

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia, Promozione Salute
e Coordinamento attività di Prevenzione

REGIONE PIEMONTE



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO

ANNO 2017

RELAZIONE SU ALCUNI ASPETTI DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE
DELL'A.S.L. CN2 ALBA BRA



FONDAZIONE
NUOVO OSPEDALE
ALBA-BRA ONLUS

Direttore Generale
Dott. Massimo VEGLIO

Direttore Sanitario
Dott. Mario TRAINA

Direttore Amministrativo
Dott. Gianfranco CASSISSA

Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Dott. Pietro MAIMONE

A cura della
Dott.ssa Laura MARINARO
Responsabile S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e
coordinamento attività di prevenzione

Redazione grafica
Dott.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

Il presente volume è consultabile sui seguenti siti internet:
www.aslcn2.it
www.epicentro.iss.it

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

EPID ASLCN2/6/2018

**A
N
Z
I
E
N
D
A

S
A
N
I
T
A
R
I
A

L
O
C
A
L
E

C
N
2**

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2017

VOL. XIX, 2018

Autori:

Barbara	AGU ⁽⁸⁾	Carla	GEUNA ⁽¹⁾
Eugenia	BALDI ⁽¹⁸⁾	Franco	GIOVANETTI ⁽²⁾
Silvia	BARBERO ⁽⁸⁾	Adriana	GIRALDO ⁽¹⁹⁾
Clara	BARBIERO ⁽¹⁹⁾	Giuseppina	INTRAVAIA ⁽¹⁸⁾
Silvia	BASSINO ⁽⁴⁾	Elio	LAUDANI ⁽⁷⁾
Maria Luisa	BOARINO ⁽²⁶⁾	Silvia	MANDRINO ⁽⁹⁾
Nadia	BOIDO ⁽¹⁸⁾	Matteo	MANILDO ⁽¹¹⁾
Marino	BONELLI ⁽¹⁹⁾	Laura	MARINARO ⁽¹⁾
Paolo	BORELLO ⁽²⁴⁾	Sabina	MARTINI ⁽¹⁰⁾
Paola	BORGOGNO ⁽⁸⁾	Marina	MASENTA ⁽¹⁵⁾
Elena	BRUNO ⁽¹⁹⁾	Angelamaria	MENGA ⁽¹⁸⁾
Santina	BRUNO ⁽¹⁶⁾	Chiara	MURZIO ⁽¹⁹⁾
Simonetta	CABUTTI ⁽²⁰⁾	Stefano	NAVA ⁽²⁶⁾
Alberto	CACCIATORE ⁽¹⁹⁾	Mauro	NOE ⁽¹⁹⁾
Luisella	CANALE ⁽¹⁸⁾	Carmela	OCCHETTO ⁽¹⁸⁾
Carla	CARBONE ⁽³⁾	Maurizio	PIUMATTI ⁽¹⁹⁾
Cinzia	CAVESTRO ⁽⁹⁾	Giancarlo	PRANDI ⁽¹⁰⁾
Giuliana	CHIESA ⁽¹⁷⁾	Alberto	PREMOLI ⁽¹⁰⁾
Maria Grazia	CIOFANI ⁽¹⁸⁾	Manuela	RABINO ⁽²⁰⁾
Tiziana	CIVERA ⁽²³⁾	Raffaella	REVELLO ⁽⁸⁾
Patrizia	CORRADINI ⁽⁶⁾	Eugenia	ROTA ⁽¹⁴⁾
Pietro	CORINO ⁽¹⁶⁾	Andrea	SAGLIETTI ⁽⁵⁾
Lucia	DECASTELLI ⁽²²⁾	Daniele	SAGLIETTI ⁽¹⁸⁾
Serena	DURANTE ⁽¹⁹⁾	Anna	SANTORO ⁽¹⁶⁾
Cesare	FERRO ⁽¹⁵⁾	Mariarosaria	SASSO ⁽¹⁹⁾
Francesca	FIORETTO ⁽¹⁹⁾	Nicoletta	SORANO ⁽¹⁾
Edoardo	FONTANELLA ⁽¹⁹⁾	Maria Gemma	STROVEGLI ⁽¹⁵⁾
Flavio	FRAIRE ⁽¹³⁾	Eleonora	TOSCO ⁽²⁵⁾
Maria Cristina	FRIGERI ⁽²⁰⁾	Gianluca	TOSELLI ⁽¹⁵⁾
Corrado	GALDINI ⁽²⁶⁾	Valentina	VENTURINO ⁽²¹⁾
Corrado	GENOVESI ⁽¹²⁾	Giuseppina	ZORNIOTTI ⁽¹⁾

- (1) A.S.L. CN2 - S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione - Dipartimento di Prevenzione
- (2) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - S.S. Vaccinazioni, Profilassi Malattie Infettive, Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni
- (3) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Centro di Epidemiologia e prevenzione TB
- (4) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- (5) A.S.L. CN2 - S.C. Programmazione, acquisti e bilancio
- (6) A.S.L. CN2 - S.C. Distretto 1 Alba
- (7) A.S.L. CN2 - S.C. Distretto 2 Bra
- (8) A.S.L. CN2 - S.C. Recupero e Riabilitazione sede di Bra
- (9) A.S.L. CN2 - S.C. Neurologia - Centro Cefalee
- (10) A.S.L. CN2 - S.S.D. Gastroenterologia - Dipartimento di Area Medica
- (11) A.S.L. CN1 - S.C. Medicina Interna - Servizio di Epato-Gastro-Enterologia ed Endoscopia Digestiva - Ex Ospedale "Santa Croce" di Mondovì
- (12) A.S.L. CN1 - S.C. Chirurgia Generale Mondovì
- (13) A.S.L. CN2 - S.C. Anatomia e Istologia Patologica
- (14) A.S.L. AL - S.C. Neurologia - Ospedale S. Giacomo di Novi Ligure
- (15) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Medicina dello sport
- (16) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (17) A.S.L. CN2 - S.S. Prevenzione della corruzione, trasparenza, progetti innovativi e segreteria organi collegiali
- (18) A.S.L. CN2 - S.C. Psicologia
- (19) A.S.L. CN2 - S.S.D. Servizio Veterinario Area B, Igiene alimenti di origine animale - Dipartimento di Prevenzione
- (20) A.S.L. CN2 - S.C. Direzione Sanitaria di Presidio
- (21) A.S.L. CN2 - S.C. Direzione Sanitaria di Presidio - S.S. Infezioni correlate all'assistenza
- (22) Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta - S.C. Controllo alimenti e igiene delle produzioni
- (23) Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze Veterinarie
- (24) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- (25) A.S.L. TO3 - DORS - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute
- (26) A.S.L. CN2 - S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione

PRESENTAZIONE

Il Bollettino epidemiologico si pone l'obiettivo di fornire alcune immagini della popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2, per descriverne le principali caratteristiche demografiche, di salute e alcuni fattori che la influenzano. Il documento rappresenta un'iniziativa, ormai consolidata, che si propone principalmente di diffondere alcune informazioni epidemiologiche per aumentare la conoscenza delle problematiche di salute della popolazione locale. Per questo motivo si intendono valorizzare anche i risultati di attività svolte per la tutela della salute della popolazione da operatori ASL del territorio e ospedalieri, non sempre adeguatamente conosciute dagli utenti.

Rappresenta inoltre uno strumento utile al processo di identificazione delle necessità di salute e di definizione delle priorità, al fine di gestire e pianificare al meglio l'organizzazione dei servizi sanitari e in modo sempre più aderente ai bisogni della comunità.

La Direzione ringrazia sentitamente tutti i professionisti che hanno contribuito alla realizzazione di questo report.

Esprime inoltre gratitudine alla Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra che anche quest'anno ha sostenuto la sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Massimo VEGLIO

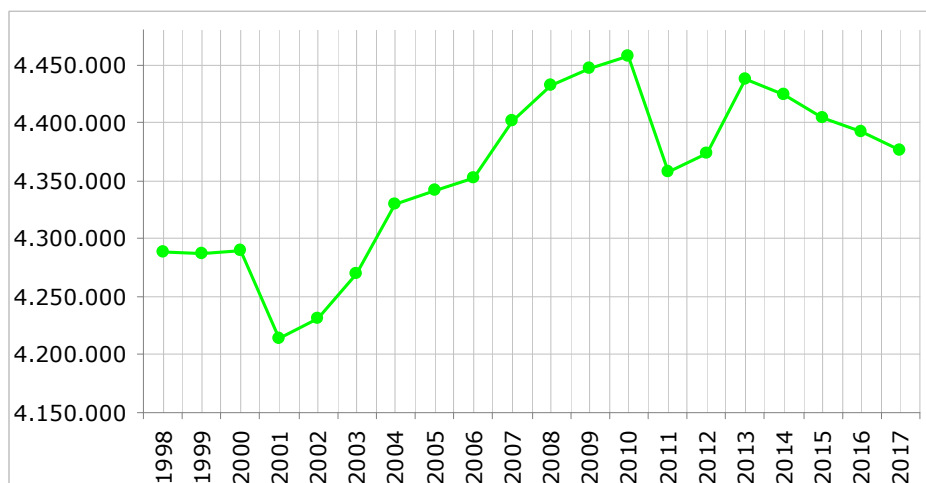
INDICE

La dinamica demografica	5
Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra	21
Malattie infettive	34
Tubercolosi: patologia antica ma sempre attuale	41
L'ambulatorio di medicina dei viaggi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL CN2: Bilancio di 5 anni di attività (2013-2017)	44
UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI. Consumo di ricoveri ospedalieri e prestazioni ambulatoriali della popolazione residente nell'ASL CN2	47
Territorio ed alleanze per la salute: la sfida continua!	52
CRONICITÀ E FRAGILITÀ. Validazione di un sistema automatico di identificazione di pazienti fragili	62
L'Hospice come accompagnamento del fine vita: l'esperienza delle fisioterapiste dell'ASL CN2	66
Studio epidemiologico su correlazione tra infezione da Helicobacter Piloni e cefalea	71
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL CN2 Alba-Bra nell'anno 2017	79
LAVORO E SALUTE. La struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2012-2016. Focus speciale sul comparto agricolo	83
LAVORO E SALUTE. Gli infortuni sul lavoro tra gli addetti dell'ASL CN2	88
Sperimentare una rete di welfare di comunità per programmi di promozione della salute: l'esempio di Talenti Latenti	93
"I valori nel cambiamento: dalle parole alle azioni... Viaggiare leggeri..."	97
STUDIO OSSERVAZIONALE: Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA): prevalenza tra soggetti a rischio	102
L'attività di Controllo Ufficiale dei Veterinari dell'ASL CN2 nell'ambito delle parassitosi animali di interesse ispettivo	107
Residui di antibiotici nel pollo da carne: attività di sorveglianza e nuovi orientamenti sull'utilizzo del farmaco nel settore avicolo per contenere il fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR)	113
"ATTENTI ALLO SPRECO!" – il marketing sociale nella prevenzione dello spreco alimentare – progetto territoriale ASL CN2	119

LA REGIONE

Nel 2017 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.375.865 abitanti, con una diminuzione di oltre 16.000 unità rispetto all'anno precedente (Graf. A). A partire dal 2013 l'andamento della popolazione piemontese è in continuo declino.

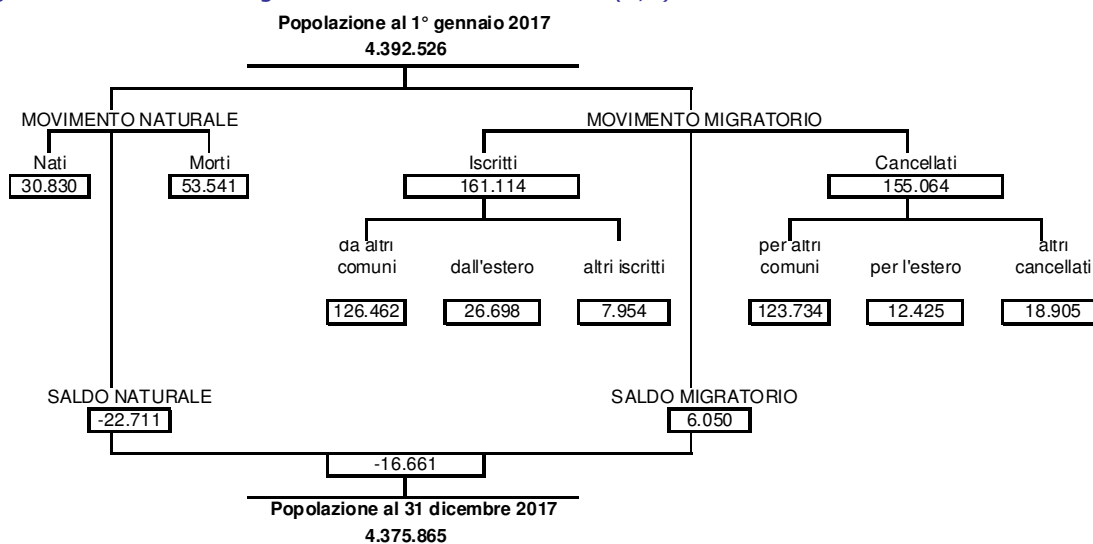
Graf. A – Andamento della popolazione piemontese dal 1998 al 2017



Fonte: Istat (1,2)

Difatti il saldo dei movimenti naturali e migratori è negativo ed è pari a -16.661 (Fig. A).

Fig. A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2017 (1,2)



Il saldo migratorio rispetto all'anno precedente ha subito una riduzione attestandosi intorno al valore di 6.050 unità (Fig. A).

Il saldo naturale del 2017 è risultato ancora negativo come ormai avviene da 20 anni ed è pari a -22.711 unità (Fig. A, Tab. A).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1998-2017)

Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
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

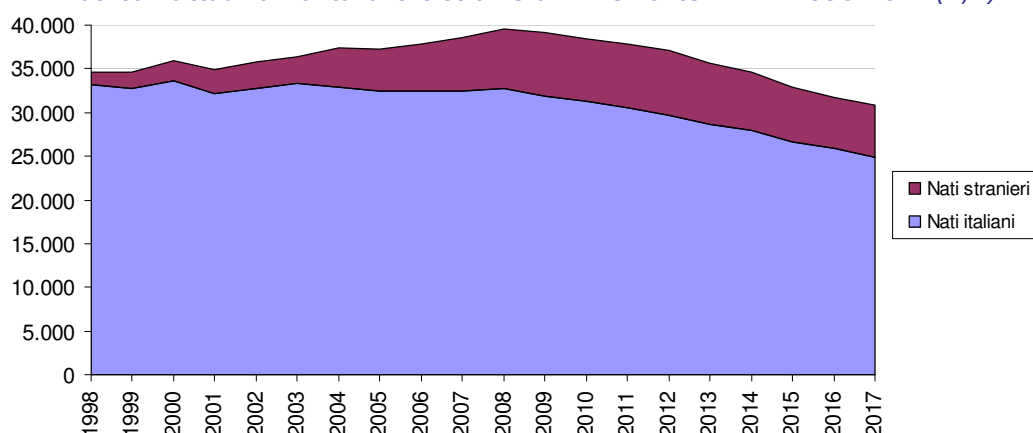
Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
2002	35.716	48.288	-12.572	8,5	11,4	4.231.334
2003	36.370	50.625	-14.255	8,6	11,9	4.270.215
2004	37.413	46.251	-8.838	8,7	10,8	4.330.172
2005	37.251	48.253	-11.002	8,6	11,1	4.341.733
2006	37.851	47.400	-9.549	8,7	10,9	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
2016	31.732	50.984	-19.252	7,2	11,6	4.392.526
2017	30.830	53.541	-22.711	7,0	12,2	4.375.865

Fonte: Istat (1,2)

I decessi nel 2017 risultano 53.541, dato in crescita rispetto al precedente anno (Tab. A).

Nel 2017 risultano complessivamente 30.830 nati (dato inferiore rispetto all'anno precedente e il più basso degli ultimi vent'anni) di cui 5.998 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 1998-2017 (1,2)



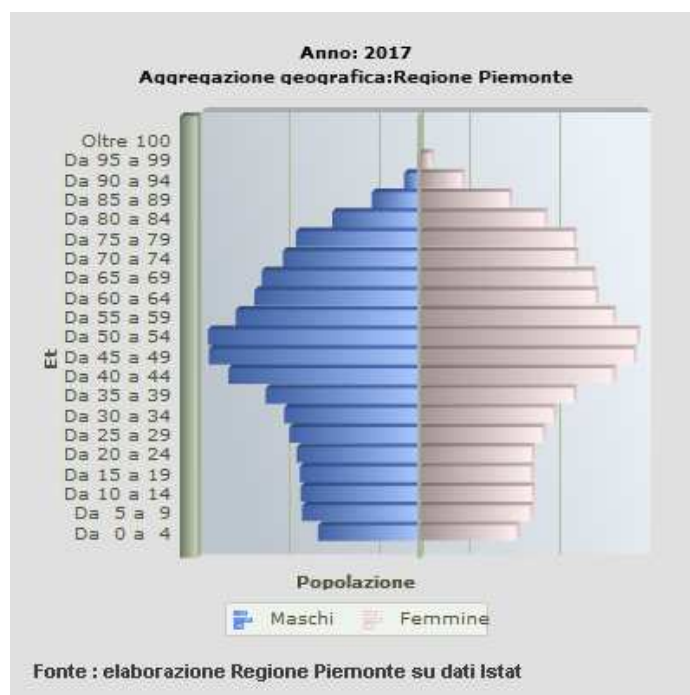
Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1998-2017 (1,2)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
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

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
2011	30.477	7282	37.759
2012	29.717	7350	37.067
2013	28.624	7030	35.654
2014	27.881	6756	34.637
2015	26.690	6218	32.908
2016	25.847	5885	31.732
2017	24.832	5998	30.830

La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2017.

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2017) (1)



Nel 2017 in tutte le AA.SS.LL. piemontesi, ad eccezione dell'ASL CN2 la dinamica naturale negativa non è compensata dall'arrivo di nuovi residenti producendo un saldo generale negativo (Tab. C).

Tab. C – Movimenti anagrafici e popolazione nelle A.S.L. piemontesi (2017) (2)

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2017
Asl AL	2.712	6.443	-3.731	15.968	14.917	1.051	-2.680	435.880
Asl AT	1.457	2.834	-1.377	7.879	7.178	701	-676	203.875
Asl BI	944	2.312	-1.368	7.077	7.118	-41	-1.409	169.069
Asl CN1	3.309	5.025	-1.716	15.688	14.651	1.037	-679	417.287
Asl CN2	1.403	2.030	-627	6.848	6.098	750	123	171.386
Asl NO	2.604	3.820	-1.216	12.940	12.166	774	-442	348.073
Asl TO1-2	6.717	10.431	-3.714	27.036	27.636	-600	-4.314	882.523
Asl TO3	3.916	6.501	-2.585	23.013	22.302	711	-1.874	582.461
Asl TO4	3.462	6.301	-2.839	20.630	19.646	984	-1.855	516.255
Asl TO5	2.241	3.218	-977	11.334	11.204	130	-847	309.862
Asl VC	1.095	2.473	-1.378	5.897	6.021	-124	-1.502	169.370
Asl VCO	970	2.153	-1.183	6.804	6.127	677	-506	169.824
Totale Piemonte	30.830	53.541	-22.711	161.114	155.064	6.050	-16.661	4.375.865

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 20,1% del 1998 al 25,3% del 2017; l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 201,3 (dato più elevato degli ultimi 20 anni). La speranza di vita a 0 anni è di 80,2 per i maschi e 84,6 per le femmine (dato riferito al 2015, ultimo anno disponibile) (Tab. D).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (1998-2017) (1,2)

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
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	80,2	84,9
2014	24,5	189,6	80,7	85,2
2015	24,8	193,7	80,2	84,6
2016	25,0	197,6	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2017	25,3	201,3	Dato non disponibile	Dato non disponibile

A.S.L. CN2 ALBA-BRA

La *popolazione residente* nel territorio dell'A.S.L. CN2 risulta dalla B.D.D.E. essere al 31 dicembre 2017 di 171.386 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 31.12.2017 di 105.326 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione al 31.12.2017 di 66.060 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.498 e 29.645, cui seguono Cherasco (9.224), Sommariva del Bosco (6.321), Canale (5.624) (Tab. 1) (1).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2017 (1).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
ALBA	14.913	16.585	31.498	54,9	573,3
ALBARETTO DELLA TORRE	114	115	229	5,3	43,2
ARGUELLO	103	96	199	4,7	42,2
BALDISSERO D'ALBA	542	512	1.054	14,7	71,8
BARBARESCO	321	325	646	7,5	86,0
BAROLO	336	375	711	5,8	123,0
BENEVELLO	247	239	486	5,2	93,3
BERGOLO	32	34	66	3,3	20,1
BORGOMALE	194	194	388	8,9	43,8

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
BOSIA	87	93	180	5,4	33,1
BOSSOLASCO	311	343	654	14,3	45,7
BRA*	14.266	15.379	29.645	59,5	498,3
CAMO	98	91	189	3,7	50,9
CANALE	2.767	2.857	5.624	18,3	308,0
CASTAGNITO	1.068	1.097	2.165	6,7	323,6
CASTELLETTO UZZONE	166	143	309	14,6	21,1
CASTELLINALDO D'ALBA	467	463	930	8,0	116,5
CASTIGLIONE FALLETTO	363	346	709	4,6	152,8
CASTIGLIONE TINELLA	418	443	861	11,9	72,5
CASTINO	264	232	496	15,8	31,3
CERESOLE ALBA*	1.059	1.008	2.067	36,9	56,1
CERRETO LANGHE	232	213	445	9,8	45,2
CHERASCO*	4.555	4.669	9.224	80,7	114,3
CISSONE	51	39	90	5,9	15,3
CORNELIANO D'ALBA	1.026	1.085	2.111	10,0	210,3
CORTEMILIA	1.098	1.177	2.275	24,2	94,0
COSSANO BELBO	487	481	968	21,1	45,8
CRAVANZANA	192	192	384	7,9	48,9
DIANO D'ALBA	1.801	1.791	3.592	17,7	202,9
FEISOGLIO	147	156	303	7,6	40,0
GORZEGNO	141	137	278	13,8	20,1
GOVONE	1.076	1.159	2.235	19,1	117,1
GRINZANE CAVOUR	967	1.019	1.986	4,0	497,7
GUARENE	1.756	1.802	3.558	13,1	271,0
LA MORRA*	1.413	1.368	2.781	24,0	115,8
LEQUIO BERRIA	261	215	476	11,8	40,5
LEVICE	110	104	214	16,5	13,0
MAGLIANO ALFIERI	1.027	1.120	2.147	9,3	230,9
MANGO	652	643	1.295	20,3	63,8
MONCHIERO	294	295	589	5,1	115,0
MONFORTE D'ALBA	1.000	1.026	2.026	25,5	79,6
MONTA'	2.262	2.450	4.712	26,4	178,8
MONTALDO ROERO	430	429	859	12,2	70,5
MONTELUPO ALBESE	246	250	496	6,5	76,2
MONTEU ROERO	820	798	1.618	24,1	67,1
MONTICELLO D'ALBA	1.145	1.196	2.341	10,7	219,4
NARZOLE*	1.724	1.766	3.490	26,0	134,2
NEIVE	1.670	1.791	3.461	21,2	163,2
NEVIGLIE	188	187	375	8,0	46,7
NIELLA BELBO	186	184	370	18,0	20,5
NOVELLO	492	491	983	11,5	85,7
PERLETTO	146	129	275	10,2	26,9
PEZZOLO VALLE UZZONE	177	176	353	26,9	13,1
PIOBESI D'ALBA	674	670	1.344	4,1	331,0
POCAPAGLIA*	1.645	1.674	3.319	16,7	198,4
PRIOCCA	986	1.015	2.001	8,8	227,4
ROCCHETTA BELBO	85	80	165	4,4	37,2
RODDI	841	817	1.658	9,6	173,6
RODDINO	225	188	413	10,5	39,3
RODELLO	474	486	960	8,7	110,1
SAN BENEDETTO BELBO	81	85	166	4,7	35,1
SAN GIORGIO SCARAMPI	59	55	114	5,6	20,5
SANFRE'*	1.480	1.541	3.021	15,8	191,8
SANTA VITTORIA D'ALBA*	1.406	1.425	2.831	9,9	286,2

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
SANTO STEFANO BELBO	1.916	1.997	3.913	23,7	165,2
SANTO STEFANO ROERO	665	722	1.387	13,2	105,1
SERRALUNGA D'ALBA	296	283	579	8,5	68,0
SERRAVALLE LANGHE	164	137	301	8,7	34,7
SINIO	278	255	533	8,7	61,1
SOMMARIVA DEL BOSCO*	3.124	3.197	6.321	35,0	180,4
SOMMARIVA PERNO*	1.361	1.436	2.797	17,2	162,8
TORRE BORMIDA	92	87	179	7,6	23,4
TREISO	415	384	799	9,3	85,8
TREZZO TINELLA	170	147	317	10,8	29,5
VERDUNO*	277	287	564	7,3	77,0
VEZZA D'ALBA	1.150	1.138	2.288	14,1	162,8
TOTALE ASL	83.772	87.614	171.386	1122,1	152,7

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La *densità della popolazione residente* nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2017 è di 152,7 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2008 era di 150,6. Quella del Piemonte nel 2017 è di 172,4 (Tab. 2) (1).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2017

	Popolazione al 31.12.2017	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	171.386	1.122,10	152,7
Distretto 1 Alba	105.326	793,1	132,8
Distretto 2 Bra	66.060	329	200,8
Provincia Cuneo	588.559	6.894,00	85,4
Regione Piemonte	4.375.865	25.388,40	172,4

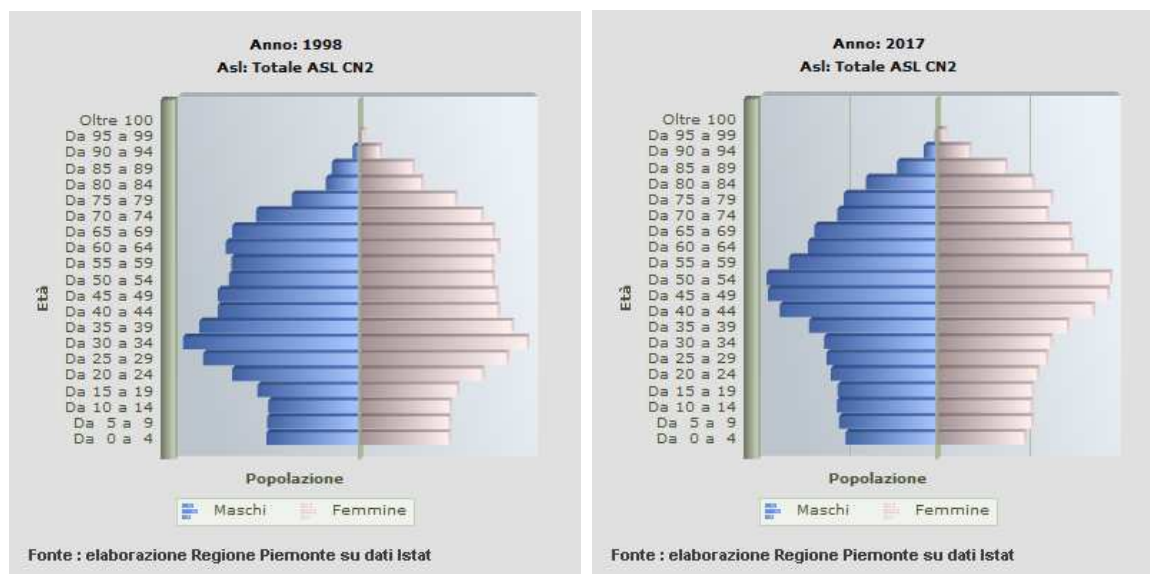
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,1% contro il 48,9%); a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 72,6% della popolazione (Tab. 3) (1).

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2017 (la distribuzione per fasce di età è stimata secondo le regole della B.D.D.E.) (1)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3.719	51,3	3.526	48,7	7.245
Da 5 a 9	3.975	51,0	3.820	49,0	7.795
Da 10 a 14	4.067	51,8	3.783	48,2	7.850
Da 15 a 19	4.032	51,2	3.837	48,8	7.869
Da 20 a 24	4.316	51,6	4.051	48,4	8.367
Da 25 a 29	4.488	50,4	4.414	49,6	8.902
Da 30 a 34	4.587	50,0	4.590	50,0	9.177
Da 35 a 39	5.198	49,7	5.271	50,3	10.469
Da 40 a 44	6.394	50,4	6.300	49,6	12.694
Da 45 a 49	6.871	49,8	6.919	50,2	13.790
Da 50 a 54	6.930	49,7	7.014	50,3	13.944
Da 55 a 59	6.013	49,9	6.037	50,1	12.050
Da 60 a 64	5.242	49,1	5.433	50,9	10.675
Da 65 a 69	4.974	48,2	5.354	51,8	10.328
Da 70 a 74	4.044	47,7	4.433	52,3	8.477
Da 75 a 79	3.787	45,1	4.603	54,9	8.390
Da 80 a 84	2.895	42,9	3.848	57,1	6.743
Da 85 a 89	1.628	37,1	2.756	62,9	4.384
Da 90 a 94	528	29,1	1.284	70,9	1.812
Da 95 a 99	80	20,9	302	79,1	382
Oltre 100	4	9,3	39	90,7	43
Totale	83.772	48,9	87.614	51,1	171.386

La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età". Il Grafico 1 evidenzia come si sia modificata nell'ultimo ventennio la distribuzione per sesso e classi di età (Graf. 1).

Graf. 1 – Piramide dell'età popolazione A.S.L. CN2 – Confronto Anni 1998-2017 (1)



La *speranza di vita* alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2015 a 80,3, 46,3 e 18,7 anni per gli uomini e a 85,2, 50,5 e 21,9 anni per le donne (Tab. 4) (1).

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2006-2015) (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
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
2014	81,4	85,1	46,8	50,7	19,4	22,5
2015	80,3	85,2	46,3	50,5	18,7	21,9

L'*età media* della popolazione nell'anno 2017 è di 45,2 anni (nel 2008 di 43,7), in Piemonte si attesta a 46,3 anni (1).

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2017 nell'A.S.L. CN2 sono 19.642, pari all'11,5% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2017 sono 423.506, pari al 9,7% del totale dei residenti (Tab. 5) (1).

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2017

A.S.L. CN2	11,5
Distretto 1 Alba	11,6
Distretto 2 Bra	11,3
Provincia Cuneo	10,3
Regione Piemonte	9,7

Il numero medio di componenti della famiglia nell'A.S.L. CN2 nel 2017 è pari a 2,3, valore lievemente più elevato rispetto al dato regionale (Tab. 6).

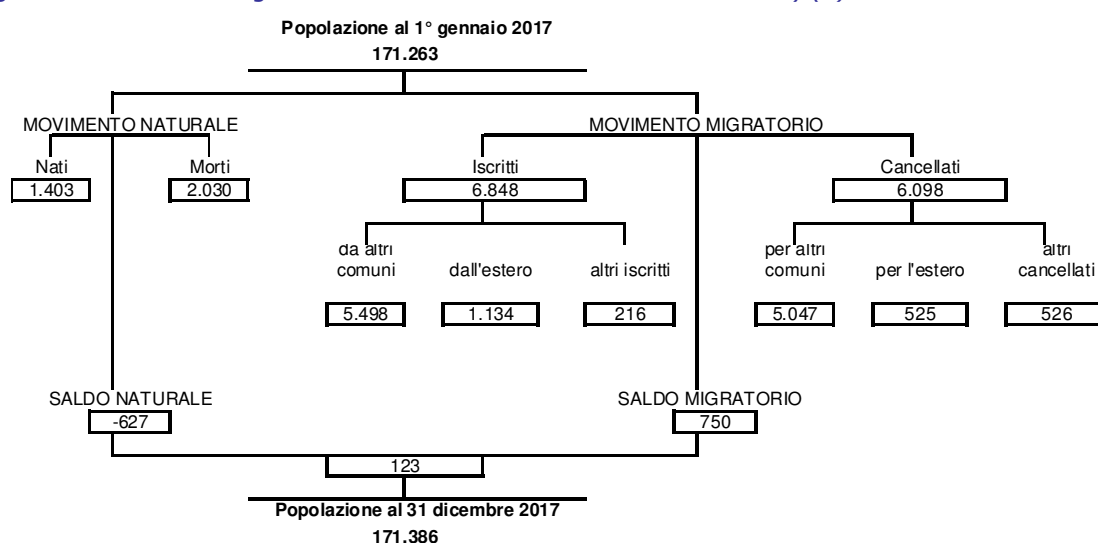
Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2017 (1)

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 2017 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo (627) con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti – cancellati) è positivo (750) (Fig. 1, Tab. 7).

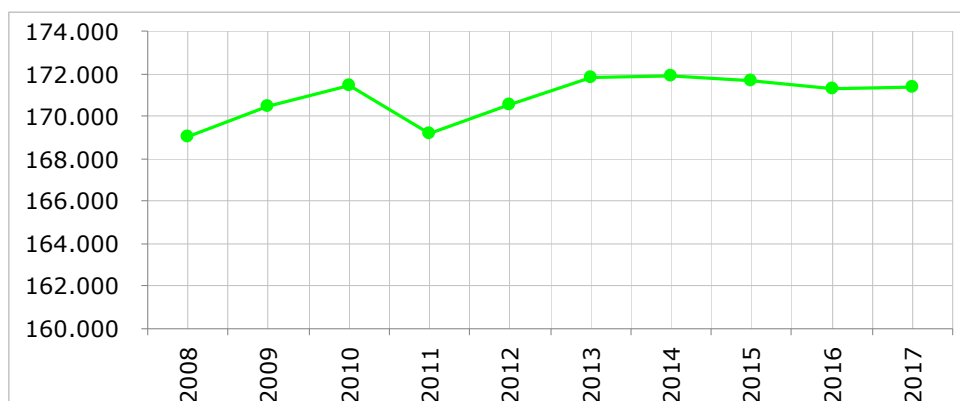
Fig.1 – Dinamica demografica nell'A.S.L. CN2 nel 2017 Fonte ISTAT) (1)



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 2008 – 2017 di 2.347 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie (Graf. 2);

Graf. 2 – Andamento della popolazione dell'ASL CN2. Anni 2008 - 2017



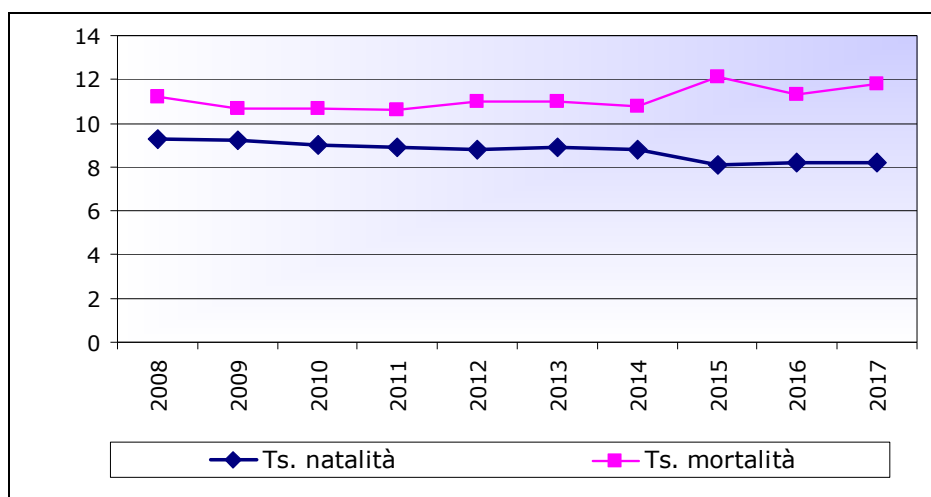
- dal 2008 al 2017 il numero assoluto dei nati si è ridotto; nel 2017 i nuovi nati sono 1.403. Il tasso di natalità, in diminuzione nel periodo 2008 - 2017, è di 8,2 nati x 1000 nel 2017 (Tab. 7 e 8, Graf. 3);

- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2017 il numero assoluto dei decessi (2.030) è aumentato di 92 unità rispetto al 2016 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione A.S.L. CN2 - Anni 2008-2017 (1,2)

Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
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
2016	171.263	1.410	1.938	-528	6.434	6.273	161
2017	171.386	1.403	2.030	-627	6.848	6.098	750

Graf. 3 - Andamento tassi di natalità e di mortalità popolazione ASL CN2 - Anni 2008-2017

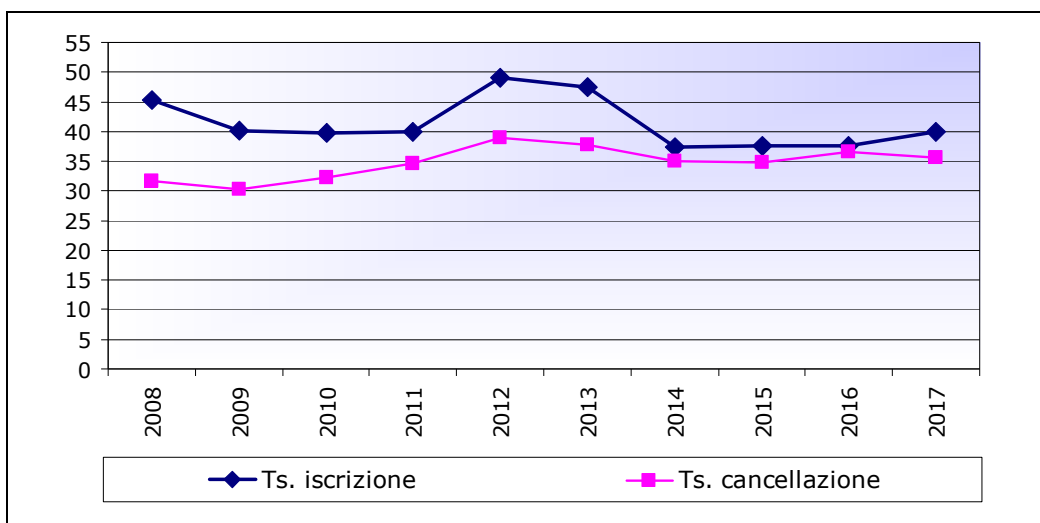


- nel 2017 il tasso di mortalità (11,8 x 1000) ha subito un lieve aumento rispetto al 2016, il tasso di cancellazione una riduzione, mentre il tasso di iscrizione è cresciuto (Tab. 8, Graf. 3 e 4) (2).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2008-2017 (2)

Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2008	9,3	11,2	45,3	31,7
2009	9,2	10,7	40,1	30,3
2010	9,0	10,7	39,8	32,2
2011	8,9	10,6	39,9	34,7
2012	8,8	11,0	49,0	38,9
2013	8,9	11,0	47,4	37,8
2014	8,8	10,8	37,4	35,1
2015	8,1	12,1	37,5	34,9
2016	8,2	11,3	37,5	36,6
2017	8,2	11,8	40,0	35,6

Graf. 4 - Andamento tassi di iscrizione e di cancellazione popolazione ASL CN2 - Anni 2008-2017



Natalità

Nel 2017, 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 8,2, superiore al dato provinciale e regionale (7,2) (Tab. 9).

Tab. 9 – Indice di natalità – Anno 2017 (2)

	Indice di natalità
A.S.L. CN2	8.2
Distretto 1 Alba	7,8
Distretto 2 Bra	8.7
Provincia Cuneo	8
Regione Piemonte	7

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 2017 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 2017 (1)

Comuni	Tasso di natalità
Alba	7,7
Albaretto della Torre	-
Arguello	-
Baldissero d'Alba	3,8
Barbaresco	9,3
Barolo	9,8
Benevello	10,3
Bergolo	-
Borgomale	2,6
Bosia	5,6
Bossolasco	4,6
Bra*	9,2
Camo	-
Canale	10,5
Castagnito	8,3

Comuni	Tasso di natalità
Castelletto Uzzone	6,5
Castellinaldo	3,2
Castiglione Falletto	14,1
Castiglione Tinella	8,1
Castino	12,1
Ceresole Alba*	5,3
Cerretto Langhe	2,2
Cherasco*	9,2
Cissone	11,1
Corneliano d'Alba	8,1
Cortemilia	7,5
Cossano Belbo	5,2
Cravanzana	13,0
Diano d'Alba	9,7
Feisoglio	6,6
Gorzegno	3,6
Govone	9,8
Grinzane Cavour	9,6
Guarene	5,9
La Morra*	6,5
Lequio Berria	6,3
Levice	-
Magliano Alfieri	8,8
Mango	6,9
Monchiero	8,5
Monforte d'Alba	9,4
Montà	8,1
Montaldo Roero	4,7
Montelupo Albese	4,0
Monteu Roero	9,3
Monticello d'Alba	13,7
Narzole*	9,2
Neive	9,2
Neviglie	8,0
Niella Belbo	8,1
Novello	7,1
Perletto	3,6
Pezzolo Valle Uzzone	-
Piobesi d'Alba	11,9
Pocapaglia*	7,8
Priocca	7,0
Rocchetta Belbo	18,2
Roddi	4,8
Roddino	2,4
Rodello	5,2
San Benedetto Belbo	-
San Giorgio Scarampi	-
Sanfrè*	8,3
Santa Vittoria d'Alba*	8,1
Santo Stefano Belbo	5,4
Santo Stefano Roero	6,5

Comuni	Tasso di natalità
Serralunga d'Alba	13,8
Serravalle Langhe	-
Sinio	3,8
Sommariva del Bosco*	8,5
Sommariva Perno*	8,2
Torre Bormida	-
Treiso	5,0
Trezzo Tinella	3,2
Verduno*	10,6
Veza d'Alba	9,6

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Mortalità

Il *tasso grezzo di mortalità* della popolazione A.S.L. CN2 (numero morti/popolazione totale) nel 2017 è di circa 11,8 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è lievemente aumentato (Tab. 8 e 11).

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 2017 (2)

	Indice di mortalità
A.S.L. CN2	11,8
Distretto 1 Alba	12,7
Distretto 2 Bra	10,6
Provincia Cuneo	12
Regione Piemonte	12,2

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2017 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 2017 (1)

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	11,0
Albaretto della Torre	8,7
Arguello	5,0
Baldissero d'Alba	11,4
Barbaresco	12,4
Barolo	4,2
Benevello	4,1
Bergolo	45,5
Borgomale	2,6
Bosia	16,7
Bossolasco	22,9
Bra*	10,0
Camo	31,7
Canale	12,6
Castagnito	6,5
Castelletto Uzzone	19,4
Castellinaldo	15,1
Castiglione Falletto	14,1
Castiglione Tinella	25,6
Castino	20,2
Ceresole Alba*	7,3
Cerretto Langhe	29,2

Comuni	Tasso di mortalità
Cherasco*	9,0
Cissone	11,1
Corneliano d'Alba	15,2
Cortemilia	22,0
Cossano Belbo	16,5
Cravanzana	13,0
Diano d'Alba	8,9
Feisoglio	23,1
Gorzegno	21,6
Govone	10,7
Grinzane Cavour	7,6
Guarene	10,1
La Morra*	16,2
Lequio Berria	10,5
Levice	28,0
Magliano Alfieri	19,6
Mango	17,0
Monchiero	10,2
Monforte d'Alba	13,8
Montà	13,4
Montaldo Roero	16,3
Montelupo Albese	4,0
Monteu Roero	17,9
Monticello d'Alba	9,4
Narzole*	11,2
Neive	13,6
Neviglie	16,0
Niella Belbo	18,9
Novello	7,1
Perletto	18,2
Pezzolo Valle Uzzone	5,7
Piobesi d'Alba	7,4
Pocapaglia*	9,6
Priocca	14,5
Rocchetta Belbo	12,1
Roddi	7,2
Roddino	12,1
Rodello	14,6
San Benedetto Belbo	12,0
San Giorgio Scarampi	26,3
Sanfrè*	14,6
Santa Vittoria d'Alba*	8,8
Santo Stefano Belbo	16,4
Santo Stefano Roero	16,6
Serralunga d'Alba	8,6
Serravalle Langhe	19,9
Sinio	9,4
Sommariva del Bosco*	11,9
Sommariva Perno*	13,6
Torre Bormida	44,7
Treiso	13,8
Trezzo Tinella	15,8
Verduno*	8,9
Veza d'Alba	14,0

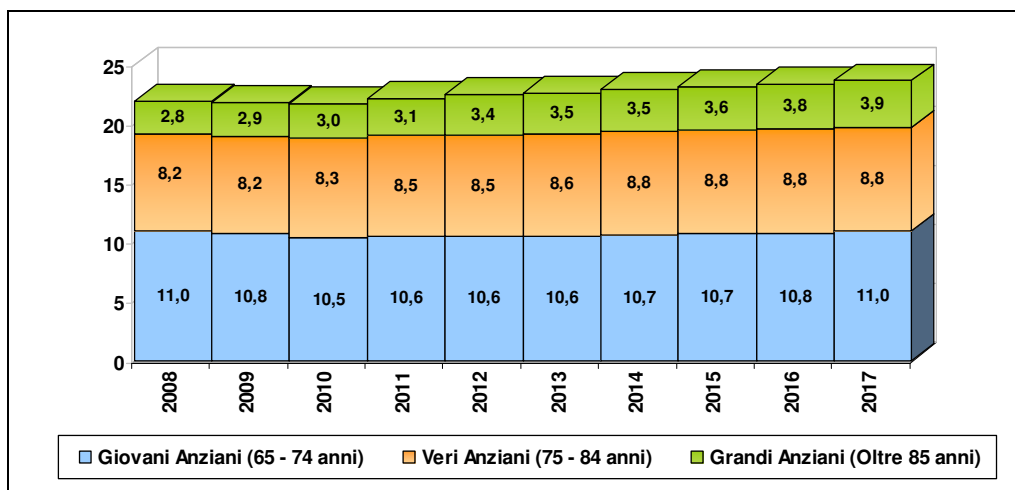
*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2017, si stimano 40.559 ultrasessantacinquenni ossia il 23,7% della popolazione totale (44,2% maschi; 55,8% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,4%.

Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'A.S.L. CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti "giovani-vecchi" di età compresa tra 65 e 74 anni, i "veri vecchi" da 75 a 84 anni, e i "grandi vecchi" di 85 anni e oltre, emerge che i "giovani-vecchi" sono 11%, quelli di età compresa tra i 75 - 84 anni 8,8% e gli ultraottantacinquenni 3,9% (Graf. 5) (1).

Graf. 5 – Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2008-2017 – Valori %



Nel 2017 nell'A.S.L. CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 177,2, mentre quello piemontese è di 201,3. Nel 2008 l'indice di vecchiaia per l'A.S.L. CN2 era di 161,4 (Tab. 13) (2).

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, che riflette il peso relativo della popolazione anziana, nell'A.S.L. CN2 nel 2017 è di 23,7 (Tab. 14) (2).

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

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) nell'A.S.L. CN2 è di 58,8 nel 2017, nel 2008 era pari a 55,1 (Tab. 13). Quello del Piemonte nel 2017 è di 60,8 (2). 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 (popolazione in età 40 - 64 anni x 100 abitanti in età 15 - 39 anni) nell'anno 2017 è di 141, nel 2008 115,4; quello del Piemonte nel 2016 è di 150,9 (2).

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. 13 – Indici di vecchiaia, di invecchiamento, di dipendenza e di struttura – A.S.L. CN2 anni 2008-2017 (2)

Anni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
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
2016	175	23,4	58,2	139,3
2017	177,2	23,7	58,8	141

La Tab. 14 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. 14 - Indici di vecchiaia, invecchiamento, carico sociale e di struttura nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2017

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	201,6	25,2	60,6	140,9
Albaretto della Torre	280,0	30,6	70,9	179,2
Arguello	236,0	29,6	73,0	161,4
Baldissero d'Alba	188,6	23,4	55,9	160,0
Barbaresco	145,9	22,1	59,5	144,0
Barolo	192,9	23,1	53,9	156,7
Benevello	201,7	24,9	59,3	169,9
Bergolo	480,0	36,4	78,4	236,4
Borgomale	179,6	22,7	54,6	169,9
Bosia	650,0	36,1	71,4	156,1
Bossolasco	316,4	29,5	63,5	161,4
Bra*	173,1	23,5	59,0	134,7
Camo	294,7	29,6	65,8	225,7
Canale	159,4	23,2	60,6	136,5
Castagnito	112,5	17,8	50,8	138,1
Castelletto Uzzone	413,0	30,7	61,8	185,1
Castellinaldo	185,0	23,9	58,2	128,8
Castiglione Falletto	177,1	20,7	48,0	152,1
Castiglione Tinella	263,0	28,1	63,4	170,3
Castino	221,1	25,4	58,5	177,0
Ceresole Alba*	219,0	25,1	57,7	143,7
Cerretto Langhe	422,6	29,4	57,2	164,5
Cherasco*	127,4	20,3	57,0	130,9
Cissone	223,1	32,2	87,5	200,0
Corneliano d'Alba	178,6	24,1	60,3	142,1
Cortemilia	279,4	29,2	65,8	156,0
Cossano Belbo	253,7	28,3	65,2	144,2
Cravanzana	260,5	29,2	67,7	146,2
Diano d'Alba	154,1	20,5	50,9	144,9
Feisoglio	694,4	41,3	89,4	196,3
Gorzegno	531,6	36,3	76,0	251,1

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Govone	190,0	24,6	60,0	168,7
Grinzane Cavour	149,8	21,5	55,9	127,9
Guarene	149,4	20,7	53,0	142,8
La Morra*	174,3	21,7	51,8	140,7
Lequio Berria	386,1	34,9	78,3	193,4
Levice	607,7	36,9	75,4	238,9
Magliano Alfieri	127,4	20,4	57,1	129,4
Mango	241,9	29,0	69,3	150,0
Monchiero	126,9	20,0	55,8	170,0
Monforte d'Alba	182,0	25,0	63,1	145,5
Montà	156,9	23,1	60,9	133,0
Montaldo Roero	243,3	27,5	63,3	149,3
Montelupo Albese	155,6	22,6	59,0	155,7
Monteu Roero	202,8	26,7	66,3	154,7
Monticello d'Alba	125,8	19,2	52,5	126,1
Narzole*	143,5	22,2	60,5	118,2
Neive	154,3	22,0	57,0	139,7
Naviglie	332,1	24,8	47,6	146,6
Niella Belbo	422,2	30,8	61,6	222,5
Novello	176,6	23,0	56,3	161,0
Perletto	418,2	33,5	70,8	172,9
Pezzolo Valle Uzzone	326,3	35,1	84,8	165,3
Piobesi d'Alba	128,1	18,3	48,3	125,4
Pocapaglia*	129,8	19,8	54,1	142,0
Priocca	192,1	24,3	58,6	134,6
Rocchetta Belbo	243,8	23,6	50,0	182,1
Roddi	129,4	18,6	49,1	144,4
Roddino	249,0	29,5	70,7	198,8
Rodello	253,4	27,2	61,1	156,9
San Benedetto Belbo	378,6	31,9	67,7	241,4
San Giorgio Scarampi	380,0	33,3	72,7	200,0
Sanfrè*	157,7	22,8	59,4	144,2
Santa Vittoria d'Alba*	128,5	19,6	53,4	131,6
Santo Stefano Belbo	213,6	26,0	61,9	139,5
Santo Stefano Roero	190,5	26,1	66,1	152,3
Serralunga d'Alba	133,3	18,0	45,8	134,9
Serravalle Langhe	471,4	32,9	66,3	166,2
Sinio	153,6	19,9	48,9	146,9
Sommariva del Bosco*	163,3	22,4	56,6	140,5
Sommariva Perno*	187,5	24,6	60,6	151,4
Torre Bormida	413,3	34,6	75,5	277,8
Treiso	200,0	22,5	51,0	154,3
Trezzo Tinella	288,2	30,9	71,4	189,1
Verduno*	191,8	24,8	60,7	158,1
Veza d'Alba	197,6	25,5	62,3	141,4

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Bibliografia

- (1) Intranet RUPARPIEMONTE: PiSTA – Piemonte Statistica e B.D.D.E.
<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
- (2) Osservatorio demografico territoriale del Piemonte
http://www.demos.piemonte.it/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=72

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra

Laura Marinaro, Nicoletta Sorano, Giuseppina Zorogniotti

Il presente articolo si propone di descrivere il profilo di salute "generale" della popolazione dell'ASL CN2 ricorrendo ad alcune delle principali fonti informative disponibili; si articola in tre paragrafi: caratteristiche sociali, stato di salute e stili di vita.

Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le 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.

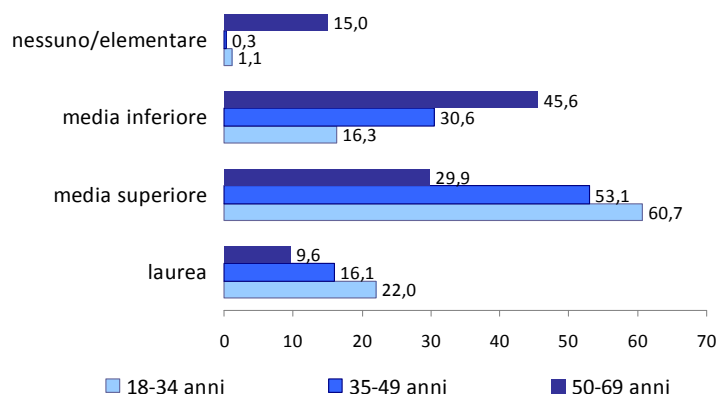
Il **Sistema di Sorveglianza PASSI** (dati 2014-2017) consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il **livello di istruzione**, le **difficoltà economiche** (percepita) e lo **stato lavorativo**.

Popolazione di riferimento ASL CN2 (18-69 anni) (Dati ISTAT: popolazione al 31.12.2017)		113.571			
PASSI 2014-2017 (pop. 18-69 anni) ASL CN2 Alba-Bra					
Numero interviste effettuate		1.100			
Dati socio-anagrafici		% (IC al 95%)			
Sesso					
uomini		49,36			
donne		50,64			
Classi di età					
18-34		24,73			
35-49		33,36			
50-69		41,91			
Stato civile					
coniugato/convivente		57,63	55,01	-	60,21
celibe/nubile		33,70	31,45	-	36,02
vedovo/a		1,73	1,13	-	2,65
separato/divorziato		6,93	5,59	-	8,56
Vive da solo					
no		89,65	87,72	-	91,31
si		10,35	8,69	-	12,28
Cittadinanza					
italiana		96,92	95,69	-	97,80
straniera		3,08	2,20	-	4,31
Livello di istruzione					
nessuno/licenza elementare		6,31	5,10	-	7,78
scuola media inferiore		32,74	30,13	-	35,45
scuola media superiore		45,91	43,07	-	48,77
laurea/diploma universitario		15,05	13,06	-	17,28
Difficoltà economiche					
molte		4,53	3,45	-	5,94
qualche		23,17	20,77	-	25,77
nessuna		72,29	69,57	-	74,86
Stato lavorativo (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 1027					
occupato		77,37	74,88	-	79,69
in cerca occupazione		4,73	3,58	-	6,22
inattivo		17,90	15,85	-	20,15
Tipo di contratto lavorativo tra gli occupati (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 790					
dipendente		68,92	65,72	-	71,95
cassa integr./solidarietà		0,60	0,25	-	1,45
autonomo		29,68	26,70	-	32,85
atipico		0,79	0,36	-	1,76

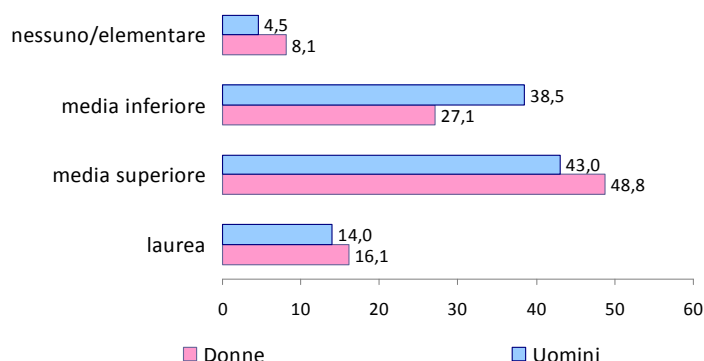
La popolazione oggetto di studio è costituita al 31.12.2017 da 113.571 residenti nell'ASL CN2 (dati ISTAT – B.D.D.E.) di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Negli ultimi quattro anni (2014-2017) sono state intervistate per il Sistema di Sorveglianza Passi 1.100 persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle anagrafi sanitarie.

Nell'ASL CN2, il 61% degli intervistati ha complessivamente un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea); l'alta scolarità è più frequente tra i giovani di 18-34enni (83%) (Graf. 1) e tra le donne (65%) (Graf. 2).

Graf. 1 – Livello di istruzione per età. Passi ASL CN2 2014-2017



Graf. 2 – Livello di istruzione per sesso. Passi ASL CN2 2014-2017



Dai dati PASSI 2014-2017 risulta occupato il 77% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 69% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 30% "autonomo"; l'1% è in "cassa integrazione/solidarietà".

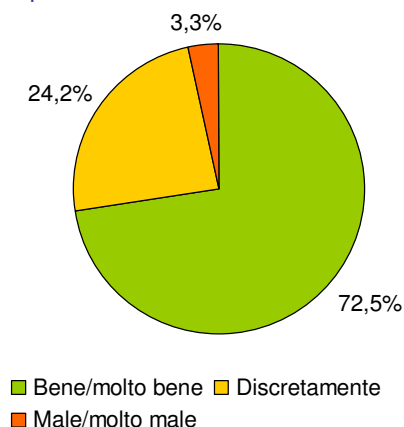
Il 5%, secondo i dati Passi 2014-2017, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 23% con "qualche" e il 72% con "nessuna".

Stato di salute

La Sorveglianza PASSI consente di misurare la **percezione del proprio stato di salute** nella popolazione 18-69 anni; dai dati 2014-2017, risulta che circa 7 persone su 10 giudicano positivamente il proprio stato di salute, dichiarando di "sentirsi bene o molto bene"; solo il 3% riferisce di "sentirsi male o molto male", la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente" (Graf. 3).

Sono più soddisfatti della propria salute i giovani di 18-34 anni (87%), gli uomini rispetto alle donne (80% vs. 65%), le persone con un livello socioeconomico più elevato per istruzione (85%) o condizioni economiche (78%), e chi non riferisce condizioni patologiche severe (78%) fra quelle indagate da Passi.

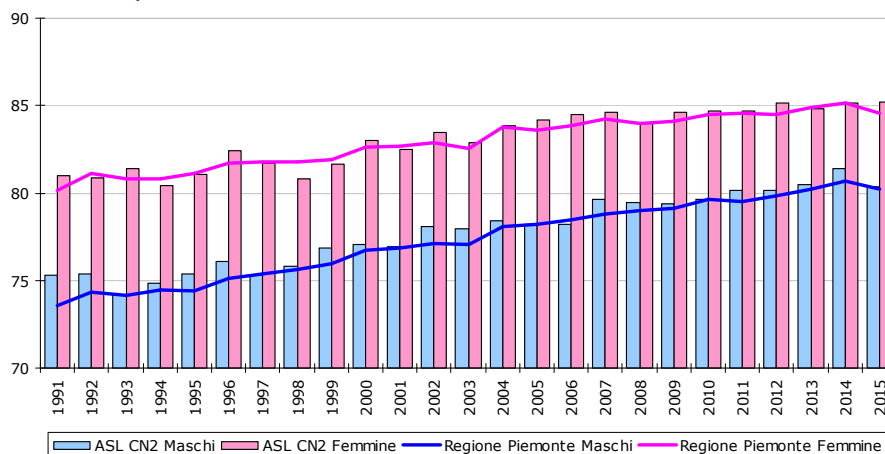
Graf. 3 – Distribuzione dello stato di salute percepito - ASL CN2 - PASSI 2014-2017



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 riconosciuta 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, rilevata in aumento dal 1991 al 2014, nel 2015 (ultimo dato disponibile) si attesta rispettivamente a 80,3, 46,3 e 18,7 anni per gli uomini e a 85,2, 50,5 e 21,9 anni per le donne, in lieve calo rispetto all'anno precedente (Graf. 4).

Graf. 4 – Speranza di vita alla nascita nell'ASL CN2 e nella Regione Piemonte – stratificazione per sesso (1991-2015)



Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2015 (ultimo dato disponibile desunto dalla codifica ed elaborazione delle informazioni presenti nelle schede di morte ISTAT – PiSta - Piemonte Statistica e B.D.D.E.), nel territorio dell'ASL CN2, il numero di decessi osservati è di 2.037, di cui 1.008 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 585,19 per 100.000 abitanti, e 1.029 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 357,46 per 100.000 abitanti.

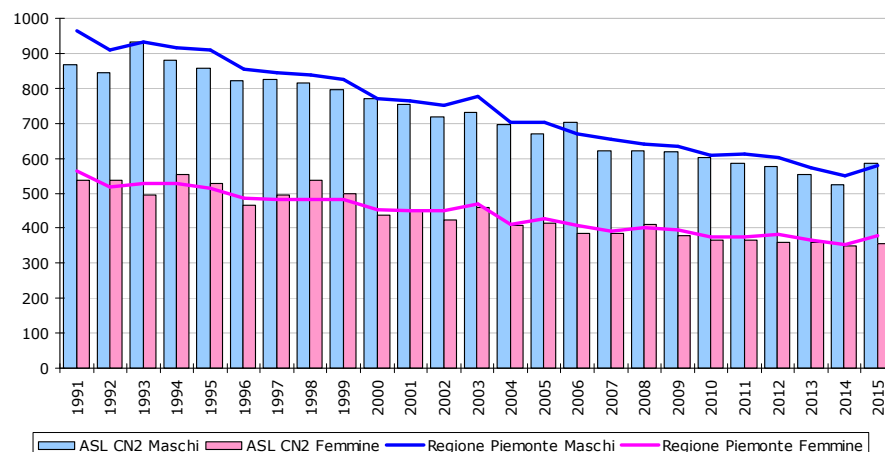
La mortalità generale risulta, esclusivamente per la popolazione maschile, lievemente in eccesso rispetto al dato regionale, eccesso non statisticamente significativo (Tab. 1).

Tab. 1 - Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2015 (Fonte: schede ISTAT - PiSta - Piemonte Statistica e B.D.D.E.)

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	1.008	1.203,35	585,19	103,7	97,38	110,32
Femmine	1.029	1.171,13	357,46	99,39	93,4	105,67

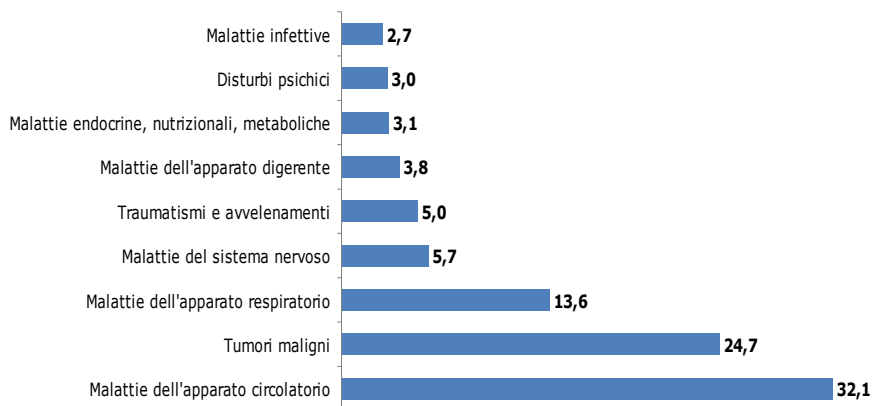
La mortalità generale, dal 1991 al 2014, si è ridotta sia in Piemonte che nell'ASL CN2 per entrambi i sessi, mentre si segnala per il 2015 un incremento rispetto al dato del 2014 sia a livello locale che regionale, confermato anche a livello nazionale (Graf. 5).

Graf. 5 - Mortalità generale – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2015. Maschi e Femmine

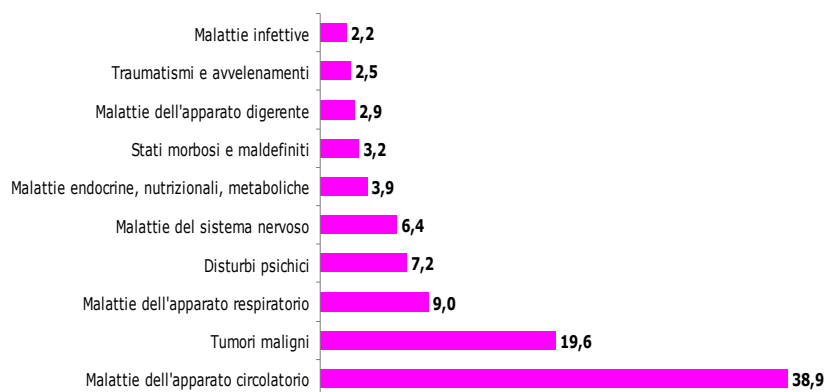


Per quanto riguarda la **mortalità per cause**, anche nel 2015 e per entrambi i sessi, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio. I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 57% delle morti tra i maschi ed il 59% tra le femmine (Graf. 6-7, Tab. 2-3).

Graf. 6 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2015



Graf. 7 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2015



Tab. 2 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2015. Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	324	386,79	175,06	101,1	90,37	112,75
Tumori maligni	249	297,26	158,42	81,69	71,84	92,52
Malattie dell'apparato respiratorio	137	163,55	69,44	151,54	127,18	179,2
Malattie del sistema nervoso	57	68,05	31,01	144,5	109,37	187,31
Traumatismi e avvelenamenti	50	59,69	41,51	122,31	90,72	161,34
Malattie dell'apparato digerente	38	45,36	23,87	108,06	76,4	148,41
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	31	37,01	17,64	92,56	62,83	131,47
Disturbi psichici	30	35,81	15,95	110,82	74,7	158,32
Malattie infettive	27	32,23	14,68	109,57	72,13	159,53
Malattie dell'apparato genito-urinario	20	23,88	9,91	113,76	69,38	175,84
Tumori benigni, in situ, incerti	19	22,68	11,41	149,23	89,7	233,23
Stati morbosi e mal definiti	10	11,94	5,91	75,06	35,88	138,2
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	6	7,16	2,87	165,81	60,41	361,36
Malformazioni congenite e cause perinatali	4	4,78	4,16	116,3	31,19	298,16
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	3,58	1,47	231,68	46,38	677,96
Malattie osteomuscolari e del connettivo	3	3,58	1,89	81,76	16,37	239,25

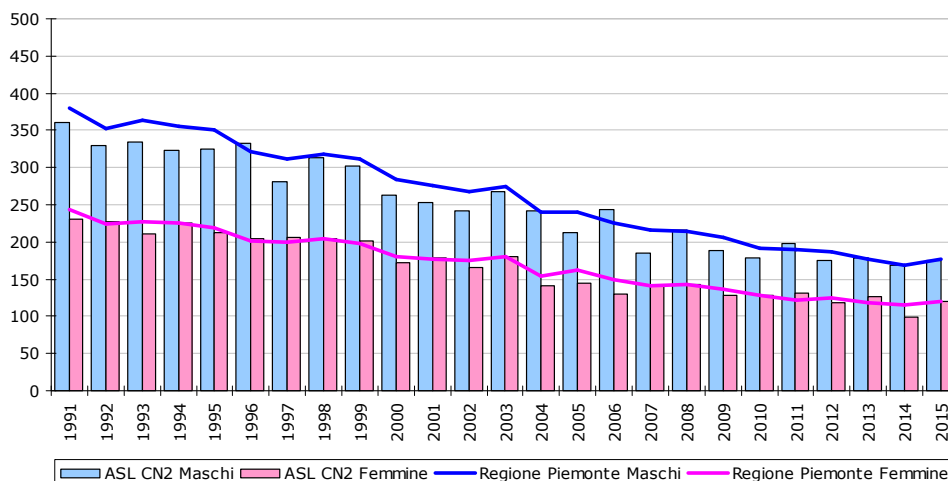
Tab. 3 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2015. Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	400	455,25	120,1	98,49	89,05	108,65
Tumori maligni	202	229,9	97,15	86,55	75,01	99,38
Malattie dell'apparato respiratorio	93	105,85	28,81	120,14	96,92	147,24
Disturbi psichici	74	84,22	18,93	132,62	104,08	166,57
Malattie del sistema nervoso	66	75,12	21,58	131,04	101,29	166,79
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	40	45,52	13,78	94,63	67,55	128,94
Stati morbosi e mal definiti	33	37,56	7,92	90,48	62,22	127,15
Malattie dell'apparato digerente	30	34,14	12,2	84,77	57,14	121,1
Traumatismi e avvelenamenti	26	29,59	13,8	99,4	64,86	145,76
Malattie infettive	23	26,18	8,98	81,37	51,51	122,19
Malattie dell'apparato genito-urinario	19	21,62	6,26	116,46	70,01	182,02
Tumori benigni, in situ, incerti	11	12,52	3,9	122,28	60,86	219,02
Malattie osteomuscolari e del connettivo	9	10,24	3,32	116,17	52,92	220,78
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	2	2,28	0,47	37,46	4,18	135,5
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	1,14	0,26	32,73	0,42	182,47

Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (39%) che per la popolazione maschile (32%) (Graf. 6 - 7). Nel 2015, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è per la popolazione femminile in lieve difetto rispetto alla mortalità regionale, difetto che non raggiunge la significatività statistica (Tab. 2-3).

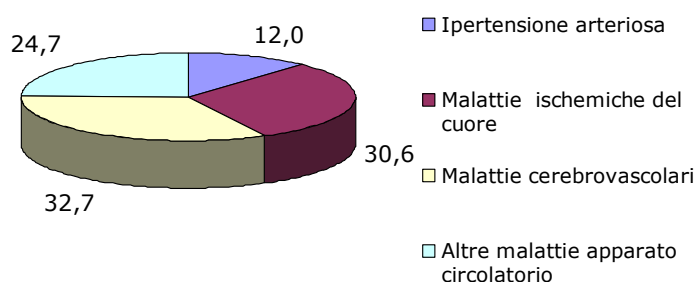
I tassi standardizzati mostrano che, annullando le differenze di età, la mortalità cardiovascolare continua a diminuire in entrambi i sessi sia a livello regionale che locale dal 1991 al 2014, con un lieve incremento nel 2015 rispetto al precedente anno (Graf. 8).

Graf. 8 – Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2015. Maschi e Femmine

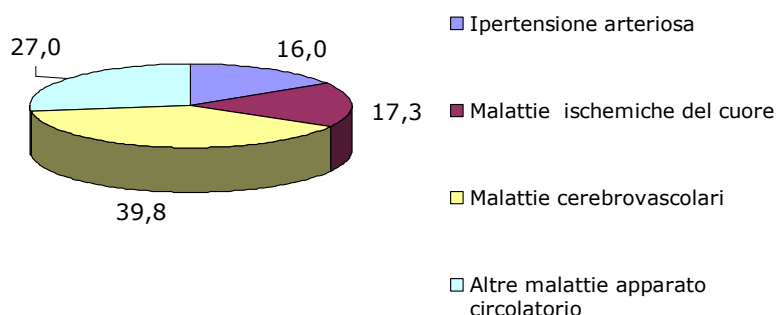


Nell'ASL CN2, nel 2015, per entrambi i sessi, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le "Malattie cerebrovascolari" (33% nei maschi, 40% nelle femmine), seguite dalle "Malattie ischemiche del cuore" (31% nei maschi, 17% nelle femmine) e dall' "Ipertensione arteriosa" (12% nei maschi, 16% nelle femmine) (Graf. 9-10).

Graf. 9 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2015 – Maschi

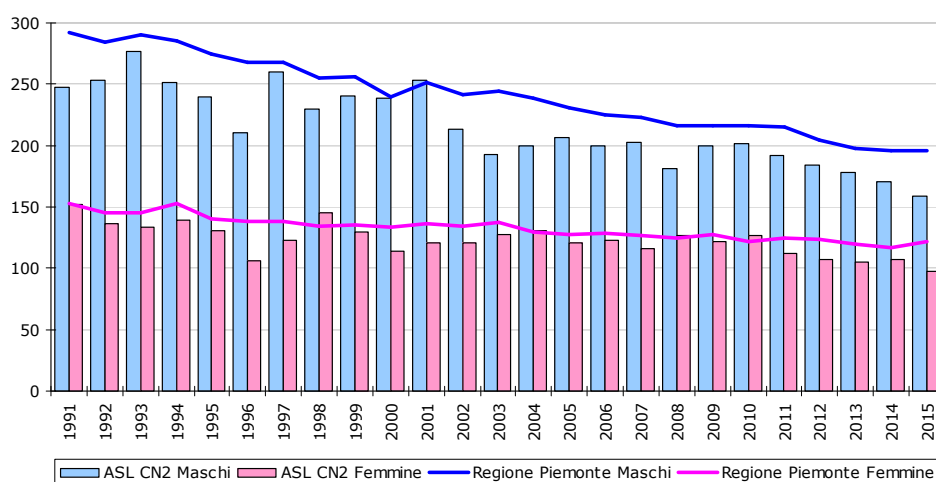


Graf. 10 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2015 – Femmine



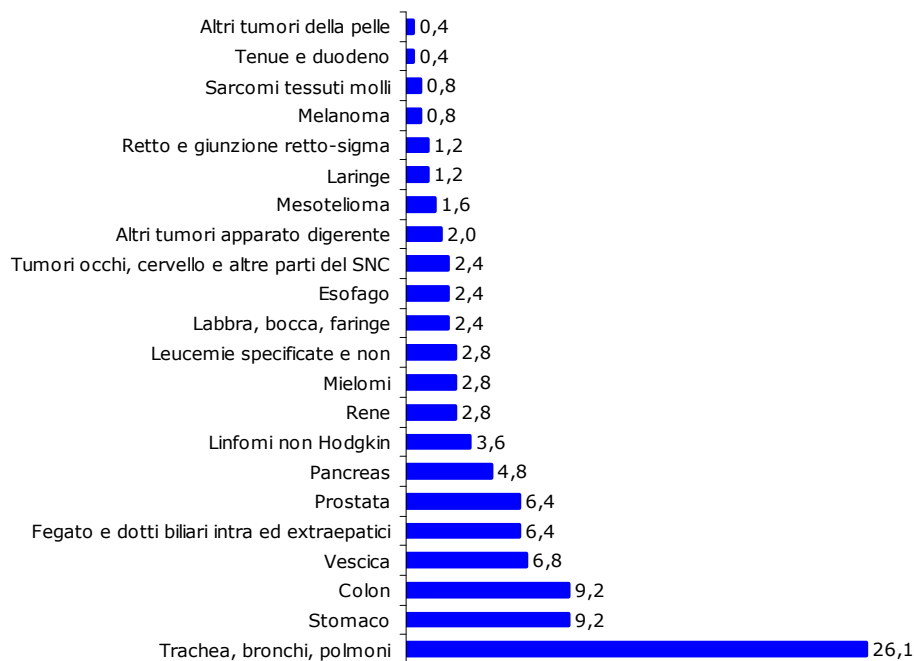
I **tumori maligni** rappresentano nell'ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (25%) che per la popolazione femminile (20%) (Graf. 6-7). Nel 2015, la mortalità per tumori maligni nell'ASL CN2 risulta in difetto rispetto alla mortalità regionale per la popolazione maschile e femminile; tale difetto è statisticamente significativo per entrambi i sessi (Tab. 2-3). La mortalità per tumori maligni è in diminuzione sia per la popolazione maschile che femminile, e per entrambi i sessi i dati registrati sono inferiori a quanto osservato in ambito regionale (Graf. 11).

Graf. 11 – Mortalità per tumori maligni – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2015. Maschi e Femmine

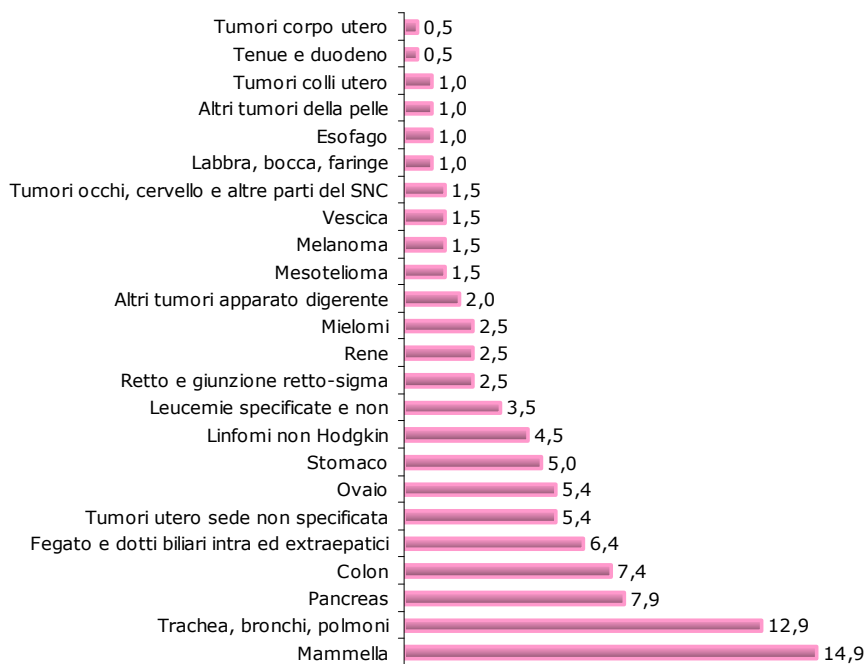


Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (26%), seguito dai tumori dello "Stomaco" e del "Colon" (9%), della "Vescica" (7%) (Graf. 12). Nelle femmine le sedi maggiormente coinvolte sono la "Mammella" (15%) e a seguire "Trachea-bronchi-polmone" (13%), "Pancreas" (7,9%) e Colon (7,4%) (Graf. 13).

Graf. 12 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2015. Maschi



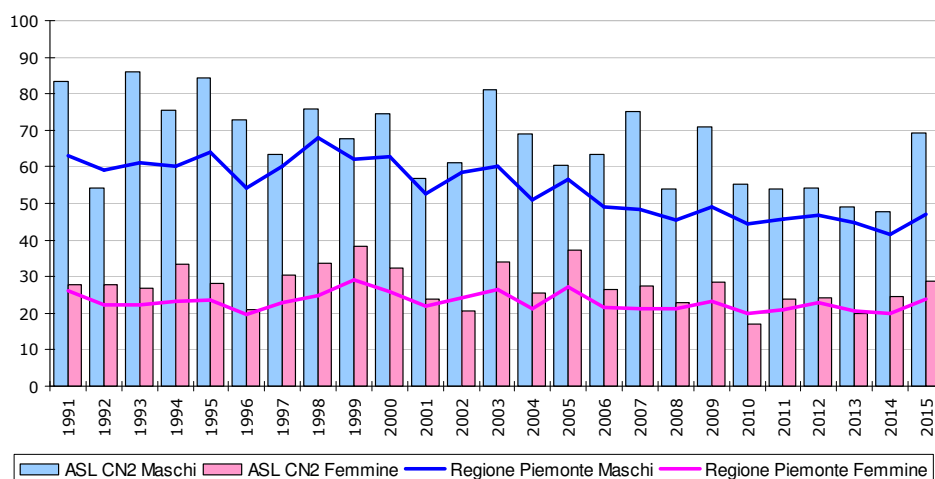
Graf. 13 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2015. Femmine



Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 14%; femmine 9%) (Graf. 6-7).

Nel 2015, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta, per entrambi i sessi, in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso statisticamente significativo solo per la popolazione maschile (Tab. 2-3). I tassi standardizzati mostrano che tale mortalità è in diminuzione dal 1991 al 2014 con un incremento nel 2015 sia a livello regionale che locale e per entrambi i sessi (Graf.14).

Graf. 14 – Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2015. Maschi e Femmine



I **disturbi psichici** sono nel 2015 causa del 7% dei decessi nella popolazione femminile e del 3% tra gli uomini (Graf. 6-7), con un eccesso di mortalità rispetto ai dati regionali in entrambi i sessi, ma statisticamente significativo solo per le donne (Tab. 2-3).

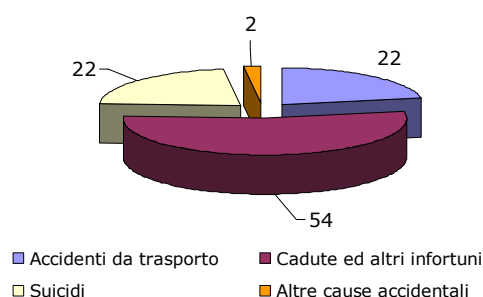
Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2015 del 6% dei decessi tra gli uomini e tra le femmine (Graf. 6-7). Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per entrambi i sessi che raggiunge la significatività statistica (Tab. 2-3).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2015 del 3% dei decessi tra gli uomini e del 4% tra le femmine (Graf. 6-7)

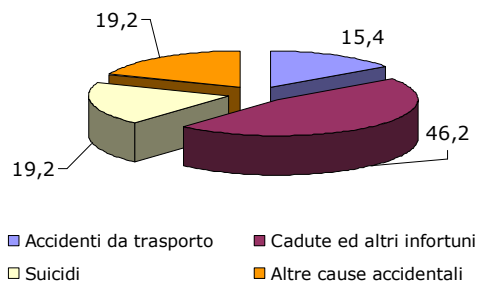
Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2015 del 3% dei decessi tra le femmine e del 5% tra gli uomini, per i quali si registra un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale, non significativo.

La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle "Cadute ed altri infortuni" rispettivamente per il 54% nei maschi e per il 46 % nelle femmine (Graf. 15- 16).

Graf. 15 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2015 Maschi



Graf. 16 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2015 Femmine



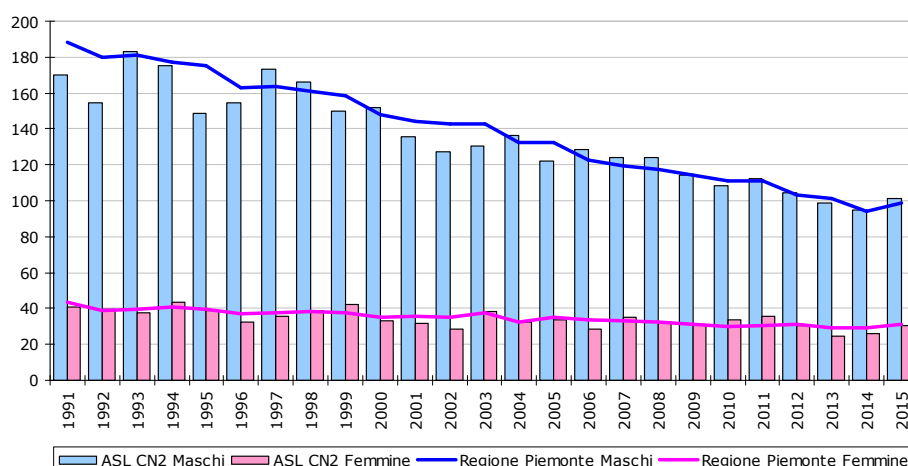
Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, gli incidenti stradali sono responsabili del 22% dei decessi nei maschi e del 15% nelle femmine (Graf. 15-16).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie fumo correlate** sono responsabili nel 2015 di 175 decessi tra gli uomini e 79 tra le femmine. Tale mortalità è caratterizzata da un andamento temporale in diminuzione dal 1991 al 2014 e in lieve crescita nel 2015 rispetto al precedente anno in entrambi i sessi (Graf. 17); appare inoltre lievemente in eccesso nella popolazione maschile e femminile rispetto al dato regionale, eccesso che non è statisticamente significativo (Tab. 4).

Tab. 4 - Mortalità per Malattie fumo correlate ASL CN2 - Anno 2015.

Causa di morte	Sesso	Osservati	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie fumo correlate	Maschi	175	101,25	108,16	92,70	125,46
	Femmine	79	30,55	104,03	82,32	129,69

Graf. 17 – Mortalità per malattie fumo correlate – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2015. Maschi e Femmine



Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2015 di 36 decessi tra gli uomini e 14 tra le femmine, tale mortalità appare lievemente in difetto in entrambi i sessi rispetto al dato regionale, difetto statisticamente non significativo (Tab. 5).

Tab. 5 - Mortalità per Malattie alcol correlate ASL CN2 - Anno 2015

Causa di morte	Sesso	Osservati	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie alcol correlate	Maschi	36	25,29	99,59	69,82	137,75
	Femmine	14	6,60	93,51	50,45	158,30

La Sorveglianza PASSI consente anche di indagare su alcune condizioni patologiche quali ad esempio **ipertensione, ipercolesterolemia e diabete**. Nel quadriennio 2014-2017 Passi rileva che nella popolazione 18-69 ASL CN2, il 18% riferisce una diagnosi di ipertensione, il 20% di ipercolesterolemia e il 3% di diabete (Tab. 6).

Tab. 6 – Rischio cardiovascolare e diabete ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2014-2017.

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95% sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,07	82,84	87,06	80,8	80,0	81,5	82,5	82,2	82,7
Ipertensione riferita	18,32	16,19	20,65	19,1	18,3	19,8	19,8	19,6	20,1
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	79,52	77,08	81,76	76,5	75,7	77,2	79,4	79,2	79,7
Ipercolesterolemia riferita	20,29	17,86	22,96	21,9	21,0	22,8	22,7	22,4	23,0
Diabete	3,49	2,57	4,70	3,8	3,5	4,2	4,8	4,6	4,9

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 appropriate modifiche degli stili di vita ed eventualmente col trattamento farmacologico.

Dai dati Passi 2014-2017 risulta che l'85% ha riferito di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista (Tab. 6). Il 76% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e al fine di mantenere sotto controllo la pressione arteriosa, l'81% ha ricevuto il consiglio di diminuire il consumo di sale, il 78% di controllare il peso corporeo, l'82% 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 2014-2017 risulta che l'80% riferisce di aver misurato almeno una volta nella vita il livello ematico di colesterolo (Tab. 6). Il 34% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico; l'83% ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi, l'81% di fare regolare attività fisica, il 71% controllare il peso corporeo e il 75% di consumare più frutta e verdura.

L'attenzione degli operatori sanitari rivolta ai pazienti affetti da *diabete* si rileva elevata: il 76% ha ricevuto consiglio di fare regolare attività fisica, il 55% di smettere di fumare; il 96% dei diabetici e in eccesso ponderale ha ricevuto consiglio di perdere peso.

Stili di vita

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute, ma le azioni di contrasto stanno producendo una diminuzione della mortalità fumo correlata come già precedentemente descritto (Graf. 17). Nella popolazione adulta (18-69 anni) dell'ASL CN2, nel quadriennio 2014-2017 (Sorveglianza PASSI), la prevalenza di fumatori è del 28%, mentre quella degli ex fumatori del 19% (Tab. 7).

Tab. 7 – Abitudine tabagica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2014-2017.

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	52,99	50,07	55,89	57,0	56,1	58,0	56,4	56,0	56,7
Fumatori	27,65	25,11	30,35	23,9	23,1	24,7	26,0	25,7	26,3
in astensione	0,85	0,44	1,64	1,0	0,8	1,2	1,0	0,9	1,0
occasionali	0,37	0,14	0,98	0,6	0,5	0,8	0,5	0,5	0,6
quotidiani	26,43	23,93	29,10	22,2	21,4	23,0	24,4	24,1	24,7
Ex-fumatori	19,35	17,16	21,75	19,1	18,4	19,8	17,6	17,4	17,9
Numero medio di sigarette fumate	11,45	10,59	12,31	12,5	12,2	12,8	12,3	12,2	12,5

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.

La maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione è maggiore nelle generazioni più giovani (Graf. 18).

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 34% e 22%), nelle fasce di età 18-24 (33%) e 25-34 (34%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (34%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (38%). Gli ex fumatori aumentano con l'età, sono più numerosi tra gli uomini e tra chi ha un grado di scolarità elevato. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11 (Tab. 7).

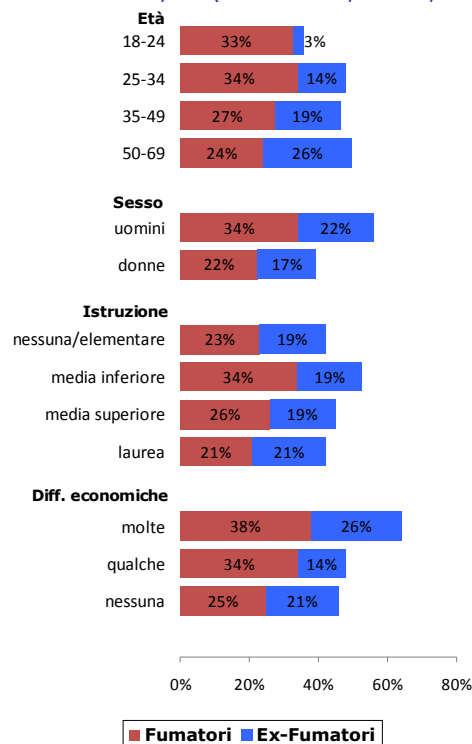
Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 44% ha tentato di smettere. Di questi: l'84% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); il 7% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno). Solo l'1% di chi ha tentato di smettere di fumare, lo ha fatto partecipando a corsi organizzati dall'ASL.

Tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 50% è stato chiesto se fuma (fumatori 71%; non fumatori 46%); tra i fumatori il 49% ha ricevuto il consiglio di smettere (51% Piemonte e pool ASL Passi). Il consiglio di smettere di

Graf. 18 – Abitudine tabagica per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 PASSI 2014-2017

Fumatori: 27,7% (IC 95%: 25,1%-30,4%)

Ex-fumatori: 19,4% (IC 95%: 17,2%-21,8%)



fumare è stato dato a scopo preventivo (20%), per motivi di salute (12%), per entrambe le ragioni 17%.

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) (96% Piemonte; 91% pool ASL Passi); tra i lavoratori intervistati il 97% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre (95% Piemonte; 93% pool ASL Passi).

Il 16% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque). Il divieto assoluto di fumare in casa è maggiore in presenza di minori di 15 anni: l'astensione dal fumo infatti è più alta nelle case in cui vive un bambino fino a 14 anni compresi (96% vs. 84%).

Nel periodo 2014-2017 (Sorveglianza PASSI), il 66% della popolazione dell'ASL CN2 di età compresa 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).

L'ASL CN2 si presenta come un territorio in cui il consumo di alcol è più elevato rispetto alla media regionale (Tab. 8), ma con una percentuale di consumatori a maggior rischio inferiore. Il 16% ha inoltre abitudini di consumo considerate a maggior rischio¹ (complessivamente il 7% beve fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato², l'8% è bevitore binge³) (Tab. 8).

Tab. 8 – Consumo di alcol ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2014-2017.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	66,37	63,68	68,95	58,4	57,5	59,3	55,3	54,9	55,6
Consumo fuori pasto	7,54	6,16	9,21	8,1	7,7	8,6	8,2	8,1	8,4
Consumo abituale elevato ²	2,67	1,87	3,79	5,3	4,9	5,8	3,2	3,1	3,3
Consumo binge ³	8,16	6,69	9,92	9,7	9,2	10,3	9,1	8,9	9,2
Consumo a maggior rischio ¹	16,25	14,25	18,47	19,7	18,9	20,4	17,0	16,8	17,2
Bevitori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno dal medico ⁴	5,30	2,39	11,32	7,4	6,2	8,9	6,1	5,7	6,5
Alcol e guida	6,22	4,67	8,26	7,4	6,8	8,2	7,4	7,2	7,7

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.

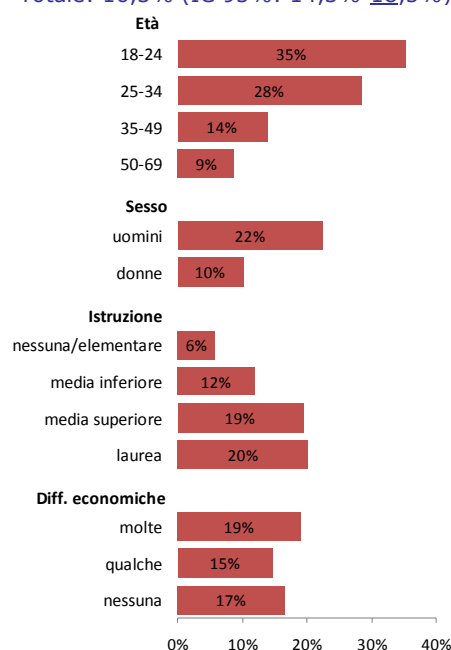
⁴ Tra coloro che si sono recati dal medico negli ultimi 12 mesi.

La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni (35%) e tra gli uomini (22%) (Graf. 19).

Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari dell'ASL CN2 rispetto alle persone con consumo a maggior rischio di alcol: nel periodo 2014-2017, solo il 5% di essi riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo; tale percentuale risulta peraltro inferiore alla media regionale (7%) e al Pool di ASL (6%) (Tab. 8).

Inoltre a proposito di alcol e guida, nel periodo 2014-2017, 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 (7% Piemonte e Pool ASL PASSI) (Tab. 8).

Graf. 19 – Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche ASL CN2 - PASSI 2014-2017
Totale: 16,3% (IC 95%: 14,3%-18,5%)



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 2014-2017.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% % inf	IC95% % sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% % inf	IC95% sup
Obesi	8,54	7,04	10,33	8,4	7,9	9,0	10,7	10,5	10,9
Sovrappeso	25,82	23,40	28,40	28,5	27,7	29,4	31,7	31,4	32,0
Normo/sottopeso	65,63	62,89	68,28	63,1	62,2	63,9	57,6	57,3	57,9

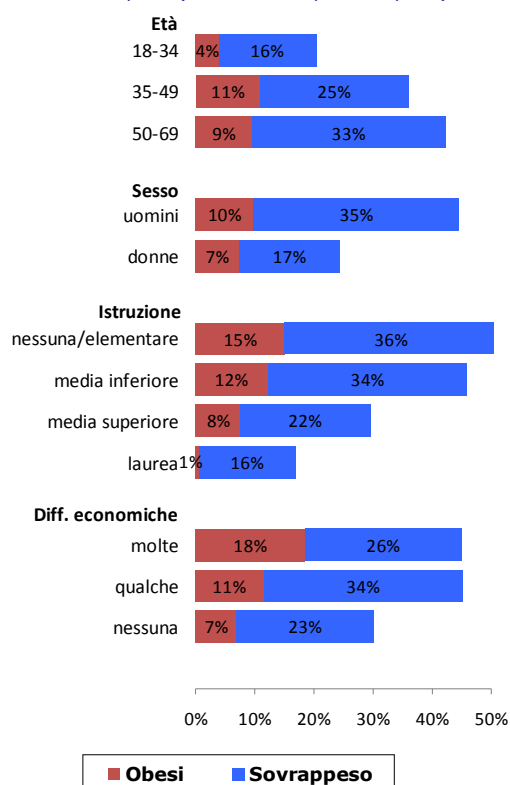
Il 26% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2014-2017 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono il 9% (Tab. 9); gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (35%) e obesi (10%) rispetto alle donne (17%, 7%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche (Graf. 20).

Inoltre tra i soggetti in eccesso ponderale il 54% ha ricevuto il consiglio da parte del proprio medico di famiglia o da altro operatore sanitario di perdere peso (48% Piemonte e Pool ASL PASSI) e il 44% di fare attività fisica, mentre il 24% dichiara di seguire una dieta.

Graf. 20 – Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche.

ASL CN2 – PASSI 2014-2017

Totale: 34,4% (IC 95%: 31,7%-37,1%)



Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** è noto rappresenti 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 il 9% assume le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore inferiore al dato regionale 12%, e a quello del Pool nazionale 10%) (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 2014-2017.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	1,03	0,57	1,85	1,9	1,6	2,2	2,7	2,5	2,8
1/2 porzioni	43,67	40,78	46,61	42,5	41,6	43,4	48,4	48,1	48,7
3/4 porzioni	46,63	43,70	49,59	44,1	43,1	45,0	39,0	38,7	39,3
5+ porzioni	8,67	7,16	10,46	11,6	11,0	12,2	10,0	9,8	10,2

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 35% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 43% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 22% è completamente sedentario (33% Piemonte e 34% Pool ASL) (Tab. 11).

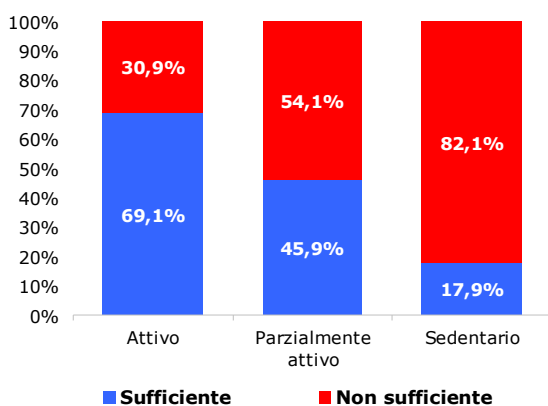
Tab. 11 – Attività fisica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2014-2017.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	34,64	31,89	37,50	31,3	30,4	32,2	31,7	31,4	32,0
Parzialmente attivo	43,36	40,47	46,30	35,9	35,0	36,9	34,7	34,4	35,1
Sedentario	22,00	19,64	24,55	32,8	31,9	33,7	33,6	33,3	33,9

La sedentarietà è lievemente più diffusa in particolar modo nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle persone con bassa scolarità e con molte difficoltà economiche (Graf. 21).

Il 18% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente (Graf. 22).

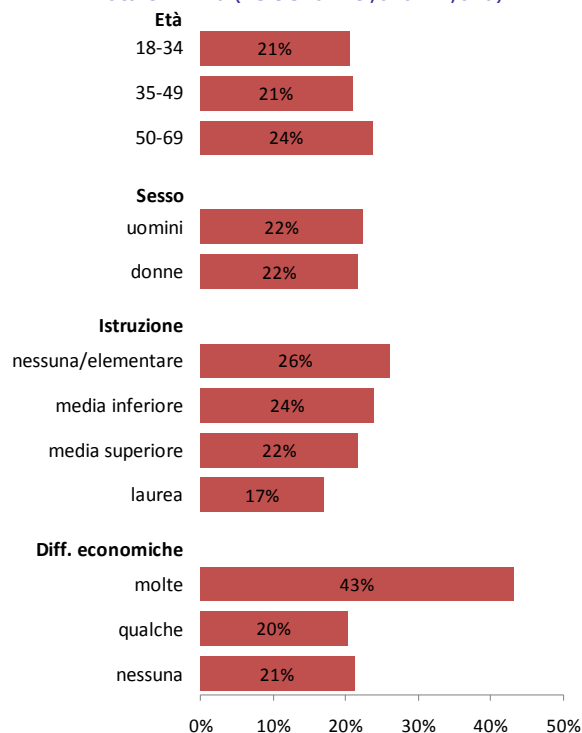
Graf. 22 – Autopercezione del livello di attività fisica. ASL CN2 – PASSI 2014-2017



Il 34% dei soggetti di 18-69 anni che si sono recati dal medico di famiglia nell'ultimo anno ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica, tale percentuale aumenta tra gli assistiti affetti almeno da una patologia esercizio-sensibile (50%).

Graf. 21 – Sedentari per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 – PASSI 2014-2017

Totale: 22% (IC 95%: 19,6%-24,6%)



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 ringraziano gli intervistatori PASSI 2014-2017 ASL CN2: *Allario Milena, Bottallo Marisa, Bussolino Paola, Dogliani Maria Grazia, Fenocchio Maddalena, Franco Carlevero Nadia, Giachino Giovanna, Leone Aldo, Magliano Rosa, Masenta Marina, Musso Claudia, Palma Anna Maria, Pansa Susanna, Rolando Tiziana, Serventi Maria Gabriella, Sorano Nicoletta* – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica; *Giachelli Vilma, Lora Elena* – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro; *Marziani Natalina* – S.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e per il campionamento: *Fessia Daniele* – S.C. Informatica, telecomunicazioni e sistema informativo.

Malattie infettive

Franco Giovanetti

La presente relazione ha come obiettivo la descrizione delle caratteristiche epidemiologiche fondamentali di talune malattie infettive nel territorio dell'ASL CN2 durante il 2017. 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 presente report.

1. Malattie di classe I

Nel corso del 2017 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

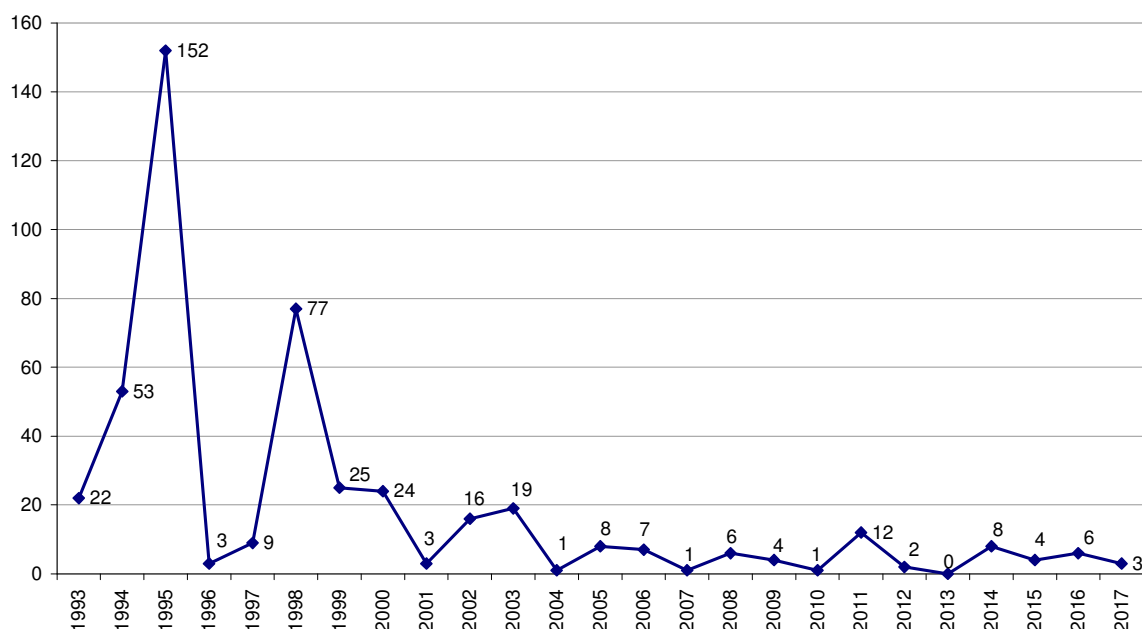
Numero di casi segnalati nel 2017: 3

Tasso d'incidenza: 1.75/100.000

Età: 1 mese, 5 anni e 9 anni

Stato vaccinale: 2 vaccinati; il lattante di 1 mese, data l'età, non aveva ancora iniziato il percorso vaccinale. La vaccinazione materna con una dose di richiamo del vaccino difterite-tetano-pertosse durante il terzo trimestre di gravidanza (tra le 27 e le 36 settimane) è stata recentemente introdotta in Italia proprio con l'obiettivo di scongiurare i casi di pertosse nelle prime settimane di vita. La vaccinazione della madre rende possibile il trasferimento degli anticorpi materni al feto, che risulta particolarmente efficiente durante il terzo trimestre. Gli anticorpi di origine materna sono in grado di proteggere il bambino durante le prime settimane di vita, prima dell'inizio del ciclo vaccinale, previsto durante il terzo mese (tra i due mesi compiuti e prima del compimento dei tre mesi).

Fig. 1 - ASL CN2. Pertosse: andamento del numero casi per periodo 1993-2017



2.2 Morbillo

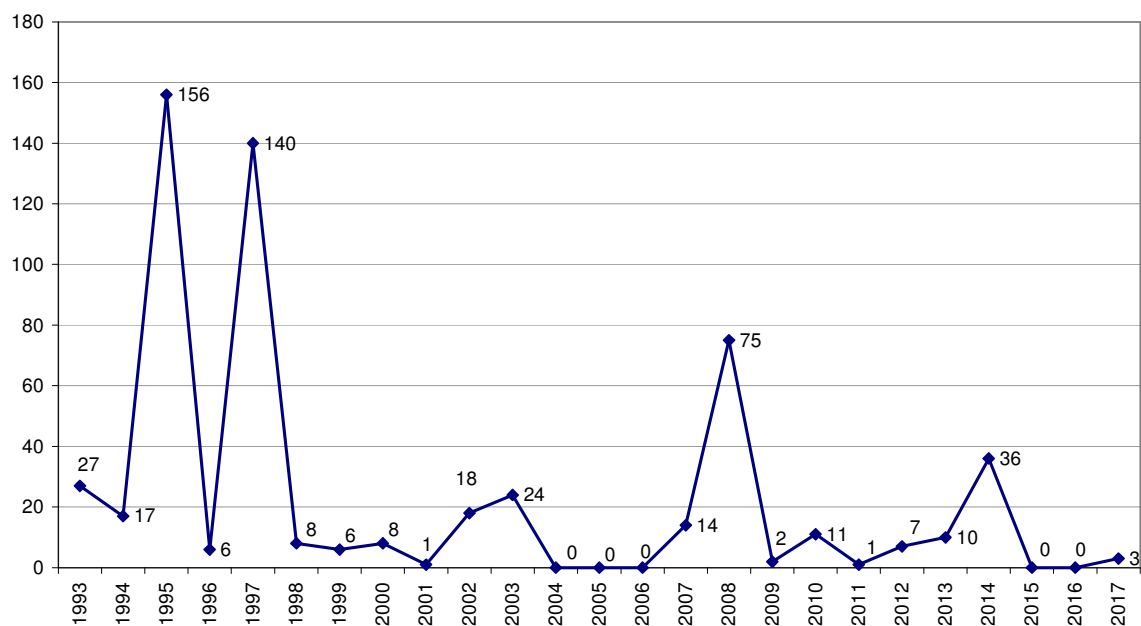
Numero di casi segnalati nel 2017: 3

Tasso d'incidenza: 1.75/100.000

Età: 20, 38 e 39 anni

Stato vaccinale: nessuno dei tre era vaccinato.

Fig. 2 - ASL CN2. Morbillo: andamento del numero casi nel periodo 1993-2017



2.3 Parotite epidemica

Numero di casi segnalati nel 2017: 1

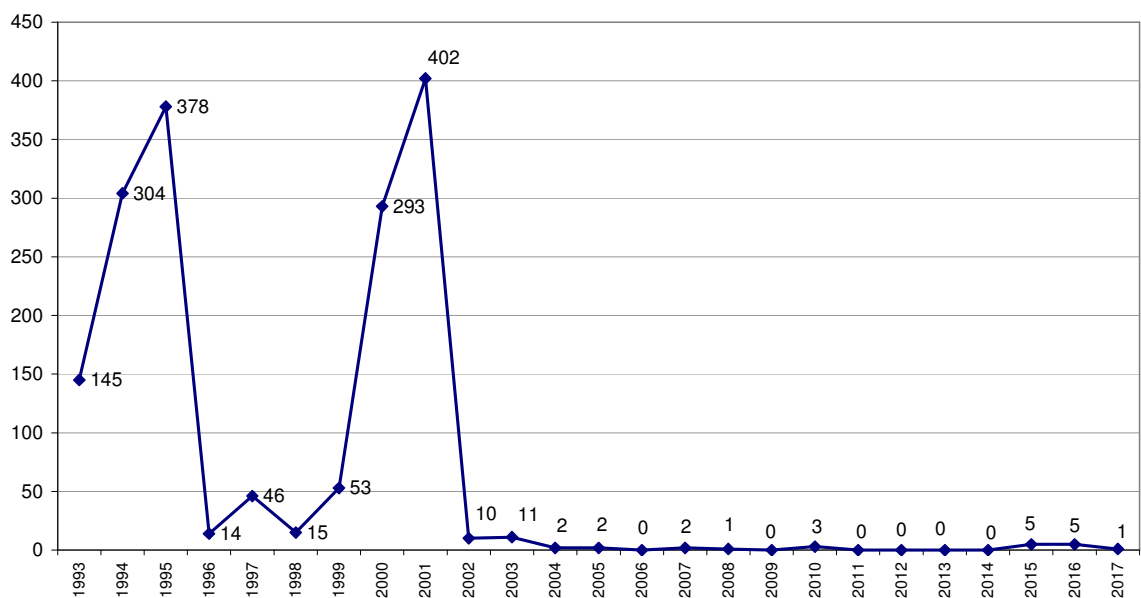
Tasso d'incidenza: 0.58/100.000

Età: 14 anni

Stato vaccinale: paziente vaccinata con due dosi

Note: la localizzazione monolaterale e la breve durata della tumefazione parotidea (circa 36 ore) rendono tuttavia improbabile la diagnosi di parotite epidemica, poiché altri virus minori possono determinare un quadro di parotite. Non è stata effettuata la sierologia.

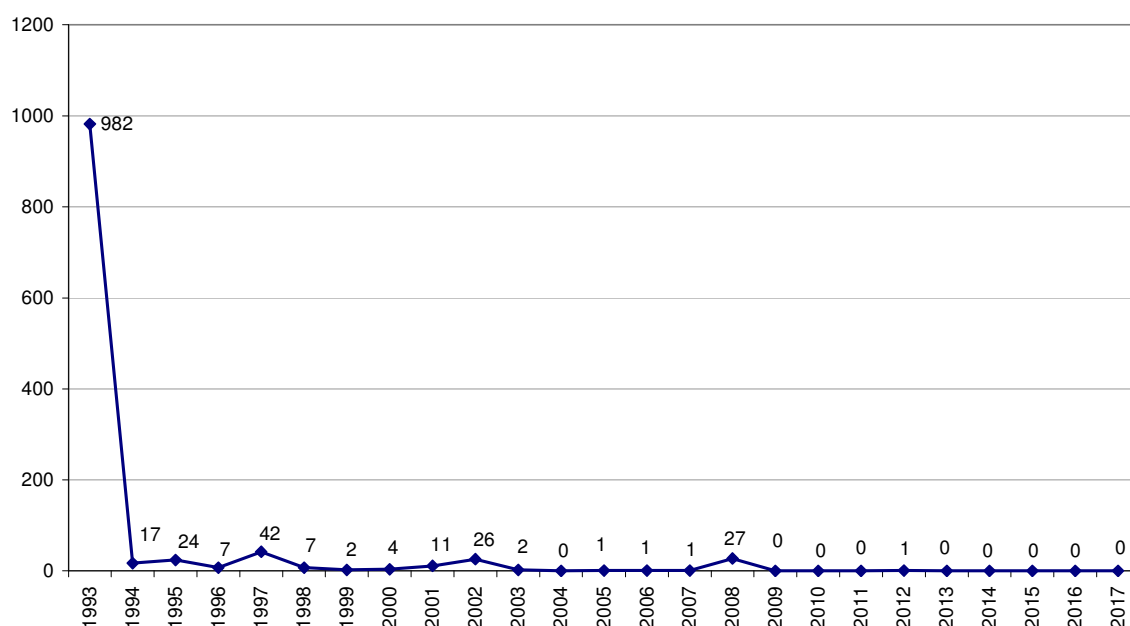
Fig. 3 - ASL CN2. Parotite epidemica: andamento del numero casi nel periodo 1993-2017



2.4 Rosolia

Numero di casi segnalati nel 2017: 0

Fig. 4 - ASL CN2. Rosolia: andamento del numero casi nel periodo 1993-2017



2.5 Varicella

Numero di casi segnalati nel 2017: 1.337

Tasso d'incidenza: 780/100.000.

Il Piano Nazionale di Promozione delle Vaccinazioni 2017-2019 ha introdotto la vaccinazione quadrivalente morbillo-parotite-rosolia-varicella, resa obbligatoria con la legge 119/2017 per i nati a partire dal 2017. Nei prossimi anni, se saranno raggiunte coperture adeguate, potremo assistere ad una significativa riduzione dell'incidenza.

3. Altre malattie segnalate

MALATTIA	n. casi
SALMONELLOSI	43
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	36
INFEZIONI INTESTINALI DA ALTRI ORGANISMI	9
DIARREA INFETTIVA	2
EPATITE VIRALE A	14
INFEZIONE GONOCOCCICA (BLENORRAGIA, GONORREA)	2
MALATTIA DEL LEGIONARIO (LEGIONELLOSI)	6
MALATTIE DA VIRUS COXSACKIE	42
MENINGOENCEFALITE VIRALE	5
MONONUCLEOSI INFETTIVA	18
SCABBIA	8
SCARLATTINA	85
SIFILIDE RECENTE CON SINTOMI	1
SINDROMI RESPIRATORIE GRAVI E INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE	1
ALTRI ESANTEMI VIRALI	36

Malattie batteriche invasive

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

Le caselle evidenziate in azzurro riguardano i casi (tutti non vaccinati) in cui è stato isolato un sierotipo di *S. pneumoniae* contenuto nel vaccino coniugato 13 valente. In giallo il caso di una bambina di 23 mesi vaccinata con 3 dosi del vaccino coniugato 13-valente (il sierotipo 8 non è contenuto nel vaccino). Da notare che ben 4 casi su 15 sono polmoniti causate dal sierotipo emergente 12F (evidenziati in rosso), che in Nordamerica è risultato associato a cluster epidemici.

Età	Quadro clinico	Diagnosi di lab.	Agente etiologico	Sierotipo	Precedente vaccinazione
42	SEPSI POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	8	No
84	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	18A	No
75	SEPSI POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	22F	No
34	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	18F	No
77	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	14	No
62	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	12F	No
82	SEPSI	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	12F	No
68	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	8	No
23 mesi	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	8	Sì, 3 dosi PCV13
15	SEPSI POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	1	No
66	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	12F	No
85	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	20	No
28	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	12F	No
26	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	14	No
79	POLMONITE	COLTURA	<i>S. pneumoniae</i>	non disponibile	No

Malattie d'importazione

Malaria

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

Età	Sesso	Paese in cui l'infezione è stata acquisita	Periodo di soggiorno in area endemica	Agente etiologico	Chemioprolifassi	Precauzioni anti-vettoriali
75	M	Liberia	Dicembre 2016-febbraio 2017	<i>P. malariae</i>	Non effettuata	Non adottate
40	M	Uganda	Gennaio-Maggio 2017	<i>P. falciparum</i>	Incompleta, con meflochina	Sì
22	M	India	Residente in India sino all'ottobre 2017	<i>P. vivax</i>	No	No

Altre malattie trasmesse da vettori

Malattia	Età	Sesso	Paese in cui l'infezione è stata acquisita	Periodo di soggiorno in area endemica
Dengue	22	M	India	Agosto 2017
Malattia da Zika virus	36	M	Cuba	Luglio 2017

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

Nella tabella seguente sono riportate le **coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età** nel corso del 2017 tra i bambini residenti nell'ASL CN2, confrontate con il dato di copertura complessivo della Regione Piemonte. Si tratta quindi dei nati nel 2015.

	DTaP	IPV	Hib	HBV	MPR	Pneumococco	Meningo cocco C
ASL CN2	95.9	95.9	95	95	94.5	93.1	92.4
Regione Piemonte	95.8	95.7	95.3	95.4	94.7	92.8	92.4
Italia	94.6	94.5	94.2	94.3	91.6	90.9	83

DTaP = Difterite-Tetano-Pertosse

IPV = Polio

Hib = Haemophilus b

HBV = Epatite B

MPR = Morbillo Parotite Rosolia

Le coperture vaccinali nell'ASL CN2, in seguito alla crisi di fiducia innescata nel 2012 dalla ben nota sentenza di Rimini, hanno presentato un calo significativo soltanto a partire dalla coorte di nascita 2013. Pertanto è interessante verificare, nelle 3 coorti più recenti, l'andamento delle coperture per i vaccini obbligatori in base alla legge n. 119/2017, misurate in tre momenti:

A = il 30/05/2017, subito prima della firma del Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 che ha introdotto l'obbligo (successivamente convertito nella legge 31 luglio 2017, n. 119);

B = il 31/12/2017, dopo 5 mesi di sedute vaccinali straordinarie per il recupero dei soggetti non in regola;

C = il 30/06/2018, ossia a distanza di un anno dall'entrata in vigore del decreto.

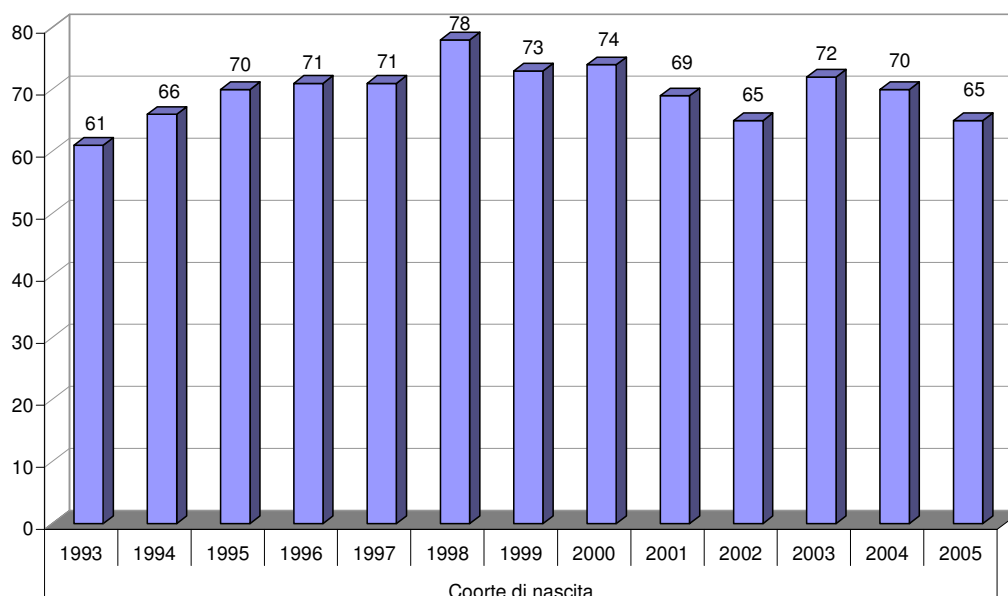
Come si può dedurre dalla tabella che segue, l'unico vaccino che complessivamente ha mostrato un significativo aumento della copertura è morbillo-parotite-rosolia, con un incremento medio sulle 3 coorti pari al 3.5%. Il minore impatto del provvedimento sugli altri vaccini potrebbe essere solo apparente, dato che nelle coorti considerate il calendario prevede solo una dose del vaccino MMR (la seconda si somministra a 5-6 anni di età), mentre per il completamento delle 3 dosi necessarie per i restanti vaccini occorre un periodo di almeno 8 mesi.

Coorte	DTPa			IPV			Hib			HBV			MPR		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
2013	92.7	92.9	94.8	92.5	92.9	94.8	90.8	91	92.5	91.7	91.9	93.5	89.6	92.1	94.5
2014	95.9	96	95.8	95.5	95.7	95.6	93.7	93.7	93	94.2	94.3	94.2	92.2	94.7	95.2
2015	96	95.9	96.5	96	95.9	96.5	95.4	95	95.5	95.2	95	95.8	93.1	94.5	95.6

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. Sono complessivamente superiori alla media della Regione Piemonte.

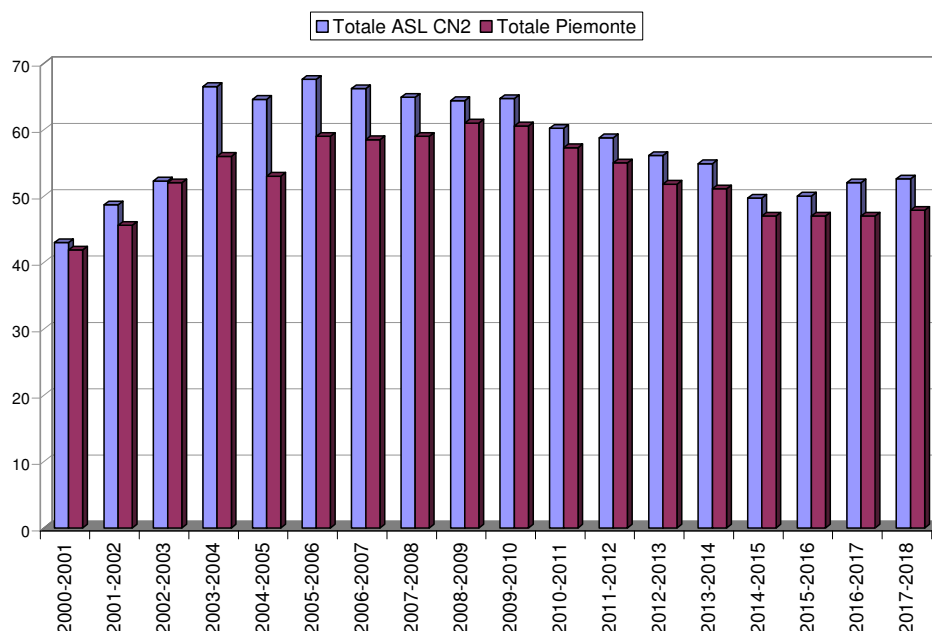
Fig. 5 - ASL CN2. Papillomavirus: % ragazze vaccinate con ciclo completo, coorti di nascita 1993-2005



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 significativo calo, coerente con la perdita di fiducia verso il programma vaccinale; a partire dalla stagione 2016-2017 la copertura tra i residenti dell'ASL CN2 è aumentata di circa il 2% rispetto ai due anni precedenti, raggiungendo il 52% (52,6% nella stagione 2017-2018) contro una media regionale del 47,8%.

Fig. 6 - ASL CN2. Copertura vaccinale contro l'influenza negli ultra65enni

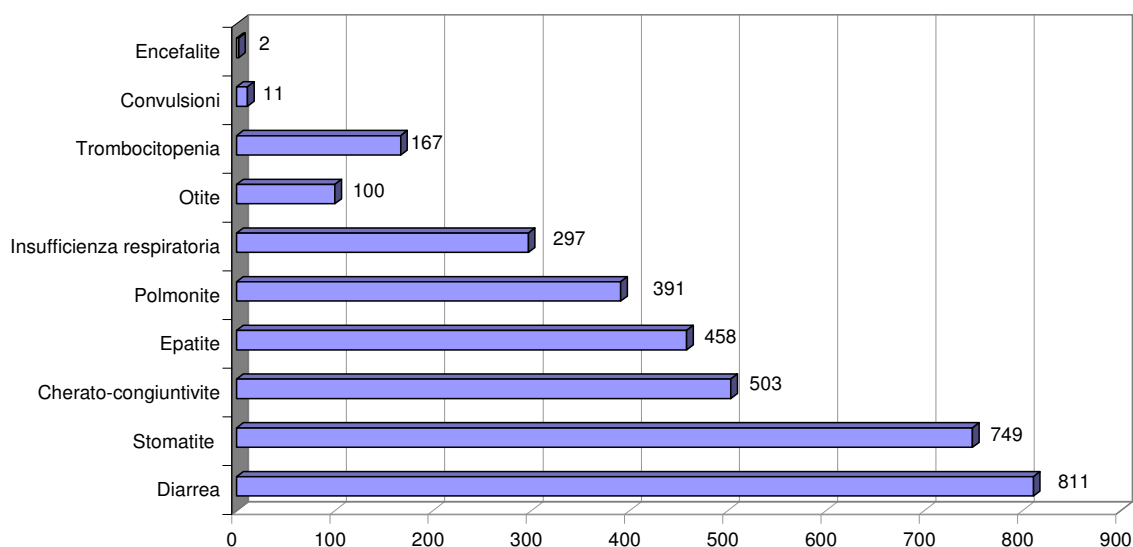


7. Epidemia di morbillo in Italia e in Piemonte: il 2017 annus horribilis

Il 2017 è stato per il morbillo un anno epidemico in Italia. Sono stati segnalati 5.401 casi. L'80% dei casi è stato confermato in laboratorio, i rimanenti sono stati classificati come casi possibili o probabili secondo le definizioni europee. L'età mediana è stata pari a 27 anni (range: 1 giorno - 84 anni). L'87,6% dei casi dei quali era noto lo stato vaccinale non era mai stato vaccinato, il 7,2% aveva effettuato una sola dose di vaccino e solo l'1,6% aveva ricevuto due dosi, mentre il 3,6% non ricordava il numero di dosi.

Il 45% dei casi segnalati è stato ricoverato e un ulteriore 21% è stato visitato in Pronto Soccorso. Il 34,1% dei casi (1.845/5.407) ha riportato almeno una complicanza. Il quadro delle principali complicanze è come segue.

Fig. 7 - Morbillo. Italia 2017. Numero complicanze riscontrate nei casi segnalati

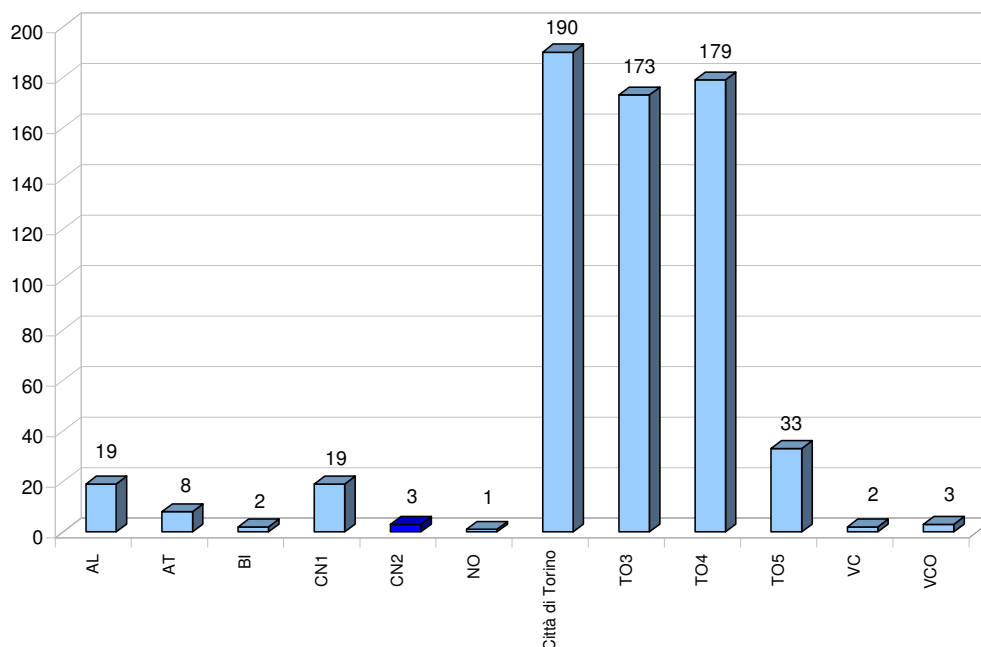


I due casi di encefalite riportati si sono verificati rispettivamente in un bambino con meno di due anni di età e in un adulto di 36 anni.

Sono stati segnalati quattro decessi: tre bambini di 1, 6 e 9 anni di età e una persona di 41 anni, tutti non vaccinati. In tutti i casi erano presenti patologie sottostanti e la causa del decesso è stata l'insufficienza respiratoria.

In Piemonte la distribuzione dei casi per ASL di residenza è illustrata dal seguente grafico.

Fig. 8 - Morbillo in Piemonte 2017: numero dei casi segnalati per ASL di riferimento



La presenza in Italia di ampie sacche di suscettibili al morbillo è la conseguenza del mancato raggiungimento delle coperture vaccinali necessarie all'eliminazione della malattia, individuate in almeno il 95% di vaccinati con una dose. Nel nostro Paese non è mai stato raggiunto tale livello di copertura, tranne in alcune realtà locali (tra cui l'ASL CN2, nel periodo 2006-2010). Il virus del morbillo continua a circolare, determinando casi in tutte le fasce d'età. Nel 2017 l'incidenza più elevata ($686/10^6$) è stata osservata nei bambini sotto l'anno di età, troppo piccoli per essere vaccinati contro il morbillo. La loro protezione dipende esclusivamente dall'immunità di gruppo (herd immunity) che nel caso dell'Italia è fortemente deficitaria a causa della presenza di soggetti non vaccinati in tutte le fasce d'età, adolescenti e adulti compresi. Ed è proprio tra questi ultimi, specialmente i giovani adulti, che si è registrato un altro picco d'incidenza ($186 \text{ casi}/10^6$) che si affianca a quello dei bambini di 1-4 anni ($317/10^6$).

Per interrompere la trasmissione del morbillo sono necessarie tre azioni:

- incrementare le coperture vaccinali tra i bambini piccoli per la prima e la seconda dose (previste a 12 mesi e 5-6 anni rispettivamente);
- individuare e attuare strategie di recupero degli adolescenti e degli adulti suscettibili;
- promuovere la vaccinazione tra gli operatori sanitari suscettibili, dato che è proprio in ambito nosocomiale che nel 2017 si sono avuti focolai d'infezione (ben 334 casi in operatori sanitari). Com'è noto il virus del morbillo è estremamente diffusibile, per cui il rischio di trasmissione nelle sale di attesa dei DEA e degli ambulatori e all'interno dei reparti di ricovero è alto, considerando che non è affatto necessario un contatto stretto o prolungato perché avvenga il contagio, al contrario di ciò che avviene per altre patologie. Inoltre il virus può diffondersi anche a vari metri di distanza dal paziente fonte e sopravvivere fino a 2 ore nell'aria o sulle superfici ed è stato osservato che una persona suscettibile può infettarsi anche dopo che un paziente affetto da morbillo si è già allontanato da un locale.

Bibliografia

AIFA. Rapporto vaccini 2017. La sorveglianza postmarketing in Italia <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/rapporto-vaccini-2017-sorveglianza-postmarketing-italia>

Deng X, Peirano G, Schillberg E, Mazzulli T, Gray-Owen SD, Wylie JL, et al. Whole-genome sequencing reveals the origin and rapid evolution of an emerging outbreak strain of *Streptococcus pneumoniae* 12F. Clin Infect Dis. 2016;62:1126–32.

Tubercolosi: patologia antica ma sempre attuale

Carla Carbone, Silvia Bassino

Introduzione

La tubercolosi (TB) è una malattia conosciuta sin dall'antichità. Evidenze di TB nell'uomo (Morbo di Pot) risalgono a mummie egiziane e a soggetti vissuti in Italia durante il periodo neolitico.

Agli inizi del XIX secolo la tubercolosi rappresentava la più comune causa di morte per singole malattie; in Inghilterra, ad esempio, il tasso di mortalità annuale per tubercolosi si aggirava intorno ai 400-500 casi per 100.000 abitanti.

Nonostante sia una malattia prevenibile e curabile, la tubercolosi non rappresenta un problema sanitario del passato ma un fenomeno estremamente attuale; ancora oggi è una delle dieci principali cause di morte a livello mondiale (nel 2016 si collocava al nono posto).

I grandi flussi migratori, la pandemia di HIV e l'emergenza di ceppi resistenti ai farmaci sono fra i fattori che hanno maggiormente contribuito al ritorno dell'emergenza della TB in ogni zona geografica.

I numeri

Si stima che 1/3 della popolazione **mondiale** sia infettata da *Mycobacterium tuberculosis*; nel 2016 questa malattia ha portato al decesso quasi 2 milioni di persone e ha registrato oltre 10 milioni di nuovi casi.

In **Europa**, nel 2016, sono stati stimati 290.000 nuovi casi di TB, equivalenti a un tasso di 32 casi per 100.000 abitanti.

In **Italia** l'incidenza della tubercolosi, nell'ultimo decennio, si è mantenuta costantemente sotto i 10 casi per 100.000 abitanti, valore soglia per definire un Paese **a bassa endemia**, come anche in molti paesi dell'Europa occidentale. Il numero dei casi notificati in Italia ha mostrato nel tempo una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza, passando da 9,5 casi per 100.000 abitanti nel 1995 a 6,5 casi per 100.000 nel 2017 (casi segnalati nel 2017: 3.944).

Nel 2017, sono stati segnalati in **Piemonte** 356 casi di tubercolosi, pari a un tasso di incidenza di 8,1 casi per 100.000 abitanti. Dal 2006 i tassi di incidenza si mantengono costantemente sotto la soglia dei 10 casi per 100.000 abitanti, valore che colloca la nostra regione tra le aree a bassa endemia di tubercolosi.

Nell'**ASL CN2** la situazione epidemiologica rispecchia l'andamento nazionale e regionale; nel 2017 sono stati segnalati 14 casi di cui 1 diagnosticato fuori regione, pari a un tasso di incidenza di 8 casi per 100.000 abitanti.

TB e immigrazione

Prosegue l'arrivo, anche nella nostra regione, di persone migranti soccorse nell'ambito delle operazioni di Triton Frontex (Fig. 1).

Fig. 1 - Operazione Triton



L'operazione Triton è stata una operazione di sicurezza delle frontiere dell'Unione europea condotta da Frontex, l'agenzia europea di controllo delle frontiere, con l'obiettivo di tenere controllate le frontiere nel mar Mediterraneo. [Wikipedia](#)

[Luogo: Unione europea](#)

[Data di inizio:](#) 1 novembre 2014

[Ha sostituito](#) l'Operazione Mare Nostrum

Il sistema di accoglienza predisposto in Piemonte è stato strutturato in modo tale da poter far fronte all'arrivo dei migranti. A livello locale tutte le ASL si sono organizzate per garantire risposte tempestive e appropriate agli eventuali bisogni di salute delle persone accolte sul territorio regionale.

Per quanto riguarda la patologia tubercolare, i migranti sono considerati "gruppo a rischio". Rischio rappresentato dal provenire da Paesi ad alta endemia tubercolare (> 50 casi/100.000 abitanti) o dall'aver soggiornato per lunghi periodi, durante il loro viaggio migratorio, in zone a elevata diffusione di TB e/o in condizioni di estrema povertà o disagio sociale. Intervento prioritario per il controllo della patologia é, pertanto, la **ricerca attiva dei casi di TB** mediante lo screening radiografico del torace.

Nei centri di accoglienza regionali, in occasione della prima valutazione sanitaria, vengono ricercati sintomi e /o segni riferibili alla TB in atto e la presenza di possibili fattori di rischio specifici; successivamente le persone sono sottoposte a RX Torace.

Screening tubercolare per la ricerca della TB attiva

Per ottimizzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi realizzati dalle ASL, la Regione Piemonte, con Determina Dirigenziale del settore assistenza sanitaria e Socio-sanitaria n. 283 del 28 aprile 2017, ha identificato il Centro Polifunzionale della Croce Rossa Italiana di Settimo Torinese quale punto di hot-spot dello screening radiologico per la malattia tubercolare rivolto ai migranti del Programma Triton Frontex. In questo centro, infatti, si convoglia la maggior parte degli arrivi dal sud Italia. Da qui i migranti, dopo una prima valutazione clinica, vengono trasferiti alle strutture di accoglienza - **CAS** (centro accoglienza stranieri) - dislocate sul territorio regionale. La Regione Piemonte, con nota del 4 luglio 2017-prot. n. 14588 A1409A, ha aggiornato le modalità di esecuzione dello screening per la ricerca della tubercolosi attiva rivolto ai migranti accolti in Piemonte.

Alle ASL, nello specifico ai Servizi di Igiene e Sanità pubblica, è richiesta la verifica dell'esecuzione della radiografia del torace presso il Centro di riferimento regionale della CRI di Settimo Torinese o di provvedere all'eventuale esecuzione dell'esame radiologico se non effettuato.

L'indagine, attività di verifica, è iniziata a luglio 2017, in seguito all'emissione della relativa nota regionale, ed è stata condotta nel periodo luglio-dicembre 2017.

Risultati

Nell'ASL CN2 sono presenti 22 strutture di accoglienza migranti: CAS (al 31.12.2017 - dato fornito dalla Prefettura di Cuneo).

Il numero complessivo degli ospiti, provenienti da Paesi ad elevata endemia tubercolare (>50 casi/100.000 abitanti), ammonta a **365** (dato soggetto a variazioni perché l'indagine non è puntuale ma periodica, luglio-dicembre 2017, durante il quale si possono verificare abbandoni e/o nuovi ingressi).

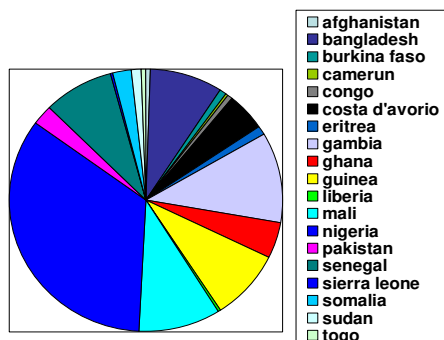
Si tratta prevalentemente di giovani uomini (358 maschi e 7 femmine), la maggior parte dei quali ha un'età compresa fra i 18 e i 27 anni.

La maggior parte di essi proviene dall'Africa Subsahariana: il Paese più rappresentato è la Nigeria (124), seguito dal Gambia (40), dal Mali (36), dal Senegal (31) e dalla Guinea (31). In numero minore provengono da: Burkina Faso (3), Camerun (2), Congo (2), Costa d'Avorio (17), Eritrea (4), Ghana (17), Liberia (1), Sierra Leone (1), Somalia (8), Sudan (4) e Togo (2).

Per quanto riguarda il Continente asiatico i Paesi rappresentati sono: il Bangladesh (31), il Pakistan (9) e l'Afghanistan (2) (Fig. 2).

Tutte le donne provengono dalla Nigeria.

Fig. 2 - Paesi di provenienza



La verifica effettuata, come richiesto dalla circolare regionale, ha evidenziato che:

- la **quasi totalità** degli ospiti aveva eseguito la Rx torace all'ingresso nella struttura (CAS);
- per **36 ospiti la Rx torace** è stata richiesta dal Centro di Epidemiologia e Prevenzione TB del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, perché sprovvisti;
- **non** si sono riscontrati casi di Tubercolosi attiva.

L'indagine iniziata e condotta nel 2017 prosegue. La Prefettura di Cuneo invia periodicamente al Centro di Epidemiologia e Prevenzione TB i nominativi dei nuovi ingressi con conseguente aggiornamento della sorveglianza.

Bibliografia

Epicentro, portale per l'epidemiologia e sanità pubblica, ISS.

<http://www.paleopatologia.it/articoli/paleopat.php>

<http://www.salute.gov.it/portale/news>

<https://www.seremi.it/>

Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Pubblicazione realizzata nell'ambito dell'Accordo Quadro di collaborazione tra INMP, ISS e SIMM per lo sviluppo del Programma Nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti"

L'ambulatorio di medicina dei viaggi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL CN2: Bilancio di 5 anni di attività (2013-2017)

Franco Giovanetti

La gestione ambulatoriale del viaggiatore internazionale si sviluppa in tre fasi:

- a) la consulenza, in cui vengono esaminati i fattori di rischio legati al viaggiatore (storia clinica, stato attuale di salute, terapie in corso), quelli legati alle modalità del viaggio (durata, sistemazione, itinerario) e quelli legati all'ambiente (situazione epidemiologica del Paese che si intende visitare);
- b) l'educazione del viaggiatore, che riceve una serie di raccomandazioni in merito alle strategie per la riduzione dei rischi (misure antivettoriali, precauzioni alimentari etc.);
- c) la prescrizione della chemioprophilassi antimalarica quando è necessario;
- d) la somministrazione dei vaccini in base alla valutazione dei rischi.

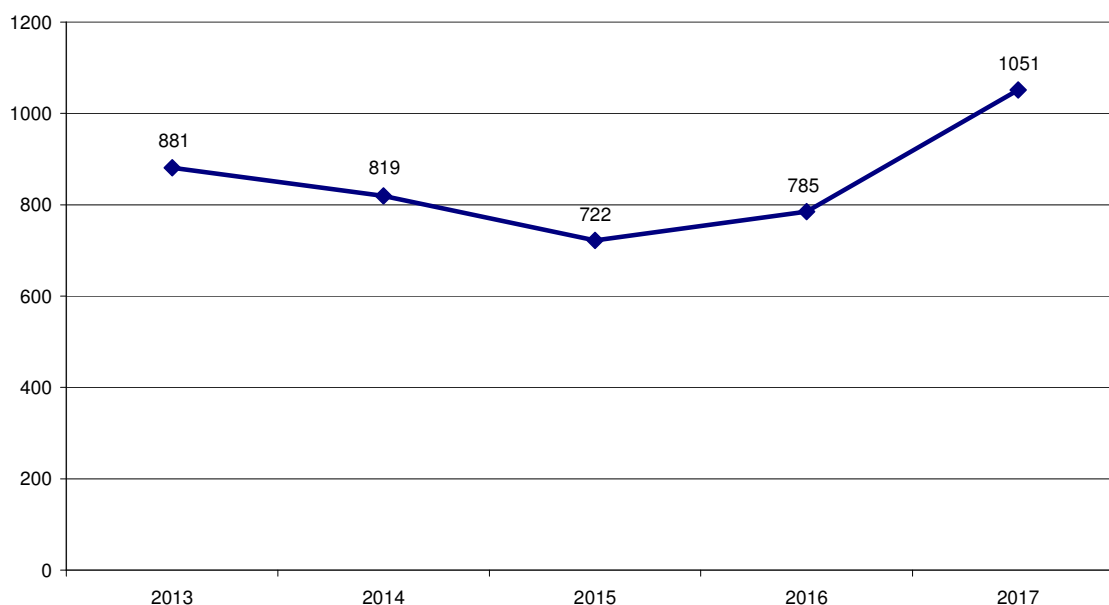
Tali procedure sono routinariamente utilizzate presso il Centro di Medicina dei Viaggi dell'ASL CN2. Le fonti utilizzate per fornire informazioni aggiornate ai viaggiatori sono rappresentate principalmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dai Centers for Disease Control and Prevention, dalla International Society for Infectious Diseases e dalle Indicazioni della profilassi antimalarica nei viaggiatori in area endemica della Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (SIMET) (1).

La presente relazione intende brevemente fornire alcuni dati dell'attività dell'ambulatorio di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni dell'ASL CN2 (Centro autorizzato dal Ministero della Salute per la profilassi anti-ammarillica) negli ultimi cinque anni.

I grafici che seguono si riferiscono tutti al periodo 2013-2017 e illustrano i dati relativi ai viaggiatori che hanno usufruito della consulenza presso il nostro Centro.

Nel 2017 si è verificato un importante incremento delle persone che hanno richiesto la consulenza prima di intraprendere il viaggio (Fig. 1); ciò da un lato indicherebbe una maggiore consapevolezza dei rischi sanitari connessi con i viaggi e dall'altro potrebbe rappresentare una manifestazione di gradimento del servizio offerto, considerato che una parte dei viaggiatori è residente in altre ASL.

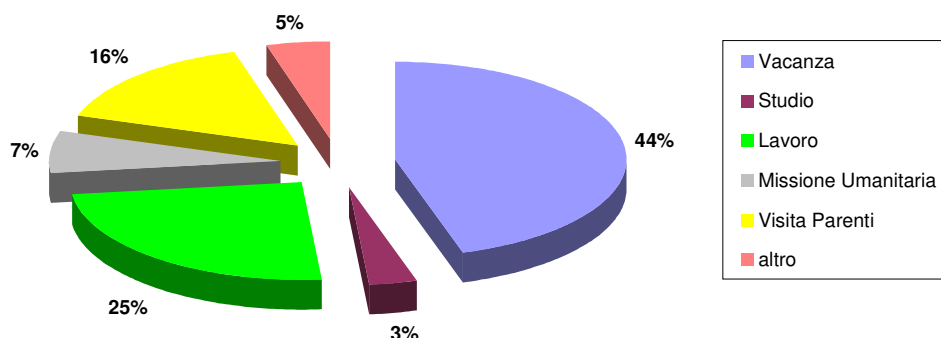
Fig. 1 - ASL CN2. Numero annuo di viaggiatori che hanno effettuato la consulenza, periodo 2013-2017



Riguardo ai motivi del viaggio (Fig. 2), nel periodo in esame il turismo prevale ma non raggiunge neppure la metà dei casi (44%). E' particolarmente rilevante la quota di coloro che viaggiano per lavoro (25%). Al terzo posto troviamo gli immigrati che ritornano nel paese d'origine per visitare i parenti (c.d. VRF, ossia Visiting Relatives and Friends), mentre il 7% è costituito da soggetti che si recano in Paesi in via di sviluppo per attività umanitarie e di volontariato. Esclusi i viaggiatori per vacanza, queste altre categorie presentano un profilo di rischio relativamente elevato, in quanto spesso si tratta di soggiorni prolungati (da 3-4

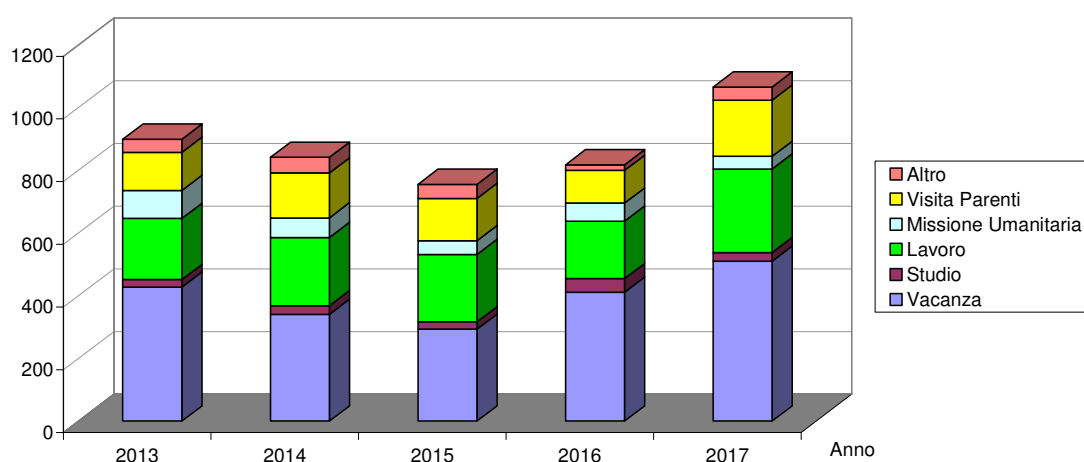
settimane sino a molti mesi), con sistemazione e itinerario difforni rispetto agli usuali standard turistici.

Fig. 2 - ASL CN2. Motivo del viaggio, periodo 2013-2017



La tendenza ad un aumento nel tempo della quota dei lavoratori e dei VRF è visibile in Fig. 3.

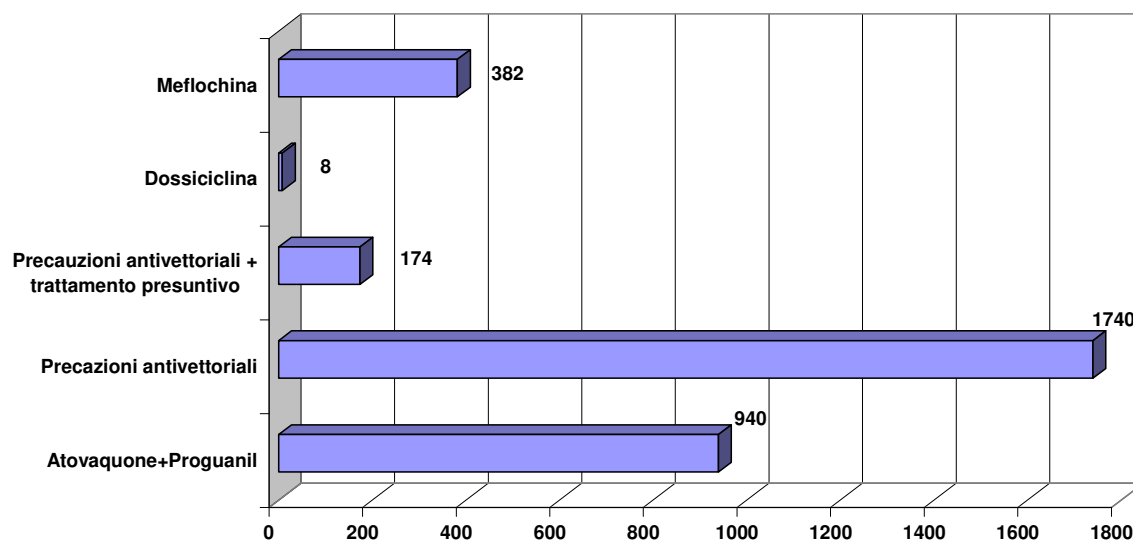
Fig. 3 - ASL CN2. Distribuzione dei viaggiatori per anno e motivo del viaggio, periodo 2013-2017



I grafici che seguono illustrano due aspetti delle attività di profilassi intraprese nei viaggiatori afferenti al nostro Centro, e precisamente la profilassi antimalarica e vaccinale.

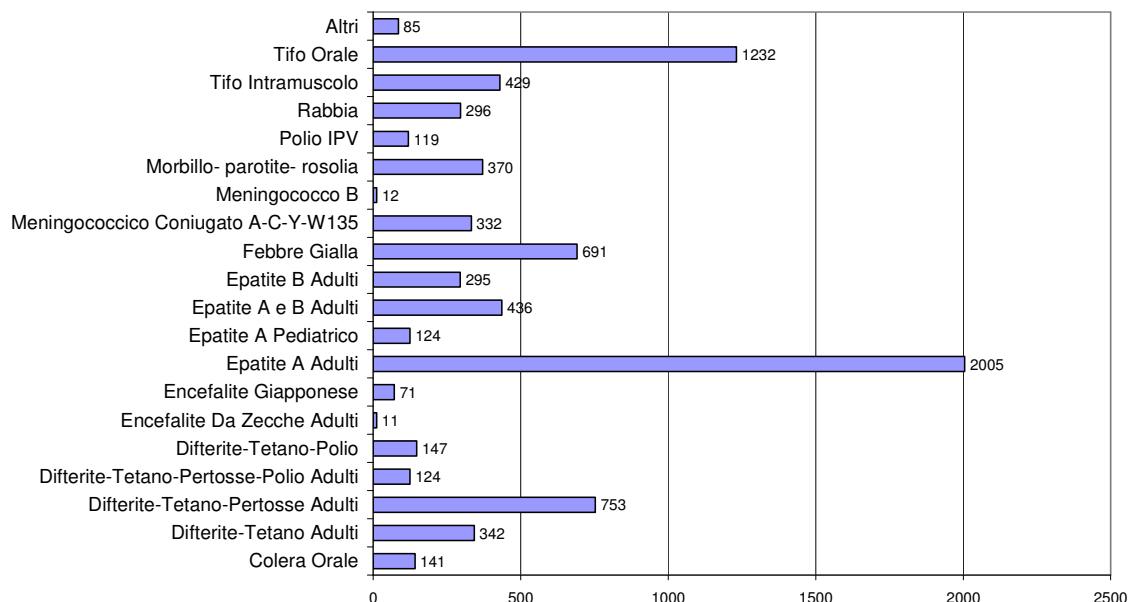
La distribuzione delle profilassi raccomandate (farmacologiche e no) in Fig. 4 è il riflesso della situazione epidemiologica della malaria, della frequenza relativa dei Paesi visitati dai nostri viaggiatori e dell'applicazione delle menzionate linee guida della SIMET, che per le aree geografiche a basso rischio prevedono la sola applicazione delle precauzioni vettoriali o la combinazione di misure antivettoriali e trattamento presuntivo, con prescrizione di un farmaco a base di piperachina tetrafosfato e diidroartemisinina.

Fig. 4 - ASL CN2. Tipi di profilassi malarica, periodo 2013-2017



Nel grafico che segue è riportato, per ogni vaccino disponibile, il numero dei soggetti immunizzati. Tale numero è ovviamente superiore al totale dei soggetti pervenuti alla nostra osservazione, in quanto ogni viaggiatore riceve sovente più di un vaccino. Come è logico attendersi, prevalgono i vaccini diretti verso alcuni patogeni piuttosto diffusi in molti Paesi in via di sviluppo (epatite A, febbre tifoide) o endemici in determinate aree frequentemente visitate dai nostri viaggiatori (febbre gialla).

Fig. 5 - ASL CN2. Vaccini somministrati ai viaggiatori internazionali nel periodo 2013-2017



Conclusioni

I viaggi internazionali sono in costante aumento e, sebbene con un certo ritardo, anche nel nostro Paese è in aumento la consapevolezza dei rischi. L'attività dei Centri di Medicina dei Viaggi ha una duplice finalità: la protezione del singolo viaggiatore dai rischi (che non sono esclusivamente di tipo infettivo) legati ai viaggi internazionali e allo stesso tempo la protezione della collettività dal rischio di importazione di patogeni in grado di diffondersi anche nel nostro Paese. Si tratta di un'eventualità non solo teorica, basti pensare alle epidemie di chikungunya di Ravenna (2007) e di Roma (2017), entrambe legate ad un virus d'importazione che è riuscito a diffondersi a causa della presenza del vettore *Aedes albopictus*, da anni insediato stabilmente in Italia.

Bibliografia

- 1) Guido Calleri, Federico Gobbi, Giuseppina Napoletano, Silvia Odolini, Roberto Romi, Andrea Rossanese, Lina Tomasoni. Indicazioni della profilassi antimalarica nei viaggiatori in area endemica. Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale
https://www.seremi.it/sites/default/files/QUADERNO_4_2018_linee%20guida%20web.pdf

UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI

Consumo di ricoveri ospedalieri e prestazioni ambulatoriali della popolazione residente nell'ASL CN2

Andrea Saglietti, Elio Laudani, Patrizia Corradini

Abstract

INTRODUZIONE: descrizione del consumo di ricoveri ospedalieri e di prestazioni ambulatoriali della popolazione residente nell'ASL CN2 nel periodo 1.1.2016 – 31.7.2018 (31 mesi).

METODI: frequenze assolute tratte dai flussi informativi amministrativi regionali.

RISULTATI: si misura la copertura del bisogno espresso, garantita da erogatori interni (ASL CN2) o da erogatori esterni (pubblici o privati).

CONCLUSIONI: le grandezze descritte possono essere un utile strumento per la programmazione sanitaria.

Introduzione

La programmazione dei servizi sanitari passa sicuramente dalla conoscenza della domanda di salute espressa dalla popolazione. Un valido aiuto, anche se non esaustivo, può essere rappresentato da un'analisi delle quantità di servizi "consumati" da tale popolazione.

I sistemi di analisi dei dati di supporto ai decision-maker, quelli che oggi vengono definiti in modo più generale come sistemi di Business Intelligence, possono supportare la finalità cui sopra si è fatto cenno.

Materiali e metodi

Per effettuare le analisi dei consumi di ricoveri ospedalieri e di prestazioni ambulatoriali della popolazione residente nell'ASL è stato utilizzato un cruscotto appositamente disegnato per il Distretto e alimentato dai dati estratti dagli archivi della Regione Piemonte.

Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata convenzionata, ha l'obbligo di rendicontare alla Regione la produzione effettuata relativamente agli episodi di ricovero e prestazioni ambulatoriali. Gli archivi regionali sono alimentati regolarmente tramite il sistema dei Flussi.

Leggendo questi archivi in funzione dell'ASL di residenza del paziente, l'Azienda può conoscere anche la "fuga" ovvero quello che altri erogatori hanno prodotto per i residenti in ASL.

RICOVERI: sono stati analizzati i DRG a maggior frequenza risultanti dalle schede di dimissione e per ognuno di questi si è analizzato il grado di soddisfacimento della domanda, cioè quanto viene prodotto "in casa" dal presidio ospedaliero gestito direttamente (ASL CN2), dagli istituti privati accreditati che insistono sul territorio, dall'Azienda Ospedaliera di riferimento (ASO S. Croce) e dagli altri produttori.

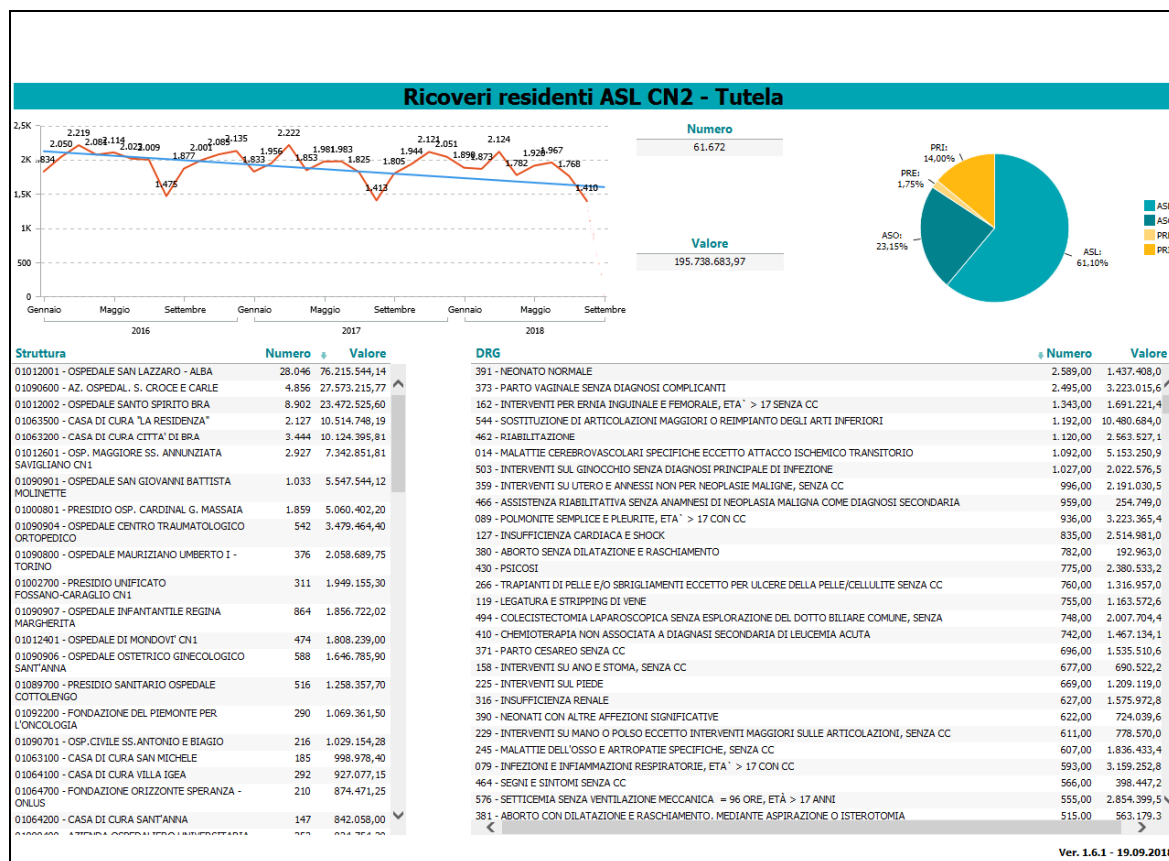
PRESTAZIONI AMBULATORIALI: sono state analizzate le prestazioni a maggior impatto economico.

Risultati

Nell'ambito di tutte le dimissioni ospedaliere, nel periodo considerato, l'analisi si limita ai DRG più frequenti o ritenuti più rilevanti, in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento.

Nella figura 1 si ha l'immagine d'insieme. A partenza da questa si possono analizzare i dati raggruppati per DRG e per struttura erogatrice.

Figura 1 – Consumo di Ricoveri - Totale



DRG 162 – INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE

Figura 2.a – Consumo di Ricoveri – DRG 162

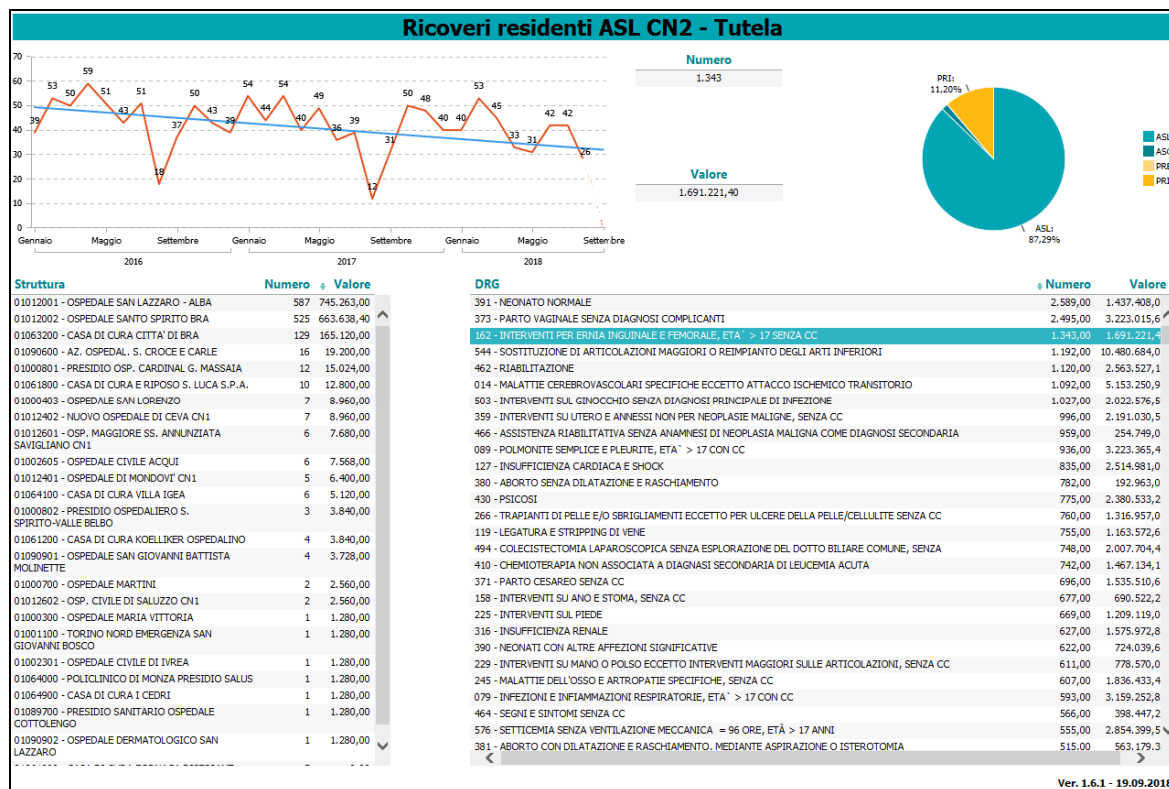


Figura 2.b – Andamento tendenziale – DRG 162

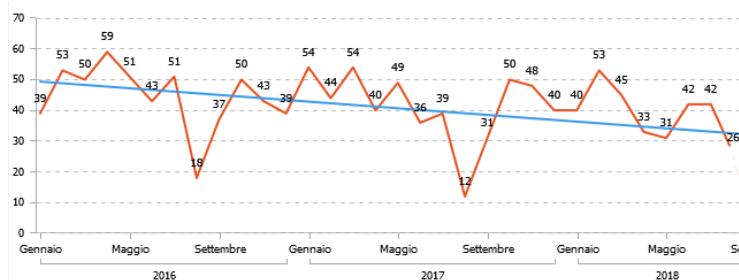
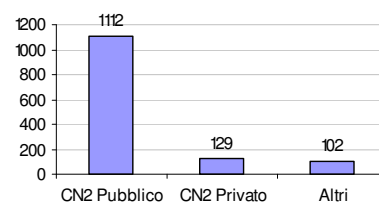


Figura 2.c – Tipo Erogatore



Il trend del DRG 162 è in decrescita e la domanda è principalmente soddisfatta dalle strutture dell'ASL CN2.

DRG 370-375 –PARTO

Tra i DRG più frequenti compare il 373 ovvero il parto naturale, ma per analizzare i ricoveri per tutti i parti occorre anche analizzare i restanti DRG dal 370 al 375.

Figura 3.a – Andamento tendenziale – DRG 370-375

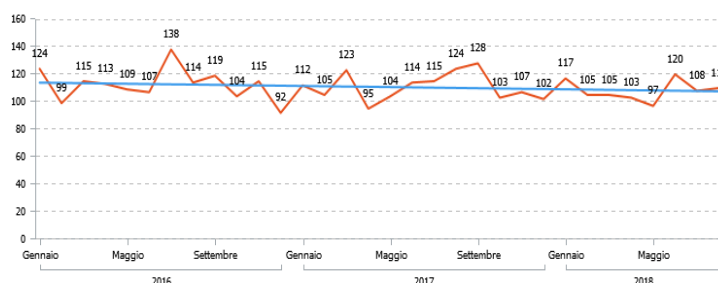


Figura 3.b – Tipo Erogatore

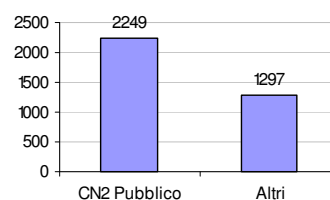
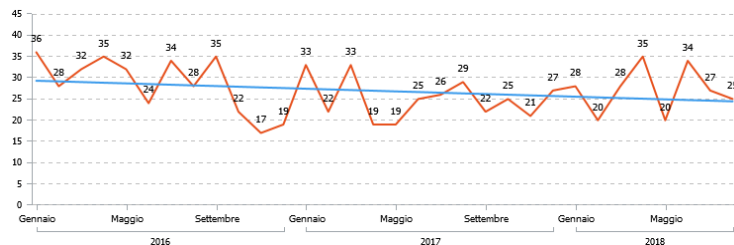


Figura 3.c – Andamento tendenziale – DRG 370-371 parto cesareo



DRG 544 – PROTESI ANCA E GINOCCHIO

Figura 4.a – Andamento tendenziale – DRG 544

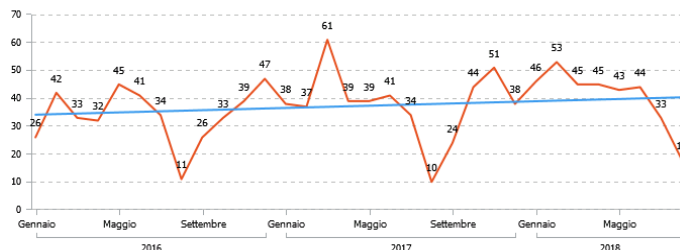
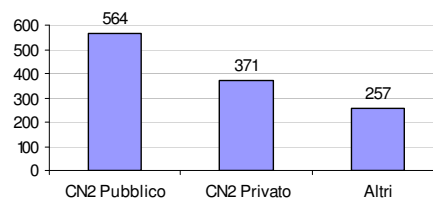


Figura 4.b – Tipo Erogatore



Il trend del DRG 544 è in leggera salita. Rilevante è il peso dell'erogatore privato che insiste nel territorio dell'ASL CN2.

DRG 014 – MALATTIE CEREBROVASCOLARI

Figura 5.a – Andamento tendenziale – DRG 014

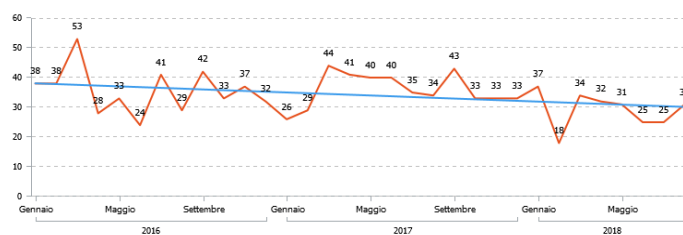
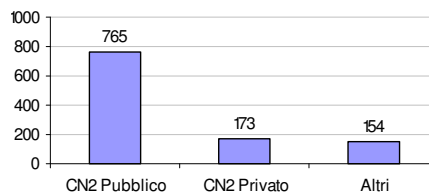


Figura 5.b – Tipo Erogatore



DRG 089 – POLMONITE SEMPLICE

Figura 6.a – Andamento tendenziale – DRG 089

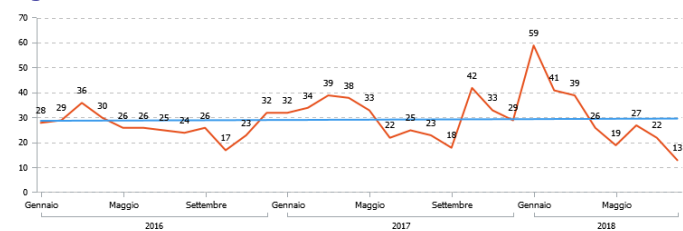
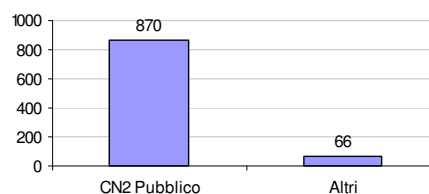


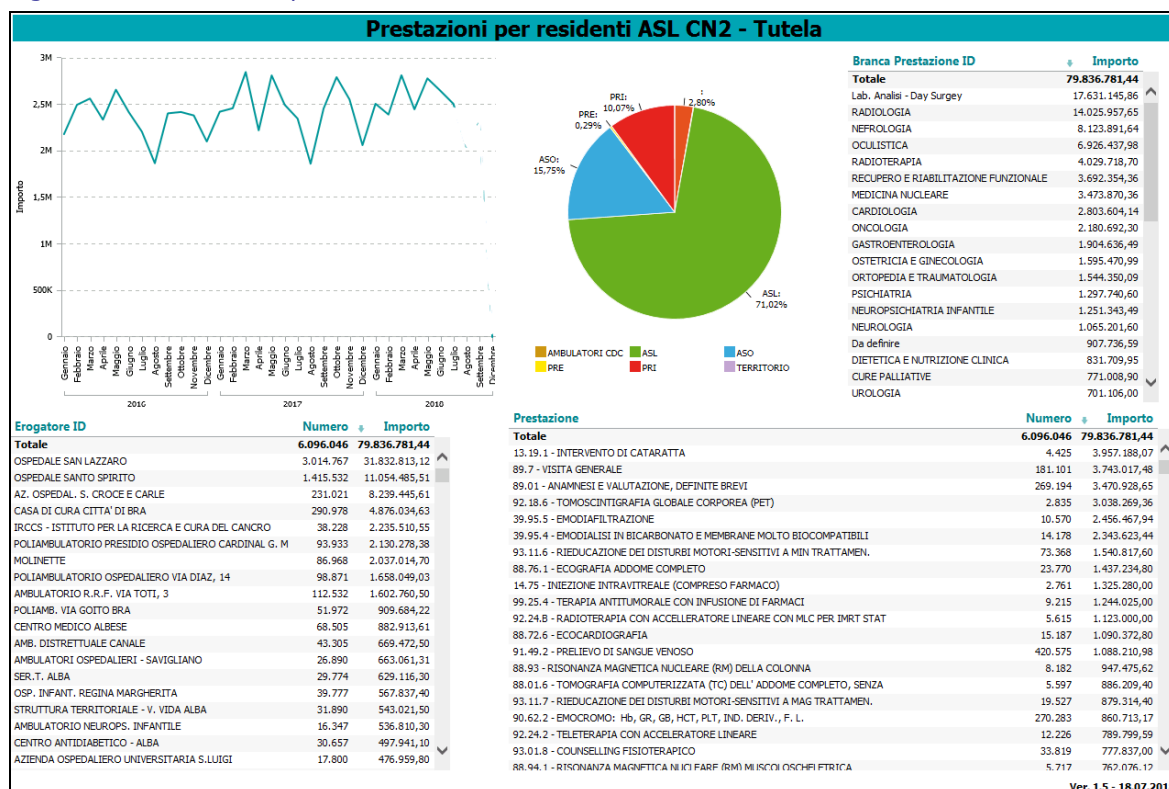
Figura 6.b – Tipo Erogatore



E' evidente come una quote rilevante è soddisfatta da erogatori diretti (ASL CN2).

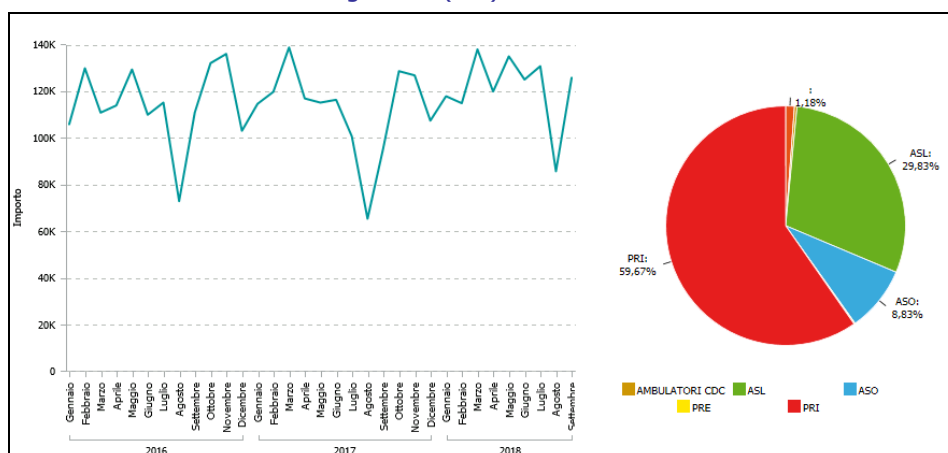
PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Figura 7 – Consumo di prestazioni ambulatoriali - Totale



Risonanza Magnetica (RM)

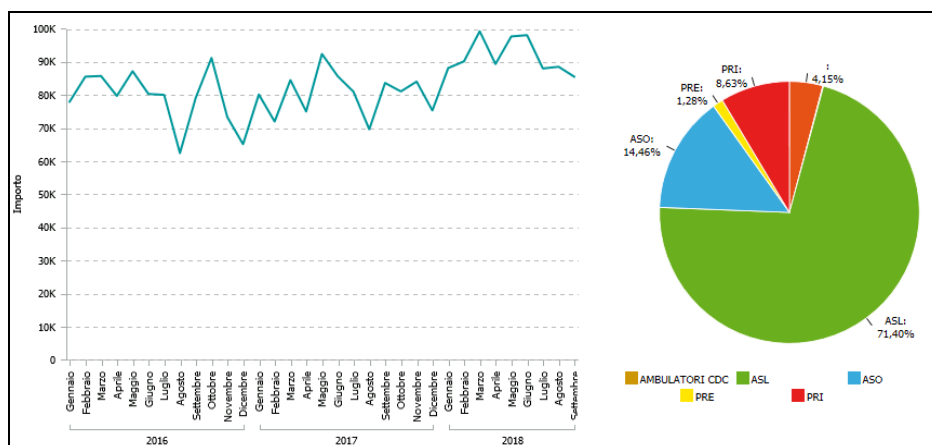
Figura 8 – Consumo di Risonanza Magnetica (RM)



E' rilevante l'utilizzo del privato accreditato per questo tipo di indagine diagnostica.

Tomografia Computerizzata (TC)

Figura 9 – Consumo di Tomografia Computerizzata (TC)



Al contrario della Risonanza Magnetica, la Tomografia Computerizzata è erogata in gran parte dal servizio pubblico.

Conclusioni

I programmatori di servizi sanitari hanno bisogno di misure oggettive per svolgere correttamente il loro compito prima di intraprendere, nei limiti delle loro funzioni istituzionali, ogni tipo di decisione.

I sistemi di Business Intelligence applicati alla organizzazione dei servizi sanitari pubblici sono in grado di fornire queste misure.

Territorio ed alleanze per la salute: la sfida continua!

Patrizia Corradini, Elio Laudani

La politica sanitaria tende a ridisegnare se stessa inseguendo i trend demografici e spostando faticosamente risorse dall'acuzie verso la prevenzione e verso la cronicità/fragilità. Il Distretto rappresenta, o dovrebbe comunque rappresentare, il fulcro di questo processo. All'assistenza territoriale viene da sempre riconosciuto il ruolo di riferimento per rispondere alle richieste di salute dei cittadini, garantendo la sostenibilità del S.S.N.

La prima risposta è rappresentata dalla diffusione capillare nel territorio dei medici di famiglia, i quali possono raggiungere la persona assistita e prendersi carico dell'intero nucleo familiare, con l'individuazione delle patologie a trasmissione familiare, delle abitudini di vita scorrette e quant'altro, essendo in grado di essere un riferimento essenziale per la salute del singolo in fase acuta, ma soprattutto in fase cronica. L'Annuario Istat 2017 che raccoglie tutte le principali statistiche del Paese conferma ovviamente le tendenze degli ultimi anni: meno ricoveri per acuti e più in lungodegenza e malattie croniche sempre in crescita.

Infatti, circa il 39 per cento dei residenti in Italia è affetto da almeno una delle principali patologie croniche.

I **medici di medicina generale** sono in media in Italia 7,4 ogni 10 mila abitanti. Nella nostra A.S.L. nel 2017 erano 109 per 171.386 abitanti, ovvero circa 6,4 ogni 10 mila abitanti.

Per quanto riguarda l'offerta di **pediatri di libera scelta**, sul territorio nazionale, ci sono circa 7.700 medici pediatri, con un rapporto di circa 9 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni. Nella nostra A.S.L. il numero di pediatri di libera scelta si mantiene da anni costante: infatti sono 16, circa 7 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni, essendo i bambini in tale fascia di età 22.890.

I medici di famiglia utilizzano sempre di più la condivisione telematica di documenti clinico - assistenziali.

E' importante lo sviluppo della diffusione e conoscenza tra i professionisti che operano in sanità dei sistemi informativi utilizzati quotidianamente in ambito sanitario. La telemedicina, per esempio, come applicazione delle tecnologie informatiche alla scienza medica, si sta diffondendo sempre di più. Anche il coordinamento dell'assistenza erogata in ospedale e sul territorio è facilitata da semplici soluzioni tecnologiche, con il coinvolgimento attivo dei pazienti stessi, per esempio utilizzando il "fascicolo sanitario".

I **servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica)** in Italia mantengono da anni una media di circa 19 medici ogni 100 mila abitanti. Nella nostra A.S.L. ci sono 26 medici per una popolazione di 171.386 abitanti, ovvero una media di circa 15 medici ogni 100 mila abitanti. La sfida che i medici di Continuità Assistenziale affrontano quotidianamente è particolarmente complessa, poiché entrano in contatto con pazienti la cui storia clinica non è nota ed i cui dati sanitari spesso non sono immediatamente accessibili. Inoltre, rispetto all'ambiente ospedaliero, cambia l'approccio al paziente, essendo decisamente più limitati gli strumenti di diagnosi e talvolta anche di terapia.

L'assistenza sanitaria sta vivendo un momento di grave crisi non solo di tipo economico ma di contenuti, di metodo, di credibilità professionale e di fiducia, di cui i medici, per primi, devono farsi carico. I problemi aperti sono tanti e complessi ma devono essere affrontati con urgenza, perché da essi dipende il benessere generale. La diffusione di atteggiamenti culturali secondo i quali fare di più è sempre meglio, la rinuncia alla comunicazione ed al dialogo, una visione spesso distorta della scienza e del pensiero scientifico rappresentano veri ostacoli al cambiamento.

Serve più cultura sanitaria, più informazione. I media hanno creato l'idea che la scienza medica sia la più esatta delle scienze, mentre così non è. Questa sensazione, molto rassicurante porta spesso a cercare la cura ad ogni costo, il farmaco ad ogni costo. Questo ha come conseguenza il mantenimento di una illimitata richiesta. Insomma, senza un decisivo cambio di rotta ci stiamo dirigendo a grandi passi verso una medicina che invece di tutelare la salute diventa essa stessa fonte di disagio, di malessere e di malattia.

Per rafforzare l'assistenza territoriale occorre individuare strumenti garanti della sinergia assistenziale realizzata dalla collaborazione tra pubblico, convenzionato e privato accreditato.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), dovrebbero essere inserite in quest'ottica nella rete dei servizi assistenziali quali strutture pluriprofessionali, garanti di un'assistenza h 24. In quanto tali, dal momento che sono elementi essenziali dei Distretti e dunque dell'assistenza territoriale, potranno contribuire al progetto di potenziamento reale del territorio, sempreché la politica abbia l'ardire di imporre comportamenti ed impegni conformi alle esigenze collettive, spesso contrapposte all'interesse di categoria.

In quest'ottica si colloca il Progetto aziendale relativo alle **Case della Salute**, che prevede la ri-

organizzazione delle attività sanitarie territoriali con l'apertura di quattro Case della Salute, articolate su più sedi, stante la complessità del territorio. Prioritariamente sono state attivate e saranno oggetto di potenziamento le Case della Salute funzionali di Cortemilia/Santo Stefano Belbo e di Canale/Montà. In seguito poi alla dismissione dei due presidi ospedalieri di Alba e di Bra, verranno altresì attivate ulteriori due Case della Salute nelle due maggiori città del territorio di riferimento della nostra A.S.L. Oltre ai servizi ed alle specialità già presenti, sono in corso progetti di potenziamento in particolare sulla gestione dei percorsi relativi alla cronicità, sul governo della domanda ed accompagnamento nel percorso di cura, sull'utilizzo della telemedicina, sull'integrazione socio-sanitaria e sulla promozione della comunicazione tra settori professionali diversi.

Si sottolinea, in particolare, l'attivazione e l'importante interazione tra il **Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.)** ed il **Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (N.O.C.C.)** che ha permesso di raggiungere l'obiettivo di definire cure appropriate inserite in un percorso di continuità assistenziale in modo uniforme su tutto l'ambito territoriale, grazie anche alla condivisione di una peculiare piattaforma informatica di collegamento Ospedale-Territorio.

Per quanto riguarda le forme associative della medicina generale e la specialistica ambulatoriale si sta lavorando con tutte le équipes dei medici di assistenza primaria e con gli specialisti ambulatoriali interni, anche in prospettiva di quanto previsto dai prossimi rinnovi contrattuali. E' altresì in corso di completamento l'acquisizione della necessaria attrezzatura per l'acquisto della quale sono stati previsti appositi finanziamenti.

L'obiettivo considerato prioritario nella realizzazione del progetto è quello di creare forti sinergie e collaborazioni positive fra tutte le parti coinvolte, cosa che ha contribuito sia a creare un clima favorevole e sia anche al superamento di eventuali criticità.

Non si tratta di "piccoli ospedali", ma di realtà in grado di aggregare per sinergia progetti preventivamente condivisi dove la tecnologia e l'umanizzazione possono camminare di pari passo per ritrovare il vero senso del "prendersi cura", al fine di delineare percorsi terapeutici diagnostici assistenziali condivisi e rispondere in modo appropriato soprattutto alle malattie croniche sempre in aumento.

La Casa della Salute deve contribuire attivamente nel territorio alla gestione dei processi di salute con competenza e professionalità, mantenendo inalterato quel rapporto interpersonale e di fiducia con il paziente che ha reso nel tempo per certi versi unica la figura del medico di famiglia.

Allo stato attuale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le patologie croniche come le "nuove epidemie". L'80-85% dei costi in sanità è assorbito proprio dalla cronicità, il vero grande problema che tutti i Paesi industrializzati devono fronteggiare, di pari passo alla sempre più crescente spesa sociale, legata non solo all'invecchiamento della popolazione ma anche ad altri fattori quali, per esempio, l'andamento del mercato del lavoro.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione, l'insufficienza cardiaca, l'artrosi/artrite, le malattie allergiche, l'osteoporosi, la bronchite cronica, l'asma bronchiale, il diabete, il parkinsonismo e l'insufficienza renale. Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Per la bronchite cronica e le malattie del cuore si rovescia lo svantaggio femminile nelle età più avanzate.

La reale attenzione alla persona e l'assistenza multidimensionale e multiprofessionale impongono una riformulazione dell'organizzazione dei servizi, implementando e riorganizzando le strutture del territorio col conseguente necessario cambiamento culturale ed organizzativo degli operatori.

Il **"Piano Nazionale della Cronicità"** definisce strategicamente la gestione e le linee d'indirizzo per una serie di patologie. Il Piano prende le mosse dal progressivo invecchiamento della popolazione, dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali; definisce poi, a livello nazionale, un "disegno strategico" per la gestione della cronicità, che le singole regioni possono attuare sul proprio territorio in considerazione della propria storia, dei servizi e delle risorse disponibili e detta le linee di indirizzo su patologie con particolari caratteristiche e bisogni.

Il Piano si pone l'obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia.

Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso rappresentano le principali cause di malessere per il paziente e di elevati costi economici e sociali. Il Piano, declinato a livello regionale ed aziendale, fornisce indicazioni per favorire:

- il riappropriarsi da parte della persona assistita della gestione in autonomia della propria malattia, rendendola in grado di conoscere ed accettare le proprie disabilità e diventare autonoma e consapevole sulle proprie scelte di salute;

- la continuità assistenziale, modulata sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso il più precoce possibile della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di tecnoassistenza e di telemedicina;
- i modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

Fondamentale diventa quindi il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche. Nella nostra A.S.L. gran parte dell'attività specialistica sul territorio è affidata ai medici specialisti ambulatoriali interni, dei quali si riportano di seguito i dati di attività dell'anno 2017 rapportati all'anno precedente.

ASSISTENZA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA

	2016			2017		
Branca Specialistica	Ore pagate	Numero prestaz.	Media oraria	Ore pagate	Numero prestaz.	Media oraria
ANGIOLOGIA	108	149	1,38	97,50	181	1,86
ALLERGOLOGIA	588,23	2.554	4,34	1.024,19	3.400	3,32
CARDIOLOGIA	2.818	7.157	2,54	2.808	6.875	2,45
DERMATOLOGIA	2.076,52	6.740	3,25	2.060	7.015	3,40
MEDICINA DELLO SPORT	1.358,50	2.331	1,72	1.352	2.115	1,56
NEUROLOGIA	1.123,82	1.684	1,50	1.136	1.888	1,66
OCULISTICA	2.606,84	5.689	2,18	2.268,20	4.030	1,78
ODONTOIATRIA	4.754,91	7.125	1,50	4.741,89	7.196	1,52
ODONTOIATRIA PROTESI DENTALE	1.002,16	1.436	1,43	977,45	1.273	1,30
ODONTOIATRIA E PROTESI DENTALE	5.757,07	8.561	1,49	5.719,34	8.469	1,48
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.929,53	8.019	4,16	1.924	7.129	3,71
OTORINOLARINGOIATRIA	1.540,50	5.878	3,82	1.541,50	5.952	3,86
SCIENZA DELL'ALIMENT. E DIET.	1.405,72	1.413	1,01	620,50	992	1,60
Totale UROLOGIA	1.092	3.633	3,33	1.092	3.551	3,25
TOTALE GENERALE	22.404,73	53.808	2,40	21.643,54	51.597	2,38

Il potersi curare all'interno della propria casa riveste aspetti decisamente positivi ormai da tutti ampiamente condivisi. I nostri Servizi territoriali di **Cure Domiciliari** si sono da anni organizzati per offrire, anche a domicilio, un'assistenza sempre più qualificata, suddivisa in livelli d'intensità a seconda delle esigenze della persona, utilizzando altresì strumenti e tecnologie innovative, come per esempio, la telemedicina, al fine anche di ridurre i disagi ed i costi legati agli spostamenti delle persone e garantire più efficienza e qualità.

Negli anni si è riusciti a seguire a domicilio casi sempre più complessi, grazie appunto anche alla possibilità di attivare:

- consulenze specialistiche a domicilio;
- consulenze psicologiche a domicilio;
- percorsi riabilitativi domiciliari;
- assistenza (in collaborazione con l'A.S.L. CN1), di ventiloterapia domiciliare per pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria e/o tracheotomizzati e da alcune patologie neurologiche/neuromuscolari;
- sperimentazione del progetto proposto dalla Città della Salute e della Scienza di Torino di "Radiologia Domiciliare" per casi particolari;
- capillare diffusione del Servizio di Vulnologia, che tratta di problematiche come le lesioni da pressione e le ulcere seguite anche a domicilio con la consulenza di Specialisti e personale infermieristico formato e motivato;
- impianto a domicilio, con tecnica eco guidata, di accessi venosi periferici (Midline) sicuri, con minori complicanze e disagio per la persona assistita e con notevoli vantaggi in termini di risorse risparmiate.

L'assistenza in Cure Palliative Domiciliari può attualmente contare inoltre sulla consulenza dei medici palliativisti, che valutano e concordano anche un eventuale ricovero in Hospice, qualora vengano meno le condizioni di assistenza nella propria casa.

Nel corso dell'anno 2017 sono state assistite in Hospice 116 persone, di cui 59 femmine (51%) e 57 maschi (49%).

I ricoveri per patologie oncologiche sono stati i più frequenti (92%), soprattutto per neoplasie maligne bronco-polmonari (24 casi), neoplasie maligne del colon, del sigma e del retto (11 casi), neoplasie maligne dell'encefalo e del sistema nervoso centrale (10 casi) e neoplasie maligne del fegato, delle vie biliari e della colecisti (10 casi); i casi seguiti per altre patologie (demenze, ischemie cerebrali, malattie neurodegenerative) sono stati 9.

CURE DOMICILIARI

Tipologia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A.D.I.	998	946	1.075	1.254	1.469	1.643	1.910	1.804	1.016	976	1.056	967	1.247
A.D.I.+C.P.	220	186	164	210	222	241	201	206	186	191	187	138	193
S.I.D.	720	693	993	880	913	931	861	713	554	601	593	672	455
A.D.P.	1.008	1.299	1.332	1.548	1.439	1.414	1.836	2.310	2.440	2.360	2.361	2.714	2.300
TOTALE	3.059	3.245	3.719	4.122	4.377	4.604	4.808	5.033	4.196	4.128	4.197	4.491	4.195

A.D.I.: Assistenza Domiciliare Integrata

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

S.I.D.: Assistenza Infermieristica Domiciliare

A.D.P.: Assistenza Domiciliare Programmata

Sul nostro territorio si possono trovare risposte assistenziali sia per quanto riguarda l'acuzie e sia per la riabilitazione oltre che nel Presidio Ospedaliero Alba-Bra, futuro Verduno, anche nelle Strutture private accreditate quali le Casa di Cura Città e S. Michele e la Residenza di Rodello. Per la riabilitazione ambulatoriale si può fare riferimento anche al Centro Medico Albese (C.M.A.) ed al Centro Riabilitazione Ferrero, che opera in regime di provvisorio accreditamento ex art.26, legge 833 del 23 dicembre 1978.

Nel percorso di Continuità Assistenziale rivestono un ruolo particolarmente importante le Strutture dedicate alla "Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria" (C.A.V.S.), che sono a Canale ed al Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba e, pur non avendo le stesse caratteristiche delle Lungodegenze, riescono ad offrire risposte particolarmente strutturate e qualificate a situazioni spesso di reale complessità assistenziale. Nel corso dell'anno 2017 i ricoveri nel C.A.V.S. di Canale, che è gestito direttamente dall'A.S.L., sono stati 266 nei 18 posti letto disponibili, mentre nel C.A.V.S. di Alba del Centro di Riabilitazione Ferrero, che ha attualmente 40 posti letto con una connotazione anche riabilitativa, sono stati in totale 536, di cui 189 a valenza riabilitativa.

Considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, diventa sempre più pressante elaborare nuove proposte per assicurare la continuità assistenziale anche in relazione alla residenzialità, modulando le varie soluzioni tra il ricovero di breve e di lunga durata.

Si assiste in generale ad un potenziamento del numero di posti letto nelle strutture di assistenza residenziale (4,4 per cento in più dal 2013 al 2015), mentre sono in calo i posti letto ospedalieri, soprattutto quelli in regime per acuti. In Piemonte si rimane purtroppo vincolati ad un numero fisso di posti accreditabili non rispondente alla realtà dell'offerta complessiva, cosa che limita in modo significativo la libertà di scelta del cittadino, condizionando di conseguenza tutta la sua famiglia.

Ovviamente, alla base delle diverse possibilità di servizi potenzialmente disponibili, deve esserci una efficiente modalità di valutazione, in grado di seguire tempestivamente anche i fisiologici cambiamenti delle condizioni di salute e di modificare di conseguenza il setting assistenziale da proporre.

Tutta l'attività svolta in questi anni ha portato a lavorare sempre più con la trasparenza necessaria e doverosa in un settore così delicato, garantendo a tutti i cittadini il controllo puntuale della loro situazione e della sua evoluzione.

Gli inserimenti sono effettuati sulla base delle valutazioni della Commissione **U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica)**, della quale si riportano, di seguito, i dati di attività, che descrivono l'andamento delle visite negli ultimi due anni, suddivisi per distretto:

	VISITE COMMISSIONE U.V.G. ANNO 2016	VISITE COMMISSIONE U.V.G. ANNO 2017
DISTRETTO DI ALBA	248	325
DISTRETTO DI BRA	135	202
TOTALE	383	527

I ricoveri temporanei di sollievo registrati nell'anno 2017 sono stati 21 per un totale di 517 giornate.

Si riportano di seguito schematicamente gli aggiornamenti relativi alla situazione degli inserimenti degli adulti ed anziani non autosufficienti in convenzione al 31 dicembre 2017:

Assistenza residenziale anziani ed adulti non autosufficienti al 31/12/2017

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE	OSPITI IN CONVENZIONE
ALBA COTTOLENGO	17	Alta Intensità	1
ALBA COTTOLENGO		Media Intensità	14
ALBA COTTOLENGO		Bassa Intensità	1
ALBA FERRERO	20	Alta Intensità	1
ALBA FERRERO		Media Intensità	12
ALBA OTTOLENGHI	96	Alta Intensità	8
ALBA OTTOLENGHI		Media Intensità	42
ALBA OTTOLENGHI		Bassa Intensità	1
CANALE	40	Alta Intensità	2
CANALE		Media Intensità	13
CASTIGLIONE TINELLA	40	Media Intensità	16
CERRETTO	60	Alta Intensità	2
CERRETTO		Media Intensità	38
CERRETTO		Medio Bassa Intensità	1
CORNELIANO	40	Alta Intensità	1
CORNELIANO		Media Intensità	20
CORNELIANO		Medio Bassa	1
CORTEMILIA S.Pantaleo	20	Media Intensità	11
CORTEMILIA S.Pantaleo		Medio Bassa Intensità	1
CORTEMILIA S.Spirito	14	Media Intensità	9
CORTEMILIA Sampò	51	Media Intensità	11
CORTEMILIA Sampò		Alta Intensità	1
GOVONE	24	Media Intensità	6
MAGLIANO ALFIERI Soggiorno Alfieri	19	Media Intensità	8
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	41	Alta Intensità	1
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena		Media Intensità	15
MONFORTE	20	Alta Intensità	1
MONFORTE		Medio Alta Intensità	1
MONFORTE		Media Intensità	8
MONTA' Cà Nostra	20	Media Intensità	6
MONTA' Cà Nostra		Medio Bassa Intensità	1
MONTA' Divina Misericordia	60	Media Intensità	15
MONTA' Divina Misericordia		Medio Bassa Intensità	1
MONTICELLO	44	Media Intensità	15
NEIVE	40	Alta Intensità	0
NEIVE		Media Intensità	12
PRIOCCA	62	Alta Intensità	1
PRIOCCA		Media Intensità	10
PRIOCCA		Bassa Intensità	1
RODELLO	10	Media Alta Intensità	7
RODELLO		Media Intensità	1
S.STEFANO BELBO	60	Alta Intensità	1
S.STEFANO BELBO		Media Intensità	13
S.STEFANO BELBO		Bassa Intensità	1
S.STEFANO ROERO	70	Alta Intensità	1
S.STEFANO ROERO		Media Intensità	7
VEZZA D'ALBA	40	Media Intensità	8

extra asl (pazienti albesi)			
BORGIO S. DALMAZZO (Padre Fantino)		Media Intensità	1
CASTAGNOLE LANZE (San Giovanni)		Media Intensità	1
COSTIGLIOLE D'ASTI (Serratrice Dafarra)		Media Intensità	1
DOGLIANI (Biarella)		Media Intensità	1
DOGLIANI (Biarella)		Medio Alta Intensità	1
DOGLIANI (Sacra Famiglia)		Media Intensità	1
LEQUIO TANARO		Media Intensità	1
MONESIGLIO		Media Intensità	1
MURAZZANO (Madonna di Hal)		Alta Intensità	1
PRALORMO		Media Intensità	1
RIVA P.CHERI (Osp.ric.carità)		Media Intensità	1
SANGANO Villa Maria (TO)		Alta Intensità	1
VINOVO (TO)		Media Intensità	1
totale di distretto	908	ALBA	361

DISTRETTO DI BRA	POSTI LETTO ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE	OSPITI IN CONVENZIONE
BRA COTTOLENGO	40	Alta Intensità	1
BRA COTTOLENGO		Media Intensità	32
BRA FRANCONI	60	Alta Intensità	1
BRA FRANCONI		Media Intensità	23
BRA GLICINI	80	Alta Intensità	0
BRA GLICINI		Media Intensità	36
BRA GLICINI		Medio Bassa Intensità	1
BRA GLICINI		Bassa Intensità	1
BRA MONTEPULCIANO	50	Media Intensità	18
BRA MONTEPULCIANO		Medio Bassa Intensità	1
BRA MONTEPULCIANO		Bassa Intensità	2
CERESOLE D'ALBA	40	Alta Intensità	1
CERESOLE D'ALBA		Media Intensità	15
CHERASCO	72	Alta Intensità	1
CHERASCO		Medio alta Intensità	1
CHERASCO		Media Intensità	28
LA MORRA	20	Media Intensità	10
LA MORRA		Bassa Intensità	1
NARZOLE	20	Media Intensità	13
POCAPAGLIA	30	Alta Intensità	1
POCAPAGLIA		Media Intensità	23
SANFRE'	30	Media Intensità	18
SOMMARIVA BOSCO	56	Media Intensità	18
SOMMARIVA PERNO	88	Alta Intensità	3
SOMMARIVA PERNO		Media Intensità	13
extra asl (pazienti braidesi)			
BOVES (Casa Speranza)		Media Intensità	1
CARAMAGNA PIEMONTE (San Giuseppe)		Alta Intensità	1
CARAMAGNA PIEMONTE (San Giuseppe)		Media Intensità	1
CERVERE (Residenza Anziani)		Media Intensità	1
MARENE (Don Rolle)		Media Intensità	1
MONCALIERI (Ville Roddolo)		Media Intensità	1
SALMOUR (Villa Smeralda)		Media Intensità	1
SCARNAFIGI (Villa San Vincenzo)		Media Intensità	1
VILLANOVA MONFERRATO (Alzona)		Media Intensità	1
VINOVO (TO)		Alta Intensità	1

tot. di distretto	586	BRA	272
TOTALE POSTI LETTO		Alta Intensità	34
TOTALE POSTI LETTO		Medio Alta	4
TOTALE POSTI LETTO		Medio Bassa	7
TOTALE POSTI LETTO		Bassa Int.	8
TOTALE POSTI LETTO		Media Intensità	580
TOTALE GENERALE	1.494		633

Nella tabella seguente si riporta la media annuale degli inserimenti negli ultimi anni:

ANNO	POPOLAZIONE ANZIANA	MEDIA ANNUA (da Piano di Attività)	% SU POPOLAZ. 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
2016	40.105	587	1,46
2017	40.559	595	1,46

Per quanto riguarda **l'assistenza rivolta ai disabili**, nel corso dell'anno 2017 si è raggiunto l'obiettivo, auspicato da tempo, dell'eliminazione delle liste d'attesa per l'inserimento in convenzione in Strutture residenziali e semiresidenziali. Anche in questo settore, un ruolo fondamentale viene svolto dalla competente Commissione U.M.V.D. (Unità Multidimensionale di Valutazione Disabilità), la cui attività viene sinteticamente rappresentata nella tabella che segue:

	VISITE COMMISSIONE U.M.V.D. MINORI	VISITE COMMISSIONE U.M.V.D. ADULTI
DISTRETTO DI ALBA	119	77
DISTRETTO DI BRA	58	57
TOTALE	177	134

Di seguito si riportano i dati relativi agli inserimenti in convenzione dell'anno 2017:

Assistenza residenziale disabili anno 2017

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2017	OSPITI AL 31/12/2017	GIORNATE DI ASSISTENZA
ELSA - Canelli	A	2	1	380
FERRERO - Alba	A	24	19	7.531
IL MELOGRANO - Vesime	A	14	13	4.565
MONSIGNOR SIGNORI - Fossano	A	1	0	25
PICCOLA CASA D.P. COTTOLENGO - Alba	A	19	18	6.591
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	4	3	1.129
VILLA OTTAVIA - Piobesi	A	5	4	1.431
VILLA ANNUNZIATA - Castel Rocchero	A	3	3	461
LA ROCCA - Bra	B	10	7	1.827
ORCHIDEA - Cavallermaggiore	B	1	1	61
PEPENERO - Alba	B	2	2	730
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	3	1.095
TETTI BLU - Alba	B	6	4	1.215
ABRATE -Alba	C	11	9	3.675
AURORA - Pollenzo	C	8	8	2.261
CASA M. ROSA - Alba	C	10	8	2.552
GAIOLE - Diano d'Alba	C	8	5	1.609
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	10	3.650

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2017	OSPITI AL 31/12/2017	GIORNATE DI ASSISTENZA
LE NUVOLE - Neive	C	7	4	1.583
SAN ROCCO - Costigliole Saluzzo	C	1	1	365
SAN FRANCESCO - Fossano	C	1	1	365
SANTA MARIA DELLA GIOIA - Mondovì	C	1	1	365
VILLA ANNA RITA- Racconigi	C	2	2	730
TOTALE		153	126	44.196

Assistenza semiresidenziale disabili anno 2017

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2017	OSPITI AL 31/12/2017	GIORNATE DI ASSISTENZA
AGHAV - Bra	A	22	21	4.536
COCCIO E TELA- Alba	A	26	21	3.821
COMM. MARIO BONINO (BONAFOUS) - Cortemilia	A	10	9	1666
IL GIRASOLE - Narzole	A	21	21	2.793
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	8	8	1.671
INSIEME - Alba	A	27	23	4.300
L'IPPOCASTANO - Neive	A	10	8	1.650
PIN BEVIONE - Vezza d'Alba	A	12	12	2.295
PUNTO E VIRGOLA - Alba	A	8	6	1.275
PRINCIPE RANOCCHIO - Canale	A	9	8	1.944
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	18	18	3.004
SANTA CHIARA - Fossano	A	1	1	244
TOTALE		172	156	29.199

Assistenza residenziale disabili (minori) anno 2017

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2017	OSPITI al 31/12/2017	GIORNATE DI ASSISTENZA
PANTA REI - Rocchetta Belbo	CTM	1	1	36
LIBERI TUTTI-ACQUI/IN/CONTRO - Acqui Terme	CRP	2	1	499
GIAMBURRASCA - Scagnello	CRP	1	1	365
MULINO GRANDE - Moncalieri	CRP	1	1	365
PANDORA - Castel Boglione	CRP	1	0	148
PANDORA - Celle Enomondo	CRP	1	0	141
TOTALE		7	4	1.554

Nei dati esposti, sono stati compresi anche gli inserimenti di sollievo richiesti dalla competente Commissione di Valutazione, che sono stati 16 per un totale di 394 giornate di assistenza. Un settore particolare del quale si occupa il Distretto è l'assistenza in **Carcere**. A dieci anni dall'approvazione della riforma della Sanità Penitenziaria, molta strada è ancora da percorrere in quest'ambito, soprattutto dal punto di vista culturale, per una presa in carico globale e condivisa della persona e dei suoi bisogni, che, soprattutto in questo contesto, vale la pena di esaminare e valutare in modo particolarmente approfondito. Nel corso del 2017, il Carcere di Alba ha ripreso la propria attività con la connotazione di "Casa di Reclusione", con un numero di detenuti decisamente inferiore a quella che può essere la sua potenzialità.

In relazione alle attività svolte in sinergia col Dipartimento Materno Infantile, rivestono un ruolo fondamentale i **Consultori**, che, nella nostra A.S.L., sono due, uno per Distretto e quindi uno ad Alba ed uno a Bra. Nell'ambito dell'empowerment, della prevenzione e della tutela riferiti in particolare alla donna, alla famiglia, alla coppia ed al bambino, le competenze del **Consultorio** si sono nel tempo ampliate, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, le attività di prevenzione (compresa la prevenzione di gravidanze indesiderate/contraccezione) ed educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena" svolto direttamente dalle Ostetriche del Consultorio (per quanto riguarda lo screening del cancro della cervice uterina), la mediazione familiare, lo "Spazio giovani", lo Sportello di consulenza e sostegno psicologico per

le donne vittime di violenza, il "Percorso Nascita" (soprattutto per l'ambulatorio ostetrico per la gravidanza fisiologica), la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno e la distribuzione capillare dell'Agenda di gravidanza.

Si riportano, di seguito, alcuni dati di attività relativi all'anno 2017:

PRESTAZIONI	2017
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	11.889
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	7.286
VISITE PSICOLOGICHE ALBA	1.081
VISITE PSICOLOGICHE BRA	767
TOTALE	20.854

Da anni è stato istituito sul nostro territorio il **Centro I.S.I. (Informazione Salute Immigrati)**, finalizzato all'assistenza degli stranieri irregolari temporaneamente presenti (S.T.P.) ed agli europei non iscrivibili (E.N.I.), che opera sui due Distretti ad Alba ed a Bra.

Si riportano di seguito i dati di attività dell'anno 2017:

	STP	ENI
TOTALE PASSAGGI	377	56
di cui NUOVI PASSAGGI	77	5

UOMINI STP	169
UOMINI ENI	17
DONNE STP	208
DONNE ENI	39
PROVENIENZA	TOTALE
AFGHANISTAN	1
ALBANIA	163
BANGLADESH	9
BRASILE	1
BULGARIA	10
GAMBIA	8
GHANA	1
LIBERIA	2
MACEDONIA	36
MALI	7
MAROCCO	32
MOLDAVIA	16
NIGERIA	41
NUOVA GUINEA	15
REP. DI CUBA	5
REP. DOMINICANA	2
ROMANIA	44
RUSSIA	2
SENEGAL	16
SERBIA	1
SOMALIA	1
SUDAN	2
TOGO	1
TUNISIA	3
UCRAINA	5
UNGHERIA	1
TOTALE	433

PRESTAZIONI	STP
INFORMAZIONI SUL S.S.N.	84
RILASCIO TESSERA ENI	0
RILASCIO TESSERA STP	89
RINNOVO ENI	0
RINNOVO STP	88
ANNULLAMENTO TESSERA STP	10
INVIATI AL CONSULTORIO	5
PERVENUTI DAL CONSULTORIO	2
COTROLLO ESAMI	83
PRESCRIZIONE FARMACI	91
VISITA IN SEDE	121
RICHIESTA E.C.G.	2
RICHIESTA E.E.G	2
RICHIESTA ECOGRAFIA	6
RICHIESTA ECODOPPLER	2
RICHIESTA EGDS-COLONSCOPIA	2
RICHIESTA ESAMI LABORATORIO	31
RICHIESTA MAMMOGRAFIA	1
RICHIESTA MANTOUX	1
RICHIESTA OSTEODENSITOMETRIA	1
RICHIESTA P.E.T.	1
RICHIESTA R.M.N.	2
RICHIESTA RX	1
RICHIESTA T.A.C.	2
RICHIESTA VISITA CARDIOLOGICA	1
RICHIESTA VISITA CENTRO CEFALEE	1
RICHIESTA VISITA CENTRO IPERTENSIONE	1
RICHIESTA VISITA CHIRURGICA	5
RICHIESTA VISITA DERMATOLOGICA	1
RICHIESTA VISITA ENDOCRINOLOGICA	1
RICHIESTA VISITA GASTROENTEROLOGICA	3
RICHIESTA VISITA GINECOLOGICA	3
RICHIESTA VISITA MAXILLO FACCIALE	1
RICHIESTA VISITA NEUROLOGICA	4

RICHIESTA VISITA OCULISTICA	5
RICHIESTA VISITA ODONTOIATRICA	7
RICHIESTA VISITA ONCOLOGICA	2
RICHIESTA VISITA O.R.L.	2
RICHIESTA VISITA ORTOPEDICA	4
RICHIESTA VISITA PSICOLOGICA	1
RICHIESTA VISITA UROLOGICA	4
INVIATI AL CENTRO DIABETOLOGIA	4
INVIATI AL PRONTO SOCCORSO - DEA	0
PERVENUTI DAL PRONTO SOCCORSO-DEA	1

Garantire la difesa della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle cure ed ai servizi socio-sanitari è una grande sfida.

I nuovi modelli di assistenza territoriale che si vanno delineando offrono in tal senso potenzialità di forte aggregazione per sinergia di progetti preventivamente condivisi.

In un contesto di risorse limitate, appare sempre più importante assicurare che il controllo delle dinamiche della spesa si coniughi con il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza e con la loro uniforme erogazione sul territorio.

Emerge sempre più forte la convinzione che prendersi cura della persona assistita significhi aiutarla ad appropriarsi della capacità di gestire la propria malattia: il paziente diventa così soggetto attivo nelle scelte relative alla propria salute.

Il salto di qualità consiste nel coniugare il principio del curare con quello del prendersi cura in modo totale e multidimensionale.

Tutto ciò induce anche a valutare le dimensioni culturali, psicologiche e motivazionali al cambiamento degli operatori, che possono sviluppare vere e proprie resistenze al riguardo. Al fine di gestire i processi di cambiamento, è necessario sviluppare la conoscenza reale dei processi organizzativi e dei risultati che si vorrebbero ottenere e stimolare la partecipazione degli operatori, anche attraverso una comunicazione diffusa ed efficace all'interno delle organizzazioni.

E' indispensabile una partecipazione consapevole ed attiva di tutti gli attori del processo di cambiamento attraverso un continuo e sistematico confronto e dialogo.

Per una crescita culturale delle competenze e delle conoscenze dei professionisti della salute, è necessario anche favorire l'integrazione e la valorizzazione di ogni singolo professionista, con riferimento al ruolo che il singolo riveste.

E' una sfida importante e stimolante, che può portare ad una nuova visione organizzativa complessiva e che può realmente favorire la maggiore integrazione tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale da tempo sostenuta ed auspicata da più parti.

Se saremo capaci di raccogliere questa sfida con entusiasmo e fiducia, continueremo il nostro cammino considerando che, per usare le parole dell'Amica Suor Liviana, "...il viaggio è iniziato in una mattina d'inverno con la neve e il freddo, sta continuando nel tepore della primavera e il verde delle foglie sono segno di speranza e di risveglio della vita."...

Anche se viviamo in un periodo di incertezze e talvolta di oscurità, ricordando che Seneca scriveva "Ignoranti quem portum petat, nullus suus ventus est" (non esiste vento favorevole per chi non sa dove andare), possiamo ben sostenere che noi conosciamo la direzione verso la quale vogliamo andare e sappiamo anche come governare le vele e tenere saldo il timone puntando la prua verso il sereno! Non ci spaventa la tempesta...desideriamo semplicemente non essere da soli ad affrontare il mare talvolta burrascoso che ci attende!

CRONICITÀ E FRAGILITÀ

Validazione di un sistema automatico di identificazione di pazienti fragili

Elio Laudani, Patrizia Corradini, Andrea Saglietti

Abstract

INTRODUZIONE: lo scopo di questa indagine è la valutazione dell'algoritmo di identificazione dei pazienti "fragili" basato su archivi amministrativi sanitari della Regione Piemonte.

METODI: si comparano i pazienti individuati con l'algoritmo in questione rispetto alla popolazione, verosimilmente "fragile", ricevente cure domiciliari.

RISULTATI: il confronto evidenzia che gli insiemi dei pazienti sono poco sovrapponibili.

CONCLUSIONI: occorre una ricalibrazione dell'algoritmo di segnalazione. Si ipotizza l'integrazione con archivi contenenti dati più specifici sulla fragilità.

Introduzione

L'epidemia mondiale di malattie croniche non trasmissibili richiede nuovi modelli di interpretazione epidemiologica e nuove strategie organizzative dei sistemi sanitari pubblici.

Da un lato occorre approfondire la conoscenza sui determinanti delle malattie croniche, che, come è noto, riguardano anche, ma non solo l'invecchiamento delle popolazioni. Oltre all'età avanzata, il fenomeno della "cronicità" è anche spiegato dai modi di vita delle popolazioni mondiali. Questi modi di vita o, per meglio dire, questi costumi, si possono, in estrema sintesi, così elencare: alimentazione ipercalorica, consumo di tabacco e di alcool, inquinamento ambientale [2].

Si suppone anche, con ragionevole evidenza, che, a monte di questi costumi, vi siano cause economiche e sociali [1], le quali possono essere considerate, a loro volta, la causa prima di questo "globale" fardello di sofferenze.

Dall'altro lato, va considerato l'enorme problema dall'assistenza sanitaria della massa di popolazione anziana affetta da patologie croniche.

Va attentamente studiata non solo l'organizzazione dei servizi, ma probabilmente la stessa definizione di malattia cronica, in particolar modo nella popolazione anziana, dove, come si è detto, l'età stessa è determinante di patologia. Si può quindi sostenere che il "fattore età" interagisce, in modo complesso, con le cause sopra menzionate [3].

Per questo motivo, accanto al concetto della malattia cronica non trasmissibile, nella letteratura medica, da alcuni anni, è comparso il concetto di fragilità [4].

La fragilità è definita come condizione di vulnerabilità, conseguente al declino correlato all'età, con un possibile repentino cambio dello stato di salute, dovuto anche a minimi eventi stressanti. In questo lavoro si descrivono succintamente l'importanza e i limiti di un sistema di censimento della popolazione anziana fragile. Si suggerisce come un sistema del genere possa essere reso più affidabile. Si accenna infine a quali possano essere sia le opportunità, che i potenziali benefici, ma anche i rischi teorici, dell'identificazione precoce degli anziani fragili.

Materiali e metodi

Il sistema di segnalazione delle persone anziane fragili, ad oggi esistente in Regione Piemonte, è basato sull'elaborazione di dati provenienti dai flussi informativi amministrativi correnti: rilevazione SDO, farmaceutica convenzionata, esenzioni per patologia, esenzioni per invalidità. I criteri di definizione della fragilità sono:

SDO: sono identificati gli anziani residenti che hanno avuto almeno un ricovero, in qualunque regime, nell'arco di 12 mesi per le seguenti patologie, presenti in diagnosi principale o qualunque diagnosi secondaria: broncopneumopatie croniche, altre malattie del polmone, scompenso cardiaco, ictus, aritmie, ipertensione, ischemie, cardiomiopatie, diabete mellito, fratture del femore, demenza, psicosi, etilismo, morbo di Parkinson, emiplegia, SLA, insufficienza renale cronica, ulcere da decubito, artrosi, trattamento con chemio o radioterapia.

FARMACI: sono identificati gli anziani oggetto di poliprescrizioni (prescrizioni di farmaci di almeno cinque categorie farmaceutiche distinte nell'arco di 12 mesi), individuando altresì le prescrizioni delle categorie di farmaci che, in base alle loro proprietà farmacodinamiche e al profilo farmacocinetico, possono contribuire ad aggravare o a favorire la comparsa di spossatezza da caldo, disidratazione, colpo di calore: apparato gastrointestinale e metabolismo, sangue ed organi emopoietici, sistema cardiovascolare, sistema genito-urinario ed ormoni

sessuali, preparati ormonali sistemici, farmaci antineoplastici ed immunosoppressori, sistema nervoso centrale, sistema respiratorio.

PLURIPATOLOGICO: sono identificati gli anziani aventi le esenzioni attive per almeno 2 delle seguenti patologie: diabete, broncopneumopatia cronica, scompenso cardiaco, ipertensione.

INVALIDO: sono identificati gli anziani aventi un'esenzione attiva di invalidità di tipo: C01, C02, C03.

ESENZIONI_REDDITO: sono identificati gli anziani aventi un'esenzione attiva relativa al reddito di tipo: E02, E03, E04.

Il registro delle persone fragili è reso fruibile ai servizi distrettuali dell'ASL CN2 su una piattaforma informatizzata regionale. Su analoga piattaforma sono registrate le persone in carico ai servizi distrettuali nella tipologia assistenziale di "cure domiciliari". Questa tipologia di assistenza prende in carico persone per definizione fragili e trattabili a domicilio, secondo regole e procedure definite.

Si è quindi in presenza di due insiemi: quello dei fragili (F) e quello delle cure a domicilio (CD).

Lo scopo di questo studio è verificare le dimensioni e le caratteristiche dell'area di intersezione dei due insiemi, i cui casi prevalenti sono rilevati alla data del 1-6-2018.

L'insieme "registro cure domiciliari" (CD) dovrebbe essere incluso in quello del "registro di fragilità" (F) ottenuto dai flussi amministrativi.

La popolazione di riferimento dell'ASL CN2 di età pari o superiore a 65 anni è di 40.105 unità (dato più recente disponibile archivio demografico Regione Piemonte - PISTA).

Risultati

Tutti i dati contenuti nell'archivio F dei fragili sono stati utilizzati in quanto soddisfacenti ai criteri di inclusione per loro stessa definizione. Dall'archivio CD delle persone in cura domiciliare sono stati esclusi i soggetti aventi età minore di 65 anni.

Tabella 1 – gruppi in studio e popolazione di riferimento

POPOLAZIONI	Persone
Cure Domiciliari	952
Fragili	1.166
Popolazione ≥ 65 anni	40.105

Il risultato del confronto tra gli archivi F e CD è rappresentato in Figura 1 ed è sintetizzato nella Tabella 2.

Figura 1 – Insieme dei Fragili e Cure Domiciliari con intersezione

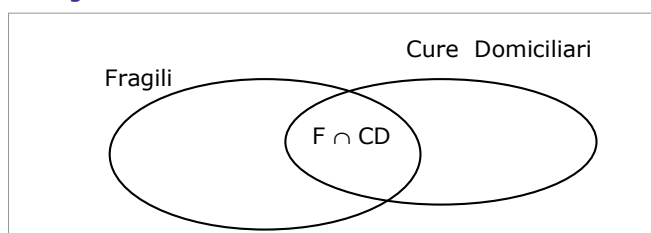


Tabella 2 – tabella 2 x 2 Fragili e Cure Domiciliari

Fragili	Cure Domiciliari	
	SI	NO
SI	174	992
NO	778	38.161

L'area di intersezione osservata copre 174 casi che corrispondono, in termini di frequenza percentuale sulla totalità dei casi in cure domiciliari ($N \text{ IN CURE DOMICILIARI E FRAGILI} / N \text{ CURE DOMICILIARI}$), al 18,2% ($174/952$), con un intervallo di confidenza al 95% che oscilla tra 16% e 20%.

Conclusioni

Definita un'area di intersezione ($CD \cap F$) attesa pari al 100% (completa inclusione dell'insieme delle "cure domiciliari" nell'insieme "fragilità"), quella osservata è risultata essere invece di gran lunga inferiore, con un intervallo di confidenza al 95% non molto ampio. Lo scostamento tra valore atteso e osservato è dunque rilevante.

Il significato di questa osservazione indica, a nostro parere, che lo strumento di rilevazione in questione (l'utilizzo di dati da flussi amministrativi per la definizione della fragilità) deve essere ricalibrato, non fosse altro per l'osservata insufficiente sensibilità.

Si potrebbe proporre, in alternativa a quello esistente, un flusso informativo sulla fragilità validato da un sistema di riferimento, basato in primo luogo sulle schede informative sanitarie (SSI) del medico curante (MMG - medico di medicina generale) e su una definizione di caso tratta dai numerosi lavori disponibili oggi nella letteratura specializzata, di cui la figura seguente è un esempio [5].

Tabella 3 – scala fragilità

 1 – MOLTO IN FORMA Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età.	 6 – MODERATAMENTE FRAGILE Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.
 2 – IN FORMA Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione	 7 – MOLTO FRAGILE Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~ 6 mesi).
 3 – SE LA CAVA BENE Persone, i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quoti-diana esterna.	 8 – FRAGILITA' MOLTO GRAVE Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.
 4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e/o stanchi durante il giorno.	 9 - MALATO TERMINALE Queste persone hanno un'aspettativa di vita < 6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.
 5 – LEGGERMENTE FRAGILE Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.	

Il ruolo del MMG (di fiducia) è essenziale su queste questioni, anche perché la sua attività dovrebbe sempre più essere orientata alla tutela della salute dell'insieme dei suoi assistiti.

Il supporto che l'organizzazione sanitaria pubblica può dare a questi professionisti va dalla tenuta di un registro condiviso dei casi (meglio se con un inquadramento individuale, anamnestico e clinico, delle persone assistite), alla possibilità di attivare, in tempi ragionevoli e con adeguate risorse, tipi di assistenza, in particolare le cure a domicilio, adeguate ai soggetti fragili.

Il passaggio attraverso la medicina generale dovrebbe inoltre favorire la comunicazione con il malato, che ha bisogno sempre più di risposte personalizzate.

Il "piano assistenziale individualizzato", di cui si parla spesso nel campo della programmazione dei servizi di cure primarie, e non ultimo nel Piano Regionale Cronicità [6,7], per non essere, di fatto, un atto formale e burocratico, deve avere, come artefice principale, il medico di fiducia del paziente che dovrebbe conoscere bene i suoi malati.

L'assistenza sanitaria moderna andrebbe indirizzata più sul malato che sulla malattia, secondo il noto aforisma che "non esistono malattie ma malati".

Incentrare i progetti di assistenza sulla malattia prima che sul malato, genera classificazioni delle persone in categorie che, per quanto possano avere alto valore clinico, rischiano di avere scarso valore assistenziale, con ridondanti aspetti di maniera più che di reale sostanza terapeutica.

Del resto il concetto di fragilità vuole superare il modello incentrato sul singolo apparato o sulla somma dei singoli apparati e sulla fisiopatologia degli stessi.

Il concetto di fragilità è a un tempo pratico e unificante. Orienta l'attenzione più su un insieme di problemi che sulla malattia o sulle malattie che simultaneamente affliggono un individuo.

Permette di indirizzare i servizi sanitari e i medici verso un approccio che si è soliti definire "olistico". Inoltre, quando si parla di fragilità, si introduce il concetto di "omeostasi" che, nell'anziano, spesso è perturbata da eventi stressanti anche minimi [5].

Per organizzare moderni servizi sanitari occorre allora riflettere se e come valga la pena "catturare" i soggetti fragili.

Una volta individuati, occorre riflettere criticamente sulle possibili azioni, di prevenzione e cura, da proporre. In termini sintetici i problemi che sorgono possono essere schematizzati nei due punti seguenti:

- Come censire la fragilità.
- Cosa fare per le persone fragili.

Il primo punto prevede la costruzione di un sistema, cui si è fatto cenno pocanzi, che abbinati la grande massa di dati, oggi presenti nei sistemi informativi delle ASL, con i dati delle schede informative sanitarie (SSI) dei MMG. Il MMG, ricevute le informazioni dai flussi amministrativi, può validarle con il confronto dei dati in suo possesso. Fatto ciò, si può pensare alle azioni di prevenzione e cura da concordate con i servizi distrettuali dell'ASL. Si entra quindi nel merito del punto secondo: che cosa si può fare per i fragili.

Il MMG dovrebbe discernere tra problemi che hanno una soluzione nelle discipline mediche e problemi di altra natura. Discernere tra malati che possono trovar risposte in terapie efficaci e persone che hanno bisogno di risposte assistenziali diverse da quelle che può offrire la medicina, per esempio persone da inviare all'"assistenza sociale".

Il compito fondamentale del medico di fiducia del paziente (MMG) diventa quindi quello di accompagnare o guidare gli assistiti nel complesso, e spesso labirintico, mondo dei servizi assistenziali.

La condizione di smarrimento, che molto spesso avverte il malato, dovrebbe trovare giovamento, se non proprio una soluzione, in questo ruolo attivo del MMG. In questo modo va intesa la cosiddetta "medicina pro-attiva" o "di iniziativa", parola tanto di moda, e per certi versi abusata, in questo periodo.

E tra le innumerevoli azioni proprie della "medicina di iniziativa", ne vogliamo ricordare, oltre alla "funzione di accompagnamento", altre due, di rilevante valore preventivo. La prima: proporre alle persone anziane fragili l'immunizzazione contro l'influenza o, in casi selezionati, contro le malattie invasive da pneumococco. La seconda: sorvegliare la "pluriprescrizione" farmaceutica, con particolare attenzione alle interazioni farmacologiche, e avviare le azioni per la cosiddetta "deprescrizione" nella popolazione anziana [8].

Naturalmente rimangono ancora aperti molti problemi tra cui, non ultimo, il rischio di "medicalizzazione" che tutti i sistemi di registrazione portano in sé.

La brevità, cui questo articolo mira, non permette di affrontare questo ulteriore tema, così importante nel campo epidemiologico. È assolutamente necessario che, su questa materia, rimanga aperta la riflessione critica.

Bibliografia

1. A. Eric "Voyage au pays où l'austérité fait reculer l'espérance de vie" Le Monde 10-3-2018
2. N. Freudenberg "Lethal but Legal" 2017 Oxford University Press.
3. A.Clegg et al. "Frailty in elderly people" Lancet 2013; 381:752-62
4. LP Field et al. "Frailty in older adults: evidence for a phenotype" J.Gerontol. A .Biol. Sci.Med.Sci. 2001; 56:M146-56
5. Clinical Frailty Scale CMAJ 2005; 173:489-495
6. Piano Regionale Cronicità
7. Piano Nazionale Cronicità.
8. www.deprescribing.org

**L'Hospice come accompagnamento del fine vita:
l'esperienza delle fisioterapiste dell'ASL CN2
Barbara Agù, Silvia Barbero, Paola Borgogno, Raffaella Revello**

A partire dalla fine degli anni '90 e inizi del 2000 si è sviluppato il programma nazionale per la realizzazione di strutture dedicate alle Cure Palliative come parte integrante della rete dei servizi territoriali e ospedalieri. Con l'espressione cure palliative s'intende l'insieme di interventi volti ad alleviare sintomi fisici, psicologici e spirituali che possono accompagnare la malattia: si tratta di interventi multidisciplinari tesi a prendersi cura dei bisogni del paziente e dei famigliari nella loro globalità. Le cure palliative mirano pertanto a migliorare, per quanto possibile, la qualità di vita. In ciascuna regione italiana sono presenti gli hospice, ossia strutture che permettono un ricovero temporaneo o permanente per le persone malate che non possono essere più assistite in un programma di assistenza domiciliare specialistica, o per le quali il ricovero in un ospedale non è più adeguato. Proprio per assicurare una buona assistenza, questi centri sono di piccole dimensioni.

L'azienda in cui lavoriamo, l'ASL CN2, ha inaugurato la struttura dell'Hospice di Bra, dotata di 8 posti letto, all'interno dell'edificio dell'Ospedale S. Spirito nel gennaio 2017.

In tale struttura è necessario il contributo di diverse figure professionali tra cui anche noi fisioterapisti a cui è stato proposto di collaborare, valutando la particolarità dell'intervento, sulla base di una scelta volontaria.

All'interno del nostro Servizio solo in 4 abbiamo scelto di intraprendere questa nuova esperienza attraverso un cammino lavorativo motivato da grande interesse pur essendo consapevoli delle evidenti difficoltà dovute alla scarsa conoscenza in questo ambito e al pesante carico emotivo che questa scelta comporta.

Nell'equipe di cure palliative la figura del fisioterapista, prevista dall'attuale normativa nazionale e regionale, è una realtà con una specificità d'intervento ancora in buona parte misconosciuta e sottostimata. Eppure, proprio nel momento in cui il fine vita si avvicina, la fisioterapia può intervenire per sostenere, e talora recuperare, le abilità compromesse nella storia di malattia; può inoltre accompagnare il paziente nel passaggio dall'autonomia alla progressiva perdita funzionale con un processo attivo di conoscenza del proprio corpo, di consapevolezza e di accettazione.

Nessun paradosso quindi nel fare della riabilitazione parte integrante nelle cure palliative: entrambe hanno lo scopo di migliorare la qualità della vita e l'autonomia nelle ADL.

Abbiamo così iniziato un percorso formativo e un periodo di affiancamento alla collega esperta che lavora presso l'Hospice di Busca, struttura già presente sul territorio cuneese da diversi anni.

L'obiettivo che ci poniamo è di garantire un trattamento fisioterapico mirato, condiviso e continuativo, integrando la presenza in Hospice del fisioterapista con le risorse del reparto.

La presa in carico riabilitativa avviene tramite la consulenza fisiatrica richiesta dal medico palliativista.

Con una valutazione iniziale, segnalata nella cartella fisioterapica, si cerca di inquadrare le problematiche relative al paziente ricoverato in Hospice, in modo tale da definire al meglio gli obiettivi e le modalità di intervento, quali:

- il mantenimento delle funzionalità motorie residue (deambulazione, stazione eretta, trasferimenti, controllo della postura, manipolazione);
- il contenimento dell'edema;
- la prevenzione dei danni da allettamento;
- il controllo del dolore;
- la rieducazione respiratoria;
- il benessere psico-fisico;
- il mantenimento dell'immagine corporea.

Seguendo questa modalità è possibile garantire un trattamento riabilitativo continuativo ed efficace nel sostenere la persona nelle diverse fasi di malattia. A seconda della condizione clinica, si può infatti strutturare un trattamento mirato al recupero di funzioni, quali il cammino o l'abilità di vestirsi, anche con l'utilizzo di strategie compensatorie. Al progredire della disabilità, l'attenzione viene rivolta all'igiene posturale e alla prevenzione di danni secondari, utilizzando il contatto terapeutico come accompagnamento nel processo di accettazione e sostegno nella sofferenza globale di cui la persona con malattia terminale e famiglia sono portatori.

Gli strumenti che noi fisioterapiste abbiamo utilizzato sono:

- il massaggio di sfioramento per indurre rilassamento e restituendo al malato il proprio schema corporeo spesso frantumato dalla malattia;

- la tattilità, metodologia di intervento manuale ad indirizzo psicosomatico con finalità terapeutiche e di benessere. E' un insieme di tocchi finalizzati ad accogliere, ricevere, conoscere ed incontrare non un corpo ma una soggettività;
- la mobilizzazione passiva e attiva ai 4 arti;
- l'utilizzo di ausili quali deambulatore, rollator e girello con appoggio antibrachiale al fine di rendere meno faticoso, più sicuro e più duraturo il mantenimento della deambulazione; infatti la perdita di questa funzione può essere considerata dal paziente un segno tangibile del peggioramento delle condizioni di salute;
- il corretto posizionamento con l'utilizzo di presidi per favorire il massimo comfort del paziente (quali cuscini, rulli in materiale antidecubito e/o memory foam);
- il linfodrenaggio manuale, talora abbinato al bendaggio e alle posture di scarico per favorire il decorso fisiologico linfovenoso;
- l'aromaterapia con oli essenziali che inducono un senso di rilassamento e contrastano ansia, depressione, crisi di panico e vengono utilizzati nei diffusori o nell'olio per il massaggio.

In questo ambito non esistono protocolli e nemmeno un tempo stabilito per ogni seduta: è un dato condiviso che i ritmi di lavoro si adeguano ai ritmi dei pazienti e non viceversa, come avviene nei reparti di ricovero.

Le nostre modalità di lavoro richiedono molta flessibilità e adattamento.

L'intervento riabilitativo si inserisce in un contesto multidisciplinare dove al centro dell'attenzione rimangono i bisogni del paziente e della sua famiglia. A questo riguardo è doveroso stipulare un contratto terapeutico chiaro e fattibile con il paziente dove le aspettative devono essere discusse e chiarite senza alimentare false speranze.

Di fondamentale importanza è costruire un razionale di intervento che prevede valutazione e trattamento condivisi, integrando le attività riabilitative proprie del fisioterapista con le professionalità degli operatori dell'equipe multidisciplinare costituita da medici, infermieri, OSS, psicologi, per il passaggio di consegne e informazioni. Non va dimenticato l'importante rapporto con i familiari della persona malata e i volontari presenti quotidianamente in reparto che fungono da collaboratori preziosi.

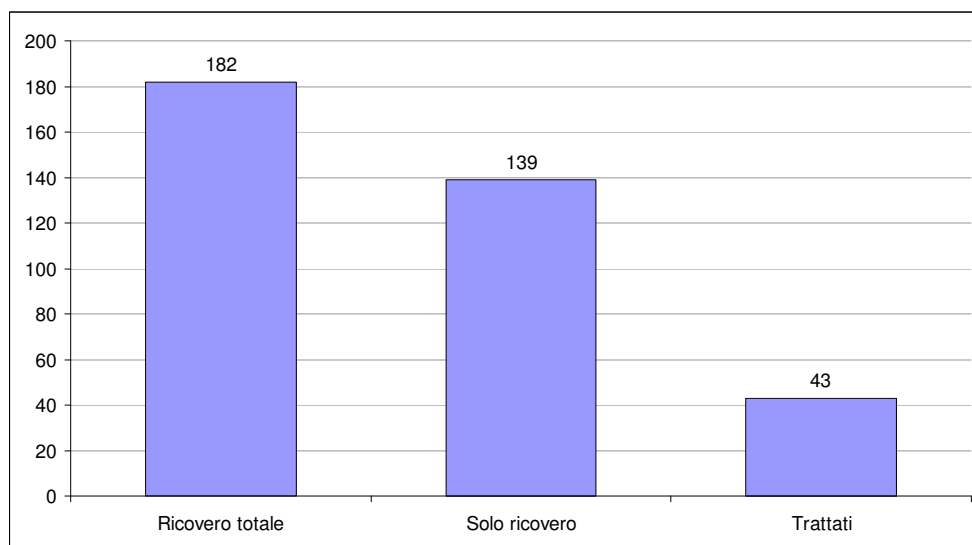
Si è rivelata fondamentale la periodica riunione in plenaria, a cadenza mensile, con il supporto degli psicologi che sono comunque disponibili, in qualsiasi momento, a rispondere alla richiesta di un supporto individuale per gestire una situazione emotiva particolarmente difficile.

Seguendo questa modalità è possibile garantire un trattamento riabilitativo continuativo ed efficace nel sostenere la persona nelle diverse fasi di malattia.

Per evidenziare il lavoro che abbiamo svolto, abbiamo preso in esame ed analizzato i dati da Gennaio 2017 ad Agosto 2018.

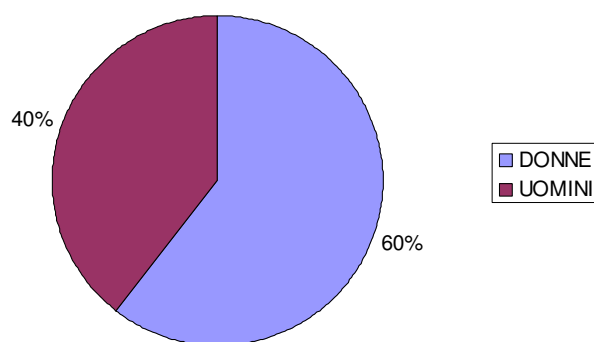
- A) I pazienti ricoverati sono stati 182, mentre i pazienti che hanno eseguito un trattamento fisioterapico sono stati 43 (Grafico 1).

Grafico 1 - Numerosità pazienti nel periodo gennaio 2017-agosto 2018



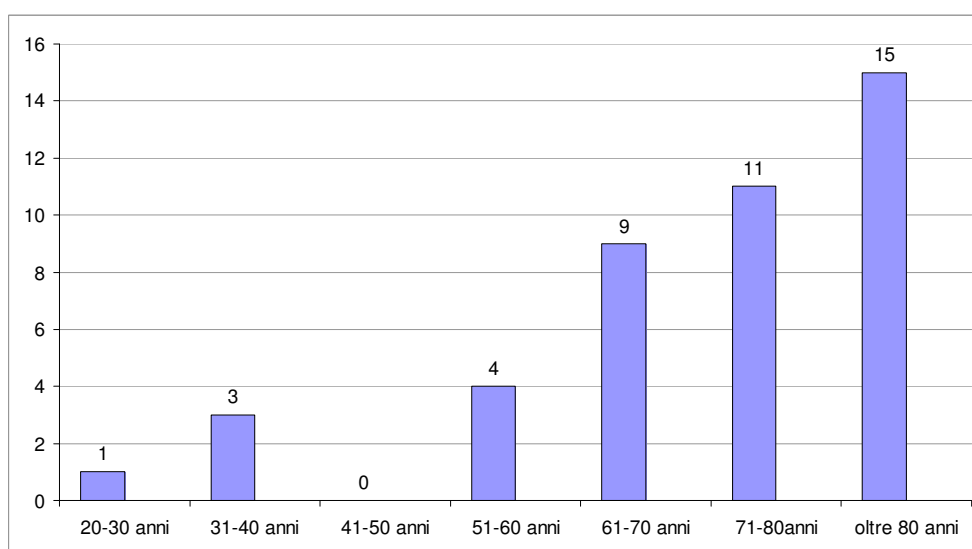
- B) I pazienti ricoverati e trattati sono stati 26 (60%) per il genere femminile e 17 (40%) per quello maschile: quindi prevalentemente donne (Grafico 2).

Grafico 2 - Genere pazienti in trattamento



C) L'età media dei pazienti trattati è di 70 anni con una maggior presenza (frequenza) di pazienti oltre gli 80 anni (Grafico 3).

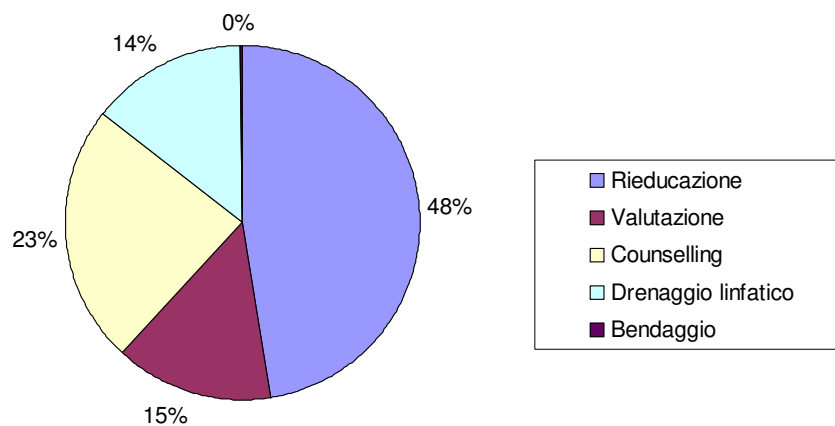
Grafico 3 - Età pazienti in trattamento



D) Il numero totale delle prestazioni fisioterapiche è stato di 767 suddivise (Grafico 4) in:

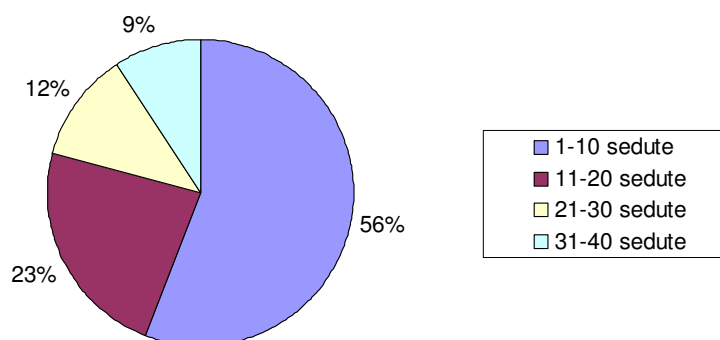
- 364 rieducazione disturbi motori/sensitivi a maggiore disabilità (48%);
- 112 valutazione disturbi motori/sensitivi a maggiore disabilità (15%);
- 180 counselling fisioterapici (23% counselling);
- 109 trattamento manuale per drenaggio linfatico (14%);
- 2 bendaggio funzionale.

Grafico 4 - Prestazioni



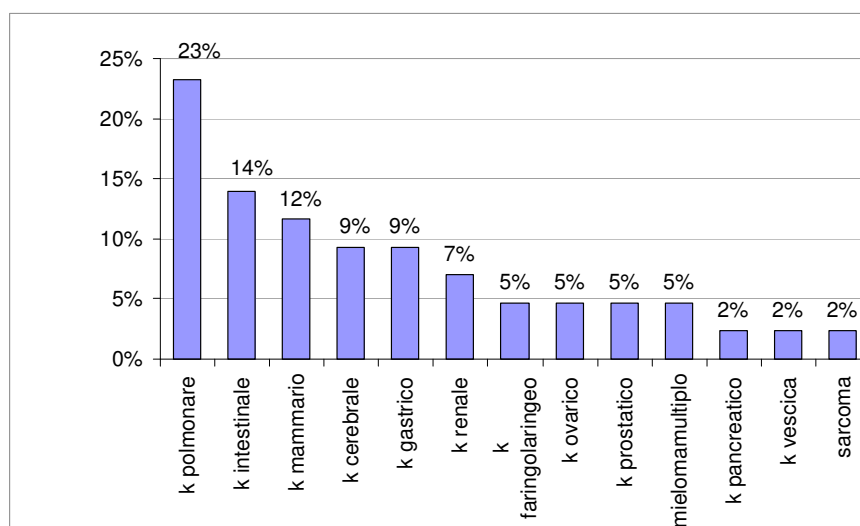
E) Il numero di sedute per paziente è stato in maggioranza (56%) tra 1-10, mentre la media totale di passaggi del fisioterapista per paziente è stata di 14 (Grafico 5).

Grafico 5 - Numero sedute



F) La patologia incontrata in maggioranza è rappresentata dal tumore polmonare (23%) (Grafico 6).

Grafico 6 - Patologie



Questi sono dati, numeri, ma non dimentichiamo che uno degli aspetti più importanti: il filo conduttore del trattamento del paziente terminale è l'EMPATIA cioè la capacità di comprendere a pieno il linguaggio del malato che non si esprime solo verbalmente ma con il corpo, con i gesti, la mimica, il respiro e le tensioni muscolari.

In questa nostra esperienza, seppur ancor contenuta nel tempo, abbiamo riscontrato alcune criticità riconducibili, soprattutto, alla sfera emotiva e al coinvolgimento con la storia di alcuni pazienti; non è mai facile approcciarsi per esempio alla morte di una giovane mamma o di un figlio con ancora una vita da vivere.

Le difficoltà riscontrate in quest'anno di attività sono state:

- l'approccio a pazienti giovani, per il pericolo di identificarsi con loro stessi o con i loro figli;
- l'eventuale presenza di bambini;
- la difficoltà di gestione della dispnea;
- la comunicazione con pazienti che permangono nella fase di rifiuto e della non accettazione, che muoiono arrabbiati, o che interrompono volontariamente i contatti con chi li circonda;
- l'approccio ai pazienti disinformati sulla loro situazione;
- il rapporto con i familiari che negano l'evidenza e vorrebbero più interventi.

Sono state riconosciute anche alcune difficoltà di tipo soggettivo: ci si trova ad interagire in certe situazioni influenzati dal proprio vissuto riguardo a quel tipo di contesto.

L'esperienza presso la questa struttura, evidenzia come esista la possibilità concreta di migliorare la qualità di vita del paziente in fase terminale in un contesto di economicità grazie all'integrazione delle diverse abilità dei membri di un'equipe multidisciplinare e di associazioni di volontariato.

Per il futuro auspichiamo la creazione di una rete di comunicazione con altri colleghi che lavorano in strutture simili sul territorio nazionale al fine di confrontare esperienze e stilare linee guida sempre più efficaci ed efficienti.

Contrariamente a quanto accade nella nostra professione in questa realtà di sicuro non sentiremo mai la frase "grazie per avermi guarito" ma nonostante ciò il feedback positivo di pazienti e famigliari ci arricchisce e ci permette di proseguire con entusiasmo in un contesto di fine vita.

Siamo certe di aver contribuito a dare dignità alla persona e di avere imparato a fare "qualcosa" anche quando si sente dire "non c'è più nulla da fare".

**Studio epidemiologico su correlazione
tra infezione da Helicobacter Piloni e cefalea**
Cinzia Cavestro, Giancarlo Prandi, Matteo Manildo, Sabina Martini,
Corrado Genovesi, Alberto Premoli, Flavio Fraire, Silvia Mandrino, Eugenia Rota

Abstract

La correlazione tra Helicobacter Piloni (HP) e cefalea è da tempo discussa, ma i risultati degli studi sono contrastanti. Abbiamo quindi disegnato uno studio epidemiologico allo scopo di identificare un'eventuale correlazione. Abbiamo scrinato con un questionario autosomministrato una popolazione non selezionata di persone in procinto di eseguire un Breath Test (BT) oppure una EsofagoGastroDuodenoScopia (EGDS) presso la Struttura di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale "S. Lazzaro" di Alba, ASL CN2, e presso il Servizio di Epato-Gastro-Enterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale "Santa Croce" di Mondovì, ASL CN1. Lo studio si è svolto tra il 2010 e il 2015. Sono stati compilati e resi 1496 questionari da 6114 pazienti afferiti alle due strutture per eseguire BT o EGDS. I questionari valutati per l'analisi sono stati 1362 a causa di alcune informazioni mancanti o età <18 anni. Le donne erano 777 (57%), l'età media dei soggetti era 53 anni. In 736 individui erano segnalate altre patologie coesistenti. La cefalea era segnalata in 702 persone (51%) e la presenza di HP era stata rilevata in 364 soggetti (27%). L'analisi dei dati ha mostrato che la prevalenza di positività HP era analoga nel gruppo di persone affette da cefalea e nei controlli senza cefalea. La presenza di HP è significativamente maggiore nelle forme di cefalea a frequenza medio-elevata.

Introduzione

L'infezione da Helicobacter Piloni è molto frequente nella popolazione generale e è stata associata a varie malattie extra-gastrointestinali, quali malattie vascolari, immunitarie, e neurologiche (1). La cefalea è una delle patologie più frequenti al mondo e tra queste l'emicrania la più preponderante per frequenza e disabilità (2). Le tipologie più diffuse sono due cefalee primarie, ossia la cefalea tensiva e l'emicrania, con e senza aura (3). Fin dalla fine degli anni '90 è stata ipotizzata una correlazione tra infezione da Helicobacter Piloni (HP) e cefalee primarie in particolare emicrania (4). Gli studi di correlazione tra presenza di HP in emicranici e controlli non emicranici, avevano dato risultati contrastanti, (5-9), fatto salvo per la maggior frequenza di un sottotipo di HP che correlerebbe con l'emicrania con aura (5). Si sosteneva inoltre l'esistenza di un legame tra presenza dell'HP e gravità dell'emicrania per dati che documentavano un miglioramento della cefalea dopo eradicazione del batterio (7,10,11). Si era ipotizzato che la correlazione tra cefalea ed HP potesse avere basi di tipo infiammatorio o disimmune (10,12).

Scopo del lavoro

Sulla base delle premesse dell'epoca, nel 2009 abbiamo disegnato questo studio epidemiologico con l'obiettivo di stabilire se vi fosse una correlazione tra cefalea ed infezione da Helicobacter Piloni. Scopo secondario era valutare se esistesse una correlazione particolare con alcuni sottotipi di emicrania.

Disegno dello studio, pazienti e metodi

Si tratta di uno studio epidemiologico multicentrico, di prevalenza puntuale, con raccolta dati tramite un questionario anonimo autosomministrato che veniva distribuito tra coloro che fossero in attesa di eseguire una Esofago Gastro Duodeno Scopia (EGDS) o Breath Test (BT) per la ricerca di HP. Al paziente veniva fornita una breve lettera informativa sullo studio, modalità e scopi. Il personale infermieristico del servizio spiegava brevemente il lavoro e consegnava il questionario da compilare a chi era interessato e forniva eventuale supporto per la compilazione ove richiesto. Il questionario compilato veniva quindi reso al servizio di endoscopia prima dell'esecuzione dell'esame. In fase successiva, una volta pervenuto l'esito, il personale del servizio apponeva il risultato del test per la ricerca dell'HP. I questionari venivano poi periodicamente ritirati dal personale del centro cefalee.

Le informazioni richieste erano: età; genere; nazionalità; presenza o assenza di cefalea e se sì la sua frequenza (ultimi 6 mesi), la durata media degli attacchi, la presenza durante la cefalea di alcuni sintomi non dolorosi (fotofobia, fonofobia, nausea, vomito), l'eventuale presenza di disturbi visivi immediatamente precedenti o concomitanti l'esordio della cefalea e la loro durata,

un campo descrittivo relativo alla cefalea, e infine la familiarità per cefalea. Tali parametri avevano l'intento di poter successivamente sotto-classificare i principali sottotipi di emicrania (3). Venivano inoltre registrate l'eventuale presenza di altre malattie, l'uso di farmaci, e successivamente la positività o meno dell'HP.

La presenza del HP è stata valutata con metodo al test all'UREA (EXPIROBACTER, SOFAR) se utilizzato Breath Test, ovvero tramite campione prelevato con biopsia gastrica, fissato in paraffina e colorato con Warthin-Starry Stain Kit (Dako). Il BT non veniva eseguito in caso il paziente stesse utilizzando terapia con farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP). Nel caso di campione biotipico, il pezzo veniva processato e valutato da anatomopatologo esperto (FF).

A posteriori veniva posta la sotto-diagnosi di Emicrania con aura (ECA) e senz'aura (ESA). La diagnosi dei due sottotipi di cefalea è stata effettuata basandosi sui criteri stabiliti dalla Classificazione Internazionale delle Cefalee (3) (Si veda la **Tabella 1**).

TABELLA 1 - Criteri diagnostici internazionali per le cefalee primarie

Emicrania senz'aura Almeno 5 attacchi caratterizzati da: durata compresa tra 4 e 72 ore almeno 2 caratteristiche tra: dolore medio-intenso, dolore monolaterale, dolore pulsante, dolore aggravato dai movimenti almeno 1 tra: presenza durante il dolore di fonofobia e fotofobia, o nausea o vomito
Emicrania con aura Almeno 2 attacchi caratterizzati da: Deficit neurologico focale della durata compresa tra 5 e 60 minuti Può seguire o no la cefalea, che può avere le caratteristiche dell'emicrania oppure no
Cefalea tensiva Almeno 10 attacchi caratterizzati da: durata tra 30 minuti e 7 giorni Almeno 2 delle seguenti caratteristiche: sede bilaterale, caratteristiche costrittive-gravative, intensità lieve-moderata, non aggravata dall'attività fisica Devono essere inoltre: assenti nausea o vomito, non più di uno tra fonofobia o fotofobia

Per definire l'emicrania con aura è stato scelto di chiedere della presenza di disturbo visivo precedente o concomitante l'esordio della cefalea e la durata di tale disturbo; è stato chiesto specificamente del disturbo visivo in quanto esso è la manifestazione più frequente in questi casi. La sua valutazione è stata effettuata a posteriori da neurologo esperto in cefalee (CC, RE). Per l'identificazione dell'emicrania senz'aura, si è scelto di definirla sulla base della presenza sia della fonofobia che della fotofobia, associate alla segnalazione di durata dell'attacco > 4 ore. Ciò risponde a parte dei criteri diagnostici internazionali, con la possibilità di perdere alcune delle diagnosi. Infatti, gli altri sintomi associati sono la nausea e il vomito, che è stato deciso di non considerare dato che la nostra popolazione era plausibile ne soffrisse già per altre problematiche gastroenterologiche. La finalità non era quindi di stabilire la prevalenza dell'emicrania senz'aura, ma poter ricercare la correlazione tra ESA e HP in un sottogruppo selezionato.

Il tempo previsto per la durata dello studio era pluriennale, fino al raggiungimento del numero minimo per gruppo secondo il calcolo preliminare della potenza campionaria.

La conduzione dello studio ha preventivamente ottenuto le opportune autorizzazioni locali.

Analisi statistica

Dimensione campionaria

La **numerosità del campione** necessaria è stata arbitrariamente preventivamente calcolata in base alla stima di frequenza della cefalea, 40%, e della positività dell'HP, 40%, considerando come significativa una differenza percentuale del 10%, ed è stata stimata in 540 persone con HP positivo e 540 senza positività dell'HP.

Metodi di analisi

I dati descrittivi venivano riportati come numeri assoluti, media e DS o mediana con range IQ ove indicato.

Per indagare differenze tra i gruppi sono stati applicati il test Chi-quadro per le variabili categoriche e il test t-Student per le variabili continue. L'influenza delle diverse variabili sulla sintomatologia dei diversi tipi di cefalea è stata effettuata mediante analisi multivariata di regressione logistica. E' stato considerato significativo un valore di $p < 0.05$ di significatività.

Le analisi sono state effettuate utilizzando il software SPSS.

Risultati

Lo studio si è svolto nel periodo compreso tra il gennaio 2010 e il dicembre 2015. La raccolta dati si è svolta presso le Strutture di Endoscopia Digestiva degli Ospedali di Alba - ASL CN2 e Servizio di Epato-Gastro-Enterologia ed Endoscopia Digestiva di Mondovì - ASL CN1. I dati sono stati raccolti dal Centro Cefalee dell'Ospedale di Alba - ASL CN2 e lì inseriti nel database computerizzato e analizzati.

Nel periodo di studio sono state effettuate 2200 EGDS e 3914 BT. Nei casi in cui era stata eseguita la biopsia gastrica, la scheda veniva completata al pervenire dei risultati della biopsia, mentre nel caso del BT, la scheda veniva compilata appena pervenuto l'esito del test.

I questionari raccolti sono stati 1496. Per lo svolgimento dell'analisi, sono in seguito stati esclusi 134 questionari (69 con cefalea e 65 senza cefalea), a causa di: età <18 anni (23), età non specificata (83), mancanza dell'esito della ricerca di HP (28). Il numero totale analizzato era quindi di 1362 schede.

Caratteristiche della popolazione

La popolazione del campione era costituita da 777 donne (57.13%) e 583 uomini (42.87%); in due casi il genere non era specificato. L'età media della popolazione era di $53,4 \pm 16,5$ (mediana 53 anni, IQR 40.3-67.0), senza differenze significative tra maschi e femmine.

In 736 persone era segnalata la presenza di almeno un'altra malattia, escludendo patologie gastrointestinali che direttamente avessero portato alla ricerca dell'HP, per un valore medio di 1,46 patologie per individuo con altra patologia. La **Tabella 2** riassume l'elenco raggruppato delle malattie segnalate.

TABELLA 2 – Prevalenza delle diverse comorbidità considerate nello studio

PATOLOGIA	NUMERO	% PAZIENTI CON COMORBILTÀ	% DELLA POPOLAZIONE TOTALE (1.362)
Cardiopatie	60	8,2	4,4
Malattie vascolari	26	3,5	1,9
Ipertensione arteriosa	327	44,4	24,0
Alterazioni dell'umore	88	12,0	6,5
Malattie metaboliche	145	19,7	10,6
Malattie endocrine	85	11,5	6,2
Patologie allergiche	17	2,3	1,2
Malattie respiratorie	28	3,8	2,1
Malattie ortopediche	32	4,3	2,3
Malattie ematologiche	15	2,0	1,1
Neoplasie	30	4,1	2,2
Malattie reumatiche	18	2,4	1,3
Malattie gastrointestinali	101	13,7	7,4
Altre patologie	105	14,3	7,7

In 702 casi veniva segnalata la presenza di cefalea (51%) e 364 persone risultavano positive per HP (27%). Le caratteristiche generali della popolazione con cefalea sono riportate in **Tabella 3**. Come si vede i soggetti con cefalea, rispetto i non cefalalgici, sono in maggioranza femmine, di più giovane età e con un numero significativamente minore di patologie.

TABELLA 3 - Caratteristiche dei pazienti con cefalea.

CEFALEA	NO 660 persone	SI 702 persone	Significatività
DONNE (%)	42,5	72,7	0,05
ETA' MEDIA ($\pm$ DS)	$57,7 \pm 16,8$	$49,3 \pm 15,2$	0,05
ALTRE PATOLOGIE (%)	61,1	47,4	0,001

Pazienti con cefalea

Applicando i criteri scelti per definire i sottogruppi di cefalea, abbiamo identificato 176 casi (corrispondente al 25% tra i cefalalgici e 13% della popolazione totale) in cui è stata

diagnosticata Emicrania Con Aura (ECA), 98 (13.96% dei cefalgici e 7.2% del totale) con Emicrania Senza Aura (ESA) e altri 428 casi in cui la cefalea non è stata altrimenti specificata (60.97% dei cefalgici, e 31% del totale). Purtroppo, il campo del questionario contenente la domanda sulla durata degli attacchi è stato ampiamente evaso e ciò ha limitato la tipizzazione del sottotipo di cefalea ESA.

L'analisi delle caratteristiche della popolazione di pazienti con cefalea mostra come età, presenza di familiarità per cefalea, presenza di patologie associate e assunzione di terapie in generale, siano significativamente differenti nei 3 sottogruppi (**Tabella 4**). I pazienti affetti da cefalea non meglio definita (indicata con "ALTRA cefalea" in Tabella 4) rispetto a quelli con ESA o ECA sono più anziani, meno frequentemente femmine, con meno patologie associate e minor utilizzo di terapia farmacologica.

TABELLA 4 - Caratteristiche dei pazienti affetti dai diversi tipi di cefalea.

CEFALEA TIPO	ALTRA cefalea	ECA	ESA	Significatività (p)
PAZIENTI	428	176	98	-
DONNE (%)	63,2	77,8	73,5	0,01
ETA' MEDIA (±DS)	50,5±15,3	48,3±14,6	46,0±15,3	0,05
FAMILIARITA' **	61,3	77,0	76,0	N.V.
COMORBILITA' SI (%)	43,9	56,8	45,9	0,05
TERAPIA SI (%)	57,0	69,7	63,2	0,05

** dei 702 pazienti affetti da cefalea 197 non riportavano il dato della familiarità (28,1%), pertanto la percentuale è riferita ai casi noti. Dal momento che il dato mancante è maggiore nel tipo "Altra cefalea" (34,1%) non è stata valutata la significatività della differenza.

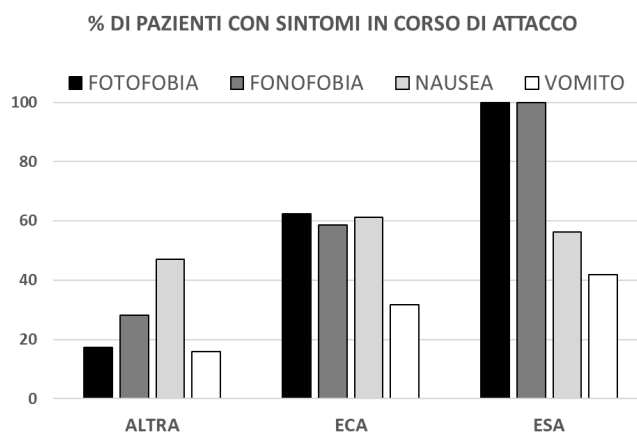
Nei pazienti affetti da ECA e ESA la frequenza degli attacchi di cefalea è media-elevata nella metà dei casi circa, mentre nei 2/3 circa dei casi di altre cefalee la frequenza è minore (si veda la **Tabella 5**).

TABELLA 5. Distribuzione della frequenza di attacchi per tipo di cefalea.

FREQUENZA EPISODI (Numero giorni/mese)	Altra cefalea 428 pazienti	ECA 176 pazienti	ESA 98 pazienti
<1	116	32	18
da 1 a 3	155	53	26
da 4 a 20	126	62	34
>20	20	28	19
Non Specificato	11	1	1

Valutando la presenza dei sintomi non dolorosi associati alla cefalea, la fono e fotofobia sono presenti nel 60% circa dei pazienti classificati come emicranici con aura; nel sottogruppo classificato come ESA sono presenti nel 100% dei casi perché esse sono state utilizzate per definire il gruppo stesso; negli altri pazienti, fono e fotofobia erano riportate nel 20% circa dei soggetti. Nausea e vomito sono maggiormente presenti nei due sottogruppi di emicranici (**Figura 1**).

FIGURA 1. Caratteristiche cliniche dei diversi tipi di cefalea.



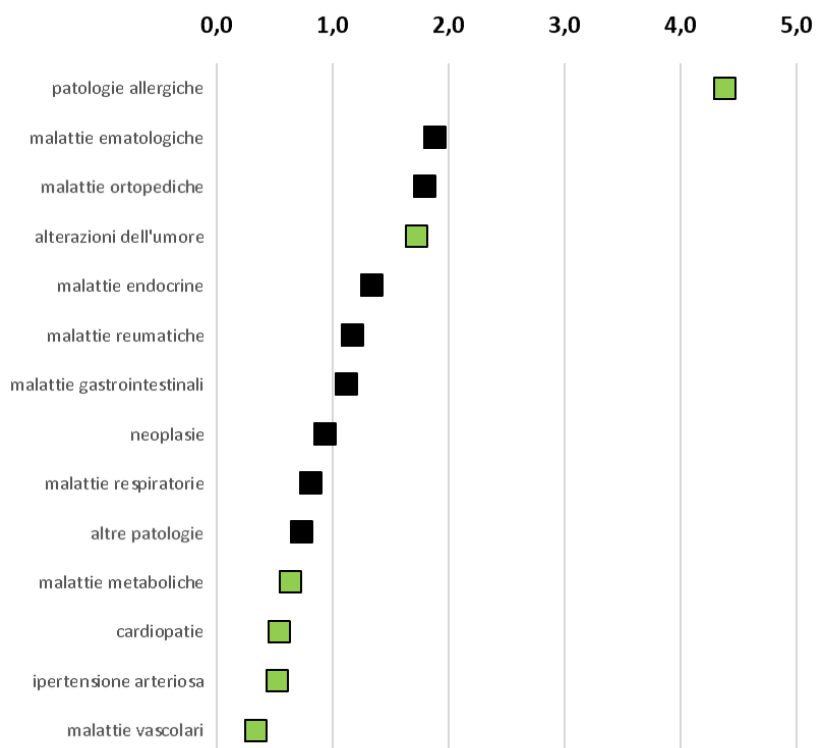
Legenda:

ALTRA= altro tipo di cefalea, ECA= emicrania con aura, ESA= emicrania senz'aura.

La valutazione delle altre patologie registrate, mostra come le patologie allergiche, ematologiche, ortopediche, dell'umore, endocrine, reumatiche, gastroenterologiche, siano significativamente più frequenti nei pazienti con cefalea rispetto ai non cefalalgici (**Figura 2**).

FIGURA 2. Odds Ratio delle patologie associate, registrate nei pazienti con cefalea rispetto ai non cefalalgici

OR COMORBILITA' NEGLI INDIVIDUI AFFETTI DA CEFALEA RISPETTO AGLI ALTRI



NOTE. In **verde** l'OR (Odd Ratio = rapporto tra prevalenza di una patologia associata nei pz con cefalea rispetto alla prevalenza in quelli senza) delle patologie associate la cui prevalenza è risultata significativamente diversa ($p < 0,05$ – chi quadro)

Cefalea ed Helicobacter Piloni

HP è stato riscontrato complessivamente in 364 persone (26.7% di tutta la popolazione). La presenza di HP era simile nei due sottogruppi con e senza cefalea così come tra i tre sottotipi di cefalea. La **Tabella 6** riassume tutte le caratteristiche analizzate nei portatori e nei non portatori di HP. I portatori HP sono più giovani e soffrono meno di altre patologie associate.

TABELLA 6 - Caratteristiche della popolazione differenziata nel sottogruppo HP presente o assente.

HP	NEGATIVO 998 pazienti	POSITIVO 364 pazienti	Significatività
ETA' (MEDIA DS)	54,1±16,7	51,4±15,9	0,01
FEMMINE (%)	57,1	57,1	N.S.
CEFALEA SI (%)	51,5	51,6	N.S.
ALTRA (%)	31,7	30,8	N.S.
ECA (%)	13,2	12,1	
ESA (%)	6,6	8,8	
COMORBILITA' SI (%)	56,7	46,7	0,001
TERAPIA SI (%)	66,5	56,2	0,001
CARDIOPATIE (%)	5,2	2,2	0,05
IPERTENSIONE ARTERIOSA (%)	25,4	20,3	0,07
MALATTIE ENDOCRINE (%)	7,1	3,8	0,05
ALTRE COMORBILITA' (%)	9,1	3,8	0,01

Analisi dei fattori associati alla cefalea

E' stata effettuata un'analisi multivariata con modello di regressione logistica multinominale per identificare i fattori associati alla cefalea.

Considerando età, genere, assenza di comorbidità e assenza di HP è risultato che si associano alla cefalea l'età più giovanile (HR 0,969 per 1 anno di età in più, $p < 0.001$, CI 0,962 – 0,997) e il sesso femminile (HR 2,711 per il genere femminile, $p = 0.001$, CI 2,154 – 3,412), mentre non vi sono associazioni significative tra HP e rischio di cefalea (HR 1,106 se HP assente, $p = 0,443$ – IC 0,885 – 1,429) così come tra presenza di comorbidità e cefalea (HR 1,174 se comorbidità assenti, $p = 0,215$ – IC 0,911 – 1,514). L'analisi dettagliata delle patologie associate, sempre in regressione logistica con le covariate sopra riportate, ha mostrato unicamente una correlazione positiva tra cefalea e disturbi dell'umore (HR 0,522 se disturbi dell'umore assenti, $p = 0.007$, CI 0.324 – 0.840) ed una negativa tra cefalea e ipertensione (HR 1,497 se ipertensione assente, $P = 0.008$, CI 1.110 – 2.021).

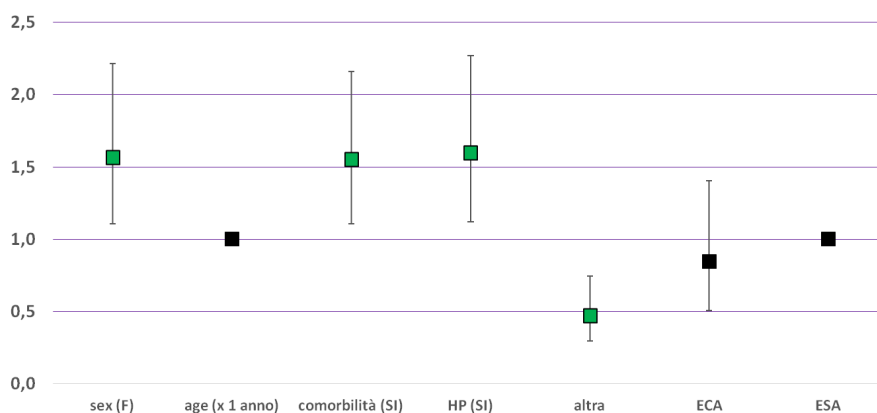
Analizzando anche gli effetti delle stesse variabili sui tre tipi diversi di cefalea (prendendo come riferimento la condizione di NON cefalea) il risultato fondamentalmente non cambia: HP risulta sempre non significativo, l'umore sembra associato solo ad ECA ed "altra cefalea" mentre ad ESA sembrano associarsi le patologie allergiche.

Nel gruppo di pazienti con cefalea abbiamo infine cercato una correlazione tra le principali covariate (età, genere, tipo di cefalea, comorbidità e presenza di HP) con la gravità della cefalea (frequenza degli attacchi) e con la sintomatologia.

Considerato il ridotto numero di pazienti con frequenza quasi quotidiano abbiamo distinto la frequenza degli attacchi in maggiore o minore di 1/settimana. Esclusi i casi con frequenza non disponibile (vedi Tabella 5), abbiamo 400 soggetti con attacchi di cefalea inferiori ad 1 alla settimana e di questi 95 sono portatori di HP (23,75%) e 289 con attacchi almeno settimanali di cui 92 sono portatori di HP (31,83% - $p = 0,02$).

L'analisi multivariata mostra una correlazione positiva tra genere femminile, comorbidità e presenza di HP con una maggiore frequenza degli attacchi ed una negativa con il tipo "altra cefalea" (**Figura 3**).

FIGURA 3. Correlazione tra gravità della cefalee (più di 3 attacchi al mese) e principali covariate considerate nello studio.



Note – in Verde le covariate significativamente correlate.

La presenza di nausea o vomito non correla, anche se ai limiti della significatività ($p < 0,08$), con la presenza o meno di HP.

Discussione

Limiti. L'obiettivo di questo studio era quello di cercare se vi fosse una correlazione tra cefalea e presenza dell'HP. Per far ciò è stato effettuato lo studio su pazienti che fossero in attesa di sottoporsi a valutazione per la presenza di HP, quindi pazienti con qualche tipo di alterazione gastroenterologica e ciò rende la nostra popolazione non sovrapponibile alla popolazione generale. In questo ambito, non è stato rilevato il motivo dell'esecuzione dell'esame gastroenterologico e non è noto se si trattasse di un primo esame o di un controllo. La somministrazione del questionario per la rilevazione della cefalea è stata pensata per essere di semplice compilazione, ciò a scapito di alcuni dettagli che avrebbero facilitato l'assegnazione ad un particolare sottotipo di cefalea. Questo limite non consente di confermare in dettaglio le diagnosi, se non per l'ECA. La selezione di ESA permette di identificare gli emicranici senz'aura, ma ciò ha ridotto la numerosità di questo sottogruppo, limitando probabilmente le significatività

di alcune analisi. La segnalazione delle patologie riportate dal paziente potrebbe essere condizionata dallo stato emotivo del momento e dalla conoscenza parziale del paziente stesso.

La prevalenza della cefalea nella popolazione studiata è sovrapponibile a quella della popolazione generale, ossia circa il 50% (2). La prevalenza di ECA in questa popolazione è almeno il doppio di quella della popolazione generale (12 vs 4-6% atteso), mentre è minore quella di ESA (7% vs 12% atteso) a causa dei parametri adottati per la sotto classificazione e ciò può rendere meno attendibile la valutazione dei parametri per questo sottogruppo.

Le patologie associate alla cefalea nel campione studiato sono simili a quanto noto per la maggior frequenza di disturbi dell'umore e malattie allergiche, mentre è opposta a quanto noto relativamente all'ipertensione e alle malattie metaboliche, e l'interpretazione di questo dato pare difficile.

La prevalenza di positività per HP nel nostro campione è leggermente inferiore a quanto noto dalla letteratura, che riporta HP 40% dei cefalgici e nei controlli sani (4,5) e nel 30% circa degli emicranici (6). La differenza è più rilevante se si considera che la nostra popolazione è più anziana di quelle studiate altrove e in considerazione dei dati che descrivono una prevalenza maggiore di HP con l'aumento dell'età (13). Peraltro, la prevalenza inferiore può essere legata al fatto che non ci è noto se le valutazioni di BT e EGDS fossero prime valutazioni o controlli, quindi con la possibilità di aver perso una percentuale di pazienti che avrebbero potuto essere stati portatori di HP in precedenza. I nostri dati differiscono come prevalenza di HP con i dati di Yiannopoulou (8) che riportava una positività nel 60% circa degli ESA, ma una prevalenza molto inferiore nei controlli, dato questo in disaccordo con i nostri. Più recentemente in un ampio studio retrospettivo è stata descritta una maggior prevalenza di ulcera gastrica nei pazienti con emicrania senz'aura e cefalea tensiva episodica, e con malattia da reflusso nei soli emicranici, ma non la correlazione tra cefalee di vario tipo e presenza di HP (14). La numerosità del campione con emicrania con aura è ridotta (solo 19 casi) per cui ulteriori stime non sono possibili. Nel nostro campione abbiamo un elevato numero di casi con emicrania con aura, il maggiore di quelli riportati in letteratura. Quale possa essere il significato di questo reperto pare incerto e richiede ulteriori studi. Nello studio di Lee (14) l'età media della popolazione studiata è simile alla nostra. In questo studio la prevalenza di HP è lievemente maggiore comparata alla nostra, essendo oltre del 65% circa negli emicranici, 55% circa nei pazienti con cefalea tensiva e nei controlli, peraltro le differenze non sono significative.

Il nostro studio non conferma la correlazione tra presenza di HP e cefalea, in generale e per i vari sottogruppi e all'interno del gruppo con cefalea. L'analisi della correlazione tra frequenza di cefalea e HP, mostra come la presenza dell'HP correli significativamente con le frequenze più elevate di cefalea maggiori, dato in contrasto con alcuni studi precedenti (5,6), ma in qualche modo coerente con la segnalazione di miglioramento della cefalea dopo eradicazione del batterio (4,7,11).

Non abbiamo dati su possibili variazioni della cefalea nei pazienti con HP positività, essendo il nostro uno studio di prevalenza puntuale e non di follow-up.

Bibliografia

1. **Gasbarrini G, Racco S, Franceschi F, Miele L, Cammarota G, Grieco A, Gasbarrini A.** *Helicobacter pylori infection: from gastric to systemic disease.* 2010, *Recenti Prog Med*, p. 27-33.
2. **Stovner Lj, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T.** *The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide.* 2007, *Cephalalgia*, p. 193-210.
3. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS).** *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition.* 2018, *Cephalalgia*, p. 1-211.
4. **Gasbarrini A, De Luca A, Fiore G, Franceschi F, Ojetti V V, Torre ES, Di Campli C, Candelli M, Pola R, Serricchio M, Tondi P, Gasbarrini G, Pola P, Giacobazzo M.** *Primary Headache and Helicobacter Pylori.* 1998, *Int J Angiol*, p. 310-312.
5. **Gasbarrini A, Gabrielli M, Fiore G, Candelli M, Bartolozzi F, De Luca A, Cremonini F, Franceschi F, Di Campli C, Armuzzi A, Ojetti V, Serricchio M, Pola R, Gasbarrini G, Giacobazzo M, Pola P.** *Association between Helicobacter pylori cytotoxic type I CagA-positive strains and migraine with aura.* 2000, *Cephalalgia*, p. 561-565.
6. **Pinessi L, Savi L, Pellicano R, Rainero I, Valfrè W, Gentile S, Cossotto D, Rizzetto M, Ponzetto A.** *Chronic Helicobacter pylori infection and migraine: a case-control study.* 2000, *Headache*, p. 836-839.
7. **Tunca A, Türkay C, Tekin O, Kargili A, Erbayrak M.** *Is Helicobacter pylori infection a risk factor for migraine? A case-control study.* 2004, *Acta Neurol Belg*, p. 161-164.

8. **Yiannopoulou KG, Efthymiou A, Karydakis K, Arhimandritis A, Bovaretos N, Tzivras M.** *Helicobacter pylori infection as an environmental risk factor for migraine without aura.* 2007, J Headache Pain. , p. 329-333.
9. **Hosseinzadeh M(1), Khosravi A, Saki K, Ranjbar R.** *Evaluation of Helicobacter pylori infection in patients with common migraine headache.* 2011, Arch Med Sci, p. 844-849.
10. **Hong L, Zhao Y, Han Y, Guo W, Wang J, Li X, Han Y, Fan D.** *Reversal of migraine symptoms by Helicobacter pylori eradication therapy in patients with hepatitis-B-related liver cirrhosis.* 2007, Helicobacter, p. 306-308.
11. **Gasbarrini A, De Luca A, Fiore G, Gambrielli M, Franceschi F, Ojetti V, Torre ES, Gasbarrini G, Pola P, Giacovazzo M.** *Beneficial effects of Helicobacter pylori eradication on migraine.* Hepatogastroenterology. 1998, 45:765-70.
12. **Kemper RH, Meijler WJ, Korf J, Ter Horst GJ.** *Migraine and function of the immune system: a meta-analysis of clinical literature published between 1966 and 1999.* 2001, Cephalalgia, p. 549-557.
13. **Sitas F, Forman D, Yarnell JW, Burr ML, Elwood PC, Pedley S, Marks KJ.** *Helicobacter pylori infection rates in relation to age and social class in a population of Welsh men.* 1991, Gut, p. 25-28.
14. **Lee SH, Lee JJ, Kwon Y, Kim JH, Sohn JH.** *Clinical Implications of Associations between Headache and Gastrointestinal Disorders: A Study Using the Hallym Smart Clinical Data Warehouse.* 2017, Front Neurol, p. 526.

Ringraziamenti:

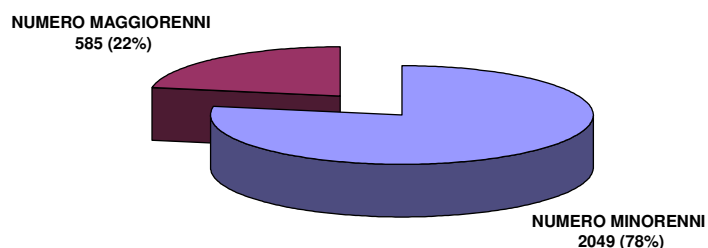
Si ringrazia per l'attiva collaborazione allo svolgimento dello studio le infermiere professionali CAMERA Emma, CONTERNO Paola, MARENGO Anna Maria, PECOLLO Irene, RINALDI Paola, e il Dr. NERI Loris per il sostanziale aiuto nella valutazione dei dati.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2017

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

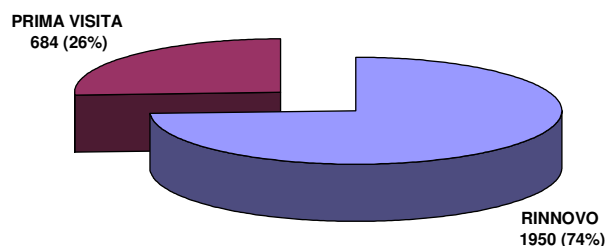
Il Servizio di Medicina dello Sport dell'ASL CN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2017 un numero totale di 2.634 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 – Visite agonistiche Anno 2017

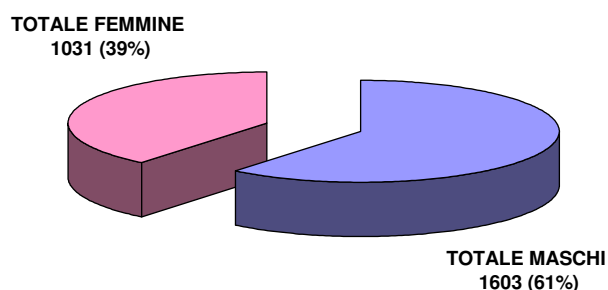


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

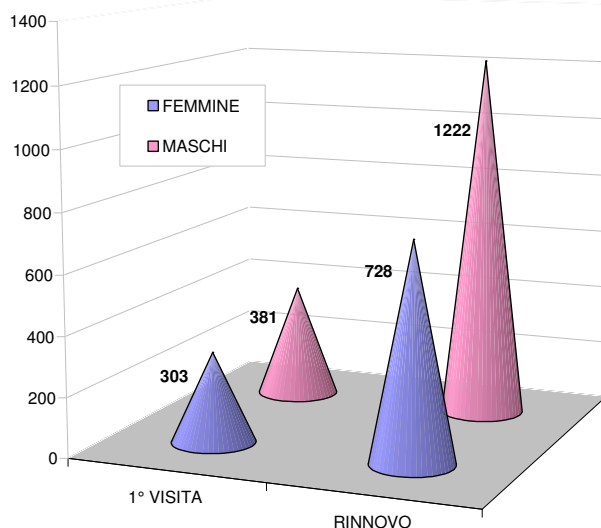
Graf. 2 – Prime visite e rinnovi annuali Anno 2017



Graf. 3 – Atleti suddivisi per sesso Anno 2017

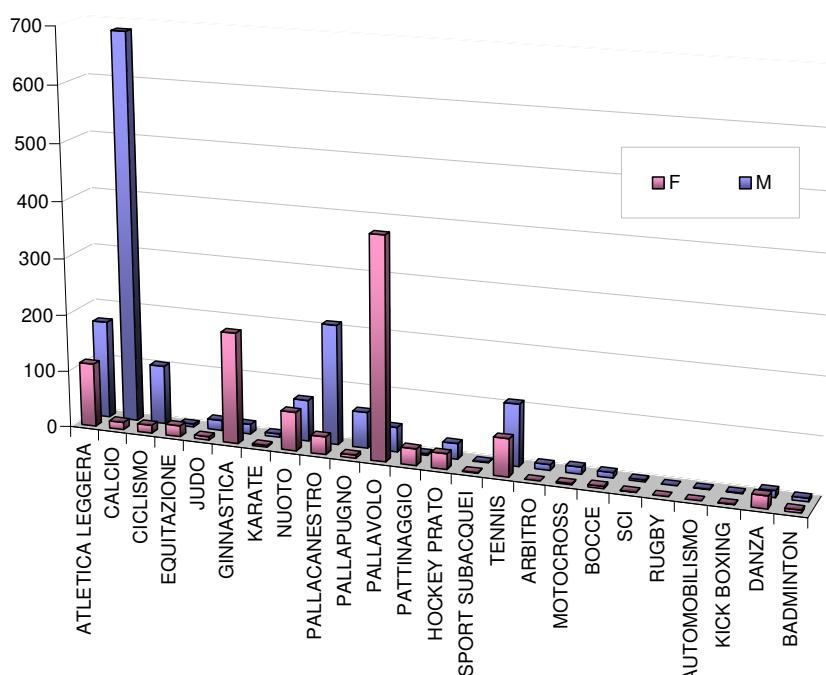


Graf. 4 - Prime visite e rinnovi Anno 2017



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

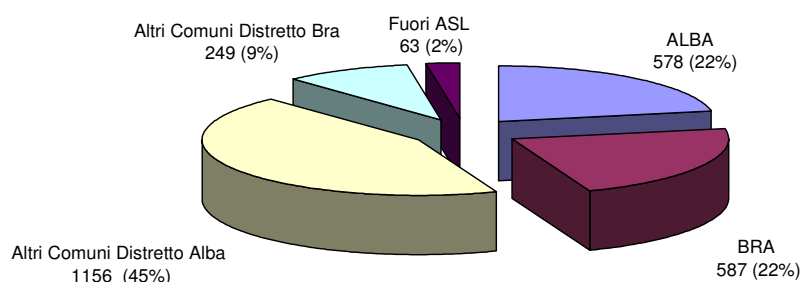
Graf. 5 - Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive Anno 2017



Nel 2017 sono stati richiesti, per il rilascio dell'idoneità agonistica, n. 6 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 2017



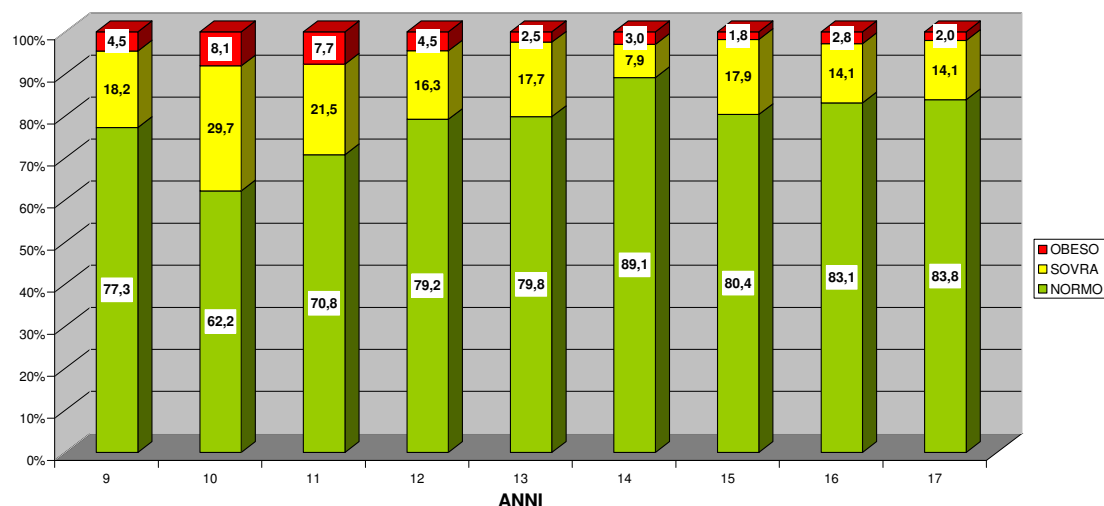
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening della stato di nutrizione della popolazione.

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 -29,9, obeso >30.

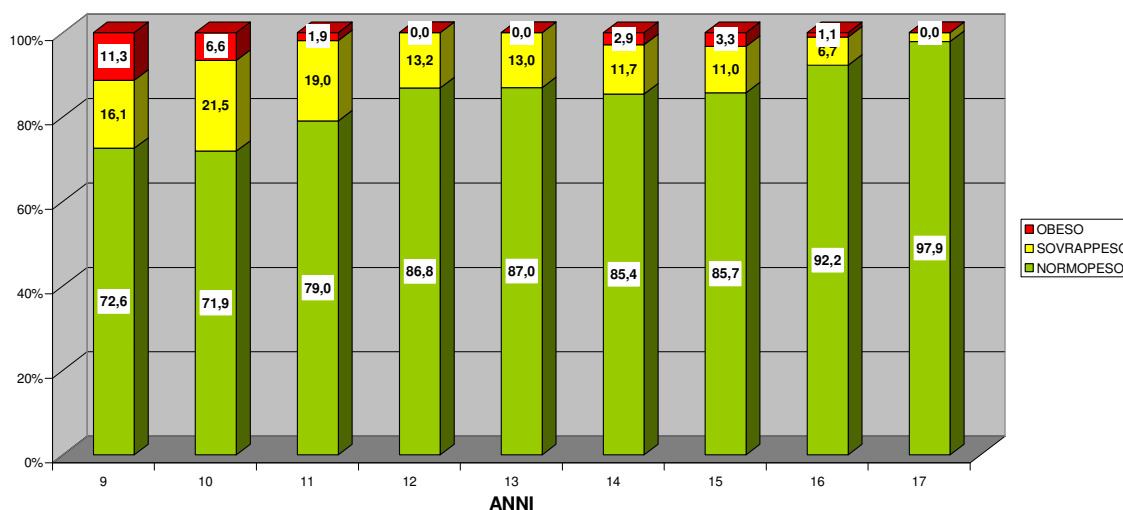
Nei grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2017.

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 2017.

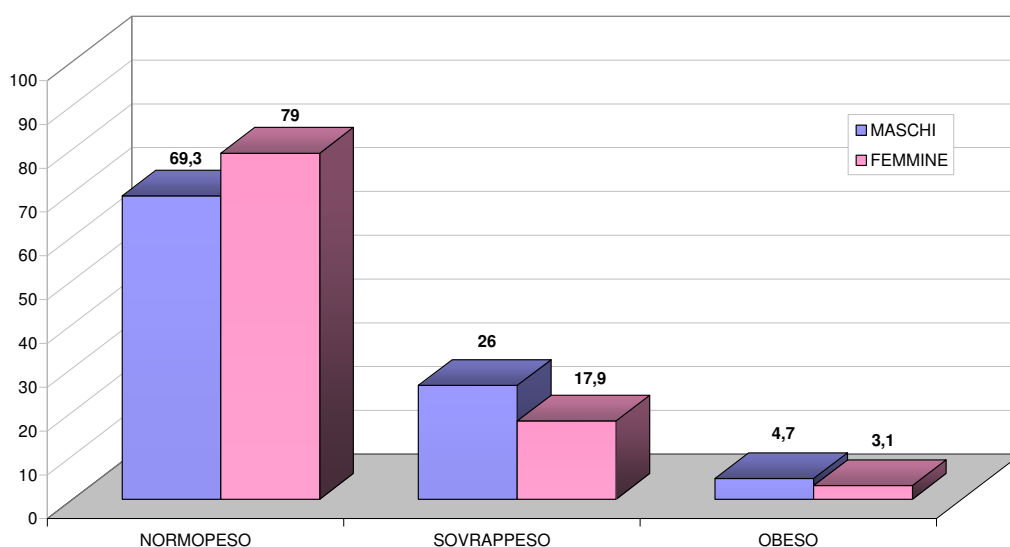
Graf. 7 - % di soggetti **maschi** normopeso/sovrappeso/obeso tra la popolazione di 9-17 anni



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 (61% del totale) con un incremento da parte del sesso femminile rispetto ai rilievi del 2016;
- 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 in quanto il riscontro di anomalie quali deficit dell'acuità visiva o lievi distorsioni del rachide, non rappresentando generalmente situazioni cliniche di sospensione dell'idoneità, vengono segnalati in corso di visita ed indirizzati ad eventuali accertamenti specialistici previo accordo con il medico curante;
- come già rilevato negli anni precedenti continua il trend negativo relativo al riscontro di soggetti con eccesso ponderale (sovrappeso ed obesi) nella popolazione giovanile soprattutto in età pre-puberale ed in particolare nei soggetti di sesso maschile.

LAVORO E SALUTE
La struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali
nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2012-2016.
Focus speciale sul comparto agricolo
Santina Bruno, Pietro Corino

Tipologia e origine dati

• **LA STRUTTURA PRODUTTIVA**

- **FONTE DATI:** FLUSSI INAIL – REGIONI
- **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2012 AL 2016 (ULTIMO QUINQUENNIO DISPONIBILE)
- **DEFINIZIONI:**
 - **PAT:** Codice identificativo del rapporto assicurativo istituito tra datore di lavoro e INAIL in riferimento ad una o più lavorazioni comprese nello stesso macrosettore e svolte in uno stesso ambito territoriale.
 - **ADDETTI:** Numero di uomini-anno assicurati all'INAIL approssimato alla prima cifra decimale. L'uomo-anno è un'unità di conto corrispondente ad un addetto al lavoro per 300 giorni l'anno e per la durata settimanale del lavoro richiesta dal contratto di lavoro vigente. Sono esclusi da tale conteggio i lavoratori apprendisti, i lavoratori interinali ed i lavoratori iscritti alle polizze speciali (es: cooperative di facchinaggio, pescatori, ecc.).

• **GLI INFORTUNI SUL LAVORO**

- **FONTE DATI:** FLUSSI INAIL – REGIONI, IN.FOR.MO, DATI SPRESAL ASL CN2
- **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2012 AL 2016 (ULTIMO QUINQUENNIO DISPONIBILE)
- **DEFINIZIONI:**
 - **INFORTUNI DENUNCIATI:** Infortuni sul lavoro e in itinere di cui l'INAIL è venuto a conoscenza attraverso formale denuncia di infortunio o per segnalazione dei pronto-soccorso.
 - **INFORTUNIO POSITIVO:** Infortunio sul lavoro o in itinere denunciato all'INAIL e da questo definito al termine dell'iter amministrativo, con indennizzo per inabilità temporanea, per inabilità/menomazione permanente, per morte o senza indennizzo (casi estranei, per motivi diversi, all'ambito della tutela assicurativa).
 - **FRANCHIGIA:** Con tale termine si intende il lasso di tempo (i primi tre giorni di inabilità al lavoro oltre al giorno in cui l'evento lesivo ha avuto luogo) non coperto da tutela assicurativa e dunque a totale carico del datore di lavoro.
 - **INABILITÀ TEMPORANEA:** Inabilità totale che impedisce al lavoratore di esercitare il proprio lavoro per un periodo limitato. Al di là dei primi tre giorni, escluso quello dell'infortunio, interviene la tutela assicurativa mediante la corresponsione di una indennità giornaliera fino a completa guarigione clinica.
 - **INABILITÀ PERMANENTE:** Postumi di carattere permanente conseguenti ad infortunio sul lavoro o a malattia professionale in grado di ridurre o annullare la capacità lavorativa del lavoratore colpito.
 - **INFORTUNIO IN ITINERE:** Infortunio avvenuto nel tragitto di andata o di ritorno tra casa e lavoro o tra luogo di lavoro e luogo di ristoro o in occasione di spostamenti necessari a raggiungere eventuali altre sedi di servizio.
 - **INFORTUNIO STRADALE:** Infortunio avvenuto durante l'attività di lavoro alla guida di un mezzo su strada.

• **LE MALATTIE PROFESSIONALI**

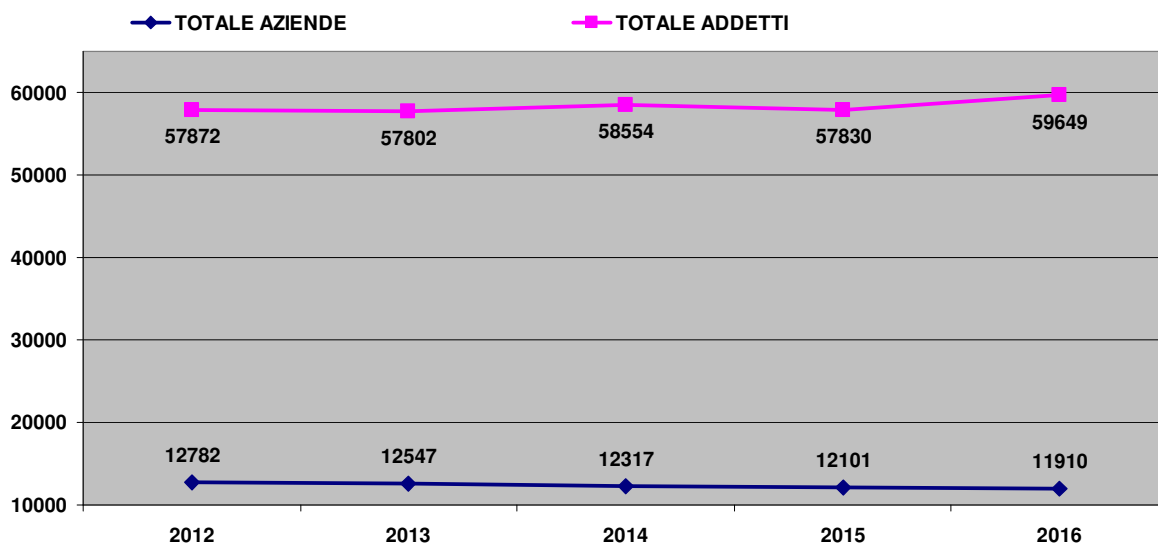
- **FONTE DATI:** FLUSSI INAIL – REGIONI
- **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2012 AL 2016 (ULTIMO QUINQUENNIO DISPONIBILE)
- **DEFINIZIONI:**
 - **MALATTIA PROFESSIONALE DENUNCIATA:** Malattia Professionale di cui l'INAIL è venuto a conoscenza attraverso formale denuncia.
 - **MALATTIA PROFESSIONALE RICONOSCIUTA:** Quando INAIL accerta che la malattia è stata contratta nell'esercizio e a causa delle lavorazioni tutelate.
 - **PATOLOGIA ACCERTATA:** La patologia accertata a seguito verifica INAIL e classificata secondo la classificazione internazionale ICD-X.

La struttura produttiva

Nella primavera di ogni anno, sul Portale INAIL, Area tematica "Flussi Informativi INAIL – REGIONI", vengono aggiornati, per ogni ASL, i dati dell'ultimo anno disponibile, relativi a: Aziende, Addetti, Infortuni e Malattie Professionali. Si segnala che, per problemi di rilevamento dei dati, il summenzionato Sistema informativo non è in grado di fornire indicazioni sul numero delle aziende e degli addetti del comparto Agricoltura.

I dati dell'ultimo aggiornamento, relativi al 31 dicembre 2016, evidenziano una sostanziale stabilità del sistema produttivo del territorio della nostra ASL, con una contenuta riduzione del numero delle aziende (-7% ca.) contrapposta ad un lieve aumento degli addetti (+3% ca.) (Grafico 1). E' possibile pertanto rilevare un lieve aumento della dimensione aziendale definita per numero addetti.

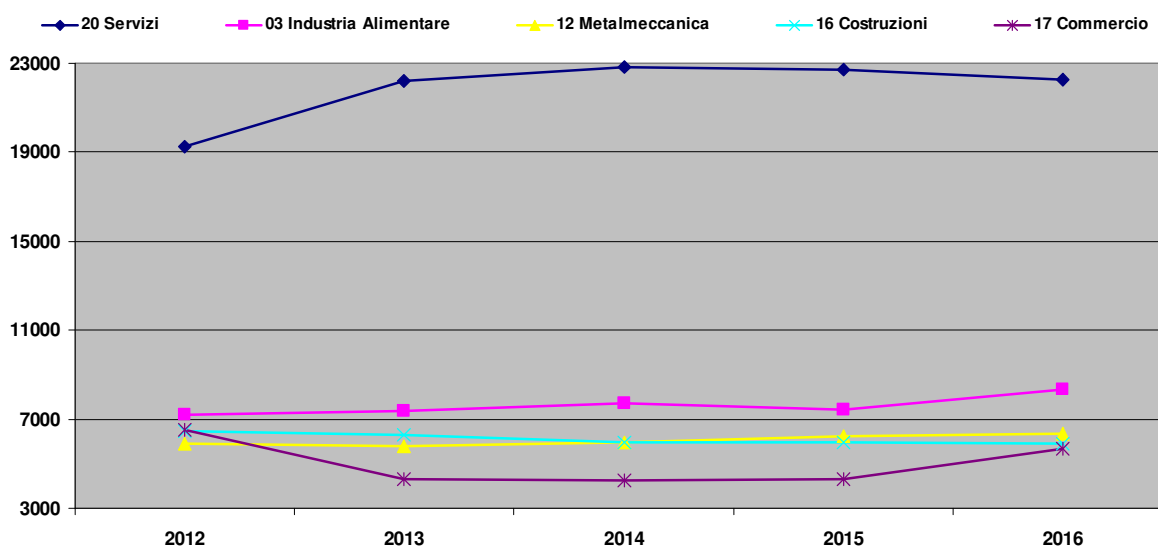
Grafico 1: Andamento del numero delle Aziende e degli Addetti del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2012-2016



Rispetto alla numerosità degli addetti, il comparto più rappresentativo è costituito dai Servizi, che occupano oltre il 30% del totale della forza lavoro, a cui seguono l'industria Alimentare, la Metalmeccanica, le Costruzioni ed il Commercio.

L'industria alimentare ed il commercio evidenziano, nell'ultimo anno disponibile, la maggior crescita degli addetti impiegati, mentre i restanti comparti risultano sostanzialmente stabili o in lieve calo come nei Servizi (Grafico 2).

Grafico 2: Andamento del numero degli Addetti nei 5 comparti più rappresentativi del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2012- 2016



Gli infortuni sul lavoro

Dall'anno 2000, data di avvio del Sistema Informativo Nazionale INAIL – Regioni, si è assistito ad un costante calo della numerosità complessiva degli eventi infortunistici con una riduzione, sia degli eventi totali che di quelli mortali; tale trend si è verificato anche nel territorio di questa ASL.

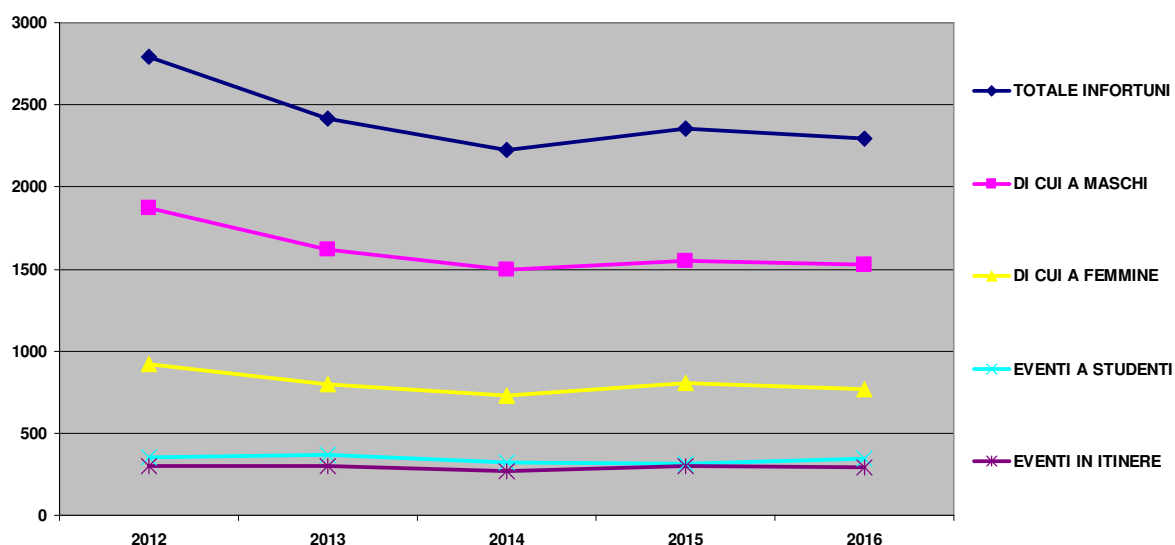
Il quinquennio 2012–2016, seppur con andamenti irregolari, conferma la tendenza indicata, con una riduzione complessiva degli eventi vicina al 20% (Tabella 1 e Grafico 3).

Gli eventi occorsi a studenti, costituiti soprattutto da incidenti durante le lezioni di Scienze Motorie e Sportive (pari a circa il 15% del totale) e gli incidenti in itinere (spostamento casa-lavoro, pari a circa il 13% del totale) si mantengono sostanzialmente stabili; si può pertanto ritenere che la riduzione degli eventi totali sia attribuibile soprattutto alla diminuzione degli eventi che si verificano effettivamente "sul posto di lavoro".

Tabella 1: Dati relativi agli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2012- 2016. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

ANNI	2012		2013		2014		2015		2016	
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	2794		2419		2224		2357		2295	
DIVISI PER GENERE	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	1873	921	1618	801	1494	730	1553	804	1526	769
EVENTI A STUDENTI	354		366		320		336		344	
EVENTI IN ITINERE	299		299		268		301		295	

Grafico 3: Andamento degli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2012- 2016. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

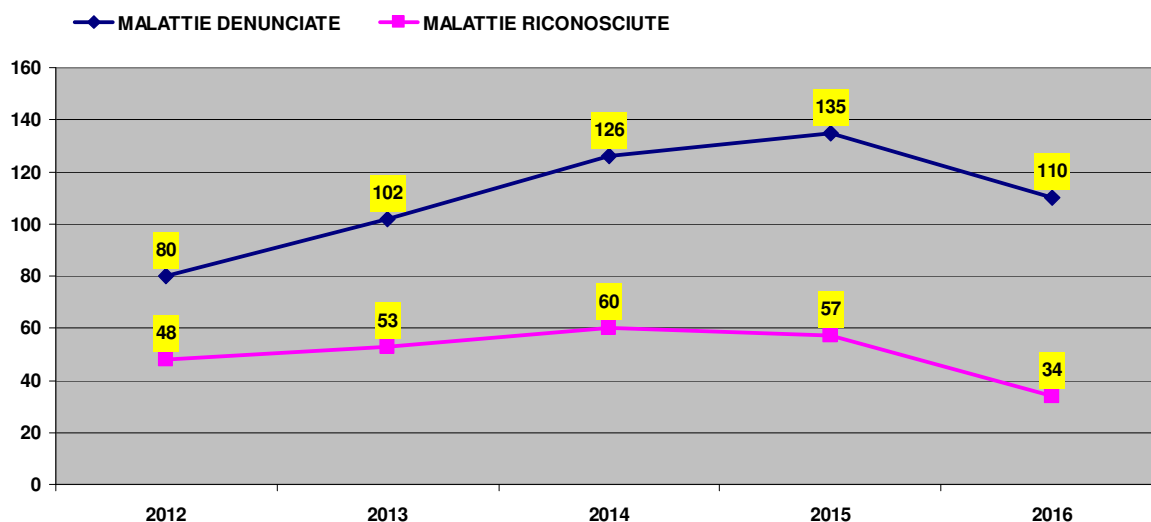


Le malattie professionali

Nel 2016, ultimo anno disponibile, sul territorio dell'ASL CN2 risultano in forte calo (Grafico 4), rispetto all'anno precedente (oltre il 20%), sia le malattie denunciate che quelle riconosciute da INAIL.

E' invece in crescita continua il gap tra le denunce ed i riconoscimenti di malattia: ormai le patologie che l'Ente Assicurativo riconosce si limitano a ca. il 25% e praticamente viene riconosciuta l'origine professionale solo in un caso su quattro.

Grafico 4: Andamento Numerico delle Malattie Professionali Denunciate e delle Malattie Professionali Riconosciute da Inail relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2012- 2016.



Come evidenziato nella Tabella 2, la tipologia delle patologie correlate al lavoro riguarda principalmente il distretto neuro muscolare mentre, nell'ultimo periodo, il riconoscimento di patologie quali le pneumoconiosi, ipoacusie e dermatiti, così come i tumori, risulta in netto calo.

Tabella 2: Malattie Professionali Riconosciute da Inail divise per Patologia Accertata relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2012- 2016.

MALATTIA RICONOSCIUTA PER TIPOLOGIA ACCERTATA	2012	2013	2014	2015	2016
AFFEZIONE DEI DISCHI INTERVERTEBRALI	7	7	19	15	10
MALATTIE DEI TENDINI ED AFFEZIONI DELLE SINOVIALI, TENDINI	17	23	20	24	9
AFFEZIONI DEI MUSCOLI, LEGAMENTI, APONEUROS E TESSUTI MOLL	16	11	15	12	8
DERMATITE DA CONTATTO ED ALTRI ECZEMI	0	1	0	0	2
TUMORE MALIGNO DELLA PLEURA	1	1	1	0	1
BRONCHITE CRONICA	0	0	0	0	1
ASMA	1	0	0	0	1
PNEUMOCONIOSI DA SILICE E SILICATI	0	1	0	0	1
DERMATOSI ERITEMATO-SQUAMOSE, ECZEMI INFANTILI	0	0	0	0	1
TUMORE MALIGNO DELLE CAVITÀ NASALI, ORECCHIO MEDIO E SENI	0	0	0	1	0
TUMORE MALIGNO DELLA TRACHEA, DEI BRONCHI DEL POLMONE NON SPONGE SECONDARIO	0	0	1	0	0
TUMORE MALIGNO DELLA VESCICA	0	0	1	1	0
ALTRE NEUROPATIE PERIFERICHE	2	1	0	0	0
IPOACUSIA	1	2	0	0	0
PNEUMOCONIOSI DA ALTRE POLVERI INORGANICHE	0	0	0	0	0
ARTROPATIE ASSOCIATE AD ALTRE INFEZIONI	1	1	0	0	0
ARTROSI ED AFFEZIONI CORRELATE	2	3	3	3	0
LESIONI ARTICOLARI DEL GINOCCHIO	0	2	0	1	0
TOTALE MP RICONOSCIUTE PER ANNO	48	53	60	57	34

Focus sul comparto agricoltura

Negli ultimi anni si è consolidata la tendenza, in atto ormai da tempo, che vede il territorio dell'ASL CN2 sempre più legato alle produzioni agricole di qualità ed alla vocazione turistica enogastronomica, che il recente riconoscimento UNESCO del territorio di Langhe e Roero ha considerevolmente implementato.

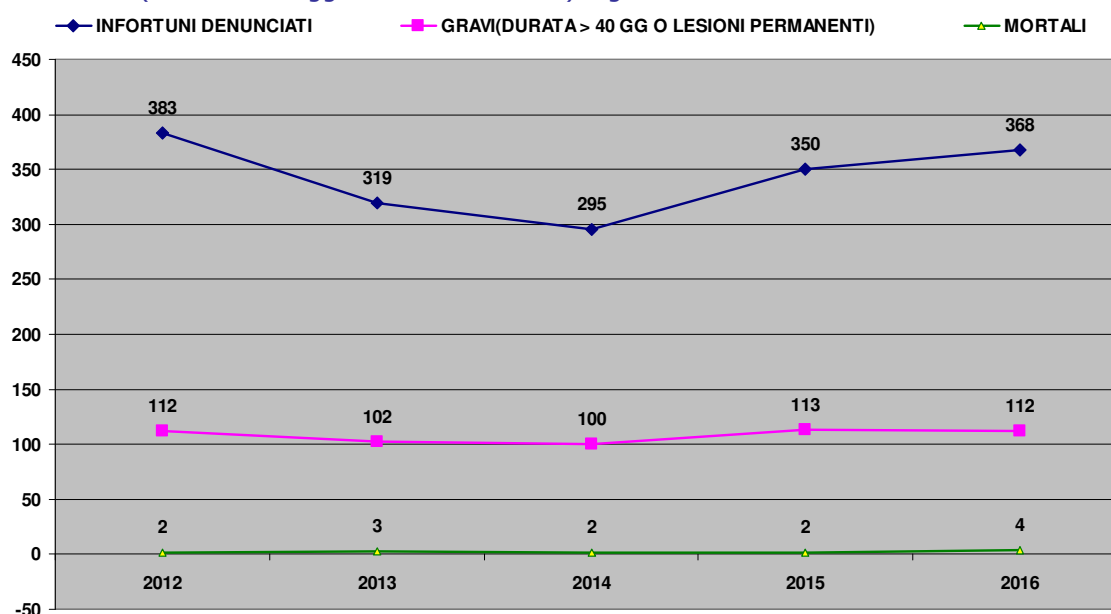
Come precedentemente riferito, rispetto al comparto Agricoltura, il Sistema FLUSSI, pur contenendo tutti i dati relativi ad Infortuni e Malattie Professionali, manca dei dati relativi alle aziende e, di conseguenza, delle informazioni attinenti agli addetti del settore.

Comunque, altri sistemi informativi consentono di stimare che l'agricoltura rappresenta, per il nostro territorio, il primo comparto per numero di aziende e, verosimilmente, il secondo per numerosità degli addetti, subito dopo quello dei Servizi.

L'incertezza delle stime e soprattutto la forte presenza di "Imprese familiari" (tipologia aziendale costituita dal titolare coadiuvato da alcuni componenti familiari), che sfuggono ad una precisa quantificazione degli addetti, non consente di valutare correttamente i tassi infortunistici (n. di eventi /n. di addetti) del comparto agricolo, come avviene invece per gli altri settori produttivi. Sulla base delle informazioni disponibili è possibile affermare che, per quanto riguarda gli infortuni, l'agricoltura, oltre a essere il comparto più significativo in termini numerici, sia come totale degli eventi, sia come eventi gravi e soprattutto come eventi mortali (Grafico 5), ha negli ultimi anni invertito il generale trend in diminuzione, con un andamento in crescita evidente per tutte le tre tipologie di eventi citate.

Anche se è verosimile che l'aumento degli infortuni in atto sia riconducibile al forte impulso che l'intero comparto sta vivendo, le ragioni già citate non consentono di fare valutazioni precise sulle motivazioni all'origine del fenomeno.

Grafico 5: Andamento degli Infortuni sul Lavoro Denunciati e Accaduti nel territorio dell'ASL CN2 e relativi al comparto Agricoltura, nel quinquennio 2012- 2016, con il totale degli Eventi, gli eventi Gravi (Durata > 40 gg o Esiti Permanenti) e gli eventi Mortali.



Anche per le Malattie Professionali l'agricoltura risulta stabilmente al primo posto come numerosità delle denunce rispetto agli altri comparti ma negli ultimi due anni i casi riconosciuti da INAIL si sono fortemente ridotti (Tabella 3).

Per quanto attiene alle tipologie, le tecnopatie in ambito agricolo riguardano principalmente il distretto muscolo-scheletrico e sono sostanzialmente riconducibili alle peculiarità dei lavori agricoli caratterizzati da gravosità, manualità e ripetitività (es. potatura, lavori in verde, raccolta uve, ecc..) e su cui le misure di prevenzione non sempre riescono ad incidere in modo adeguato.

Tabella 3: Malattie Professionali Riconosciute da Inail divise per Patologia Accertata relative ad Aziende del comparto Agricoltura ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2012-2016.

MALATTIA RICONOSCIUTA PER TIPOLOGIA ACCERTATA	2012	2013	2014	2015	2016
Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini	8	16	13	17	7
Affezione dei dischi intervertebrali	4	2	17	10	6
Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti molli	12	6	15	11	5
Altre neuropatie periferiche	2	1	0	0	0
Asma	1	0	0	0	0
Artropatie associate ad altre infezioni	0	1	0	0	0
Artrosi ed affezioni correlate	1	3	2	3	0
Lesioni articolari del ginocchio	0	1	0	0	0
TOTALE MP RICONOSCIUTE PER ANNO	28	30	47	41	18

LAVORO E SALUTE

Gli infortuni sul lavoro tra gli addetti dell'ASL CN2

Stefano Nava, Maria Luisa Boarino, Corrado Galdini,
Maria Cristina Frigeri, Valentina Venturino, Simonetta Cabutti, Manuela Rabino

Premessa

L'INAIL ha assicurato la Sanità per circa un milione di addetti: 800.000 nella Sanità e 200.000 nell'Assistenza sociale, con un calo costante nel periodo 2010-2014. Questo calo ha avuto come conseguenza la diminuzione di circa il 15% degli infortuni nello stesso periodo.

Tuttavia la complessa manutenzione delle strutture, l'uso di macchinari diagnostici e attrezzature specifiche, il contatto con agenti infettivi, fisici e chimici nonché sforzi muscoloscheletrici, fattori psico sociali, espongono i lavoratori a rischi infortunistici e tecnopatici in misura superiore alla media dell'intera industria e servizi.

Le statistiche infortuni elaborate dall'INAIL raggruppano i comparti produttivi secondo la codifica in gruppi ATECO dove il comparto Sanità comprende più tipologie di servizi non tutte riconducibili alle prestazioni fornite da una Azienda Sanitaria Locale, inoltre non viene fatta distinzione tra servizi pubblici e privati per cui è difficile poter valutare nel tempo indici di frequenza e gravità per una specifica Azienda Sanitaria Locale. Inoltre le statistiche INAIL non consentono uno studio accurato delle dinamiche di infortunio ovvero le tipologie di accadimento.

Per tutti questi motivi, negli anni si è reso necessario iniziare un'attività di raccolta e analisi degli eventi infortunistici all'interno della nostra Azienda, i cui risultati vengono sinteticamente di seguito riportati.

Andamento degli infortuni ASL CN2

Da tempo il Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.) rileva i dati infortunistici che hanno interessato i dipendenti dell'ASL CN2 e la S.C. Direzione Sanitaria di Presidio rileva gli infortuni di tipo "biologico" comprendendo, oltre che ai dipendenti dell'ASL CN2, anche agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, personale dipendente Gi.GROUP, personale dipendente impresa di pulizie, personale dipendente AMOS e personale volontario.

Entrambe le rilevazioni hanno **finalità di prevenzione**, in quanto la conoscenza delle modalità di accadimento consente di meglio individuare le misure di prevenzione e protezione da adottare.

Il presente articolo analizza esclusivamente i dati infortunistici riferiti ai dipendenti dell'ASL CN2. La rilevazione, iniziata nel lontano 1998, viene fatta alla data del 21 novembre di ogni anno, suddividendo tra infortuni di natura biologica e non biologica.

Un **infortunio biologico** si verifica in ogni contatto con sangue o altro materiale biologico, derivato da puntura o ferita con aghi o altri oggetti taglienti, nonché da spruzzi o spandimenti su mucose o cute non integra. Gli infortuni biologici possono essere distinti in percutanei (cioè causati da punture accidentali provocate da aghi, o da altri dispositivi taglienti, contaminati con sangue) oppure mucocutanei (quando uno schizzo di sangue o di un altro liquido biologico di un paziente va a colpire gli occhi o un'altra mucosa dell'operatore).

Negli **infortuni di tipo non biologico** troviamo anche i cosiddetti **infortuni in itinere** cioè l'infortunio avvenuto nel tragitto di andata o di ritorno tra casa e lavoro o tra luogo di lavoro e luogo di ristoro o in occasione di spostamenti necessari a raggiungere eventuali altre sedi di servizio, mentre si considera **infortunio stradale** l'infortunio avvenuto durante l'attività di lavoro alla guida di un mezzo su strada.

La comparazione tra i diversi anni, come descritta nei Grafici 1 e 2, mette in evidenza anche a livello locale, un trend in netta diminuzione per il numero degli infortuni totali. Si può rilevare inoltre che gli infortuni di tipo biologico sono in continua diminuzione mentre gli infortuni di natura non biologica sono pressoché costanti negli anni.

Grafico 1: Andamento degli infortuni occorsi nei dipendenti ASL CN2 Alba-Bra (n. totale dipendenti: circa 1.620) nel periodo 1998 - 2017 (n. totale, n. infortuni biologici, n. infortuni non biologici).

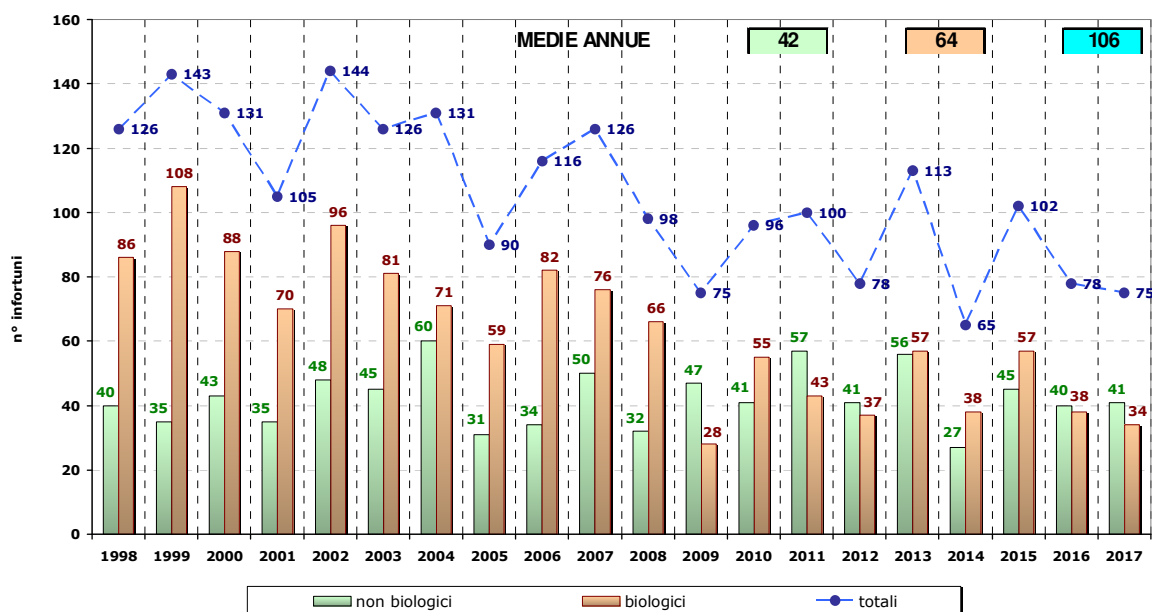
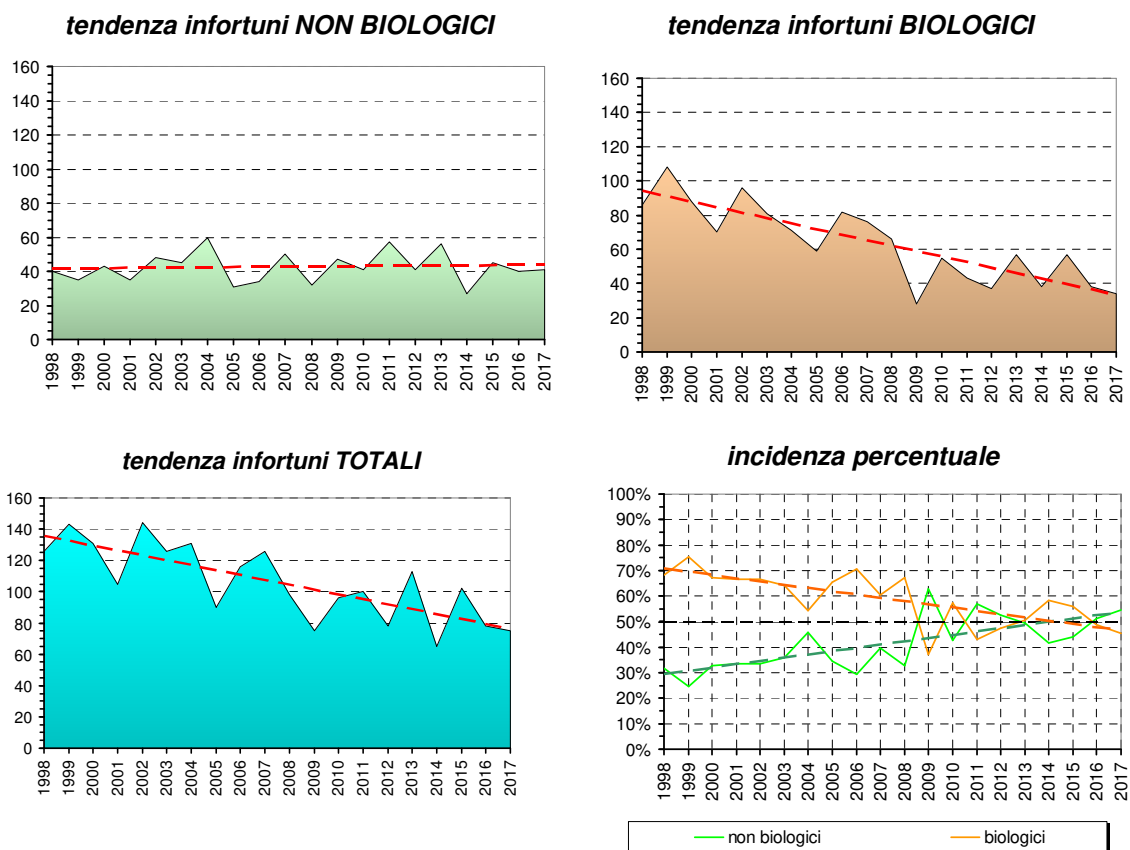


Grafico 2: Tendenza degli infortuni occorsi nei dipendenti ASL CN2 Alba-Bra per tipologia di infortunio nel periodo 1998-2017



Andamento degli infortuni ASL CN2 nel quinquennio 2013-2017

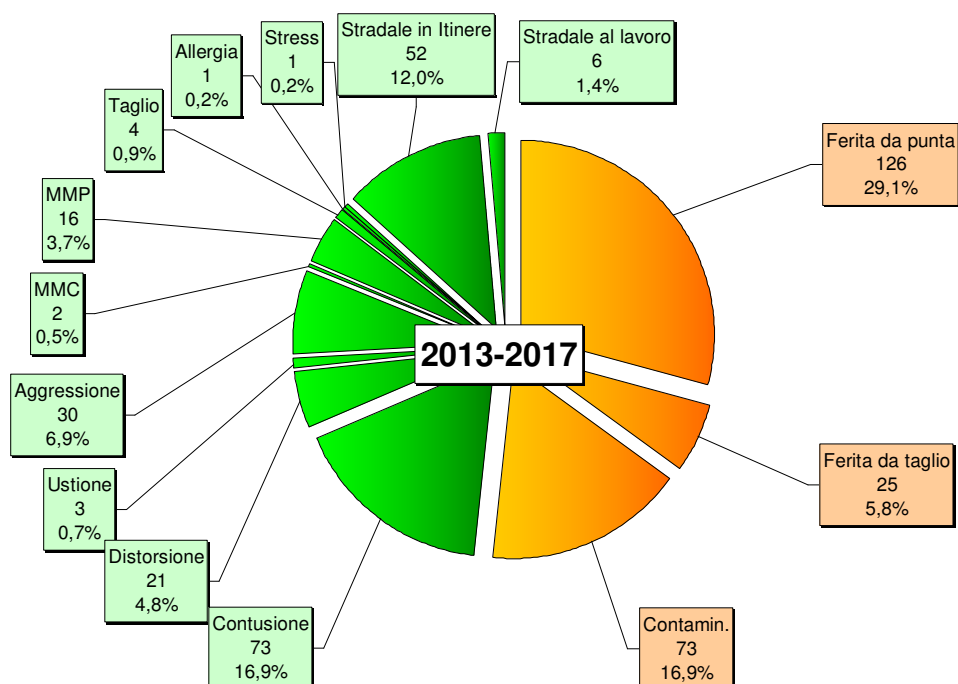
Di seguito viene riportato in Tabella 1 il numero di infortuni dell'ultimo quinquennio che conferma sostanzialmente la tendenza in diminuzione degli ultimi venti anni con particolare riferimento agli infortuni di tipo biologico.

Tabella 1: Dati relativi agli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2013- 2017. Totale degli Eventi, anche disaggregati in infortuni biologici, non biologici e in itinere (ossia infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

ANNI	2013	2014	2015	2016	2017
INFORTUNI BIOLOGICI	57	38	57	38	34
INFORTUNI NON BIOLOGICI	40	20	36	30	31
INFORTUNI IN ITINERE	16	7	9	10	10
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	113	65	102	78	75

Di maggiore utilità dal punto di vista prevenzionistico, è la distribuzione per tipologia di infortunio, riportata nel Grafico 3.

Grafico 3: Infortuni per tipologia nel periodo 2013-2017



La suddivisione mette innanzitutto in evidenza che gli infortuni di tipo biologico (51,8%) ormai hanno superato quelli di tipo non biologico (48,2%) e costituiscono oltre la metà del totale degli infortuni.

Per quanto concerne gli infortuni di tipo biologico, quelli dovuti a contaminazione percutanea (151) superano abbondantemente quelli per contaminazione muco-cutanea (73) e rimangono preponderanti le ferite da punta (ago, bisturi, ecc.). La figura professionale più esposta è l'infermiere di reparto, mentre i reparti più coinvolti sono stati quelli con specialità chirurgiche e di medicina.

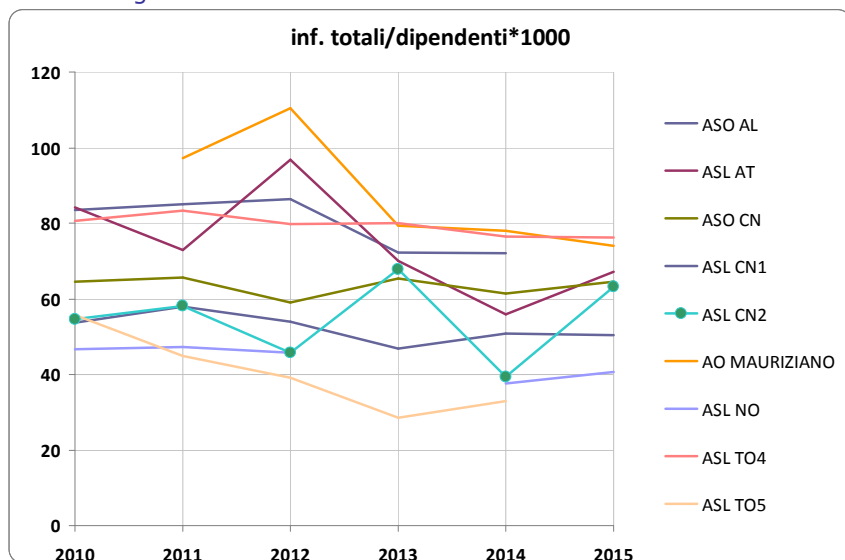
Negli infortuni non biologici rimangono preponderanti le contusioni (colpi, impatti, cadute a livello, ecc.) mentre rimane sempre rilevante il numero di infortuni in itinere a cui si sommano quelli per incidente stradale che spesso causano assenze prolungate dal lavoro. Da notare anche il dato degli infortuni dovuti ad aggressione, soprattutto nei reparti critici quali la psichiatria e il pronto soccorso. Le altre dinamiche quali quelle riconducibili alla movimentazione dei carichi (MMC) e la movimentazione dei pazienti (MMP) non presentano grande rilevanza.

La diminuzione del numero di infortuni ha evidentemente ridotto il numero di giorni complessivi di infortunio che sono passati dai 1032 dell'anno 2013 ai 751 dell'anno 2017, con una media nel quinquennio di circa 843 giorni di assenza all'anno a causa di infortunio.

Il confronto con le altre ASL Piemontesi

Negli anni, il S.P.P. ha effettuato un'indagine presso le altre A.S.L./A.O. regionali in cui sono stati richiesti i dati relativi agli infortuni (n. dipendenti, n. di infortuni suddivisi tra biologici e non biologici e in itinere, n. giorni totali di assenza per infortunio) del periodo 2010-2015, al fine di poter costituire un piccolo archivio dati degli infortuni sul lavoro nel settore dell'attività sanitaria. La raccolta dei dati **su base volontaria non costituisce una statistica confrontabile** con i dati ufficiali INAIL ma consente di fare una prima riflessione e un confronto con le altre realtà.

Grafico 4: Incidenza degli infortuni totali tra le aziende rilevate



I dati emersi nel periodo 2010-2015 hanno rilevato che: il numero totale degli infortuni rapportati al numero di dipendenti nella nostra azienda presentava un valore medio di 54,77 (Grafico 4), inferiore alla media regionale (64), così come erano inferiori alla media regionale i valori relativi agli infortuni di tipo non biologico (18,8 a fronte di un valore medio regionale di 29,22) (Grafico 5), gli infortuni in itinere (7,28 contro 9,10) (Grafico 6) e il numero di giorni di assenza per dipendente (0,58 contro 0,71) (Grafico 7); sono risultati invece leggermente superiori alla media regionale (26,7), gli infortuni di tipo biologico (28,69) (Grafico 8).

Grafico 5: Incidenza degli infortuni di tipo non biologico tra le aziende rilevate

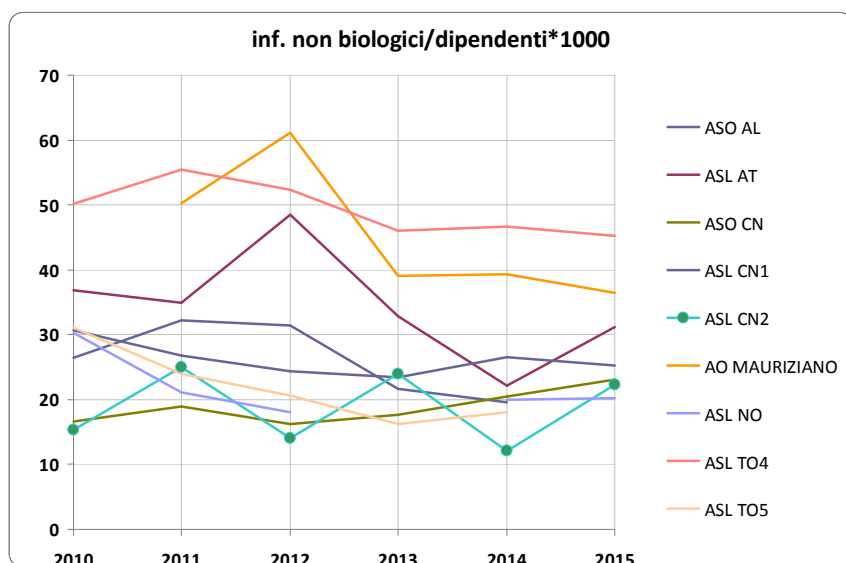


Grafico 6: Incidenza degli infortuni in itinere tra le aziende rilevate

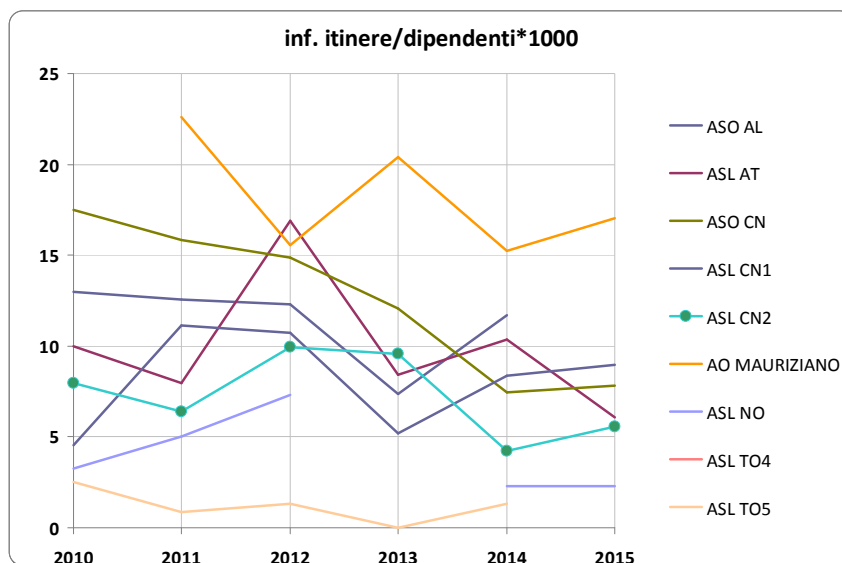


Grafico 7: Giorni di assenza per infortunio tra le aziende rilevate

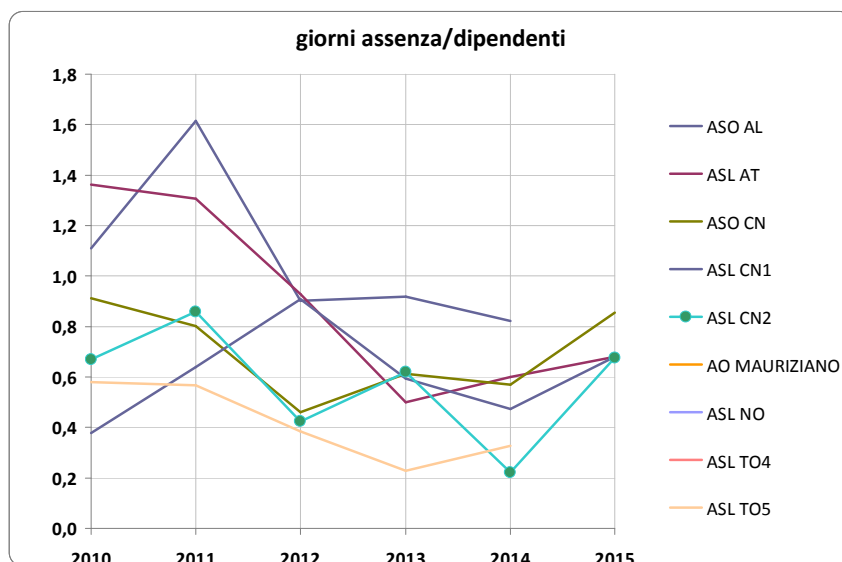
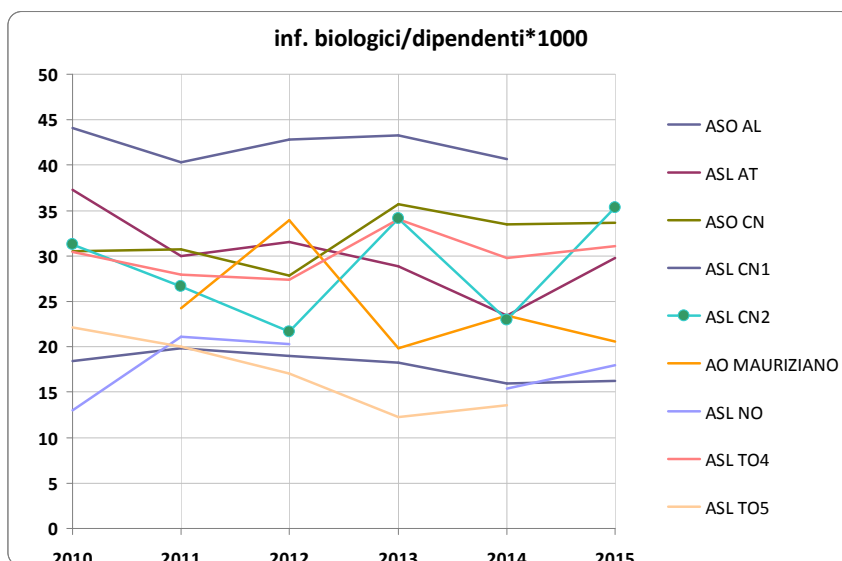


Grafico 8: Incidenza degli infortuni di tipo biologico tra le aziende rilevate



Sperimentare una rete di welfare di comunità per programmi di promozione della salute: l'esempio di Talenti Latenti

Giuliana Chiesa, Anna Santoro



Secondo i dati OMS, le malattie cronico degenerative sarebbero responsabili della maggior parte dei costi sanitari e delle morti nel mondo. Avendo in comune alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso/obesità, sedentarietà) legati a comportamenti individuali non salutari e modificabili, la strategia preventiva individuata è quella della promozione della salute.

Questa fu definita dalla Ottawa Charter for Health Promotion come "... il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.."

Pertanto la WHP, acronimo di Workplace Health Promotion, non è altro che una strategia di promozione della salute che vede come attori i datori di lavoro, i lavoratori e la società per il miglioramento della salute e del benessere nei luoghi di lavoro.

Il modello generale di intervento codificato dall'OMS è denominato "Healty workplace: a model for action".

L'idea di base è che una azienda che promuove salute sviluppa un contesto favorevole all'adozione consapevole e alla diffusione di stili di vita salutari da parte dei lavoratori, con conseguente ricaduta sulla collettività e ulteriore guadagno in termini di salute della popolazione.

Pertanto, poiché il Programma 3 del Piano della Prevenzione 2014/2018 prevedeva la sperimentazione di progetti WHP multicomponente e multifunzione nel territorio delle ASL, è iniziata nel 2016 la collaborazione con l'equipe del progetto Talenti Latenti per favorire anche azioni specifiche e mirate di promozione della salute.

Il progetto **"Talent Latenti: rete per un welfare di comunità"** nasce e si sviluppa grazie al sostegno della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo, nell'ambito di un bando mirato all'attivazione di interventi sperimentali e innovativi che individuino risposte adeguate a fronteggiare uno specifico problema sociale individuato sul territorio a partire dall'analisi del contesto sociale di riferimento.



Il progetto parte proprio da un'approfondita analisi del territorio di riferimento dell'Azienda Sanitaria Locale CN2 da parte dei due enti gestori: i Servizi Sociali di Bra e il Consorzio Socio Assistenziale di Alba, Langhe e Roero.

Dall'analisi scaturisce, in modo evidente, l'impoverimento economico e relazionale che inizia a palesarsi anche nel territorio di provincia, con un ritardo fisiologico rispetto ai grandi centri urbani.

Diventa quindi improrogabile individuare soluzioni a sostegno della tenuta del sistema famiglia. L'idea è sperimentare un nuovo modello di welfare che coinvolga più soggetti territoriali, costruendo una **"rete"** d'impresе pubbliche e private che si uniscono e si organizzano, per proporre iniziative di welfare a vantaggio dei dipendenti delle aziende aderenti e delle loro famiglie, in maniera sinergica con gli attori pubblici del territorio (ASL, Enti Gestori, Comuni).

Il progetto vuole far condividere differenti competenze e risorse, ma anche innovative modalità di relazione tra i vari soggetti, per trovare soluzioni diverse ad alcuni bisogni espressi dal cittadino/lavoratore, in un'ottica di innovazione sociale territoriale.

Attorno ai due Enti gestori si schiera una partnership numerosa e variegata che comprende il Privato sociale, con tutte le cooperative presenti sul territorio, il Volontariato con la Caritas, l'Associazione La Cordata e l'Associazione Libera sezione locale ed il no profit con l'Associazione la Bottega del possibile. Nel 2018 si è aggiunta anche la LILT sezione di alba e sezione di Bra.

Le aziende profit coinvolte fin dall'inizio nella partnership sono quattro, di dimensioni e mission completamente differenti tra loro: la Dimar spa, azienda della grande distribuzione e vendita con più di 3000 dipendenti, la "Sebaste Golosità dal 1885", azienda familiare di lunga tradizione nel settore dolciario, con una cinquantina di dipendenti, l'Associazione Internazionale Slow Food

con sede a Bra e l'Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo entrambe contano un centinaio di dipendenti.

Questo modello prefigura la diffusione della cultura del welfare aziendale nel tessuto imprenditoriale albeso e braidese e nelle organizzazioni datoriali di riferimento, nonché, l'avvio tra le aziende partner di primi interventi che facilitino nell'arco del triennio l'attivazione di servizi a beneficio dei dipendenti delle aziende partecipanti e delle loro famiglie.

La sinergia tra il pubblico e il privato può infatti attivare strategie virtuose a supporto delle aziende creando ricchezza per le stesse (in produttività, reputazione) per i dipendenti (nuovi e migliori servizi), per il contesto territoriale (sussidiarietà per le istituzioni pubbliche).

Pertanto, come prima azione, si è cercato di migliorare la sinergia fra il territorio albeso (65 Comuni, alcuni molto piccoli con un totale di popolazione pari a 105.000 abitanti) e quello braidese (11 Comuni più grandi con una popolazione di circa 70.000 abitanti), attraverso la regia dell'Azienda Sanitaria CN2 che comprende – nei due distretti 1 (Alba) e 2 (Bra) - tutte le 76 amministrazioni comunali. Si tratta di zone che storicamente, pur essendo vicine e confinanti, non hanno sempre promosso un modello unitario di intervento.

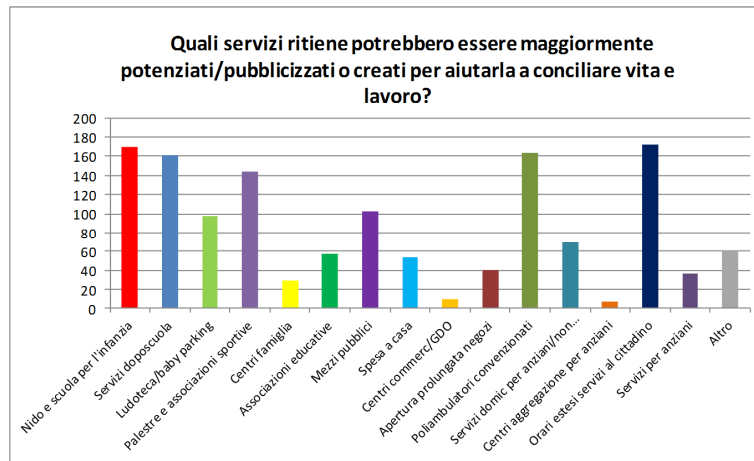
Inoltre, essendo il Servizio sociale braidese all'interno dell'ASL CN2 (fino al primo semestre 2018), quest'ultima ha contribuito oltre che per la componente sanitaria e di prevenzione, anche per l'ambito sociale.

Il target individuato inizialmente per le azioni del progetto erano i lavoratori che in condizione di vulnerabilità delle aziende partner (3.548 unità) e le loro rispettive famiglie, per una totalità di 12.224 persone stimate, i lavoratori delle cooperative presenti nella partnership, anch'essi a rischio di vulnerabilità, la popolazione del territorio che vive una condizione di fragilità attualmente in carico ai Servizi Sociali del territorio albeso-braidese che al 31.12.2014 erano circa 15.000.

È stato stilato un crono programma nell'arco temporale 2016-2018 che prevede, come tappa dell'ultimo anno, uno sforzo particolare per convogliare i risultati del progetto, si spera positivi e cospicui, verso la costituzione di un Comitato promotore per la nascita di una Fondazione di Comunità.

Cosa si è fatto nel 2016, primo anno di progetto:

- Si è proceduto alla costituzione dei due strumenti di governance: la Cabina di regia, dove sono rappresentati tutti i gruppi di partnership e precisamente i direttori dei due enti gestori, un rappresentante della cooperazione, due rappresentanti dell'associazionismo, i rappresentanti del profit, il capo progetto; il Team operativo, costituito dai rappresentanti della partnership che gestiscono operativamente le azioni del progetto e precisamente due referenti degli enti gestori, un referente della cooperazione, due referenti dell'associazionismo, il capo progetto.
- Si è inoltre lavorato alla creazione del logo: questa fase ha coinvolto inizialmente gli studenti di due scuole grafiche ubicate l'una nel comune di Bra e l'altra nel comune di Alba; successivamente i due gruppi di governance hanno proceduto ad una selezione e infine alla scelta di quello attuale fatta in plenaria, nel contesto del convegno organizzato a metà anno.
- Nel mese di maggio nella città di Alba è stato attivato il primo corso di educazione finanziaria e gestione del bilancio familiare.
- A giugno è stato organizzato il primo convegno con un duplice obiettivo: la condivisione delle strategie e delle finalità del progetto agli operatori di tutti i partner coinvolti e la sensibilizzazione e la conoscenza del welfare aziendale alle realtà profit del territorio, ma soprattutto al consolidamento dell'interesse sul tema delle quattro realtà profit, partner del progetto.
- A luglio è stato bandito un avviso pubblico per la selezione di una figura per l'attività di analisi del benessere sociale delle aziende coinvolte; la psicologa individuata ha iniziato ad agosto un percorso con le aziende partner per la definizione dello strumento più idoneo; il percorso ha previsto incontri singoli con le aziende e diversi incontri collegiali in cui si è costruito il questionario in forma anonima da somministrare ai dipendenti da parte delle quattro aziende.
- Ad ottobre è stato inviato il questionario a tutti i dipendenti ed a fine novembre è iniziata la raccolta di quelli compilati per avviarne l'analisi e valutare l'entità dei bisogni espressi, al fine di formulare e calibrare le azioni di tipo formativo da intraprendere. Di seguito viene presentato il grafico relativo alla tipologia dei servizi che andrebbero potenziati per conciliare al meglio vita-lavoro:



Cosa si è fatto nel 2017, secondo anno del progetto:

- I dati definitivi relativi all'elaborazione dei questionari sul benessere sociale dei dipendenti delle aziende partner del progetto, sono stati presentati nel corso di un evento pubblico svoltosi a Bra nel mese di marzo e riguardano: genitorialità, economia finanziaria, stili di vita e conciliazione tempo-vita.
- Le azioni formative/informative sono state calendarizzate utilizzando sempre la serata/giornata del giovedì, creando il format "i Giovedì di Talenti" . Gli eventi sono gratuiti e aperti a tutta la comunità.
- È in fase di creazione ed implementazione un Welfare point, concepito come la rielaborazione del concetto di sportello sociale, partendo da una mappatura globale dei servizi presenti sul territorio di progetto.
- I giovedì di talenti hanno prodotto più di 90 ore di formazione alla collettività, con una partecipazione di più 1300 persone su temi come: Stili di vita e stimolo al movimento, Stili di vita e sana alimentazione, Conciliazione vita-lavoro per neomamme, Sostegno alla genitorialità in adolescenza, Sostegno alla genitorialità in preadolescenza, Gruppi di acquisto e consumo sano e salutare, Benessere fisico e meditazione, sensibilizzazione al welfare aziendale.



**TALENTI
LATENTI**

PER UN MILITARE DI COMUNITÀ

Economia Finanziaria:
Un consulente finanziario e
un avvocato? Sul palco?

**Brutti
come il
debito**



primo incontro:
il 30 novembre 2017 ad Alba

con **Antonio Cajelli** e **Massimo Melpignano** si parla di
consapevolezza dei meccanismi di scelta nei consumi quotidiani.
Lo spettacolo apre un ciclo di quattro giochi
dedicati a formarsi e confrontarsi, con l'aiuto degli esperti,
sui temi dell'economia finanziaria.

Massimo Melpignano, avvocato esperto in diritto bancario e finanziario dalla parte delle persone,
consulente di "Mi Banca Tiro" e "Anto Antico", educatore finanziario indipendente.

**ore 20,30 Palazzo Mostre e Congressi "G. Morra" -
Piazza Medford 3, ALBA**

a seguire gli incontri nella Sala Multimediale dell'ASL CN2 - Via Vida 10 - Alba
ore 18,00 di **giovedì 7 dicembre, 14 dicembre 2017 e 18 gennaio 2018**





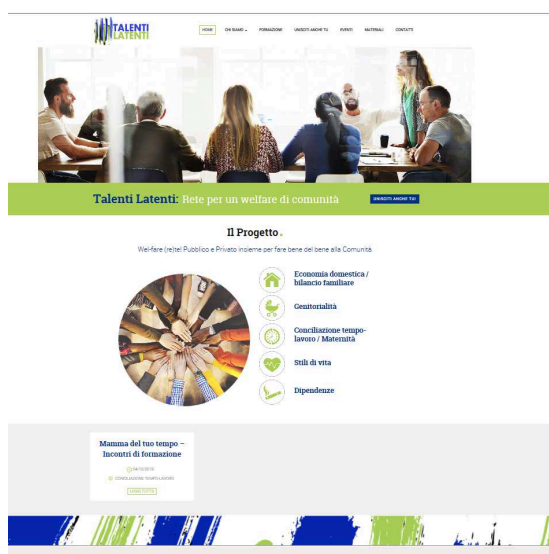





- Contestualmente si è svolta e si sta svolgendo tuttora l'attività di monitoraggio delle varie azioni da parte della Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino.
- Gli incontri operativi del Team e quelli strategici della Cabina di regia, sono proseguiti e si sono svolti a cadenza mensile alternata.

Ulteriori informazioni sono disponibili ai seguenti link:

- pagina facebook e sito web del progetto per diffondere le notizie del progetto e degli eventi.



- minisito www.talentilateniti.it all'interno del sito ASL CN2 (www.aslcn2.it)



- DORS: Promuovere salute nel luogo di lavoro. Evidenze, modelli e strumenti
DORS: Alimentazione e attività motoria nei luoghi di lavoro. Prove di efficacia e buone pratiche.
www.dors.it
- OSHwiki-sicurezza e salute sul lavoro.
www.osha.europa.eu
www.oshwiki.eu
- INAIL-WHP: promozione della salute nei luoghi di lavoro.
www.inail.it
- www.whpbergamo.it
- www.promozionesalute.regione.lombardia.it

"I valori nel cambiamento: dalle parole alle azioni..."

Viaggiare leggeri..."

Giuseppina Intravaia, Maria Grazia Ciofani, Daniele Saglietti, Eugenia Baldi, Nadia Boido, Luisella Canale, Angelamaria Menga, Carmela Occhetto

Premessa

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. L'organizzazione deve riuscire a creare relazioni positive e fruttuose tra tutti i soggetti che la compongono, quindi tra il management e i lavoratori e tra i lavoratori stessi, in modo da raggiungere un clima che sia il più possibile positivo nell'interesse degli uni e degli altri in una prospettiva di convergenza di interessi. E' interesse dell'azienda, dell'amministrazione, del datore di lavoro che l'organizzazione sia ispirata ad un benessere, così come lo è, naturalmente, per i lavoratori. Ai tradizionali fattori di rischio nei luoghi di lavoro vanno pertanto aggiunti i cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano variabili legate al clima organizzativo ed agli stili di convivenza sociale. 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 degli utenti. Questi e altri indicatori 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.

L'ASL CN2 da anni investe in progetti volti a garantire agli operatori le competenze necessarie per svolgere adeguatamente i loro compiti e rispondere al meglio ai bisogni della cittadinanza, valorizzando le attitudini nel proprio contesto professionale e generando un capitale conoscitivo ed esperienziale in termini di buone pratiche. 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.

Il percorso formativo "I valori nel cambiamento... dalle parole alle azioni... Viaggiare leggeri" si inserisce all'interno del più ampio progetto finalizzato alla promozione della salute organizzativa avviato fin dal 2005 all'interno dell'ASL CN2 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: si ricordano tra le altre l'analisi del clima organizzativo svolta nel 2008, il percorso "Una mela al giorno..." e il percorso "Sbagliando s'impara... strategie di fronteggiamento dell'errore e delle criticità", esperienze descritte anche all'interno del Bollettino Epidemiologico (vedi Bollettini epidemiologici anno 2015, anno 2008 e anno 2006).

La proposta formativa "I valori nel cambiamento...", in continuità all'esperienza maturata nei percorsi precedenti, origina dalle "impronte" lasciate dai dipendenti dell'azienda che vi hanno preso parte, caratterizzate dai valori che qualificano il lavoro e dalla necessità di accompagnare le trasformazioni e il cambiamento.

Il confronto multiprofessionale e la ricaduta nei Gruppi di Lavoro ha permesso di valorizzare le buone pratiche organizzative e relazionali emerse per trasformarle in ulteriori occasioni di miglioramento dei contesti lavorativi. La ricostruzione di buone pratiche, associate alla condivisione dei valori, ha reso oggettivamente strategie efficaci, declinate in comportamenti e responsabilità, per fronteggiare meglio le criticità e accompagnare il cambiamento, anche nella prospettiva del nuovo Ospedale di Verduno. Il percorso ha proposto ai corsisti e alle Strutture di appartenenza modalità condivise per poter rendere operativo il processo di miglioramento individuato.

Mayton, Ball-Rockeach e Loges¹ definiscono i valori come *"una serie di credenze che sostengono la superiorità di un determinato modello di condotta, o di alcune finalità di vita, rispetto a modalità alternative"*.

Obiettivo del corso

Condurre i gruppi di lavoro a lasciar emergere, aggiornare e condividere i valori che guidano la professione sanitaria nelle diverse aree organizzative. Dare visibilità ai valori che guidano l'operato quotidiano dei professionisti della salute, 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 S.C. 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; nel secondo semestre del 2017 sono state attivate le prime 3 edizioni del percorso, che è continuato poi con altre edizioni nel 2018. Nel 2017 hanno lavorato tre gruppi multiprofessionali; ognuno 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. E' stata sottolineata la necessaria ricaduta sull'intero Servizio di appartenenza della partecipazione a questo percorso, e pertanto si è evidenziata l'opportunità di presenza di figure con funzioni di coordinamento. Più delle precedenti, infatti, tale proposta formativa ha impegnato i partecipanti nella condivisione con l'équipe di appartenenza delle varie tappe del percorso.

Il corso si è articolato per ogni gruppo in quattro incontri di tre ore e trenta ciascuno, per un totale di 14 ore di percorso. A tale monte ore in aula va aggiunto il tempo che si è reso necessario tra un incontro e l'altro, nelle rispettive équipe, per aggiornare e coinvolgere i colleghi e preparare i lavori richiesti.

A partire dalla visione di un filmato realizzato grazie alla collaborazione con il Centro di documentazione Steadycam, che riassume momenti salienti dell'ultimo percorso formativo ("Sbagliando s'impara ... Strategie di fronteggiamento dell'errore e delle criticità") e le cui immagini finali collocano le numerose "impronte" lungo un tratto di strada in salita, nella direzione del cambiamento, l'intero percorso "I valori nel cambiamento... dalle parole alle azioni... Viaggiare leggeri" si snoda con l'accompagnamento della **metafora del viaggio**, nello specifico del viaggio in mare aperto. Il corso si propone come occasione per far emergere il valore principale della Struttura di appartenenza, valorizzarlo e custodirlo durante il viaggio verso la nuova destinazione.

E' necessario dunque essere consapevoli di qual è il tesoro (valore) che si custodisce sul proprio vascello, recuperarlo casomai si fosse perso e proteggerlo da tutti i pericoli del caso (scogli, iceberg, secche, risacche, squali, pirati, etc.), pericoli esterni ed interni, onde evitare il rischio maggiore, il naufragio...

La storia racconta che per mare tutto può succedere: oltre agli atti di pirateria, anche ammutinamenti, sinistri marittimi quali errori di navigazione, collisioni, incagli, avarie, arenamenti, attacchi marini da parte della fauna marina, eventi meteorologici avversi, scrigni nascosti, sepolti in isole sperdute e rintracciabili soltanto grazie ad arcane mappe del tesoro.

Si è trattato inoltre di lasciar andare ciò che non serve più, per viaggiare leggeri e fare spazio al nuovo che arriva sempre da ogni nuovo viaggio.

Ogni gruppo è stato accompagnato da operatori appartenenti alla S.C. di Psicologia:

- un conduttore;
- un co-conduttore con la funzione di facilitatore nelle attività proposte;
- un osservatore, memoria del gruppo.

Metodologia utilizzata

L'intera esperienza si è svolta utilizzando un approccio interattivo e dinamico. Sono stati utilizzati metodi che hanno facilitato il coinvolgimento attivo e l'interazione tra i partecipanti, la riflessione e la sensibilizzazione sugli argomenti attraverso attività individuali e di gruppo che hanno stimolato la creatività e la condivisione.

Il percorso, di tipo esperienziale, in sotto-gruppi e in gruppo allargato, ha previsto l'utilizzo di diverse tecniche formative, a cominciare da quelle "rompi ghiaccio" proposte all'inizio di ogni sessione per aiutare il gruppo a sciogliersi e a ritrovarsi ad ogni incontro successivo al primo.

Il corpo è stato ampiamente utilizzato come "strumento" e le metodologie proposte sono state pensate con l'intento di favorire l'attivazione dei diversi canali sensoriali:

- metodologie "uditiva": presentazioni, interviste, discussioni, letture di testi precedentemente scritti, ascolto di musica;
- metodologie "visive": visualizzazione guidata, visione filmati, osservazioni role-playing, sculture ed altri strumenti/processi dimostrativi;
- metodologie "fisiche/cinestesiche": giochi di ruolo, esercizi di gruppo, sculture corporee.

E' stato anche proposto l'uso di alcuni strumenti della narrazione che hanno permesso di riflettere e rielaborare le esperienze, aumentando la consapevolezza e attribuendo nuovi significati e chiavi di lettura: attraverso la scrittura, ciascun partecipante ha descritto un momento in cui il valore del proprio Servizio è venuto meno e come è stato recuperato.

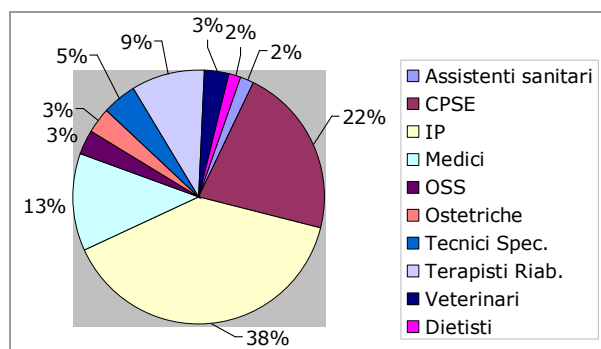
Il percorso effettuato: risultati

A seguito della realizzazione del corso, è possibile effettuare un bilancio sull'andamento del percorso formativo. Come già anticipato in precedenza, i dati qui riportati si riferiscono alle edizioni del 2017.

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 nell'anno 2017 n. 64 operatori, così rappresentati:

- per ruolo professionale:



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

Servizi di appartenenza	Partecipanti
SC NEFROLOGIA DIALISI E NUTRIZIONE CLINICA	5
SALA PRELIEVI E TRASFUSIONI	5
SSD NPI	4
DISTRETTO ALBA	4
DSM ALBA	4
POLIAMBULATORI OSPEDALE ALBA	3
OSTETRICIA	3
RRF	3
ONCOLOGIA	3
ORTOPEDIA BRA	3
EPIDEMIOLOGIA IGIENE	2
SC LABORATORIO ANALISI	2
SALE OPERATORIE	2
SPRESAL	2
SC CHIRURGIA	2
PEDIATRIA	2
CURE DOMICILIARI DISTRETTO 2 BRA	2
SC NEUROLOGIA	2
SSD QUALITY RISK MANAGEMENT	2
SSD VETERINARIA	2
SC ANATOMIA PATOLOGICA	2
SC MEDICINA BRA	1
HOSPICE BRA	1
CHIRURGIA BRA	1

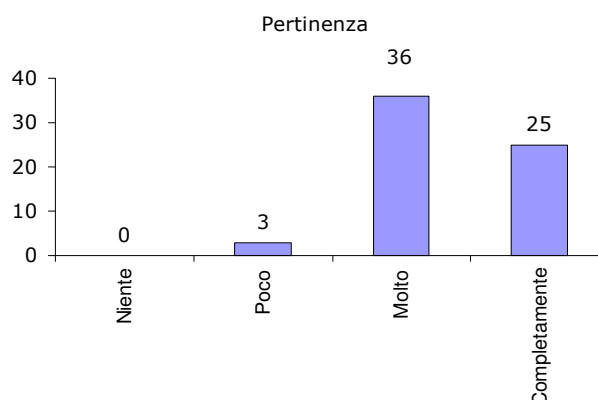
A titolo di esempio, i valori emersi, tra loro interdipendenti, potrebbero essere così raggruppati:

- valori personali: quelli che permettono il raggiungimento del benessere a livello individuale, nei singoli membri dell'équipe, e sono rappresentati da autodeterminazione, salute, cura motivazione e interesse verso gli altri, che permettono di soddisfare bisogni come empatia, attaccamento, solidarietà;
- valori relazionali: consentono di congiungere la sfera individuale a quella collettiva e sono rappresentati da collaborazione, condivisione, comunicazione, rispetto per la diversità;
- valori collettivi: giustizia e responsabilità sociale, sostegno, umanità.

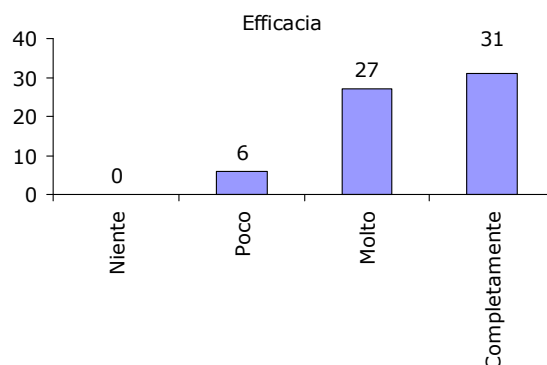
Per quanto concerne il **gradimento** al corso, i partecipanti riportano verbalmente e sui questionari finali un buon livello di soddisfazione, sia per le attività proposte, sia per gli effetti ottenuti. Nonostante alcuni non avessero alte aspettative iniziali, la maggior parte dei componenti dei gruppi 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 e la "valorizzazione" del valore che guida e caratterizza il proprio servizio di appartenenza, ogni gruppo ha portato a termine il suo compito; a partire dalla ricostruzione degli imprevisti avvenuti nel contesto lavorativo, sono stati focalizzati gli elementi e le risorse che hanno consentito di recuperare il valore dell'équipe. Nell'ultima giornata di formazione l'esperienza è stata rielaborata sotto forma di progetto migliorativo (Project Work), per rendere maggiormente visibile il valore che rispecchia le caratteristiche e lo spirito di ciascun gruppo di lavoro.

L'indicazione, concordata con la Direzione aziendale, è stata di orientare lo sviluppo dei valori di ogni struttura, non sulle criticità, ma sulle condizioni e sulle pratiche condivise all'interno dei singoli servizi, come occasione di ulteriore riflessione, sviluppo e auspicabile implementazione.

A confermare il buon coinvolgimento nell'esperienza, gli operatori dei vari gruppi hanno partecipato agli incontri di monitoraggio proposti, a sei mesi e a un anno dalla conclusione del percorso, condividendo le modalità di sviluppo e attuazione dei microprogetti attivati all'interno delle diverse unità operative a partire dal Project Work.

L'insieme dei project work costituisce un vero e proprio portafoglio di valori dell'Azienda sanitaria, a cui sono associate pratiche, modalità e relazioni, orientate al miglioramento e alla trasferibilità. Crediamo che al completamento del percorso formativo rivolto a tutte le strutture

sanitarie, previsto entro la fine del corrente anno 2018, sarà possibile rappresentare l'insieme dei project work come la somma dei valori dell'Azienda, quale valore complessivo e partecipato che qualificherà ulteriormente la riorganizzazione dei Servizi territoriali e ospedalieri con l'apertura del Nuovo Ospedale di Verduno e delle Case della Salute.

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 sostenere processi continui di valorizzazione di buone pratiche, con l'obiettivo dichiarato di incentivarne la diffusione e la trasferibilità. La valorizzazione del capitale umano favorisce 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.

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.

L'incremento della collaborazione veicola e facilita l'aumento della qualità globale, delle relazioni interne ed esterne, dell'efficienza e delle prestazioni erogate, con ricadute dirette anche a favore del malato e dei cittadini.

La modalità partecipativa incrementa la cultura organizzativa e risulta determinante nell'aumentare la capacità di reagire all'incertezza e agli imprevisti, di affrontare il cambiamento, fornendo identità e soprattutto significati per l'esperienza quotidiana e per la progettazione del futuro.

Bibliografia

1. Mayton, Ball-Rockeach e Loges (1994). *Human values and social issues: An introduction*, in Journal of Social Issues, 50(4), pp. 1-8.
2. Tronti, L. (2012). *Capitale Umano. Definizione e misurazioni*, Cedam, Padova.

GRUPPO DI PROGETTO

Ideazione e progettazione:

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

STUDIO OSSERVAZIONALE: Staphylococcus aureus resistente alla meticillina (MRSA): prevalenza tra soggetti a rischio

**Maurizio Piumatti, Mauro Noè, Edoardo Fontanella, Valentina Venturino,
Maria Cristina Frigeri, Lucia Decastelli, Tiziana Civera**

PREMESSA

Oltre ad essere considerato un pericolo sanitario, lo *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) è stato identificato da un recente documento congiunto di ECDC, EFSA and EMA Joint Scientific (01) tra gli indicatori primari da scegliere per monitorare la diffusione dell'antibiotico resistenza tra la popolazione all'interno degli Stati membri dell'Unione Europea. Vari studi hanno già dimostrato come vi sia un maggior rischio di divenire portatori di MRSA per i soggetti professionalmente esposti ad un frequente contatto con animali trattati con antibiotici come, ad esempio, allevatori e Veterinari (2-3-4). Obiettivo di questo studio osservazionale era di monitorare questo rischio mediante un'indagine tra il personale Veterinario dipendente dell'ASL CN2 attraverso l'esecuzione di tamponi nasali, ma anche aumentare la consapevolezza rispetto a questa problematica tra i soggetti partecipanti allo studio.

Cosa è lo Staphylococcus aureus meticillino resistente (MRSA)

Lo *Staphylococcus aureus* è un batterio gram positivo con ampia diffusione sulla cute (come le mani, il viso, le ascelle e l'inguine) e le mucose, anche se il suo habitat primario è costituito dall'epitelio delle narici. Il 30% degli adulti sani è colonizzato da *Staphylococcus aureus*, percentuale che sale tra gli operatori sanitari. Lo *Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA) è caratterizzato dall'assenza di suscettibilità agli antibiotici beta lattamici e cioè a tutte le penicilline e cefalosporine in quanto vi è una alterazione della parete batterica che ha perso la sua capacità di legare gli antibiotici. Questa resistenza si deve all'acquisizione e integrazione nel genoma di un elemento genetico mobile chiamato "staphylococcal cassette chromosome mec" (SCCmec), che porta il gene per la resistenza alla meticillina (mecA). Il primo *Staphylococcus aureus* meticillino resistente è stato isolato lo stesso anno del lancio della meticillina sul mercato. A partire dagli anni '90 sono stati isolati anche in Europa ceppi di *Staphylococcus aureus* meticillino resistente di origine comunitaria denominati CA-MRSA (Community Acquired). Questi ceppi colpiscono indifferentemente individui sani e privi di fattori di rischio, causando infezioni invasive gravi. Negli ultimi anni sono stati identificati nell'uomo ceppi di MRSA di origine animale, prevalentemente suina ma anche bovina e da volatili da allevamento e per tale motivo sono stati definiti MRSA da allevamento (LA-MRSA, Livestock Associated).

ATTIVITÀ SVOLTE

Raccolta campioni (tamponi nasali) e questionari

La presentazione dello studio e la raccolta dei campioni è stata effettuata in due date (08.11.2017 e 05.12.2017). Nei due incontri sono state espone e discusse le motivazioni del progetto e in seguito ad ogni Veterinario sono stati consegnati (in busta chiusa) alcuni documenti oggetto di precedente analisi ed il materiale per l'esecuzione dei tamponi nasali:

1. "Informativa sullo studio osservazionale "*Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA), prevalenza tra soggetti a rischio".
2. Consenso informato. Documento firmato da ogni veterinario prima dell'esecuzione dei tamponi nasali.
3. "Informativa per i soggetti positivi a *Staphylococcus aureus* meticillino resistente (MRSA)". Documento redatto dalla responsabile infezioni ospedaliere ASL CN 2 Alba-Bra.
4. "Modalità di esecuzione del tampone nasale".
5. Questionario (anonimo) per raccolta dati e tamponi nasali. Questionario e tamponi erano associati da medesimo codice numerico.
6. Busta di plastica per la consegna del questionario e dei tamponi nasali

Tutti i Veterinari in servizio presso ASL CN2 hanno accettato di partecipare al progetto. I tamponi (eseguiti in auto prelievo) e i relativi questionari associati sono stati inviati all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta (IZS PLV) di Torino, il tutto nel pieno rispetto dell'anonimato.

Comunicazione dei dati

La comunicazione dei risultati ottenuti è avvenuta via mail, utilizzando delle tabelle riportanti il codice numerico attribuito al tampone, così che ogni partecipante avesse la possibilità di risalire in autonomia all'esito del proprio tampone. Alle tabelle è stato allegato il documento, precedentemente presentato e discusso, "Informativa per i soggetti positivi a *Staphylococcus aureus* meticillino resistente", come ulteriore approfondimento sui rischi e le modalità di gestione connesse ad un eventuale positività allo MRSA.

Analisi di Laboratorio

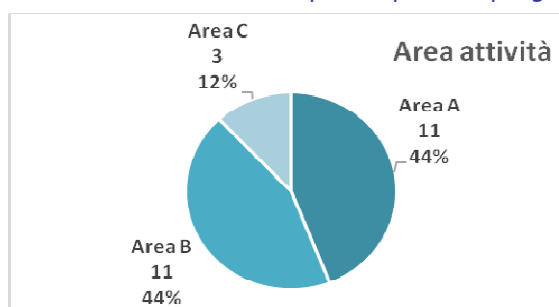
I tamponi nasali, trasportati a temperature di refrigerazione e consegnati tramite corriere all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta (IZS PLV) di Torino, sono stati analizzati entro 24 ore presso il Laboratorio Nazionale di Riferimento per gli stafilococchi coagulasi positivi secondo le seguenti modalità: sono stati stemperati in 1 mL di soluzione fisiologica. La soluzione batterica così ottenuta è stata centrifugata a 6.000 x g per 5 minuti. È stato eliminato il surnatante e risospeso il pellet in 300 µL di soluzione fisiologica. Successivamente il metodo ha previsto l'isolamento e la numerazione su terreno selettivo per gli stafilococchi (Mannitol Salt Agar – MSA, Microbiol), per gli stafilococchi coagulasi positivi (Baird Parker addizionato di Rabbit Plasma Fibrinogen – BP-RPF, Microbiol) e su un terreno specifico per gli MRSA (MRSA Select®, Biorad). Sono stati selezionati al massimo 5 colonie provenienti da ognuno dei tamponi analizzati, con preferenza delle colonie cresciute rispettivamente su MRSA Select, BP-RPF e MSA. I ceppi isolati sono stati identificati mediante spettrometria di massa (MALDI-TOF). Successivamente è stata valutata la presenza di geni responsabili della sintesi delle enterotossine stafilococciche (sea-see, seg-sej, sep e ser) secondo i protocolli dell'EU-RL CPS (ANSES, Maisin Alfort) e dei geni responsabili della resistenza alla meticillina (mecA e mecC) e della produzione della Panton-Valentine leukocidine (pvl) mediante protocollo PCR (DTU, Copenhagen). Infine sulle colonie isolate è stato eseguito l'antibiogramma secondo quanto previsto dal manuale EUCAST, per valutare fenotipicamente la resistenza alle seguenti molecole: Ampicillina, Amoxicillina, Penicillina, Ciprofloxacina, Cloramfenicolo, Gentamicina, Tetraciclina, Sulfametossazolo + Trimetoprim, Cefoxitina ed Eritromicina.

RISULTATI

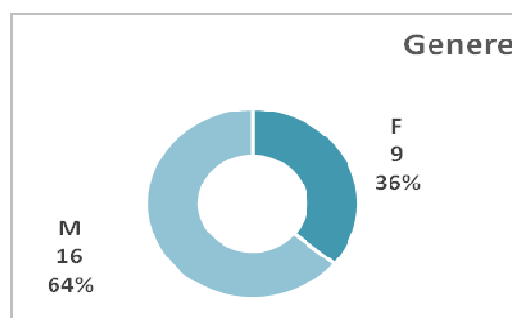
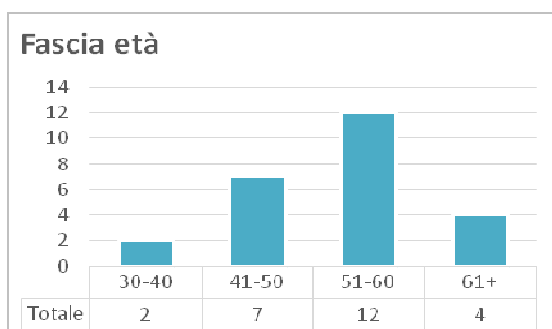
Descrizione del campione

Al progetto hanno partecipato tutti i Veterinari dipendenti dell'ASL CN2 (25 soggetti), suddivisi per area di attività, età e genere secondo quanto riportato nei grafici 1-2-3.

Grafico 1: area di attività dei Veterinari ASL CN 2 partecipanti al progetto.



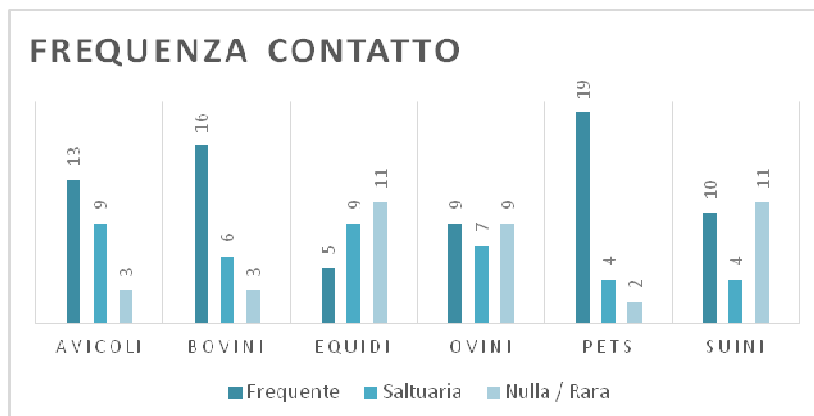
Grafici 2-3: fascia di età e genere dei Veterinari ASL CN 2 partecipanti al progetto.



Frequenza e modalità di contatto con gli animali

Frequenza ed ambienti di contatto (Grafico 4) con le varie specie animali risultano eterogeneamente distribuiti in funzione delle aree di attività e di appartenenza dei Veterinari: in allevamenti e con più specie animali per i Veterinari di Area A e C; attività più concentrate nei macelli e sovente solo su alcune specie animali per i Veterinari di Area B. Nel questionario è stato preso in considerazione anche l'eventuale contatto con animali domestici (Pets).

Grafico 4: frequenza di contatto con le varie specie animali dei partecipanti



Leggenda:

- Frequente = almeno una volta alla settimana
- Saltuaria = almeno una volta al mese
- Nulla/Rara = meno di una volta al mese.

ESITI ANALITICI

Dei 25 tamponi raccolti 6 sono risultati positivi (24%) alla ricerca di Stafilococchi coagulasi positivi (Tabella 1).

Tabella 1: Risultati della ricerca di Stafilococchi coagulasi positivi nei tamponi nasali.

ID	Stafilococchi coagulsi + (UFC/ml)	<i>S. aureus</i>	Test su MRSA - Select
1	<10	Negativo	Negativo
2	<10	Negativo	Negativo
3	360	Positivo	Negativo
4	<10	Negativo	Negativo
5	<10	Negativo	Negativo
6	<10	Negativo	Negativo
7	<10	Negativo	Negativo
11	<10	Negativo	Negativo
12	<10	Negativo	Negativo
13	<10	Negativo	Negativo
14	<10	Negativo	Negativo
15	99	Positivo	Negativo
16	<10	Negativo	Negativo
17	<10	Negativo	Negativo
18	<10	Negativo	Negativo
19	<10	Negativo	Negativo
20	170	Positivo	Negativo
21	>330	Positivo	Positivo
22	<10	Negativo	Negativo
23	>330	Positivo	Negativo
24	<10	Negativo	Negativo
25	260	Positivo	Negativo
26	<10	Negativo	Negativo
27	<10	Negativo	Negativo
28	<10	Negativo	Negativo

Per ciascun tampone in cui è stata rilevata la presenza di *S.aureus* coagulasi positivo sono state selezionate 5 colonie per valutare la presenza di geni responsabili della sintesi delle enterotossine stafilococciche (*sea*, *see*, *seg*, *sej*, *sep* e *ser*) e dei geni responsabili della resistenza alla meticillina (*mecA* e *mecC*) e della produzione della Pantone-Valentine leukocidine (*pvl*) mediante protocollo PCR; le 5 colonie isolate per ciascun tampone hanno fornito gli esiti riassunti nella seguente tabella n° 2. Gli isolati provenienti dal tampone n° 21 hanno confermato la positività per la presenza del gene Mec A responsabile della resistenza alla meticillina, già messa in evidenza nel corso dell'esame culturale su MRSA Select®.

Tabella 2: Caratterizzazione genetica dei ceppi di *St.aureus* provenienti dai tamponi faringei.

ID	Mec A	Mec C	pvl	sea	seb	sec	sed	see	seg	seh	Sei	sej	ser	Sep
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
15	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	-
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	+	+	-
23	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-

All'antibiogramma il ceppo di MRSA isolato a partire dal tampone n° 21 è risultato multiresistente: infatti oltre agli antibiotici β -lattamici (ampicillina, amoxicillina, penicillina e cefoxitina), è risultato resistente alla ciprofloxacina (fluorochinolone) e all'eritromicina (macrolide). Da segnalare anche la resistenza da parte del ceppo isolato dal tampone n° 20 alle tetracicline e all'associazione Sulfametoxazolo/Trimethoprim (Tabella 3).

Tabella 3: Resistenze agli antimicrobici degli isolati di *Staphylococcus aureus*

ID	Ampicillina	Amoxicillina	Penicillina	Ciprofloxacina	Cloramfenicolo	Gentamicina	Tetraciclina	Sulfametoxazolo + Trimethoprim	Cefoxitina	Eritromicina
3	S	S	R	S	S	S	S	S	S	S
15	R	S	R	S	S	S	S	S	S	S
20	R	R	R	S	S	S	R	R	S	S
21	R	R	R	R	S	S	S	S	R	R
23	R	S	R	S	S	S	S	S	S	S
25	R	R	R	S	S	S	S	S	S	S

Leggenda:

S = Sensibile; R= Resistente

DISCUSSIONE

La ridotta numerosità del campione non permette di fare uno studio epidemiologico approfondito, in ogni caso è possibile fare alcune considerazioni. Dei 25 tamponi raccolti 6 sono risultati positivi (24%) alla ricerca di *S.aureus*, questo risultato non ha un particolare significato medico o epidemiologico, in quanto gran parte della popolazione nel corso della propria vita risulta portatore di *S.aureus* stabilmente o a intermittenza. Lo studio sui ceppi di *S.aureus* isolati ha rilevato la presenza di un ceppo meticillino resistente, prima attraverso un terreno selettivo e poi confermato con la presenza del gene caratteristico *MecA*. I dati bibliografici sulla diffusione di MRSA tra la popolazione italiana sono limitati, più facilmente si trovano informazioni sugli esiti dei controlli effettuati sui soggetti ospedalizzati, ma questi possono essere distorti da fattori predisponenti di tipo clinico o di esposizione agli stessi ambienti ospedalieri. Alcuni studi hanno valutato la prevalenza di MRSA tra la popolazione in varie zone dell'Europa mostrando valori contenuti, ad esempio 0,18% per l'Italia centrale (5), 1,29% per la Germania (6), 0,2% per l'Olanda (3). In questo studio la prevalenza di MRSA è stata del 4% (95% CI 0-11,7) pertanto si confermerebbe quanto già descritto in letteratura: i soggetti

professionalmente esposti ad animali trattati con antibiotici hanno una maggior probabilità di venire a contatto con ceppi batterici resistenti e diventarne a loro volta portatori. Studi sulla prevalenza di MRSA tra varie categorie di Veterinari hanno riscontrato valori tra il 4,4% e il 15,6% (2): i valori ottenuti in questo studio si posizionano nella parte bassa di queste frequenze, situazione plausibile per la tipologia di lavoro che caratterizza i veterinari dipendenti dell'ASL, che non prevede un diretto e continuativo contatto con gli animali. A tal riguardo si fa notare come, dai dati raccolti attraverso i questionari, il soggetto risultato positivo sia in servizio presso l'area A-Sanità animale, che prevede un'attività negli allevamenti con contatti con gli animali più diretti, frequenti e prolungati. Dall'antibiogramma il ceppo di MRSA isolato è risultato resistente anche ad antibiotici del gruppo dei fluorochinoloni (ciprofloxacina) e dei macrolidi (eritromicina), che insieme a penicilline, tetraciclina e sulfamidici sono tra i gruppi di antibiotici più utilizzati in zootecnia.

CONCLUSIONI

Il progetto si prefigurava come un primo approccio sul nostro territorio alla problematica della diffusione dell'antibiotico resistenza, in particolar modo tra gli operatori a rischio. I dati bibliografici già dimostrano ampiamente quanto questo rischio sia concreto, soprattutto per quanto riguarda lo MRSA. Il riscontro di un soggetto positivo nel corso di questo studio consente di fare una precisa valutazione del rischio associato alla professione di Medico Veterinario dipendente del S.S.N., ma conferma ed aumenta la consapevolezza tra gli operatori su quanto il pericolo della diffusione dell'antibiotico resistenza sia reale e concreto. Infatti lo stato di portatore non determina di per sé la necessaria manifestazione di sintomi clinici e lo MRSA non possiede una maggiore virulenza rispetto ad altri ceppi di stafilococco, ma costituisce un rischio di diffusione di batteri antibioticoresistenti all'interno della comunità.

Obiettivi raggiunti e prospettive future

- Si è confermato un maggior rischio di esposizione ai batteri antibiotico resistenti per i soggetti professionalmente a contatto con animali.
- Si è contribuito ad aumentare la consapevolezza di questo pericolo tra i Veterinari dipendenti dell'ASL CN2 fornendo suggerimenti per contenere il rischio di diffusione.
- Si prospetta la possibilità che i soggetti coinvolti nello studio sensibilizzino durante le loro attività altri soggetti professionalmente esposti (es. allevatori, addetti nei macelli, Veterinari libero professionisti).
- E' stata raccolta una prima base di dati che potranno essere utilizzati in altri progetti di ricerca, tra cui quello già avviato in collaborazione con IZS, ASL-CN1 e ASL-TO3: "Zoonosis in swine food chain: infezioni zoonosiche emergenti ad eziologia virale (HEV) e batterica (Stafilococchi) nella filiera suina nell'ottica One Health".

BIBLIOGRAFIA

1. ECDC, EFSA and EMA Joint Scientific Opinion on a list of outcome indicators as regards surveillance of antimicrobial resistance and antimicrobial consumption in humans and food-producing animals - EFSA Journal 2017;15(10):5017
2. J. Weese and E. van Duinbergen - Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus pseudintermedius* in veterinary medicine - Veterinary Microbiology 140 (2010) 418-429
3. Brigitte A. van Cleef - Prevalence of Livestock-Associated MRSA in Communities with High Pig-Densities in The Netherlands - PLOS ONE February 2010 | Volume 5 | Issue 2 | e9385
4. M. Foti et al. - Indagine sulla presenza di *Staphylococcus aureus* meticillino resistenti (MRSA) in animali da reddito e in personale addetto agli allevamenti in Sicilia - Large Animal Review 2012; 18: 177-182
5. G. Zanelli et al - *Staphylococcus aureus* nasal carriage in the community: a survey from central Italy. -Epidemiol Infect. 2002 Oct;129(2):417-20
6. Mehraj J et al. -Methicillin-sensitive and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* nasal carriage in a random sample of non-hospitalized adult population in northern Germany. - PLoS One. 2014 Sep 24;9(9):e107937.

L'attività di Controllo Ufficiale dei Veterinari dell'ASL CN2 nell'ambito delle parassitosi animali di interesse ispettivo

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

Premessa

La **sicurezza alimentare**, il controllo delle **zoonosi** e delle **malattie animali** sono alcuni degli obiettivi cardine dell'attività ispettiva dei Veterinari Ufficiali impegnati sul territorio dell'ASL CN2; obiettivi che trovano nei Regolamenti Comunitari del Pacchetto Igiene le loro basi legislative.

Introduzione

Il cosiddetto "Pacchetto Igiene" è un insieme di quattro testi legislativi introdotti nel 2004 dalla Commissione Europea che rappresentano la normativa di riferimento riguardante l'igiene della produzione degli alimenti e dei controlli a cui essi devono essere sottoposti. Tra questi è compreso il Regolamento CE 854 del 29 aprile 2004, che "stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano". Tale *Regolamento all'Allegato I Sez. 1 Capo II alla lettera D* prevede tra i **"Compiti Ispettivi"** del Veterinario Ufficiale al macello l'ispezione post mortem: *"1. Immediatamente dopo la macellazione la carcassa e le frattaglie che l'accompagnano sono sottoposte a un'ispezione post mortem. Tutte le superfici esterne devono essere esaminate; a tale scopo potrebbero essere necessarie una manipolazione minima della carcassa e delle frattaglie o speciali attrezzature tecniche. Occorre prestare un'attenzione particolare all'individuazione delle zoonosi, delle malattie di cui all'elenco A e, laddove opportuno, all'elenco B dell'UIE. La velocità della catena di macellazione e il numero dei membri del personale ispettivo presente sono tali da consentire un'ispezione adeguata. 2. Sono effettuati ulteriori esami, come la palpazione e l'incisione di parti della carcassa e delle frattaglie, e prove di laboratorio ove ciò sia ritenuto necessario"*.

Nella Lista B della vecchia classificazione delle malattie animali notificabili all'OIE (Ufficio Internazionale delle Epizootie) sono incluse anche alcune malattie parassitarie quali: Echinococcosi/Idatidiosi, Trichinellosi, Cisticercosi bovina e Cisticercosi suina.

In caso di infestazione da Tenie (Classe Cestoda) è possibile il riscontro al macello di lesioni macroscopiche di tipo cistico ad organi e muscolatura striata (spesso localizzate in sedi elettive), mentre nel caso delle Trichinellosi (Classe Nematoda) la presenza del parassita viene rilevata solo a seguito di campionamenti ufficiali e successive prove di laboratorio. Il *Reg. CE 854/2004 all'Allegato I Sez. 1 Capo II alla lettera F* relativamente alle prove di laboratorio effettuate dal Veterinario Ufficiale ne spiega le finalità: *"1. Il veterinario ufficiale assicura che il campionamento sia effettuato e che i campioni siano adeguatamente identificati, manipolati, inviati al laboratorio idoneo ai fini: a) del monitoraggio e del controllo delle zoonosi e degli agenti zoonotici; b) di prove specifiche di laboratorio per la diagnosi delle TSE, conformemente al regolamento (CE) n. 999/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio; c) della rilevazione di sostanze o prodotti non autorizzati e del controllo delle sostanze regolamentate, in particolare nel contesto dei piani nazionali sui residui di cui alla direttiva 96/23/CE; e d) dell'individuazione delle malattie di cui all'elenco A e, laddove opportuno, di cui all'elenco B dell'UIE. 2. Il veterinario ufficiale assicura inoltre che siano effettuate le altre prove di laboratorio necessarie"*.

L'attività ispettiva del Veterinario Ufficiale al macello ha quindi fondamentale importanza nel controllo e notifica delle malattie animali oltre all'individuazione delle zoonosi.

Le **zoonosi parassitarie** di origine alimentare sono malattie trasmesse all'uomo attraverso l'ingestione di carni e frattaglie contenenti parassiti in uno stadio larvale di crescita oppure attraverso l'ingestione di acqua, verdure e frutta contaminate da uova di parassiti eliminate nell'ambiente con le feci degli animali che fungono da ospiti adulti del parassita. Carni e verdure crude, o poco cotte, risultano essere un veicolo frequente di malattia parassitaria nell'uomo, per cui è consigliabile, ai fini della prevenzione, un'adeguata cottura dei cibi prima del loro consumo. Gli agenti eziologici delle malattie parassitarie *"foodborne"* (origine alimentare) e *"waterborne"* (origine acqua) appartengono sia ad organismi protozoari (unicellulari) che ad elminti (pluricellulari) caratterizzati da cicli biologici ad ospiti intermedi e definitivi indispensabili per il loro sviluppo. Nella Tabella 1 sono riportati i principali parassiti, causa di lesioni macroscopiche nelle carni e frattaglie (bovine, ovicaprine, suine, equine), che si possono rilevare al macello all'esame ispettivo post-mortem.

Tabella 1. Elminti (Classi: Cestoda, Trematoda) e Protozoi (Classe: Sporozoa)

<u>Classe Cestoda</u>	<u>Classe Trematoda</u>	<u>Phylum Apicomplexa</u> <u>Classe Sporozoa</u>
<i>Fam. Teniidae:</i> <i>Tenia solium</i> <i>Tenia saginata</i> <i>Tenia multiceps</i> <i>Echinococcus granulosus granulosus</i> <i>Echinococcus granulosus equinus</i>	<i>Fam. Fasciolidae:</i> <i>F. hepatica</i> <i>Fam. Dicrocoelidae:</i> <i>D. dendriticum</i>	<i>Sarcocystis bovi hominis</i> <i>Sarcocystis sui hominis</i>

Di seguito si riporta una breve trattazione delle zoonosi parassitarie di interesse ispettivo.

La **Fascioliasi** è una zoonosi diffusa in moltissimi Paesi del mondo causata da parassiti appartenenti alla classe dei Trematodi. La distribuzione della malattia è prevalentemente rurale, associata quasi sempre ad allevamenti bovini ed ovini. Studi recenti hanno stimato che gli animali infetti nel mondo sono più di 600 milioni con ripercussioni negative sul sistema delle produzioni animali. Gli animali fortemente infestati con *Fasciola hepatica* (la specie più diffusa al mondo) possono morire, mentre quelli colpiti dalla parassitosi in misura minore possono manifestare riduzioni della crescita, della produzione di latte e della fertilità. I casi umani si verificano dopo ingestione di verdure o acqua infestate da metacercarie di *Fasciola hepatica*. Il ciclo di vita della Fasciola è piuttosto complesso e riguarda un ospite definitivo (alcuni mammiferi tra i quali l'uomo) ed uno o più ospiti intermedi. L'uomo può essere un ospite occasionale o svolgere il ruolo di serbatoio del parassita. Altri mammiferi, come ad esempio i bovini e gli ovini, fungendo da serbatoio del parassita adulto, nei casi di infestazione cronica subclinica, sono causa della disseminazione delle uova del parassita nell'ambiente attraverso le loro feci. In condizioni favorevoli di sviluppo (ambientali e presenza di ospiti intermedi) il ciclo vitale della Fasciola prosegue attraverso alcuni stadi larvali (miracidio, sporocisti, redie, cercarie e metacercarie) e riprende la fase adulta di crescita negli ospiti definitivi una volta che questi ingeriscono le cercarie incistate sui vegetali o le metacercarie presenti in acque non filtrate. Il parassita allo stadio adulto è un verme piatto di circa 18-60x4-13 mm che si localizza nei dotti biliari di bovini, ovini, erbivori selvatici e uomo dove esercitano un'azione spoliatrice e ne inducono l'iperplasia e fibrosi.

Al macello durante l'ispezione post-mortem dei bovini di età superiore alle sei settimane il Veterinario Ufficiale per rilevare la presenza del trematode e delle lesioni epatiche da esso provocate esegue routinariamente la palpazione dei fegati e la loro incisione con due tagli sulla faccia gastrica (uno dei quali alla base del lobo caudato per l'esame dei dotti biliari) ai sensi del Reg.CE 854/2004. Negli ovini si esegue l'ispezione visiva del fegato, la palpazione e l'incisione sulla faccia gastrica dell'organo. I fegati che presentano parassiti e/o lesioni epatiche da *Fasciola hepatica* sono inadatti al consumo umano per motivi legati alla scarsa qualità commerciale degli stessi e non per motivi di sicurezza alimentare.

In verità, nel corso degli ultimi anni, si è ridotta considerevolmente l'incidenza di infestazioni da Fasciola H. e altri Trematodi; questo grazie ad una valida profilassi farmacologica ed all'adozione di adeguate misure di biosicurezza negli allevamenti.

La **Trichinellosi** è una zoonosi parassitaria causata da vermi nematodi del genere *Trichinella*. In Italia i casi clinici di Trichinellosi umana (soprattutto da *Trichinella spiralis* e *Trichinella britovi*) sono correlati alle carni suine, equine e di animali selvatici consumate crude, poco cotte o lavorate (ad es. gli insaccati). La fase acuta dell'infezione si manifesta con febbre persistente, forte cefalea, disturbi gastrointestinali, mialgie ed edemi localizzati al viso e agli arti. Le complicanze si osservano nei casi d'infezione grave ed in particolar modo nei soggetti anziani e/o immunodepressi. Nei suini ed equidi il parassita allo stadio larvale si localizza nelle cellule muscolari striate dove induce la formazione di una capsula di collagene e la scomparsa delle miofibrille del sarcomero.

Al ciclo urbano della Trichinellosi si associa quello silvestre che interessa animali come i roditori, cinghiali, le volpi e mustelidi. L'infezione nei suini è spesso la conseguenza del contatto tra animali domestici e selvatici (vero e proprio serbatoio delle Trichinelle).

L'**Idatidosi** umana è una malattia parassitaria conseguente all'ingestione accidentale di uova di *Echinococcus granulosus* presenti su verdure ed altri alimenti contaminate dalle feci dell'ospite definitivo (ad es. cane) o sul mantello dei soggetti infestati. La sintomatologia nell'uomo è la conseguenza dell'azione compressiva locale da parte delle cisti epatiche e polmonari, che possono raggiungere dimensioni notevoli anche dell'ordine di 50-60 cm di diametro, ed inoltre dei fenomeni generali di tipo allergico. Un evento di particolare gravità può essere costituito dalla rottura della cisti, con rischio di shock anafilattico e disseminazione sistemica delle cisti. Il ciclo rurale-urbano dell'Idatidosi è la causa principale della malattia nell'uomo. La stretta convivenza tra cani e animali d'allevamento (ovini e bovini) e l'usanza di certi pastori di dare in

pasto ai cani visceri crudi dei ruminanti allevati ha permesso la diffusione della parassitosi all'uomo.

La **Tenia** è un parassita dalla forma piatta (classe Cestoda) che si localizza nell'intestino umano dove può vivere per molti anni senza che si manifesti sintomatologia alcuna. La Teniasi ("malattia del verme solitario" da *Tenia solium*) si contrae soprattutto nei paesi più poveri a causa delle scarse condizioni igieniche di vita e cattive abitudini alimentari. Fonte di malattia è l'ingestione di prodotti di origine animale crudi o poco cotti contenenti la forma larvale. I sintomi della Teniasi sono inizialmente impercettibili. Il parassita si nutre degli alimenti, che passano attraverso il tratto digerente della persona infestata, consumando circa il 5% delle sostanze nutritive. Il "verme solitario" influisce notevolmente sull'assorbimento delle vitamine e dei sali minerali e per questo motivo alla lunga è in grado di provocare sintomi come spossatezza, sonnolenza e forte dimagrimento. Spesso le persone malate manifestano una fame continua e insaziabile, ma solo in rari casi presentano sintomi più gravi come diarrea, stitichezza, nausea, vomito e dolori addominali. La *Tenia solium* allo stadio adulto parassita l'uomo e può raggiungere nell'intestino una lunghezza di 5-15 metri e, come detto in precedenza, può sopravvivere anche per lunghi anni senza che l'uomo manifesti sintomatologia. Ciò determina l'eliminazione di milioni di uova nelle feci umane e loro diffusione nell'ambiente. La *Tenia saginata* (forma adulta del *Cysticercus bovis*) è un altro cestode parassita dell'uomo che può raggiungere 4-8 metri di lunghezza nell'intestino. L'infestazione può causare diarrea e crampi intestinali, ma nella maggioranza dei casi decorre in forma asintomatica. L'uomo parassitato diventa anche in questo caso eliminatore delle uova della tenia attraverso le feci con conseguente loro disseminazione nell'ambiente. Il ciclo vitale del parassita può quindi proseguire con gli ospiti intermedi, specie in quei contesti rurali dove le acque di abbeverata ed i foraggi sono contaminati da reflui di scarichi fognari umani.

L'attività ispettiva del Veterinario Ufficiale al macello risulta quindi fondamentale per interrompere il ciclo biologico del parassita attraverso l'individuazione di lesioni cistiche della muscolatura e degli organi dei ruminanti macellati. Gli organi colpiti dalle lesioni sono destinati alla distruzione perché non idonei al consumo umano per motivi di sicurezza alimentare. Nel caso di infestazioni generalizzate il giudizio sanitario prevede la distruzione dell'intera carcassa, mentre in caso di lesioni circoscritte è previsto il consumo condizionato previo trattamento a freddo delle parti non infette della carcassa (capitolo IX lettera B punto 2 Reg.CE 854/04).

Nella Tabella 2 sono schematizzate le principali forme parassitarie del genere *Taenia* ed *Echinococcus* con ospiti definitivi ed intermedi e sedi elettive di localizzazione della larva.

Tabella 2. Ospiti definitivi ed intermedi dei parassiti del genere *Taenia* ed *Echinococcus*.

Specie	Ospite definitivo	Ospite intermedio	Larva	Sedi elettive della larva
<i>Taenia saginata</i>	uomo	bovino	<i>Cysticercus bovis</i>	mm striati (masseteri, diaframma, miocardio), esofago, lingua
<i>Taenia solium</i>	uomo	suino, uomo	<i>Cysticercus cellulosae</i>	mm striati (masseteri, diaframma, miocardio), esofago, lingua, SNC
<i>Tenia ovis</i>	carnivori	ovicapri	<i>Cysticercus ovis</i>	muscolo, pleure, esofago
<i>Taenia multiceps</i>	cane	pecora, bovino, uomo	<i>Coenurus cerebralis</i>	SNC
<i>Echinococcus granulosus</i>	cane	ruminanti, uomo	idatide	fegato, polmone, SNC
<i>Echinococcus multilocularis</i>	volpe, cane, gatto	roditori, lagomorfi, uomo	idatide	fegato, polmone, SNC
<i>Echinococcus granulosus equinus</i>	cane, volpe rossa	cavalli	idatide	fegato, polmone, SNC

Legenda: mm= muscoli

La **Sarcosporidiosi** è una parassitosi trasmissibile sia agli uomini che ai carnivori mediante ingestione di cisti tissutali presenti nella carne di diversi animali da reddito. Le due specie trasmissibili all'essere umano sono *Sarcocystis bovi-hominis* e *Sarcocystis sui-hominis*, i cui ospiti intermedi sono rispettivamente i bovini ed i suini. Si tratta di parassiti protozoari (Coccidi formanti cisti) il cui ciclo biologico è caratterizzato da una fase sessuata ("gametogonia") nell'ospite definitivo e da una fase asessuata ("schizogonia") nell'ospite intermedio specie-specifico. In caso di massiva infestazione le alterazioni della muscolatura dell'ospite intermedio (bovino e suino) sono visibili macroscopicamente ("miosite eosinofilia") e le sarcocisti appaiono sul muscolo come formazioni di qualche centimetro allungate e biancastre. Al macello il giudizio sanitario della carcassa prevede in codesto caso l'esclusione dal consumo umano ai sensi dell'All.I sez.II capo V lettera h del Reg.CE 854/2004 (presenza di infestazione parassitaria).

Lesioni riferibili ad epatiti parassitarie conseguenti a migrazione di larve di **Ascaridi** (Nematodi) dall'intestino tenue al fegato possono essere riscontrate con una certa frequenza nei macelli sia bovini che suini. Le lesioni parenchimali che interessano il fegato suino sono denominate "milk spots" (fegato a macchie color bianco latte). Ben visibili sul fegato infestato, queste macchie sono espressione di un'epatite interstiziale cronica dovuta alla risposta fibroplastica degli epatociti conseguente all'aggressione da parte delle "larve migrans" di *Ascaris suum* nel corso delle loro migrazioni entero-epato-polmonari. Nel bovino l'agente eziologico è il *Toxocara vitulorum*, mentre negli equidi è il *Parascaris equorum*.

L'attività dei Servizi Veterinari dell'ASL CN2

Sul territorio dell'ASL CN2 sono presenti **14 stabilimenti di macellazione a bollo CE**. Alcuni di essi sono autorizzati a macellare capi bovini, equini, suini ed ovicapri; in un numero limitato di impianti si macella solo bovini; in un unico stabilimento vengono macellati esclusivamente capi suini. Nelle macellazioni di suini il Veterinario Ufficiale deve effettuare, ai sensi del "Regolamento di Esecuzione (UE) 2015/1375 della Commissione del 10 agosto 2015 che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di *Trichine nelle carni*", il campionamento di muscolo striato (ad es. diaframma) per la ricerca di *Trichine* in tutti gli animali riproduttori qualunque sia la loro provenienza, mentre nei casi dei suini da ingrasso il prelievo deve essere fatto per gli animali provenienti da allevamenti non accreditati per *Trichinella*. Durante la macellazione dei cinghiali e degli equidi il campionamento deve avvenire in modo sistematico così come nella macellazione di suini per uso famiglia. Nel 2017 i **campionamenti di diaframma** relativi ai suini macellati a domicilio nel territorio di competenza dell'ASL CN2 sono stati **91** mentre quelli relativi ai cinghiali cacciati sono stati **1710** (nell'ambito della Convenzione della Regione Piemonte per la ricerca di *Trichinella* nei cinghiali cacciati). Tutti i campioni, dopo le analisi di laboratorio effettuate presso L'IZS di Torino, sono risultati negativi per Trichinella.

Le macellazioni di suini negli impianti di macellazione sono state in totale 316. Le lesioni riferibili ad epatiti parassitarie ("**milk spots**") sono risultate essere **in totale 11**, mentre nessun caso di trichinellosi o lesione riferibile ad altra malattia parassitaria è stato riscontrato.

Nel corso del 2017 le macellazioni di equini sono state effettuate presso un unico impianto di macellazione per un totale di 43 capi equini. Non sono state rilevate lesioni parassitarie macroscopiche alla visita sanitaria post-mortem né si sono avute positività alla *Trichinella* per quanto riguarda gli esiti dei campionamenti di diaframma equino effettuati al macello.

Gli ovini ed i caprini macellati nel 2017 sono stati rispettivamente 531 e 308. Nessuna lesione parassitaria è stata rinvenuta alla visita sanitaria post-mortem.

Dati salienti sono riportati nella Tabella 3 e si riferiscono alle lesioni parassitarie riscontrate durante la visita ispettiva delle carcasse ed organi di bovini (9634 capi macellati nel 2017). **Le epatiti parassitarie (79 casi) sono state predominanti rispetto alle broncopolmoniti parassitarie (35 casi) e risultano lo 0,17% delle cause di scarto al macello su di un totale di 451 fegati bovini giudicati inidonei al consumo umano e inviati alla distruzione** (dati infomacelli Piemonte, anno 2017). Degno di interesse è il dato relativo alle lesioni da cisticercosi bovina (19 casi) riscontrate in uno stesso impianto di macellazione e quasi completamente riferibili ad animali provenienti dallo stesso allevamento. Le localizzazioni delle cisti erano soprattutto a livello di miocardio; in alcuni casi erano a livello sia di muscoli masseteri che a livello della porzione muscolare del diaframma oltreché in sede miocardica. In questi casi è importante eseguire un'approfondita indagine epidemiologica, ricordando che è l'uomo l'ospite definitivo e quindi la causa primaria del problema. La corretta gestione degli scarichi fognari e le misure di biosicurezza (limitare l'accesso all'allevamento a volatili ed altri animali sia domestici che selvatici) hanno in molti casi risolto definitivamente il problema.

L'unico caso di Idatidosi bovina segnalato in un altro macello si riferiva a lesione cistica dei polmoni di un bovino adulto maschio di razza piemontese. Sia i casi di cisticercosi che quello di idatidosi sono stati notificati alla Direzione Sanità Pubblica Settore Prevenzione Veterinaria della Regione Piemonte e al Direttore del Servizio Veterinario area A dell'ASL competente sul territorio dov'era situato l'allevamento di provenienza dei bovini oggetto di segnalazione.

Tabella 3. Scheda rilevazione dati dal 1/1/2017 al 31/12/2017

Macelli	TOT Bovini	BP Parassitaria	EP	Cisticercosi	Fascioliasi	Idatidosi	Sarcosporidiosi
A	184	2	4	0	1	0	0
B	4512	3	31	19	0	0	0
C	1520	4	18	0	0	1	0
D	1076	1	4	0	0	0	0
E	1159	20	11	0	0	0	0
F	283	1	8	0	2	0	0
G	518	3	0	0	0	0	0
H	171	0	2	0	0	0	0
I	62	0	1	0	0	0	0
L	31	0	0	0	0	0	0
M	32	1	0	0	0	0	0
N	31	0	0	0	0	0	0
O	46	0	0	0	0	0	0
P	9	0	0	0	0	0	0
TOTALE	9634	35	79	19	3	1	0

Legenda: **BP** = broncopolmonite, **EP** = epatite parassitaria

Conclusioni

Le malattie parassitarie degli animali, a carattere zoonosico e non, sono spesso tenute in minor considerazione rispetto alle altre malattie infettive, nonostante la loro diffusione nel mondo e l'impatto socioeconomico che esse determinano nei Paesi dove risultano endemiche.

La situazione epidemiologica relativa alla Trichinellosi nei suini domestici in alcuni Stati dell'Europa dell'Est, in Asia ed in Sudamerica è piuttosto critica in quanto la presenza di *Trichinella* (soprattutto *T. spiralis*) raggiunge livelli anche del 50%, determinando perdite elevate di animali a seguito della distruzione delle carcasse infette, elevati costi di derattizzazione e di risanamento degli allevamenti oltre al rischio di trasmissione all'uomo.

In Italia il problema di questa zoonosi è legata soprattutto al suo ciclo silvestre ed in particolare agli animali selvatici che dall'Est Europa passano il confine italiano ed entrano in contatto con specie animali domestiche. La prevenzione della malattia negli allevamenti suini dovrebbe basarsi, quindi, su efficaci misure di biosicurezza che impediscano il contatto tra animali domestici e selvatici, essendo questi ultimi il principale serbatoio delle Trichinelle.

Nel caso dell'Idatidosi (Echinococcosi) le perdite economiche relative alle produzioni animali a livello mondiale sono di oltre 2 miliardi di dollari all'anno, mentre a seguito della malattia nell'uomo i danni economici risultano pari a circa 764 milioni di dollari.

Le scarse condizioni igienico-sanitarie in cui versano alcune popolazioni del mondo unite alla stretta convivenza con cani da pastorizia, spesso nutriti con frattaglie crude di ovini e bovini, sono tra i principali fattori di diffusione di questa malattia.

Strategie efficaci di eradicazione dell'Idatidosi si basano su: politiche di educazione sanitaria (specie presso le popolazioni rurali), lotta al randagismo, controllo delle macellazioni degli animali da reddito ed azione sinergica tra Servizi Sanitari di Medicina Umana e Veterinaria.

Fondamentali risultano, inoltre, per gran parte delle zoonosi parassitarie la corretta gestione degli alimenti (ad es. carni, verdure, latte ecc...) e delle acque fonte di contaminazione per l'uomo.

Le verdure andrebbero lavate accuratamente con acque potabili prima di essere consumate crude mentre le carni, per essere sicure, dovrebbero essere cotte in modo appropriato o sottoposte a trattamenti di conservazione adeguati ed efficaci (ad es. marinatura, affumicatura, salagione ecc...).

In Italia le diagnosi di parassitosi animale in allevamento e delle malattie umane ad esse correlate sono ancora sottostimate per cui risulta impossibile portare le zoonosi parassitarie all'attenzione della comunità e della politica sanitaria sia nazionale che regionale per implementare ulteriori e decisive misure di controllo.

L'attività ispettiva dei Servizi Veterinari delle Aziende Sanitarie Locali risulta, ciononostante, di primaria importanza nel controllo delle zoonosi al macello, che diventa così un osservatorio epidemiologico delle malattie parassitarie di straordinaria importanza.

Riferimenti bibliografici

1. EFSA Journal, 2013;11(6):3266
2. Trattato sulle infezioni e tossinfezioni alimentari, 2005, E.G.Rondanelli- M.Fabbi-P.Marone
3. Diseases of Dairy Animals Parasites, Internal: Liver Flukes Encyclopedia of Dairy Sciences, 2011, Borgsteede FHM.
4. Reg.(CE) N. 854/2004 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano.
5. Reg. (UE) 2015/1375 DELLA COMMISSIONE del 10 agosto 2015 che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di Trichine nelle carni.
6. Contaminazioni parassitarie emergenti e riemergenti degli alimenti, 1998, L.Oreficie e C.Scalfaro, ISSN 1123-3117.
7. Foodborne disease handbook. Disease caused by viruses, parasites and fungi, 1994, M.Dekker.
8. Emerging parasite zoonoses associated with water and food, 2000, Slifko T.R. et al., Int.J.of Parasitology.

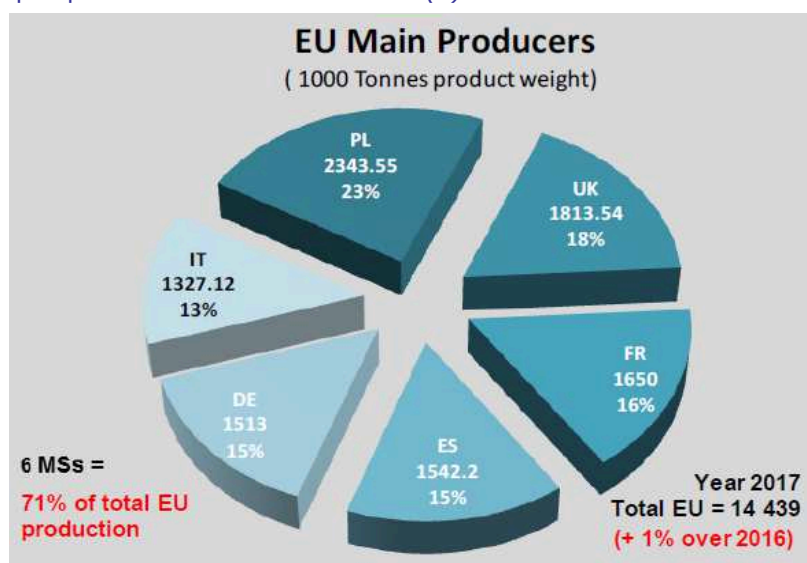
Residui di antibiotici nel pollo da carne: attività di sorveglianza e nuovi orientamenti sull'utilizzo del farmaco nel settore avicolo per contenere il fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR)

Maurizio Piumatti, Chiara Murzio, Serena Durante, Francesca Fioretto, Adriana Giraldo, Mariarosaria Sasso, Edoardo Fontanella

Premessa

Nel corso degli anni la produzione ed il consumo di carne avicola ha registrato una notevole crescita a livello mondiale. Nell'UE la produzione di carne di pollo è aumentata tra il 2008 e il 2017 del 28%, attestandosi a 14,4 milioni di tonnellate, corrispondenti a circa 6,7 miliardi di capi macellati (1). Attualmente dopo quella suina la carne di pollo è al secondo posto tra le carni maggiormente consumate e nel periodo 2015-2025 si prevede che il consumo aumenterà del 3,4%. L'Italia è tra i principali produttori UE con 1,3 milioni di tonnellate nel 2017 e un consumo di 21 kg di carne bianca procapite, delle quali 15,5 kg di pollo (1-2) ed è un paese esportatore di carne di pollo, con un livello di produzione che supera quello consumato internamente (1).

Graf. 1: I principali produttori di carni avicole UE (1)



Tra gli aspetti che hanno contribuito al successo delle carni avicole vi sono: caratteristiche nutrizionali, attitudine alla trasformazione, costi ridotti, assenza di pregiudizi etico-religiosi e i moderni stili di vita. Conseguentemente le richieste del mercato hanno indirizzato il settore avicolo verso una produzione di tipo intensivo/industrializzata.

L'allevamento intensivo è probabilmente associato all'opinione diffusa circa un utilizzo eccessivo e scorretto dei farmaci negli allevamenti, in particolare degli antibiotici, tale da rappresentare un rischio per la presenza di residui nelle carni e alimentare il fenomeno dell'antibioticoresistenza (AMR).

Un problema, quello dell'AMR, che l'O.M.S. indica come una minaccia responsabile di una possibile era "post-antibiotica", caratterizzata da super-batteri resistenti a gran parte, se non a tutti gli antibiotici (3). Attualmente AMR è ritenuta responsabile di circa 25.000 decessi all'anno nell'UE (4). Per rispondere a questo pericolo, l'UE dal 2006 ha vietato negli allevamenti avicoli l'uso degli antibiotici come promotori di crescita (5), mentre il settore produttivo sta attuando varie iniziative mirate alla riduzione del consumo di antibiotici e/o ad un loro uso consapevole.

Scopo del presente lavoro è illustrare l'attività di sorveglianza svolta al macello dal servizio veterinario Area B ASL CN2 per il controllo sull'uso corretto dei farmaci ed in particolare degli antibiotici nella filiera avicola negli ultimi quattro anni e presentare dati sul consumo del farmaco negli allevamenti di polli da carne (in particolare delle organizzazioni avicole piemontesi) che dimostrerebbero un orientamento nella riduzione dell'utilizzo degli antibiotici, contrastando, in questo modo, il fenomeno dell'AMR.

Il fenomeno dell'antibiotico resistenza

Gli antibiotici sono utilizzati in veterinaria a partire dagli anni 50. Sin da subito è apparso chiaro come questi potessero risultare un valido mezzo per il controllo delle malattie infettive, tanto che si può affermare che abbiano contribuito a migliorare non solo gli standard produttivi, ma anche il benessere animale. Purtroppo oggi il loro utilizzo deve fare i conti con la comparsa dell'AMR, un fenomeno biologico naturale e spontaneo con cui i batteri si difendono, amplificato dalla pressione farmacologica esercitata sulle popolazioni microbiche.

AMR si definisce intrinseca quando un microrganismo possiede per sua natura meccanismi che non lo rendono sensibile ad un antibiotico o ad una intera classe di antibiotici. Si parla di resistenza acquisita quando un ceppo batterico consegue la capacità di resistere agli effetti di un particolare antibiotico. Se la resistenza riguarda più antibiotici, anche di classi differenti, si parla di resistenza multipla. Un uso irrazionale ed eccessivo di antibiotici, sia in medicina umana che in zootecnia, contribuisce all'incidenza di questo fenomeno e ai pericoli connessi.

Quanto l'impiego di antibiotici nelle produzioni zootecniche incida sul problema è ancora incerto, tuttavia appare chiara la necessità di attuare strategie per razionalizzarne e limitarne l'utilizzo (6).

Il pollo da carne nel concetto di filiera avicola

Per filiera si può intendere la serie dei passaggi che un prodotto compie, dalla produzione alla distribuzione (nel settore agroalimentare dal campo alla tavola) attraverso una serie di fasi strutturate. Per "filiera avicola" si possono intendere l'insieme delle attività tra di loro organizzate che contribuiscono alla realizzazione del prodotto finale che comprende: centri genetici di selezione dei riproduttori, incubatoi per la produzione di pulcini, allevamenti, mangimifici, macelli, impianti di sezionamento e lavorazione delle carni fino alla commercializzazione del prodotto finale.

La filiera avicola italiana è composta per circa il 95% da aziende integrate verticalmente, che possiedono e controllano i vari elementi della filiera.

In un tale sistema organizzativo, è la "filiera" a decidere, anche per l'allevatore, i principali aspetti gestionali: alimentazione, età di macellazione, tipologia di allevamento, razze allevate ecc.

Le filiere avicole italiane utilizzano per lo più ibridi commerciali per la produzione della carne definiti broiler, animali caratterizzati da un rapido ritmo di crescita e con elevati indici di conversione. In Italia l'ibrido più diffuso è il Ross. Naturalmente il potenziale genetico per potersi estrinsecare completamente necessita di una buona gestione di allevamento compresa una dieta corretta, del rispetto del benessere animale, delle misure di biosicurezza e di un efficace controllo delle malattie. Negli allevamenti intensivi i broiler sono generalmente allevati a terra all'interno di capannoni condizionati.

A fianco delle produzioni intensive esistono altre realtà che utilizzano razze autoctone, metodi di allevamento biologici, ibridi a lento accrescimento, le quali pur non essendo la maggior parte del mercato rappresentano segmenti commerciali in crescita.

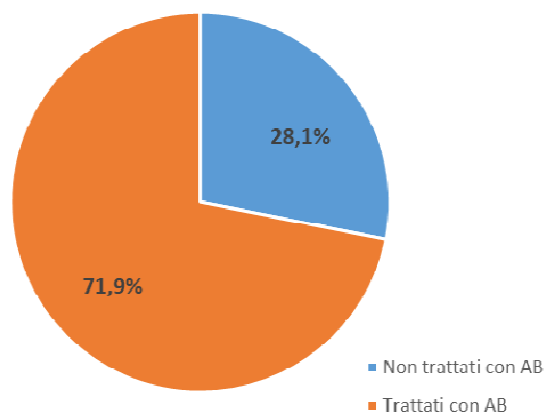
La riduzione dell'utilizzo di antibiotici nella filiera avicola

Secondo i dati resi disponibili da Unaitalia, associazione di categoria che rappresenta oltre il 90% della filiera avicunicola nazionale, nel 2016 l'uso di antibiotici negli allevamenti avicoli italiani è stato ridotto del 23,7% rispetto all'anno precedente, un dato che si aggiunge alla già cospicua riduzione del 40% rispetto ai valori del 2011, secondo i produttori questi numeri dimostrerebbero un dimezzamento in soli cinque anni dell'uso dei farmaci negli allevamenti avicoli (7).

Le informazioni raccolte durante l'attività di macellazione avicola nel territorio dell'ASL CN2 rispecchiano questo andamento. Una filiera radicata sul territorio regionale ha realizzato una specifica linea di produzione certificata che non prevede l'utilizzo di antibiotici, un obiettivo raggiungibile attraverso una particolare cura nella gestione zootecnica degli allevamenti, in particolare l'alimentazione, la biosicurezza ed il benessere animale.

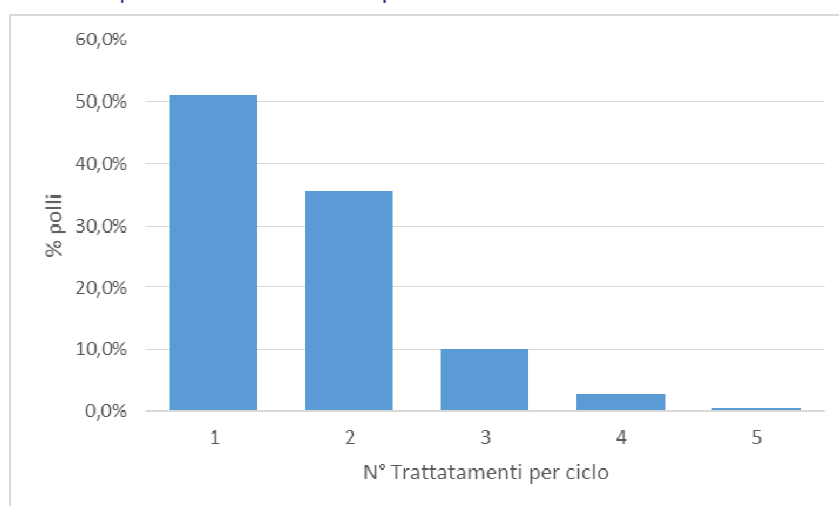
In termini generali si è comunque osservata una tendenza nella riduzione dell'utilizzo del farmaco anche in partite di animali non "Antibiotic free"; questo rappresenta un ulteriore segnale di attenzione al consumo del farmaco. Infatti se nel 2016 la percentuale di polli in cui non erano stati utilizzati antibiotici era il 13,8%, nel corso dei primi sei mesi del 2018 questa percentuale è salita al 28,1%.

Graf. 2: Percentuale di polli trattati e non trattati con antibiotici nei primi sei mesi del 2018



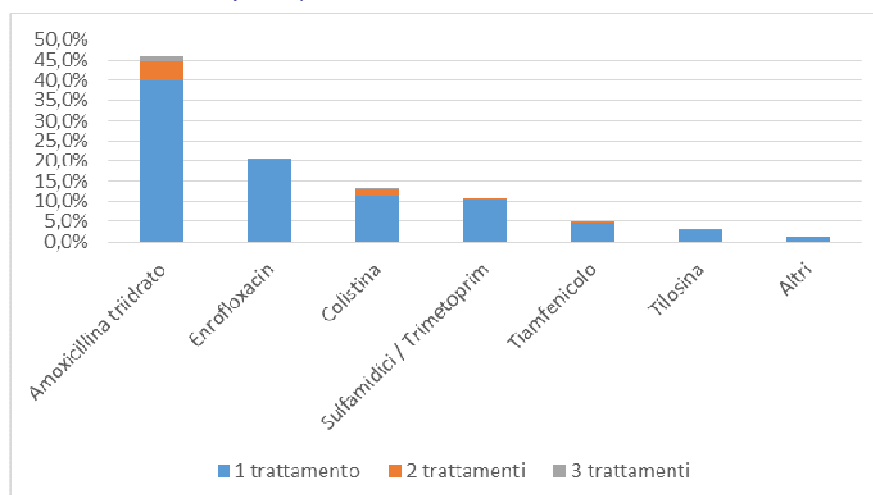
Gli animali sono per lo più sottoposti a trattamenti medicali una sola volta per ciclo produttivo (51,0%), in altri casi il trattamento viene ripetuto anche fino a 5 volte o con lo stesso principio attivo o, più spesso, con un'altra sostanza antibiotica.

Graf. 3: Percentuali di polli trattati suddivisi per numero di trattamenti



La molecola più utilizzata risulta essere stata l'amoxicillina, somministrata una o più volte nel 46,0% dei polli trattati, altre molecole impiegate sono state l'enrofloxacin (20,7%), la colistina (13,4%), varie associazione di sulfamidici con trimetoprim (10,7%), il tiamfenicolo (5,0%) e la tilosina (3,1%). Altri principi attivi meno utilizzati sono stati la doxiciclina, la flumechina, l'ossitettraciclina e la fenossimetilpenicillina.

Graf. 4: Sostanze antibiotiche principalmente somministrate



Antibiotici e il concetto di limite massimo di residui (LMR)

Il termine "limite massimo di residui" (LMR) definisce la concentrazione massima di residuo di una sostanza farmacologicamente attiva consentita in un determinato alimento o prodotto di origine animale. Per residuo si intende una sostanza estranea alla naturale composizione di un alimento e potenzialmente pericolosa per la salute, frutto di un pregresso trattamento (lecito o illecito) che determina la presenza nei tessuti animali del principio attivo e/o dei suoi metaboliti. Per ogni trattamento farmacologico viene stabilito un periodo, detto "tempo di sospensione", che deve trascorrere prima che un animale o un suo prodotto (es. uova o latte) vengano destinati all'alimentazione umana. Questo periodo permette che i residui del trattamento scendano sotto il limite di accettabilità (LMR).

Per ogni sostanza viene stabilito dalla normativa un LMR considerato accettabile e tollerabile; per i medicinali veterinari, i LMR sono stabiliti dal Regolamento (CE) n. 470/2009 del 6 maggio 2009 e smi.

Il Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR)

Il PNR è un piano di sorveglianza stilato dal Ministero della Salute che, per quanto riguarda l'uso di chemioantibiotici, si prefigge di verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari ai limiti fissati dalle normative comunitarie e nazionali (LMR). Il PNR stabilisce specie, categorie e animali da campionare (in allevamento ed al macello), sostanze da ricercare e strategie di campionamento (8).

L'attività di campionamento in allevamento ed al macello è a cura dei Servizi Veterinari delle ASL.

Strategie di campionamento del PNR

Le attività di prelievo si articolano su tre tipi:

- ✓ Campioni di tipo "Piano": prelevati secondo criteri prestabiliti in funzione del maggior rischio dovuto a specie, sesso, età, tipo di allevamento ecc.
- ✓ Campioni Extra-piano: verifiche predisposte da Regioni e/o Ministero come attività aggiuntive di controllo sulla base di particolari esigenze.
- ✓ Campioni su sospetto: motivati da sospetti sulla presenza di residui.

Sostanze ricercate:

- ✓ Categoria A: sostanze ad effetto anabolizzante e sostanze non autorizzate.
- ✓ Categoria B: medicinali veterinari e agenti contaminanti.

Il presente lavoro si riferisce in particolare ai risultati ottenuti nella ricerca delle sostanze elencate nella categoria B, in particolare agli antibiotici.

PNR: attività nazionale anno 2016 risultati

Attività di campionamento tipo "piano" (9)

Nel 2016 sono stati analizzati a livello nazionale 41.082 campioni per la ricerca di residui nei vari settori produttivi, di cui 15.181 (37%) per la ricerca di sostanze appartenenti alla categoria A (sostanze ad effetto anabolizzante e sostanze non autorizzate) e 25.901 (63%) per la ricerca di residui di sostanze appartenenti alla categoria B (medicinali veterinari e agenti contaminanti).

Tabella 1: campioni nazionali suddivisi per settore produttivo e categoria di sostanze – PNR 2016

Settore produttivo	N° campioni	Non conformi Categoria A*	Non conformi Categoria B*	Totale Non conformi	Percentuale Non conformi
Bovini	17.759	1	19	20	0,11%
Suini	8.524	1	10	11	0,13%
Ovi-Caprini	742	0	0	0	0,00%
Equini	560	0	2	2	0,36%
Volatili	7.621	0	3	3	0,04%
Conigli	454	0	0	0	0,00%
Selvaggina allevata	179	0	0	0	0,00%
Acquacoltura	775	0	1	1	0,13%
Latte	2.570	0	5	5	0,20%
Uova	1.496	0	1	1	0,07%
Miele	324	0	3	3	0,93%
Selvaggina cacciata	78	0	3	3	3,85%
Totale	41.082	2	47	49	0,12%

*Categoria A: Sostanze ad effetto anabolizzante e sostanze non autorizzate

*Categoria B: Medicinali veterinari e agenti contaminanti.

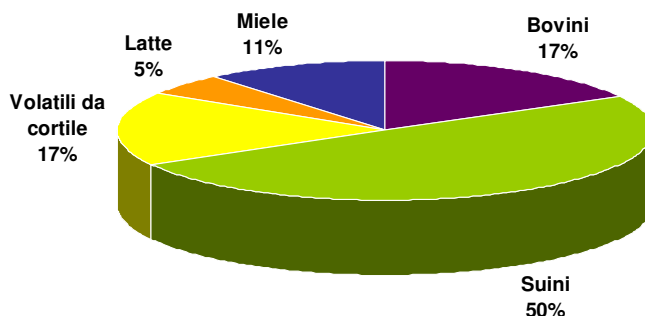
I campioni tipo "Piano" risultati irregolari, per tutti i settori produttivi, sono stati 49 (0,12%): 2 della Categoria A e 47 per quella B. Nel PNR 2016 su un totale di 41.082 campioni analizzati, in 13.763 (33,5%) sono stati ricercati sostanze antibatteriche.

La percentuale nazionale di irregolarità registrata nel 2016 (0,12%) rimane in linea con i risultati ottenuti dagli altri Stati Membri. Infatti, per quello che riguarda il 2015, la percentuale di non conformità registrata sul territorio europeo è stata pari allo 0,34% (1.404 campioni non conformi su 411.677 campioni analizzati).

Nei 47 campioni nazionali risultati non conformi per residui di categoria B (Medicinali veterinari e agenti contaminanti) nelle varie specie animali, 18 sono relativi alla presenza di sostanze antibatteriche:

- ✓ sulfamidici (11 campioni)
- ✓ tetracicline (4 campioni)
- ✓ macrolidi (2 campioni)
- ✓ chinolonici (1 campione)

Graf. 5: Suddivisione per attività produttiva delle 18 irregolarità per residui di antibiotici - PNR anno 2016



Nel settore avicolo italiano non si sono registrati campioni non conformi per sostanze ad effetto anabolizzante (Categoria A) e soli 3 campioni non conformi (0,04%), per superamento dei LMR previsti per i farmaci veterinari (categoria B). Le tre non conformità riguardavano in un caso la presenza di Enrofloxacin (florochinolone) e due la presenza di Ossitetracicline (tetracicline). La percentuale nazionale di irregolarità nel settore avicolo è inferiore a quanto osservato a livello europeo nel 2016 (0,18%).

Tabella 2: Campioni a livello Europeo per la ricerca di sostanza antibatteriche, nel settore avicolo – Dati 2016 (10)

Settore produttivo	N° campioni Cat. B1*	Non conformi Categoria B1*	Percentuale Non conformi
Volatili	16.872	30	0,18%

*Categoria B1: Sostanze antibatteriche, compresi sulfamidici e chinolonici

Attività nazionale di campionamento tipo "extrapiano"

Tabella 3: Campioni nazionali extrapiano 2016 nel settore avicolo.

Campioni analizzati	Categoria A	Non conformi categoria A	Categoria B	Non conformi categoria B
700	91	0	609	0

Per riassumere nel settore avicolo italiano nel 2016 nelle attività PNR "piano" ed "extrapiano", sono stati prelevati 8.321 campioni, con soli 3 campioni non conformi pari allo 0,03% sul totale.

Attività ASL CN2

Secondo le indicazioni nazionali e regionali del PNR, relativamente alla filiera avicola, è stata programmata l'esecuzione al macello di 37 campioni per il 2018 sul territorio del ASL CN2 per la ricerca di residui di sostanze di categoria A e B; tale attività è stata svolta regolarmente dal servizio veterinario Area B senza che si siano riscontrate positività. Complessivamente i prelievi PNR effettuati al macello nel periodo 2015/18 (153 campioni) sono risultati conformi.

Conclusioni

I dati evidenziati nel presente lavoro si riferiscono a polli allevati secondo il concetto di filiera, in particolare ad una produzione di tipo industriale. I risultati da noi ottenuti, in linea con i valori nazionali, dimostrano il rispetto delle norme nell'utilizzo degli antibiotici nell'allevamento del pollo da carne sia per i tempi di sospensione che per l'assenza di residui nelle carni (LMR). Inoltre il costante aumento di animali allevati senza l'uso di antibiotici, dimostrerebbe la fattibilità della diminuzione dell'uso di chemio antibiotici nell'allevamento del pollo da carne. La semplice enunciazione di tali evidenze, se da un lato rassicura relativamente alla presenza di residui di farmaci nelle carni o all'uso fraudolento di antibiotici ad uso auxinico, probabilmente non è sufficiente a dimostrare scientificamente un' efficace lotta al fenomeno dell'AMR. Tuttavia tali evidenze collegate con i risultati ottenuti dai piani di monitoraggio nazionale sulla presenza di germi antibiotico resistenti nel settore del pollo da carne potranno nel tempo dimostrare se la semplice diminuzione di animali allevati senza l'uso di antibiotici rappresenti di per sé un'azione incisiva nella lotta all'AMR.

Bibliografia

- (1) Dati Eurostat 2018
- (2) Dati Unitalia annata avicola 2017
- (3) World Health Organization (2015) - *Global action Plan on antimicrobial resistance*
www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/
- (4) EFSA/ECDC (2017) - *The European Union summary report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2015*
- (5) Reg. (CE) n° 1831/2003
- (6) Ministero della Salute *Manuale "Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia"*
- (7) Dati Unitalia - V Assemblea Generale 2017
- (8) Piano Nazionale Residui 2018
www.izsfg.it/documenti_siti/OEVR/PNR%202018/Piano_Nazionale_Residui_2018.pdf
- (9) Report PNR 2016
www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2616_allegato.pdfproduttivo
- (10) EFSA - *Report for 2016 on the results from the monitoring of veterinary medicinal product residues and other substances in live animals and animal products (2017)*

"ATTENTI ALLO SPRECO!"

– il marketing sociale nella prevenzione dello spreco alimentare – progetto territoriale ASL CN2

**Alberto Cacciatore, Mauro Noè, Maurizio Piumatti, Paolo Borello,
Laura Marinaro, Carla Geuna, Giuliana Chiesa, Eleonora Tosco**

"Non possiamo risolvere i problemi con lo stesso tipo di pensiero che abbiamo usato quando li abbiamo creati" (A. Einstein)



Premessa

Lo spreco alimentare è un problema "stupido" dice Peter Bakker, presidente del World Business Council for Sustainable Development. E Nick Nuttall, del programma Onu per l'ambiente, aggiunge: *"i problemi stupidi sono i più amati dalla gente, perché sanno che in qualche modo si possono sempre risolvere".* Se per "stupido" s'intende un problema che non dovrebbe neppure esistere sono d'accordo: non è concepibile che nel 2000 DC ci siano 800 milioni di persone che soffrono la fame e che ogni 6 secondi un bambino muoia per malnutrizione mentre si spreca 1/3 del cibo nel mondo!

In Italia buttiamo circa 2 milioni di tonnellate di alimenti/anno e in Piemonte 450.000 tons. Studi e indagini ci dicono che nei Paesi "ricchi" lo spreco maggiore si concentra tra le mura domestiche con il 40% del totale. Anche la ristorazione collettiva fa la sua parte con uno spreco intorno al 15% dei piatti preparati.

E' pur vero che, rispetto a pochi anni fa, si verifica un'inversione di tendenza: l'osservatorio Waste Watcher rileva che 4 italiani su 10 sprecano meno di due anni fa e soltanto 1 su 10 si dichiara indifferente al problema. Comunque, il cibo buttato si attesta intorno ai 3 kg pro capite/mese con un costo per le famiglie italiane di 8,5 mld/anno, pari allo 0,6% del PIL (dati della Campagna Spreco Zero 9^a edizione - Last Minute Market/SWG). Tradotto in dispendio energetico lo spreco di cibo equivale a 960 Kcal/giorno (ISPRA 2017).

La rilevanza del fenomeno è dunque tale da richiedere sempre maggior attenzione da parte dei consumatori. Con questa finalità l'ASL CN2, in collaborazione con il DoRS ASL TO3, ha promosso un progetto di Marketing Sociale per la prevenzione degli sprechi alimentari, con la partecipazione dell'Università degli Studi di Ginevra (elaborazione questionario) e di altri partner sia pubblici che privati (Regione Piemonte; Università degli studi di Scienze gastronomiche di Pollenzo; Slow Food Condotte di Alba e di Bra; SIMeVeP; Consorzio Socio-Assistenziale Alba-Langhe-Roero; Servizi Socio Assistenziali Ambito di Bra; Rotary Club di Alba e di Bra).

Lo studio del contesto

Primo step. La somministrazione – ai dipendenti dell'ASLCN2 - del seguente **questionario** destinato a valutare la percezione del personale grado di virtuosità in rapporto allo spreco domestico. I dati aggregati e l'analisi dei risultati sono propedeutici alle successive azioni di marketing sociale.

- 1) *Pensi che lo spreco alimentare abbia un impatto solo economico?*
 - *Sì*
 - *No anche a livello ambientale*
 - *No anche a livello ambientale, sociale e etico*
- 2) *In una scala da 1 a 5 ritieni di sprecare cibo?*
 - *1 - Nulla o quasi nulla*
 - *2 - Poco*
 - *3 - Abbastanza*
 - *4 - Molto*
 - *5 - Moltissimo*
- 3) *Come ti comporti prima di andare a fare la spesa?*
 - *Redigo una lista e seguo scrupolosamente quanto annotato*
 - *Redigo una lista e acquisto in base alle offerte presenti nel punto vendita*
 - *Non redigo alcuna lista ed acquisto ciò che ritengo opportuno per i consumi dei prossimi giorni*
 - *Altre modalità*
- 4) *In che modo scegli i prodotti presenti sugli scaffali?*

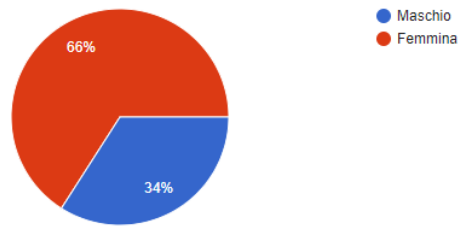
- *Leggo sempre l'etichetta e le date di scadenza dei prodotti che ho deciso di acquistare*
 - *Acquisto in base alle mie preferenze e non presto alcuna attenzione alla data di scadenza del prodotto*
 - *Acquisto i prodotti più noti e maggiormente presenti nelle campagne pubblicitarie*
 - *Altro modo*
- 5) *Ritieni di essere una persona attenta nel sistemare i prodotti acquistati nelle dispense di casa?*
- *Ritengo di essere una persona molto attenta, infatti ripongo tutto in modo preciso tenendo in vista i prodotti in scadenza*
 - *Ritengo di essere una persona sufficientemente attenta, infatti cerco di ricordare i prodotti che sono da consumare prima della data di scadenza*
 - *Ritengo di non essere una persona attenta in quanto ripongo e consumo i prodotti in modo casuale*
- 6) *Ritieni di essere una persona attenta nell'evitare un eccessivo consumo di acqua?*
- *Ritengo di essere una persona molto attenta, infatti in casa consumo solamente l'acqua necessaria alle diverse attività (cucina, igiene personale,..)*
 - *Ritengo di essere una persona sufficientemente attenta, infatti cerco di fare attenzione a non sprecare l'acqua*
 - *Ritengo di non essere una persona attenta in quanto non faccio caso se consumo in modo eccessivo l'acqua*
- 7) *Dopo aver consumato un pasto quanto cibo ritieni di gettare via?*
- *Niente o quasi*
 - *Poco*
 - *Abbastanza*
 - *Molto*
- 8) *E' uso comune della tua famiglia recuperare il cibo avanzato?*
- *SI*
 - *NO*
- 9) *Quali metodi usi per buttare il cibo? (E' possibile indicare più di una risposta)*
- *Raccolta differenziata, mettendo il cibo edibile (ancora commestibile) nel compost*
 - *Rifiuto generico, anche perché il cibo si degrada in fretta e non inquina*
 - *Lo utilizzo come cibo per gli animali*
 - *Altro*
- 10) *Tra i prodotti sottoelencati, quali sono quelli che butti via con maggior frequenza? (E' possibile indicare più di una risposta)*
- *Latte*
 - *Latticini*
 - *Carne*
 - *Uova*
 - *Pesce*
 - *Frutta*
 - *Verdura*
 - *Pane*
 - *Pasta e cereali*
 - *Salse o prodotti già preconfezionati*
- 11) *Quando consumi un pasto fuori casa è tua abitudine chiedere il "doggy bag" (sacchetto antispreco che consente di portar via dal ristorante i resti)?*
- *Si, sempre*
 - *No, perché ho vergogna a chiederlo*
 - *Non sono a conoscenza di poterlo fare*
- 12) *Ritieni di aver necessità di disporre di più informazioni per avere un comportamento più sostenibile e quindi sprecare meno cibo?*
- *SI*
 - *NO*

Il test ha destato più interesse nella popolazione femminile (66%), di età compresa tra i 40-60 anni (73%), con elevato titolo di studio (diploma di scuola media superiore/laurea: 94%).

Salute generale e stili di vita

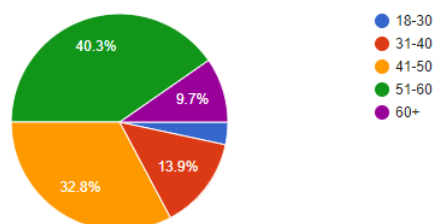
Genere

238 responses



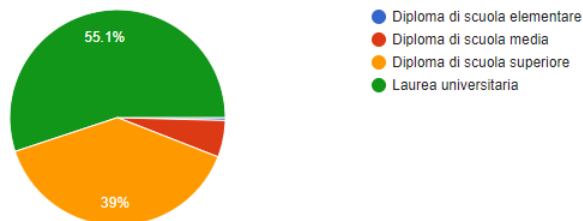
Età

238 responses



Qual è il titolo di studio più alto che hai conseguito?

236 responses



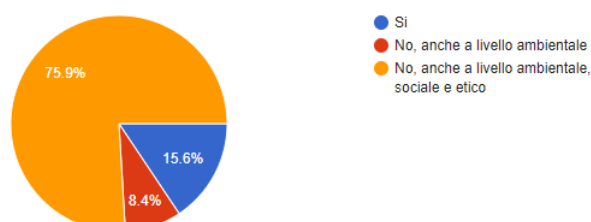
I dipendenti si reputano piuttosto "attenti" nell'evitare gli sprechi, posto che circa il 70% non butta il cibo avanzato. Aggiungendo al computo il segmento "poco" (cibo buttato), la percentuale sale al 95,8%. Gli eventuali avanzi dei pasti vengono recuperati da oltre il 90% degli intervistati. Questi dati sono in linea con le rilevazioni dall'Unione Nazionale Consumatori (UNC): l'86,5% degli intervistati dall'UNC infatti ritiene di sprecare nulla o quasi.

Indagini specifiche compiute in passato a livello nazionale segnalano che, tra le cause di spreco domestico, il 60% circa sia imputabile all'acquisto eccessivo/compulsivo di prodotti alimentari. In controtendenza con questa rilevazione, il questionario ci dice che il 58% degli intervistati redige una lista degli acquisti e vi si attiene scrupolosamente, evitando di approvvigionarsi in modo "umorale".

Spreco alimentare

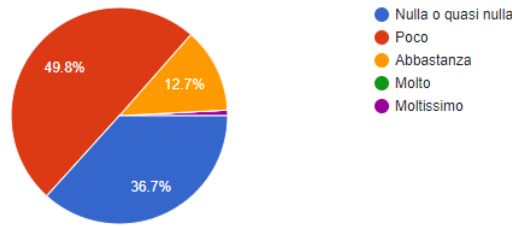
Pensi che lo spreco alimentare abbia un impatto solo economico?

237 responses



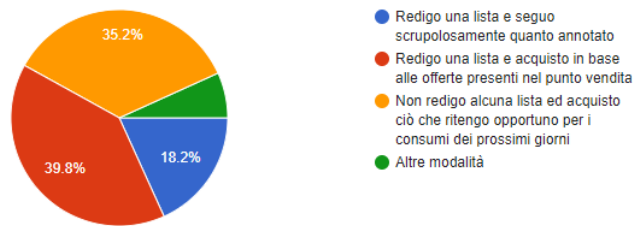
Ritieni di sprecare cibo?

237 responses



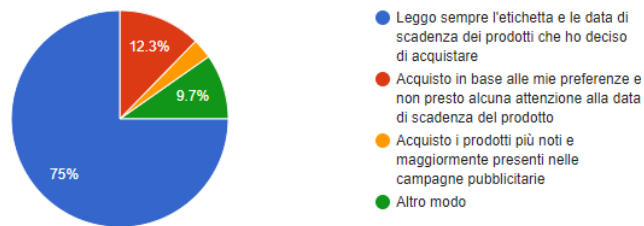
Come ti comporti prima di andare a fare la spesa?

236 responses



In che modo scegli i prodotti presenti sugli scaffali?

236 responses



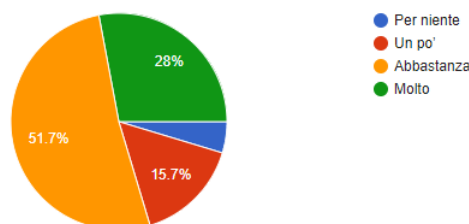
Altro elemento positivo è l'attenzione alla consultazione delle etichette prima di procedere agli acquisti: 3 su 4 si informano prima di decidere. Questo è un buon indicatore: la scarsa attenzione alle indicazioni sulle modalità di conservazione e la data di scadenza, infatti, induce comportamenti non appropriati, favorendo lo spreco.

La pubblicità è ritenuta poco influente sulle scelte di acquisto; solo il 3% afferma di sentirsi condizionato.

Il cibo non consumato è destinato alla raccolta differenziata nel 71% dei casi e/o utilizzato per animali nel 34% dei casi. Il 10% degli intervistati lo avvia alla raccolta indifferenziata perché "non ritiene possa costituire un problema ambientale" (ndr: allo spreco sono associate emissioni di gas serra pari al 7% del totale, inferiore solo a Cina e USA!). Questo dato, depurato della tara di significatività rispetto al numero di risposte, esprime comunque una tendenza negativa, anche nel raffronto con il dato rilevato dall'Unione Consumatori (5-6%).

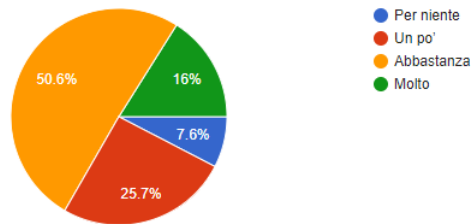
Ritieni di essere una persona attenta nel sistemare i prodotti acquistati nelle dispense di casa?

236 responses



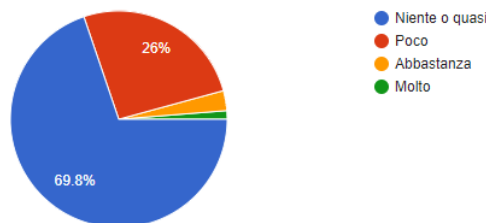
Ritieni di essere una persona attenta nell'evitare un eccessivo consumo di acqua?

237 responses



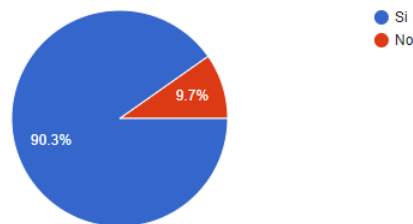
Dopo aver consumato un pasto quanto cibo ritieni di gettare via?

235 responses



E' uso comune della tua famiglia recuperare il cibo avanzato?

236 responses

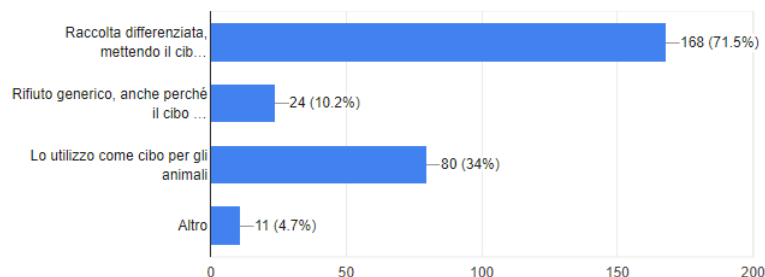


Tra gli alimenti più sprecati, la verdura occupa il primo posto con oltre il 36%. Seguono: la frutta con circa il 32,5%, il pane 33,3%, i latticini 16%, e i prodotti preconfezionati 25,8%. Carne e pesce si attestano su valori decisamente più bassi, rispettivamente 4,2% e meno dell'1%. Anche questo risultato si allinea con la rilevazione dell'UNC, fatto salvo lo scarto relativo al pane (dato UNC: 22%). Lo spreco di acqua vede l'81% dei dipendenti attento nell'evitare comportamenti non adeguati.

Ci sono invece ampi margini di miglioramento nel comportamento dei consumatori dipendenti ASL in caso di piatti avanzati presso la ristorazione. La possibilità di usufruire di un contenitore antispreco (cd doggy/family bag = save bag) non è molto nota oppure c'è una certa ritrosia nell'utilizzarla. Oltre il 43% infatti non ne è a conoscenza (il dato rilevato da una recente indagine Banco Alimentare – Cuki è 36,35) e il 35% circa prova un senso di vergogna nel richiederla.

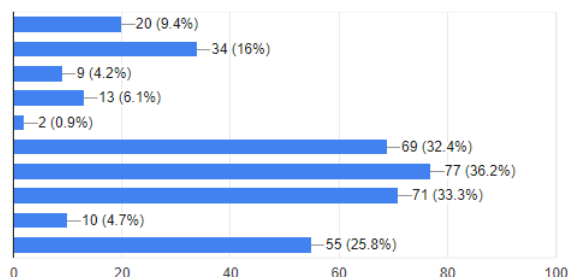
Quali metodi usi per buttare il cibo?

235 responses



Tra i prodotti sottoelencati, quali sono quelli che butti via con maggior frequenza?

213 responses



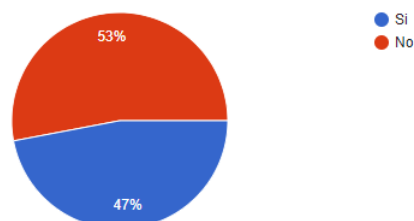
Quando consumi un pasto fuori casa e avanzi del cibo è tua abitudine chiedere il "doggy bag" (sacchetto antispreco che consente di portar via dal ristorante i resti)?

224 responses



Ritieni di aver necessità di disporre di più informazioni per avere un comportamento più sostenibile e quindi sprecare meno cibo?

234 responses



Considerazioni

Circa la metà (47%) degli intervistati sono disponibili a ricevere più informazioni per migliorare il proprio comportamento antispreco.

Il dato aggregato descrive un sostanziale atteggiamento positivo nei confronti della problematica; tale condizione pone senz'altro ottimi presupposti per la buona riuscita di azioni formative secondo i criteri del marketing sociale.

Occorre stabilire alcune priorità rapportate al peso specifico delle carenze evidenziate e approfondire tematiche che, per ragioni di sintesi, nel questionario non hanno potuto avere sufficiente sviluppo. Si tratta in particolare di:

1. capire se, nell'esame delle etichette da parte dei consumatori, siano compresi e seguiti gli aspetti che maggiormente possono influire sullo spreco (distinzione tra data scadenza e TMC, modalità conservazione e utilizzo ecc);
2. stabilire il grado di appropriatezza nel conservare e manipolare gli alimenti dopo l'acquisto e presso l'abitazione;
3. favorire percorsi condivisi (con associazioni di categoria) per l'utilizzo della save bag per gli avanzi nella ristorazione;
4. migliorare la conoscenza delle ricadute "ambientali" dello spreco di cibo anche al fine di promuovere forti motivazioni nell'adozione di comportamenti corretti;
5. approfondire alcune tematiche strettamente connesse con lo spreco di cibo (risparmio acqua, gestione imballi in plastica, possibilità di donazioni alimenti eccedenti, "cucina del riutilizzo" ecc).

Azioni previste

L'indagine (e le azioni di marketing) viene proposta anche ad enti/operatori (partner esterni) per ottenere una casistica più ampia e una sinergia di azioni.

Le azioni del marketing mix previste, sono così riassunte:

1. cartellonistica con logo "FOOD" da affiggere nei comuni dell'ASL CN2 (e di altri enti partner) e presenza sui media locali con divulgazione dell'iniziativa.



2. corso di formazione ai dipendenti dell'ASL CN2 con *questionario** pre/post e *decalogo antispreco***.

* *questionario*

- Fai regolarmente la lista della spesa?
- Quando cucini, fai attenzione a non esagerare con le quantità?
- In frigo, metti davanti i cibi prossimi alla scadenza e dietro quelli appena acquistati?
- Metti in freezer i cibi che con ogni probabilità non riuscirai a consumare a breve?
- Conosci ed esegui ricette i cui ingredienti sono avanzi alimentari?
- Acquisti preferibilmente prodotti freschi di stagione?
- Se in casa hai del cibo che rischia di andare a male e pensi di non riuscire a consumarlo, ne dai un po' ai vicini o ti organizzi per consumarlo convivialmente?
- Al ristorante ti porti via gli avanzi con la *doggy/family bag*?
- Sai distinguere tra una "data di scadenza" e la dicitura "da consumarsi preferibilmente entro"?

** *decalogo antispreco*



3. presa di contatto con esercizi di ristorazione per attività di sensibilizzazione all'utilizzo della *save bag* (*doggy/family*).
4. corso di formazione – **PROGETTO***: ATTENTI ALLO SPRECO!** - rivolto agli insegnanti delle scuole primarie (destinatari intermedi) per ricaduta sugli alunni delle classi 4^ e 5^ (destinatari finali).

*****ABSTRACT:** Lo stato di salute delle popolazioni è fortemente influenzato dal livello e dalla qualità della nutrizione. Il cibo, inoltre, è un bene comune il cui valore non può essere trascurato, a partire dalla lotta agli sprechi. E' importante inoltre far capire ai bambini che ogni alimento ha una sua "storia" che è fatta anche di lavoro, impegno e fatica per tante persone (nel caso dei bambini, magari dei loro stessi genitori!): "Il cibo non nasce nel piatto". **PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'** Il progetto prevede da parte dell'ASL CN2 l'offerta di un evento formativo con scambio interattivo di informazioni, rivolto agli insegnanti della Scuola primaria (classi IV e V), della durata di 2 ore (pomeridiano) che si terrà presso i locali dell'ASL CN2 di Alba Bra, finalizzato alla programmazione condivisa di attività nel setting scolastico coinvolto. Gli insegnanti formati attueranno a cascata l'intervento in classe durante l'anno scolastico corrente, con le modalità che riterranno più opportune. Il Responsabile del progetto si rende disponibile a fornire documentazione di supporto e ogni indicazione utile allo scopo, e su richiesta, potrà partecipare ad alcuni interventi nelle scuole aderenti.

5. attività formativa presso Uni.Tre con particolare attenzione alla "cucina degli avanzi" (a cura di un dirigente veterinario del Servizio SVET B).



6. comunicazione del progetto sul territorio della città di Alba attraverso un intervento stile flash mob ed eventuale presentazione libro con ricette della cucina degli avanzi.

Conclusioni

La prima fase del progetto si conclude in occasione della "Giornata mondiale per la prevenzione dello spreco alimentare" edizione 2019. Si tratta di un obiettivo importante per la promozione - nel territorio dell'ASL CN2 - di un aspetto etico, sanitario, ambientale ed economico assolutamente attuale. L'aver "messo in moto la macchina" e aver iniziato a diffondere il messaggio è un buon risultato a prescindere da ogni altro tipo di valutazione di merito.

Nella realizzazione del progetto dovranno essere opportunamente valutati - anche in rapporto all'efficacia dell'iniziativa - ostacoli^(^) quali:

- a. la negoziazione tra libertà e dovere. La varietà di offerte favorisce la libertà del consumatore che può scegliere sempre come soddisfare i suoi desideri. Seguire il dovere etico del rispetto del cibo limita di fatto questa libertà;
- b. più aumentano le risorse economiche, sociali e culturali e più è intensa la vita sociale e la disponibilità di tempo libero, più aumenta lo spreco.

Dopo una verifica dei risultati ottenuti in campo verranno rieditate/proposte iniziative più mirate e approfondite sulle tematiche ritenute prioritarie anche in rapporto all'interesse della popolazione coinvolta e secondo buone pratiche (cf ciclo di Deming).



Quelle che al momento classifichiamo come "conclusioni" rappresentano dunque un trampolino di lancio per azioni future di ulteriore miglioramento nella prevenzione dello spreco alimentare con la speranza di poter creare un profilo operativo convincente e un modello efficace e replicabile in altre realtà territoriali.

(^) fonte: UBO Regione Piemonte – UniTO- ESOMAS

Stampato – dicembre 2018

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Epidemiologia, Promozione Salute e Coordinamento attività di Prevenzione

Responsabile Dott.ssa Laura MARINARO

Dirigente medico Dott.ssa Carla GEUNA

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Inf. Professionale Nicoletta SORANO

Tec. Prev. Dott. Alfredo RUATA

Tec. Prev. Dott. Paolo VIGLINO

Collaboratore Amm.vo Dott.ssa Giuseppina ZORNIOTTI

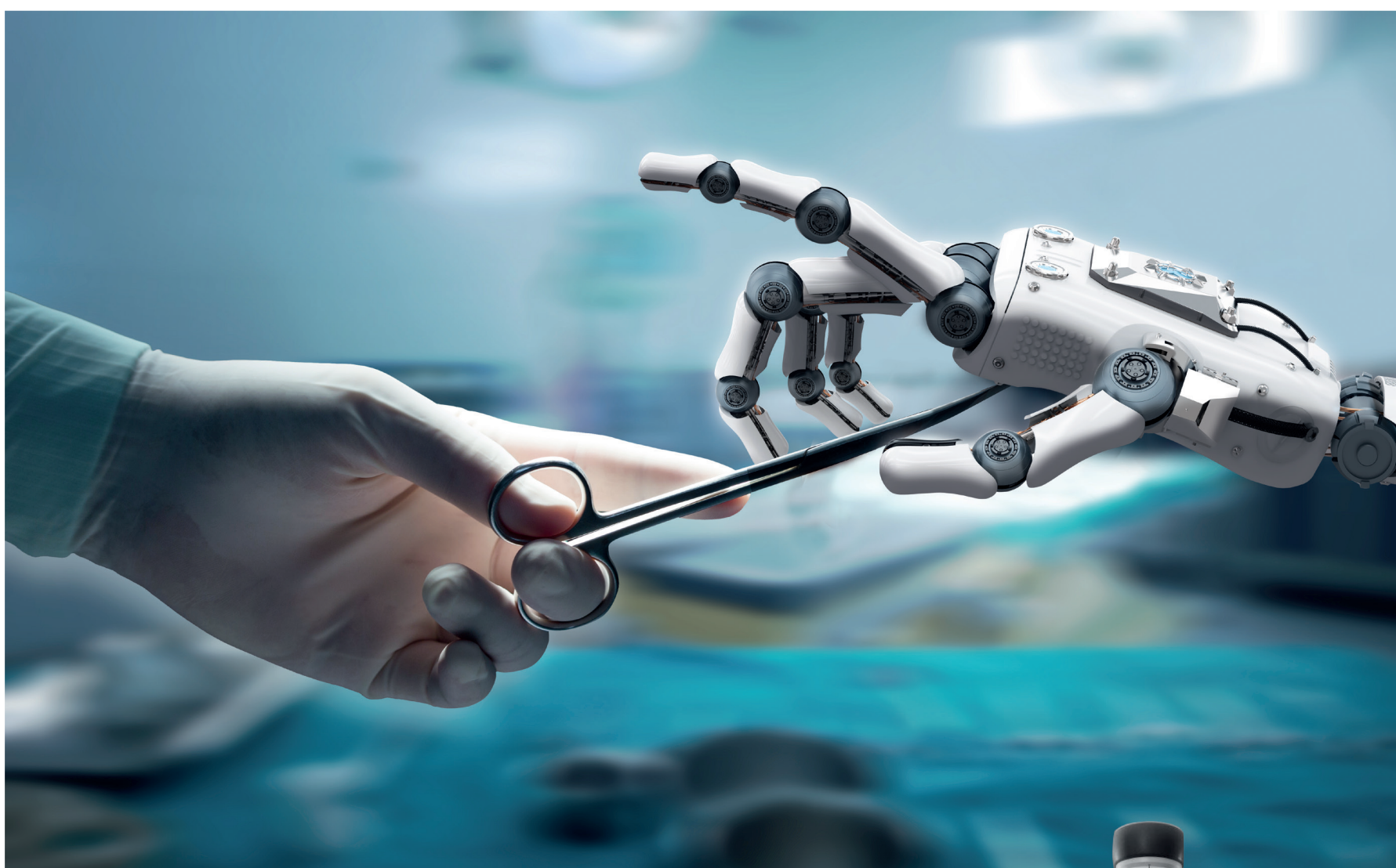
Tel 0173/316.622-650

Fax 0173/594.512

E-mail epid.alba@aslcn2.it

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

LA FONDAZIONE RICEVE LA FONDAZIONE RESTITUISCE



Grazie alla Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra, il primo intervento chirurgico con il robot da Vinci® Xi

Il 14 settembre 2018, presso il blocco operatorio dell'Ospedale San Lazzaro di Alba, è stato eseguito il primo intervento chirurgico con il robot **da Vinci® Xi**, donato il 25 luglio 2018 dalla **Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra** grazie all'importante contributo di un generoso donatore.

Si ringraziano i soci **Dario Rolfo, Paolo Giraudo e Mauro Mollo** che hanno condotto le trattative per l'acquisto.

La Fondazione ringrazia lo studio notarile Lucia Cotto di Alba per aver redatto gratuitamente l'atto.

#insiemeallamiagente

Quando si parla della salute di tutti noi
non può esserci nulla al di sotto dell'eccellenza.

www.fondazioneospedalealbabra.it

