteva essere posto in capo ad un unico operatore, sono state creati due moduli formati da veterinari ispettori che, alternandosi seguono le operazioni di macellazione. Un terzo modulo è incaricato di attività quali: ispezioni, campionamenti, audit, rilascio certificazioni o attestazioni per l'export, verifica mantenimento requisiti per l'export ed eventuali interventi estemporanei (allerte alimentari, sopralluoghi con altri enti, pareri autorizzativi ndr).

La scelta del personale è stata operata dal Responsabile del Servizio. Ogni Veterinario incaricato di Attività Ufficiale è in possesso di specifico titolo di "Diploma di Specializzazione" relativo alle lavorazioni delle carni (qualora necessario è stato previsto un periodo di "affiancamento" per nuovi veterinari operatori).

Realizzazione procedura operativa.

Per uniformare il lavoro dei tre moduli operativi è stata realizzata una procedura operativa corredandola delle principali norme che governano il settore così da avere uno strumento che raccogliesse in maniera organica quanto di interesse per una veloce consultazione. La procedura è soggetta ad un continuo aggiornamento per quanto riguarda l'aspetto normativo e, se del caso, anche quello operativo.

Formazione team operativo

A latere di un sistema codificato per la formazione di Personale neo assunto è stato organizzato un corso di aggiornamento aziendale dedicato alla macellazione dei broiler (polli da carne), alle principali patologie e ai reperti ispettivi e alla tecnica necroscopica. Periodicamente in base a necessità o situazioni contingenti vengono svolte e documentate riunioni di servizio. Per l'anno 2016 è stato organizzato in collaborazione con l'ASL CN1 un corso di formazione professionale sulla filiera avicola italiana. È attualmente allo studio la realizzazione di un "network" che comprenda esperti del settore avicolo delle ASL piemontesi.

Aggiornamento del sistema in essere per la registrazione dei dati di attività.

Di tutti gli aspetti analizzati quest'ultimo rappresentava una vera sfida professionale. Si trattava di decidere quali dati archiviare, ma soprattutto avere la possibilità di utilizzare tali dati per monitorarne nel tempo l'andamento e produrre informazioni da utilizzare successivamente.

Le prime modifiche hanno riguardato il "registro giornaliero di macellazione", dotandolo di alcune funzionalità che agevolano l'inserimento e il richiamo di alcuni dati.

Sono state create due sezioni:

Sezione A: raccoglie le informazioni di ciascuna partita di animali in arrivo (ad es n° animali, peso medio, codice aziendale ndr)

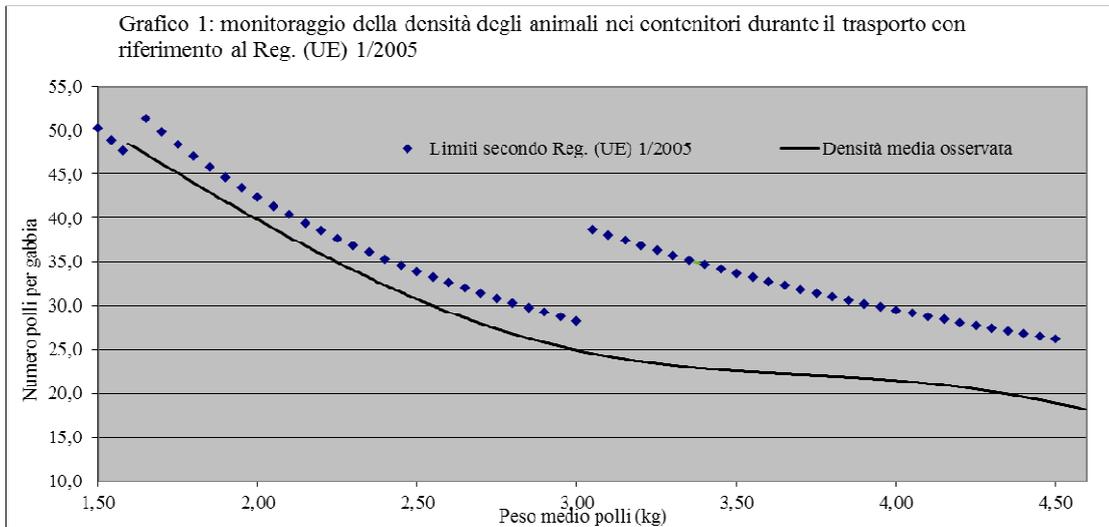
Sezione B: registra i dati di macellazione suddivisi per lotto di animali.

Particolare importanza è stata data alla verifica dei dati correlati alla verifica del Benessere Animale in fase di macellazione come previsto dalle norme in vigore. Per alcuni di questi dati è previsto che al momento dell'inserimento il sistema ne evidenzia automaticamente il superamento del limite previsto dalle norme, oppure trasformi i valori numerici in valori % facilitandone la lettura. Il risultato è un sistema di raccolta dati che permette di visualizzare graficamente l'andamento di aspetti cogenti e di altri da noi ritenuti importanti sotto il profilo igienico sanitario.

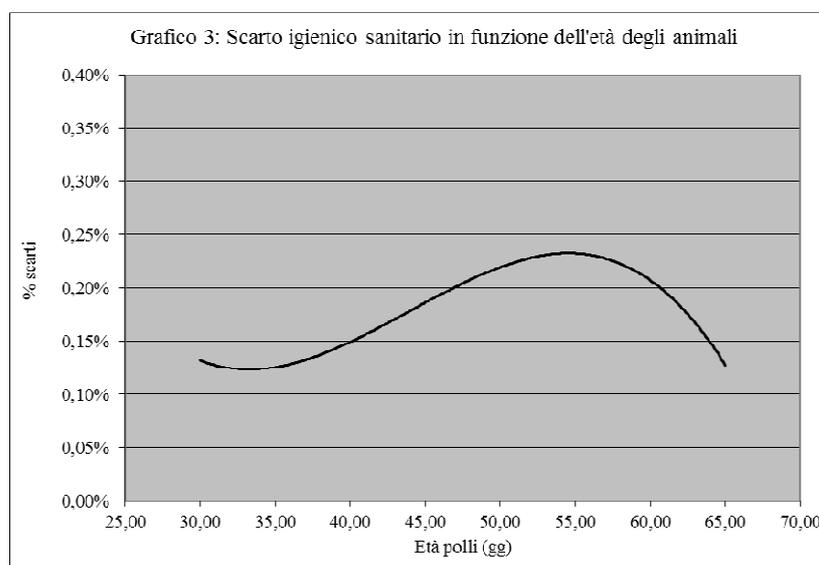
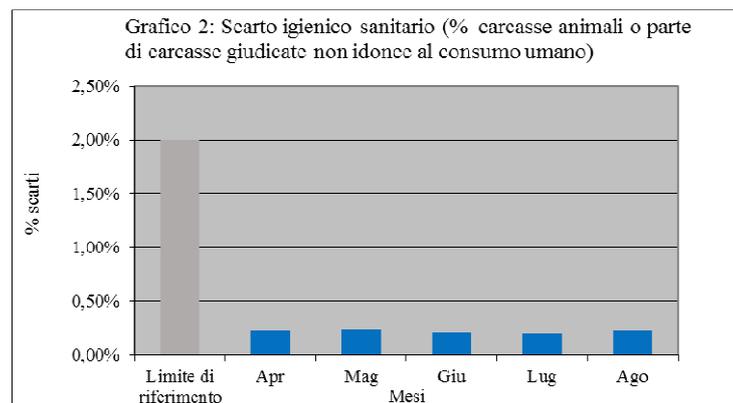
A titolo esemplificativo vengono illustrati alcuni grafici ottenuti con dati relativi a vari impianti di macellazione in grado di descrivere l'andamento di alcuni dati nel tempo, riscontrati nel 2016.

Grafici che monitorano l'andamento di alcuni aspetti.

Il grafico 1 illustra un buon andamento generale relativo al benessere degli animali durante il trasporto.



I grafici 2 e 3, oltre a descrivere l'andamento nel tempo dello scarto igienico sanitario, permettono all'operatore di evidenziare come non siano stati superati i valori ritenuti critici dalle norme in vigore (2% ndr) sia in termini generali che per categoria di animali.



Conclusioni

La Sanità Pubblica necessita indubbiamente di professionisti preparati, esperti in settori particolari e in grado di evidenziare la comparsa di criticità ponendovi rimedio. Spesso risulta più facile e immediato porre rimedio ad eventi improvvisi. Più difficile e meno praticata è l'abitudine di organizzare il proprio lavoro quotidiano utilizzando sistemi che oltre ad archiviare dati li sappiano "valutare" se potenzialmente a rischio e monitorarne nel tempo l'andamento anche in forma grafica.

Riteniamo che quanto realizzato e descritto, dall'organizzazione di un team operativo alla sua formazione professionale, unito alle modifiche sui sistemi informatici di raccolta dati, rappresenti un tentativo, sia pure perfezionabile, di dare a chi si occupa di prevenzione uno strumento di lavoro che, oltre ad uniformare le modalità di controllo, permette la comparazione di una situazione critica con altre ritenute normali. Rimane la consapevolezza che ogni sistema che utilizzi strumenti informatici è destinato a subire continue evoluzioni e cambiamenti e pertanto anche questo approccio andrà costantemente rivisto e aggiornato.

BSE alias "morbo della mucca pazza": passato e presente

Francesca Fioretto, Elena Bruno

Introduzione

La **BSE** è una patologia inserita nel gruppo delle **Encefalopatie Trasmissibili** che annovera malattie da agenti non convenzionali ("prioni"- PrPSc) come la "Scrapie" degli ovini, la "FSE" dei gatti e la "Malattia da deperimento cronico del cervo" (CWD).

Trattasi di malattie di tipo neurodegenerativo a decorso progressivo e fatale, definite "**trasmissibili**" in quanto possono essere trasmesse ai mammiferi attraverso l'inoculazione di tessuto infetto o per via alimentare. Sembra accertata la propensione dell'agente causale della BSE al "salto di specie", dall'ovino al bovino e da questo ai ruminanti selvatici ed ai felidi.

Ciò che ha destato forte preoccupazione è stata la scoperta della correlazione tra la BSE e la "nuova variante della malattia Creutzfeld-Jakob" (nvCJD), encefalopatia umana ad esito fatale derivante dal contagio per via alimentare con "**materiale specifico a rischio**" (tessuto nervoso ed altri tessuti bovini infettati dal prione PrPSc).

Alcuni casi della malattia umana furono diagnosticati nel Regno Unito subito dopo l'esplosione della crisi BSE (anni 1994-1995). Questo determinò nell'opinione pubblica – non solo dei Paesi anglosassoni ma del mondo intero – il timore generalizzato di contrarre la malattia. Da qui il cambiamento nelle abitudini alimentari umane con forte riduzione del consumo di carne bovina che causò la crisi del settore, spinta a dismisura dagli effetti negativi generati da notizie spesso allarmistiche ed articoli dal contenuto poco scientifico divulgati dai mezzi d'informazione.

Facciamo allora il punto sulla malattia bovina per conoscere meglio le sue origini e analizziamo quanto è stato fatto dalle Autorità Sanitarie per arginare il problema e quali sono state le attività di Sorveglianza attuate dai Servizi Veterinari delle ASL nel corso degli anni (dalla crisi BSE ad oggi).

BSE sta per "encefalopatia spongiforme bovina" dove "**spongiforme**" fa riferimento all'aspetto simil-spugnoso che la materia grigia neuronale assume ad un esame microscopico, a causa delle lesioni vacuolari che il prione determina a livello encefalico.

Ma cos'è esattamente un prione?

In passato sono state avanzate diverse ipotesi sull'agente causale della BSE. Alcuni pensavano si trattasse di un virus, altri ancora un virino, finché nel 1982 Prusiner teorizzò la causa che ad oggi risulta la più accreditata, ovvero quella del prione, una proteina infettante originata da una proteina normale (PrPc) localizzata sui neuroni.

La prima diagnosi di "mucca pazza" risale al 1986 nel Regno Unito, Paese in cui il problema si è manifestato con un numero elevato di casi raggiungendo l'apice negli anni 1992-1993 con quasi 1000 nuovi casi confermati ogni settimana. Oltre al Regno Unito e all'Irlanda, la BSE ha fatto la sua comparsa anche in altri Stati Europei (Portogallo, Francia, Spagna, Germania, Italia) e negli Stati Uniti, Giappone, Canada ed Israele.

Tuttavia il **97% di tutti i casi** riportati ad oggi nel mondo ha interessato il **Regno Unito** ed è qui che si sono focalizzate le ricerche scientifiche al fine di chiarire l'origine della malattia, che inizialmente si pensava colpisse esclusivamente i bovini.

Gli studi epidemiologici confermarono che l'incidenza della malattia era sempre collegata all'utilizzo delle "**farine animali**" (scarti ossei e carni della macellazione ad alto contenuto proteico) nei mangimi usati per l'alimentazione dei bovini d'allevamento e dei felidi e ruminanti selvatici dei giardini zoologici inglesi. Nel 1993 gli studi di Wilesmith confermarono ulteriormente l'ipotesi "farine animali" mostrando come negli allevamenti bovini delle isole inglesi Guernsey e Jersey fosse marcata la differenza nell'incidenza della BSE.

Tali allevamenti sono caratterizzati da una sorta d'isolamento perché in essi vige il divieto di importazione di animali; di fatto però dipendono dalla madrepatria nell'acquisto dei mangimi concentrati. Il minor numero di casi della malattia furono riscontrati nell'isola che aveva come maggiore rifornitore di mangimi la ditta che usava in quantità ridotte le farine animali.

Come progredisce la malattia nell'animale che ha assunto mangime infetto?

Studi scientifici hanno dimostrato che i prioni assunti per via alimentare inizialmente replicano nelle placche del Peyer dell'ileo ed in seguito, attraverso i nervi periferici,

giungono al Sistema Nervoso Centrale, a livello del quale si trovano in elevata concentrazione.

Il termine "**Mucca Pazza**" attribuito al morbo BSE deriva proprio dalla sintomatologia nervosa della malattia. Il bovino sembra come impazzito a causa dei suoi movimenti scoordinati e per l'irrequietezza e la ritrosia che mostra durante la manipolazione da parte dell'uomo.

Il divieto delle farine animali da impiegare nei mangimi, divenuto esecutivo nel Regno Unito nel 1988, ha significativamente ridotto il numero dei casi della malattia. I casi di BSE successivi al divieto (BAB, "**born after ban**") furono spiegati con l'uso illegale di farine animali e con la contaminazione crociata verificatasi nei mangimifici produttori di alimenti concentrati destinati a specie diverse.

In Italia i primi due casi di BSE furono confermati nel 1994 e gli ultimi due nel 2009, ciò a dimostrazione di come il nostro Paese abbia saputo arginare il problema da subito grazie ai Piani di Sorveglianza Attiva e Passiva messi in atto dal Ministero della Salute sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, successivamente perfezionati ed adeguati alle conoscenze in materia ed agli sviluppi epidemiologici della malattia.

Il quadro normativo

A livello di Sanità Pubblica la malattia è considerata prioritaria per la risonanza che ha avuto e continua ad avere a livello mondiale.

Nel 1990 il Ministero della Salute finanziò il primo piano di monitoraggio della BSE basato sull'esame dei tronchi encefalici (sito ad alta concentrazione del prione PrPsc).

Con il Decreto Ministeriale 03.08.1991 fu istituito il CEA (Centro di Referenza per le Encefalopatie Animali e Comparative) presso l'IZS del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta.

Con l'Ordinanza Ministeriale 10.05.1991 la BSE e la Scrapie furono inserite tra le malattie soggette a denuncia obbligatoria. Nel 1994 in Italia furono bandite dall'alimentazione dei ruminanti le farine animali. Con il Reg. CE 999/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001, recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di talune encefalopatie spongiformi trasmissibili, furono adottate dai Paesi della Comunità Europea misure comuni nel contenimento e gestione del problema.

Tale Regolamento Comunitario, sottoposto a numerosi aggiornamenti, prevede controlli su tutte le fasi di produzione partendo dall'allevamento fino alla macellazione e commercializzazione dei prodotti di origine animale. Le misure di sorveglianza prevedono tra l'altro il controllo sui mangimi, l'eradicazione degli allevamenti colpiti dalla malattia, l'obbligo di eliminazione del "materiale specifico a rischio" nei macelli (testa, midollo spinale, colonna vertebrale, tonsille, intestini), la classificazione dei Paesi in funzione del rischio BSE (rischio trascurabile, rischio controllato, rischio indeterminato).

Ad oggi **l'Italia** è stata classificata "**Paese a rischio trascurabile**", di conseguenza per i bovini nati ed allevati in Italia le misure adottate al macello sono limitate alla rimozione di midollo spinale e testa degli animali di età superiore ai 12 mesi regolarmente macellati.

Piani di Sorveglianza delle TSE

Le misure di controllo, Sorveglianza Attiva e Passiva, continuano ad essere applicate.

Quella Passiva (clinica) include la notifica da parte di tutti gli operatori del settore dei capi bovini sospetti di malattia, che verranno poi sottoposti ad abbattimento ed alle prove diagnostiche per la conferma.

La Sorveglianza Attiva ("mirata") si basa sull'esecuzione sistematica di test diagnostici, definiti "rapidi" perché in grado di dare rapida risposta (entro le 24-48 h), su tronchi encefalici di bovini di età superiore o uguale ai 48 mesi (animali morti in azienda o macellati d'urgenza o sospetti).

Per numerosi anni i test furono eseguiti anche su animali regolarmente macellati, inizialmente di età superiore ai 30 mesi, successivamente il limite d'età fu elevato ai 48 mesi, poi ancora a 72 mesi.

Dal primo luglio 2013 l'attività di prelievo sui capi regolarmente macellati nati in alcuni Paesi europei (Italia compresa) è stata sospesa.

Dal 2001 al 2013 in Italia sono stati sottoposti a test circa 7.280.000 capi bovini-bufalini. I capi confermati essere affetti da BSE sono stati 145, distribuiti prevalentemente nelle aree della Pianura Padana e del Nord-Est (aree ad elevata densità di allevamenti bovini). Le conferme hanno riguardato prevalentemente gli animali morti o sintomatici rispetto a quelli regolarmente macellati.

Relativamente agli ovi-caprini tra il 2002 ed il 2015 sono stati testati in Italia oltre 700 mila capi dei quali 2912 sono risultati positivi.

Parallelamente alle misure di controllo ed eradicazione della TSE negli ovicaprini sono stati messi a punto piani di selezione genetica della popolazione ovicaprina, in quanto studi scientifici hanno evidenziato negli animali gradi di resistenza/suscettibilità alla malattia legati al polimorfismo di alcuni codoni del gene della PrP. In Italia il piano di selezione genetica ha avuto inizio nel 2005 ed ha contribuito al calo dell'incidenza della malattia negli ovicaprini.

L'attività dei Servizi Veterinari dell'ASL CN2

Nel 2015 i Servizi Veterinari dell'ASL CN2 di Alba-Bra hanno eseguito prelievi di tronchi encefalici su oltre 4500 capi bovini e oltre 2000 ovicaprini (morti in allevamento o al pascolo) in un impianto di smaltimento delle carcasse riconosciuto CE e prelievi di tronchi encefalici su oltre 20 capi bovini sottoposti a macellazione speciale d'urgenza (MSU) in impianti di macellazione riconosciuti CE. I prelievi sono stati inviati alla sede di Torino dell'IZS del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta dove sono stati eseguiti i test rapidi.

Gli esiti dei test sono stati i seguenti: 0 positività per BSE e 5 positività per Scrapie.

Non esistono ad oggi test diagnostici su animali vivi. Questa malattia è diagnosticata esclusivamente attraverso l'isolamento dei prioni nel SNC.

Campioni positivi ai test rapidi vengono inviati al Centro di Referenza Nazionale per le Encefalopatie Animali (CEA) dell'IZS di Torino per la conferma effettuata mediante saggi più specifici di immunoistochimica o immunoblotting.

In seguito al rilevamento di una positività la carcassa dalla quale proviene il campione viene eliminata e distrutta, evitandone così l'immissione nella catena alimentare umana o animale.

Conclusioni

In conclusione, la decisione da parte delle Autorità Sanitarie europee di interrompere le misure di Sorveglianza Attiva sui capi regolarmente macellati e di limitarla ai casi a rischio (animali morti o MSU) è diretta conseguenza del considerevole calo dei casi di positività riscontrati in laboratorio.

I Piani di Sorveglianza Attiva e Passiva, il divieto di somministrazione di farine animali alle specie a rischio TSE, l'obbligo di rimozione al macello di "materiali specifici a rischio" (MSR) hanno rappresentato nel corso degli anni, e tuttora rappresentano, i principali e validi strumenti per l'eradicazione della malattia dalla popolazione bovina ed ovicaprina europea, tali da garantire alti livelli di sicurezza alimentare e sanità nelle popolazioni animali.

Per quanto riguarda le carni e i prodotti dei bovini nati e allevati in Italia, l'esclusione dal consumo umano riguarda soltanto più il cervello e il midollo spinale dei capi con più di 12 mesi di età alla macellazione.

La BSE ha rappresentato una vera e propria sfida alla professionalità dei Servizi Veterinari e degli operatori della filiera (allevatori, macellatori, distributori delle carni).

Il sistema italiano è dunque uscito dall'emergenza non solo in ragione delle risorse umane e finanziarie impiegate, ma grazie anche alla sensibilità e al senso di responsabilità di tutti gli operatori coinvolti.

Riferimenti bibliografici

Reg. (CE) 999/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di talune encefalopatie spongiformi trasmissibili.

Reg. (UE) 728/2015 della Commissione del 6 maggio 2015 che modifica la definizione di materiale specifico a rischio di cui all'allegato V del regolamento (CE) n.999/2001.

Reg. (UE) 2015/1162 della Commissione del 15 luglio 2015 che modifica l'allegato V del regolamento (CE) n.999/2001.

Mad Cow Disease: The history of BSE in Britain. RW Lacey. Ipsela Press, Jersey. 1995 ISBN 1 899516 00 X.

Lasmézas Cl. et al. "Risk of oral infection with bovine spongiform encephalopathy agent in primates". Lancet. 2005 Feb 26-Mar 4;365(9461):781-3.

Chen C.C. et al. "Consumption of bovine spongiform encephalopathy (BSE) contaminated beef and risk of variant Creutzfeldt-Jakob disease". Risk Anal 33, 1958-1968, (2013)

Chen C.C. et al. "Estimation of the Exposure of the UK Population to the Bovine Spongiform Encephalopathy Agent through Dietary Intake During the Period 1980 to 1996". PLoS One 9, e94020, (2014).
Emmanuel E. Comoy et al. "Transmission of scrapie prions to primate after an extended silent incubation period". Sci Rep.2015; 5: 11573

www.oie.int/animal-health-in-the-world/official-disease-status/bse/list-of-bse-risk-status/

www.izsto.it/index.php/centri-di-eccellenza/39-cea

www.epicentro.iss.it/problemi/bse/bse.asp

www.eurocjd.ed.ac.uk

www.neuroprion.org/en/home.html

www.mad-cow.org

Stampato – dicembre 2016

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia

Responsabile Dott.ssa Laura MARINARO

Ass. Sanitaria Dott.ssa Giovanna GIACHINO

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Inf. Professionale Nicoletta SORANO

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)