

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

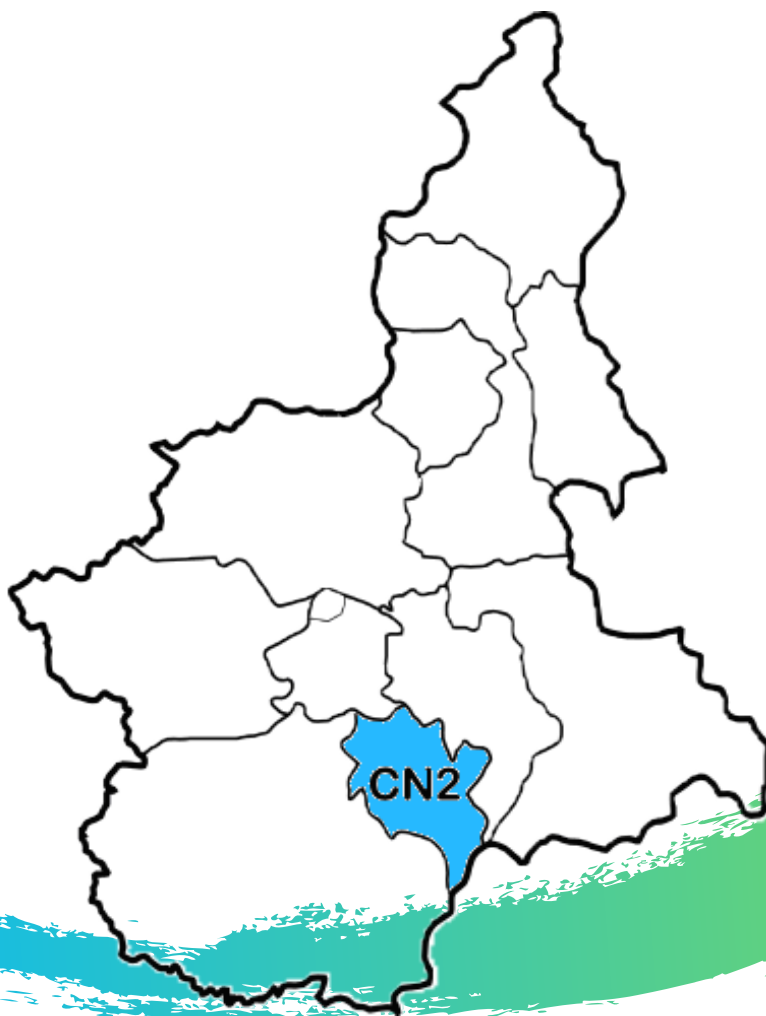
REGIONE PIEMONTE



A.S.L. CN2
Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Bollettino Epidemiologico Anno 2018

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



FONDAZIONE
NUOVO OSPEDALE ONLUS
ALBA-BRA

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:
Ruben BERTOLUSSO, Patrizia PELAZZA e Giuseppina ZORGNIOTTI

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

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

EPID ASLCN2/11/2019

ANZIENDA
SANITARIA
LOCALE
CN2

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell’A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2018 VOL. XX, 2019

Autori:

Donatella	ALESSANDRIA ⁽¹⁷⁾	Laura	GRIMALDI ⁽¹¹⁾
Rosa	BADAGLIACCA ⁽²⁴⁾	Gianni	LA MOTTA ⁽¹⁷⁾
Elisabetta	BENEDUSTI ⁽¹⁷⁾	Elio	LAUDANI ⁽⁴⁾
Cristina	BESSONE ⁽¹¹⁾	Corrada	LI NOCE ⁽¹⁷⁾
Maria Luisa	BOARINO ⁽¹⁶⁾	Silvia	MANDRINO ⁽⁷⁾
Elena	BRUNO ⁽¹²⁾	Valeria Maria	MANESCOTTO ⁽²²⁾
Santina	BRUNO ⁽⁹⁾	Laura	MARINARO ⁽¹⁾
Paola	BUSSOLINO ⁽⁸⁾	Marina	MASENTA ⁽⁸⁾
Simonetta	CABUTTI ⁽¹³⁾	Andi	MASHA ⁽¹⁷⁾
Luisella	CANALE ⁽¹¹⁾	Angelamaria	MENGA ⁽¹¹⁾
Federico	CASTIGLIONE ⁽¹⁸⁾	Gianmatteo	MICCA ⁽²⁰⁾
Cinzia	CAVESTRO ⁽⁷⁾	Stefano	NAVA ⁽¹⁶⁾
Giuliana	CHIESA ⁽¹⁰⁾	Mauro	NOE ⁽¹²⁾
Maria Grazia	CIOFANI ⁽¹¹⁾	Annamaria	NUZZI ⁽¹⁷⁾
Patrizia	CORRADINI ⁽³⁾	Mirko	PANICO ⁽³⁾
Pietro	CORINO ⁽⁹⁾	Antonietta	PASQUERO ⁽¹⁷⁾
Donatella	CROCE ⁽¹¹⁾	Patrizia	PELAZZA ⁽¹⁾
Riccarda	CUSATELLI ⁽³⁾	Maurizio	PIUMATTI ⁽¹²⁾
Teresa	D’AMBROSIO ⁽¹⁷⁾	Manuela	RABINO ⁽¹³⁾
Lucia	DECASTELLI ⁽¹⁵⁾	Mauro	RAVERA ⁽¹⁷⁾
Arianna	DEL CANTON ⁽²²⁾	Andrea	SAGLIETTI ⁽²³⁾
Monica	DEMAESTRI ⁽⁷⁾	Daniele	SAGLIETTI ⁽¹¹⁾
Alessia	DI BLASIO ⁽¹⁵⁾	Mario	SANO ^(21, 22)
Alessandro	DONDO ⁽¹⁵⁾	Anna	SANTORO ⁽⁹⁾
Michele	DOTTA ⁽⁶⁾	Mariarosaria	SASSO ⁽²⁵⁾
Serena	DURANTE ⁽¹²⁾	Francesco	SIMONE ⁽¹²⁾
Cesare	FERRO ⁽⁸⁾	Loredana	SIVOLSI ⁽¹⁷⁾
Francesca	FIORETTO ⁽¹²⁾	Nicoletta	SORANO ⁽¹⁾
Edoardo	FONTANELLA ⁽¹²⁾	Maria Gemma	STROVEGLI ⁽⁸⁾
Emanuele	FRATICELLI ⁽¹⁷⁾	Amaranta	TRAVERSA ⁽¹⁵⁾
Maria Cristina	FRIGERI ⁽¹³⁾	Pierluigi	TEODORO ⁽¹⁵⁾
Corrado	GALDINI ⁽¹⁶⁾	Gianluca	TOSELLI ⁽⁸⁾
Silvia	GALLINA ⁽¹⁵⁾	Valentina	VENTURINO ⁽¹⁴⁾
Annamaria	GIANTI ⁽⁴⁾	Paola	VIBERTI ⁽¹⁷⁾
Franco	GIOVANETTI ⁽²⁾	Giusto	VIGLINO ⁽¹⁹⁾
Adriana	GIRALDO ⁽²⁶⁾	Simona	ZOPPI ⁽¹⁵⁾
Lorenzo	GOLA ⁽⁵⁾	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. Distretto 1
- (4) A.S.L. CN2 – S.C. Distretto 2
- (5) A.S.L. CN2 – MMG S.C. Distretto 2
- (6) A.S.L. CN2 – S.C. Neurologia
- (7) A.S.L. CN2 – S.C. Neurologia – Centro cefalee - malattie rare
- (8) A.S.L. CN2 – S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Medicina dello sport
- (9) A.S.L. CN2 – S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
- (10) A.S.L. CN2 – S.S. Prevenzione della corruzione, trasparenza, progetti innovativi e segreteria organi collegiali
- (11) A.S.L. CN2 – S.C. Psicologia
- (12) A.S.L. CN2 – S.S.D. Servizio Veterinario Area B, Igiene alimenti di origine animale – Dipartimento di Prevenzione
- (13) A.S.L. CN2 – S.C. Direzione Sanitaria di Presidio
- (14) A.S.L. CN2 – S.C. Direzione Sanitaria di Presidio – S.S. Infezioni correlate all'assistenza
- (15) Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta - S.C. Controllo alimenti e igiene delle produzioni
- (16) A.S.L. CN2 – S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione
- (17) A.S.L. CN2 – S.S.D. Diabetologia ed Endocrinologia
- (18) A.S.L. CN2 – S.S.D. Day Hospital e Day Service - Dipartimento di area medica
- (19) A.S.L. CN2 – S.C. Nefrologia e Dialisi
- (20) A.O. Cuneo-A.S.L. CN1 - S.C.I. Laboratorio Analisi; A.S.L. CN2 – S.C. Laboratorio Analisi
- (21) A.S.L. CN2 – S.C. Farmacia Ospedaliera
- (22) A.S.L. CN2 – S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale
- (23) A.S.L. CN1 – S.S. Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
- (24) Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Psicologia
- (25) A.S.L. Teramo – U.O.C. Servizio Veterinario
- (26) A.S.L. TO3 – S.C. Servizio Veterinario Area B

PRESENTAZIONE



Il Bollettino Epidemiologico ASL CN2 è giunto alla sua XX edizione: fornisce una descrizione dello stato di salute della popolazione residente nel nostro territorio e un'analisi di alcuni aspetti dell'offerta relativa all'assistenza sanitaria con uno sguardo al Nuovo Ospedale di Verduno.

La sorveglianza epidemiologica della salute e degli stili di vita prevede la rilevazione standardizzata di dati sui fattori di rischio, l'incidenza delle malattie e la mortalità per causa; rappresenta uno strumento indispensabile per analizzare i bisogni di salute, costruire le basi informative per supportare la programmazione degli interventi di prevenzione e misurarne i risultati in modo da orientare correttamente le politiche sanitarie nella direzione della tutela e promozione della Salute quale diritto fondamentale di ogni cittadino.

Il bollettino è pertanto mezzo di diffusione di conoscenze epidemiologiche descrittive, di risultati di studi avviati in diversi ambiti, di confronto fra esperienze locali e regionali, ma anche strumento che può contribuire al miglioramento della lettura delle dinamiche della domanda di salute e dell'offerta dei servizi.

La Direzione ringrazia sentitamente gli autori che con diversi articoli hanno contribuito alla realizzazione di questo report.

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

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo VEGLIO

INDICE

La dinamica demografica	5
Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra	23
Malattie infettive	36
Cronicità ed innovazione: un'opportunità da cogliere	43
REGISTRO DEGLI ANZIANI FRAGILI	
Validazione di un sistema automatico di identificazione di pazienti fragili	53
Applicazione della scala WHODAS.12 per la disabilità e correlazione con le scale impiegate dalla Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD)	59
Frequenza di BPCO, scompenso cardiaco e diabete tipo 2 nella popolazione in carico al MMG	62
Dati statistici S.S.D. Diabetologia e Endocrinologia ASL CN2 relativi all'anno 2018	64
Analisi della variabilità della spesa farmaceutica nell'ASL CN2	66
Novità dall'Ospedale di Verduno: il nuovo Day-Hospital/Day-Service	73
EMICRANIA E PATOLOGIE CO-ESISTENTI: IL "PROFILO CEFALÉE". Protocollo ematochimico consolidato per l'identificazione delle patologie associate. Resoconto narrativo di 15 anni di applicazione al Centro Cefalee ASL CN2, con focus sul dismetabolismo glucidico-insulinemico e sulle trombofilie	75
Lo stato delle evidenze dell'intervento psicologico nelle malattie oncologiche	85
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASL CN2 Alba-Bra nell'anno 2018	98
LAVORO E SALUTE. La Struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2013-2017. Si consolida la ripresa occupazionale	102
LAVORO E SALUTE. Gli infortuni sul lavoro tra gli addetti dell'ASL CN2	106
Sperimentare una rete di welfare di comunità per programmi di promozione della salute: l'esempio di Talenti Latenti	112
Sorveglianza attiva e passiva delle malattie infettive e zoonosiche: la rilevanza dei Controlli Ufficiali dei Veterinari ASL CN2 impegnati presso gli impianti autorizzati alla macellazione degli equini	122
Clostridium difficile, Aeromonas spp. e Arcobacter spp.: zoonosi emergenti? Risultati di un progetto di ricerca dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta al quale ha contribuito la S.S.D. Servizio Veterinario Area B – ASL CN2	128
Le Macellazioni Speciali di Urgenza (MSU). Monitoraggio sull'attività di macellazione speciale d'urgenza nell'ASL CN2	132

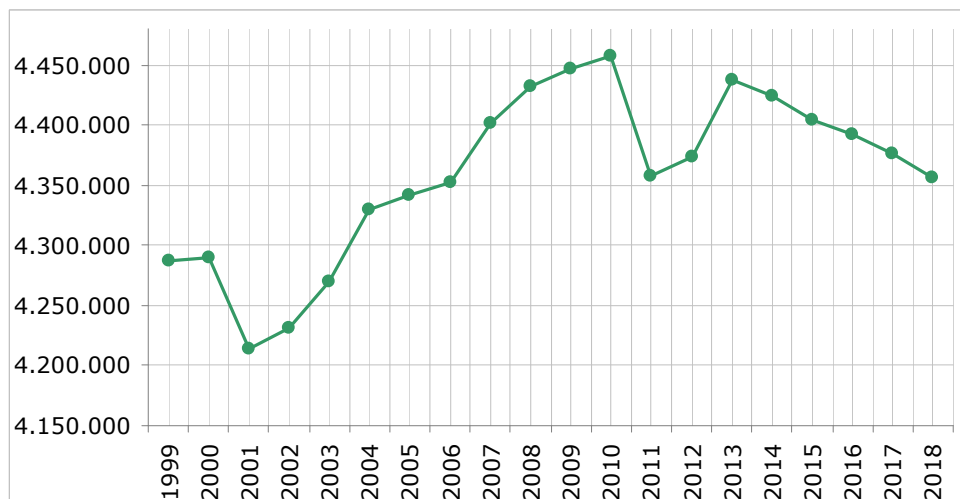
La dinamica demografica

Laura Marinaro, Patrizia Pelazza, Giuseppina Zorziotti

La Regione

Nel 2018 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.356.406 abitanti, con una diminuzione di oltre 19.000 unità rispetto all'anno precedente (Graf. A). A partire dal 2013 l'andamento della popolazione piemontese è in continuo declino.

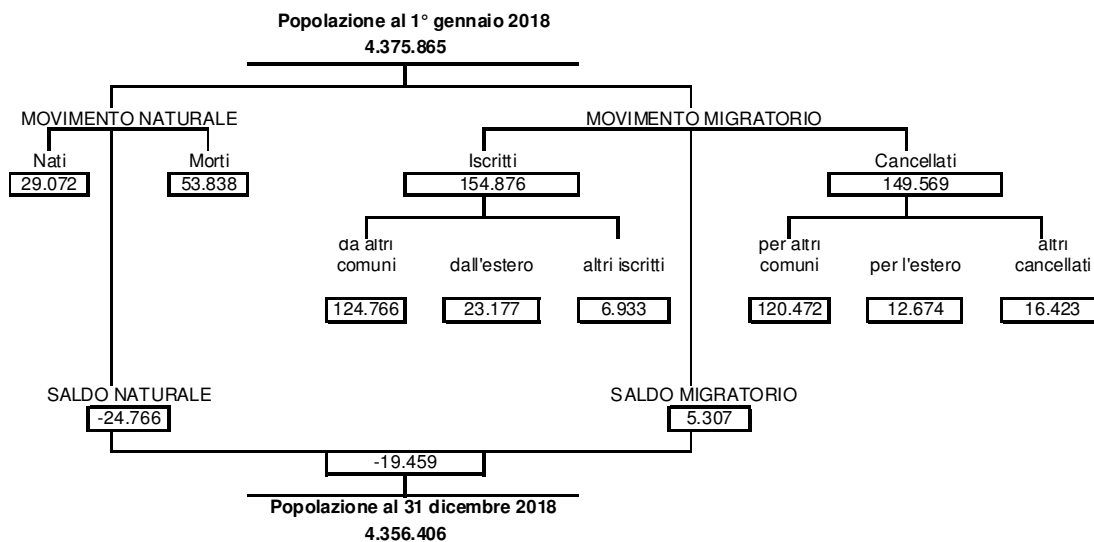
Graf. A – Andamento della popolazione piemontese dal 1999 al 2018



Fonte: Istat (1,2)

Difatti il saldo dei movimenti naturali e migratori è negativo ed è pari a 19.459 (Fig. A).

Fig. A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2018 (1,2)



Il saldo migratorio rispetto all'anno precedente ha subito una riduzione attestandosi intorno al valore di 5.307 unità (Fig. A).

Il saldo naturale del 2018 è risultato ancora negativo come ormai avviene da 40 anni ed è pari a 24.766 unità (Fig. A, Tab. A).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (1999-2018)

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

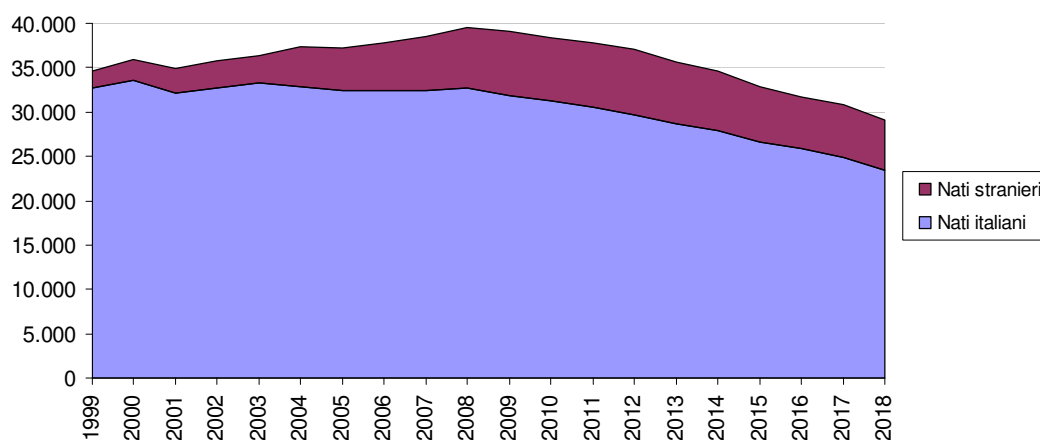
Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
2002	35.716	48.288	-12.572	8,5	11,4	4.231.334
2003	36.370	50.625	-14.255	8,6	11,9	4.270.215
2004	37.413	46.251	-8.838	8,7	10,8	4.330.172
2005	37.251	48.253	-11.002	8,6	11,1	4.341.733
2006	37.851	47.400	-9.549	8,7	10,9	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
2018	29.072	53.838	-24.766	6,7	12,3	4.356.406

Fonte: Istat (1,2)

I decessi nel 2018 risultano 53.838, dato in crescita rispetto al precedente anno (Tab. A).

Nel 2018 risultano complessivamente 29.072 nati (dato inferiore rispetto all'anno precedente e il più basso degli ultimi vent'anni) di cui 5.647 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 1999-2018 (1,2)



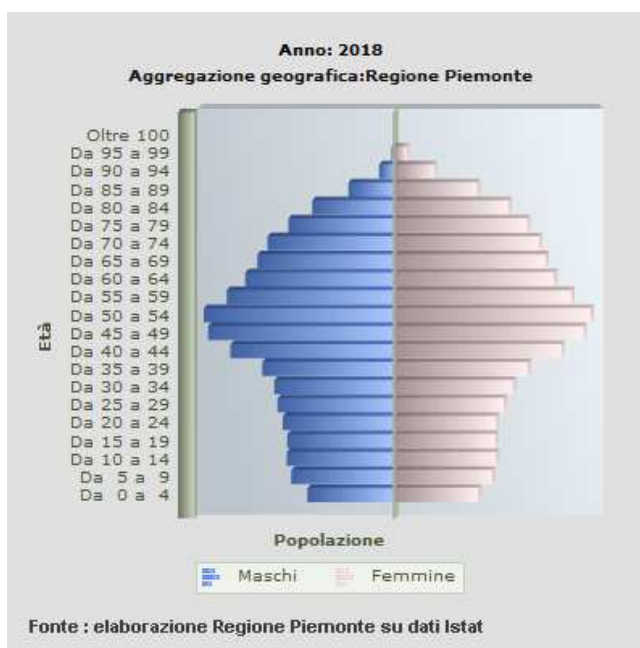
Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 1999-2018 (1,2)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
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

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
2010	31.269	7116	38.385
2011	30.477	7282	37.759
2012	29.717	7350	37.067
2013	28.624	7030	35.654
2014	27.881	6756	34.637
2015	26.690	6218	32.908
2016	25.847	5885	31.732
2017	24.832	5998	30.830
2018	23.425	5.647	29.072

La Fig. B mostra la distribuzione della popolazione piemontese per sesso ed età al 31.12.2018.

Fig. B – Piramide di età della popolazione in Piemonte (31.12.2018) (1)



Nel 2018 in tutte le AA.SS.LL. piemontesi 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 (2018) (2)

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2018
Asl AL	2.566	6.417	-3.851	15.485	14.696	789	-3.062	432.818
Asl AT	1.278	2.806	-1.528	7.351	6.879	472	-1.056	202.819
Asl BI	908	2.399	-1.491	7.092	6.975	117	-1.374	167.695
Asl CN1	3.118	5.190	-2.072	15.408	14.612	796	-1.276	416.011
Asl CN2	1.371	1.949	-578	6.661	6.271	390	-188	171.198
Asl NO	2.498	4.050	-1.552	13.344	12.294	1.050	-502	347.571
Asl TO1-2	6.089	10.427	-4.338	21.856	24.343	-2.487	-6.825	875.698
Asl TO3	3.713	6.503	-2.790	23.217	21.436	1.781	-1.009	581.452
Asl TO4	3.329	6.317	-2.988	20.603	19.450	1.153	-1.835	514.420
Asl TO5	2.226	3.270	-1.044	11.494	10.656	838	-206	309.656
Asl VC	1.062	2.423	-1.361	5.812	5.748	64	-1.297	168.073
Asl VCO	914	2.087	-1.173	6.553	6.209	344	-829	168.995
Totale Piemonte	29.072	53.838	-24.766	154.876	149.569	5.307	-19.459	4.356.406

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 20,4 del 1999 al 25,6 del 2018, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 205,9 (dato più elevato degli ultimi 20 anni). La speranza di vita a 0 anni è di 80,8 per i maschi e 85,2 per le femmine (dato riferito al 2016, ultimo anno disponibile) (Tab. D).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (1999-2018) (1,2)

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
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	80,8	85,2
2017	25,3	201,3	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2018	25,6	205,9	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 2018 di 171.198 abitanti, pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell'A.S.L. CN2 comprende al 31.12.2018 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 65 Comuni e con una popolazione di 105.031 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione di 66.167 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.506 e 29.656, cui seguono Cherasco (9.290), Sommariva del Bosco (6.333), Canale (5.609) (Tab. 1) (1,3).

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2018 (1,3).

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
ALBA	14.903	16.603	31.506	54,9	573,5
ALBARETTO DELLA TORRE	111	113	224	5,3	42,3
ARGUELLO	105	94	199	4,7	42,2
BALDISSERO D'ALBA	544	516	1.060	14,7	72,3
BARBARESCO	314	316	630	7,5	83,9
BAROLO	330	360	690	5,8	119,4
BENEVELLO	238	238	476	5,2	91,4
BERGOLO	28	28	56	3,3	17,0
BORGOMALE	186	199	385	8,9	43,5
BOSIA	87	93	180	5,4	33,1

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
BOSSOLASCO	302	336	638	14,3	44,6
BRA*	14.272	15.384	29.656	59,5	498,5
CAMO	97	88	185	3,7	49,9
CANALE	2.763	2.846	5.609	18,3	307,2
CASTAGNITO	1.086	1.108	2.194	6,7	328,0
CASTELLETTO UZZONE	170	144	314	14,6	21,4
CASTELLINALDO D'ALBA	466	458	924	8,0	115,8
CASTIGLIONE FALLETTO	355	344	699	4,6	150,6
CASTIGLIONE TINELLA	402	427	829	11,9	69,8
CASTINO	260	226	486	15,8	30,7
CERESOLE ALBA*	1.049	1.005	2.054	36,9	55,7
CERRETO LANGHE	226	204	430	9,8	43,7
CHERASCO*	4.576	4.714	9.290	80,7	115,1
CISSONE	48	38	86	5,9	14,6
CORNELIANO D'ALBA	1.041	1.105	2.146	10	213,7
CORTEMILIA	1.090	1.181	2.271	24,2	93,8
COSSANO BELBO	479	473	952	21,1	45,1
CRAVANZANA	180	185	365	7,9	46,5
DIANO D'ALBA	1.820	1.801	3.621	17,7	204,6
FEISOGLIO	148	157	305	7,6	40,2
GORZEGNO	137	136	273	13,8	19,7
GOVONE	1.074	1.143	2.217	19,1	116,1
GRINZANE CAVOUR	995	1.033	2.028	4,0	508,3
GUARENE	1.775	1.817	3.592	13,1	273,6
LA MORRA*	1.403	1.366	2.769	24,0	115,3
LEQUIO BERRIA	255	209	464	11,8	39,5
LEVICE	107	103	210	16,5	12,7
MAGLIANO ALFIERI	1.049	1.147	2.196	9,3	236,1
MANGO	657	661	1.318	20,3	64,9
MONCHIERO	293	285	578	5,1	112,9
MONFORTE D'ALBA	978	1.017	1.995	25,5	78,4
MONTA'	2.252	2.449	4.701	26,4	178,4
MONTALDO ROERO	418	428	846	12,2	69,4
MONTELUPO ALBESE	238	247	485	6,5	74,5
MONTEU ROERO	812	792	1.604	24,1	66,5
MONTICELLO D'ALBA	1.154	1.213	2.367	10,7	221,8
NARZOLE*	1.724	1.772	3.496	26	134,4
NEIVE	1.678	1.778	3.456	21,2	162,9
NEVIGLIE	181	188	369	8,0	46,0
NIELLA BELBO	184	177	361	18	20,0
NOVELLO	486	497	983	11,5	85,7
PERLETTO	144	125	269	10,2	26,3
PEZZOLO VALLE UZZONE	174	169	343	26,9	12,7
PIOBESI D'ALBA	685	669	1.354	4,1	333,5
POCAPAGLIA*	1.654	1.674	3.328	16,7	198,9
PRIOCCA	983	1.008	1.991	8,8	226,3
ROCCHETTA BELBO	85	75	160	4,4	36,1
RODDI	821	809	1.630	9,6	170,7
RODDINO	221	192	413	10,5	39,3
RODELLO	468	489	957	8,7	109,7
SAN BENEDETTO BELBO	79	84	163	4,7	34,5
SAN GIORGIO SCARAMPI	57	54	111	5,6	20,0
SANFRE'*	1.487	1.555	3.042	15,8	193,1
SANTA VITTORIA D'ALBA*	1.428	1.442	2.870	9,9	290,2
SANTO STEFANO BELBO	1.895	1.947	3.842	23,7	162,2

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
SANTO STEFANO ROERO	657	713	1.370	13,2	103,8
SERRALUNGA D'ALBA	291	284	575	8,5	67,6
SERRAVALLE LANGHE	158	140	298	8,7	34,4
SINIO	263	248	511	8,7	58,6
SOMMARIVA DEL BOSCO*	3.128	3.205	6.333	35	180,8
SOMMARIVA PERNO*	1.350	1.419	2.769	17,2	161,2
TORRE BORMIDA	88	83	171	7,6	22,4
TREISO	405	371	776	9,3	83,4
TREZZO TINELLA	163	146	309	10,8	28,7
VERDUNO*	277	283	560	7,3	76,5
VEZZA D'ALBA	1.153	1.132	2.285	14,1	162,6
TOTALE ASL	83.640	87.558	171.198	1122,1	152,6

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La densità della popolazione residente nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2018 è di 152,6 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2009 era di 151,9. Quella del Piemonte nel 2018 è di 171,6 (Tab. 2) (1,3).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2018

	Popolazione al 31.12.2018	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	171.198	1122,1	152,6
Distretto 1 Alba	105.031	793,1	132,4
Distretto 2 Bra	66.167	329	201,1
Provincia Cuneo	587.098	6.894	85,2
Regione Piemonte	4.356.406	25.388,4	171,6

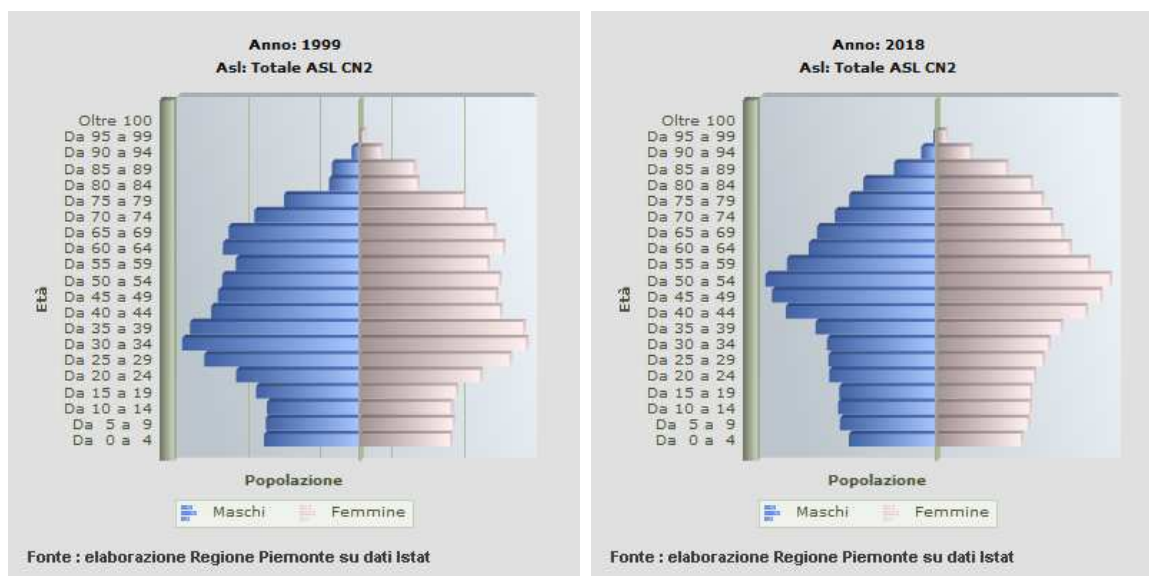
La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,1% contro il 48,9%); a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 70,7% della popolazione (Tab. 3) (1).

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2018 (la distribuzione per fasce di età è stimata secondo le regole della B.D.D.E.) (1)

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3.605	50,9	3.482	49,1	7.087
Da 5 a 9	3.970	51,4	3.756	48,6	7.726
Da 10 a 14	4.053	51,4	3.839	48,6	7.892
Da 15 a 19	3.998	50,9	3.862	49,1	7.860
Da 20 a 24	4.423	52,4	4.018	47,6	8.441
Da 25 a 29	4.454	50,5	4.367	49,5	8.821
Da 30 a 34	4.512	49,5	4.607	50,5	9.119
Da 35 a 39	4.979	49,3	5.124	50,7	10.103
Da 40 a 44	6.206	50,3	6.136	49,7	12.342
Da 45 a 49	6.785	50,1	6.758	49,9	13.543
Da 50 a 54	7.044	49,6	7.144	50,4	14.188
Da 55 a 59	6.162	49,6	6.260	50,4	12.422
Da 60 a 64	5.257	49	5.481	51	10.738
Da 65 a 69	4.921	48,9	5.151	51,1	10.072
Da 70 a 74	4.178	47	4.702	53	8.880
Da 75 a 79	3.588	45,3	4.338	54,7	7.926
Da 80 a 84	3.017	43,8	3.879	56,3	6.896
Da 85 a 89	1.744	37,9	2.863	62,1	4.607
Da 90 a 94	613	30,7	1.383	69,3	1.996
Da 95 a 99	119	24,5	367	75,5	486
Oltre 100	12	22,6	41	77,4	53
Totale	83.640	48,9	87.558	51,1	171.198

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 1999-2018 (1)



La *speranza di vita* alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2016 a 80,7, 46,8 e 19,3 anni per gli uomini e a 85,1, 50,5 e 22,1 anni per le donne (Tab. 4) (1).

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2007-2016) (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
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
2016	80,7	85,1	46,8	50,5	19,3	22,1

L'*età media* della popolazione nell'anno 2018 è di 45,4 anni (nel 2009 di 43,8), in Piemonte si attesta a 46,6 anni (1).

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2018 nell'A.S.L. CN2 sono 19.666, pari all'11,5% del totale dei residenti con un incremento del 10,9% rispetto all'anno 2009. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2018 sono 427.911, pari al 9,8% del totale dei residenti (Tab. 5) (1).

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2018

A.S.L. CN2	11,5
Distretto 1 Alba	11,6
Distretto 2 Bra	11,4
Provincia Cuneo	10,4
Regione Piemonte	9,8

Il numero medio di componenti della famiglia nell'A.S.L. CN2 nel 2018 è pari a 2,3, valore lievemente più elevato rispetto al dato regionale (Tab. 6).

Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2018 (1)

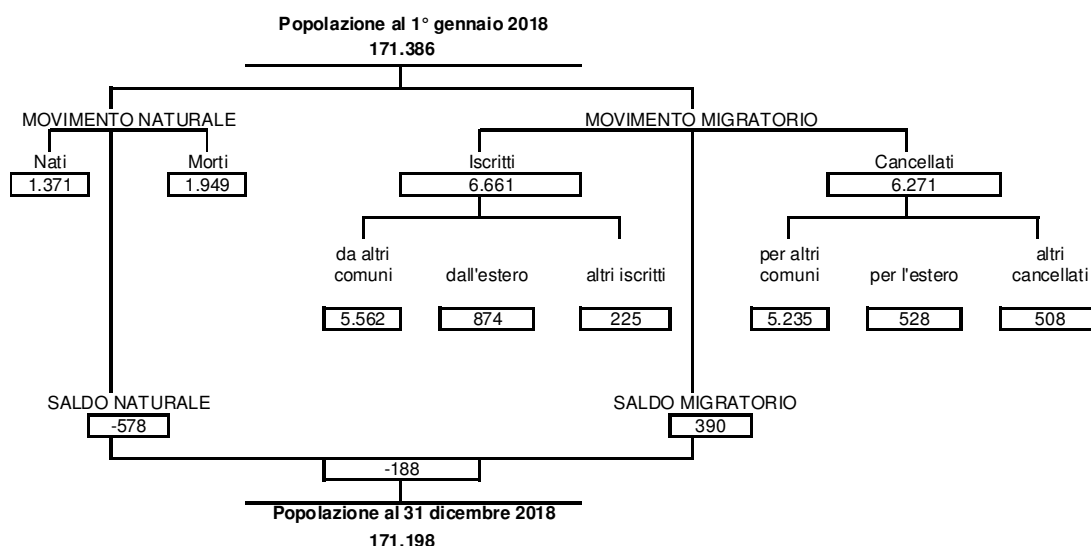
A.S.L. CN2	2,3
Distretto 1 Alba	2,3
Distretto 2 Bra	2,4
Provincia Cuneo	2,3
Regione Piemonte	2,2

La quota di famiglie unipersonali nel 2011, calcolata in occasione del 15° Censimento generale, ultimo dato ad oggi disponibile, della popolazione e delle abitazioni, è pari a 31,41%. Quella della Regione Piemonte è del 34,4% (3).

Andamento demografico

Anche per il 2018 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo (578) con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti - cancellati) è positivo (390) (Fig. 1, Tab. 7).

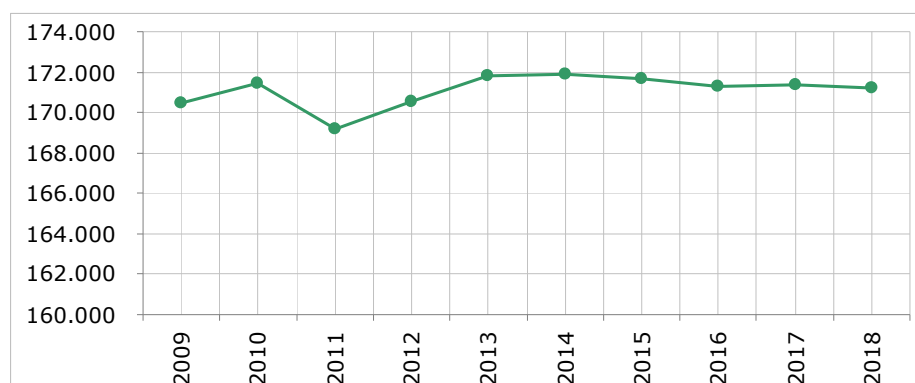
Fig.1 - Dinamica demografica nell'A.S.L. CN2 nel 2018 (Fonte ISTAT) (1)



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 2009-2018 di 750 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 2009-2018

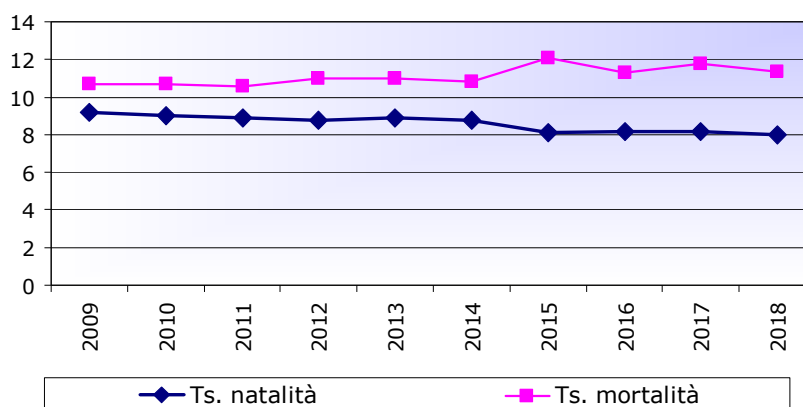


- dal 2009 al 2018 il numero assoluto dei nati si è ridotto; nel 2018 i nuovi nati sono 1.371. Il tasso di natalità, in diminuzione nel periodo 2009-2018, è di 8 nati x 1.000 nel 2018 (Tab. 7 e 8, Graf. 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2018 il numero assoluto dei decessi (1.949) è diminuito di 81 unità rispetto al 2017 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione A.S.L. CN2 - Anni 2009-2018 (1,2)

Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
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
2018	171.198	1.371	1.949	-578	6.661	6.271	390

Graf. 3 - Andamento tassi di natalità e di mortalità popolazione ASL CN2 - Anni 2009-2018

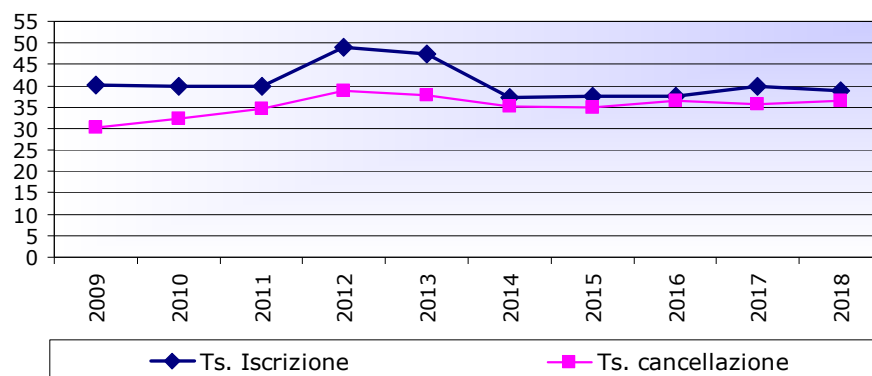


- nel 2018 il tasso di mortalità (11,4 x 1.000) ha subito una lieve diminuzione rispetto al 2017, il tasso di cancellazione un aumento, mentre il tasso di iscrizione è diminuito (Tab. 8, Graf. 3 e 4) (2).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2009-2018 (2)

Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2009	9,2	10,7	40,1	30,3
2010	9	10,7	39,8	32,2
2011	8,9	10,6	39,9	34,7
2012	8,8	11	49	38,9
2013	8,9	11	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	35,6
2018	8	11,4	38,9	36,6

Graf. 4 - Andamento tassi di iscrizione e di cancellazione popolazione ASL CN2 - Anni 2009-2018



Natalità

Nel 2018, 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, superiore al dato provinciale (7,6) e regionale (6,7) (Tab. 9).

Tab. 9 - Indice di natalità - Anno 2018 (2)

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

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 2018 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 2018 (1)

Comuni	Tasso di natalità
Alba	7,9
Albaretto della Torre	4,4
Arguello	-
Baldissero d'Alba	4,7
Barbaresco	11
Barolo	8,6
Benevello	12,5
Bergolo	16,4
Borgomale	12,9
Bosia	16,7
Bossolasco	4,6
Bra*	8,6
Camo	-
Canale	7,7
Castagnito	7,8
Castelletto Uzzone	-
Castellinaldo	4,3
Castiglione Falletto	7,1

Comuni	Tasso di natalità
Castiglione Tinella	4,7
Castino	-
Ceresole Alba*	9,7
Cerretto Langhe	4,6
Cherasco*	8,4
Cissone	-
Corneliano d'Alba	7,5
Cortemilia	7,9
Cossano Belbo	9,4
Cravanzana	5,3
Diano d'Alba	9,4
Feisoglio	13,2
Gorzegno	7,3
Govone	8,1
Grinzane Cavour	10
Guarene	6,7
La Morra*	6,9
Lequio Berria	4,3
Levice	4,7
Magliano Alfieri	10,1
Mango	9,2
Monchiero	3,4
Monforte d'Alba	5,5
Montà	7,4
Montaldo Roero	8,2
Montelupo Albese	4,1
Monteu Roero	6,8
Monticello d'Alba	11,9
Narzole*	9,2
Neive	9
Naviglie	2,7
Niella Belbo	2,7
Novello	9,2
Perletto	11
Pezzolo Valle Uzzone	-
Piobesi d'Alba	11,1
Pocapaglia*	9,3
Priocca	6
Rocchetta Belbo	-
Roddi	4,9
Roddino	7,3
Rodello	6,3
San Benedetto Belbo	6,1
San Giorgio Scarampi	-
Sanfrè*	9,9
Santa Vittoria d'Alba*	9,5
Santo Stefano Belbo	6,6
Santo Stefano Roero	5,1
Serralunga d'Alba	5,2
Serravalle Langhe	13,4
Sinio	3,8

Comuni	Tasso di natalità
Sommariva del Bosco*	10,1
Sommariva Perno*	5,0
Torre Bormida	-
Treiso	3,8
Trezzo Tinella	3,2
Verduno*	8,9
Veza d'Alba	7,9

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

L'indice di carico di figli per donna in età feconda (rapporto tra il numero di bambini di età inferiore a 5 anni e il numero di donne di età compresa tra i 15 e i 50 anni) nell'anno 2018 è di 20,5. Quello del 2009 è di 19,7 e quello del Piemonte nel 2018 è di 18,7 (1).

Questo indicatore ha un significato di tipo socioeconomico in quanto stima il "carico" di figli in età prescolare per donna in età fertile, cioè in un'età in cui, soprattutto nei paesi economicamente più sviluppati, è più elevata la frequenza di donne lavoratrici impegnate anche nella cura dei bambini (3).

Mortalità

Il tasso grezzo di mortalità della popolazione A.S.L. CN2 (numero morti/popolazione totale x 1.000) nel 2018 è di circa 11,4 ogni 1.000 abitanti residenti. Rispetto al precedente anno, il numero assoluto di decessi è lievemente diminuito (Tab. 8 e 11).

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

Tab. 11 - Indice di mortalità - Anno 2018 (2)

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

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2018 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 2018 (1)

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	10,6
Albaretto della Torre	17,7
Arguello	15,1
Baldissero d'Alba	5,7
Barbaresco	12,5
Barolo	11,4
Benevello	14,6
Bergolo	49,2
Borgomale	12,9
Bosia	11,1
Bossolasco	15,5
Bra*	11,9
Camo	21,4
Canale	8,9
Castagnito	5,5
Castelletto Uzzone	12,8
Castellinaldo	10,8
Castiglione Falletto	4,3

Comuni	Tasso di mortalità
Castiglione Tinella	21,3
Castino	14,3
Ceresole Alba*	13,1
Cerretto Langhe	25,1
Cherasco*	10,8
Cissone	45,5
Corneliano d'Alba	13,6
Cortemilia	23,8
Cossano Belbo	16,7
Cravanzana	13,4
Diano d'Alba	8,6
Feisoglio	9,9
Gorzeago	21,8
Govone	9,9
Grinzane Cavour	11,5
Guarene	8,1
La Morra*	9,7
Lequio Berria	25,5
Levice	9,4
Magliano Alfieri	11,5
Mango	6,9
Monchiero	3,4
Monforte d'Alba	12,9
Montà	11,5
Montaldo Roero	15,3
Montelupo Albese	12,2
Monteu Roero	22,4
Monticello d'Alba	10,6
Narzole*	10,3
Neive	11,0
Neviglie	8,1
Niella Belbo	19,2
Novello	9,2
Perletto	14,7
Pezzolo Valle Uzzone	14,4
Piobesi d'Alba	7,4
Pocapaglia*	9,9
Priocca	12,5
Rocchetta Belbo	18,5
Roddi	4,9
Roddino	14,5
Rodello	15,7
San Benedetto Belbo	12,2
San Giorgio Scarampi	8,9
Sanfrè*	14,2
Santa Vittoria d'Alba*	5,3
Santo Stefano Belbo	11,1
Santo Stefano Roero	18,1
Serralunga d'Alba	3,5
Serravalle Langhe	26,7
Sinio	9,6
Sommariva del Bosco*	10,8
Sommariva Perno*	9,0
Torre Bormida	11,4
Treiso	10,2

Comuni	Tasso di mortalità
Trezzo Tinella	12,8
Verduno*	16,0
Veza d'Alba	15,7

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Il *tasso standardizzato di mortalità* per età dell'A.S.L. CN2, calcolato col metodo della standardizzazione utilizzando la popolazione europea, è nel 2016 (ultimo anno disponibile) di 538,1 per 100.000 per i maschi e di 358,4 per 100.000 per le femmine. Quello del 2009 è di 617,4 per i maschi e 378,4 per le femmine, mentre quello della Regione Piemonte nel 2016 è di 543,5 per gli uomini e di 351,7 per le donne (Tab. 13) (1).

Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 nell'A.S.L. CN2 – Anni 2009-2016 (1)

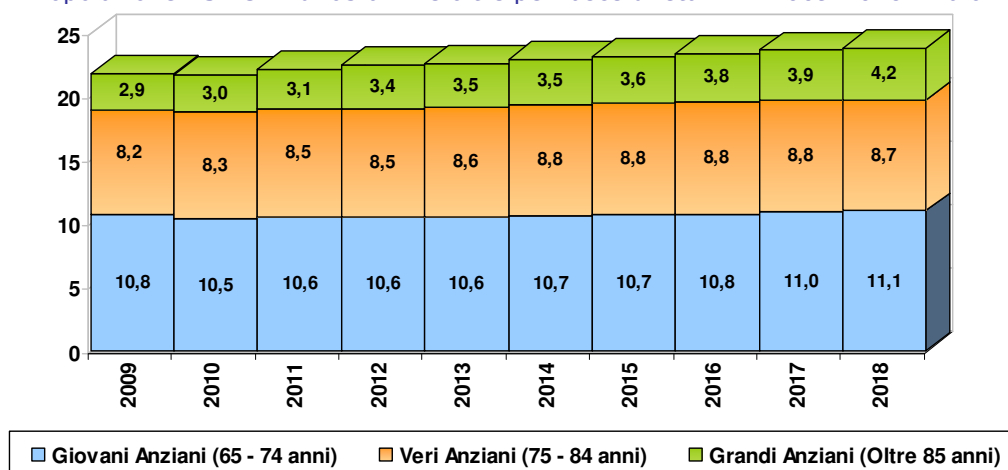
Anni	Maschi	Femmine
2009	617,4	378,4
2010	603,5	365,0
2011	585,6	365,0
2012	575,0	360,4
2013	553,6	359,7
2014	524,8	348,8
2015	585,2	357,5
2016	538,1	358,4

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2018, si stimano 40.916 ultrasessantacinquenni ossia il 23,9% della popolazione totale (44,5% maschi; 55,5% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,3%.

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 11,1%, quelli di età compresa tra i 75-84 anni 8,7% e gli ultraottantacinquenni 4,2% (Graf. 5) (1).

Graf. 5 – Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2009-2018 - Valori %



Nel 2018 nell'A.S.L. CN2 l'*indice di vecchiaia* risulta di 179,7, mentre quello piemontese è di 205,9. Nel 2009 l'indice di vecchiaia per l'A.S.L. CN2 era di 160,3 (Tab. 14) (1).

Esso rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione; valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani rispetto ai giovanissimi. E' comunque un indicatore di invecchiamento grossolano poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto esaltandone l'effetto.

L'indice di invecchiamento nell'A.S.L. CN2 nel 2018 è di 23,9 (2), riflette il peso relativo della popolazione anziana (Tab. 14).

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

L'indice di dipendenza o carico sociale (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 59,1 nel 2018; nel 2009 era pari a 55 (Tab. 14). Quello del Piemonte nel 2018 è di 61,2 (1). Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

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

L'indice di struttura (popolazione in età 40–64 anni x 100 abitanti in età 15–39 anni) nell'anno 2018 è di 141,7; nel 2009 119,2; quello del Piemonte nel 2018 è di 151,8 (1).

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

Tab. 14 – Indici di vecchiaia, di invecchiamento, di dipendenza e di struttura – A.S.L. CN2 anni 2009-2018 (1)

Anni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
2009	160,3	21,8	55	119,2
2010	160	21,8	54,7	122,2
2011	162,3	22,2	55,8	125,4
2012	164,8	22,4	56,2	127,4
2013	167,2	22,6	56,6	130,7
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
2018	179,7	23,9	59,1	141,7

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

Tab. 15 - Indici di vecchiaia, invecchiamento, carico sociale e di struttura nei 76 comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2018

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Alba	201,6	25,4	61,2	141,9
Albaretto della Torre	304,4	31,3	71	167,4
Arguello	241,7	29,1	70,1	154,4
Baldissero d'Alba	200,8	23,7	55	158,1
Barbaresco	150	22,9	61,5	134,9
Barolo	197,6	23,8	55,8	163,7
Benevello	191,9	25,0	61,4	161,1
Bergolo	766,7	41,1	86,7	200

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Borgomale	168,6	22,3	55,2	163,8
Bosia	550	36,7	76,5	175,7
Bossolasco	332,8	30,3	64,9	176,4
Bra*	173,6	23,6	59,4	135
Camo	311,1	30,3	66,7	246,9
Canale	163,4	23,4	60,7	139,4
Castagnito	116,7	17,9	49,7	141,5
Castelletto Uzzone	461,9	30,9	60,2	184,1
Castellinaldo	197,3	23,7	55,6	131,1
Castiglione Falletto	192,2	21,2	47,5	149,5
Castiglione Tinella	277,9	28,8	64,5	171
Castino	253,9	27,2	60,9	177,1
Ceresole Alba*	214,5	25,2	58,5	148,3
Cerretto Langhe	416,7	29,1	56,4	159,4
Cherasco*	129,7	20,4	56,7	131,3
Cissone	225	31,4	83	176,5
Corneliano d'Alba	181,3	24	59,3	138
Cortemilia	263,4	29,1	67,1	154,5
Cossano Belbo	256,4	29,6	70	153,4
Cravanzana	268,3	30,1	70,6	167,5
Diano d'Alba	155,1	20,7	51,6	145,8
Feisoglio	586,4	42,3	98,1	227,7
Gorzegno	605,9	37,7	78,4	247,7
Govone	174,4	23	56,9	150,1
Grinzane Cavour	143,5	20,8	54,6	125,4
Guarene	157,7	20,9	51,7	137
La Morra*	189	22,9	53,8	142,7
Lequio Berria	402,5	34,7	76,4	213,1
Levice	560	40	89,2	270
Magliano Alfieri	129,9	20,4	56,3	131,1
Mango	248	28,2	65,6	148
Monchiero	137,5	20,9	56,6	175,4
Monforte d'Alba	187,6	25,7	64,9	159,7
Montà	165,7	23,5	60,5	129,9
Montaldo Roero	261,5	28,1	63,6	148,6
Montelupo Albese	166,2	22,3	55,5	147,6
Monteu Roero	204,9	25,9	62,8	159,2
Monticello d'Alba	125,7	19	51,8	128,6
Narzole*	147,1	22,4	60,4	117
Neive	159,4	22,7	58,8	140,6
Naviglie	344,4	25,2	48,2	162,1
Niella Belbo	475	31,6	61,9	227,9
Novello	180,2	23,1	56	158,2
Perletto	386,4	31,6	66,1	170,0
Pezzolo Valle Uzzone	364,7	36,2	85,4	189,1
Piobesi d'Alba	131,3	19,5	52,3	117,4
Pocapaglia*	135,0	20,6	56,1	143,7
Priocca	198,8	24,6	58,5	136,5
Rocchetta Belbo	316,7	23,8	45,5	182,1
Roddi	149,1	20,1	50,7	145,9
Roddino	272,1	28,3	63,2	237,3

Comuni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice carico sociale o dipendenza	Indice di struttura
Rodello	248,1	27	60,8	155,4
San Benedetto Belbo	433,3	31,9	64,7	280,8
San Giorgio Scarampi	433,3	35,1	76,2	215
Sanfrè*	154,8	22,6	59,4	141,8
Santa Vittoria d'Alba*	130,6	19,8	53,7	131,9
Santo Stefano Belbo	218,5	26,5	62,4	142,1
Santo Stefano Roero	208,9	27,3	67,7	161
Serralunga d'Alba	139	18,6	47,1	142,9
Serravalle Langhe	376	31,5	66,5	171,2
Sinio	181,7	21,3	49,4	159,1
Sommariva del Bosco*	164,6	22,9	58,3	139,5
Sommariva Perno*	197,7	25,3	61,5	151,5
Torre Bormida	515,4	39,2	87,9	295,7
Treiso	204,7	22,7	51	155,7
Trezzo Tinella	312,9	31,4	70,7	182,8
Verduno*	174	23,9	60,5	170,5
Veza d'Alba	189,1	25,1	62,2	153,9

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

Il cruscotto della "vivacità demografica"(3)

La Tab. 16 riassume l'andamento dei principali indicatori demografici dell'A.S.L. CN2 nel decennio 2009-2018 e il loro scostamento (in positivo o in negativo), nell'anno 2018, dai dati regionali.

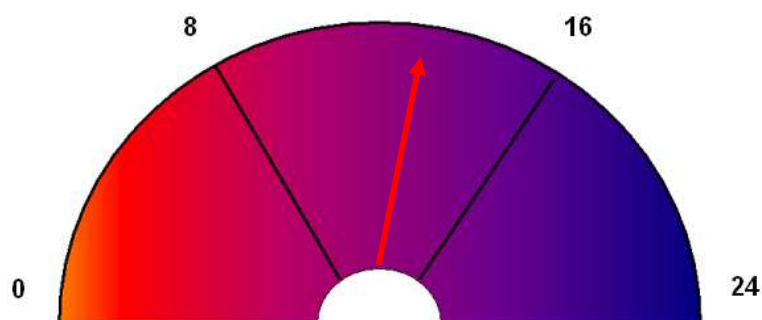
Tab. 16 – Andamento dei principali indicatori demografici dell'A.S.L. CN2

Indicatore	Variazione temporale	Vivacità temporale	Variazione territoriale	Vivacità territoriale
Popolazione residente	Aumenta	😊		
Densità di popolazione	Aumenta	😊	Più bassa	😞
Saldo naturale	Diminuisce	😞		
Saldo migratorio	Diminuisce	😞		
Tasso di natalità	Diminuisce	😞		
Tasso standardizzato di mortalità*	Diminuisce	😊	Stabile	😐
Numero medio di componenti della famiglia			Più alto	😊
Quota di famiglie uni personali ^o			Più basso	😊
Stranieri per 100 residenti	Aumenta	😊	Più alto	😊
Indice di vecchiaia	Aumenta	😞	Più basso	😊
Speranza di vita a 0 anni*	Aumenta	😊	Stabile	😐
Età media	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di carico di figli per donna in età feconda	Aumenta	😞	Più alto	😞
Indice di dipendenza	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di struttura	Aumenta	😞	Più basso	😊

*Il periodo di riferimento per il confronto temporale è: anni 2009-2016

^oAnno di riferimento 2011 (ultimo censimento della popolazione e delle abitazioni).

L'analisi sintetica degli indicatori consente di quantificare la "vivacità demografica" dell'A.S.L. CN2 con un punteggio di 13, evidenziando una situazione complessiva di allineamento ai valori medi regionali.



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 - *Dati e statistiche*
http://www.demos.piemonte.it/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=72
- (3) Dors - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Regione Piemonte - ASL TO3: "*MoDem - Modello Demografico*"
https://www.dors.it/pagina_singola.php?idpagina=32

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra

Laura Marinaro, Patrizia Pelazza, 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.

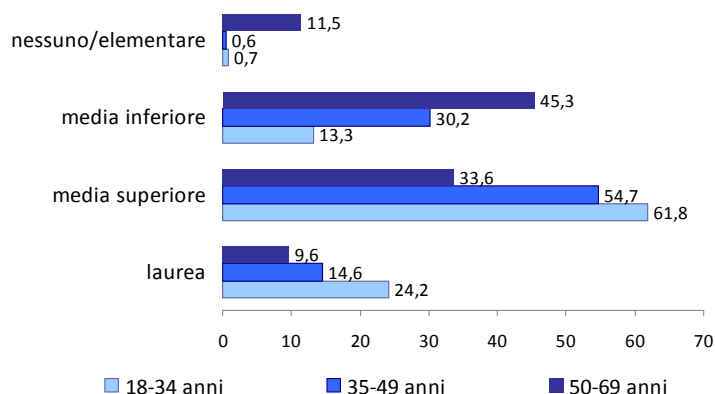
Il **Sistema di Sorveglianza PASSI** (dati 2015-2018) consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il **livello di istruzione**, le **difficoltà economiche** (percepite) e lo **stato lavorativo**.

Popolazione di riferimento ASL CN2 (18-69 anni) (Dati ISTAT: popolazione al 31.12.2018)		113.057			
PASSI 2015-2018 (pop. 18-69 anni) ASL CN2 Alba-Bra					
Numero interviste effettuate		1.100			
Dati socio-anagrafici		% (IC al 95%)			
Sesso					
	uomini	49,55			
	donne	50,45			
Classi di età					
	18-34	24,73			
	35-49	32,55			
	50-69	42,73			
Stato civile					
	coniugato/convivente	57,20	54,60	-	59,75
	celibe/nubile	34,38	32,16	-	36,68
	vedovo/a	1,56	1,00	-	2,45
	separato/divorziato	6,86	5,53	-	8,48
Vive da solo					
	no	88,68	86,67	-	90,42
	si	11,32	9,58	-	13,33
Cittadinanza					
	italiana	96,73	95,49	-	97,65
	straniera	3,27	2,35	-	4,51
Livello di istruzione					
	nessuno/licenza elementare	5,01	3,92	-	6,38
	scuola media inferiore	31,87	29,29	-	34,56
	scuola media superiore	48,06	45,19	-	50,93
	laurea/diploma universitario	15,07	13,08	-	17,29
Difficoltà economiche					
	molte	3,80	2,82	-	5,11
	qualche	20,65	18,36	-	23,15
	nessuna	75,55	72,92	-	78,00
Stato lavorativo (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 1030					
	occupato	79,09	76,65	-	81,33
	in cerca occupazione	4,21	3,14	-	5,64
	inattivo	16,70	14,72	-	18,89
Tipo di contratto lavorativo tra gli occupati (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 810					
	dipendente	69,52	66,37	-	72,51
	cassa integr./solidarietà	0,36	0,11	-	1,10
	autonomo	29,49	26,54	-	32,62
	atipico	0,63	0,26	-	1,51

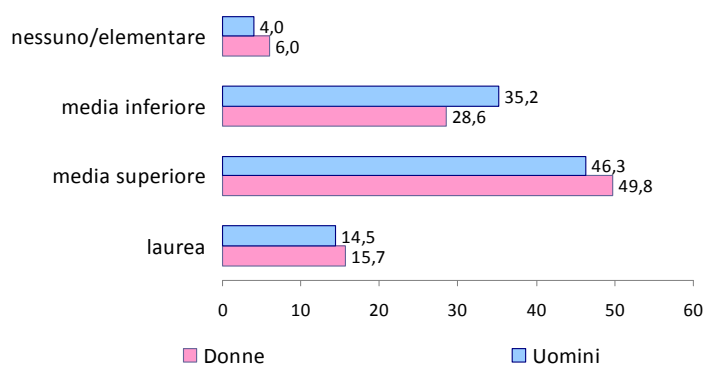
La popolazione oggetto di studio è costituita al 31.12.2018 da 113.057 residenti nell'ASL CN2 (dati ISTAT – B.D.D.E.) di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Negli ultimi quattro anni (2015-2018) sono state intervistate per il Sistema di Sorveglianza Passi 1.100 persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle anagrafi sanitarie.

Nell'ASL CN2, il 63,1% 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 (86%) (Graf. 1) e tra le donne (65,5%) (Graf. 2).

Graf. 1 – Livello di istruzione per età. Passi ASL CN2 2015-2018



Graf. 2 – Livello di istruzione per sesso. Passi ASL CN2 2015-2018



Dai dati PASSI 2015-2018 risulta occupato il 79,1% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 69,5% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 29,5% "autonomo"; lo 0,4% è in "cassa integrazione/solidarietà".

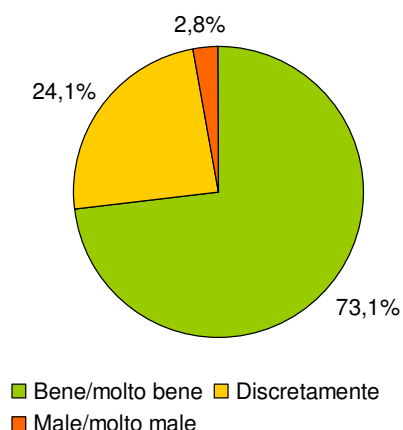
Il 3,8%, secondo i dati Passi 2015-2018, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 20,7% con "qualche" e il 75,6% con "nessuna".

Stato di salute

La Sorveglianza PASSI consente di misurare la **percezione del proprio stato di salute** nella popolazione 18-69 anni; dai dati 2015-2018, risulta che circa 7 persone su 10 giudicano positivamente il proprio stato di salute, dichiarando di "sentirsi bene o molto bene"; solo il 2,8% 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 (90,1%), gli uomini rispetto alle donne (78,6% vs. 67,7%), le persone con un livello socioeconomico più elevato per istruzione (85,1%) o condizioni economiche (78,2%), e chi non riferisce condizioni patologiche severe (78,7%) fra quelle indagate da Passi.

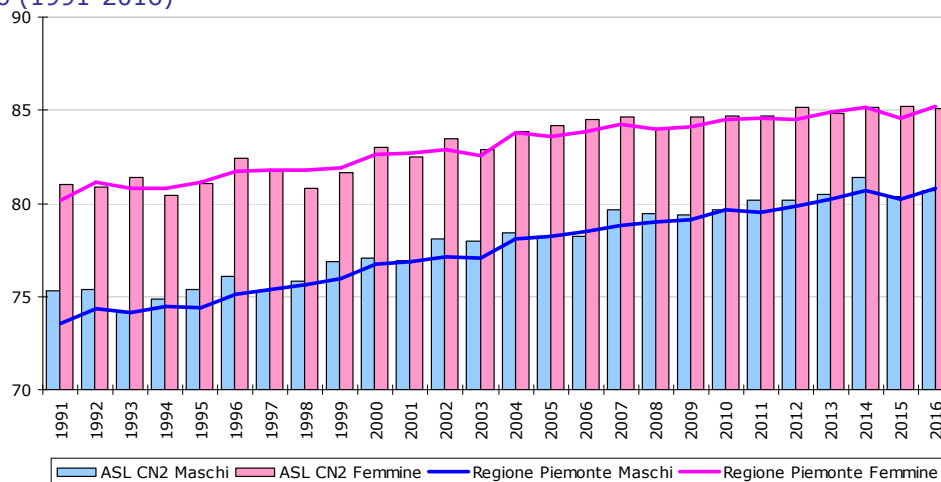
Graf. 3 – Distribuzione dello stato di salute percepito - ASL CN2 - PASSI 2015-2018



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

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni nel 2016 (ultimo dato disponibile) si attesta rispettivamente a 80,7, 46,8 e 19,3 anni per gli uomini e a 85,1, 50,5 e 22,1 anni per le donne, in lieve crescita in particolare per gli uomini rispetto all’anno precedente (Graf. 4).

Graf. 4 – Speranza di vita alla nascita nell’ASL CN2 e nella Regione Piemonte – stratificazione per sesso (1991-2016)



Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2016 (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 1.926, di cui 920 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 538,06 per 100.000 abitanti, e 1.006 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 358,38 per 100.000 abitanti.

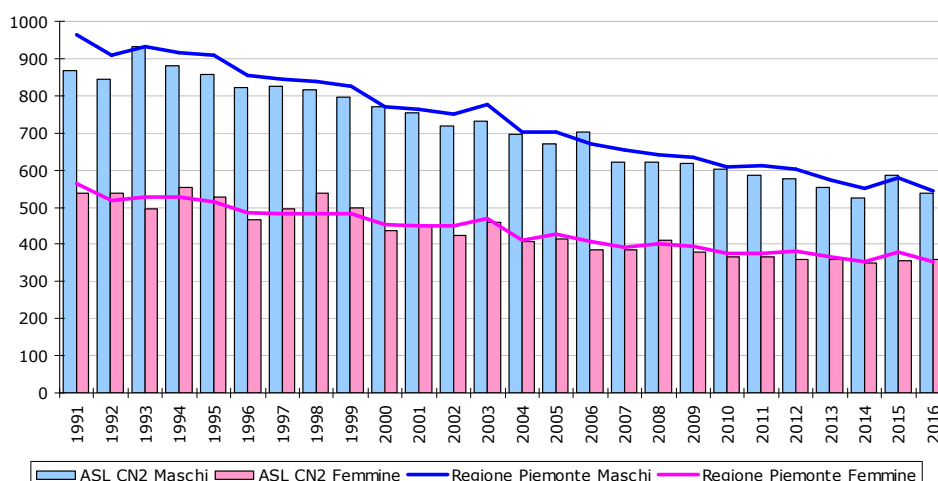
La mortalità generale risulta, esclusivamente per la popolazione femminile, lievemente in eccesso rispetto al dato regionale, eccesso non statisticamente significativo (Tab. 1).

Tab. 1 - Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2016 (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	920	1.100,16	538,06	99,2	92,88	105,84
Femmine	1.006	1.147,89	358,38	103,86	97,52	110,49

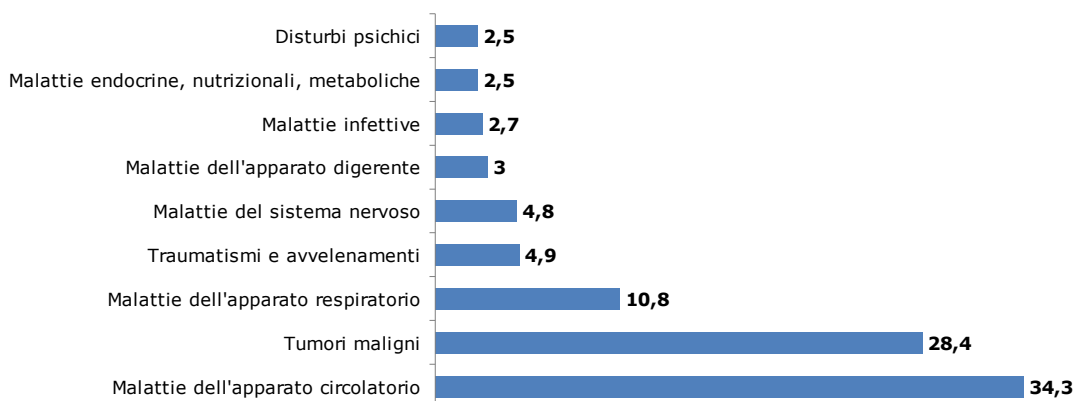
La mortalità generale, dal 1991 al 2014, si è sensibilmente ridotta per entrambi i sessi sia in Piemonte che nell’ASL CN2, mentre si segnalano a livello locale per il 2015 e il 2016 tassi superiori ai valori del 2014 (Graf. 5).

Graf. 5 - Mortalità generale – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2016. Maschi e Femmine

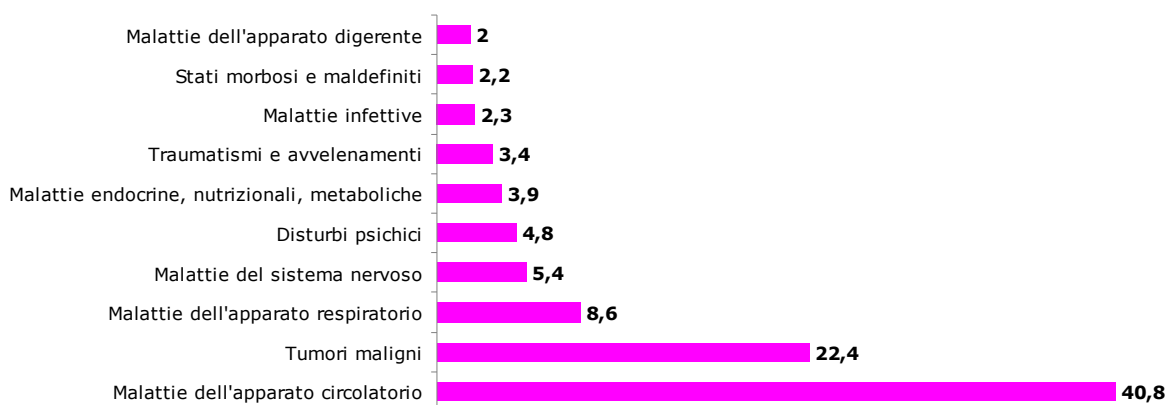


Per quanto riguarda la **mortalità per cause**, anche nel 2016 e per entrambi i sessi, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio. I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 62,7% delle morti tra i maschi ed il 63,2% tra le femmine (Graf. 6-7, Tab. 2-3).

Graf. 6 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2016



Graf. 7 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2016



Tab. 2 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2016. Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	316	377,88	169,41	104,61	93,37	116,83
Tumori maligni	261	312,11	164,76	89	78,51	100,5
Malattie dell'apparato respiratorio	99	118,39	50,26	117,86	95,75	143,54
Traumatismi e avvelenamenti	45	53,81	36,36	111,83	81,51	149,72
Malattie del sistema nervoso	44	52,62	27,89	115,43	83,81	155,05
Malattie dell'apparato digerente	28	33,48	19,26	81,66	54,2	118,1
Malattie infettive	25	29,9	14,18	125,68	81,23	185,67
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	23	27,5	11,23	71,22	45,09	106,95
Disturbi psichici	23	27,5	10,92	83,07	52,59	124,75
Tumori benigni, in situ, incerti	18	21,52	10,98	125,75	74,41	198,92
Malattie dell'apparato genito-urinario	16	19,13	6,89	105,19	60,01	170,97
Stati morbosi e maldefiniti	12	14,35	7,11	79,36	40,9	138,76
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	4	4,78	1,87	108,89	29,2	279,17
Malattie osteomuscolari e del connettivo	3	3,59	2,02	102,95	20,61	301,27
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	2,39	3,9	61,11	6,82	221,02
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1	1,2	1,01	92,04	1,18	513,13

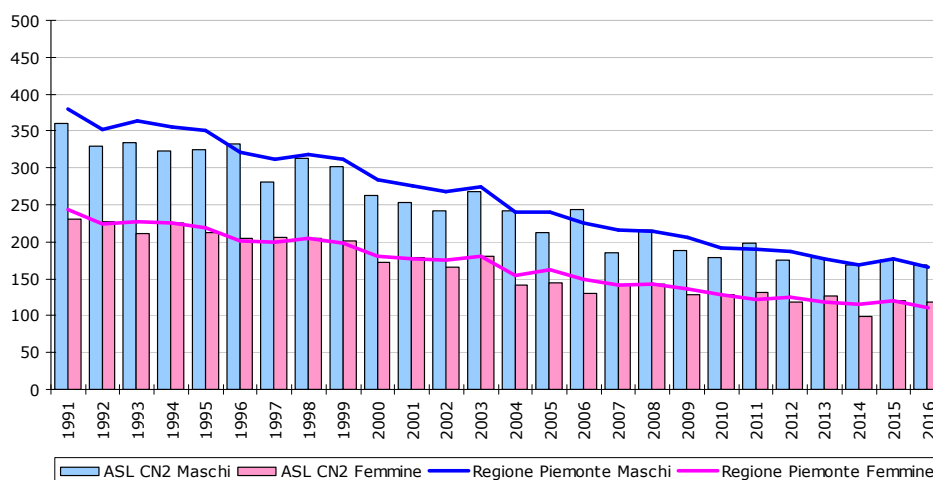
Tab. 3 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2016. Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	410	467,83	118,43	109,47	99,11	120,62
Tumori maligni	225	256,74	113,48	96,2	84,02	109,66
Malattie dell'apparato respiratorio	87	99,27	28,23	132,61	106,16	163,64
Malattie del sistema nervoso	54	61,62	17,52	116,74	87,64	152,4
Disturbi psichici	48	54,77	14,88	93,8	69,11	124,43
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	39	44,5	11,65	106,22	75,47	145,29
Traumatismi e avvelenamenti	34	38,8	13,35	129,12	89,34	180,55
Malattie infettive	23	26,24	8,51	101,05	63,97	151,74
Stati morbosi e maldefiniti	22	25,1	5,74	67,79	42,42	102,71
Malattie dell'apparato digerente	20	22,82	7,18	55,68	33,96	86,06
Tumori benigni, in situ, incerti	16	18,26	6,98	150,48	85,85	244,59
Malattie dell'apparato genito-urinario	12	13,69	4,18	82,19	42,36	143,72
Malattie osteomuscolari e del connettivo	6	6,85	2,25	86,86	31,64	189,29
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	5	5,71	1,19	94,48	30,37	220,78
Malformazioni congenite e cause perinatali	3	3,42	4,36	127,03	25,43	371,73
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	2,28	0,46	66,16	7,39	239,27

Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (40,8%) che per la popolazione maschile (34,3%) (Graf. 6 - 7). Nel 2016, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è sia per la popolazione femminile che per quella maschile in lieve eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso che non raggiunge la significatività statistica (Tab. 2-3).

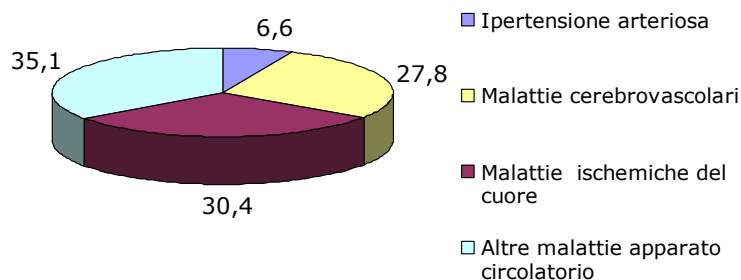
I tassi standardizzati mostrano che, annullando le differenze di età, la mortalità cardiovascolare continua a diminuire in entrambi i sessi sia a livello regionale che a livello locale dal 1991 al 2014, con un lieve incremento nell'ASL CN2 nel 2015 e 2016 rispetto al 2014 (Graf. 8).

Graf. 8 - Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2016. Maschi e Femmine

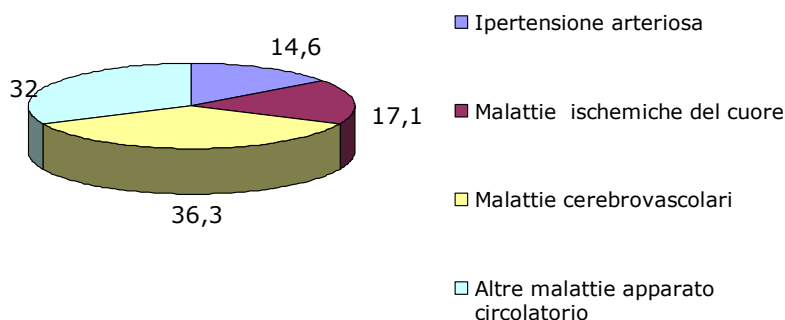


Nell'ASL CN2, nel 2016, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le "Malattie cerebrovascolari" risultano più frequenti nelle femmine (36,3% vs. 27,8%), mentre le "Malattie ischemiche del cuore" sono più frequenti nei maschi (30,4% vs. 17,1%). A seguire l'"Ipertensione arteriosa" che è causa del 6,6% dei decessi nei maschi e del 14,6% nelle femmine (Graf. 9-10).

Graf. 9 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2016 – Maschi

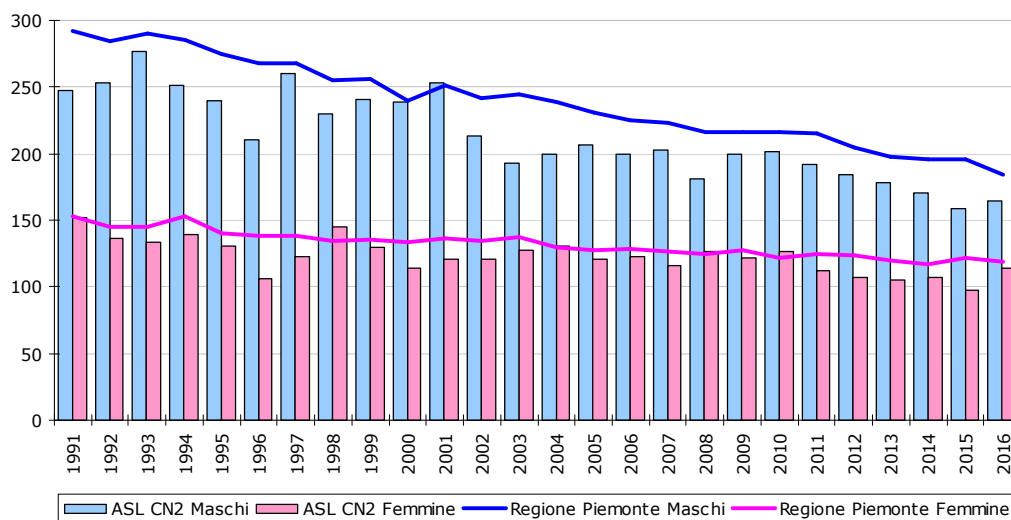


Graf. 10 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2016 – Femmine



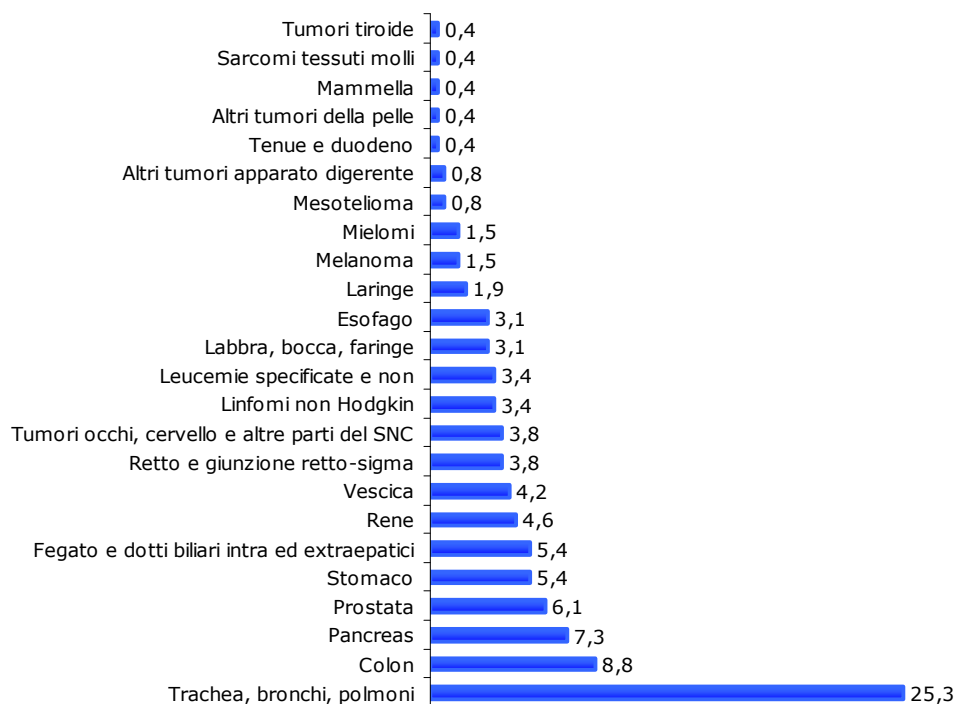
I **tumori maligni** rappresentano nell'ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (28,4%) che per la popolazione femminile (22,4%) (Graf. 6-7). Nel 2016, la mortalità per tumori maligni nell'ASL CN2 risulta in difetto rispetto alla mortalità regionale per la popolazione maschile e femminile anche se non statisticamente significativo per entrambi i sessi (Tab. 2-3). La mortalità per tumori maligni è in diminuzione sia per la popolazione maschile che femminile fino al 2015 a livello regionale e locale. Relativamente al 2016 per l'ASL CN2 si rileva un lieve incremento rispetto all'anno precedente, i dati registrati risultano comunque inferiori, per entrambi i sessi, a quanto osservato in ambito regionale (Graf. 11).

Graf. 11 – Mortalità per tumori maligni – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2016. Maschi e Femmine

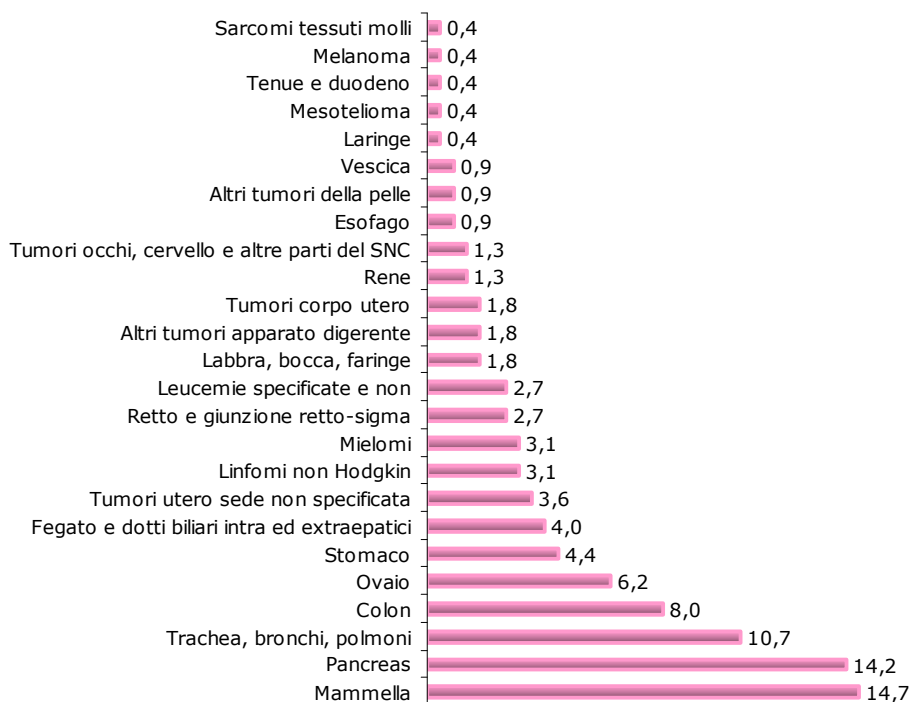


Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (25,3%), seguito dai tumori del "Colon" (8,8%) e del "Pancreas" (7,3%) (Graf. 12). Nelle femmine le sedi maggiormente coinvolte sono la "Mammella" (14,7%), e a seguire "Pancreas" (14,2%) "Trachea-bronchi-polmone" (10,7%) e "Colon" (8%) (Graf. 13).

Graf. 12 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2016. Maschi



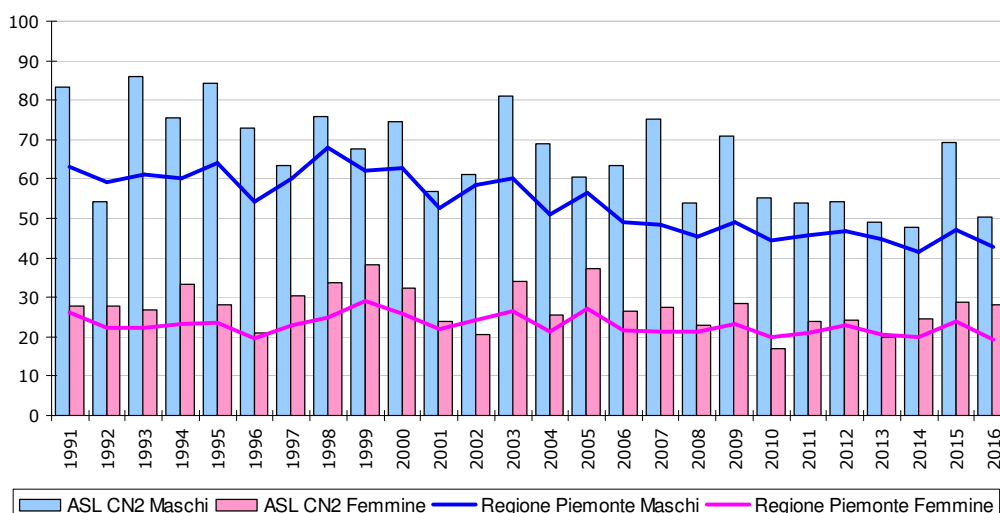
Graf. 13 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2016. Femmine



Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 10,8%; femmine 8,6%) (Graf. 6-7).

Nel 2016, 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 femminile (Tab. 2-3). I tassi standardizzati mostrano che tale mortalità è in diminuzione dal 1991 al 2016 per entrambi i sessi a livello regionale, mentre a livello locale solo per la popolazione maschile. I dati registrati per l'ASL CN2 risultano costantemente superiori, per entrambi i sessi, a quanto osservato in ambito regionale (Graf.14).

Graf. 14 – Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2016. Maschi e Femmine



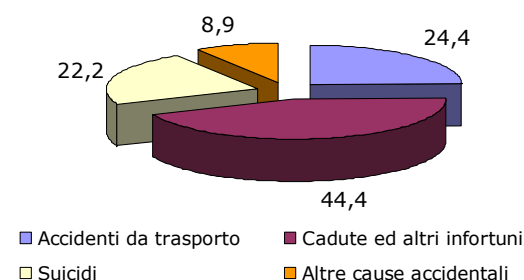
Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2016 del 4,8% dei decessi tra gli uomini e 5,4% tra le femmine (Graf. 6-7). Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per entrambi i sessi che però non raggiunge la significatività statistica (Tab. 2-3).

I **disturbi psichici** sono nel 2016 causa del 4,8% dei decessi tra le femmine e del 2,5% nella popolazione maschile (Graf. 6-7), con un difetto di mortalità rispetto ai dati regionali in entrambi i sessi, ma non statisticamente significativo (Tab. 2-3).

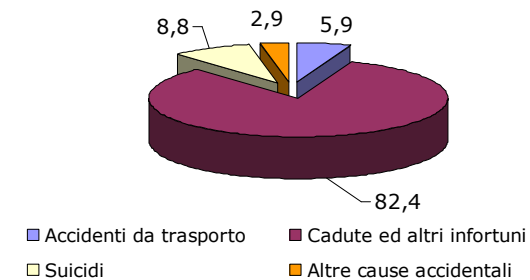
Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2016 del 2,5% dei decessi tra gli uomini e del 3,9% tra le femmine (Graf. 6-7).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2016 del 3,4% dei decessi tra le femmine e del 4,9% 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 44,4% nei maschi e per il 82,4% nelle femmine (Graf. 15- 16).

Graf. 15 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2016 Maschi



Graf. 16 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2016 Femmine



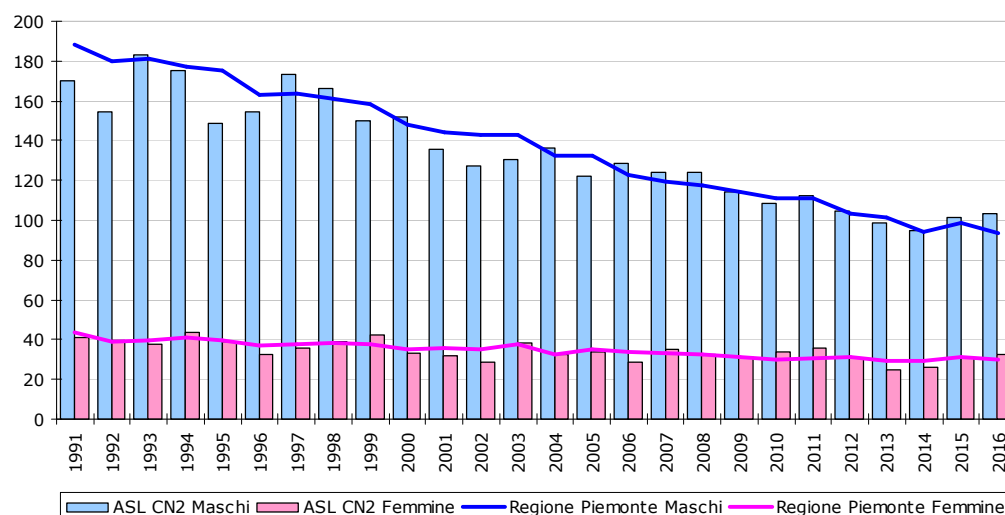
Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, i suicidi sono responsabili del 22,2% dei decessi tra gli uomini e dell'8,8% tra le donne, mentre gli incidenti stradali del 24,4% dei decessi nei maschi e del 5,9% nelle femmine (Graf. 15-16).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie fumo correlate** sono responsabili nel 2016 di 174 decessi tra gli uomini e 82 tra le femmine. Tale mortalità è caratterizzata da un andamento temporale in diminuzione dal 1991 al 2014 sia a livello regionale che locale per entrambi i sessi e dal 2015, per l'ASL CN2, in lieve crescita rispetto al dato del 2014 (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 2016

Causa di morte	Sesso	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie fumo correlate	Maschi	174	207,56	103,09	111,48	95,48	129,39
	Femmine	82	93,5	32,78	111,33	88,49	138,25

Graf. 17 – Mortalità per malattie fumo correlate – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2016. Maschi e Femmine



Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2016 di 36 decessi tra gli uomini e 12 tra le femmine, tale mortalità appare per le femmine lievemente in difetto rispetto al dato regionale, difetto statisticamente non significativo (Tab. 5).

Tab. 5 - Mortalità per Malattie alcol correlate ASL CN2 - Anno 2016

Causa di morte	Sesso	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie alcol correlate	Maschi	36	42,6	26,42	102,25	71,4	141,89
	Femmine	12	14,19	5,11	81,36	42,51	140,89

La Sorveglianza PASSI consente anche di indagare su alcune condizioni patologiche quali ad esempio **ipertensione, ipercolesterolemia e diabete**. Nel quadriennio 2015-2018 Passi rileva che nella popolazione 18-69 ASL CN2, il 18,1% riferisce una diagnosi di ipertensione, il 18,8% di ipercolesterolemia e il 3,6% di diabete (Tab. 6).

Tab. 6 – Rischio cardiovascolare e diabete ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2015-2018

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95 % inf	IC95% sup	%	IC95 % inf	IC95 % sup	%	IC95 % inf	IC95% sup
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	92,7	90,9	94,1	81,2	80,5	82	82,1	81,9	82,4
Ipertensione riferita	18,1	15,9	20,4	19,4	18,6	20,2	19,9	19,6	20,2
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	77,6	75,1	79,9	76,2	75,4	77	79,5	79,2	79,7
Ipercolesterolemia riferita	18,8	16,4	21,4	22,6	21,6	23,5	22,6	22,3	23
Diabete	3,6	2,7	4,8	4	3,6	4,4	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 2015-2018 risulta che il 92,7% ha riferito di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista (Tab. 6). Il 73,8% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e al fine di mantenere sotto controllo la pressione arteriosa, il 79,9% ha ricevuto il consiglio di diminuire il consumo di sale, il 75,1% di controllare il peso corporeo, l'80,5% 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 2015-2018 risulta che il 77,6% 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'82,7% ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e

formaggi, l'81,6% di fare regolare attività fisica, il 72,5% controllare il peso corporeo e il 77,3% di consumare più frutta e verdura.

L'attenzione degli operatori sanitari rivolta ai pazienti affetti da *diabete* si rileva elevata: il 66,6% ha ricevuto consiglio di fare regolare attività fisica, il 66,9% di smettere di fumare; il 85,6% 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. Nella popolazione adulta (18-69 anni) dell'ASL CN2, nel quadriennio 2015-2018 (Sorveglianza PASSI), la prevalenza di fumatori è del 27,4%, mentre quella degli ex fumatori del 17,8% (Tab. 7).

Tab. 7 – Abitudine tabagica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2015-2018

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	54,8	51,9	57,7	56,4	55,5	57,4	56,8	56,4	57,1
Fumatori	27,4	24,9	30,1	24,1	23,3	25,0	25,7	25,4	26,0
in astensione	0,8	0,4	1,5	1,1	0,9	1,3	1,0	0,9	1,1
occasionali	0,6	0,3	1,2	0,6	0,5	0,8	0,5	0,5	0,6
quotidiani	26,1	23,6	28,7	22,4	21,6	23,2	24,1	23,8	24,4
Ex-fumatori	17,8	15,7	20,1	19,5	18,7	20,2	17,5	17,3	17,8
Numero medio di sigarette fumate	11,5	10,6	12,4	12,2	11,9	12,6	12,2	12,1	12,4

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.

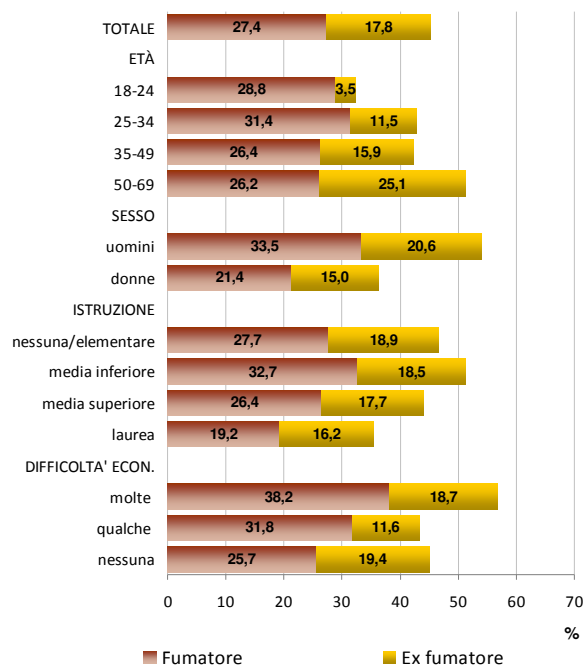
La maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione è maggiore nelle generazioni più giovani (Graf. 18).

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 33,5% e 21,4%), nelle fasce di età 18-24 (28,8%) e 25-34 (31,4%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (32,7%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (38,2%). Gli ex fumatori aumentano con l'età, sono più numerosi tra gli uomini. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11,5 (Tab. 7).

Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 41,7% ha tentato di smettere. Di questi: l'84,1% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); il 6,4% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); il 9,5% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno). Solo lo 0,7% 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 51,3% è stato chiesto se fuma (fumatori 73,5%; non fumatori 46,7%); tra i fumatori il 49,8% ha ricevuto il consiglio di smettere (50,4% Piemonte e 51,4% pool ASL Passi). Il consiglio di smettere di fumare è stato dato a scopo preventivo (19,7%), per motivi di salute (14,8%), per entrambe le ragioni (15,4%).

Graf. 18 – Abitudine tabagica per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 PASSI 2015-2018



La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: il 97,4% degli intervistati dell'ASL CN2 ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge) (95,3% Piemonte; 91,4% pool ASL Passi); tra i lavoratori intervistati il 97,4% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre (95% Piemonte; 93,4% pool ASL Passi). Il 15,3% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 3,3% 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 (94,9% vs. 84,7%).

Nel periodo 2015-2018 (Sorveglianza PASSI), il 68,3% 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 7,3% beve fuori pasto, il 2,4% ha un consumo abituale elevato², l'9% è bevitore binge³) (Tab. 8).

Tab. 8 – Consumo di alcol ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2015-2018.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	68,3	65,6	70,8	60,9	59,9	61,8	55,5	55,1	55,8
Consumo fuori pasto	7,3	6	9	8,1	7,6	8,7	8,3	8,1	8,4
Consumo abituale elevato ²	2,4	1,7	3,5	4,7	4,3	5,2	3,1	3	3,2
Consumo binge ³	9	7,4	10,8	10,7	10,1	11,4	9,3	9,1	9,4
Consumo a maggior rischio ¹	16,1	14,1	18,3	20,1	19,3	20,9	17,1	16,8	17,3
Bevitori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno dal medico ⁴	6,1	3	12,2	7,2	5,9	8,8	6,4	6	6,9
Alcol e guida	6,4	4,9	8,4	7,3	6,6	8	7,3	7	7,5

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.

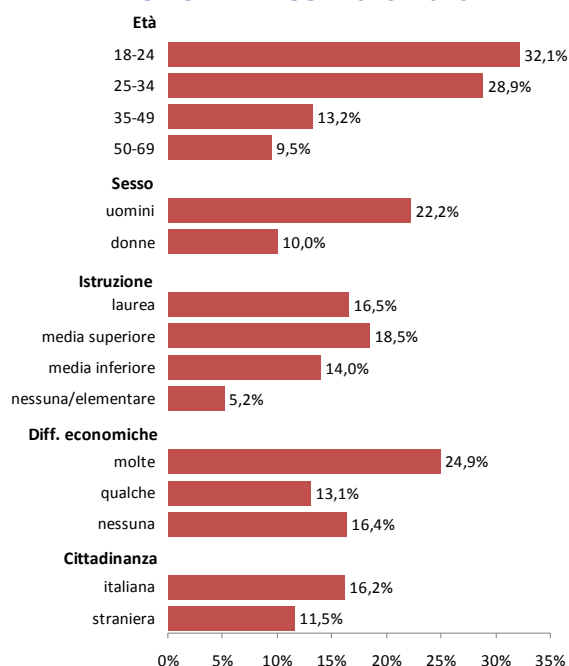
⁴ Tra coloro che si sono recati dal medico negli ultimi 12 mesi.

La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni (32,1%) e tra gli uomini (22,2%) (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 2015-2018, solo il 6,1% di essi riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo; tale percentuale risulta peraltro inferiore alla media regionale (7,2%) e al Pool di ASL (6,4%) (Tab. 8).

Inoltre a proposito di alcol e guida, nel periodo 2015-2018, nell'ASL CN2 il 6,4% 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 (7,3% Piemonte e Pool ASL PASSI) (Tab. 8).

Graf. 19 - Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche ASL CN2 - PASSI 2015-2018



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 2015-2018.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	8	6,5	9,7	8,6	8	9,1	10,9	10,6	11,1
Sovrappeso	26,3	23,8	28,9	28,9	28,1	29,8	31,6	31,3	31,9
Normo/sottopeso	65,8	63	68,4	62,5	61,6	63,4	57,6	57,2	57,9

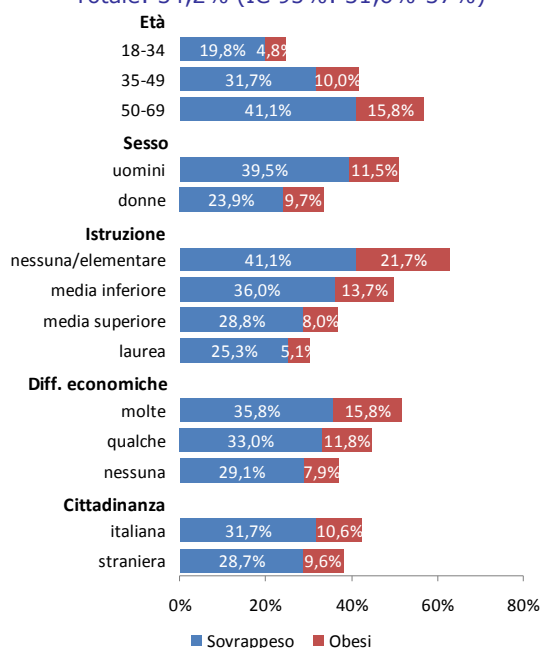
Il 26,3% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2015-2018 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono il 8% (Tab. 9); gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (39,5%) e obesi (11,5%) rispetto alle donne (23,9%, 9,7%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche (Graf. 20).

Inoltre tra i soggetti in eccesso ponderale il 52,8% ha ricevuto il consiglio da parte del proprio medico di famiglia o da altro operatore sanitario di perdere peso (50,3% Piemonte e 47,5% Pool ASL PASSI) e il 41,1% di fare attività fisica, mentre il 22,7% dichiara di seguire una dieta.

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

ASL CN2 – PASSI 2015-2018

Totale: 34,2% (IC 95%: 31,6%-37%)



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 7,7% assume le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore inferiore al dato regionale 12,3%, 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) e al peso (è minore nei soggetti in sovrappeso/obeso).

Tab. 10 – Consumo di frutta e verdura ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2015-2018.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	1,1	0,6	2	1,9	1,7	2,2	2,6	2,5	2,8
1/2 porzioni	44,4	41,5	47,4	41,7	40,7	42,6	48,3	47,9	48,6
3/4 porzioni	46,8	43,9	49,7	44,1	43,2	45,1	39,1	38,7	39,4
5+ porzioni	7,7	6,3	9,4	12,3	11,7	12,9	10,0	9,8	10,2

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 33,9% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 45,1% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 21% è completamente sedentario (31,9% Piemonte e 34,5% Pool ASL) (Tab. 11).

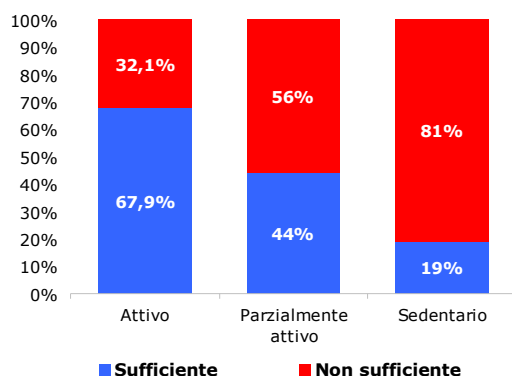
Tab. 11 – Attività fisica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2015-2018.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	33,9	31,2	36,8	31,7	30,8	32,7	31,4	31,1	31,7
Parzialmente attivo	45,1	42,2	48,1	36,4	35,4	37,3	34,1	33,8	34,5
Sedentario	21	18,7	23,5	31,9	31,0	32,9	34,5	34,2	34,8

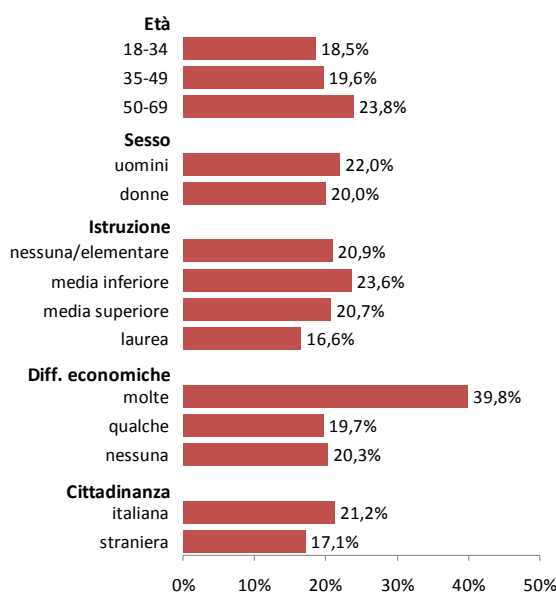
La sedentarietà è lievemente più diffusa in particolar modo nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle persone con bassa scolarità e con molte difficoltà economiche (Graf. 21).

Il 19% 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 2015-2018



Graf. 21 – Sedentari per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 - PASSI 2015-2018



Il 32% 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 (45,8%).

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 2015-2018 ASL CN2: *Allario Milena, Dogliani Maria Grazia, Fenocchio Maddalena, Ferlauto Paola, Franco Carlevero Nadia, Forte Valentina, Giachino Giovanna, Leone Aldo, Magliano Rosa, Musso Claudia, Palma Anna Maria, Pansa Susanna, Serventi Maria Gabriella* - S.C. SISP; *Sorano Nicoletta* - S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione; *Bussolino Paola, Masenta Marina, Rolando Tiziana, Strovegli Maria Gemma* - Medicina dello Sport - S.C. SISP; *Giachelli Vilma Gretha, Lora Elena* - S.C. SPreSAL; *Marziani Natalina* - S.C. SIAN. Collaboratore 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'A.S.L. CN2 durante il 2018. 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 i 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 2018 non sono state segnalate malattie di classe I.

2. Malattie di classe II

2.1 Pertosse

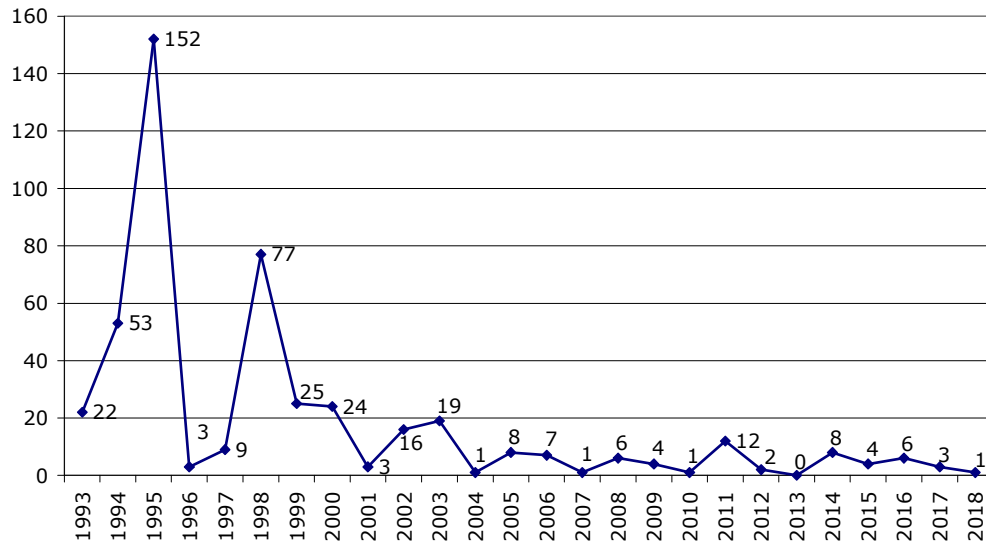
Numero di casi segnalati nel 2018: 1

Tasso d'incidenza: 0.58/100.000

Età: 9 anni

Stato vaccinale: soggetto vaccinato.

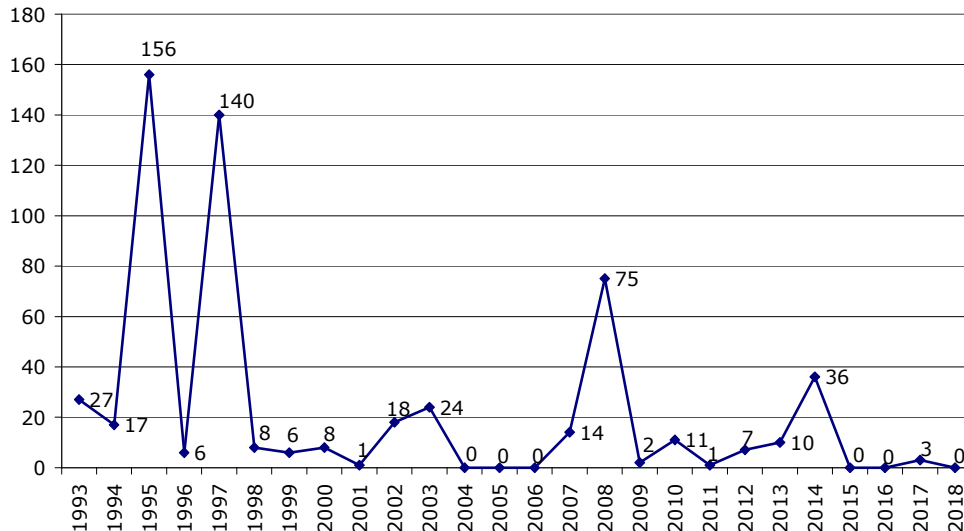
Fig. 1. ASL CN2. Pertosse: andamento del numero dei casi segnalati nel periodo 1993-2018



2.2 Morbillo

Numero di casi segnalati nel 2018: 0

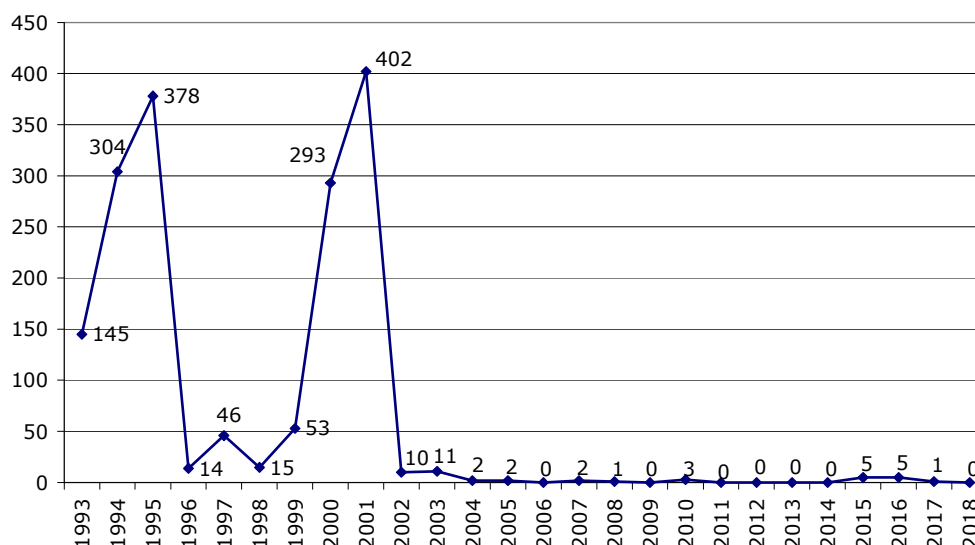
Fig. 2. ASL CN2. Morbillo: andamento del numero dei casi segnalati nel periodo 1993-2018



2.3 Parotite epidemica

Numero di casi segnalati nel 2018: 0

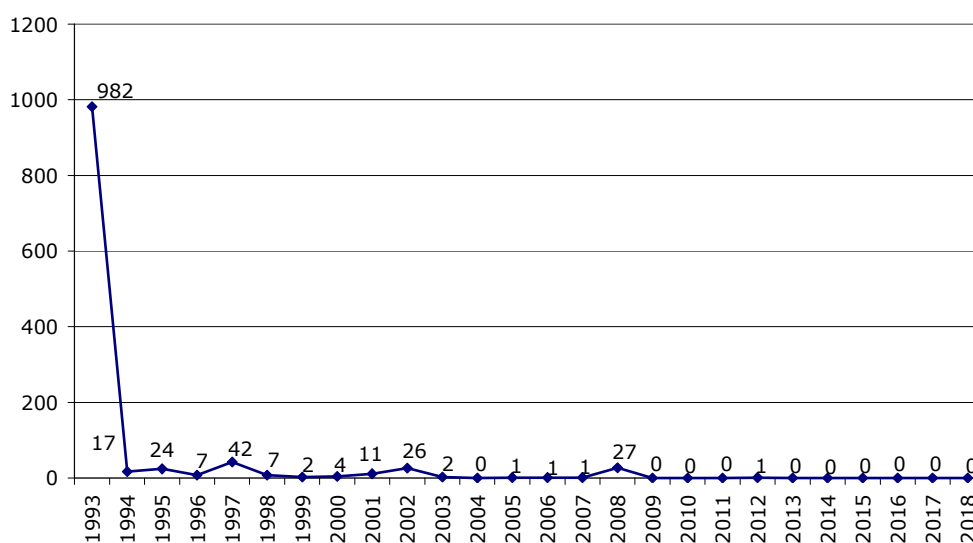
Fig. 3. ASL CN2. Parotite epidemica: andamento del numero dei casi segnalati nel periodo 1993-2018



2.4 Rosolia

Numero di casi segnalati nel 2018: 0

Fig. 4. ASL CN2. Rosolia: andamento del numero dei casi segnalati nel periodo 1993-2018



2.5 Varicella

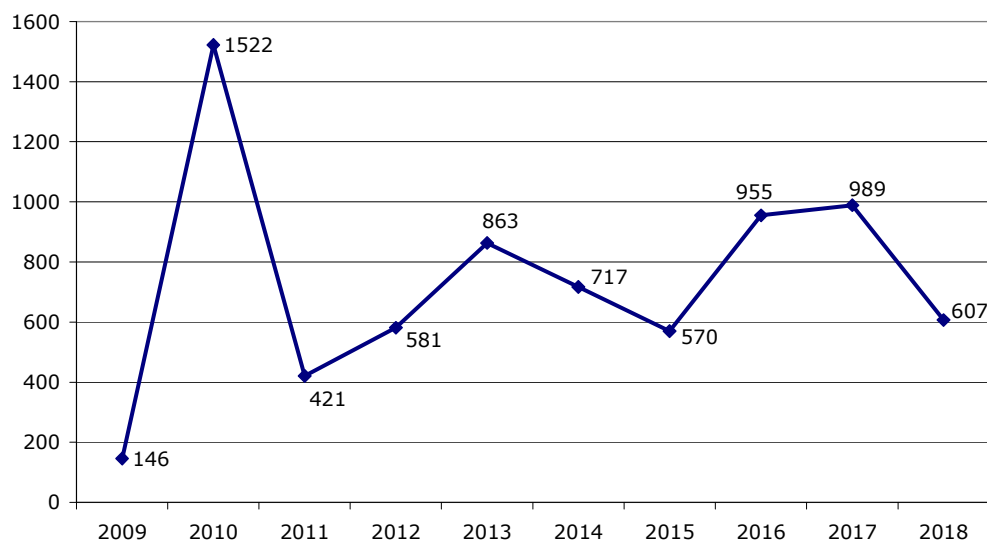
Numero di casi segnalati nel 2018: 607

Tasso d'incidenza: 354/100.000

Il Piano Nazionale di Promozione delle Vaccinazioni 2018-2019 ha introdotto la vaccinazione quadrivalente morbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV), resa obbligatoria con la legge 119/2018 per i nati a partire dal 2017. La schedula vaccinale corrente prevede la prima dose del vaccino MPRV tra i 12 e i 15 mesi di vita e la seconda dose a 5-6 anni.

Nei prossimi anni, se saranno raggiunte coperture adeguate, potremo assistere ad una significativa riduzione dell'incidenza. L'andamento delle segnalazioni nel periodo 2009-2018 è riportato nel grafico che segue.

Fig. 5. ASL CN2. Varicella: andamento del numero dei casi segnalati nel periodo 2009-2018



3. Altre malattie segnalate

MALATTIE	Fascia d'età				TOTALE
	0-14	15-24	25-64	>=65	
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	33	2	6	6	47
INFEZIONI INTESTINALI DA ALTRI ORGANISMI	1			1	2
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	21	3	9	7	40
DIARREA INFETTIVA				1	1
SCARLATTINA	144				144
ALTRI ESANTEMI VIRALI	28				28
EPATITE VIRALE A	1	1	4	1	7
MALATTIE SPECIFICHE DA VIRUS COXSACKIE	41				41
MONONUCLEOSI INFETTIVA	3				3
MALATTIA DI LYME(BORRELIOSI)			1		1
SIFILIDE RECENTE CON SINTOMI			1		1
ALTRE E NON SPECIFICATE DERMATOMICOSI				1	1
SCABBIA		2	3	3	8
MENINGITE DA BATTERI NON SPECIFICATI				1	1
MALATTIA DEL LEGIONARIO (LEGIONELLOSI)			7	7	14
MENINGOENCEFALITE VIRALE			1		1
S. RESP. GRAVI E INFLUENZA CON ISOLAM. VIRALE			1		1
TOTALE	866	10	45	28	341

Malattie batteriche invasive

Di seguito sono riportati alcuni dati relativi ai casi segnalati di malattie batteriche invasive. Sono tutti ad etiologia pneumococcica. Le fonti dei dati sono il Lab. di Patologia Clinica, Ospedale S. Lazzaro – Alba ed il Servizio Regionale di Epidemiologia delle 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, e come tali potenzialmente prevenibili.

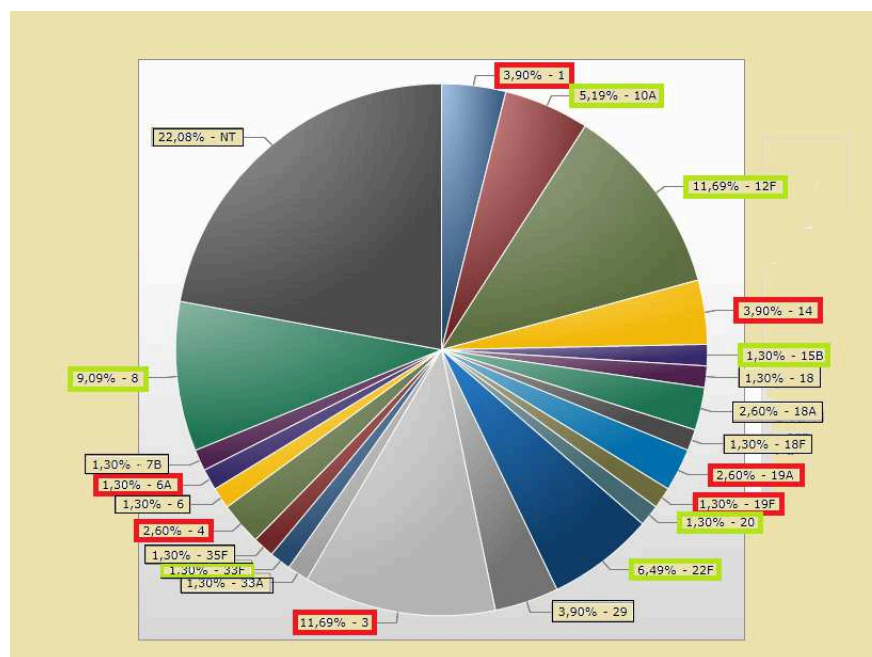
Età	Quadro clinico	Diagnosi di lab.	Agente etiologico	Sierotipo	Precedente vaccinazione
71	SEPSI	SANGUE	S pneumoniae	3	no
82	SEPSI	SANGUE	S pneumoniae	22F	no
71	POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	10A	no
82	SEPSI POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	33A	no
65	SEPSI POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	19A	no
90	POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	Non tipizzabile	no
72	POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	3	no
90	SEPSI POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	Non tipizzabile	no
73	MENINGITE POLMONITE	SANGUE LIQUOR	S pneumoniae	6A	no
45	SEPSI POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	12F	no
69	SEPSI POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	12F	no
39	POLMONITE	SANGUE	S pneumoniae	4	no

Il grafico che segue riporta la distribuzione dei sierotipi di pneumococco isolati presso il Lab. di Microbiologia dell'Ospedale di Alba e tipizzati presso il centro di riferimento regionale a partire dal 2013, anno in cui la sierotipizzazione è stata estesa ai soggetti in età adulta (precedentemente includeva solo i bambini sino a 14 anni). Si può notare una notevole eterogeneità dei sierotipi: alcuni sono contenuti nel vaccino coniugato 13-valente (rettangolo con cornice rossa), altri sono inclusi nel vaccino non coniugato 23-valente (rettangolo con cornice verde), i restanti non sono contenuti in nessuno dei vaccini disponibili. In una parte degli isolati (indicati come "NT" nella legenda) non è stato possibile effettuare la sierotipizzazione. Complessivamente i sierotipi contenuti nei vaccini pneumococcici rappresentano il 63.6% del totale. Sempre nel periodo 2013-2018 sono stati registrati due fallimenti vaccinali:

- una polmonite da sierotipo 1 in un bambino di 3 anni vaccinato con 3 dosi di Prevenar 13;
- una meningite da sierotipo 4 in un paziente anziano che aveva ricevuto una dose del vaccino 23-valente dieci anni addietro.

Alcuni casi, precedentemente vaccinati, di malattia invasiva pneumococcica (3 pediatriche e 1 adulto) non sono invece da considerare fallimenti vaccinali, in quanto il sierotipo isolato non era incluso nei vaccini attualmente in uso.

Fig. 6. ASL CN2. Distribuzione dei sierotipi di pneumococco isolati nel periodo 2013-2018



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	Chemioprofilassi	Precauzioni anti-vettoriali
9	M	Burkina Faso	Giugno-Agosto 2018	Plasmodium falciparum	Incompleta (con meflochina) omettendo alcune dosi	Adottate solo qualche volta
76	M	Liberia	Luglio-agosto 2018	Plasmodium falciparum	Incompleta (con meflochina) omettendo alcune dosi	Non adottate

4. Coperture vaccinali (%) a 24 mesi di età

Nella tabella seguente sono riportate le **coperture vaccinali rilevate a 24 mesi di età** nel corso del 2018 tra i bambini residenti nell'ASL CN2, confrontate con il dato di copertura complessivo della Regione Piemonte e dell'Italia. Si tratta quindi dei nati nel 2016. Meningococco B e Rotavirus non sono inclusi in tabella in quanto introdotti come vaccini raccomandati a partire dalla coorte 2017 e 2018 rispettivamente.

	IPV	DTPa	Hib	HBV	MPR	Varicella*	PNC**	MenC**
ASL CN2	95	95	94	95	96	46	94	92
Regione Piemonte	96	96	95	96	95	47	93	92
Italia	95	95	94	96	93	74	92	85

*Varicella: vaccinazione obbligatoria solo a partire dalla coorte di nascita 2017

** Pneumococco e Meningococco C sono vaccinazioni raccomandate ma non obbligatorie

DTPa = Difterite-Tetano-Pertosse

IPV = Polio

Hib = Haemophilus b

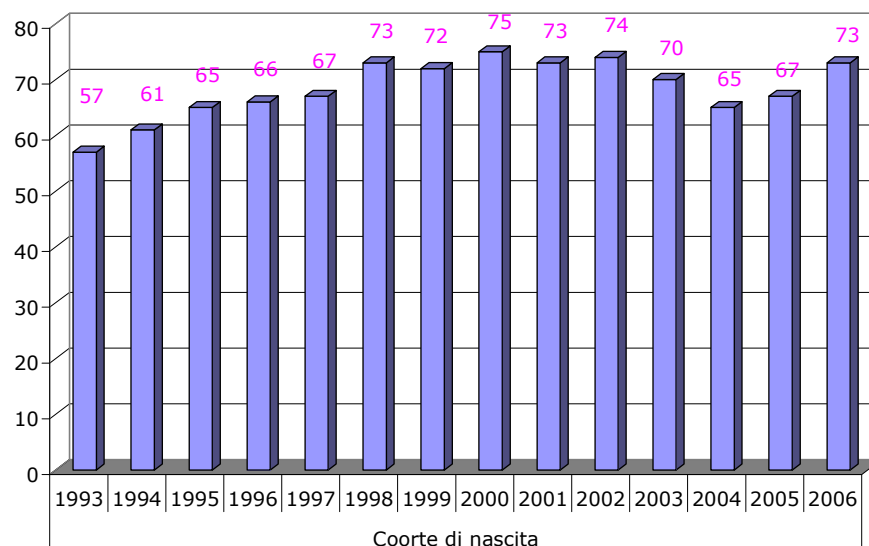
HBV = Epatite B

MPR = Morbillo Parotite Rosolia

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. Tra tutte le coorti di nascita coinvolte nell'offerta attiva dei vaccini HPV (ragazze nate dal 1993 al 2006), la copertura vaccinale complessiva risulta del 68.4%. A partire dal 2018 la vaccinazione è stata estesa anche ai maschi, coinvolgendo i nati della coorte 2006, con un'adesione del 63%.

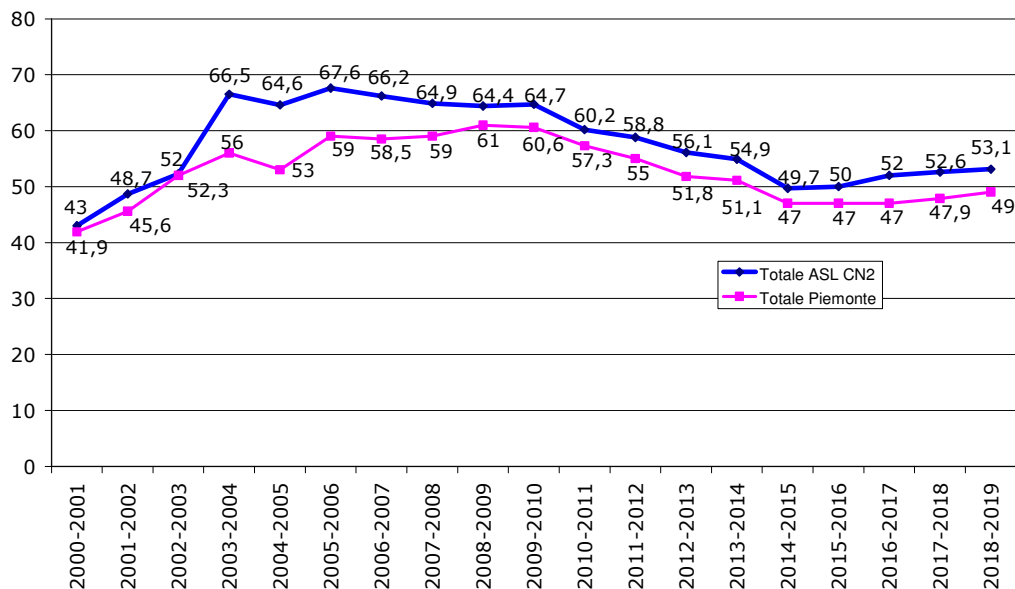
Fig. 7. ASL CN2. Copertura vaccinale HPV per coorte di nascita (ciclo completo, femmine)



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

In continuità con quanto rilevato nei due anni precedenti, prosegue l'incremento della copertura vaccinale contro l'influenza nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni, che appare costantemente superiore di alcuni punti rispetto al dato medio regionale.

Fig. 8. Copertura vaccinale contro l'influenza nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni: confronto tra ASL CN2 e Regione Piemonte, stagioni 2000-2001/2018-2019



7. Il vaccino contro il papilloma virus (HPV): un'opportunità troppo spesso mancata

Nell'Unione Europea il cancro cervicale, nelle donne di età compresa tra 15 e 44 anni, è il secondo tumore più comune dopo il carcinoma mammario. Ogni anno nell'UE sono diagnosticati circa 33.000 nuovi casi di cancro cervicale e si verificano 15.000 decessi. Com'è noto, la causa del carcinoma cervicale è un'infezione persistente del tratto genitale da parte di alcuni tipi di papillomavirus umano (HPV).

Sono stati descritti più di 100 tipi di HPV. Almeno 14 tipi sono classificati come ad alto rischio oncogeno: oltre a causare il cancro cervicale, sono associati in entrambi i sessi a tumori della zona ano-genitale e a tumori della testa e del collo. HPV 16 e HPV 18 sono i tipi ad alto rischio più comuni, causando circa il 70% di tutti i casi di cancro cervicale. Per quanto riguarda i tipi virali a basso rischio oncogeno, HPV 6 e 11 sono responsabili di circa il 90% dei casi di condilomatosi genitale. Il vaccino attualmente in uso contiene 9 tipi virali, ossia i 7 tipi a rischio oncogeno più diffusi (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) e i due tipi correlati ai condilomi genitali (HPV 6 e 11). E' un passo avanti rispetto ai vaccini di prima generazione, ossia il bivalente (HPV 16 e 18) e il quadrivalente (HPV 6, 11, 16, 18). Sulla base dei trial clinici, tutti questi vaccini hanno dimostrato un'elevata efficacia nella prevenzione delle lesioni precancerose HPV-associate [1]. Gli studi epidemiologici suggeriscono che il vaccino 9-valente, in relazione all'ampio spettro di tipi virali in esso contenuti e alla sua elevata immunogenicità, possa prevenire circa il 90% dei casi di carcinoma cervicale, oltre alla maggior parte dei carcinomi vulvari e vaginali correlati all'HPV e, in entrambi i sessi, è in grado di diminuire l'incidenza dei cancri anali correlati all'HPV e delle verruche genitali [2]. I dati relativi all'impatto del vaccino nelle patologie oro-faringee sono limitati: gli studi attualmente disponibili hanno dimostrato una riduzione dell'88% delle infezioni da HPV del cavo orale [3]. Riguardo alla sicurezza, si tratta di un aspetto continuamente monitorato a livello internazionale e sino ad ora non sono emersi segnali che suggeriscano una revisione delle valutazioni rischio/beneficio.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 ha introdotto la vaccinazione HPV anche per i maschi preadolescenti, a partire dalla coorte dei nati nel 2006. Nell'ASL CN2 l'adesione è stata del 67.1% nei maschi di questa coorte, ma occorre ricordare che si è trattato del primo anno che ha visto l'estensione dell'offerta del vaccino ad entrambi i sessi. Il grafico in Fig. 7 mostra che l'adesione nelle femmine dall'inizio del programma di vaccinazione (coorte 1993) non ha mai superato il 75%, mentre il valore medio delle nate nel periodo 1993-2006 (pari al

68.4%) appare insoddisfacente, né può essere di consolazione il fatto che il dato italiano e regionale risulta inferiore. Una revisione sistematica condotta in Europa ha evidenziato alcune motivazioni ricorrenti alla base della mancata adesione alla vaccinazione HPV: informazioni insufficienti e inadeguate; potenziali effetti collaterali del vaccino; problemi relativi alla fiducia verso le autorità sanitarie e i medici, e dubbi sull'efficacia del vaccino [4]. In particolare per quanto riguarda l'Italia, lo studio ha evidenziato la più alta percentuale media di partecipanti con preoccupazioni sulle vaccinazioni in generale e una percezione di basso rischio di cancro cervicale con conseguenti dubbi sulla necessità di vaccinare i figli contro l'HPV. Questi dati confermano che, come è già accaduto per altre vaccinazioni (soprattutto morbillo, parotite e rosolia) l'adesione è influenzata negativamente da informazioni non corrette o persino terroristiche e da una sostanziale sottovalutazione del rischio. Non disponendo degli strumenti utilizzati per promuovere altri tipi di vaccinazione, i.e. l'obbligo sancito da una disposizione legislativa, il vaccino HPV rischia di essere considerato un presidio di prevenzione di importanza minore, mentre sappiamo che nelle realtà in cui è stata raggiunta un'elevata adesione il beneficio è evidente: in Australia, dove è stato utilizzato il vaccino quadrivalente, è stata osservata un'incidenza di 3 casi di CIN3 e/o adenocarcinoma in situ per 1.000 donne vaccinate con HPV rispetto a 6 casi di CIN3 e/o adenocarcinoma in situ per 1.000 donne non vaccinate [5]. Inoltre le donne vaccinate contro l'HPV mostravano una maggiore partecipazione allo screening cervicale rispetto alle donne non vaccinate. Alcuni anni fa l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto, in collaborazione con Asl e Regioni, il progetto "Valore" con l'obiettivo di identificare aree di azione per migliorare l'adesione alla vaccinazione contro l'HPV e fornire ad Asl e Regioni alcuni strumenti operativi, con il fine ultimo di incrementare le coperture vaccinali in tutto il territorio nazionale. Il documento pubblicato a conclusione del progetto, contenente le azioni raccomandate per incrementare la copertura vaccinale, mantiene inalterata la sua validità e ad esso dobbiamo far riferimento per le nostre azioni future [6].

Bibliografia

1. Arbyn M, Xu L, Simoons C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 9;5:CD009069.
2. Signorelli C, Odone A, Ciorba V et al. Human papillomavirus 9-valent vaccine for cancer prevention: a systematic review of the available evidence. *Epidemiol Infect*. 2017 Jul;145(10):1962-1982.
3. Chaturvedi AK, Graubard BI, Broutian T et al. Effect of Prophylactic Human Papillomavirus (HPV) Vaccination on Oral HPV Infections Among Young Adults in the United States. *J Clin Oncol*. 2018 Jan 20;36(3):262-267.
4. Karafillakis E, Simas C, Jarrett C et al. HPV vaccination in a context of public mistrust and uncertainty: a systematic literature review of determinants of HPV vaccine hesitancy in Europe. *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(7-8):1615-1627.
5. Australian Institute of Health and Welfare 2019. Analysis of cervical cancer and abnormality outcomes in an era of cervical screening and HPV vaccination in Australia. <https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/analysis-of-cervical-cancer-and-abnormality/contents/summary>
6. Istituto Superiore di Sanità. Progetto valore. "Aree di Azione e proposte per migliorare l'adesione al programma di immunizzazione per l'HPV"
https://www.epicentro.iss.it/hpv/pdf/Documento_finale_Azioni%20e%20proposte.pdf

Cronicità ed innovazione: un'opportunità da cogliere

Patrizia Corradini, Riccarda Cusatelli, Mirko Panico, Elio Laudani, Annamaria Gianti

Dopo quarant'anni dalla nascita del Sistema Sanitario Nazionale (Legge 833 del 1978) e dopo vent'anni dall'entrata in vigore del Decreto Legislativo 229 del 1999 (la cosiddetta Riforma Ter) che avrebbe dovuto rilanciare i principi della 833 ed, in particolare, dell'assistenza territoriale, è giusto domandarsi se il Distretto è effettivamente diventato il luogo della unitarietà progettuale complessiva delle politiche di indirizzo programmatico sulla intera gamma delle tematiche sulla salute.

Il Distretto doveva infatti diventare l'artefice del cambiamento tanto atteso all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, ricoprendo un ruolo fondamentale come punto di riferimento per la lettura del bisogno di salute rispetto alla gestione della domanda di servizi e, di conseguenza, per la programmazione ed il governo dei servizi utili ai cittadini di un particolare territorio. Ma, tutto ciò è realmente avvenuto? Molto è stato fatto sul versante della prevenzione primaria, secondaria e terziaria per far sì che il sistema sanitario nazionale e le politiche territoriali fossero capaci di rendere sinergiche le azioni della sanità pubblica, dei medici di famiglia e degli specialisti con le politiche sanitarie, ma anche sociali, ambientali, dei trasporti, della comunicazione, della formazione e della scuola. Ma molto resta ancora da fare!

Per le varie istituzioni è sempre più faticoso far fronte ai bisogni ed alle complessità assistenziali, così che appare sempre più indispensabile il coinvolgimento delle varie componenti della società civile, al fine di rendere sostenibile un sistema sanitario di qualità.

La sanità pubblica deve continuare a garantire valori sociali fondamentali, quali, per esempio l'universalismo, l'equità, l'integrazione. Diventa quindi indispensabile ottimizzare le risorse in un clima di fiducia e collaborazione che portano a valorizzare le sinergie tra le varie professionalità. Le azioni volte a favorire la consapevolezza in tema di salute e di benessere, la condivisione delle responsabilità, l'alleanza tra gli operatori e la persona assistita rendono possibili reali collaborazioni nella gestione del percorso di cura. L'innovazione da tempo e da più parti auspicata prevede una completa "gestione" autonoma della presa in carico dei bisogni dell'assistito all'interno di un sistema integrato, in grado di supportare il processo decisionale nella gestione della patologia. Il salto di qualità consiste nel recupero culturale del significato di salute e di malattia inseriti in un contesto generale che permette di coniugare il principio del curare, derivante dalla medicina scientifica, con quello del prendersi cura in modo globale, olistico ed al tempo stesso personalizzato. Il prendersi cura in questa forma innovativa implica il sostenere la persona ammalata verso un empowerment condiviso con gli operatori sanitari, finalizzato alla gestione ed al mantenimento dello stato di salute.

L'assistenza territoriale si colloca in un contesto in rapida e costante evoluzione ed è il luogo privilegiato per la presa in carico globale della persona fragile, della sua Famiglia e del caregiver, che si realizza attraverso nuovi modelli organizzativi di lavoro in rete.

In questo contesto, il medico di famiglia, come riferimento clinico sul territorio, assume, all'interno del gruppo di professionisti della salute, una valenza educativa/formativa fondamentale, che consente al cittadino di trasformarsi da assistito in soggetto attivo per la gestione della propria salute.

La condivisione delle conoscenze e delle responsabilità permette così di prendere decisioni anche critiche in grado di contrastare il tecnicismo talvolta esagerato, il consumismo sanitario e l'ipermedicalizzazione.

È anche questo lo spirito col quale sono state pensate realtà quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.), le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.) o le Case della Salute, che sono in grado di aggregare progetti condivisi dove anche le nuove tecnologie possono rappresentare un valore aggiunto nell'ambito dell'assistenza. In effetti, l'attività operativa del medico di famiglia si è decisamente modificata ed in prospettiva potranno essere ancora sostanziali le trasformazioni alle quali assisteremo.

Nella realtà dell'A.S.L. CN2 i **Medici di Medicina Generale**, nell'anno 2018, erano 109, dei quali 87 organizzati in varie forme associative, con un totale di 1.796 ore di apertura settimanale degli studi diffusi su tutto il territorio. **La Pediatria di Libera Scelta** poteva invece contare su 16 Pediatri, dei quali 8 in associazione, con un totale di 291 ore di apertura settimanale. Nella **Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica)** sono stati impegnati 30 medici su cinque sedi, la cui attività risulta quella sinteticamente di seguito riportata.

ATTIVITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ANNO 2018	NUMERO PRESTAZIONI/ORE
VISITE (ambulatoriali, domiciliari, a minori di 14 anni, in RAF ed in RSA)	20.895
PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE	5.109
CONSIGLI TELEFONICI	7.477
PRESTAZIONI TOTALI	33.481
ORE MEDICO TOTALI IN GUARDIA MEDICA	32.826

Per migliorare l'assistenza diventa sempre più importante ascoltare i bisogni reali dei cittadini. È proprio sull'ascolto che si può migliorare il percepito della figura e del ruolo del medico. Occorre realizzare quanto di buono è rimasto dell'organizzazione del nostro sistema sanitario nazionale e colmare le disuguaglianze di salute, di organizzazione e di cultura sanitaria, che sono oggi ancora del tutto evidenti.

Fondamentale è, quindi, formare i giovani medici e rieducare i meno giovani che abbiano scordato i principi essenziali della medicina, del rapporto umano, della vera comunicazione, dell'attenzione alla persona e della gestione delle differenze e dell'incertezza.

Il ruolo del Distretto è proprio anche quello di mediatore e facilitatore fra le varie parti. Sicuramente con questo obiettivo si è cercato, negli ultimi anni, anche nella nostra A.S.L. di riorganizzare le attività distrettuali, compresa la riqualificazione prevista e da più parti auspicata dell'assistenza specialistica ambulatoriale diffusa su tutto il territorio, se pur con sempre maggior difficoltà nel reperire medici, soprattutto in particolari branche.

Si riportano, di seguito, i dati dell'attività degli **Specialisti Ambulatoriali Interni (S.A.I.)** svolta su tutto il territorio dell'A.S.L. nell'anno 2018, confrontati con i dati dell'anno 2017, dai quali emerge una produttività media pressoché costante.

BRANCA SPECIALISTICA	2017			2018		
	ORE PAGATE	NUMERO PRESTAZ.	MEDIA ORARIA	ORE PAGATE	NUMERO PRESTAZ.	MEDIA ORARIA
ALLERGOLOGIA	1.024,19	3.400	3,32	1.012,96	3.735	3,69
ANGIOLOGIA	97,50	181	1,86	8,00	132	1,69
CARDIOLOGIA	2.808,00	6.875	2,45	2.806,22	7.807	2,78
DERMATOLOGIA	2.060,31	7.015	3,40	2.184,17	7.324	3,35
MEDICINA DELLO SPORT	1.352,00	2.115	1,56	1.358,50	2.002	1,47
NEUROLOGIA	1.136,00	1.888	1,66	1.080,30	1.827	1,69
OCULISTICA	2.268,20	4.030	1,78	1.979,38	3.766	1,90
ODONTOIATRIA	4.741,89	7.196	1,52	4.754,82	7.244	1,52
ODONTOPROTESI	977,45	1.273	1,30	943,28	1.131	1,20
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.924,00	7.129	3,71	1.932,95	7.011	3,63
OTORINOLARINGOIATRIA	1.541,50	5.952	3,86	1.545,00	6.488	4,20
SCIENZA ALIMENTAZIONE	620,50	992	1,60	208,00	365	1,75
UROLOGIA	1.092,00	3.551	3,25	1.092,00	3.561	3,26
TOTALE GENERALE	21.643,54	51.597	2,38	20.975,58	52.393	2,50

Negli anni si sono intensificati gli sforzi per coinvolgere gli specialisti anche nell'erogazione di prestazioni nell'ambito delle Cure Domiciliari, che rappresentano un'importante forma di assistenza, non solo nei confronti dell'anziano, ma anche nei casi di pazienti affetti da postumi di fratture, da patologie cardiovascolari, dell'apparato respiratorio etc... L'obiettivo è quello di fornire, sotto la responsabilità clinica del medico di medicina generale, cure appropriate al domicilio del paziente, da parte del medico stesso, di infermieri, di fisioterapisti, di operatori socio-sanitari e/o di altri operatori dei servizi territoriali ed ospedalieri, degli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali e delle Associazioni di Volontariato, secondo le necessità rilevate. Il presupposto per la loro attivazione è la presenza e la disponibilità alla gestione attiva del progetto assistenziale da parte di un familiare/caregiver, al domicilio della persona assistita.

L'assistenza domiciliare è sempre più considerata una necessità e rappresenta un valore aggiunto per i cittadini affetti da malattie croniche e non solo.

La vera emergenza, nonché la grande sfida dei prossimi decenni, consiste proprio nella capacità di incentrare le strategie sanitarie sulla gestione della multi-cronicità, che può diventare, in un prossimo futuro, uno dei principali problemi di sostenibilità economica del sistema. È indispensabile, a tal proposito, individuare le strategie per rafforzare e modernizzare l'assistenza a domicilio. L'innovazione tecnologica in questo ambito riveste ancora un ruolo molto marginale, che si sta cercando di ampliare, anche per consentire di facilitare la comunicazione e le fasi di presa in carico/gestione dell'assistito per migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza erogata. Inoltre, il potenziamento dell'utilizzo della tecno-assistenza può dare supporto nel garantire l'accesso alle cure domiciliari anche alle persone che vivono nei territori geograficamente più disagiati, riducendo, in generale tempi e spazi. Nella realtà della nostra A.S.L. sono in corso sperimentazioni in tal senso nel territorio dell'Alta Langa. La cronicità, in effetti, diventa sostenibile se il paziente non deve continuamente spostarsi per ricevere i servizi di cui ha bisogno, ma li riceve nei luoghi dove vive. Il gruppo di lavoro, guidato ovviamente dal medico di famiglia, non si limita, in questi casi, a fornire una prestazione, ma adotta un approccio proattivo e sostiene la persona assistita nelle scelte attive e consapevoli sulla sua salute/malattia e sulla modificazione dei comportamenti a rischio.

In Italia l'assistenza domiciliare continua ad essere sottodimensionata rispetto ai bisogni di una popolazione che invecchia, con un carico crescente di cronicità, di disabilità e di non autosufficienza. Nella nostra A.S.L., negli anni, si è riusciti a seguire a domicilio casi sempre più complessi, grazie anche alla possibilità di attivare consulenze specialistiche e psicologiche a domicilio, percorsi riabilitativi domiciliari, assistenza di ventiloterapia domiciliare per pazienti affetti da particolari patologie, radiologia domiciliare per casi selezionati, servizio di Vulnologia con telemedicina ed 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 anche sulla consulenza dei medici palliativisti, che valutano il paziente e concordano anche un eventuale ricovero in Hospice, qualora vengano meno le condizioni di assistenza nella propria casa.

Si riportano, di seguito, i dati di attività sulle Cure Domiciliari negli anni trascorsi.

Tipologia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.D.I.	1.075	1.254	1.469	1.643	1.910	1.804	1.016	976	1.056	967	1.247	1.668
A.D.I. + C.P.	164	210	222	241	201	206	186	191	187	138	193	174
S.I.D.	993	880	913	931	861	713	554	601	593	672	455	426
A.D.P.	1.332	1.548	1.439	1.414	1.836	2.310	2.440	2.360	2.361	2.714	2.300	1.976
TOTALE	3.719	4.122	4.377	4.604	4.808	5.033	4.196	4.128	4.197	4.491	4.195	4.244

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

Nel caso di pazienti ricoverati, l'accesso alle Cure Domiciliari avviene su iniziativa della struttura di degenza in cui la persona è ricoverata, prima della dimissione, per il tramite del N.O.C.C. (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure). La proposta, tramite piattaforma informatizzata, arriva al N.D.C.C. (Nucleo Distrettuale Continuità delle Cure) che la condivide con il medico di medicina generale, per proporgli l'attivazione di una delle tipologie di cure previste. La continuità delle cure prevede un percorso integrato di continuità delle cure ospedale-territorio ed è indispensabile per la presa in carico globale del paziente e del suo nucleo familiare, come previsto dalla DGR 27-3628 del 28/03/2012.

Il N.O.C.C. ed il N.D.C.C. costituiti da personale medico, infermieristico e sociale, garantiscono percorsi integrati di continuità di cura ospedale-territorio, proponendo gli interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale più appropriati all'interno della rete dei servizi, al fine di contribuire a contenere i tempi di degenza, ottimizzare i processi in fase di dimissione e migliorare la compliance al progetto di cura della persona assistita e della sua famiglia. È il sistema che agisce in una logica proattiva, proponendo e predisponendo la soluzione migliore.

I destinatari del percorso sono persone che, al momento della dimissione ospedaliera, necessitano di prestazioni che non consentono il ritorno diretto al loro domicilio, necessitando di prestazioni non erogabili presso la loro abitazione.

I setting di Continuità di Cura previsti possono essere, sul nostro territorio:

- STRUTTURE RIABILITATIVE 1° - 2° LIVELLO
- C.A.V.S. - C.A.V.S. RIABILITATIVO
- HOSPICE
- R.S.A.

Nei casi in cui la persona assistita con instabilità clinica necessiti di intervento riabilitativo, attraverso la consulenza del Medico Fisiatra si espletano le valutazioni per la definizione del setting di continuità assistenziale di 1° o di 2° livello descritte nella Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale (P.P.R.I).

Per le attività di Riabilitazione e Recupero Funzionale, la nostra ASL fa riferimento alle Strutture di Riabilitazione e Recupero Funzionale "La Residenza" di Rodello e "Città di Bra" di Bra.

Le indicazioni al ricovero in Strutture di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (C.A.V.S.) riguardano pazienti in stato di stabilità clinica e, dal punto di vista riabilitativo, con disabilità complesse prevalentemente motorie, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio ambientali o socio-familiari. Nella nostra A.S.L., nel 2018, i Posti Letto C.A.V.S. erano 40 presso il Centro Riabilitazione Ferrero e 18 a Canale. Al Centro Riabilitazione Ferrero, nell'anno 2018, sono stati autorizzati 461 ricoveri C.A.V.S., di cui 189 riabilitativi, per un totale di 13.442 giornate di degenza, mentre a Canale si sono registrati 227 ricoveri C.A.V.S. con un totale di 5.587 giornate di degenza.

Gli assistiti in condizioni di stabilità clinica che necessitano di interventi sanitari riabilitativi minori rispetto a quanto previsto presso le Strutture Riabilitative di I - II livello, possono accedere alla Struttura di riferimento dell'ASL CN2 come C.A.V.S. Riabilitativo, che è il Centro di Riabilitazione Ferrero di Alba. In questi casi la richiesta di accesso da parte della Struttura di degenza deve essere accompagnata dalla Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale (P.P.R.I).

L'Hospice è la struttura residenziale in cui il malato in fase terminale e la sua famiglia possono trovare sollievo per un periodo circoscritto per poi fare ritorno a casa o per vivere nel conforto gli ultimi giorni di vita. Nell'Hospice di Bra, nell'anno 2018, sono stati ricoverati 124 pazienti (63 donne e 61 uomini), di età dai 29 ai 98 anni (età media 78 anni). 2 pazienti presentavano patologie non oncologiche e 122 pazienti presentavano patologie oncologiche (22 neoplasie polmonari, 19 colon rettali, 14 delle vie biliari-pancreas, 10 mammarie, 8 ginecologiche, 8 urologiche, 7 gastriche, 6 ematologiche, 6 testa-collo, 8 glioblastomi, 3 epatocarcinomi e 12 di altra tipologia).

Mentre le tipologie di ricovero previste nelle Strutture sopra descritte sono considerate esclusivamente sanitarie e quindi limitate nel tempo, altre tipologie di ricovero, di natura socio-sanitaria, per persone considerate non autosufficienti, possono essere anche a tempo indeterminato: si tratta delle R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziali), che, sul territorio dell'A.S.L. CN2 sono in numero di 35 (23 sul Distretto di Alba e 12 sul Distretto di Bra) per un totale di 1.496 posti letto (908 sul Distretto di Alba e 588 sul Distretto di Bra). Per essere inseriti nella lista d'attesa degli aventi diritto ad un posto in convenzione nelle R.S.A., ovvero con retta pagata al 50% dall'A.S.L., è necessario presentare domanda di valutazione alla **Commissione U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica)**, che ha un ruolo fondamentale nel valutare un piano assistenziale da realizzare al domicilio della persona assistita o nel proporre un ricovero in R.S.A., temporaneo o definitivo, e nell'indicare la necessaria intensità assistenziale.

Sulla base del punteggio attribuito durante la visita viene elaborata la lista degli aventi diritto. Mensilmente la nostra A.S.L. aggiorna la lista d'attesa residenziale, che viene altresì pubblicata sul sito aziendale.

Esiste anche la possibilità di ricoveri in R.S.A. in altre A.S.L. del Piemonte e ricoveri temporanei, della durata di un mese, i cosiddetti "ricoveri di sollievo".

Si riportano, di seguito, i dati di attività, che descrivono l'andamento delle visite della Commissione U.V.G. negli anni 2017 e 2018, suddivisi per distretto:

	VISITE COMMISSIONE U.V.G. ANNO 2017	VISITE COMMISSIONE U.V.G. ANNO 2018
DISTRETTO DI ALBA	325	439
DISTRETTO DI BRA	202	236
TOTALE	527	675

Nelle tabelle che seguono, vengono riportati i dati relativi agli anziani ed adulti non autosufficienti inseriti al 31 dicembre 2018, in convenzione con la nostra A.S.L., con pagamento quindi del 50% della retta da parte dell'A.S.L..

DISTRETTO DI ALBA	POSTI LETTO ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE	OSPITI IN CONVENZIONE
ALBA COTTOLENGO	17	Alta Intensità	2
ALBA COTTOLENGO		Media Intensità	14
ALBA COTTOLENGO		Bassa Intensità	1
ALBA FERRERO	20	Alta Intensità	1
ALBA FERRERO		Media Intensità	16
ALBA OTTOLENGHI	96	Alta Intensità	17
ALBA OTTOLENGHI		Media Intensità	48
ALBA OTTOLENGHI		Bassa Intensità	2
CANALE	40	Alta Intensità	3
CANALE		Media Intensità	18
CASTIGLIONE TINELLA	40	Media Intensità	14
CERRETTO	60	Alta Intensità	2
CERRETTO		Media Intensità	42
CORNELIANO	40	Alta Intensità	2
CORNELIANO		Media Intensità.	18
CORNELIANO		Medio Bassa Intens.	1
CORTEMILIA S.Pantaleo	20	Media Intensità	11
CORTEMILIA S.Pantaleo		Medio Bassa Intens.	1
CORTEMILIA S.Spirito	14	Media Intensità	10
CORTEMILIA Sampò	51	Alta Intensità	2
CORTEMILIA Sampò		Media Intensità	14
GOVONE	24	Media Intensità	8
MAGLIANO ALFIERI Sogg.no Alfieri	19	Media Intensità	11
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena	41	Alta Intensità	2
MAGLIANO ALFIERI Villa Serena		Media Intensità	23
MONFORTE	20	Alta Intensità	1
MONFORTE		Media Intensità	8
MONTA' Cà Nostra	20	Alta Intensità	1
MONTA' Cà Nostra		Media Intensità	7
MONTA' Cà Nostra		Medio Bassa Intens.	1
MONTA' Divina Misericordia	60	Alta Intensità	1
MONTA' Divina Misericordia		Media Intensità	18
MONTA' Divina Misericordia		Medio Bassa Intens.	1
MONTECELLO	44	Media Intensità	13
NEIVE	40	Media Intensità	12
PRIOCCA	62	Alta Intensità	1
PRIOCCA		Media Intensità	18
PRIOCCA		Bassa Intensità	1
RODELLO	10	Media Intensità	8
S.STEFANO BELBO	60	Media Intensità	13
S.STEFANO BELBO		Bassa Intensità	1
S.STEFANO ROERO	70	Alta Intensità	1
S.STEFANO ROERO		Media Intensità	10
VEZZA D'ALBA	40	Media Intensità	13
<i>extra asl (pazienti albesi)</i>			
DOGLIANI Biarella		Alta Intensità	1
DOGLIANI Biarella		Medio-alta Intensità	1
ASTI "Casa Mia"		Media Intensità	1
BORGO S.D. Padre Fantino		Media Intensità	1
CANELLI Villa Cora		Media Intensità	1
CASTAGNOLE LANZE		Media Intensità	3
CASTEL ROCCHERO Villa Annunz.		Media Intensità	1
SAN MAURO TO Sereni Orizzonti		Media Intensità	1
DOGLIANI Sacra Famiglia		Media Intensità	1
TRECCATE Il Melograno		Media Intensità	1
MONESIGLIO		Media Intensità	1
MURAZZANO Madonna di Hal		Alta Intensità	1
PRALORMO		Media Intensità	1
RIVA P.CHIERI Osp.ric.carità		Media Intensità	1
SANGANÒ Villa Maria		Alta Intensità	1
VINOVO		Media Intensità	1
totale di distretto	908	ALBA	430

DISTRETTO DI BRA	POSTI LETTO ACCREDITATI	FASCIA ASSISTENZIALE	OSPITI IN CONVENZIONE.
BRA COTTOLENGO	40	Alta Intensità	1
BRA COTTOLENGO		Media Intensità	31
BRA FRANCONI	60	Alta Intensità	3
BRA FRANCONI		Media Intensità	23
BRA FRANCONI		Medio Bassa Intens.	1
BRA GLICINI	80	Media Intensità	42
BRA GLICINI		Medio Bassa Intens.	1
BRA GLICINI		Bassa Intensità	1
BRA MONTEPULCIANO	50	Media Intensità	20
BRA MONTEPULCIANO		Medio Bassa Intens.	1
BRA MONTEPULCIANO		Bassa Intensità	2
CERESOLE D'ALBA	40	Alta Intensità	2
CERESOLE D'ALBA		Media Intensità	16
CHERASCO	72	Alta Intensità	1
CHERASCO		Medio-alta Intensità	1
CHERASCO		Media Intensità	31
LA MORRA	20	Media Intensità	15
LA MORRA		Medio Bassa Intens.	1
LA MORRA		Bassa Intensità	1
NARZOLE	20	Media Intensità	10
POCAPAGLIA	30	Alta Intensità	1
POCAPAGLIA		Media Intensità	28
SANFRE'	30	Media Intensità	17
SOMMARIVA BOSCO	58	Media Intensità	22
SOMMARIVA PERNO	88	Alta Intensità	3
		Media Intensità	17
<i>extra asl (pazienti braidesi)</i>			
BOVES Casa Speranza		Media Intensità	1
CARAMAGNA PIEMONTE		Media Intensità	1
CERVERE Residenza Anziani		Media Intensità	1
MARENE Don Rolle		Media Intensità	3
MONCALIERI Ville Roddolo		Media Intensità	1
SALMOUR Villa Smeralda		Media Intensità	1
SCARNAFIGI Villa San Vincenzo		Media Intensità	1
TORINO Il Porto		Media Intensità	1
VILLANOVA MONF.TO Alzona		Media Intensità	1
VINOVO		Alta Intensità	1
totale di distretto	588	BRA	304
TOTALE GENERALE	1496		734

Nella tabella che segue si evidenzia l'andamento della media annuale degli inserimenti in convenzione 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
2018	40.868	656	1,60

Sono altresì numerose e di varie tipologie le Strutture per l'inserimento di persone **disabili**. Sul nostro territorio, da anni, ci si confronta sull'argomento, cercando di individuare le modalità di assistenza migliori, considerando anche che, soprattutto in quest'ambito, le condizioni possono variare sensibilmente nel tempo e, pertanto, occorre prospettare risposte appropriate ed all'occorrenza flessibili.

Gli inserimenti vengono effettuati sulla base del Progetto Educativo Individualizzato stabilito dalla competente **Commissione U.M.V.D. (Unità Multidimensionale di Valutazione Disabilità)**.

Nel corso dell'anno 2018 la Commissione U.M.V.D. ha effettuato il numero di visite di seguito riportate:

	VISITE COMMISSIONE U.M.V.D. MINORI	VISITE COMMISSIONE U.M.V.D. ADULTI
DISTRETTO DI ALBA	139	84
DISTRETTO DI BRA	64	88
TOTALE	203	172

Gli inserimenti di persone disabili in convenzione con l'A.S.L., nel corso dell'anno 2018, sono rappresentati nelle tabelle che seguono.

Assistenza residenziale disabili anno 2018

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2018	OSPITI al 31/12/2018	GIORNATE DI ASSISTENZA
ELSA - Canelli	A	1	0	47
FERRERO - Alba	A	21	21	6.995
IL MELOGRANO - Vesime	A	13	13	4.437
MONSIGNOR SIGNORI - Fossano	A	1	1	295
PICCOLA CASA D.P. COTTOLENGO - Alba	A	18	16	6.408
RESIDENZA S.GIOVANNI - Niella Belbo	A	4	4	1.463
VILLA OTTAVIA - Piobesi	A	4	4	1.407
VILLA ANNUNZIATA - Castel Rocchero	A	7	7	1.785
LA ROCCA - Bra	B	7	6	1.708
ORCHIDEA - Cavallermaggiore	B	1	1	365
PEPENERO - Alba	B	3	3	1.095
SOTTOSOPRA - Alba	B	3	3	1.095
TETTI BLU - Alba	B	5	4	1.313
ABRATE -Alba	C	9	8	2.808
AURORA - Pollenzo	C	7	7	2.555
CASA M. ROSA - Alba	C	8	8	2.579
GAIOLE - Diano d'Alba	C	5	5	1.885
L'ACCOGLIENZA - Alba	C	10	10	3.650
LE NUVOLE - Neive	C	4	3	1.259
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
VILLA STELLA - Costigliole d'Asti	C	1	1	350
TOTALE		137	130	45.324

Assistenza semiresidenziale disabili anno 2018

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2018	OSPITI al 31/12/2018	GIORNATE DI ASSISTENZA
AGHAV - Bra	A	21	22	4.338
COCCIO E TELA- Alba	A	21	21	3.913
COMM. MARIO BONINO (BONAFIOUS) - Cortemilia	A	9	8	1.731
IL GIRASOLE - Narzole	A	22	21	4.217
IL GRILLO PARLANTE - Bossolasco	A	5	5	1.085
INSIEME - Alba	A	24	23	4.414
L'IPPOCASTANO - Neive	A	8	8	1.535
PIN BEVIONE - Veza d'Alba	A	21	20	3.217
PRINCIPE RANOCCHIO - Canale	A	8	8	1.880
ROSASPINA - Sommariva Bosco	A	20	18	3.589
SANTA CHIARA - Fossano	A	1	1	247
TOTALE		160	155	30.166

Assistenza residenziale disabili (minori) anno 2018

STRUTTURA	FASCIA	OSPITI ANNO 2018	OSPITI al 31/12/2018	GIORNATE DI ASSISTENZA
GIAMBURRASCA - Scagnello	CRP	1	0	8
LIBERI TUTTI-ACQUI/IN/CONTRO - Acqui Terme	CRP	2	2	547
MULINO GRANDE - Moncalieri	CRP	1	0	246
PANDORA - Celle Enomondo	CRP	1	1	119
PANTA REI - Rocchetta Belbo	CRP	1	0	101
PANTA REI 2 - Oleggio	CRP	1	1	264
TOTALE		7	4	1.285

Inoltre, gli **inserimenti temporanei/di sollievo** richiesti dalle competenti Commissioni di Valutazione sono stati per gli anziani 46 per un totale 1.140 giornate di assistenza e, per i disabili, 15 per un totale di 271 giornate di assistenza.

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

Si tratta di un ambito particolare nel quale possono emergere difficoltà di comunicazione tra l'ambiente carcerario con le sue regole rigide e consolidate e l'ambiente sanitario i cui operatori sono abituati a lavorare in contesti diversi. Anche il sovraffollamento che molto spesso si riscontra non è di aiuto nello svolgimento dell'attività quotidiana.

Ovviamente, nella convinzione che la restrizione della libertà non equivalga alla mancanza del diritto alla salute, ci si è organizzati per dare le necessarie risposte relativamente sia alle varie prestazioni anche specialistiche previste e sia alla richiesta di cure in emergenza. Nel tempo si è infatti riusciti ad implementare l'assistenza, grazie anche al volontariato, che garantisce le cure odontoiatriche all'interno della Casa di Reclusione.

Vengono inoltre erogate, direttamente all'interno della Struttura, le consulenze del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, le visite cardiologiche, dermatologiche, infettivologiche, neurologiche, psichiatriche ed urologiche.

Un altro settore che ha visto, negli anni, consolidarsi la propria attività, è il **Centro I.S.I. (Centro Informazione Salute Immigrati)**, che è presente nelle sedi di Alba e di Bra e che si occupa dell'assistenza agli "irregolari", che possono essere Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.) o Europei Non Iscritti (E.N.I.).

Nella tabelle che seguono, vengono riportati i dati di attività complessivi dell'anno 2018.

CENTRO I.S.I. - ANNO 2018			
	STP	ENI	TOT
TOTALE PASSAGGI	332	54	386
Di cui NUOVI PASSAGGI	43	3	46

CENTRO I.S.I. - ANNO 2018

UOMINI STP	128
UOMINI ENI	22
DONNE STP	204
DONNE ENI	32
PROVENIENZA	TOTALE
ALBANIA	156
ALGERIA	3
ANGOLA	1
BRASILE	1
BULGARIA	19
BURKINA	1
CONGO	8
COSTA D'AVORIO	1
CUBA	1
EGITTO	4
EL SALVADOR	7
GAMBIA	5
KOSOVO	1
LUSSEMBURGO	3
MACEDONIA	41

PRESTAZIONI	STP	ENI	TOTALE
INFORMAZIONI SUL S.S.N.	82	22	104
RILASCIO TESSERA ENI	/	3	3
RILASCIO TESSERA STP	43	/	43
RINNOVO ENI	0	9	9
RINNOVO STP	89	/	89
ANNULLAMENTO TESSERA ENI	/	2	2
ANNULLAMENTO TESSERA STP	7	/	7
INVIATI AL CONSULTORIO	5	1	6
PERVENUTI DAL CONSULTORIO	1	1	2
CONTROLLO ESAMI	88	13	101
PRESCRIZIONE FARMACI	93	14	107
VISITA IN SEDE	75	8	83
RICHIESTA BIOPSIA	1	/	1
RICHIESTA E.C.G.	5	/	5
RICHIESTA ECOGRAFIA	12	1	13
RICHIESTA ECO TSA	1	/	1
RICHIESTA EMG	/	1	1
RICHIESTA ESAMI LABORATORIO	36	3	39
RICHIESTA MANTOUX	2	/	2

MALI	2
MAROCCO	29
MOLDAVIA	4
NIGERIA	35
PAKISTAN	2
REP. DOMINICANA	4
ROMANIA	32
SENEGAL	8
SERBIA	1
SOMALIA	1
TUNISIA	3
TURCHIA	1
UCRAINA	12
TOTALE	386

RICHIESTA PAP-TEST	1	1	2
RICHIESTA P.E.T.	1	/	1
RICHIESTA RMN	/	2	2
RICHIESTA RX	7	/	7
RICHIESTA T.A.C.	3	/	3
RICHIESTA TAMPONE VAGINALE	1	/	1
RICHIESTA VISITA CARDIOLOGICA	4	/	4
RICHIESTA VISITA CENTRO IPERTENS.	1	/	1
RICHIESTA VISITA CHIRURGICA	4	1	5
RICHIESTA VISITA DERMATOLOGICA	5	/	5
RICHIESTA VISITA EMATOLOGICA	1	/	1
RICHIESTA VISITA ENDOCRINOLOG.	2	/	2
RICHIESTA VISITA FISIATRICA	2	/	2
RICHIESTA VISITA GASTROENTEROL.	3	/	3
RICHIESTA VISITA GINECOLOGICA	10	1	11
RICHIESTA VISITA NEUROLOGICA	1	/	1
RICHIESTA VISITA OCULISTICA	3	2	5
RICHIESTA VISITA ODONTOIATRICA	6	/	6
RICHIESTA VISITA ONCOLOGICA	3	1	4
RICHIESTA VISITA O.R.L.	3	/	3
RICHIESTA VISITA ORTOPEDICA	4	/	4
RICHIESTA VISITA PNEUMOLOGICA	2	/	2
RICHIESTA VISITA PROCTOLOGICA	3	/	3
RICHIESTA VISITA RADIOTERAPICA	2	/	2
RICHIESTA VISITA SENOLOGICA	1	/	1
INVIATI AL CENTRO DIABETOLOGICO	3	/	3
INVIATI AL PRONTO SOCCORSO	/	1	1
INVIATI AL SERVIZIO DI IGIENE	1	/	1

Per quanto riguarda l'attività dei due **Consultori di Alba e di Bra**, nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile, è molto significativa tutta la parte relativa all'assistenza alla donna, alla coppia, alla famiglia ed al bambino, che, nel tempo, si è affinata ed ampliata, in particolare per quanto riguarda l'accoglienza, le attività di prevenzione e di educazione alla salute, il "Programma Prevenzione Serena" svolto direttamente dalle Ostetriche del Consultorio (per lo screening del cancro della cervice uterina), la mediazione familiare, lo "Spazio Giovani", lo Sportello di consulenza e di 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 2018:

PRESTAZIONI	2018
PRESTAZIONI CONSULTORIALI ALBA	11.777
PRESTAZIONI CONSULTORIALI BRA	6.284
VISITE PSICOLOGICHE ALBA	1.065
VISITE PSICOLOGICHE BRA	560
TOTALE	19.686

L'attività nell'ambito della prevenzione è fondamentale, ma non si può dimenticare che l'80 - 85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità, il vero grande problema che tutti i paesi industrializzati si trovano ad affrontare, di pari passo alla sempre più crescente spesa sociale.

Si deve quindi investire su obiettivi strategici, quali, per esempio, l'evoluzione della sanità digitale, la qualità della prestazione, l'assistenza multidimensionale/multiprofessionale e la reale attenzione alla persona.

A cascata, si impone una riformulazione dell'organizzazione dei servizi, con l'implementazione e la riorganizzazione delle strutture del territorio ed il conseguente necessario cambiamento anche culturale degli operatori, con una particolare attenzione ai processi di apprendimento e di formazione.

Attraverso i termini "paziente, assistito, utente, cliente", che hanno definito nel tempo le persone che necessitano di cure, si segnano le tappe di un percorso sociale e culturale

complesso in ambito sanitario. Esso parte da un rapporto molto sbilanciato sulla figura del medico, dominatore sulla scena della malattia e detentore del diritto, oltre che del dovere, di curare e la persona assistita collocata in posizione subordinata. Negli anni, tale distanza si è ridotta, di pari passo al ridimensionamento del ruolo sociale del medico, verso un nuovo equilibrio. Ciò è avvenuto attraverso l'inserimento del cittadino in un sistema generalizzato di salute, del quale diviene pian piano protagonista e sceglie, sempre di più, se possibile, di curarsi nella propria casa. Oggi la maggior parte delle funzioni assistenziali sono state interamente trasferite al territorio senza che vi sia stata una corrispondenza di adeguati investimenti. A fronte dei profondi mutamenti sociali e sanitari, il riordino delle cure primarie è stato di difficile attuazione a causa dell'assenza di interlocutori certi, così che i professionisti della salute non hanno avuto la possibilità di potersi sintonizzare col ritmo dei cambiamenti. Dovrebbe invece essere valorizzata la capacità di interpretare la realtà e di immaginare l'evoluzione del sistema, possibilmente partecipando alla sua realizzazione per produrre servizi che favoriscano il bene comune.

Ma, senza una regia centrale ed un sistema che sia davvero in rete diventa difficile realizzare compiutamente la digitalizzazione, la telemedicina, le visite a distanza, il monitoraggio domiciliare, la raccolta ed analisi dei dati: avere a disposizione questi elementi, connettere anche a distanza medico e paziente e tenere sotto controllo il decorso della patologia e l'aderenza alla terapia diventa fondamentale per garantire una buona assistenza territoriale.

La direzione è quella di consentire finalmente al territorio di essere diretto protagonista nelle scelte di programmazione sul futuro della sanità.

Le tensioni politiche alle quali quotidianamente assistiamo ci raccontano di un paese che sta cambiando e che ha bisogno di reali riforme strutturali.

Tutti insieme, con spirito di collaborazione e di fiducia, dobbiamo e vogliamo darci da fare per migliorare la nostra assistenza sanitaria e renderla sempre più "una buona sanità", in grado di saper fare e di fare, ma anche di essere "una sanità buona", attenta alla persona assistita, ai suoi vissuti, alle sue emozioni ed al suo contesto familiare.

Non accontentiamoci, come in passato è troppo spesso avvenuto, di dare nomi nuovi a cose vecchie, senza realizzare quel percorso di vero cambiamento da più parti auspicato e diventato ormai indispensabile!

REGISTRO DEGLI ANZIANI FRAGILI
Validazione di un sistema automatico
di identificazione di pazienti fragili
Elio Laudani, Annamaria Gianti, Lorenzo Gola, Andrea Saglietti

Abstract

INTRODUZIONE: valutazione dell'algoritmo di identificazione dei pazienti fragili basato su archivi amministrativi sanitari della Regione Piemonte.

METODI: comparazione dei pazienti segnalati con l'algoritmo proposto rispetto alla popolazione negli elenchi di un Medico di Medicina Generale, classificata a priori come fragile ("Gold Standard").

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

CONCLUSIONI: ricalibrazione dell'algoritmo di segnalazione. Ipotesi di integrazione con archivi contenenti dati sulla fragilità, disponibili nell'ambito della "medicina generale", tali da migliorare la sensibilità del sistema di registrazione.

Introduzione

Il costante incremento a livello mondiale delle malattie croniche (Non Communicable Chronical Diseases - NCCD) richiede nuovi modelli di interpretazione epidemiologica e nuove strategie organizzative dei sistemi sanitari pubblici.

Tutti i sistemi sanitari sono costretti a far fronte al fenomeno dello slittamento dalla cura di singole condizioni patologiche verso la cura della multi morbidità [1].

Di fronte a questo problema, occorre approfondire la conoscenza sul peso e sui determinanti delle malattie croniche che si manifestano con alta frequenza nell'età avanzata.

In Piemonte dal 1997 al 2017 la popolazione ultra settantacinquenne è aumentata di circa 220.000 unità; in una ASL di piccole dimensioni come la ASL CN2, nello stesso intervallo di tempo l'incremento è stato di circa 8.000 persone [2].

Oltre all'età avanzata, il fenomeno della diffusione delle NCCD è anche riconducibile agli stili di vita degli individui: alimentazione ipercalorica, consumo di tabacco e di alcool, inquinamento ambientale, sovrappeso, ridotta attività fisica [3-4-5-6].

Si suppone inoltre, con ragionevole evidenza, che a monte di questi costumi vi siano cause economiche e sociali [3-6], le quali possono essere considerate, abbinate al progredire degli anni vissuti, il generatore di questo "globale" fardello di sofferenze.

Lo scenario descritto pone pressantemente la necessità di un'adeguata assistenza sanitaria alla massa di popolazione anziana affetta da patologie croniche.

Va di conseguenza attentamente studiata non solo l'organizzazione dei servizi, ma la stessa definizione di malattia cronica, in particolar modo nella popolazione anziana.

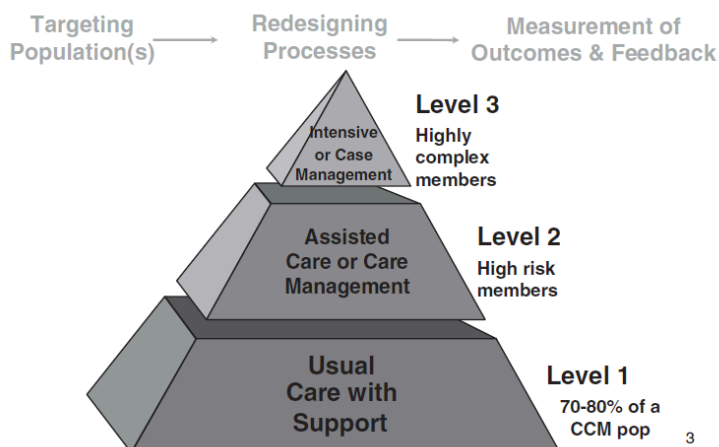
Per questo motivo, accanto al concetto della malattia cronico-degenerativa e non trasmissibile, nella letteratura medica, da alcuni anni, è comparso il concetto di fragilità. La letteratura scientifica internazionale è in accordo a definire la *fragilità* come uno stato di incremento della *vulnerabilità* di fronte ad un evento stressante apparentemente minimo (es. una infezione, l'assunzione di un nuovo farmaco, un intervento di chirurgia minore) che ha come conseguenza un incremento del rischio di cadute, di alterazioni neuro-psichiatriche (delirio) e disabilità. Ciò esita nel passaggio dalla condizione di indipendenza a quella di dipendenza [7].

Anche se le definizioni della "fragilità" sono più di una e spaziano da un paradigma funzionale, strettamente bio-medico, a uno bio-psico-sociale [8-9], resta fermo il concetto che la fragilità sia fortemente embricata al declino correlato all'età, con un possibile repentino cambio dello stato di salute, dovuto anche a minimi eventi stressanti che l'individuo non riesce a bilanciare, per una ridotta *"riserva di capacità di compensazione"*.

Ponendo l'accento sull'aspetto strettamente sociale della fragilità, nel Regno Unito si è coniato il termine *"shit life syndrome"* in seguito all'evidenza riscontrata parte dei medici che nella loro pratica hanno constatato come la fragilità abbia determinanti sociali ed economici molto pesanti [5].

In questo articolo si descrivono 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, nell'ambito del modello assistenziale, detto "Chronic Care Model", studiato da Wagner e Kane a partire dal 1998 [10-11-12].

Population Management: More than Care & Case Management



Materiali e metodi

La validazione del Registro degli Anziani Fragili è condotta su base campionaria, utilizzando l'archivio degli assistiti di un Medico di Medicina Generale, scelto in ragione della sua comprovata esperienza e serietà professionale.

L'approccio metodologico trova suggerimenti nella recente letteratura sull'argomento [13].

La definizione operativa di fragilità (scala di fragilità) adottata nel campione (archivio degli assistiti Medico di Medicina Generale) è quella introdotta da uno studio canadese di coorte condotto dal 1991 al 2001, il Canadian Study of Health and Ageing (CSHA); lo studio ha reclutato 10.263 soggetti ≥ 65 anni con lo scopo di descrivere il deterioramento cognitivo ed altre condizioni relative all'invecchiamento. I risultati dello studio indicano il grado di correlazione elevato fra i risultati della Scala di Fragilità (SF) messa a punto e l'Indice di Fragilità (IF) creati ad hoc. Ogni incremento di livello della SF è correlato, a medio termine (70 mesi), con l'aumento del rischio di morte (21,2%) e con l'ingresso in istituti di cura (23,9%) [14].

Il campione del MMG, è definito come "Gold Standard" ed è costituito da 405 persone di età superiore a 65 anni.

Tale dimensione campionaria garantisce una oscillazione casuale delle stime intorno al 5%, definito a priori un errore alfa del 5% e uno beta dell'80%.

Sensibilità, Specificità, Valori Predittivi sono calcolati con i relativi intervalli di confidenza al 95%.

La "Fragilità" è presente per valori superiori o uguali al livello 4 della scala canadese [14].

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).

Scala di fragilità

	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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 quotidiana esterna.</p>

	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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).</p>
	<p>8 – FRAGILITÀ 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.</p>
	<p>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.</p>

Il sistema di segnalazione delle persone anziane fragili ad oggi esistente in Regione Piemonte, (SISTEMA AUTOMATICO) è basato sull'elaborazione di dati provenienti dai flussi informativi amministrativi correnti: rilevazione SDO, farmaceutica convenzionata, esenzioni per invalidità. I criteri di definizione operativi 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 (ICD IX), presenti in diagnosi principale o in qualunque diagnosi secondaria: broncopneumopatie croniche (490-496), altre malattie del polmone (518), scompenso cardiaco (428), ictus (430-438), aritmie (427), ipertensione (401-405), ischemie cardiache (410-414), cardiomiopatie (420-429), diabete mellito (250), fratture del femore (820-821), demenza (331), psicosi (290), etilismo (291), morbo di Parkinson (332), insufficienza renale cronica (585).

FARMACI: sono identificati gli anziani oggetto di poliprescrizioni (prescrizioni di farmaci superiori o uguali a cinque categorie farmaceutiche - ATC - nell'arco di 12 mesi): 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.

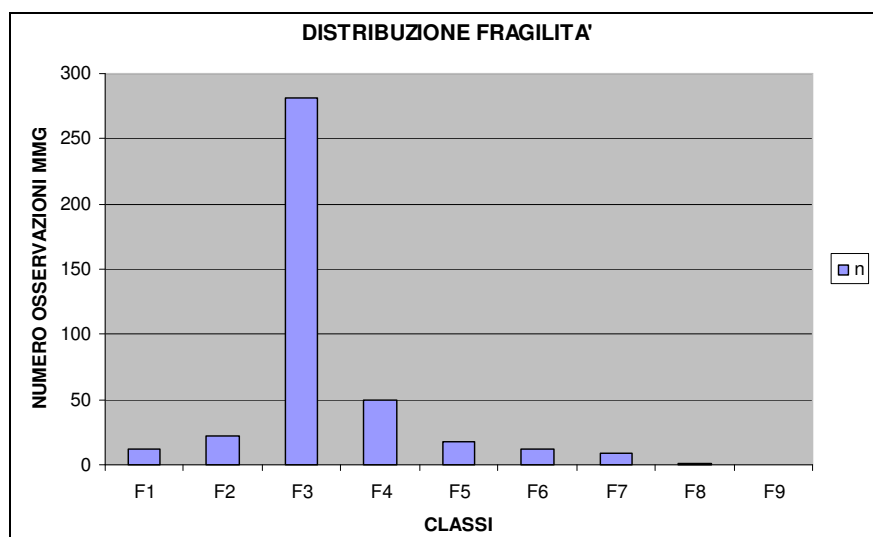
INVALIDITÀ CIVILE: sono identificati gli anziani aventi un'esenzione attiva di invalidità di tipo: C01, C02, C03.

Il registro delle persone fragili è reso fruibile ai servizi distrettuali dell'ASL CN2 su una piattaforma informatizzata regionale ("SISTEMA SANITÀ PIEMONTE" "Io scelgo la Salute").

Risultati

La tabella seguente illustra, nel campione MMG (n=405), la distribuzione dei pazienti per classi di fragilità, secondo la scala canadese.

La prevalenza osservata di FRAGILITÀ è pari al 22% (IC 95% 18,3%-26,7%).



classi fr	n
F1	12
F2	22
F3	281
F4	50
F5	18
F6	12
F7	9
F8	1
F9	0

La prevalenza di fragilità stimata dal sistema dei flussi correnti (Sistema Automatico) è pari al 11,2% con un intervallo di confidenza al 95% oscillante tra 10,9% e 11,5% (4.477 soggetti fragili su una popolazione totale ultra sessantacinquenne di 40.105 unità).

Come si può vedere dal confronto degli intervalli di confidenza, le stime della fragilità fornite dai due sistemi di rivelazione, quello del campione MMG e quello del Sistema Automatico, differiscono in maniera statisticamente significativa.

Posto il cut-off della scala sul livello maggiore o uguale a 4, la presenza della condizione di fragilità (campione MMG) concorda con il SISTEMA AUTOMATICO (SA) come indicato nella tabella seguente.

Concordanza fragilità

	FRAGILI SECONDO SA	NON FRAGILI SECONDO SA	
FRAGILI SECONDO MMG	15	75	90
NO FRAGILI SECONDO MMG	7	308	315
	22	383	405

Sensibilità 20%

Specificità 98%

Vppos 68%

Vpneg 80%

	Test +	Test -
Malattia +	15	75
Malattia -	7	308

	Test +	Test -
Malattia +	VP	FN
Malattia -	FP	VN

Intervallo di confidenza al 95.%

		Limite inferiore	Limite superiore
Sensibilità	0,167	0,132	0,207
Specificità	0,978	0,957	0,989
Prevalenza	0,222	0,183	0,267
VPT+	0,682	0,634	0,726
VPT-	0,804	0,761	0,841

Conclusioni

Il significato di questa osservazione indica che lo strumento di rilevazione in questione (cioè l'utilizzo di dati da flussi amministrativi per la definizione della fragilità) deve essere ricalibrato, come dimostra in quanto la sensibilità del metodo è insufficiente nell'individuare i casi.

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, tra i quali, quello usato in questo progetto è un esempio.

Il ruolo del MMG è essenziale, se si vuole avviare un'assistenza di popolazione sul modello di gestione della cronicità e fragilità. L'attività di questa figura professionale 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 [12], per non essere un atto formale e burocratico, deve avere, come artefice principale, il medico di fiducia del paziente che dovrebbe conoscere bene la condizione clinica e sociale dei suoi assistiti.

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 formali che si contrappongono ai benefici terapeutici reali.

Del resto il concetto di fragilità vuole superare il modello incentrato sul singolo apparato.

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 [7].

Per organizzare moderni servizi sanitari, secondo i canoni del "Chronic Care Model", 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;
- Come intervenire sulle persone fragili.

Il primo punto prevede la costruzione di un sistema, cui si è fatto cenno poc'anzi, 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 riscontro dei dati in suo possesso. Fatto ciò, si può pensare alle azioni di prevenzione e cura.

Si entra quindi nel merito del punto secondo: come intervenire sui fragili.

Il MMG deve 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, contrapposta a una medicina tradizionale o "reattiva".

Naturalmente rimangono ancora aperti molti problemi tra cui, non ultimo, il rischio di "medicalizzazione" che tutti i sistemi sanitari portano in sé [15-16].

E ancora, quando si tratta l'argomento della fragilità connesso alla progettazione di servizi di prevenzione e cura, si presentano i problematici interrogativi seguenti.

Quanto i servizi sanitari sono programmabili?

Esiste o è solo una illusione una medicina pianificata?

Connessa a questi quesiti vi è poi la questione più generale e fondamentale di tutte le conoscenze: come ordinare in "categorie" gli individui malati.

Si tratta di una questione antica e al tempo stesso di attualità assoluta.

Per concludere si può risalire a un testo dei secoli passati, l'"Isagòge" di Porfirio, che, nel capitolo introduttivo, così diceva:

"...non mi occuperò del problema dei generi e delle specie: vale a dire se questi siano sussistenti di per sé o se siano semplici concetti della nostra mente; e, nel caso siano sussistenti, se corporei o incorporei, e, per finire, se siano separati o se si trovino nelle cose sensibili, a queste inerenti; tale tema è difatti estremamente complesso e abbisogna di un tipo di indagine assai più approfondito" [17].

La brevità di questo lavoro 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. S.M. Smith "Managing multimorbidity in primary care" CMAJ May 06, 2019
2. Banca Demografica Regione Piemonte www.regione.piemonte.it
3. N. Freudenberg "Lethal but Legal" 2017 Oxford University Press
4. A. Eric " Voyage au pays où l'austérité fait reculer l'espérance de vie" Le Monde 10-3-2018
5. V. Hutton "The bad news is we're dying early in Britain" The Guardian 19-8-2018
6. "Corporate consumption Complex and the need for a new Public Health Agenda" www.ioqt.org
7. A. Clegget et al "Frailty in elderly people" Lancet 2013; 381:752-62
8. Fried LP et al "Frailty in older adult: evidence for a phenotype" J. Ger: 56:146-157, 2001
9. Gobbens RJ "In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts." J. Am. Med. Dir. Assoc. 11: 338-43 Jun 2010
10. Wagner E. "Chronic Disease Management: what will it take to improve care for chronic illness?" Effective Clinical Practice 1:2-4, 1998
11. Kane R. "Meeting the Challenge of Chronic Illness" Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2005
12. Ham C. "The ten characteristics of the high-performing chronic care system" Health Econ. 2010, 71-90
13. L. Andreoni, A. G. Russo «Definizione di un algoritmo basato sulle fonti informative sanitarie e sociosanitarie per classificare la popolazione generale in relazione allo stato di salute e alla condizione di fragilità sociosanitaria e disabilità» Epidemiol Prev 2017; 41 197-207
14. Kenneth Rockwood, Xiaowei Song, Chris MacKnight, Howard Bergman, David B. Hogan, Ian McDowell, Arnold Mitnitski "A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people" CMAJ • Aug. 30, 2005; 173
15. M. Bobbio "Troppa medicina" Einaudi, Torino 2017
16. G. Domenighetti www.scienzainrete.it
17. Porfirio "Isagòge" a cura di Giuseppe Girgenti. Con testo greco a fronte. Bompiani, 2004

Applicazione della scala WHODAS.12 per la disabilità e correlazione con le scale impiegate dalla Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD)

Annamaria Gianti, Elio Laudani

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha reso operativo il sistema di valutazione della disabilità creato nel 2001 con la International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), che ha raccordato funzionalità e disabilità, precedentemente poste su due binari distinti (1-3). Lo strumento di valutazione che ne è così scaturito è il cosiddetto WHO/DAS 2.0, dove l'acronimo DAS sta per Disability Assessment Schedule. L'obiettivo è stato quello di creare un mezzo di valutazione unico ed internazionale per la valutazione dello stato di salute e della disabilità (4).

Esistono due versioni del questionario WHODAS 2.0, entrambe possono essere sia autosomministrate che somministrate per intervista diretta. Entrambe coprono sei aree di indagine (mobilità, capacità cognitive, cura di sé, autonomia, attività quotidiane, inclusione sociale).

La versione estesa include 36 items (WHODAS.36) che coprono esaustivamente le sei aree di indagine, mentre la versione a 12 items (WHODAS.12), pur coprendo le sei aree di interesse con un numero inferiore di domande (due per ogni area), ha una concordanza dell'81% con la versione estesa, risultando molto più rapida e pratica da amministrare. Ad ogni item si attribuisce un punteggio 0-4 (0=nessuna difficoltà, 4=estrema difficoltà/impossibilità). La somma dei punteggi si converte in una scala 0-100 (0=nessuna disabilità, 100=disabilità totale) (5,6).

Scopo

Nell'ambito dell'attività di valutazione della disabilità propria delle attività distrettuali dell'ASL, attuata tramite commissione UMVD, oltre alle usuali scale di valutazione già in uso, si è deciso di effettuare parallelamente una valutazione tramite la scala WHODAS.12, al fine di verificarne la concordanza e l'attendibilità rispetto al metodo utilizzato. Il questionario WHODAS.12, ove possibile, è stato somministrato dal medico della commissione UMVD sotto forma di intervista, in alternativa è stato compilato dal medico valutando la situazione del disabile. L'interesse è preminentemente quello di verificare la correlazione fra i due diversi metodi di valutazione per individuare in quali ambiti e su quale tipologia di pazienti la concordanza delle due scale sia maggiore.

Metodo

L'indagine è stata condotta nei mesi Novembre 2018-Giugno 2019, contestualmente all'attività svolta dalla UMVD, su un campione di 33 pazienti adulti ambo sessi, dai 18 ai 64 anni. Non è stata effettuata una selezione in base alla diagnosi, pertanto sono state incluse sia forme di disabilità lievi che forme severe, quali gli stati vegetativi, passando per il disturbo ossessivo-compulsivo, la schizofrenia, le sindromi genetiche e cromosomiche. Il campione ha incluso anche soggetti che non mostravano deficit psichici, bensì solamente disabilità fisica tale da compromettere le normali attività della vita. Si è ritenuto che un'applicazione iniziale della scala WHODAS.12 (Figura 1) su tutto lo spettro della disabilità affrontata dall'UMVD fosse necessaria per individuare punti di forza e di debolezza della scala in relazione alla varietà di condizioni patologiche e di disabilità affrontate.

Le scale in uso per la valutazione della disabilità sono le seguenti: *BARTHEL-ADL* (Activity Daily Living), *IADL* (Instrumental Activities of Daily Living), *SPSMQ* (Short Portable Mental Status Questionnaire), *A.DI.CO* (Area dei Disturbi Comportamentali), *DMI* (Indice Medico di non autosufficienza). Il punteggio massimo totalizzabile è pari a 14, da qui la necessità di convertire in quattordicesimi anche la scala WHODAS.12 per avere un raffronto più diretto. Il punteggio totalizzato sommando i valori 0-4 nei 12 punti, è stato quindi convertito su una scala 0-14.

Il questionario WHODAS.12, ove possibile, è stato somministrato dal medico della commissione UMVD sotto forma di intervista, in alternativa è stato compilato dal medico valutando la situazione del disabile.

Figura 1: Questionario WHODAS.12

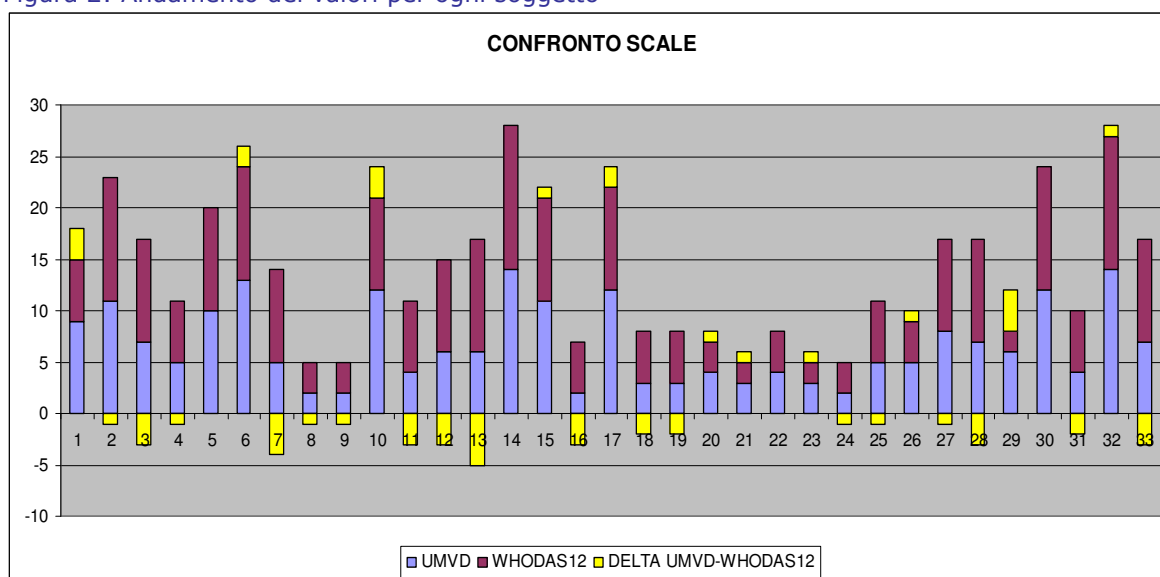
PLEASE NOTE: When scoring WHODAS, the following numbers are assigned to responses:		
	0 = No Difficulty	
	1 = Mild Difficulty	
	2 = Moderate Difficulty	
	3 = Severe Difficulty	
	4 = Extreme Difficulty or Cannot Do	
		Score
S1	<u>Standing for long periods</u> such as <u>30 minutes</u> ?	0
S2	Taking care of your <u>household responsibilities</u> ?	0
S3	<u>Learning a new task</u> , for example, learning how to get to a new place?	0
S4	How much of a problem did you have in <u>joining in community activities</u> (for example, festivities, religious or other activities) in the same way as anyone else can?	0
S5	How much have <u>you been emotionally affected by your health problems</u> ?	0
S6	<u>Concentrating</u> on doing something for <u>ten minutes</u> ?	0
S7	<u>Walking a long distance</u> such as a <u>kilometre</u> [or equivalent]?	0
S8	<u>Washing your whole body</u> ?	0
S9	Getting <u>dressed</u> ?	0
S10	<u>Dealing with people you do not know</u> ?	0
S11	<u>Maintaining a friendship</u> ?	0
S12	Your day-to-day <u>work/school</u> ?	0

Risultati

Su un campione di 33 soggetti, le patologie risultano così suddivise: ritardo mentale lieve-medio 12 soggetti, grave 3, depressione maggiore 3, sindromi cromosomiche/genetiche 4, tetraparesi/stati vegetativi 3, menomazioni fisiche o patologie fisiche invalidanti (quali amputazioni, obesità, BPCO) 8.

La *media* del punteggio UMVD è 6,7, mentre la *media* WHODAS.12 è 7,2, con *deviazione standard* rispettivamente di 3,9 e 3,6; sembrerebbe che la scala WHODAS.12 sovrastimi il grado di disabilità del soggetto in esame. La differenza media tra le due scale (delta UMVD-WHODAS.12) risulta -0,6 (Figura 2).

Figura 2: Andamento dei valori per ogni soggetto



E' stato applicato il *test t di Student per dati appaiati* che non ha mostrato differenze statisticamente significative fra i punteggi dei due metodi di valutazione.

Applicando un modello di *regressione lineare*, il coefficiente r^2 risulta 0.70, per cui è possibile affermare che il 70% delle varianze è spiegato dal modello [equazione della retta di regressione $y=a+bx$, dove $a=costante$, $b=coefficiente$, quindi $y=2,1+0,77x$ con IC95% $b=0,77\pm(1,96\times 0,092) = 0,59-0,95$].

Conclusioni

I punteggi ottenuti con la scala WHODAS.12 non hanno mostrato differenze statisticamente significative rispetto a quelli ottenuti con le abituali scale dell'UMVD. Tuttavia, da questa prima grossolana analisi, è stato possibile compiere alcune osservazioni riguardo le relazioni punteggio-patologia.

I casi di disabilità più severi in assoluto (tertraparesi, gravi deficit mentali) hanno confermato punteggi elevati e concordanti nelle due scale, così come i casi meno gravi hanno riscontrato i punteggi minori (ritardo mentali lieve); per quanto riguarda invece altre forme di disabilità, più eterogenee e sfumate nella loro natura, si è rilevato come la corrispondenza fra le due scale fosse meno scontata. In particolare: i casi di depressione maggiore hanno mostrato differenze fra le due valutazioni (seppur non statisticamente significative) il che farebbe intuire che una patologia multiforme nelle sue manifestazioni perché molto influenzata dal vissuto personale, richieda un'indagine più sensibile nel mettere in luce e slatentizzare gli aspetti più peculiari.

Questo studio ha volutamente incluso soggetti con forme di disabilità molto diverse, attuando un iniziale approccio alla valutazione con le scale WHODAS.12 per coglierne l'effetto "immediato": l'eterogeneità del campione, come già dimostrato in altri studi (2,3), implica una maggiore dispersione dei valori di punteggio attribuiti poiché i diversi gradi di disabilità in esso compresi, dai casi molto lievi ai casi molto severi, non permettono alla scala WHODAS.12 di mettere in evidenza le differenze minori che pure devono avere grande peso nella valutazione. In altre parole: poter utilizzare la scala WHODAS.12 su campioni di disabilità più omogenei permetterebbe di esprimere con maggiore finezza e sensibilità le variabilità strettamente individuali dei pazienti, in pieno accordo con la letteratura (7,8).

Tutte queste considerazioni necessitano di uno studio più approfondito, effettuato su un campione di dimensioni maggiori rispetto all'attuale, obiettivo che verrà perseguito alla luce delle interessanti osservazioni emerse.

Bibliografia

1. Simón A. Effects of selective sampling on a factor analysis. J Gen Psychol.1979; 101:259–64.
2. Sousa RM, Dewey ME, Acosta D, Jotheeswaran AT, Castro-Costa E, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, Pichardo JGR, et al. Measuring disability across cultures — the psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low- and middle-income countries. The 10/66 Dementia Research Group population-based survey. Int J Method Psychiatr Res. 2010; 19:1–17.
3. Andrews G, Kemp A, Sunderland M, Von Korff M, Ustun TB. Normative data for the 12 item WHO disability assessment schedule 2.0. PLoS ONE 2009; 4:e8343.
4. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, Korff M, Pull C. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010; 88:815–23.
6. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule (WHODAS 2.0). Geneva: World Health Organization; 2010.
7. Cadeyryn J. Gaskin, Sylvie D. Lambert, Steven J. Bowe and Liliana Orellana Why sample selection matters in exploratory factor analysis: implications for the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 Gaskin et al. BMC Medical Research Methodology (2017).
8. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. J Pers Assess. 1997; 68:532–60.

Frequenza di BPCO, scompenso cardiaco e diabete tipo 2 nella popolazione in carico al MMG

Elio Laudani, Patrizia Corradini, Riccarda Cusatelli,
Annamaria Gianti, Mirko Panico, Andrea Saglietti

Introduzione

Una buona programmazione sanitaria, adeguata agli scenari epidemiologici contemporanei, richiede la conoscenza delle stime della frequenza di molte malattie croniche che condizionano lo stato di salute degli individui.

Lo scopo di questa indagine consiste nello stimare la prevalenza, nell'ASL CN2, di tre malattie croniche ritenute di peso significativo per le necessità assistenziali: la BPCO, lo SCOMPENSO CARDIACO, il DIABETE TIPO 2.

Queste tre patologie sono state oggetto di programmazione di interventi sanitari nell'ambito del Piano Locale Cronicità dell'ASL CN2.

Materiali e metodi

A 104 MMG inseriti nell'ASL CN2 si è chiesto di compilare un formulario per censire le tre patologie oggetto dell'indagine. Il formato di raccolta dati utilizzato conteneva i seguenti campi: età paziente, sesso, patologia.

Il periodo di riferimento temporale è il giorno di compilazione del formulario, che è variato liberamente, per ogni medico, nell'arco temporale compreso tra il mese di Novembre 2018 e il mese di Luglio 2019. La prevalenza è considerata puntuale ed è convenzionalmente riferita al punto intermedio di detto intervallo di tempo.

Le frequenze osservate nell'insieme dei medici rispondenti sono state utilizzate per il calcolo delle frequenze attese sul totale della popolazione in carico ai MMG: 148.659 unità.

Gli intervalli di confidenza al 95% sono stati calcolati, con il metodo approssimato di Wald (approssimazione normale) per proporzioni, utilizzando il calcolatore automatico Open Epi.

Risultati

La Tabella 1 riporta le caratteristiche della popolazione indagata.

Tabella 1 – dati popolazione

Totale MMG	MMG Rispondenti	POPOLAZIONE TOTALE	POPOLAZIONE INDAGATA	% COPERTURA
104	73	145.251	121.982	83,9%

N = osservati nel campione, P= popolazione iscritta negli elenchi dei MMG rispondenti

FREQUENZA BPCO

Tabella 2a

Prevalenza	IC 95%
1,4%	1,31% - 1,44%
N/P = 1.680/121.982	

BPCO, soggetti attesi

2.033

Tabella 2b

Sesso	%
Maschi	66,7%
Femmine	33,3%

Tabella 2c

Età media	SD	Età mediana
77,2	10,8	79

Attenti nella popolazione totale dei MMG = 145.251 * 1,4% = **2.033**

FREQUENZA SCOMPENSO CARDIACO (ICC)

Tabella 3a

Prevalenza	IC 95%
1,2%	1,12% - 1,24%
N/P = 1.442/121.982	

ICC, soggetti attesi

1.743

Tabella 3b

Sesso	%
Maschi	44,7%
Femmine	55,3%

Tabella 3c

Età media	SD	Età mediana
83,5	8,6	84

Attesi nella popolazione totale dei MMG = $145.251 * 1,2\% = 1.743$

FREQUENZA DIABETE TIPO 2 (T2DM)

Tabella 3a

Prevalenza	IC 95%
3,3%	3,22% - 3,32%
N/P = 4.046/121.982	

T2DM, soggetti attesi:

4.793

Tabella 3b

Sesso	%
Maschi	44,1%
Femmine	55,9%

Tabella 3c

Età media	SD	Età mediana
72,7	12,3	73

Attesi nella popolazione totale dei MMG = $145.251 * 3,3\% = 4.793$

Discussione

I risultati di questa indagine offrono alcune informazioni necessarie per dimensionare i servizi di assistenza nell'ambito della programmazione sanitaria locale (Piano Locale Cronicità). Alla "stratificazione" della popolazione dovrà far seguito la "stadiazione" del singolo caso e la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato multi professionale.

Dati statistici S.S.D. Diabetologia e Endocrinologia ASL CN2 relativi all'anno 2018

Emanuele Fraticelli, Annamaria Nuzzi, Elisabetta Benedusi, Andi Masha, Gianni La Motta,
Mauro Ravera, Paola Viberti, Antonietta Pasquero, Teresa D'Ambrosio, Loredana Silvosì,
Donatella Alessandria, Corrada Li Noce

La S.S.D. Diabetologia e Endocrinologia dell'ASL CN2 si occupa della prevenzione e trattamento delle malattie metaboliche e endocrinologiche della popolazione residente nel territorio dell'Asl. Gli ambulatori specialistici svolti sono quelli di diabetologia, endocrinologia generale, diabete e gravidanza, malattie metaboliche dell'osso e osteoporosi, prevenzione e cura del piede diabetico, retinografia; vengono realizzati inoltre corsi di educazione terapeutica sulla cura del diabete e la prevenzione delle sue complicanze anche in forma residenziale (campi scuola).

Da segnalare l'organizzazione, in collaborazione con le Associazioni di volontariato locali e il competente Servizio dell'ASL, di eventi di sensibilizzazione e coinvolgimento della popolazione generale sui temi della prevenzione del diabete e delle patologie metaboliche e della promozione di stili di vita salutari.

Le sedi presso le quali l'attività della Struttura si svolge sono quelle di Alba, Bra, Canale, Cortemilia, Santo Stefano Belbo e Montà d'Alba.

L'impegno assistenziale maggiore riguarda le persone affette da diabete mellito e pertanto se ne riportano i dati epidemiologici salienti.

I dati sono estratti dalla cartella clinica informatizzata "Smart Digital Clinic" utilizzata dalla nostra come dalla quasi totalità delle strutture diabetologiche del territorio nazionale e, per ciò che riguarda la popolazione esaminata, si riferisce al triennio 2015-2018.

Vengono riportati anche dati concernenti alcuni rilevanti parametri clinici e metabolici dei pazienti seguiti. Questi ultimi riguardano il periodo dallo 01/01/2018 al 31/12/2018 e sono calcolati sulla media dei dati registrati nell'anno.

La qualità del dato è garantita dalla numerosità della coorte esaminata.

Triennio 2015-2018:

- ❖ N. di persone registrate nel database con una diagnosi di dismetabolismo glicidico: **11112**
- ❖ N. di persone con diagnosi di Diabete mellito cronico: **8883**
- ❖ Pazienti con diagnosi di diabete mellito, classificazione:
 - Diabete mellito di tipo 2: **8518**, il 96% del totale dei pazienti con diabete
 - 51% di sesso maschile, 49% di sesso femminile
 - 75% ≥65 aa, 48% ≥75 aa
 - Diabete mellito di tipo 1: **281**, il 3% del totale dei pazienti con diabete
 - 55% di sesso maschile, 45% di sesso femminile
 - Diabete mellito da farmaci/sostanze chimiche: **54**, 1% dei pazienti con diabete
 - Diabete mellito da patologie del pancreas esocrino: **30**, 0.34% dei pazienti con diabete
- ❖ N. di persone con diagnosi di alterata glicemia a digiuno (IFG): **365**
- ❖ N. di persone con diagnosi di intolleranza ai carboidrati (IGT): **47**

Anno 2018:

- ❖ N. di donne con diagnosi di Diabete gestazionale (GDM) presenti in database: **194**. Il numero comprende le donne che hanno ricevuto una diagnosi di diabete gestazionale nel 2018 e le donne con GDM precedentemente diagnosticato con gravidanza in corso nel 2018.

Il compenso generale della popolazione di pazienti registrata è discreta.

Tra i pazienti con diabete mellito tipo 2 la maggioranza, appena oltre la metà, ha un compenso soddisfacente; ancora numerosi però i pazienti con una HbA1c oltre l'obiettivo desiderato.

La maggior parte della popolazione con diabete di tipo 2 è in sovrappeso o francamente obesa con una quota di quasi il 15% con obesità patologica.

Gli obiettivi di controllo della colesterolemia LDL aterogena sono soddisfatti in oltre il 60% dei pazienti; rimane una quota significativa con difficoltà all'ottenimento del target desiderato.

Nei pazienti con diabete di tipo 1, più giovani, insulino-trattati e con caratteristiche di compenso tipicamente più instabili, la HbA1c è mediamente più alta pur mantenendosi accettabile.

Si rileva una sostanziale parità nelle percentuali tra le coorti di pazienti con diversi gradi di compenso a testimonianza del maggiore impegno richiesto per il controllo ed il trattamento della malattia. Si sottolinea che i dati percentuali si riferiscano ai valori medi del parametro in oggetto registrati nell'anno e non all'ultimo dato che potrebbe in molti casi essere adeguato.

Vengono di seguito riportati i dati concernenti gli indicatori clinici e metabolici di rilievo per la definizione del compenso glico-metabolico della popolazione diabetica seguita, relativi all'anno 2018.

❖ **Pazienti con diabete mellito di tipo 2:**

- Parametri clinici e metabolici:
 - HbA1c media: 6.96%
 - HbA1c \leq 7% (obiettivo di compenso glicemico nel diabete mellito): 55%
 - HbA1c 7-8% (compenso glicemico non adeguato): 28%
 - HbA1c $>$ 8% (scompenso glicemico): 17%

 - BMI $<$ 25 (normopeso): 22%
 - BMI 25-30 (sovrappeso): 39%
 - BMI $>$ 30 (obesità): 39%
 - BMI $>$ 35 (obesità grave, 1° e 2°): 14%

 - Colesterolo LDL \leq 100 (obiettivo nel diabete senza patologia CV): 63%
 - Colesterolo LDL $<$ 70 (obiettivo nel diabete con patologia CV): 25%
 - Colesterolo LDL $>$ 100 (fuori dall'obiettivo nel diabete): 37%

❖ **Pazienti con diabete mellito di tipo 1:**

- Parametri clinici e metabolici:
 - HbA1c media: 7.76%
 - HbA1c \leq 7% (obiettivo di compenso glicemico nel diabete mellito): 32%
 - HbA1c 7-8% (compenso glicemico non adeguato): 37%
 - HbA1c $>$ 8% (scompenso glicemico): 31%

 - BMI $<$ 25 (normopeso): 52%
 - BMI 25-30 (sovrappeso): 33%
 - BMI $>$ 30 (obesità): 15%
 - BMI $>$ 35 (obesità grave, 1° e 2°): 3%

 - Colesterolo LDL \leq 100 (obiettivo nel diabete senza patologia CV): 62%
 - Colesterolo LDL $<$ 70 (obiettivo nel diabete con patologia CV): 12%
 - Colesterolo LDL $>$ 100 (fuori dall'obiettivo nel diabete): 38%

Analisi della variabilità della spesa farmaceutica nell'ASL CN2

Elio Laudani, Valeria Maria Manescotto, Arianna Del Canton, Mario Sanò, Patrizia Corradini,
Riccarda Cusatelli, Annamaria Gianti, Mirko Panico

Quest'indagine ha fatto uso dell'indicatore SPESA PER ASSISTITO PESATO.

Il numeratore di questa misura è rappresentato dalla spesa per prescrizioni di farmaci del Medico di Medicina Generale (MMG). I farmaci di cui sopra sono dispensati dalle farmacie convenzionate. Il denominatore è rappresentato dalla popolazione pesata iscritta negli elenchi del MMG. Per controllare il confondimento dovuto alla differente composizione per età delle popolazioni iscritte negli elenchi dei MMG, si è utilizzato il sistema di pesi predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute che divide la popolazione in 7 fasce di età. La fascia centrale (15-44 anni) è anche suddivisa in base al sesso.

L'anno di riferimento è il 2018.

Le tabelle e grafici di seguito riportati offrono un'immagine del fenomeno in studio.

Risultati

ASLCN2

PARAMETRI DELLA DISTRIBUZIONE DELLA SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

	N	Media	Std Dev		
	101,0000	147,4945	24,0166		
Min	25%	50%	75%	Max	Moda
95,2487	132,8638	147,4775	157,5659	244,8484	95,2487

DISTRETTO DI ALBA

PARAMETRI DELLA DISTRIBUZIONE DELLA SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

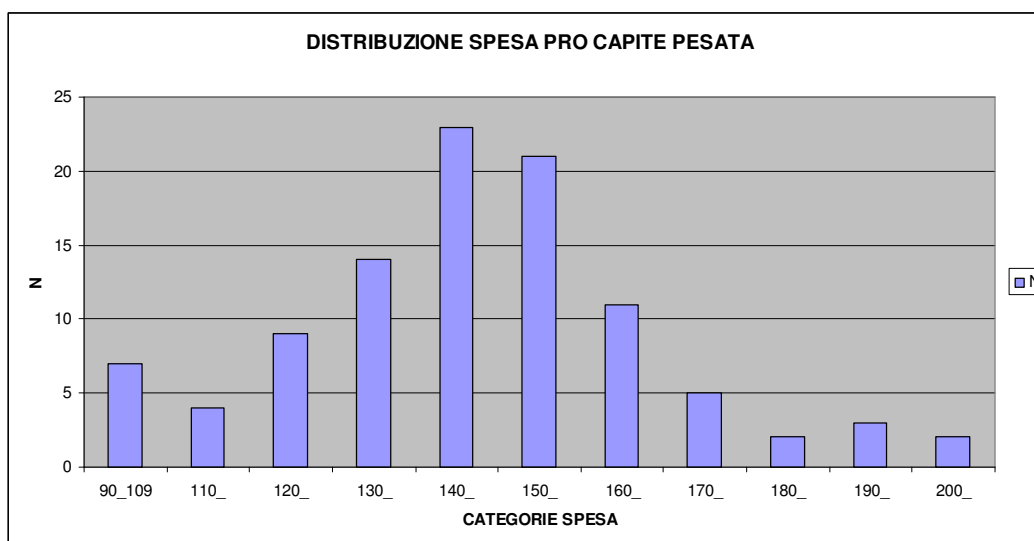
	N	Media	Std Dev		
	63,0000	145,3406	23,1641		
Min	25%	50%	75%	Max	Moda
95,2487	130,6237	146,3871	157,3167	221,3552	95,2487

DISTRETTO DI BRA

PARAMETRI DELLA DISTRIBUZIONE DELLA SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

	N	Media	Std Dev		
	38,0000	151,0653	25,2743		
Min	25%	50%	75%	Max	Moda
100,8926	139,9975	148,4951	165,4717	244,8484	100,8926

La differenza tra i due distretti non è statisticamente significativa (ANOVA a due vie).



Indice di asimmetria di Yule and Bowley = 0,182

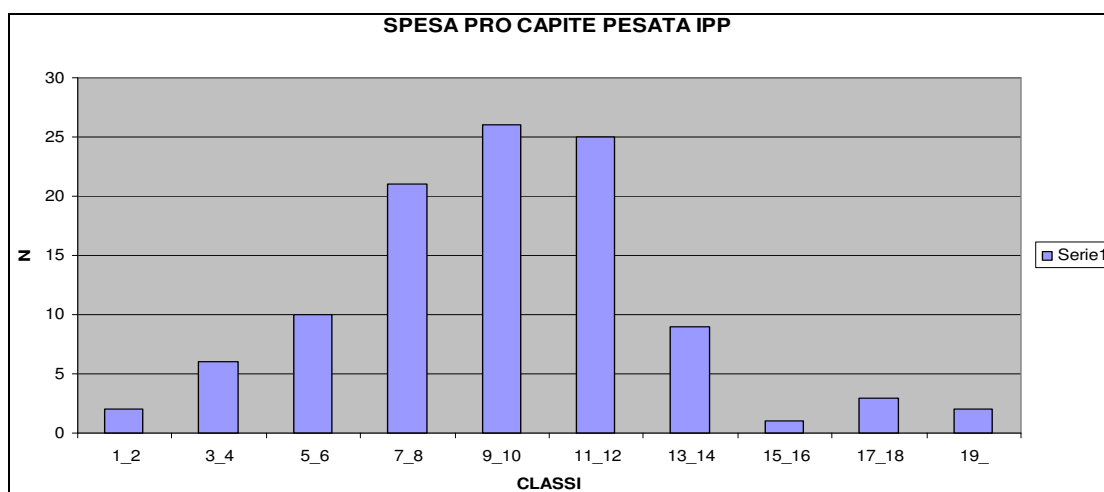
SPESA PRO CAPITE PESATA. ASL CN2. CATEGORIE ATC.

CLASSE ATC	SPESA PRO CAPITE MEDIA PESATA
TOTALE	147,5
ANTIIPERTENSIONE	27,9
IPOLIPIDIZZANTI	12,3
RESPIRATORI	13,4
NAO	11,1
ANTIDEPRESSIVI	7,8
ANTIBIOTICI	7,6
VITD3	2,0
EBPM	1,5
RIFAXIMINA	1,9
OMEGA3	1,3
IPP	10,0

IPP

ASL CN2: ATC A02BC SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

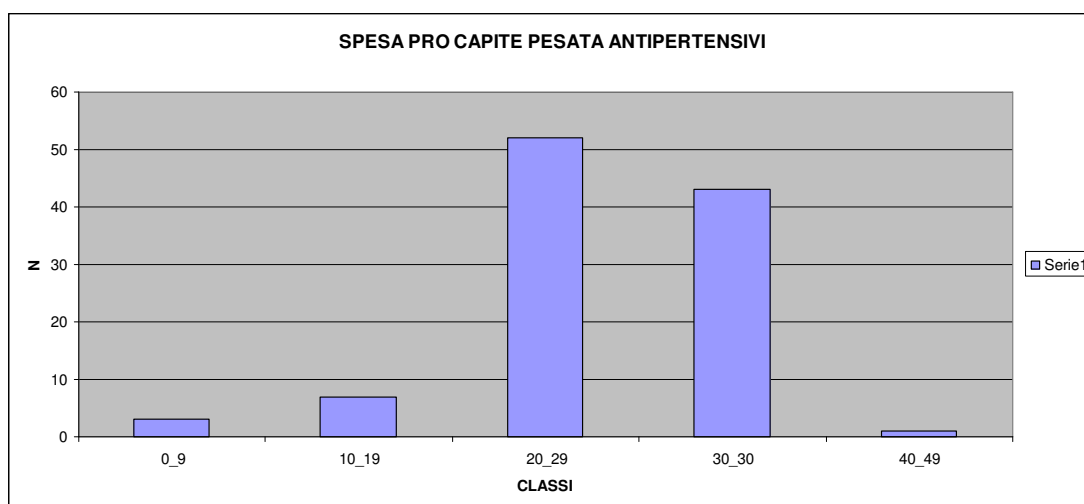
	Media	Std Dev				
	10,0114	3,5208				
Min	25%	50%	75%	Max	Moda	
0,0311	8,0064	10,0589	12,0572	19,9766	0,0311	



ANTI IPERTENSIONE

ASL CN2: ATC C07+C08+C09 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

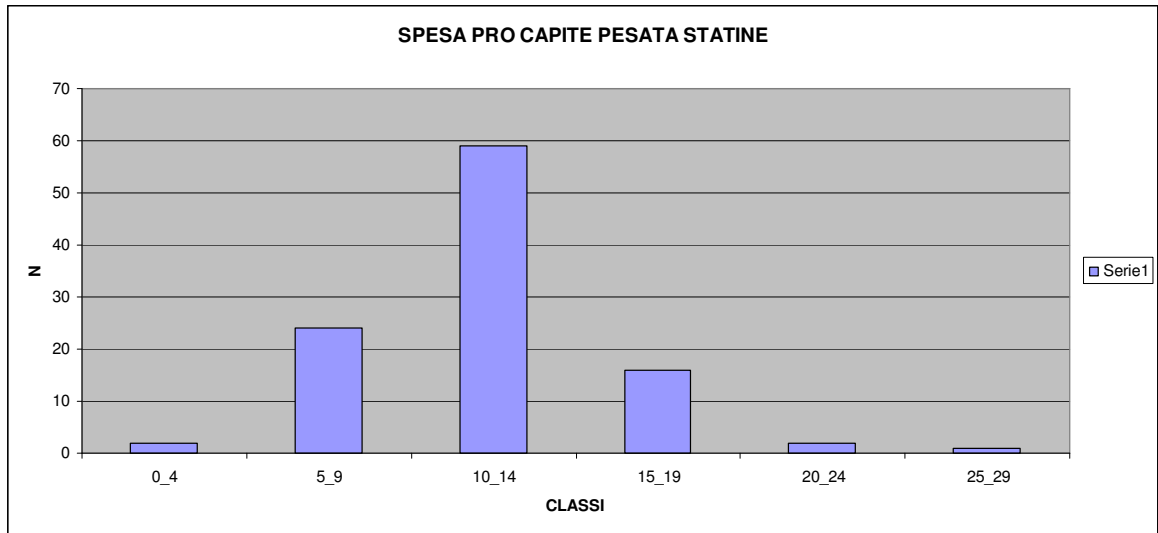
	Media	Std Dev				
	27,8684	5,9912				
Min	25%	50%	75%	Max	Moda	
3,6150	25,0397	28,8458	31,3183	45,9076	3,6150	



IPOLIPIDEMIZZANTI

ASLCN2: ATC C10 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

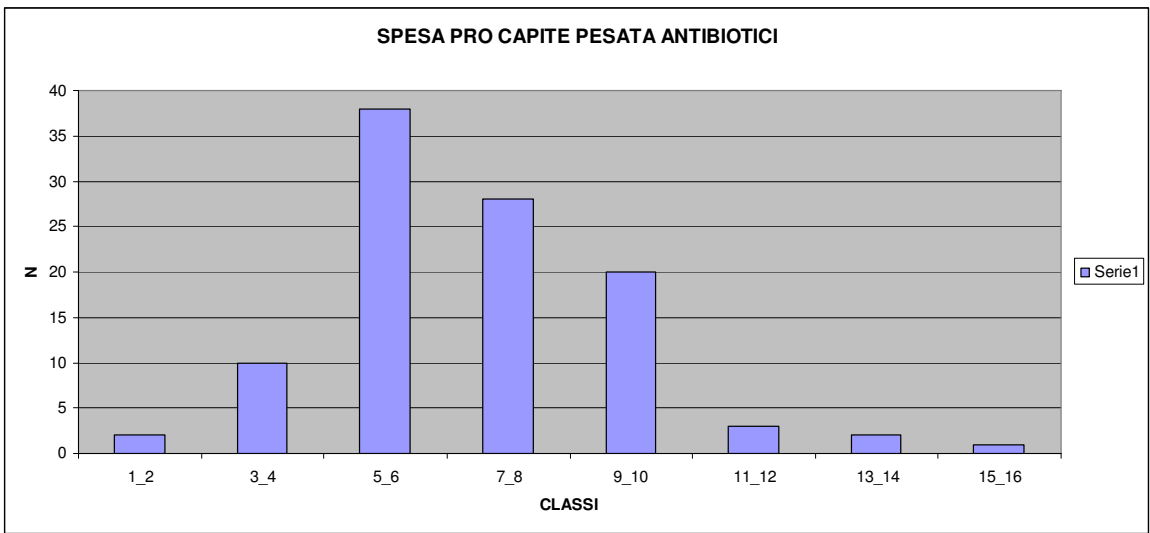
Media Std Dev
12,3613 3,6156
Min 25% 50% 75% Max Moda
1,7302 10,2954 12,2581 14,2673 25,5085 1,7302



ANTIBIOTICI

ASLCN2: ATC J01 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

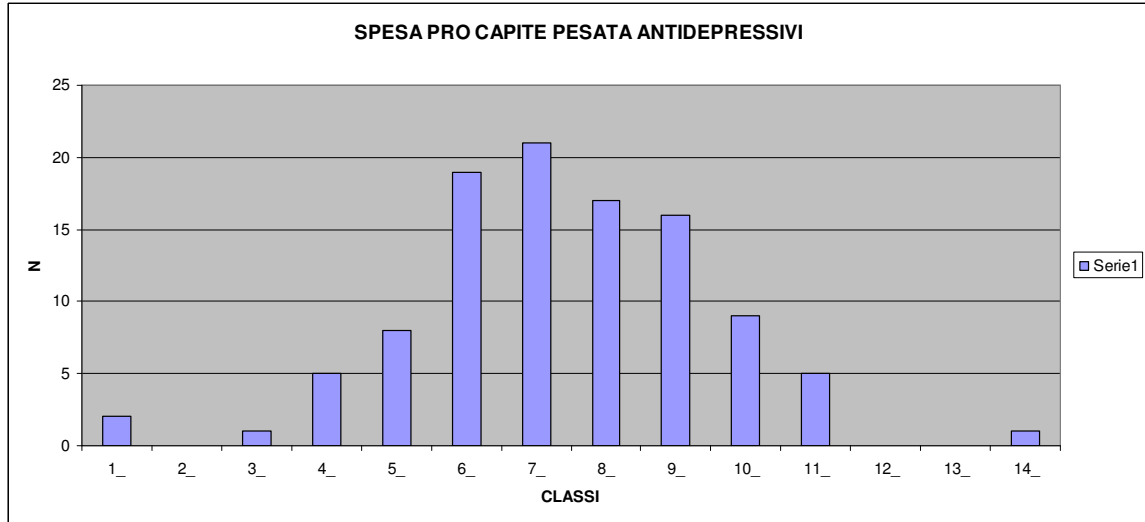
Media Std Dev
7,6495 0,1
Min 25% 50% 75% Max Moda
7,6495 7,6495 7,6495 7,6495 7,6495 7,6495



ANTIDEPRESSIVI

ASLCN2: ATC N06A SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

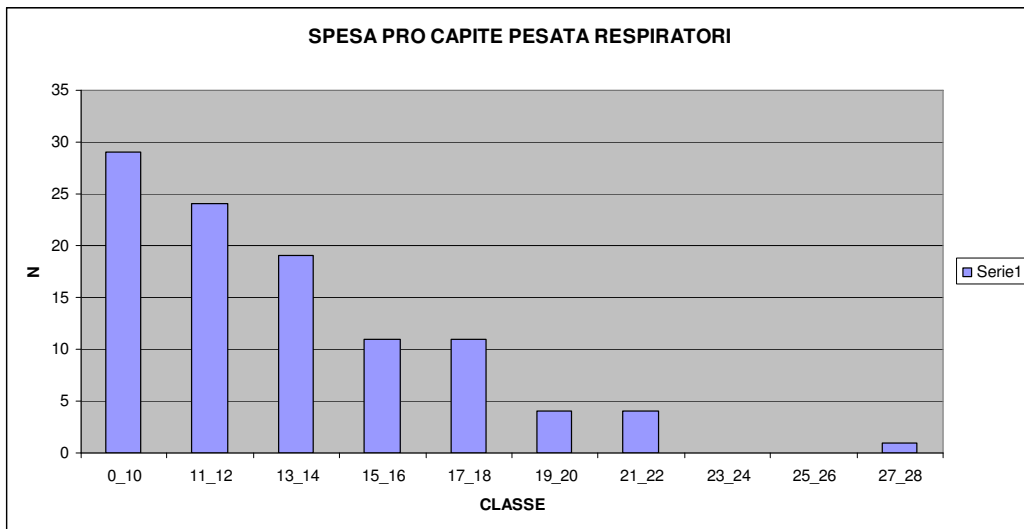
Media Std Dev
7,8628 2,0867
Min 25% 50% 75% Max Moda
1,0477 6,4975 7,7457 9,3724 14,6816 1,0477



RESPIRATORI

ASL CN2: ATC R03 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

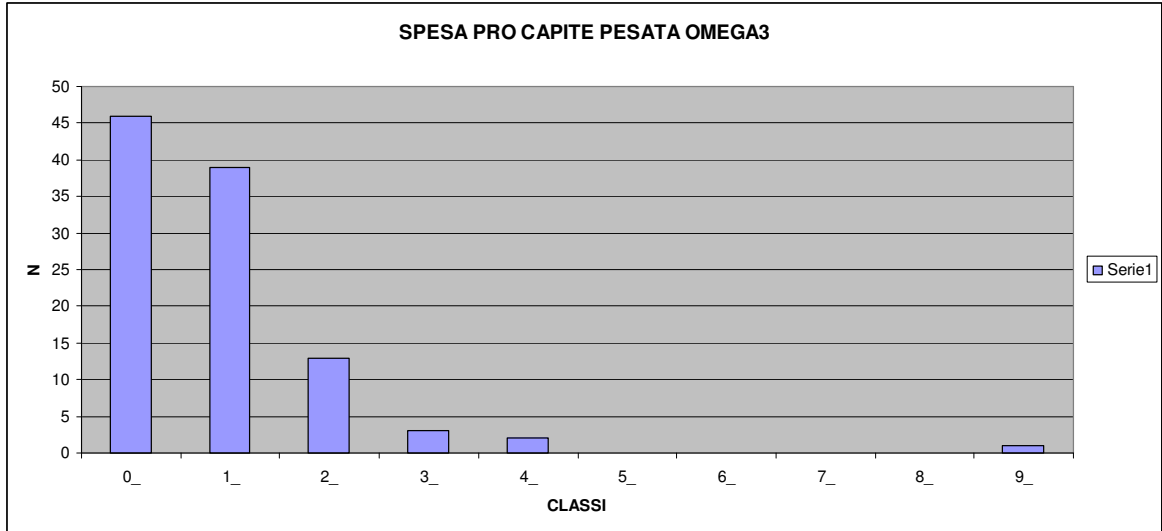
Media Std Dev
13,4631 3,9542
Min 25% 50% 75% Max Moda
2,8341 10,9469 12,9075 16,1846 28,2648 2,8341



OMEGA 3

ASLCN2: ATC C08CA12 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

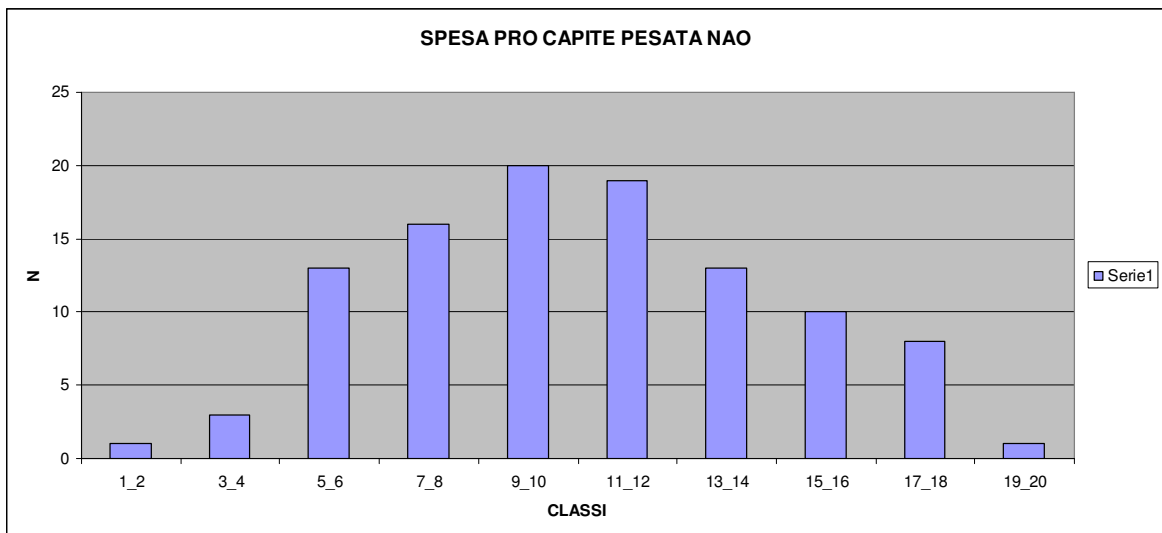
Media Std Dev
1,3965 1,0144
Min 25% 50% 75% Max Moda
0,0000 0,6485 1,0948 1,8361 4,9746 0,0000



NAO

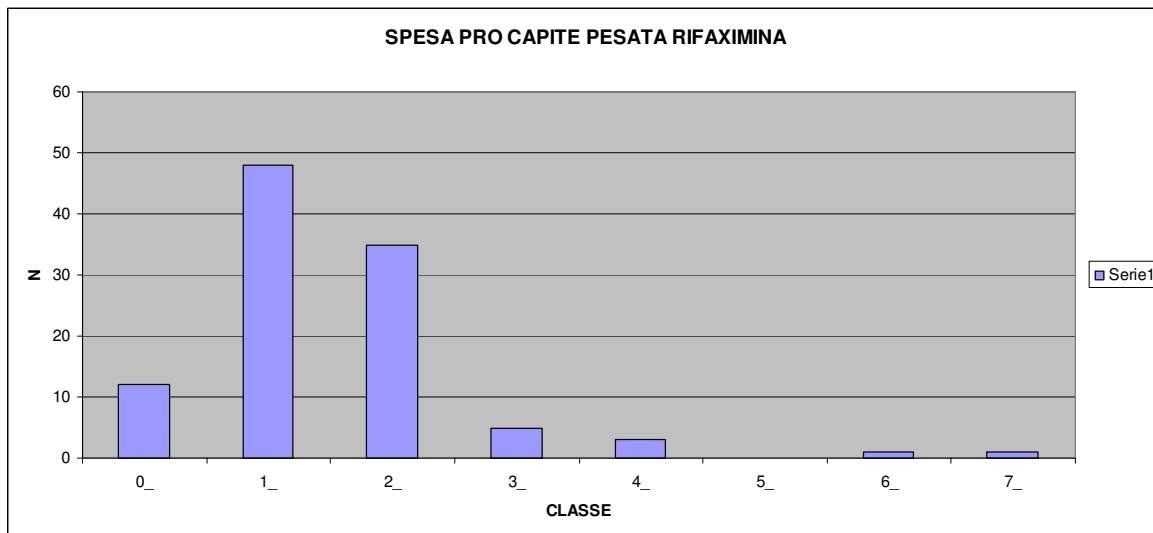
ASL CN2: ATC B01AF+B01AE SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

Media Std Dev
11,1126 3,8943
Min 25% 50% 75% Max Moda
1,6105 8,4292 10,4398 13,7438 20,3296 1,6105



RIFAXIMINA
ASL CN2: ATC A07AA11 SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

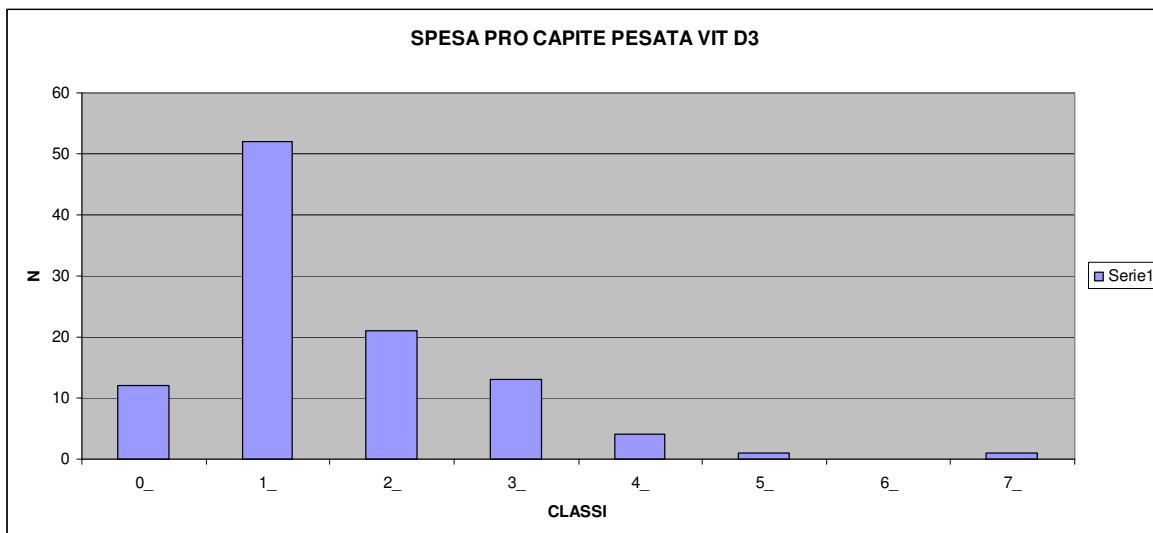
Media Std Dev
 1,9033 0,8894
 Min 25% 50% 75% Max Moda
 0,1446 1,3040 1,8445 2,4006 6,0705 0,1446



VIT D3
ASL CN2: ATC A11CC SPESA LORDA PROCAPITE PESATA

Media Std Dev
 2,0499 1,1755

Min	25%	50%	75%	Max	Mode
0,1857	1,1983	1,7327	2,6776	7,0886	0,1857



Discussione

Le cause della variabilità possono essere spiegate da diversi fattori:

1. Diversa complessità assistenziale delle popolazioni in carico ai medici: prevalenza di malattie, approfondimenti diagnostici, accesso alle cure;
2. Diversa aderenza al principio dell'utilizzo di farmaci meno costosi a parità di efficacia: uso di molecole generiche o con prezzo ridotto per presenza di equivalente generico, acritica

accettazione della propaganda commerciale, scarsa conoscenza delle evidenze scientifiche con conseguente "cascata prescrittiva";

3. Sovra o sotto diagnosi e conseguente sovra o sotto trattamento;
4. Numerosità della popolazione assistita. Tale grandezza può variare a seconda dell'attività di sostituzione tra MMG. All'interno delle forme associative della medicina di base capita spesso che un MMG prescriva per pazienti iscritti negli elenchi dei suoi associati. In tal caso il denominatore dell'indicatore utilizzato è inferiore alla popolazione realmente assistita e di conseguenza la misura del fenomeno è distorta con sovrastima;
5. Diverso accesso o aderenza alla distribuzione diretta;
6. Oscillazioni casuali.

Bibliografia

Servizio Sanitario della Toscana "Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica nell'anziano. "I Criteri di Beers"" 2011.

"American Geriatrics Society 2019 Updates AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults" JAGS 1-21, 2019.

"The Dangers of Ignoring the Beers-Criteria, the Prescribing Cascade" Jamanetwork.com May 13, 2019 (open access).

Novità dall'Ospedale di Verduno: il nuovo Day-Hospital/Day-Service Federico Castiglione, Giusto Viglino

È un piacere cominciare a scrivere di un'attività nuova del Nuovo Ospedale. Infatti parliamo qui del nuovo Day-Hospital/Day-Service medico che nascerà nell'Ospedale di Verduno.

Si tratta di una struttura totalmente nuova che non esiste nei due attuali ospedali di Alba e Bra. Diciamo subito che negli ospedali nuovi o ristrutturati vengono centralizzate quelle attività assistenziali di una certa complessità con necessità di sorveglianza clinica ma che non richiedono il ricovero ordinario. Il vecchio modello organizzativo prevedeva che ciascun Reparto organizzasse *in proprio* questo tipo di attività, con una certa dispersione di risorse.

L'unificazione dei due vecchi ospedali è il momento ideale per concentrare e razionalizzare questi servizi, con un vantaggio sia per l'Ospedale che gli Utenti. E questa opportunità è stata raccolta dalla nostra Amministrazione per modernizzare il modello organizzativo.

Va chiarita subito la questione terminologica. L'espressione *day-hospital* è ormai nota a tutti: l'evoluzione tecnologica di certe procedure mediche ha fatto sì che molte di queste procedure siano state semplificate nel tempo e quindi non richiedano più un ricovero ordinario ma un solo un ricovero di poche ore, con dimissioni in giornata, appunto un day-hospital.

Il *day-service* è una formula più nuova, simile alla precedente: un ricovero breve in cui le procedure sono un po' meno complesse e meno critiche rispetto al day-hospital. Trattandosi di una procedura "ambulatoriale" il day service è in linea teorica soggetto a ticket a meno che, come spesso accade, il paziente oppure la procedura non siano esenti dal pagamento del ticket.

Il **Day Service** conserva molte caratteristiche che hanno reso il DH una formula apprezzata dall'utenza: gli appuntamenti sono accorpatis nel minor numero di passaggi possibili, è garantito il supporto amministrativo ed infermieristico, c'è un rapporto semplificato tra il paziente e le varie strutture ospedaliere, anche nelle prenotazioni ad esempio. Il confine tra i regimi di Day Hospital e Day Service è molto sottile e quindi essi solitamente vengono gestiti insieme. In pratica si raggrupperanno in un'unica struttura quelle attività mediche che richiedono più prestazioni, come visita, prelievo, esami radiologici, cardiologici e altri esami specialistici, terapie infusionali o orali che non possono essere eseguite a domicilio.

Trattandosi di percorsi nuovi per la nostra ASL, ci sarà bisogno di codificare tutte le procedure sia dal punto di vista assistenziale che burocratico e informatico. Questo richiede intese da raggiungere fra le varie strutture cliniche coinvolte e quindi gli accordi andranno tradotti in procedure, anche informatiche, che coinvolgeranno il Servizio Informativo aziendale ed il Controllo di Gestione (specie per un'attività innovativa come il Day Service).

Fin qui pare tutto abbastanza chiaro, non facile da fare ma comunque chiaro. Ma noi vorremmo sviluppare un **valore aggiunto** in questa Struttura, in sintonia con la rinnovata azione aziendale in vista dell'operatività del Nuovo Ospedale. È noto come la **collaborazione tra Ospedale e Territorio** non sia sempre facile: ciascuno ha la sua organizzazione, il suo modus operandi e le proprie necessità ed accade spesso che il passaggio del paziente dalle cure territoriali a quelle ospedaliere (e viceversa) sia faticoso, a volte poco chiaro. Pensiamo a quando il paziente cronico si riacutizza: ricovero sì o ricovero no? Gestiamo il paziente a casa o il ricovero ospedaliero può dare un reale vantaggio al paziente? Ci possono essere soluzioni intermedie, come suggerito dal Piano Nazionale delle Cronicità del 2016 (che cita esplicitamente il Day Service ed il Day Hospital come elementi di un continuum basato sulla complessità assistenziale).

Anche il Documento AGENAS-ANCI-FIMMG del 2013 chiede di *"rivedere l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera"*.

E lo stesso accade alla dimissione, che al paziente o alla famiglia può sembrare un salto nel buio. Bisogna notare che i servizi territoriali sono cresciuti enormemente in questi anni, portando al domicilio tantissime prestazioni. Tuttavia comunicare con gli specialisti ospedalieri non è facile perché ovviamente impegnati in turni, guardie, etc., specie in questo periodo di diffuso sottorganico negli ospedali, e lo stesso può accadere talvolta con il Medico di Medicina Generale. Secondo le visioni più moderne, se si vuole ottimizzare la domiciliarietà delle cure, dobbiamo creare una maggiore continuità tra territorio ed ospedale, prevedere dei canali attraverso i quali MMG e Ospedale possano parlarsi e se necessario far passare il paziente dalle cure domiciliari ad una struttura ospedaliera agile e recettiva diversa dal ricovero ordinario. Il Day Hospital-Day Service può essere il luogo fisico in cui eseguire certe procedure complesse, che possono integrare ed incoraggiare l'assistenza al domicilio.

Il modello di Day Service, ben descritto da alcune regolamentazioni regionali, prevede anche un'altra novità: la figura del **case-manager**. Questa nasce dalla necessità di avere una figura di

riferimento che sia responsabile della qualità del percorso del paziente. Di solito tale coordinamento è svolto dal medico che prende in carico il paziente, che può essere uno specialista o il personale medico del Day Service stesso. Nel nostro caso l'impegno è che questo compito possa essere trasferito ad una figura infermieristica previa adeguata formazione, in un'ottica di **task shifting** che è un obiettivo qualificante della nostra Azienda.

E chiudiamo questa presentazione del nuovo Day Hospital/Day Service con una classica *flowchart*, in cui si disegna il percorso del paziente all'interno della Struttura, e con l'auspicio che possa crescere la collaborazione tra tutte le componenti della nostra Sanità che, nonostante alcune difficoltà, è un bene prezioso: una sanità universalistica, per giunta tra le meno costose al mondo.



EMICRANIA E PATOLOGIE CO-ESISTENTI: IL "PROFILO CEFALÉE".
Protocollo ematochimico consolidato per l'identificazione
delle patologie associate. Resoconto narrativo di 15 anni di
applicazione al Centro Cefalee ASL CN2, con focus sul
dismetabolismo glucidico-insulinemico e sulle trombofilie
Cinzia Cavestro, Monica Demaestri, Silvia Mandrino, Gianmatteo Micca, Michele Dotta

Abstract

La cefalea è la patologia neurologica più frequente. Le cefalee primarie contano per circa la metà dei casi, la maggiore è l'emicrania che colpisce approssimativamente il 14% della popolazione generale, con un elevato impatto sulla qualità di vita. Essendo una cefalea che per definizione ha origine primaria, non è abitudine valutare altre patologie nei pazienti che ne soffrono. Negli ultimi vent'anni alcuni studi hanno sottolineato come questa cefalea sia co-morbida con diverse altre patologie che, se presenti, svolgono un ruolo aggravante.

Per tale motivo fin dai primi anni 2000 presso il nostro centro viene proposto un gruppo di esami ematici, poi denominato "PROFILO CEFALÉE", atto a individuare le patologie co-morbide più frequenti e importanti per la gestione dell'emicrania in particolare, ma anche di altri tipi di cefalea.

Illustriamo in questo lavoro il profilo, le sue applicazioni, e i dati patologici rilevati in 15 anni di lavoro presso il centro cefalee della nostra ASL.

Introduzione

L'emicrania è una cefalea di tipo primario, caratterizzata dalla presenza di dolore al capo, di intensità medio-elevata, generalmente con caratteristiche pulsanti, aggravata dal movimento, e con associati sintomi quali fonofobia e fotofobia, nausea, vomito [1]. Questo tipo di cefalea colpisce una media del 14% della popolazione generale [2] e implicata elevata disabilità, calcolandola in base al fatto che si tratta di una patologia cronica, la maggiore al mondo per le persone di età inferiore ai 50 anni [3].

In circa 1/3 dei casi al dolore si associa la presenza di un deficit neurologico focale denominato AURA emicranica, e talvolta l'attacco è caratterizzato dalla sola presenza di aura, senza cefalea [1] (la **Tabella 1** descrive i criteri diagnostici riassunti).

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

Da oltre un decennio si è osservato come l'emicrania sia co-morbida con alcune altre patologie. L'associazione più storica è quella tra emicrania e malattie dell'umore, importante anche l'associazione con le patologie vascolari [4]. Negli anni Novanta si è scoperta l'associazione con le alterazioni metaboliche glucidico-insulinemiche [5] [6], e la ricerca sulle possibili associazioni con le malattie trombofiliche [7], in particolare con gli anticorpi anti fosfolipidi [8].

Nonostante tali informazioni, è uso comune approcciare il paziente emicranico solo dal punto di vista clinico, raccogliendo l'anamnesi ed effettuando un esame obiettivo. A meno di casi particolari, non è usuale effettuare una proposta diagnostica per le patologie co-morbide o associate, né proporre una diagnostica neuroradiologica, che di per sé non è necessaria a porre questo tipo di diagnosi, ma è indicata sostanzialmente allo scopo di ricercare eventuali problematiche associate, aggravanti o che possano manifestare quadri così detti "migraine-like", ossia situazioni clinicamente analoghe all'emicrania secondo classificazione ma di probabile altra origine, da sospettare qualora vi siano le condizioni non tipiche e nei casi in cui la frequenza di attacchi sia ricorrente o vi siano deficit neurologici [9].

Scopo del lavoro

Riportiamo in questo articolo i dati riassuntivi narrativi relativi alle patologie che man mano abbiamo rilevato negli anni grazie all'applicazione di un protocollo ematochimico specifico, da noi denominato "**PROFILO CEFALÉE**".

L'obiettivo di questo articolo è informare sui riscontri avuti in oltre un decennio di esperienza (2004-2018) sulla ricerca delle patologie associate a e co-morbide con l'emigrania, onde fornire strumenti più mirati e efficaci per la cura di questa patologia primaria.

Protocollo "profilo cefalee", pazienti e metodi

Il centro cefalee di Alba e la nascita del protocollo "profilo cefalee"

Il centro cefalee dell'ASL CN2 nasce nel 1999-2000, divenendo negli anni centro dedicato a tempo pieno alla gestione delle cefalee. Svolge da sempre attività di ricerca clinica. La dedizione a tempo pieno, l'elevato numero di accessi e di casi complessi, oltre che la collaborazione di più specialisti in equipe, ha permesso di comprendere fin dagli anni Novanta che la cefalea non era un problema semplicemente neurologico, ma riguardava l'organismo nella sua interezza. Per tale motivo, intorno al 2002 è stato prodotto il primo elenco di indagini ematochimiche atte a ricercare le patologie associate nei pazienti con cefalea in generale, ed in particolare con emigrania. Tale elenco è stato rivisitato negli anni seguenti, acquisendo l'esperienza sull'utilità o meno delle indagini utili da eseguire, ed è infine stato definito e rimasto invariato dal 2008 ad oggi. L'elenco di esami ematici viene da anni applicato di default per tutti i pazienti che accedono per cefalea, fornendo comunque uno strumento diagnostico e successivamente di indirizzo terapeutico, per tutte le cefalee.

Il centro cefalee dell'ASL CN2 utilizza fin dal 2000 un archivio computerizzato su server centrale, e un archivio dedicato per il centro cefalee fin dal 2004. Tale scheda è stata man mano aggiornata e ottimizzata negli anni, in dipendenza delle acquisizioni culturali scientifiche. La scheda di raccolta delle informazioni è predefinita e strutturata onde raccogliere le informazioni atte a definire la diagnosi del tipo di cefalea, le informazioni anamnestiche fisio-patologiche in generale, l'Indice Di Massa Corporea (BMI) e le abitudini voluttuarie, l'anamnesi familiare, l'obiettività medica sia generale che neurologica, notizie relative alle terapie, indagini diagnostiche varie eseguite nel tempo, e altri dati che possano essere utili per inquadramento e gestione del paziente. Da numerosi anni vengono inoltre raccolte informazioni su alimentazione e idratazione, tramite un questionario alimentare che viene utilizzato anche come base utile per rivedere insieme al paziente il regime alimentare.

Il "profilo cefalee"

Modificato negli anni, il primo risale al 2002, è invariato dal 2008, in seguito a varie modifiche e prove che hanno condotto a identificare quali parametri siano da ritenersi più utili per la ricerca delle patologie co-esistenti e co-morbide con l'emigrania, ma anche per altri tipi di cefalee. Tale profilo viene proposto di routine al primo accesso al nostro centro cefalee. La **Tabella 2** riporta l'elenco completo corredato dei codici prescrittivi nazionali per le ricette dematerializzate.

Tabella 2 – Elenco esami ematici del "PROFILO CEFALÉE"

Endocrino-metabolici

Curva da carico glicemica (codice ricetta dematerializzata 90.26.5 - GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 6 DETERMINAZIONI) (90.26.5) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.], specificando nelle note "4 prelievi, basale e dopo 30', 60' e 120' da carico dio 75 gr di glucosio)

Curva insulinemica dopo carico (codice ricetta de materializzata 90.28.5 - INSULINA (CURVA DA CARICO O DOPO TEST FARMACOLOGICI, MAX. 5) (90.28.5) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.], specificando nelle note "4 prelievi, basale e dopo 30', 60' e 120' da carico dio 75 gr di glucosio)

TSH (90.42.1 - TIREOTROPINA (TSH) (90.42.1) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Ab anti tiroide (sia Ab anti tireoglobulina 90.54.4 - ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG) (90.54.4) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.] che Ab anti per ossidasi 90.51.4 - ANTI TIREOPERROSSIDASI (ABTPO) (90514.1) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

PRL (90.38.2 - PROLATTINA (PRL) [S] (90.38.2) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Emocromo e ferritina

Ferritina (90.22.3 - FERRITINA [siero] (90223.2) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Emocromo (90.62.2 - EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. (90.62.2) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Coagulativi - immunologici

Lupus anticoagulante (90.46.5 - ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC) (90.46.5) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Ab anti cardiolipina (IgG e IgM) (90.47.5 - ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG) [S] (90475.0) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.], 90.47.5 - ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgM) [S] (90475.1) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Ab anti Beta2 GP1 (attenzione, NON la beta2glicoproteina !) (90.49.B - ANTICORPI ANTI BETA2 GP (9049B.1) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Proteina S coagulante libera (90.72.4 - PROTEINA S LIBERA [P] (90.72.4) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Resistenza alla Proteina C Attivata (APCR) (90.77.2 - TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA (90.77.2) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Omocisteina (90.07.7 - OMOCISTEINA (HPLC-CROMATOGRAFIA LIQUIDA) (90.07.7) [LAB. ANAL.-ISTOPAT.-IMMUNOPAT.]

Riferimenti su sito ASL CN2, <http://www.aslcn2.it/media/2018/11/profilo-cefalee-20181411.pdf>.

Il documento è disponibile sul sito della nostra ASL, contiene anche la descrizione dei parametri di riferimento della curva da carico insulinemica e una descrizione e motivazione degli esami proposti.

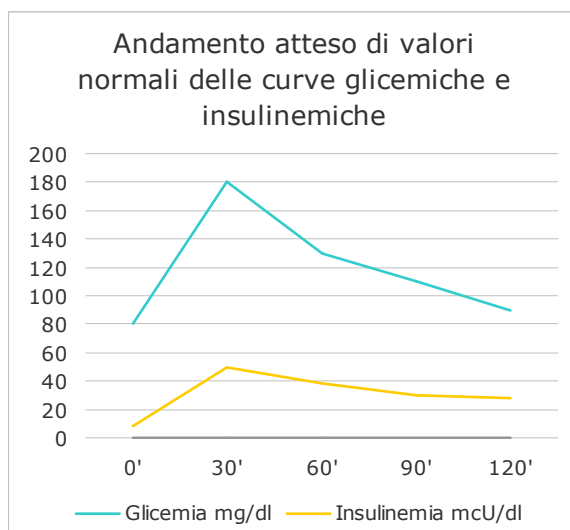
La standardizzazione della curva insulinemica del "profilo cefalee"

Nel 2004, all'epoca in cui è iniziata la valutazione del profilo cefalee con le curve da carico glicemica e insulinemica, non esistevano parametri di riferimenti internazionali per la curva insulinemica. I dati reperibili in letteratura riguardavano la sola insulinemia basale, e questa veniva citata in correlazione con il diabete. Abbiamo quindi standardizzato i nostri riferimenti interni al laboratorio sottoponendo volontari sani al carico di glucosio da 75 gr, stabilendo che i valori basali di insulina fossero compresi tra 2 e 8 e che dopo il carico, in tutti i prelievi, il valore massimo fosse ≤ 55 . In considerazione del fatto che i valori internazionali OMS della curva da carico glicemica venissero considerati per prelievi basale e dopo 30, 60 e 120 minuti dopo il carico di 75 gr di glucosio, abbiamo deciso di valutare anche i valori di insulina con le stesse tempistiche. Negli anni successivi, avendo eseguito alcune migliaia di curve, abbiamo aggiustato i riferimenti per l'insulinemia (compresa tra 2 e 10 al basale, confermata ≤ 55). La **Tabella 3** mostra i nostri valori di riferimento e quello che è l'andamento atteso delle curve normali. La **Figura 1** mostra l'andamento normale atteso delle curve da carico.

Tabella 3 – Valori di riferimento delle curve da carico (fino al 2018)

Tempo	0'	30'	60'	120'	
Valori normali (Alba)					
Glicemia mg/dl		65 - 100	70-199	70-139	
Insulinemia mcU/dl		2-10	≤ 55	≤ 55	≤ 55

Figura 1 - Andamento atteso di curve normali



Risultati

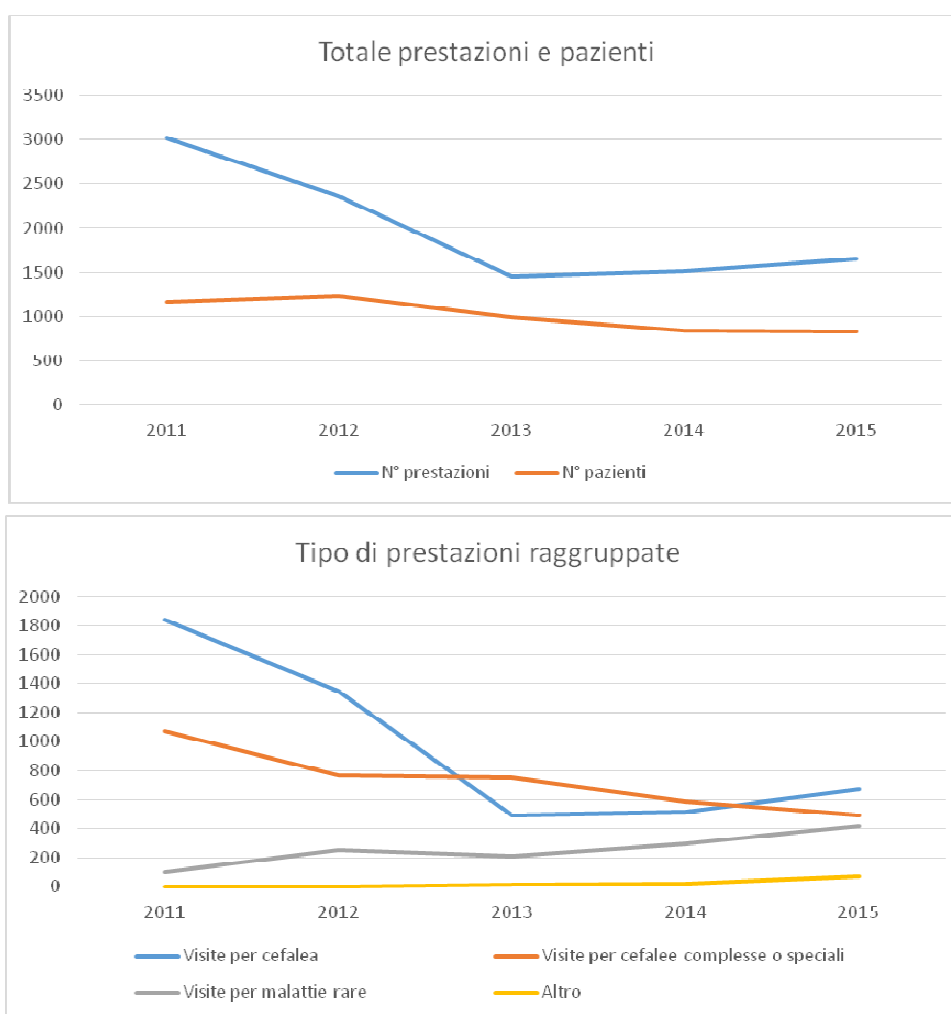
Caratteristiche della popolazione del centro cefalee – malattie rare di Alba

Nell'ultimo decennio sono state effettuate circa 18.000 visite presso in nostro centro, con una media di persone anno di circa un migliaio di persone (complessivamente visitati nel decennio quasi 3500 persone). Le donne sono il 75% della popolazione seguita.

Dal 2008 è attivo nel centro un ambulatorio per le malattie rare, con uno spazio dedicato nello specifico alle sedute ambulatoriali per le cefalee di pazienti affetti da malattie rare. Infatti, l'applicazione del profilo cefalee ha permesso di rilevare alcune patologie rare, la cui prevalenza è inferiore a 2/1000 abitanti all'anno. Tra queste, le più frequenti sono alcune patologie trombotiche, di cui si accenna più avanti, oltre a malattie autoimmuni di vario tipo, malattie da accumulo; a questi pazienti affetti da malattia rara, si aggiungono, indipendentemente dal profilo cefalee, le cefalee legate a quadro malformativi, come ad es. la Sindrome di Arnold-Chiari e di Klippel-Feil, la sindrome di Sturge-Weber, e le cefalee primarie rare.

Periodicamente nel corso degli anni sono stati prodotti dei report di attività del centro, riportiamo come esempio il report del 2016, relativo alle prestazioni effettuate tra il 2011 e il 2015 (**Figure 2 e 3**).

Figure 2 e 3 – Report attività Centro cefalee – malattie rare 2011-2015



Malattie rare cefalea-correlate, riscontrate applicando il protocollo diagnostico per le patologie coesistenti e co-morbide

Il Centro cefalee - malattie rare di Alba fa parte della Rete Piemontese per le Malattie Rare fin dal 2007. La partecipazione alla rete include la segnalazione e l'inserimento nella banca dati regionale dei casi di malattia rara diagnosticati presso il nostro centro. Nella quasi totalità dei casi, le diagnosi di malattia rara che sono state effettuate dal centro cefalee – malattie rare, sono emerse grazie all'applicazione del "PROFILO CEFALÉE". Alcune di queste, sono in generale maggiormente frequenti nei soggetti affetti da cefalea, ed in particolare da coloro che sono affetti proprio da emicrania. Riportiamo nelle **Tabelle 4** e **Figura 4** il riepilogo delle

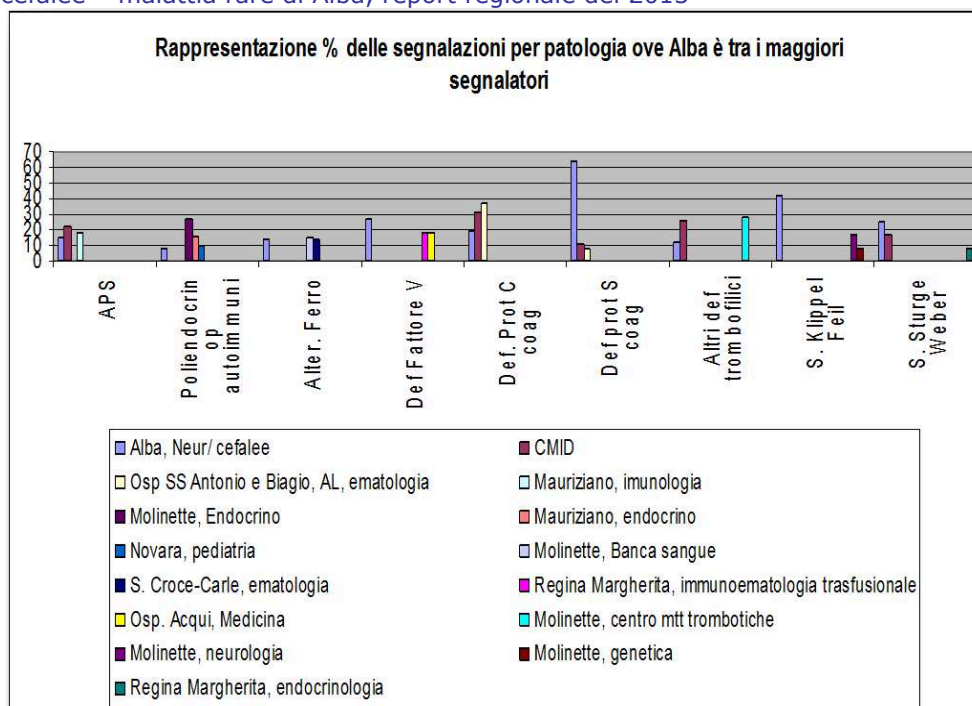
segnalazioni del centro cefalee – malattie rare di Alba, delle patologie emerse grazie allo screening del “PROFILO CEFALÉE”.

Tabella 4 – Dati sulle segnalazioni di malattia rara più frequenti al Centro cefalee – malattia rare di Alba, report regionale del 2013

Malattia	Centro segnalatore	Percentuale regionale
Sindrome da anticorpi antifosfolipidi	Torino Emergenza Nord, CMID	22.2%
	Osp Mauriziano TO, immunologia	18%
	Alba, Neur/Centro cefalee	15.5%
Poliendocrinopatie autoimmuni	Molinette, Endocrinologia/mtt metaboliche	26.9%
	Osp Mauriziano, endocrinologia	16.4%
	Osp maggiore della Carità, pediatria	10%
	Alba, Neur/Centro cefalee	8.5%
Alterazioni congenite metabolismo ferro	Molinette, banca del sangue	15.4%
	S.Croce e Carle, CN, ematologia	14.5%
	Alba, Neur/Centro cefalee	13.9%
Deficit di fattore V	Alba, Neur/Centro cefalee	27.3%
	Osp Infantile Regina Margherita, Immunoematologia Trasfusionale	18.2%
	Osp di Acqui, Medicina Interna	18.2%
Deficit Proteina C coagulante	Osp Civile SS Antonio e Biagio, ematologia	37.5%
	Torino Emergenza Nord, CMID	31.3%
	Alba, Neur/Centro cefalee	18.8%
Deficit Proteina S coagulante	Alba, Neur/Centro cefalee	64.1%
	Torino Emergenza Nord, CMID	10.9%
	Osp Civile SS Antonio e Biagio, ematologia	7.8%
Altri difetti trombofilici circolare 2010	Molinette, centro rif mtt trombotiche	28.5%
	Torino Emergenza Nord, CMID	26.2%
	Alba, Neur/Centro cefalee	12.2%

(relativo a inserimenti regionali dalla fondazione a fine dicembre 2012; dati inseriti con codice della neurologia fino al 2012 compreso, dal 2013 con codice distintivo del centro cefalee). <https://www.malattierarepiemonte.it/obj/files/report/Report2013MalattieRare.pdf>

Figura 4 – Rappresentazione grafica dei dati sulle segnalazioni di malattia rara più frequenti al Centro cefalee – malattia rare di Alba, report regionale del 2013



(relativo a inserimenti regionali dalla fondazione a fine dicembre 2012; dati inseriti con codice della neurologia fino al 2012 compreso, dal 2013 con codice distintivo del centro cefalee). Dati tratti da <https://www.malattierarepiemonte.it/obj/files/report/Report2013MalattieRare.pdf>.

Valutazione delle alterazioni emerse dal "profilo cefalee

È stata effettuata una rivalutazione delle informazioni presenti in archivio retrospettivamente, per il periodo 2004-2018. Negli anni sono state valutate diverse patologie associate all'emicrania. I report di esse sono stati documentati e divulgati per lo più tramite eventi e in alcuni casi pubblicazioni. Si riesaminano in questo contesto i dati relativi alle alterazioni del metabolismo glucidico-insulinemico e relativi alle malattie trombotiche, i due gruppi che risultano frequentemente alterati nei nostri pazienti emicranici. Si accenna brevemente agli altri dati significativi.

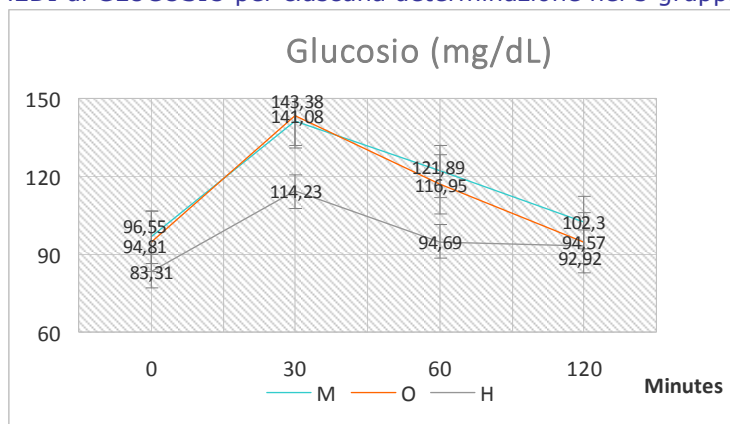
Le curve glicemiche e insulinemiche

Una volta normata la curva insulinemica nel 2004, è iniziato il primo studio che confrontava i valori delle curve, glucidica e insulinemica, in 3 gruppi: volontari sani, emicranici, pazienti con altre cefalee [5]. Nello studio sono stati confrontati 3 gruppi di persone: 84 emicranici (con e senza aura), 25 pazienti affetti da altre cefalee, 26 controlli sani. Sono stati identificati 3 comportamenti metabolici nel test con carico di glucosio (OGTT): RISPOSTA NORMALE, con normali valori di glucosio e di insulinemia; INSULINO-SENSITIVITÀ, con iperinsulinemia e ipoglicemia reattiva; INSULINO-RESISTENZA, se iperinsulinemia con valori glicemici normali o alti. Nella pubblicazione dell'epoca sono descritti i metodi e i riferimenti vari [5].

Il comportamento metabolico riscontrato era così distribuito: 1) pazienti emicranici: 65% insulino-resistenza, 11% insulino-sensibilità, 24% normale; 2) pazienti con altre cefalee: 40% insulino-resistenza, 4% insulino-sensibilità, 56% normale; 3) controlli sani: 19% insulino-resistenza, 4% insulino-sensibilità, 77% normale.

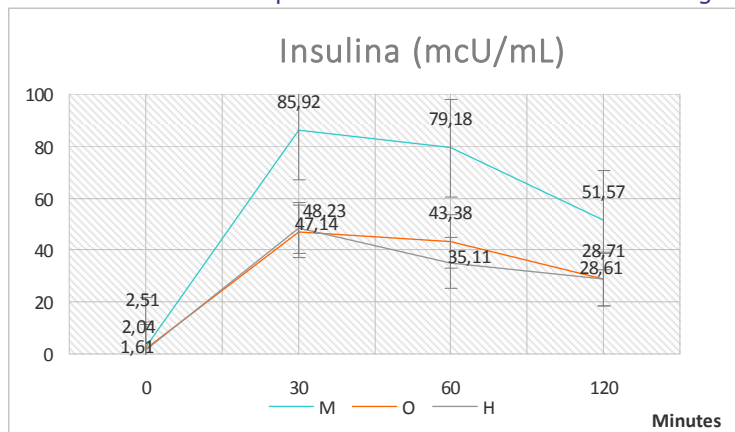
La valutazione della curva glicemica mostrava come i valori glicemici fossero significativamente maggiori sia negli emicranici che nei soggetti con altro tipo di cefalea, rispetto ai sani (emicranici vs sani, $p < 0.0001$, altra cefalea vs sani $p < 0.5$) (**Figura 5**). L'analisi della curva insulinemica ha documentato che solo gli emicranici avevano valori di insulinemia significativamente superiori sia rispetto sia ai sani che ai controlli affetti da altra cefalea ($p < 0.0001$), per tutti i punti di determinazione (**Figura 6**). Maggiori dettagli sono descritti nel lavoro dell'epoca [5].

Figura 5 - Valori MEDI di GLUCOSIO per ciascuna determinazione nei 3 gruppi a confronto



Legenda: M= emicranici, O= altre cefalee, H= sani

Figura 6 - Valori MEDI di INSULINEMIA per ciascuna determinazione nei 3 gruppi a confronto



Legenda: M= emicranici, O= altre cefalee, H= sani

Nel 2005 abbiamo effettuato uno STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO CONTROLLATO in cui sono stati inclusi tutti i pazienti affetti da emicrania, consecutivamente visitati presso il centro cefalee. Nel caso in cui il paziente avesse avuto un'alterazione metabolica alla curva da carico, veniva proposta la DIETA FRAZIONATA come terapia di fondo; a ciò si aggiungeva la terapia farmacologica insulino-sensitizzante a base di metformina, prescritta dal diabetologo-endocrinologo se ritenuta necessaria. Nel caso in cui il metabolismo glucidico-insulinemico fosse stato normale, i pazienti venivano gestiti con la terapia tradizionale standard di profilassi. In entrambi i gruppi, era lasciato libero l'uso di terapie sintomatiche per la gestione dell'attacco emicranico.

In tale occasione sono state valutate le tipologie di alterazione glucidico-insulinemica negli emicranici valutati. Nell'arco di 2 anni erano stati visitati 338 pazienti affetti da emicrania (273 donne), con un'età media di 40 anni, 260 affette da emicrania senz'aura (**Tabella 5a**). La distribuzione delle patologie coesistenti era simile nei pazienti affetti da emicrania e da altro tipo di cefalea, così come le terapie utilizzate per tal patologie associate e il consumo di farmaci sintomatici per la cefalea.

Tabella 5a - Caratteristiche della popolazione di emicranici reclutati (338 pazienti)

Sesso	Età media	Tipo cefalea	Età esordio	Durata cefalea in anni	Frequenza n° giorni/mese	Indice gravità	BMI
M 65	40	E senza aura 260	18	22	11	29	24
F 273		E con aura 78					

La **Tabella 5b** descrive le caratteristiche della popolazione al primo controllo, dopo circa 1 mese dalla prima visita, con i dati relativi al comportamento metabolico alla curva da carico. L'alterazione metabolica più frequente era l'insulino-resistenza, presente nel 81% dei pazienti emicranici reclutati. Come si può vedere, le caratteristiche generali dei pazienti erano simili nel gruppo con OGTT normale e alterata, incluso l'Indice di Massa Corporea (BMI).

Tabella 5b - Dati relativi alla cefalea e alla tipologia di alterazione metabolica riscontrata al primo controllo clinico, dopo circa 1 mese dalla prima visita (316 pazienti)

	Popolazione totale	Pazienti con OGTT normale	Pazienti con OGTT alterata		
			Totale	IS	IR
	316	90	226	43	183
Sesso					
M	63	12	51	10	41
F	253	78	175	33	142
Età	40	40	40	39	41
Tipo cefalea					
ES	244	65	179	29	150
EA	72	25	47	14	33
Età esordio	18	18	19	19	19
Durata cefalea	22	23	22	21	22
Frequenza	11	11	11	11	11
Indice Gravità	29	29	29	33	28
BMI	25	24	25	24	25

OGTT= curva da carico glicemica dopo carico di 75 gr di glucosio; IS= Insulino-Sentività; IR= Insulino-Resistenza

Negli anni seguenti, l'esecuzione routinaria delle curve da carico glucidico-insulinemica, ha confermato che un qualche tipo di alterazione del metabolismo glucidico-insulinemico era presente nel 70% circa dei pazienti. Un'ulteriore alterazione che abbiamo constatato e che ora prendiamo in considerazione, è quella che definiamo "curva glicemica PIATTA". In questi casi non vengono rilevati valori patologici, fuori range, né di insulinemia, né glicemici, ma semplicemente l'andamento dei valori glicemici dopo carico è "piatto", ossia manca l'incremento dopo il carico di glucosio. Data l'alta frequenza delle alterazioni, da diversi anni proponiamo di routine un regime alimentare controllato, la DIETA FRAZIONATA. I riferimenti sono reperibili sul sito della nostra ASL, <http://www.aslcn2.it/media/2018/11/profilo-cefalee-20181411.pdf>

Esami per trombofilia: anticorpi anti-fosfolipidi, proteina S coagulante libera, proteina C anticoagulante funzionale, omocisteinemia, resistenza alla proteina C attivata

Anch'essi proposti fin dagli anni '2000, all'epoca includevano gli esami base della coagulazione, Protrombina, PTT, fibrinogeno, oltre a omocisteina, proteina C ed S coagulante, resistenza alla proteina C attivata (APCR) come esame indicatore indiretto della possibile presenza di mutazione del fattore V della coagulazione. In una fase successiva, negli ultimi anni 2000, erano

stati introdotti anche gli anticorpi antifosfolipidi, rientrati nel profilo cefalee dal 2007-2008. Questi ultimi inizialmente includevano il LAC (Lupus Anticoagulante) e gli ACA (Anticorpi anti cardiolipina, IgG e IgM), e infine dal 2007-2008 anche gli Ab anti Beta2GP1 (IgG e IgM).

Nel 2008 è iniziato uno studio prospettico caso-controllo sulla coagulazione, terminato pochi anni fa. I dati preliminari relativi agli anticorpi anti-fosfolipidi erano stati pubblicati nel 2011 [10]. I pazienti affetti da emicrania avevano una prevalenza statisticamente maggiore di Anticorpi antifosfolipidi rispetto ai controlli non cefalalgici. Nel primo anno di conduzione dello studio, 2008-2009, erano stati reclutati 284 pazienti (225 donne) e 225 controlli non cefalalgici (174 donne). Nel 12% dei pazienti era stata rilevata un'alterazione in almeno 1 dei test per gli anticorpi anti-fosfolipidi, mentre solo il 3% dei controlli aveva un'alterazione. Tra i pazienti, due persone mostravano una triplice positività e uno una duplice positività, mentre nessuno dei controlli aveva positività multiple [10]. Con il proseguire dello studio, tale alterazione si è confermata. Al termine del lavoro erano stati reclutati 329 pazienti emicranici e controlli (77.2% donne). Il 12.5% dei pazienti mostrava una positività di anticorpi anti-fosfolipidi, mentre l'alterazione era rilevabile solo nel 3% dei controlli non cefalalgici. Esplorando le altre alterazioni trombofiliche, i pazienti emicranici manifestavano significativamente più spesso un deficit di proteina S coagulante, ossia rispettivamente nel 5.5% dei casi vs 1.2% dei controlli non cefalalgici. Non vi erano diversità nelle prevalenze invece di alterazione della Resistenza alla Proteina C attivata (pazienti 3.3. vs controlli 3.4%), iperomocisteinemia (pazienti 15.9% vs controlli 15.1%), deficit di proteina C anticoagulante funzionale (pazienti 0.3% vs controlli 0.6%). Nei casi in cui era rilevata l'alterazione della resistenza alla proteina C attivata, era stato eseguito il test genetico con riscontro in tutti i casi e controlli di mutazione eterozigote del fattore V di Leyden.

Il riscontro delle alterazioni trombofiliche nei pazienti ha implicato, e implica, l'introduzione di terapia appropriata, in generale antiaggregante per la positività degli anticorpi anti-fosfolipidi e deficit di proteina S coagulante, antiaggregante vs profilassi anticoagulante estemporanea ad hoc se condizioni di maggior rischio trombotico nel caso del deficit di fattore V, terapia vitaminica a base di folato, B12 o B6 nel caso di iperomocisteinemia. In generale, l'introduzione della terapia comporta un miglioramento generale della cefalea nei pazienti affetti. Parte di questi dati è stata divulgata presso eventi scientifici [11]. La **Tabella 6** riporta i dati e le significatività statistiche. Dai nostri archivi emerge come complessivamente gli emicranici mostrano complessivamente almeno un'alterazione coagulativa nel 40% circa dei casi.

Tabella 6 - Alterazioni trombofiliche emicranici e controlli sani

	Emicranici (n=329)	Controlli (n=329)	OR	95% CI	p
Donne	254 (77.2)	254 (77.2)	-	-	-
Iperomocisteinemia	52 (15.9)	49 (15.1)	1.1	0.7-1.6	0.784
Anticorpi antifosfolipidi	41 (12.5)	17 (5.2)	2.6	1.5-4.7	0.001
Deficit proteina S	18 (5.5)	4 (1.2)	4.7	1.6-14.0	0.002
Resistenza alla proteina C attivata	11 (3.3)	11 (3.3)	1.0	0.4-2.3	0.977
Deficit di proteina C	1 (0.3)	2 (0.6)	0.5	0.1-5.5	0.556
Alterazioni trombofiliche multiple	6 (1.8)	3 (0.9)	2.0	0.5-8.2	0.322

Altre alterazioni endocrine, del metabolismo del ferro e emocromo

Nel profilo sono inclusi il TSH e gli anticorpi anti-tireoglobulina e anti-perossidasi. Nella nostra casistica, il 30% circa dei pazienti ha un'alterazione di questi esami. Per quanto riguarda il TSH, l'alterazione prevalente è quella indicativa di ipotiroidismo, che se rilevato e corretto comporta un miglioramento della cefalea. La presenza degli anticorpi anti tiroide ha due utilità: 1) rilevare un'alterazione che può indurre anche transitoriamente l'ipotiroidismo, che è un fattore induttore la cefalea secondaria a ipotiroidismo [1]; 2) rilevare la presenza di auto-anticorpi, che fanno parte di un'ulteriore valutazione che eseguiamo nei nostri pazienti, data la elevata prevalenza di patologie autoimmuni negli emicranici [12].

L'iperprolattinemia è un'altra alterazione endocrinologica correlata alla cefalea. In questi casi la cefalea rientra tra le cefalee secondarie e se l'alterazione viene rimossa la cefalea regredisce [1]. La ricerca di tale alterazione negli emicranici è finalizzata a identificare una patologia che se co-esistente determina un peggioramento della cefalea primaria [13]; in generale, una volta corretta l'alterazione, la cefalea migliora a volte fino a regressione.

Per quanto riguarda emocromo e ferritina, questi esami vengono eseguiti anche in questo caso per ricercare alterazioni che influenzano la gravità della cefalea e che se corrette possono comportare un miglioramento della cefalea stessa. L'alterazione più comune è l'anemia sideropenica, patologia in generale diffusa nella popolazione femminile in età fertile in generale. Il dato interessante riguarda l'alterazione opposta. Infatti, nel 9% dei nostri pazienti vengono rilevate alterazioni con aumento della ferritina. In quest'ultimo caso, escluse altre cause di iperferritinemia, viene approfondita la ricerca causale tramite studio genetico del gene HFE. Ne consegue impostare da subito terapia alimentare con dieta per emosiderosi e, laddove la mutazione genetica sia confermata e la saturazione percentuale della transferrina sia elevata, inviare il paziente al Servizio emo-Trasfusionale per intraprendere salassoterapia, e successivamente possibilmente divenire donatore di sangue. I dati del nostro centro sono stati rilevati studiando un campione di 328 emicranici (260 donne) visitati consecutivamente tra il 2005 e il 2007. Cinquantotto pazienti presentavano alterazioni a carico del bilancio marziale (39 donne), con un'età media di 38 anni. In 21 di questi pazienti è stata rilevata una mutazione del gene HFE: H63D omozigote in un caso e eterozigote in 14 casi, C282Y eterozigote in 5 casi; S65C eterozigote in 1 caso. L'implicazione pratica del riscontro di alterazioni del bilancio marziale è stato il miglioramento clinico della cefalea dei pazienti emicranici trattati, con dieta o salassoterapia a seconda della gravità delle alterazioni marziali [14].

Discussione

L'applicazione routinaria dello screening ematochimico "PROFILO CEFALÉE" si è dimostrato efficace nel rilevare con alta frequenza le patologie coesistenti e co-morbide con l'emicrania, oltre che permettere di identificare tali patologie che possono avere un ruolo nel causare forme di cefalea secondaria "migraine-like".

Le alterazioni metaboliche glucidico-insulinemiche sono ormai dato acquisito, anche se non è ancora del tutto chiarito quali siano quelle più specifiche per l'emicrania. Sono infatti stati identificati sia correlazioni con l'ipoglicemia fin dal 1967, quando Roberts dichiarava che esisteva una cefalea da differenziare dall'emicrania, una variante, scatenata da un'ipoglicemia indotta da iperinsulinemia, che compare dopo ingestione di zuccheri, o digiuni prolungati [15]. Da lì a poco, nel 1971, Pearce descriveva come l'ipoglicemia indotta da insulina (iniettata) scatenasse emicrania in 2/20 emicranici e 0/10 controlli sani, e così concludeva che molti emicranici tollerano bene bassi livelli glicemici e che la cefalea da digiuno doveva avere meccanismi differenti [16]. Il nostro gruppo aveva evidenziato che l'alterazione specifica negli emicranici fosse l'iperinsulinemia [5], e nel 2009 e 2010 Gruber dimostrò come l'iperinsulinemia negli emicranici fosse associata a aumento livelli di ossido nitrico e allo stress ossidativo [17]. L'altro aspetto documentato da vari autori è l'aumento di insulino-resistenza negli emicranici [6]. Conseguenza di tali studi è stato lo sviluppo di interesse verso l'utilizzo di dieta per il trattamento dell'emicrania.

L'aspetto delle trombofilie è stato più volte studiato negli anni, ma con studi purtroppo spesso piccoli o con test di laboratorio non precisi [11]. Il nostro studio è il più ampio che sia stato eseguito fino ad ora, su diverse alterazioni trombofiliche negli emicranici. L'utilità è impostare una terapia per la trombofilia anche allo scopo di trattare l'emicrania di base.

Vari aspetti sono stati indagati sugli altri parametri valutati nel "PROFILO CEFALÉE", che non citiamo qui per motivi di spazio.

Il costo medio attuale del ticket dell'esecuzione degli esami del profilo è di circa 160 euro. Considerato che il costo medio dell'emicrania in Italia nel 2012 è stato di circa 15 milioni di Euro [18], e di 828 euro pro capite all'anno calcolando tutti i costi, diretti e indiretti [19], riteniamo che la spesa sia oltre modo giustificabile, laddove comporti un miglioramento eclatante che abbatta quindi i costi successivi dovuti alla patologia stessa.

Conclusioni

Il profilo cefalee, applicato in modo sistematico nei pazienti affetti da cefalea visitati presso il nostro centro, dimostra alterazioni in oltre il 90% dei pazienti.

Le alterazioni in assoluto più frequenti sono quelle a carico del metabolismo glucidico-insulinemico (circa 70%), e in secondo ordine di frequenza le alterazioni trombofiliche (circa 40%) dei casi.

Le alterazioni rilevate sono tutte curabili, con la frequente conseguenza di ottenere un miglioramento della cefalea.

Bibliografia

- [1] Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS)., «The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. 2018.,» *Cephalalgia*, pp. 1-211, 2018.
- [2] L. Stovner, E. Nichols, T. Steiner, F. Abd-Allah, A. Abdelalim, R. Al-Raddadi e e. al., «Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.,» *The Lancet Neurology*, vol. 17, pp. 954-76, 2018.
- [3] T. Steiner, L. Stovner, T. Vos, R. Jensen e Z. Katsarava, «Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?,» *The journal of headache and pain*, vol. 19, pp. 17-., 2018.
- [4] R. Burch, D. Buse e i. RB, «Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity,» *Neurol Clin*, vol. 37, pp. 631-649, 2019.
- [5] C. Cavestro, A. Rosatello, G. Micca, M. Ravotto, M. Marino, G. Asteggiano e E. Beghi, «Insulin metabolism is altered in migraineurs: a new pathogenic mechanism for migraine?,» *Headache*, vol. 47, pp. 1436-42, 2007.
- [6] S. Sacco, E. Altobelli, R. Ornello, P. Ripa, F. Pistoia e A. Carolei, «Insulin resistance in migraineurs: results from a case-control study,» *Cephalalgia*, vol. 34, pp. 349-56, 2014.
- [7] C. Cavestro e S. Mandrino, «Thrombophilic disorders in migraine,» *Front Neurol*, vol. 5, p. 120, 2014.
- [8] M. Islam, F. Alam, S. Gan, C. Cavestro e K. Wong, «Coexistence of antiphospholipid antibodies and cephalalgia,» *Cephalalgia*, vol. 38, pp. 568-580, 2018.
- [9] D. Mitsikostas, M. Ashina, A. Craven, H. Diener, P. Goadsby, M. Ferrari, C. Lampl, K. Paemeleire, J. Pascual, A. Siva, J. Olesen, V. Osipova, P. Martelletti e E. committee., «European Headache Federation consensus on technical investigation for primary headache disorders,» *J Headache Pain*, vol. 17, p. 5, 2015.
- [10] C. Cavestro, G. Micca, F. Molinari, M. Bazzan, C. DI Pietrantonj, R. Aloï, E. Pedemonte, R. Iannini, M. Frigeri e D. Roccatello, «Migraineurs show a high prevalence of antiphospholipid antibodies,» *J Thromb Haemost*, vol. 9, pp. 1350-4, 2011.
- [11] C. Cavestro, F. Molinari, G. Micca, S. Mandrino, D. Degan, F. Pistoia, R. Aloï, M. Frigeri e S. Sacco, «Thrombophilic disorders in migraineurs,» *J Head Pain*, vol. 18: Supplement 1, 2017.
- [12] C. Cavestro e M. Ferrero, «Migraine in Systemic Autoimmune Diseases,» *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, vol. 18, pp. 124-134, 2018.
- [13] C. Cavestro, A. Rosatello, M. Marino, G. Micca e G. Asteggiano, «High Prolactin levels as a worsening factor for migraine,» *J Headache Pain*, vol. 7, pp. 83-89., 2006.
- [14] C. Cavestro, G. Micca, C. Di Pietrantonj, I. Pastore, E. Pedemonte, D. Fessia, G. Asteggiano e R. Iannini, «Migraine and haemochromatosis,» *J Headache Pain*, vol. 9, pp. S27-28, 2008.
- [15] H. Roberts, «Migraine and related vascular headaches due to diabetogenic hyperinsulinism. Observations on pathogenesis and rational treatment in 421 patients.,» *Headache*, vol. 7, pp. 41-62., 1967.
- [16] J. Pearce, «Insulin induced hypoglycaemia in migraine,» *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol. 34, pp. 154-6., 1971.
- [17] H. Gruber, C. Bernecker, S. Pailer, G. Fauler, R. Horejsi, R. Möller, A. Lechner, F. Fazekas e M. Truschnig-Wilders, «Hyperinsulinaemia in migraineurs is associated with nitric oxide stress.,» *Cephalalgia*, vol. 30, pp. 593-8., 2010.
- [18] M. Linde, A. Gustavsson, L. Stovner, T. Steiner, J. Barré, Z. Katsarava, J. Lainez, C. Lampl, M. Lanteri-Minet, D. Rastenyte, E. Ruiz de la Torre, C. Tassorelli e C. Andrée, «The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight project.,» *Eur J Neurol*, vol. 19, pp. 703-11., 2012.
- [19] L. Bloudek, M. Stokes, D. Buse, T. Wilcox, R. Lipton, P. Goadsby, S. Varon, A. Blumenfeld, Z. Katsarava, J. Pascual, M. Lanteri-Minet, P. Cortelli e M. P., «Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS).,» *J Headache Pain*, vol. 13, pp. 361-78., 2012.

Lo stato delle evidenze dell'intervento psicologico nelle malattie oncologiche

Maria Grazia Ciofani, Daniele Saglietti, Angelamaria Menga,
Cristina Bessone, Luisella Canale, Donatella Croce, Laura Grimaldi

Premesse teoriche

Sono oramai notevolmente aumentati i punti di vista disciplinari che hanno studiato i molteplici aspetti della realtà in maniera sempre più analitica, e si sono scoperte interrelazioni un tempo impensabili tra discipline anche molto lontane tra di loro.

Nella ricerca scientifica, accanto alla sempre più accentuata diffusione dei settori specialistici, è emersa contemporaneamente l'esigenza di comunicare e di integrare i diversi campi del sapere al fine di avere una visione unitaria e comprensiva dei problemi analizzati dai differenti punti di vista specialistici.

E' chiara oggi l'esigenza di ricomporre la totalità delle conoscenze analitiche e di riconquistare nella *interdisciplinarietà* (= relazione tra più discipline)¹ quell'unitarietà del sapere che è l'unica forma capace di soddisfare l'esigenza di comprensione della realtà nella sua totalità. Sono così state sperimentate forme di cooperazione tra discipline, esempio le ricerche ecologiche che si avvalgono dei contributi della geografia, della fisica, della statistica, etc., ed è emerso quello che è il presupposto fondamentale della interdisciplinarietà, ovvero la precisa individuazione delle competenze specialistiche, tutte ugualmente importanti, necessarie per affrontare un problema, e loro successiva coordinazione.

Solo se si è pienamente consapevoli che nessuna scienza può considerarsi l'unico punto di vista della realtà, si può essere disponibili ad un approccio di natura interdisciplinare. Solo conoscendo a fondo la struttura logica e metodologica della propria disciplina, si possono individuare con chiarezza le possibilità di *interazione* con gli altri campi del sapere che concorrono, unitariamente, alla comprensione del problema studiato. E solo attraversando le differenti possibilità di interazione è possibile approdare ad una effettiva *integrazione* delle conoscenze².

E' sufficiente l'interazione tra persone, competenze, discipline, per arrivare all'integrazione o questa è la risultante di processi interattivi più complessi?

Per Quaglino, Casagrande, Castellano (1992)³, il gruppo di lavoro è un soggetto diverso dal gruppo. Il gruppo è per questi autori una pluralità in interazione, il gruppo di lavoro invece una pluralità in integrazione. Ed il gruppo, per trasformarsi in gruppo di lavoro, attraverserebbe le seguenti fasi: *interazione* - coesione - *interdipendenza* - negoziazione - *integrazione*, laddove la coesione esprime l'uniformità prevalente nel passaggio dall'interazione all'interdipendenza, e negoziare le differenze consente infine di transitare dall'interdipendenza all'integrazione. Il passaggio fondamentale *tra interazione e integrazione* si situerebbe dunque nell'interdipendenza, ovvero nell'accettazione della dipendenza reciproca di tutti i membri dal gruppo, dell'uno dall'altro e del gruppo dall'ambiente. L'interdipendenza costituirebbe pertanto il tramite vincolante per la maturazione di un gruppo di lavoro verso l'integrazione, ovvero per gli autori quell'unità che, pur mantenendo le differenze tra i suoi componenti, trae dalle loro valorizzazioni i suoi caratteri distintivi e la sua identità. Ne consegue che il lavoro di gruppo non è la semplice esecuzione di un compito ma va considerato come un'attività complessa che richiede la presenza di un gruppo di lavoro capace di integrazione.

Certamente, quando il gruppo di lavoro è costituito da differenti discipline e professionalità sanitarie, riconoscere di appartenere a un gruppo e dipendere anche dal sistema di competenze altrui implica un sforzo particolare, non foss'altro per la secolare eredità riduzionista che in ambito sanitario ci si porta dietro, per cui oggi abbiamo accettato di ricomporre ciò che la natura non aveva mai separato, abbiamo accettato che l'essere umano non è una mente senza un corpo (riduzionismo psicologico) e non è un corpo senza una mente (riduzionismo biologico), pertanto va conosciuto e curato nella sua interezza, pur nel rispetto di quel sapere contemporaneo che si presenta fortemente specializzato soprattutto nella disciplina medica, perché la specializzazione ha rappresentato e rappresenta tuttora la condizione indispensabile per far progredire in ogni campo la conoscenza umana. La specializzazione è pertanto la risposta all'esigenza primaria dell'uomo di una migliore e più completa comprensione della realtà che, col progredire degli approfondimenti, si è andata rivelando sempre più complessa e articolata ed esprime oggi la necessità di essere ricomposta ed integrata.

Tuttavia non esiste una Teoria dell'integrazione, una formulazione logicamente coerente di un insieme di principi e leggi generali che consenta di descrivere, interpretare, classificare, spiegare aspetti della realtà naturale e sociale dell'*integrazione*, e forse questo è il motivo per cui tutti la decliniamo secondo necessità⁴. Esiste però una Teoria Generale dei Sistemi (Ludwig von Bertalanffy, 1968)⁵, ramo della matematica applicata oggetto di studi interdisciplinari, per

esempio a cavallo tra fisica e ingegneria. La Teoria Generale dei Sistemi mette l'accento sull'aspetto globale della conoscenza, sulla complessità strutturale degli organismi e sulle interazioni esistenti tra i vari fenomeni, sulla trasformazione (tecnicamente detta emergenza) da elementi a sistemi, e pone particolare attenzione al concetto di "interazione" che avviene quando il comportamento di un elemento modifica quello di un altro⁶.

Un gruppo di uccelli, cioè, non costituisce uno stormo, e lo stesso vale per uno sciame di insetti, per un branco di mammiferi, per un banco di pesci e ogni volta che più individui riuniti si muovono insieme in maniera coordinata: più elementi, componendosi (processo di composizione), danno luogo a entità con proprietà diverse da quelle dei componenti, grazie al fatto che stabiliscono nuovi rapporti strutturali tra loro, come nei processi chimici.

Un sistema può essere definito come un complesso di parti le quali, dotate di determinate connotazioni, istituiscono tra loro relazioni, tali per cui il comportamento di ciascuna di esse risulta contraddistinto dal legame in cui è coinvolto e viceversa. Tutte insieme conferiscono al sistema delle proprietà, che non sono la mera derivazione della somma delle note distintive delle parti, ma risultano del tutto originali. "Sistema" può essere applicato a ogni "intero" che consista di componenti interagenti, dunque anche alla personalità e all'ambiente in cui è inserita. Ne deriva che nella totalità dell'organismo strutturato, il singolo elemento, per essere veramente conosciuto, va esaminato in riferimento alla condotta di tutti gli altri e quindi a quella dell'intero sistema, per cui la variazione introdotta in una componente si ripercuote tanto sul funzionamento di tutto il sistema quanto sul comportamento delle altre componenti.

Il costituirsi di sistemi dovuto all'interazione tra componenti è una rappresentazione cruciale dell'interdisciplinarietà e della complessità umana.

Anche la Teoria delle Reti di Barabási (2004)⁷, agli antipodi da qualunque tentazione riduzionistica, sembra rappresentare un valido paradigma per indagare la *multi-forme* realtà del mondo che ci circonda. Il ricercatore ungherese ha fornito i concetti necessari per comprendere le strutture reticolari osservabili in un ampio spettro di modelli e di domini, che vanno dai sistemi dell'informazione al microscopico mondo della biologia molecolare, aprendo intere nuove aree all'applicazione della scienza dei sistemi complessi.

La realtà dell'ASL CN2 Alba-Bra

A partire dunque dalla crescente esigenza di superamento della tradizionale separazione tra le discipline che, non comunicando tra di loro ed ignorandosi a volte reciprocamente, contribuivano a frantumare quel mondo e quella realtà che non possono che essere compresi nella loro interezza, in quest'ultimo ventennio le sempre più numerose *liaison* nate in ambito sanitario con le diverse realtà ospedaliere ci hanno resi come psicologi testimoni di un lento ma inesorabile cambiamento, nel tempo si sono create le condizioni per una visione più complessa e completa all'interno della quale la specifica patologia in ambito ospedaliero rappresenta solamente un'interfaccia, seppur fondamentale, di una complessa articolazione di componenti diverse, tutte tra loro interdipendenti.

Prendersi cura della persona malata si traduce allora nella comprensione non solo dei meccanismi patogenetici implicati, ma anche dei vissuti familiari e personali associati alla malattia, attraverso l'analisi della domanda di cura, la condivisione delle emozioni associate alla malattia e dei sistemi adattativi individuati, la costruzione di un piano di trattamento finalizzato alla promozione di un ruolo attivo della persona malata nella gestione della sua condizione.

Benché la nascita della collaborazione tra psicologi ed oncologi dell'ASL CN2 possa essere fatta risalire a più di un ventennio fa, innegabile il ruolo della spinta propulsiva derivante dalla Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta (avviata in via sperimentale a partire dalle linee guida nazionali approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicate sulla G.U. n. 100 del maggio 2001) nella strutturazione della *liaison* Psicologia - Oncologia, per esempio istituendo i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) ovvero riconoscendo l'importanza dell'incontro e del confronto tra tutte le figure professionali e le differenti discipline che ruotano attorno al paziente oncologico, gruppi che necessitano di trovare una declinazione funzionale dell'essere "interdisciplinari".

Fermo restando che una disciplina è il complesso specifico di conoscenze avente caratteristiche proprie sul piano dei concetti, meccanismi e metodi, con multidisciplinarietà s'intende sì la presenza simultanea di più discipline ma di cui non vengono esplicitate le reciproche relazioni, esempio le collaborazioni, cioè non è necessaria nessuna forma di comunicazione venendo a preservarsi l'indipendenza professionale.

E' possibile un'attività di *consulenza* (scambio neutrale di pareri tra esperti di differenti competenze specialistiche, con l'obiettivo di arricchire il sistema di valutazione delle problematiche del paziente), un'attività *multidisciplinare* (diverse figure professionali collaborano nella gestione di una problematica, coprendo ognuna aspetti differenti della situazione, e ogni operatore persegue i suoi obiettivi terapeutici), o un'attività *interdisciplinare* (sistema di lavoro che comporta un approccio centrato sulla persona, con presenza di più figure

professionali diversamente specializzate che affrontano i vari aspetti della problematica in maniera collegiale e congiunta: ad una valutazione iniziale individuale del paziente da parte dei professionisti maggiormente coinvolti, segue un inquadramento congiunto della situazione, per definire le modalità operative più idonee al singolo caso, e dunque è indispensabile l'identificazione di un *metodo di lavoro*). Possiamo quindi ipotizzare che *soltanto nell'attività interdisciplinare vi è quell'interazione tra le diverse discipline che porta all'integrazione*, i rapporti e le responsabilità all'interno del team sono paritetici e non gerarchici, si stabiliscono una vera e propria coordinazione e collaborazione, sono previsti frequenti incontri collegiali per disegnare le strategie operative e adattare gli interventi sulla base dell'evoluzione dei casi, e ogni parte in causa conosce e condivide il modo di operare dei colleghi, e accentua o attenua la sua prestazione a seconda delle necessità complessive del caso⁸.

Indispensabile trovare un linguaggio comune, condividere modalità di lavoro, obiettivi e atteggiamenti, cioè essenziali sono la *comunicazione* (condivisione di terminologia, criteri diagnostici e modelli), la *riunione* (momento di confronto diagnostico e terapeutico, e momento di condivisione e sostegno reciproco, quindi spazio per discutere aspetti clinici, organizzativi e di marketing), il *luogo* (ambito ospedaliero). I professionisti dunque possono essere formati ad accogliere e stimolare le comunicazioni, le narrazioni di altri professionisti e dei loro assistiti, e a diventarne i primi coautori, quindi GIC quale occasione per co-costruire le rispettive conoscenze tra i diversi specialisti e tra questi e i pazienti e loro famigliari.

Ormai è assodato che è falsa la diceria secondo la quale gli animali che si muovono in modo coordinato avrebbero un leader che detta la rotta e traina il gruppo: il segreto degli stormi (e di ogni gruppo organizzato di animali) è che ogni uccello cerca di volare nella stessa direzione degli altri, cioè valgono alcune fondamentali regole di interazione collettiva, che tutti rispettano, per ottenere i risultati spettacolari a cui assistiamo. Si può osservare un continuo cambio di posizione tra gli esemplari che sono in testa ad uno stormo: fiutato un pericolo, uno di questi può modificare il proprio comportamento e far spostare tutta la popolazione, e questo è possibile grazie alle interazioni biologiche e sociali che esistono all'interno di qualsiasi gruppo organizzato, siano essi uccelli, pesci o delfini, che hanno selezionato un comportamento che permette loro di muoversi in maniera rapida e sicura.

I dati degli interventi psicologici nelle malattie oncologiche

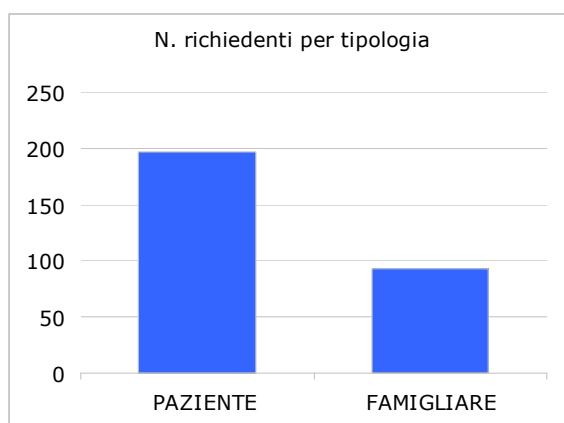
Sulla scorta di queste premesse, all'interno della Struttura Complessa di Psicologia dell'ASL CN2 è andato strutturandosi in modo sempre più definito un ambito di interventi in collaborazione, e spesso integrazione, con tutti i servizi sanitari che si occupano di malattie oncologiche, servizi sia ambulatoriali che ospedalieri che territoriali, cercando di garantire attenzione elevata alla continuità assistenziale.

Il quadro complessivo attraverso cui si configura il disagio psicologico in oncologia è ampio, differenziato e rappresentato dalle infinite modalità di espressione della sofferenza che caratterizzano ciascun individuo in relazione alla personalità (Epping-Jordan 1999)⁹, alle modalità di coping (Manos 1985)¹⁰ e alla qualità delle relazioni famigliari e sociali (Wortman 1994)¹¹. Cionondimeno, gli studi che misurano il disagio psichico dei pazienti oncologici fanno quasi sempre riferimento alle variabili ansia e depressione, che costituiscono quindi i principali indicatori di disagio.

La prevalenza stimata di distress psicologico globalmente inteso (pertanto possiamo annoverare, oltre ad ansia e depressione, un processo di adattamento inappropriato, adherence carente, coping inadeguato, diniego, isolamento sociale...), a seconda del tipo di tumore può variare dal 30 al 40% secondo gli studi, sino a raggiungere una prevalenza del 60-70% nella fase avanzata di malattia oncologica (Derogatis et al. 1983¹², Grassi et al. 1989¹³, Razavi et al. 1990¹⁴, Grassi et al. 1993¹⁵, Morasso et al. 1996¹⁶, Hopwood et al. 1998¹⁷). Altri autori (Worden e Weisman 1976-77)¹⁸ rilevano che un terzo dei pazienti, identificati nello screening come bisognosi di un intervento psicologico, rifiutano l'aiuto proposto. Studi successivi (Hoffman e McCarthy 2009¹⁹, Morasso 2010²⁰, Salander 2010²¹) confermano la non sovrapposibilità dell'identificazione di un disturbo di adattamento o depressivo con il desiderio del paziente di accedere al supporto psicologico: identificare, anche correttamente, il distress non implica pertanto che venga rilevata, altrettanto appropriatamente, la richiesta di cura psicologica. Sebbene quindi ulteriori ricerche siano necessarie per determinare i motivi per cui non sempre i pazienti oncologici desiderano essere inviati per un supporto psicologico o non accettino di assumere psicofarmaci quando necessari, alcune spiegazioni possono essere ipotizzate. Le principali barriere sono costituite dalla sottovalutazione o mancato riconoscimento del bisogno di cure psicologiche spesso da parte della persona stessa. Talvolta i pazienti possono avere difficoltà ad accettare di avere un coping inadeguato o può succedere che anche i famigliari non considerino favorevolmente la cura psicologica, preoccupati del carico che può assumere per loro stessi o per "gli altri".

Nell'ASL CN2 le psicologhe a disposizione dei pazienti oncologici e loro famigliari sono 6, non destinate esclusivamente a tale ambito ma ciascuna dedica una parte variabile del proprio monte ore di lavoro al supporto di coloro che necessitano e acconsentono a tale intervento. Nell'anno 2018 sono state 290 le persone che hanno usufruito di tale supporto, di cui 197 pazienti oncologici e 93 famigliari. Di 290 persone, 222 sono stati i nuovi pazienti e/o famigliari con i quali si è avviato il primo contatto nel corso del 2018, i restanti avevano avuto il primo contatto negli anni precedenti e il loro percorso ha previsto una continuità fino al 2018.

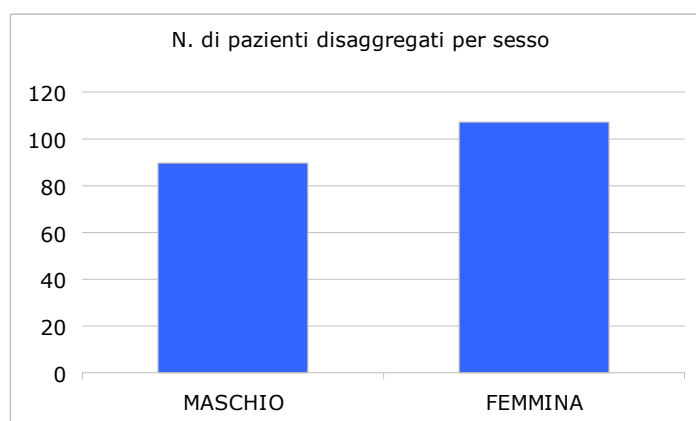
RICHIEDENTE	NUMERO	%
PAZIENTE	197	67,9
FAMIGLIARE	93	32,1
TOTALE	290	



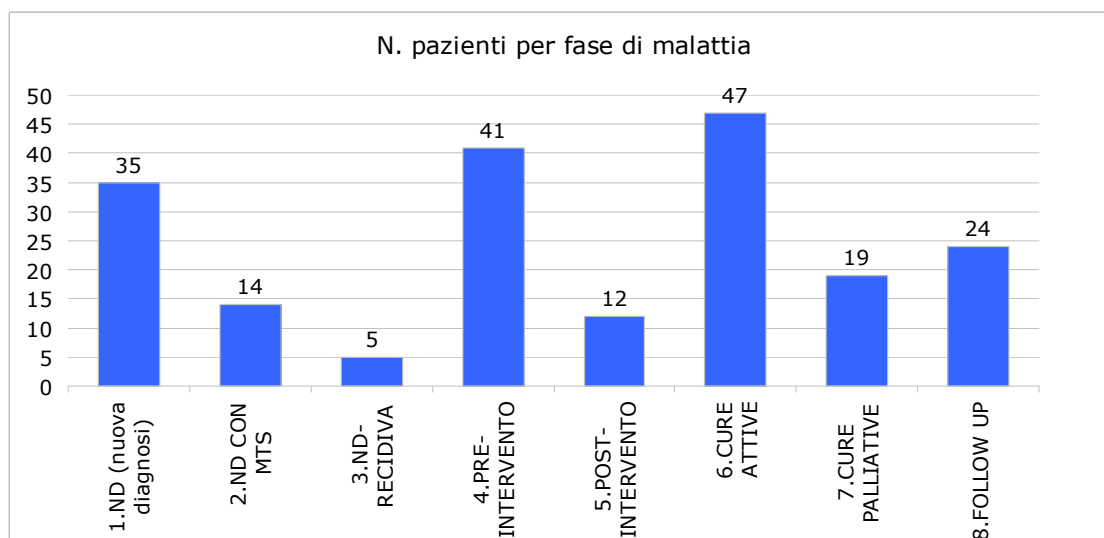
Vediamo nel dettaglio alcune caratteristiche dei 197 pazienti.

ETA'	
MEDIA	62
MAX	90
MIN	27

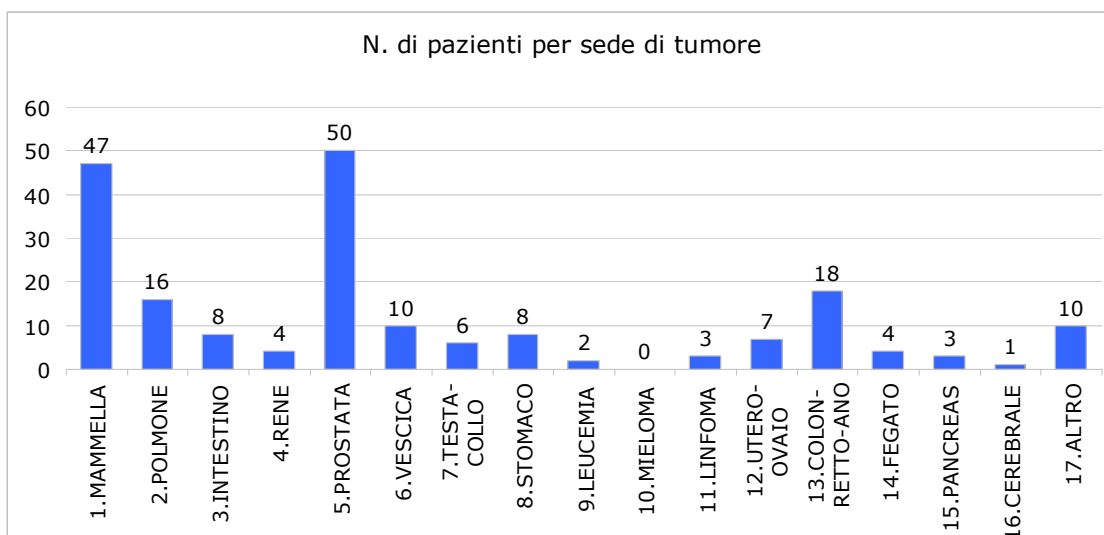
SESSO	NUMERO PAZIENTI	%
MASCHIO	90	45,7
FEMMINA	107	54,3
TOTALE	197	



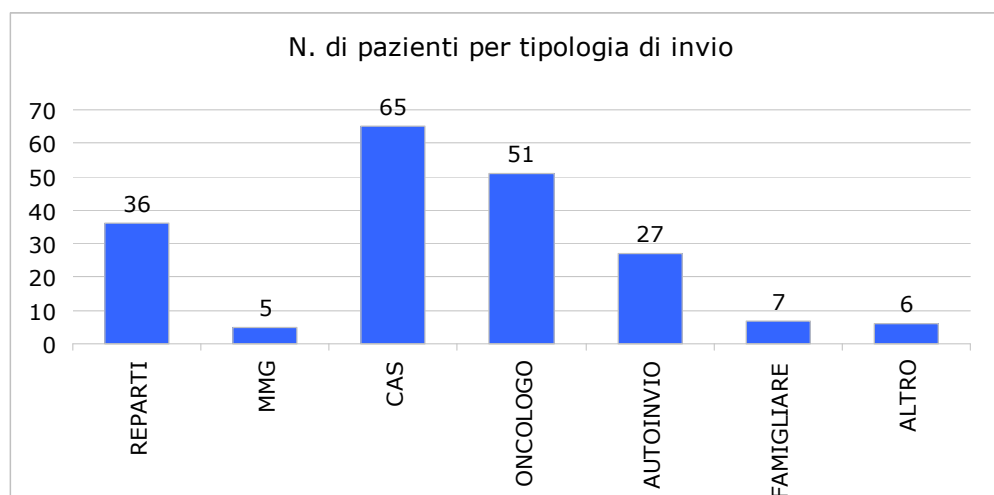
FASE MALATTIA	NUMERO PAZIENTI	%
1.ND (nuova diagnosi)	35	17,8
2.ND CON MTS	14	7,1
3.ND-RECIDIVA	5	2,5
4.PRE-INTERVENTO	41	20,8
5.POST-INTERVENTO	12	6,1
6.CURE ATTIVE	47	23,9
7.CURE PALLIATIVE	19	9,6
8.FOLLOW UP	24	12,2
TOTALE	197	



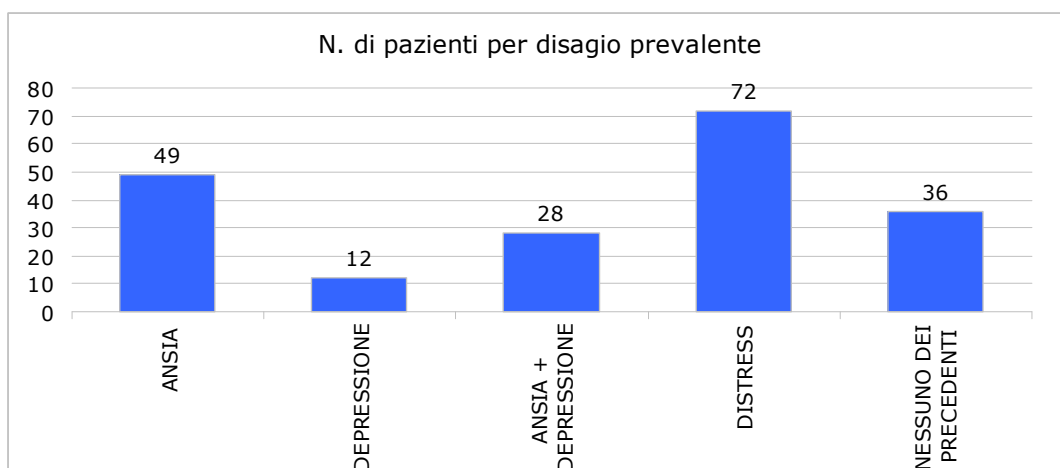
LOCALIZZAZIONE	NUMERO PAZIENTI	%
1.MAMMELLA	47	23,9
2.POLMONE	16	8,1
3.INTESTINO	8	4,1
4.RENE	4	2,0
5.PROSTATA	50	25,4
6.VESCICA	10	5,1
7.TESTA-COLLO	6	3,0
8.STOMACO	8	4,1
9.LEUCEMIA	2	1,0
10.MIELOMA	0	0,0
11.LINFOMA	3	1,5
12.UTERO-OVAIO	7	3,6
13.COLON-RETTO-ANO	18	9,1
14.FEGATO	4	2,0
15.PANCREAS	3	1,5
16.CEREBRALE	1	0,5
17.ALTRO	10	5,1
TOTALE	197	



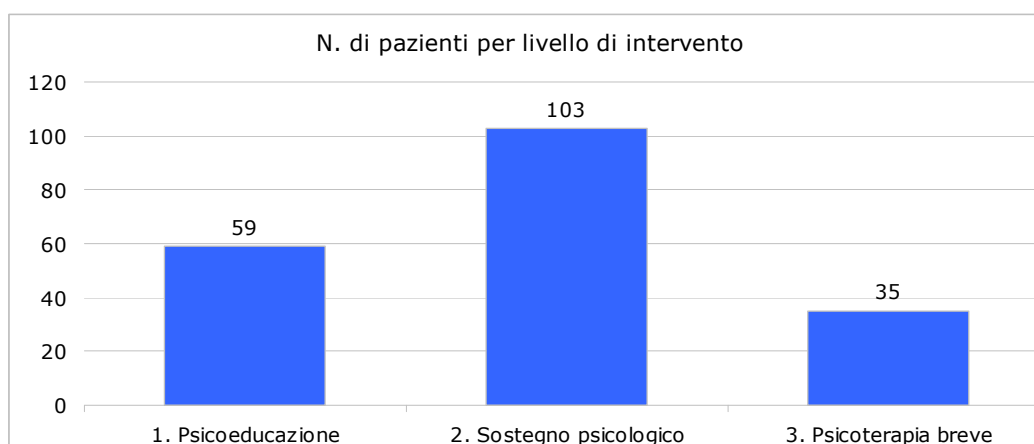
INVIO	NUMERO PAZIENTI	%
REPARTI	36	18,3
MMG	5	2,5
CAS	65	33,0
ONCOLOGO	51	25,9
AUTOINVIO	27	13,7
FAMIGLIARE	7	3,6
ALTRO	6	3,0
TOTALE	197	



DISAGIO PREVALENTE	NUMERO PAZIENTI	%
ANSIA	49	24,9
DEPRESSIONE	12	6,1
ANSIA + DEPRESSIONE	28	14,2
DISTRESS	72	36,5
NESSUNO DEI PRECEDENTI	36	18,3
TOTALE	197	



LIVELLO DI INTERVENTO	NUMERO PAZIENTI	%
1. Psicoeducazione	59	29,9
2. Sostegno psicologico	103	52,3
3. Psicoterapia breve	35	17,8
TOTALE	197	



Dai suesposti dati raccolti nel corso del 2018 si evince quanto segue:

- fase di malattia: prevalenti i colloqui in fase di cure attive (23,9%), a seguire in fase di pre-intervento chirurgico esclusivamente per pazienti operati di tumore della prostata (20,8%). Eccetto questa attività di routine (lo psicologo si inserisce nell'iter pre-operatorio, insieme alle altre visite, e l'invio viene fatto direttamente dal reparto di Urologia o dal medico specialista: trattasi di interventi che possono modificare la funzionalità dell'apparato genitale e pertanto il paziente che manifesta interesse per la riabilitazione sessuale, a distanza di circa un mese dalla dimissione, può incontrare nuovamente lo psicologo), in tutti gli altri casi i pazienti vengono informati della possibilità di supporto psicologico in fase di nuova diagnosi, ma la scelta di accedere o meno a tale supporto è lasciata al paziente/famigliare, che può ricorrervi in qualsiasi fase del percorso di cure: nell'anno 2018, oltre al 23,9% dei pazienti che vi ha fatto ricorso in fase di cure attive, emerge che il 27,4% delle persone era in fase di nuova diagnosi (17,8% alla diagnosi, il 7,1% in fase di nuova diagnosi di malattia avanzata e il 2,5% di nuova diagnosi-ricidiva). Questo dato conferma la comprensibile carica fantasmatica perturbante che la parola "cancro" porta con sé, nominarla significa fare i conti con la ricaduta emotiva, con la minaccia nell'integrità della nostra esistenza individuale e relazionale. La comunicazione di una diagnosi "da paura" come quella della malattia oncologica capta un'area del cervello, l'amigdala, che funge da "centrale del nostro sistema di difesa", e l'intelligenza o meno della persona non conta nulla al momento della diagnosi, coltivare atteggiamenti e credenze positive è quasi impossibile quando siamo bloccati in modalità "sopravvivenza".

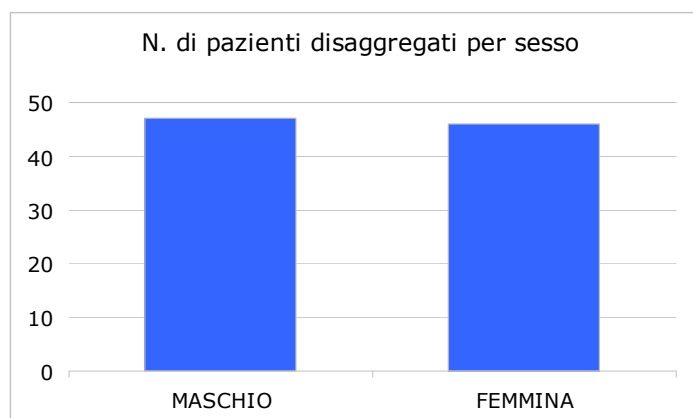
- localizzazione (neoplasia prevalente): di conseguenza alla specificazione precedente, il tumore alla prostata prevale nel 25,4% dei pazienti incontrati, quello alla mammella nel 23,9% e quello del colon-retto-ano nel 9,1%. Non vi è pertanto correlazione con il dato epidemiologico che vede tra i tumori più diffusi il carcinoma del colon, a seguire quello della mammella, poi quello del polmone e al quarto posto il tumore alla prostata (numero di nuovi casi tumorali nella popolazione italiana residente, suddivisi per localizzazione, stimati per il 2017 da previsioni ISTAT – www.demo.istat.it), il nostro è un dato che indica che i pazienti affetti da tumore alla prostata vengono intercettati di più rispetto ai pazienti affetti da altre neoplasie per via dell'organizzazione del servizio di Psicologia in questo specifico ambito operativo.
- sesso: ciononostante, il 54,3% dei pazienti giunti all'osservazione dello psicologo nel corso del 2018 è di sesso femminile.
- inviante (provenienza): nel 33% dei casi l'invio è diretto da parte del CAS (Centro Accoglienza e Servizi), il 18,3% arriva per segnalazione dei diversi reparti (tra questi, annoveriamo anche l'Hospice di Bra e il CAVS di Canale), il 25,9% è inviato dall'oncologo; il 13,7% arriva autonomamente ovvero il paziente, informato preliminarmente sulle modalità di accesso, ad un certo punto del suo percorso decide che è giunto il momento di incontrare uno psicologo e si attiva per farlo; nel 6,6% il paziente arriva su sollecitazione di un familiare o di amici e conoscenti; nel 2,5% delle situazioni in cui è il Medico di Medicina Generale ad inviare un paziente allo psicologo, verosimilmente ci troviamo di fronte ad un paziente in fase di cure palliative e il supporto viene attivato direttamente al domicilio del paziente. Pertanto, la percentuale del 9,6% di pazienti incontrati in fase di cure palliative andrebbe suddivisa tra Hospice e MMG come invianti, talvolta anche CAVS.
- disagio prevalente: il distress è presente nel 36,5% dei casi, segue uno stato di ansia (sia di stato che di tratto) presente nel 24,9% dei casi. Nel 18,3% delle situazioni incontrate, il disagio può non esserci (esempio per alcuni pazienti prostatici che incontrano lo psicologo in fase di pre-intervento) o, se è presente, non rientra nelle categorie precedentemente indicate.
- livello di intervento: nel 52,3% delle situazioni si tratta di sostegno psicologico, nel 29,9% di interventi psicoeducazionali, L'obiettivo di fondo che accomuna ogni attività è comunque il miglioramento tangibile della qualità dell'assistenza per una migliore qualità della vita, e l'adozione di modalità operative atte a favorire lo sviluppo dell'auto-efficacia, il sentimento di fiducia che gli individui hanno della propria capacità di agire in modo da influenzare la propria vita fino all'ultimo dei nostri giorni.

Rispetto ai 93 famigliari di pazienti oncologici incontrati va chiarito che alcuni dati si riferiscono alle caratteristiche dei congiunti malati, altri sono specifici del famigliare.

Vediamone alcuni:

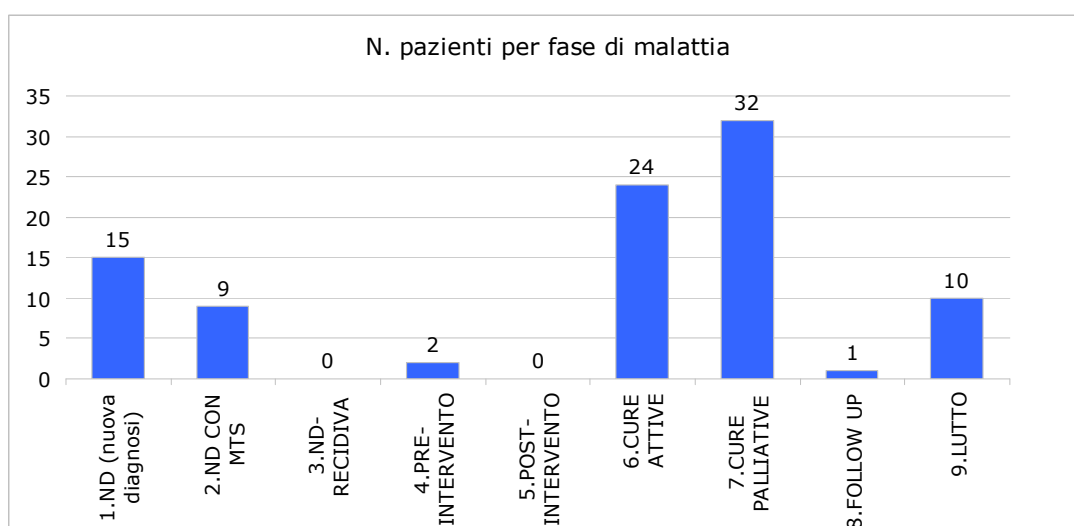
ETA'	
MEDIA	63
MAX	87
MIN	27

SESSO	NUMERO PAZIENTI	%
MASCHIO	47	50,5
FEMMINA	46	49,5
TOTALE	93	



Le persone incontrate dallo psicologo nell'anno 2018 hanno avuto famigliari ammalati di età compresa tra 27 anni e 87 anni, pressoché in egual misura maschi e femmine.

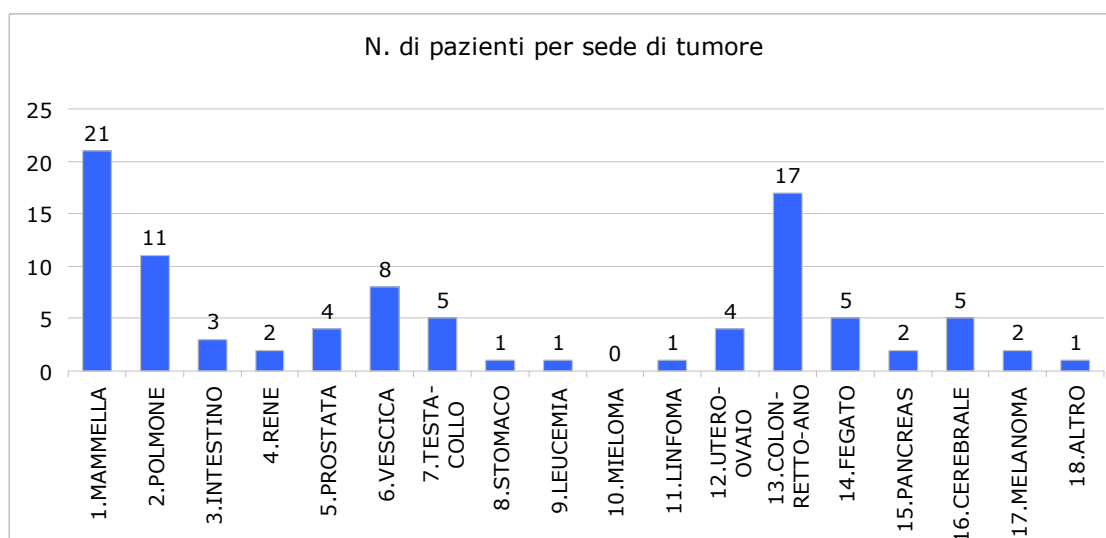
FASE MALATTIA	NUMERO PAZIENTI	%
1.ND (nuova diagnosi)	15	16,1
2.ND CON MTS	9	9,7
3.ND-RECIDIVA	0	0,0
4.PRE-INTERVENTO	2	2,2
5.POST-INTERVENTO	0	0,0
6.CURE ATTIVE	24	25,8
7.CURE PALLIATIVE	32	34,4
8.FOLLOW UP	1	1,1
9.LUTTO	10	10,8
TOTALE	93	



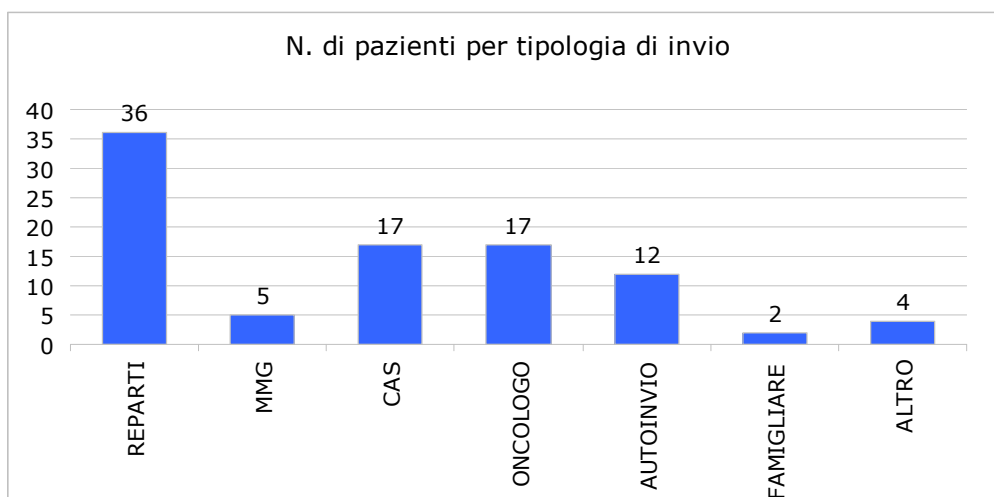
Rispetto alla fase di malattia del proprio caro, i famigliari ricorsi all'intervento dello psicologo nel 2018 sono stati prevalentemente quelli i cui congiunti erano in fase di cure palliative (34,4%), a seguire la fase di cure attive (25,8%) e quella di nuova diagnosi (25,8%, di cui nel 9,7% delle situazioni si è trattato di nuova diagnosi di malattia avanzata). Il dato delle nuove diagnosi-ricidiva (0,0%) sembra confermare un'osservazione emersa negli anni, ovvero che di fronte ad una diagnosi di malattia oncologica è prevalentemente il familiare ad esprimere disagio; la situazione sembra invertirsi in caso di ricidiva, ovvero il familiare appare più preparato del paziente a farvi fronte. Da sottolineare anche il dato dei famigliari in lutto (10,8%).

LOCALIZZAZIONE	NUMERO PAZIENTI	%
1.MAMMELLA	21	22,6
2.POLMONE	11	11,8
3.INTESTINO	3	3,2
4.RENE	2	2,2
5.PROSTATA	4	4,3
6.VESCICA	8	8,6
7.TESTA-COLLO	5	5,4

8.STOMACO	1	1,1
9.LEUCEMIA	1	1,1
10.MIELOMA	0	0,0
11.LINFOMA	1	1,1
12.UTERO-OVAIO	4	4,3
13.COLON-RETTO-ANO	17	18,3
14.FEGATO	5	5,4
15.PANCREAS	2	2,2
16.CEREBRALE	5	5,4
17.MELANOMA	2	2,2
18.ALTR0	1	1,1
TOTALE	93	

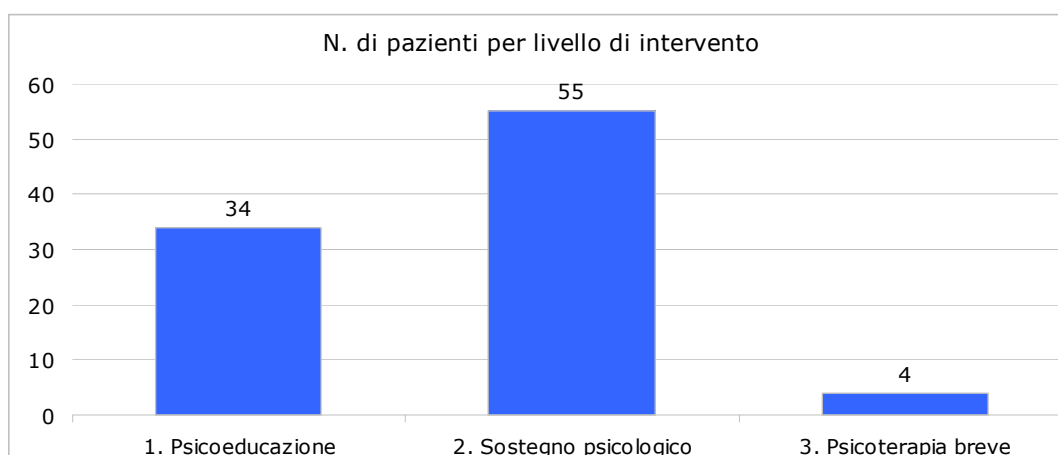


INVIO	NUMERO PAZIENTI	%
REPARTI	36	38,7
MMG	5	5,4
CAS	17	18,3
ONCOLOGO	17	18,3
AUTOINVIO	12	12,9
FAMIGLIARE	2	2,2
ALTRO	4	4,3
TOTALE	93	



Rispetto alla localizzazione del tumore, il carcinoma mammario riguarda il 22,6% dei pazienti e il tumore colon-retto-ano il 18,3% dei pazienti di cui sono stati visti i famigliari. Nel 38,7% delle situazioni sono i reparti a segnalare e incoraggiare i famigliari al supporto psicologico (tra questi, come già specificato, annoveriamo anche l'Hospice e il CAVS). Infine, come emerge dal grafico successivo, anche rispetto ai famigliari il tipo di intervento prevalente che si è reso necessario è il sostegno psicologico (nel 59,1% dei casi).

LIVELLO DI INTERVENTO	NUMERO PAZIENTI	%
1. Psicoeducazione	34	36,6
2. Sostegno psicologico	55	59,1
3. Psicoterapia breve	4	4,3
TOTALE	93	



Conclusioni

Di fronte a patologie complesse vi è dunque la necessità di lavorare attraverso collaborazioni integrate, di usufruire di interventi che vedono affiancate più figure professionali cooperanti tra loro sotto un'ottica di *best practice* ad impronta perlomeno multidimensionale e multiprofessionale.

In sinergia con le diverse professioni sanitarie, l'attività psicologica è finalizzata quindi all'erogazione di prestazioni che rispondono alla progressiva crescita di richieste da parte dei cittadini, sia di sostegno psicologico sia di psico-educazione e sia di trattamenti psicoterapici focalizzati, perseguendo obiettivi organizzativi quali l'efficacia degli interventi, l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse disponibili, nonché l'equità e l'accessibilità alle prestazioni sanitarie di cui necessitano le persone. Di conseguenza, le modalità organizzative dell'assistenza

psicologica nell'ASL CN2 si caratterizzano per la trasversalità di interventi e di risposte ai bisogni sollecitati dall'organizzazione sanitaria.

Contaminazioni disciplinari si rendono pertanto indispensabili, eterogeneità di approcci come modalità privilegiata per la comprensione della malattia definita medicalmente (disease), per la comprensione dei vissuti soggettivi di malattia (illness), e della malattia socialmente riconosciuta (sickness). Le narrazioni di malattia di pazienti e famigliari tematizzano proprio questa triade e riflettono tre diverse prospettive sulla malattia: quella professionale, che si occupa della malattia in quanto fenomeno risultante da processi fisico-chimici e biologici, quella personale che si interessa della malattia come epifenomeno, come vissuto soggettivo, e quella sociale che definisce e legittima i comportamenti del malato in rapporto alla società.

Le narrazioni di malattia dei pazienti e loro famigliari costituiscono per Byron Good *"un metodo nell'indagine comparata tra culture riguardo all'esperienza della malattia"*²². Se si intende il termine "cultura" in una accezione ampia, tale indagine comparata può essere estesa anche al confronto tra le diverse culture "professionali" e/o tra queste ultime e le culture "non professionali" di riferimento.

Note e Riferimenti Bibliografici

- 1 Piaget introdusse nella sua opera il termine di interdisciplinarietà con esplicito riferimento ad un'interconnessione, se non ad un'identificazione, sul piano metodologico delle discipline. Un gruppo interdisciplinare è composto quindi da persone che hanno competenze diverse e che si uniscono per risolvere problemi complessi.
- 2 Treccani: integrazione è "rendere intero ciò che è incompleto ad un determinato scopo" pertanto nella lingua italiana "inter-azione = intero" e "integra-zione = integro" vengono usati come sinonimi con il significato di qualcosa "cui nulla è stato tolto".
- 3 Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A., Gruppo di lavoro. Lavoro di gruppo. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992.
- 4 Le teorie delle scienze empiriche (incluse le scienze sociali) si traducono sovente in modelli, e noi ci troviamo ad avere modelli di integrazione socio-culturale esclusivamente per quanto riguarda i migranti e pur sforniti a monte di una organica Teoria dell'integrazione. Sebbene una Teoria dell'integrazione si sia sviluppata soprattutto a partire dall'epoca di Riemann (1826-1866), alcune idee e metodi traggono spunto da molto prima e risalgono a matematici come Euclide (300 a.C.), Eudosso di Cnide (408-355 a.C.) ed Archimede (287-212 a.C.). Non esiste cioè una organica Teoria dell'integrazione al di fuori dell'ambito della matematica, per quanto alcuni dei nomi citati siano tra i massimi esponenti del pensiero occidentale, figure di "genio universale" la cui applicazione intellettuale a pressoché tutte le discipline del sapere ne abbia reso l'opera vastissima e studiata ancor oggi trasversalmente.
- 5 Ludwig Von Bertalanffy, Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni. ILI, 1968.
- 6 La Teoria Generale dei Sistemi tenta dunque di derivare concetti caratteristici delle totalità organizzate e di applicarli a fenomeni concreti. Il concetto di sistema diviene così una nozione-chiave per la formulazione di una nuova concezione scientifica del mondo. Esempi: per i sistemi economici, flussi commerciali tra aziende (naturalmente lo schema economista fallisce di fronte a gesta tipicamente umane); per i sistemi sociali, informazione e comunicazione tra persone.
- 7 Albert-Làszlò Barabási, Link. La scienza delle reti. Einaudi, 2004.
- 8 I diversi saperi comunicano tra loro al punto da mettere in tensione i propri strumenti concettuali, fino a modificarli: diversi professionisti di differenti discipline si ritrovano così accomunati ma non uniformati nello stesso impegno interprofessionale, avendo cura di assicurare unità di indirizzo alle diverse competenze disciplinari.
- 9 Epping-Jordan et al., Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. Health Psychol, 1999;18:315-26.
- 10 Manos et al., Coping with cancer: psychological dimensions. Acta Psychiatr Scand, 1985;72:1-5.
- 11 Wortman CB, Social support and the cancer patients. Cancer supplement, 1994;53:2339-59
- 12 Derogatis et al., The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 1983;249:751-7.
- 13 Grassi et al., Depression and abnormal illness behaviour in cancer patients. Gen Hosp Psychiatry, 1989; 11:404-11.
- 14 Razavi et al., Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. Br J Psychiatry, 1990;156:79-83.

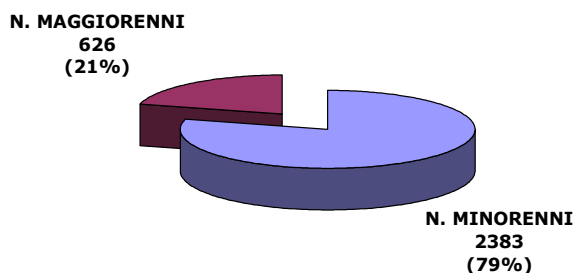
- 15 Grassi et al., Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 1993;2:11-20.
- 16 Morasso et al., Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 1996;53:295-302.
- 17 Hopwood et al., Psychological support needs for women at high genetic risk of breast cancer: some preliminary indicators. *Psycho-Oncology*, 1998;7:402-12.
- 18 Worden e Weisman, The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*, 1976-1977;7:1-15.
- 19 Hoffman et al., Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer. *Arch Intern Med*, 2009;169:1274-81.
- 20 Morasso et al., Evaluation of a screening programme for psychological distress in cancer survivors. *Support Care Cancer*, 2010;18:1545-52.
- 21 Salander P., Motives that cancer patients have for consulting a psychologist – an empirical study. *Psycho-Oncology* 2010; 19:148-54.
- 22 B.J. Good, *Narrare la malattia*. Einaudi, Torino, 2006.

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2018

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

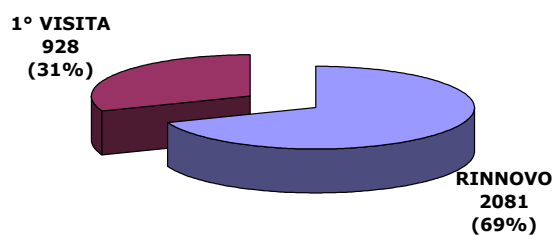
Il servizio di Medicina dello Sport dell'ASL CN2 Alba-Bra ha effettuato nell'anno solare 2018 un numero totale di 3009 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 – Visite agonistiche Anno 2018

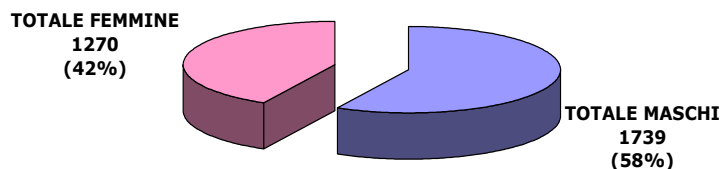


Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2). La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

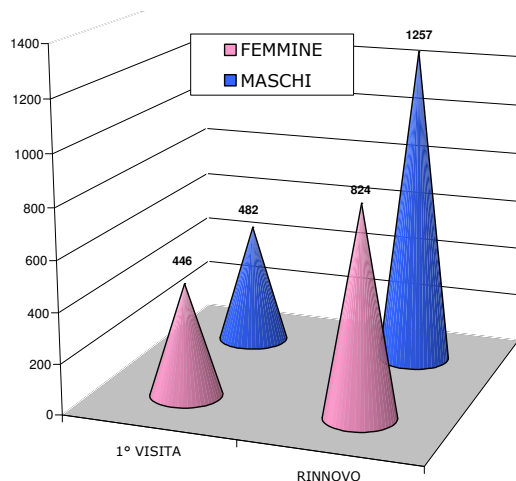
Graf. 2 – Prime visite e rinnovi annuali Anno 2018



Graf. 3 – Atleti suddivisi per sesso Anno 2018

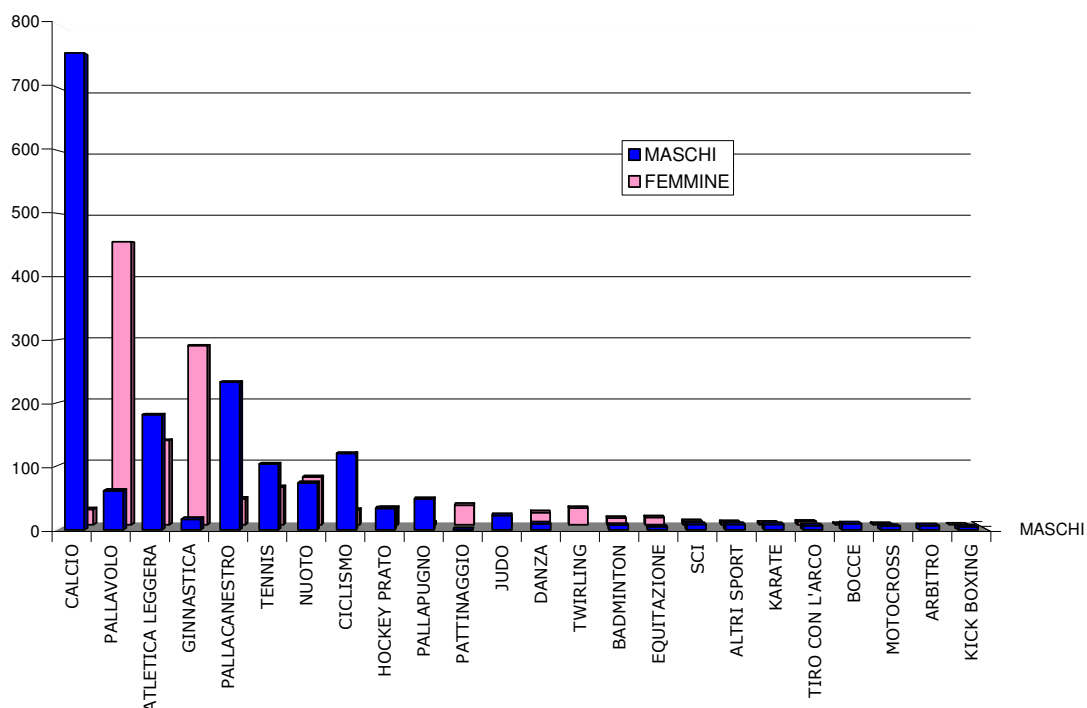


Graf. 4 – Prime visite e rinnovi Anno 2018



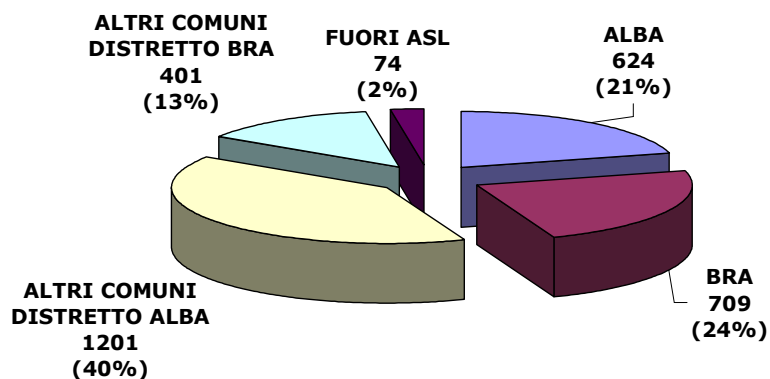
Nel grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

Graf. 5 – Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive Anno 2018



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

Graf. 6 – Luogo residenza atleti Anno 2018



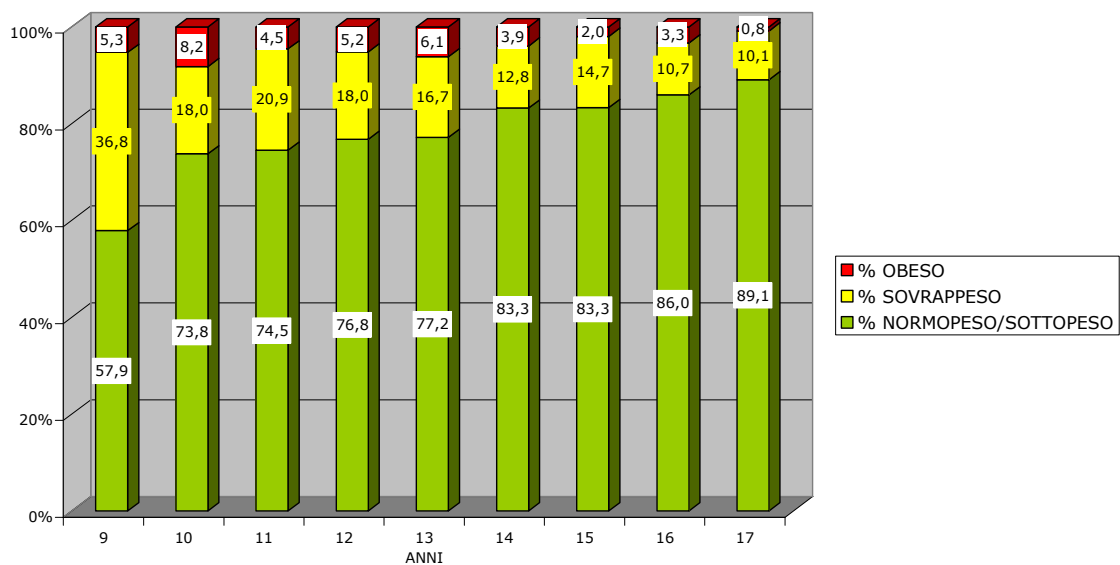
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening dello stato di nutrizione della popolazione.

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

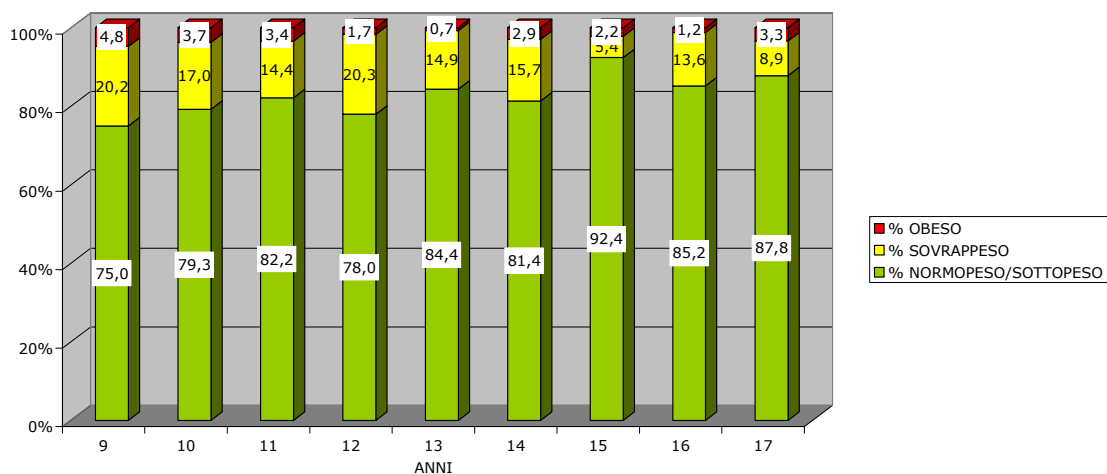
Nei grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obeso, suddivisi per età e sesso, che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2018.

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 2018.

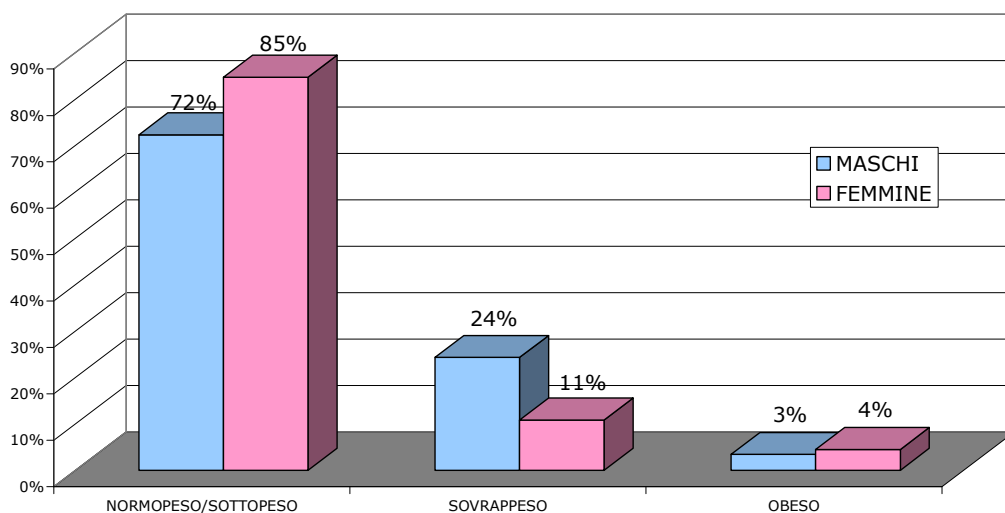
Graf. 7 - % di soggetti **maschi** normopeso/sovrappeso/obeso nella popolazione 9-17 anni



Graf. 8 - % di soggetti **femmine** normopeso/sovrappeso/obeso nella popolazione 9-17 anni



Graf. 9 - % di soggetti maggiorenni (maschi e femmine) normopeso/sovrappeso/obeso



Conclusioni

I dati ottenuti consentono di effettuare le seguenti considerazioni:

- il maggior numero di praticanti l'attività sportiva appartiene al sesso maschile (58% del totale) con un ulteriore incremento da parte del sesso femminile rispetto ai rilievi del 2016 e 2017;
- il calcio e la pallavolo risultano costantemente gli sport più praticati rispettivamente dai soggetti di sesso maschile e femminile;
- 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 2013-2017.
Si consolida la ripresa occupazionale.
Santina Bruno, Pietro Corino

Tipologia e Origine dati

- **LA STRUTTURA PRODUTTIVA**
 - **FONTE DATI:** FLUSSI INAIL – REGIONI
 - **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2013 AL 2017(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 ASLCN2
 - **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2013 AL 2017(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 2013 AL 2017(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

Dal mese di luglio 2019, l'INAIL ha messo a disposizione delle ASL i dati aggiornati al 31 dicembre 2017 relativi al progetto "Flussi Informativi INAIL – REGIONI".

Come noto, i dati relativi a tale progetto riguardano sia i cosiddetti "danni alla salute" causati dal lavoro (Infortuni e Malattie Professionali) che la struttura produttiva di ogni territorio considerato, di solito corrispondente al territorio di competenza di ogni singola ASL, con il dettaglio di Aziende ed Addetti occupati.

Per quanto attiene alla Struttura Produttiva, il dato più evidente è un dato positivo ed è relativo alla conferma della ripresa occupazionale.

Tale ripresa, già iniziata nell'anno precedente (2016), nell'ultimo anno disponibile segna un ulteriore e più marcato incremento passando da un + 3% (2015-2016) ad un + 6.5% (2016-2017) a fronte di un dato di numerosità aziendale sostanzialmente costante (Grafico 1).

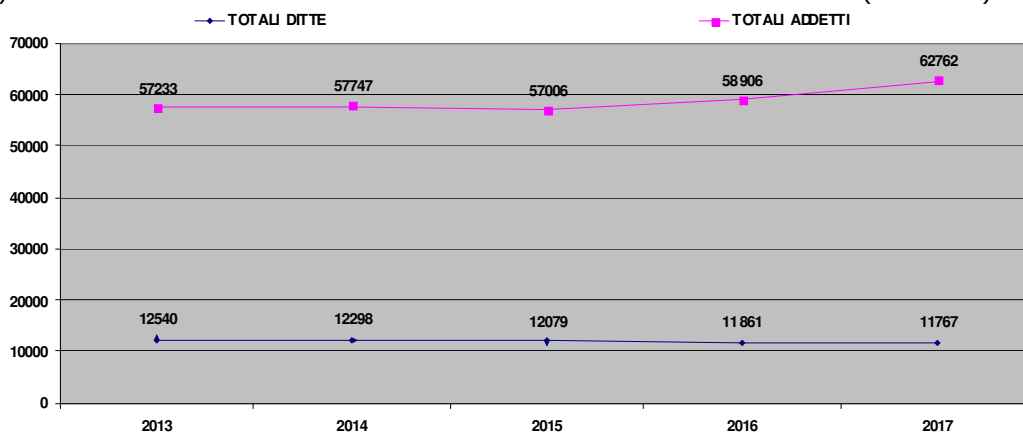


Grafico 1: Andamento del numero delle Aziende e degli Addetti del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2013 - 2017

Rispetto alla numerosità degli addetti, il comparto più rappresentativo è costituito dai Servizi, che oltre ad occupare più del 30% del totale della forza lavoro, segnano una crescita importante nell'ultimo anno (+ 8%).

Seguono l'industria alimentare ed il commercio che, negli ultimi due anni, ha evidenziato una crescita eccezionale, con un incremento degli addetti vicino al 50%; a seguire, la Metalmeccanica e le Costruzioni, con un numero di addetti più o meno sovrapponibile e sostanzialmente stabile (Grafico 2).

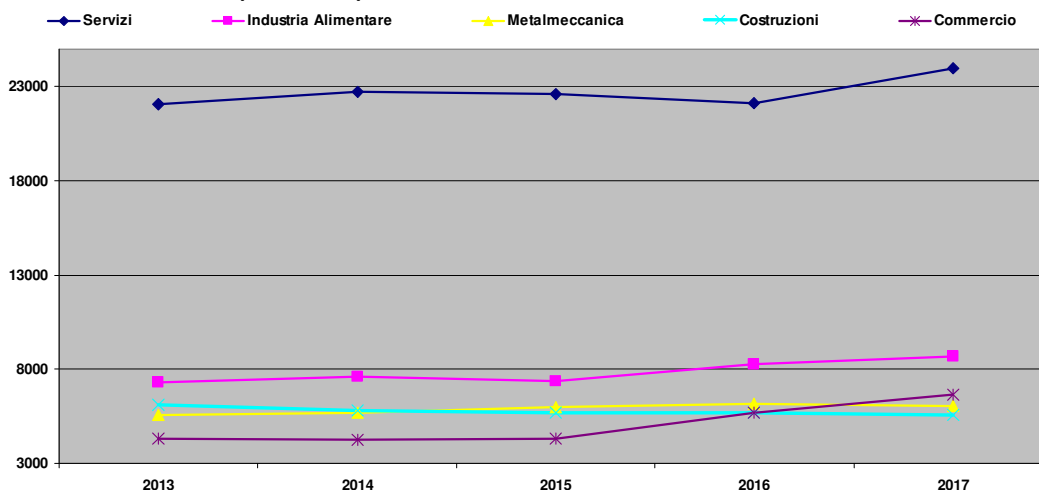


Grafico 2: Andamento del numero degli Addetti per tipologia di comparto nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2013 - 2017

I dati indicano che il territorio dell'ASL CN2 di Alba e Bra, che si estende per circa 1.118 Km² di superficie e comprende 76 comuni, continua a caratterizzarsi per un'economia ricca e vivace che, oltre ad aver risentito in modo limitato della recente crisi economica, mostra nell'ultimo periodo analizzato dal Sistema Flussi Informativi INAIL - REGIONI, dati eccellenti per quanto attiene all'occupazione.

La forte vocazione agroalimentare, con produzioni di alta qualità rappresentate, in particolare, dai settori enologico, corilicolo e dal mercato internazionale dei tartufi, ha da sempre trainato l'economia locale. I dati confermano comunque che, oltre alla produzione, anche il settore turistico - ricettivo ha considerevolmente implementato il numero degli addetti, in un'area sempre maggiormente visitata da un turismo enogastronomico di qualità. E' tuttavia innegabile che un grande impulso a questo comparto è stato fornito dall'inserimento, nell'anno 2014, del territorio di Langhe e Roero nel Patrimonio UNESCO.

Gli infortuni sul lavoro

In Italia, 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 favorevole andamento del fenomeno si è verificato anche nel territorio di questa ASL.

I dati relativi al quinquennio 2013–2017, seppur con andamenti irregolari, confermano la tendenza indicata, con una riduzione complessiva degli eventi, nel territorio dell'ASL CN2, vicina al 10% (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 13% del totale) si mantengono sostanzialmente stabili mentre gli incidenti in itinere (spostamento casa-lavoro, pari a circa il 14% del totale) sono in lieve crescita.

La riduzione degli eventi totali è pertanto attribuibile soprattutto alla diminuzione degli eventi che si verificano effettivamente "sul posto di lavoro".

ANNI	2013		2014		2015		2016		2017	
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	2429		2231		2359		2296		2253	
DIVISI PER GENERE	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	1625	804	1501	730	1554	805	1526	770	1475	778
EVENTI A STUDENTI	367		320		336		344		301	
EVENTI IN ITINERE	299		268		301		294		308	

Tabella 1: Dati relativi agli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2013 - 2017. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

Si ritiene opportuno segnalare che il calo degli infortuni, nel territorio dell'ASL CN2, risulta particolarmente significativo in quanto, anche alla luce dei dati presentati nel paragrafo precedente, nello stesso periodo (2013 - 2017) gli occupati, a differenza di quanto si è verificato in altre parti del Paese, da noi sono aumentati e, pertanto, il fenomeno non può essere attribuito all'aumento della disoccupazione causato dalla crisi economica in atto.

Si può inoltre ritenere che la crescita del numero degli addetti in comparti sostanzialmente a basso rischio (commercio e servizi) non incida negativamente ma, al contrario, riduca sostanzialmente i complessivi indici di rischio (tassi).

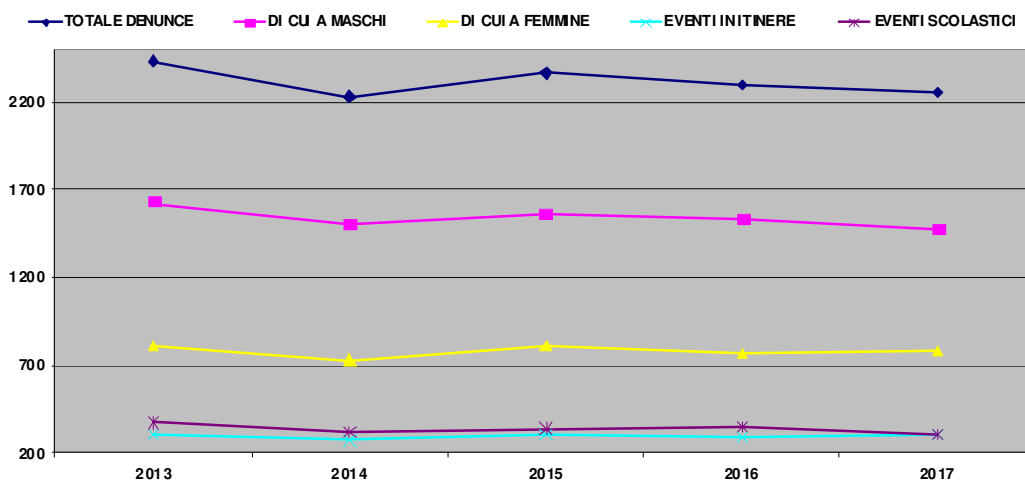


Grafico 3: Andamento degli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2013 - 2017. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

Le malattie professionali

Come evidenziato nel sottostante grafico n. 4, le denunce di malattia professionale nel quinquennio 2013 - 2017, sul territorio dell'ASL CN2, hanno presentato un andamento in ascesa fino all'anno 2015, per poi calare, progressivamente, nel biennio 2016 - 2017.

In particolare, nel 2017, ultimo anno analizzato dal Sistema FLUSSI, le denunce si sono ridotte, rispetto all'anno precedente, di circa il 10%.

Degno di segnalazione è il gap tra i casi denunciati e quelli riconosciuti da INAIL che, nel quinquennio in questione (2013 – 2017) ha visto il riconoscimento di meno della metà dei casi denunciati (44%). Tale percentuale di riconoscimenti è stata mantenuta anche nell'ultimo anno analizzato (2017).

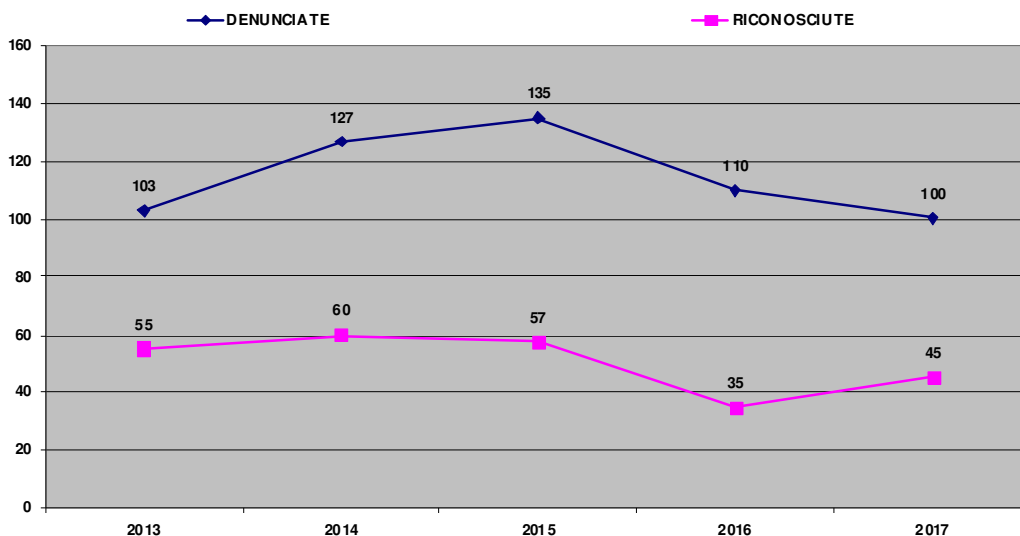


Grafico 4: Andamento Numerico delle Malattie Professionali Denunciate e delle Malattie Professionali riconosciute da Inail relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2013-2017

Come evidenziato nella Tabella n. 2, la tipologia delle patologie correlate al lavoro, riconosciute da INAIL 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.

MALATTIA RICONOSCIUTA PER TIPOLOGIA ACCERTATA	2013	2014	2015	2016	2017
Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini	24	20	24	9	21
Affezione dei dischi intervertebrali	8	19	15	11	7
Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti moll	11	15	12	8	8
Dermatite da contatto ed altri eczemi	1	0	0	2	0
Tumore maligno della pleura	1	1	0	1	1
Bronchite cronica	0	0	0	1	0
Asma	0	0	0	1	0
Pneumoconiosi da silice e silicati	1	0	0	1	0
Dermatosi eritemato -squamose, eczemi infantili	0	0	0	1	0
Tumore maligno delle cavitá nasali, orecchio medio e seni	0	0	1	0	0
Tumore maligno della trachea,dei bronchi del polmone non spcome secondario	0	1	0	0	0
Tumore maligno della vescica	0	1	1	0	0
Altre neuropatie periferiche	1	0	0	0	0
Ipoacusia	2	0	0	0	3
Pneumoconiosi da altre polveri inorganiche	0	0	0	0	0
Artropatie associate ad altre infezioni	1	0	0	0	0
Artrosi ed affezioni correlate	3	3	3	0	3
Lesioni articolari del ginocchio	2	0	1	0	1
disturbo post traumatico da stress cronico	0	0	0	0	1
TOTALE MP RICONOSCIUTE PER ANNO	55	60	57	35	45

Tabella 2: Malattie Professionali Riconosciute da INAIL divise per Patologia Accertata relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2013 – 2017

Conclusioni

L'aggiornamento al 2017 dei dati del Sistema "Flussi Informativi INAIL – REGIONI", conferma il positivo trend in riduzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, già in atto da diversi anni, sul territorio dell'ASL CN2 di Alba e Bra.

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. In questo comparto nel periodo 2010-2016, si è passati dai 58.349 infortuni denunciati nell'anno 2010 ai 52.370 infortuni denunciati nel 2016, con una diminuzione in questo periodo di circa 11%.

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 diverso tempo il Servizio Prevenzione e Protezione rileva i dati infortunistici che hanno interessato i dipendenti dell'ASL CN2. Tale rilevazione è accompagnata da quella degli infortuni di tipo "biologico" da parte della S.C. Direzione Sanitaria di Presidio estesa, oltre che ai dipendenti dell'ASL CN2, anche agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, al personale dipendente Gi.GROUP, al personale dipendente dell'impresa di pulizie, al personale dipendente AMOS ed al 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 realizzata periodicamente alla data del 21 novembre di ogni anno, distinguendo tra infortuni di natura biologica e non biologica.

Un *infortunio biologico* si verifica ad 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 *muco-cutanei* (quando uno schizzo di sangue o di 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 infortuni avvenuti 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 aziendale su strada.

La comparazione tra i diversi anni, come rappresentata 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 presentano un andamento in continua diminuzione, mentre gli infortuni di natura non biologica sono pressoché costanti negli anni.

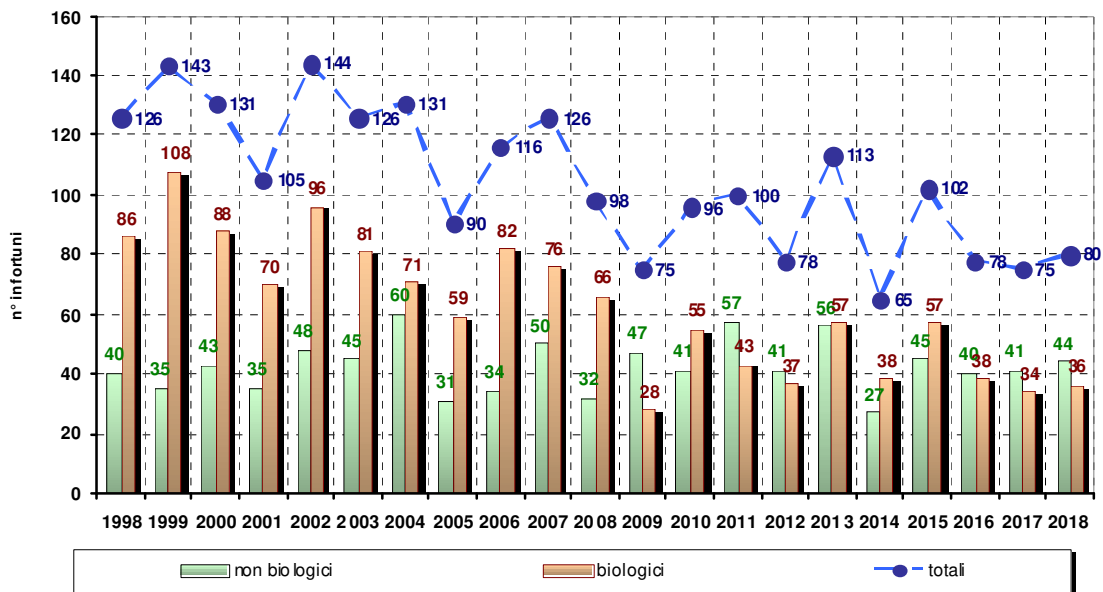


Grafico 1: Andamento del numero degli infortuni dal 1998 al 2018, tra numero totale, infortuni biologici, infortuni non biologici

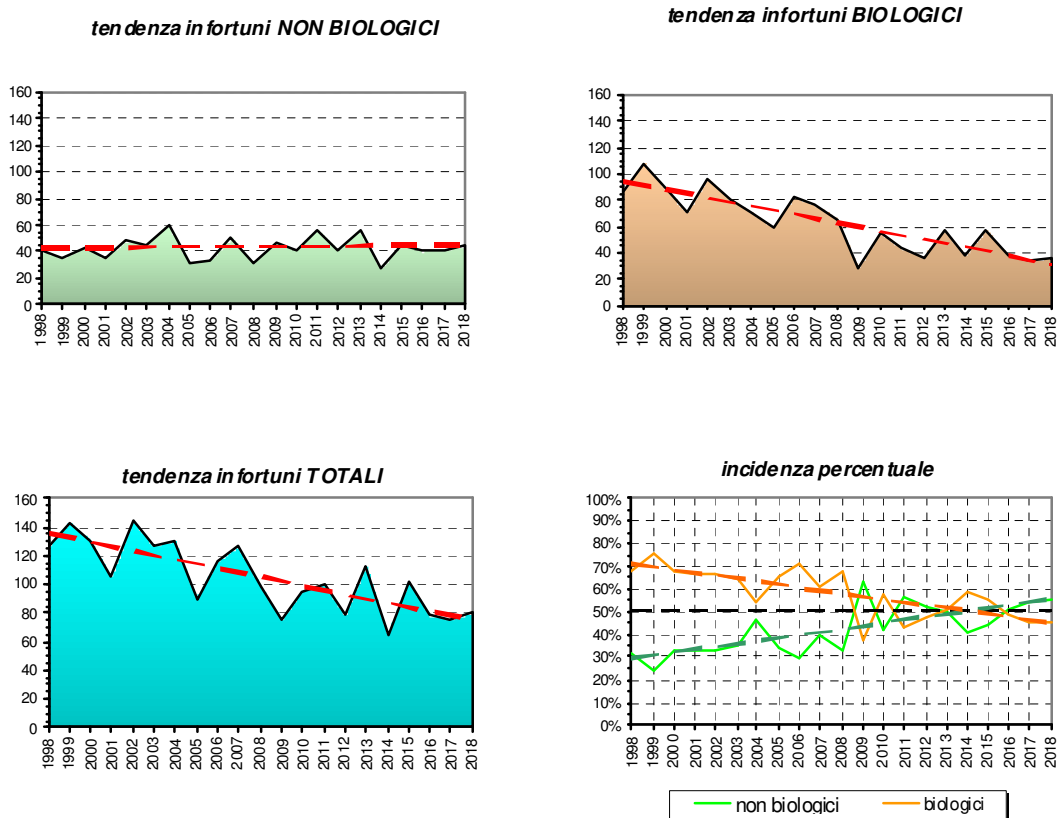


Grafico 2: Tendenza della tipologia di infortuni nel periodo 1998-2018

Andamento degli infortuni ASL CN2 nel periodo 2013-2018

Di seguito viene riportato in Tabella 3 il numero di infortuni rilevati dal 2013 al 2018, che conferma sostanzialmente la tendenza in diminuzione degli ultimi venti anni con particolare riferimento agli infortuni di tipo biologico.

ANNI	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	113	65	102	78	75	80
INFORTUNI BIOLOGICI	57	38	57	38	34	36
INFORTUNI NON BIOLOGICI	40	20	36	30	31	28
INFORTUNI IN ITINERE	16	7	9	10	10	16

Tabella 3: Dati relativi agli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel periodo 2013- 2018. Totale degli Eventi, anche divisi per biologici, non biologici e in itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

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

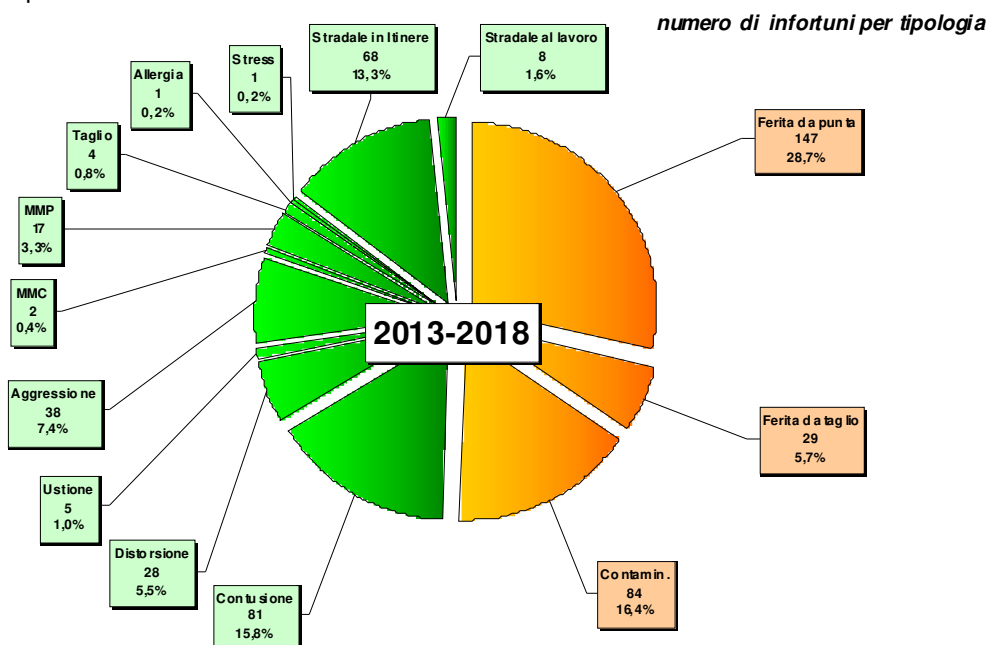


Grafico 3: Tendenza della tipologia di infortuni nel periodo 2013-2018

La suddivisione mette innanzitutto in evidenza che gli infortuni di tipo biologico (50,7%) ormai hanno superato quelli di tipo non biologico (49,3%) e costituiscono oltre la metà del totale degli infortuni.

Per quanto concerne gli infortuni di tipo biologico, quelli dovuti a contaminazione percutanea (176) superano abbondantemente quelli per contaminazione muco-cutanea (84) 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 lunghe dal lavoro: la somma di queste ultime due tipologie (*itinere* e *stradale*) equivale al numero di infortuni per contusione ovvero circa il 15% del totale, ma comportano un numero di giorni di assenza dal lavoro oltre dieci volte superiore. 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 quelli riconducibili alla movimentazione dei carichi (MMC) e la movimentazione dei pazienti (MMP) non presentano grande rilevanza.

Approfondimenti relativi all'anno 2018

Nel corso dell'anno (dal 21/11/2017 al 21/11/2018) il numero degli infortuni totali, nell'ASL CN2, è rimasto in linea con i valori dell'anno precedente: infatti, nell'anno in corso sono stati in **totale 80** (a fronte di 75 dell'anno precedente) di cui **36 di natura biologica** e **44 di natura non biologica**; gli infortuni di tipo biologico sono aumentati di 2 unità, mentre gli infortuni di natura non biologica sono aumentati di 3 unità.

Per quanto concerne gli infortuni di tipo biologico rimangono preponderanti *le ferite da punta* (ago, bisturi, ecc.) mentre tra infortuni di tipo non biologico, quest'anno sono preponderanti *gli infortuni in itinere* (da e per il luogo di lavoro) (Grafico 4).

numero di infortuni per tipologia

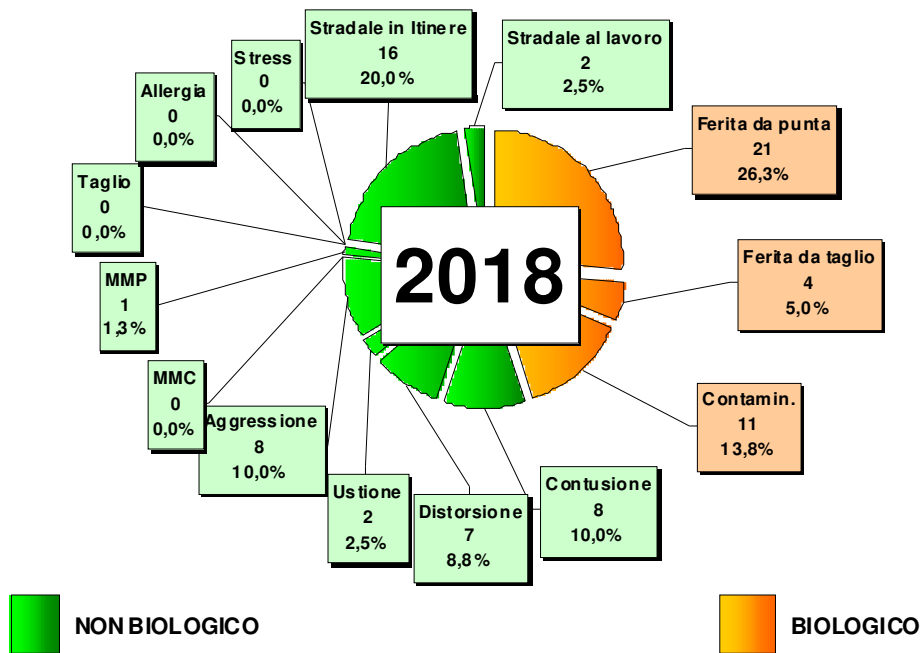


Grafico 4: Tendenza della tipologia di infortuni nell'anno 2018

L'analisi degli eventi infortunistici, distribuiti per reparto di accadimento, anche nell'anno 2018 mettono in evidenza i tipici reparti ospedalieri, con una prevalenza di infortuni di tipo non biologico nel reparto di Psichiatria (S.P.D.C. Alba) tipicamente riconducibili alle aggressioni (Grafico 5).

Si confermano tra le mansioni più esposte, quelle sanitarie (infermieri, medici, O.S.S.), evidentemente più numerose sul totale degli addetti (Grafico 6).

numero di infortuni per reparto

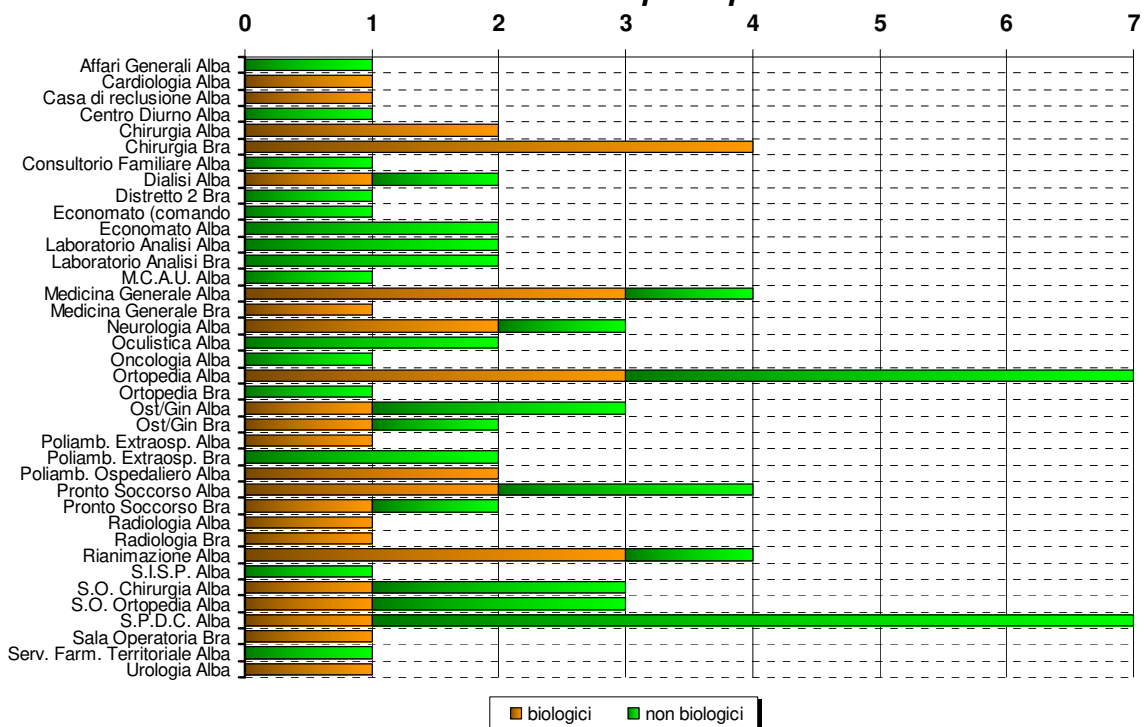


Grafico 5: Numero di infortuni per reparto nell'anno 2018

numero di infortuni per mansione

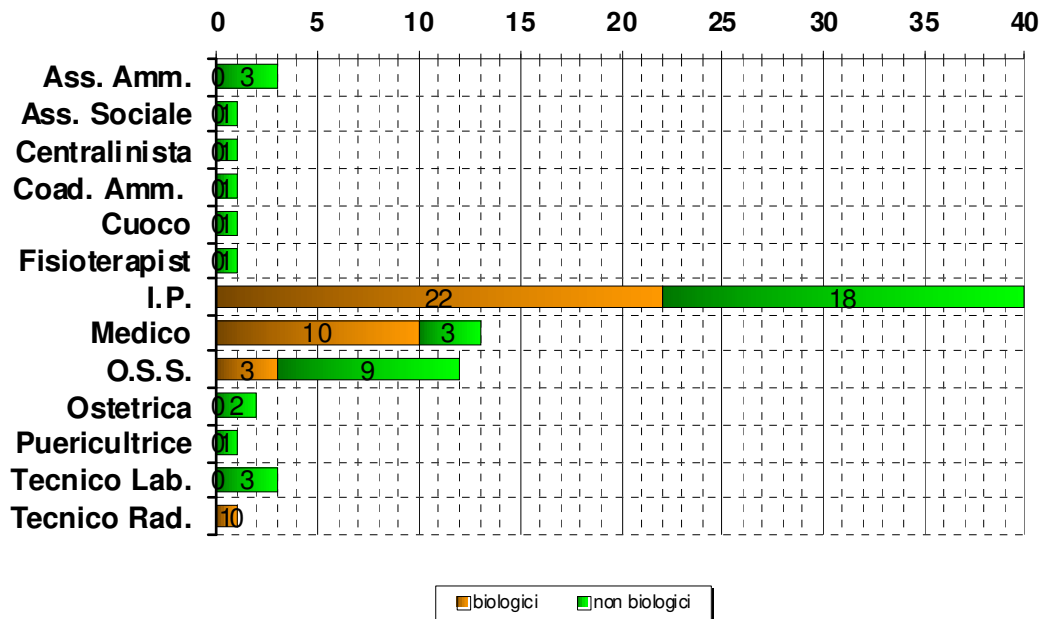


Grafico 6: Numero di infortuni per mansione nell'anno 2018

I giorni totali di assenza dal lavoro per infortunio nel periodo esaminato sono stati **1.180** (con una media di giorni di assenza pari a 15) (Grafico 7): n. 831 giorni (70%) causati da incidenti in itinere A/R, n. 193 giorni (16%) da trauma discorsivo, n. 82 giorni (7%) da traumi contusivi, n.46 giorni (4%) causati da incidenti stradali durante l'orario di lavoro e n. 12 giorni (1%) da Movimentazione Manuale dei Pazienti.

Ben 43 infortuni (36 di tipo biologico, 5 aggressioni e 2 traumi contusivi) sono stati invece a "zero giorni" ossia il lavoratore infortunato non ha sospeso l'attività lavorativa (Grafico 8).

numero di giorni persi per tipologia d'infortunio (totale 1180)

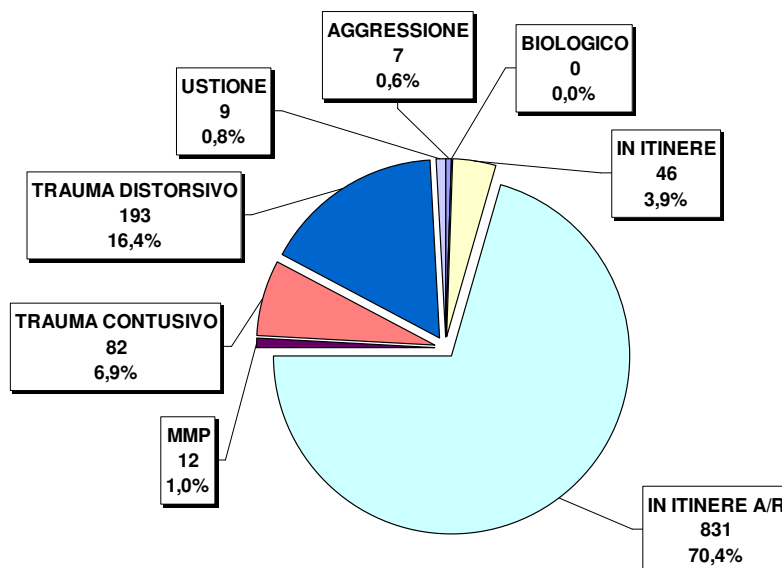


Grafico 7: Numero di infortuni per tipologia nell'anno 2018

numero di eventi per giorni d'infortunio

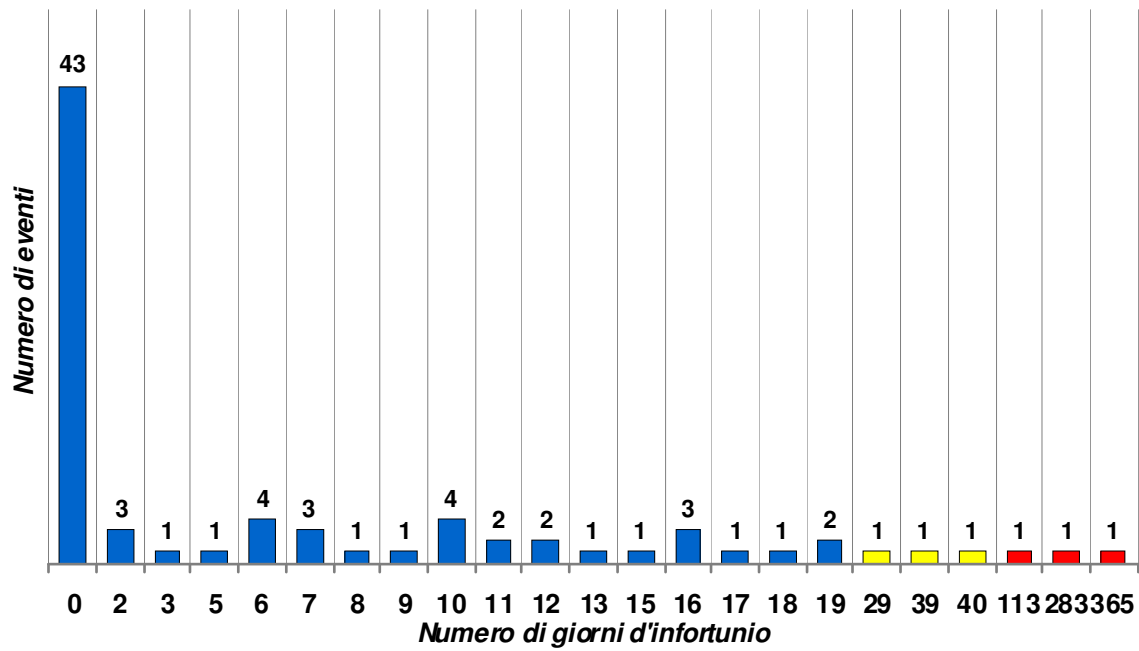


Grafico 8: Numero di eventi in funzione dei giorni d'infortunio relativi all'anno 2018, relativo agli infortuni con durata superiore a 9 giorni

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

Rosa Badagliacca, 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 "Healthy 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 2014/2019 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) - tutti le 76 amministrazioni comunali. Si tratta di zone che storicamente, pur essendo vicine e confinanti, non hanno sempre promosso un modello unitario di intervento.

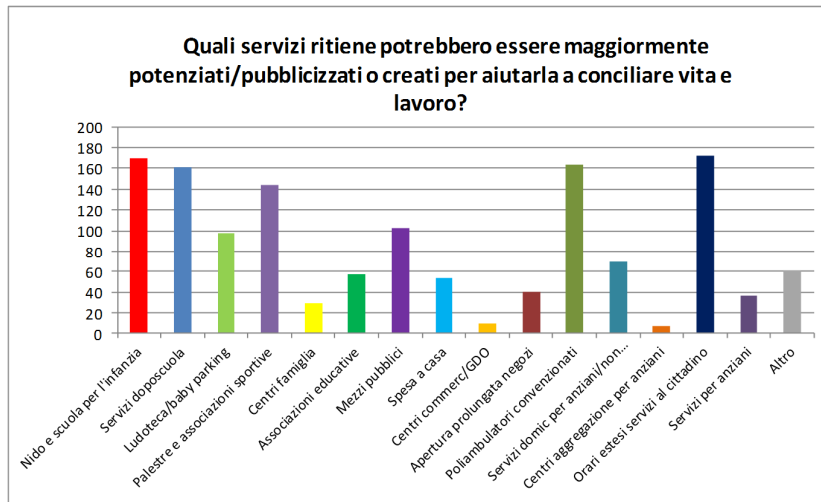
Inoltre, essendo il servizio sociale braidese all'interno dell'ASL CN2, quest'ultima ha contribuito oltre che per la componente sanitaria e di prevenzione, anche per l'ambito sociale.

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

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 "**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.



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



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 giovedì 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 Manda Rai Tre" e Antonio Cajelli, 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**



primo incontro:
il 12 ottobre 2017 a Bra

con **Matteo Lancini** si parla di autorevolezza dei genitori e di come aiutare i figli a diventare adulti
ore 19:00 Sala Conferenze del Centro Polifunzionale Arpino Largo della Resistenza a Bra

si inizia con un aperitivo offerto da NatiPerSoffriggere; e dopo l'incontro con Matteo Lancini coloro che sono interessati a proseguire si potranno incontrare il 28 ottobre, il 9 e 16 novembre.

Con il supporto di Francesca Benso e Matteo Gagno, operatori professionali.

Coordina la serata Beppe Quaglia della Cooperativa Animazione Valdocco

Matteo Lancini, Psicologo e psicoterapeuta, Presidente della Fondazione Minotauro di Milano e dell'ADIPPA (Associazione Gruppi Italiani di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza). Insegna presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca. È Minotauro è direttore del Master Prevenzione e trattamento della dipendenza da internet in adolescenza, coordina la Sezione Adolescenza del Centro di consultazione e psicoterapia e insegna nella Scuola di Formazione in Psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto.

INFO: talentiLatenti@aslcn2.it - www.aslcn2.it



- 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.

- 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.

Cosa si è fatto nel 2018, terzo anno del progetto:

Il **2018** ha visto, sulla scorta di quanto impostato nell'ultimo trimestre del 2017, la creazione ed implementazione del "Welfare Point", concepito come rielaborazione del concetto di "Sportello Sociale Itinerante", studiato partendo da una mappatura globale dei servizi presenti sul territorio di progetto. Le diverse fasi individuate per quanto riguarda il processo di attuazione sono state:

- Una prima fase "Esplorativa" delle richieste di informazione attraverso la raccolta dei dati dalle sedi individuate;
- Una seconda fase di "Sperimentazione" rivolta ai dipendenti e loro famiglie, uffici del personale, centralini, ecc. delle aziende partner del Progetto;
- Una terza fase di "Consolidamento" rivolta alla cittadinanza.

È proseguita la calendarizzazione degli eventi e delle attività formative promosse dal progetto, anche grazie all'intervento di altri soggetti che hanno intercettato *in itinere* le iniziative e proposto delle collaborazioni, come avvenuto ad esempio dall'Associazione "Mai+Sole" per quanto riguarda il tema della violenza sulle donne e con la LILT, da cui è nata la serata informativa sulla prevenzione oncologica tenutasi ad Alba nel maggio 2019.

Complessivamente, nel triennio 2017-2019 sono stati realizzati **50 incontri**, tutti riconducibili alle macro-aree di intervento del progetto, ovvero:

- **Economia domestica/Bilancio familiare** - Percorsi di formazione sulla gestione del bilancio familiare e delle attività domestiche;
- **Genitorialità** - Percorsi di formazione verso la promozione del benessere familiare e del sostegno alla genitorialità nelle varie fasce di età dei figli, con l'intento di fornire strumenti e strategie adeguate ed efficaci nelle varie fasi della crescita: infanzia, pre-adolescenza, adolescenza;
- **Conciliazione tempo lavoro/Maternità** - Iniziative di sensibilizzazione e formazione per affiancare le mamme nella conciliazione di spazio domestico e lavorativo, nell'organizzazione del tempo e nella gestione dei figli, incrementare strategie di gestione per un maggior benessere psicofisico delle neomamme e per affrontare il momento critico del distacco dal bambino per il rientro al lavoro;
- **Stili di vita** - Appuntamenti di formazione ed educazione al benessere alimentare, al fine di promuovere uno stile di vita sano ed attivo, conoscere gli equilibri di una dieta sana, promuovere il consumo consapevole di alimenti e apprendere le conoscenze per l'interpretazione delle etichette nutrizionali degli alimenti.

Il numero di partecipanti alle iniziative è stato sicuramente significativo, come evidenziato dagli **oltre 1.150 partecipanti** che hanno compilato il questionario di monitoraggio e valutazione previsto.



Antonio Cajelli
educatore finanziario
indipendente



GIOVEDÌ 8 NOVEMBRE

**Il nostro rapporto con
il denaro**

SALA CONFERENZE
POLIFUNZIONALE
ARPINO
LARGO DELLA
RESISTENZA, 15
BRA

Orario 17,30 - 19,30

2018

GIOVEDÌ 15 NOVEMBRE

**il Bilancio Familiare: cosa è,
come si fa, a cosa serve**

SALETTA
RESISTENZA
COMUNE DI BRA,
P.ZZA CADUTI
PER LA LIBERTÀ 14
BRA

Orario 17,30 - 19,30



GIOVEDÌ 22 NOVEMBRE

**le utenze domestiche:
come gestirle e come
affrontare i problemi**

SALETTA
RESISTENZA
COMUNE DI BRA,
P.ZZA CADUTI
PER LA LIBERTÀ 14
BRA

Orario 17,30 - 19,30

2018

GIOVEDÌ 29 NOVEMBRE

l'indebitamento

SALETTA
RESISTENZA
COMUNE DI BRA,
P.ZZA CADUTI
PER LA LIBERTÀ 14
BRA

Orario 17,30 - 19,30





rete per un welfare
di comunità

Infanzia, preadolescenza, adolescenza:
tre incontri per stare insieme e approfondire
con autori ed esperti gli aspetti emotivi,
educativi, sanitari e multimediali
che i genitori affrontano
negli spazi di relazione con i figli.

Chiudiamola qui !

La gestione
dei conflitti tra
genitori e figli

con
Marco Bertoluzzo e Paolo Vanni
si parla di conflitti,
di mediazione
e di come aiutare
i figli a diventare adulti

secondo incontro: il **17 maggio 2018**
alle **ore 19:00** presso **Auditorium Fondazione Ferrero** . strada di Mezzo 44 Alba

si inizia con un **aperitivo**; e dopo l'incontro coloro che sono interessati a proseguire
si potranno incontrare il **31 maggio**, il **7 giugno** e il **14 giugno**,
con il supporto di Paolo Vanni, ed Elena Chighine, educatrice e counsellor professionale.

Marco Bertoluzzo, Criminologo. Direttore del Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero.
Paolo Vanni, esperto in gestione dei conflitti e mediazione.

INFO: info@talentilatenti.it - www.talentilatenti.it



Consorzio Socio-Assistenziale
Alba - Langhe - Roero



il progetto Talenti Latenti è realizzato
con il contributo di



nuovoWelfare.com

immagine: Silvana Vignozzolo



MAMMA DEL TUO TEMPO

**DONNA, MADRE, LAVORATRICE: RUOLI CHE SI INTEGRANO O
RISCHIANO DI SVALUTARSI RECIPROCAMENTE?**

Il Percorso di gruppo si articola in
4 INCONTRI GRATUITI
condotti dalla Dott.ssa Antonella VIETTI -
- psicoterapeuta -
per permettere una riflessione individuale e sociale tra funzioni
diverse che necessitano cura e tempo nella ricerca del migliore
equilibrio possibile

**Gli incontri si svolgeranno dalle ore 9 alle ore 11
ad ALBA in via Giacosa 1/A
nei giorni: 5 - 12 - 19 e 26 Aprile 2018**



**PER PARTECIPARE È NECESSARIA LA PRENOTAZIONE ENTRO IL 27/3 INVIANDO UNA
MAIL A: ANTONELLAVIETTI@GMAIL.COM OPPURE TELEFONANDO AL N. 3386526151
(LASCIARE EVENTUALMENTE UN SMS PER ESSERE RICHIAMATI)**



partner di



con il sostegno di

FONDAZIONE CRC

Area Welfare

Il 2019 è stato l'anno conclusivo e pertanto il primo semestre è stato ancora dedicato alla formazione; viene di seguito riportata la tabella con il dettaglio delle iniziative e degli eventi calendarizzati:

Marzo/ Maggio 2019	"Una comunità che educa" – Ciclo di incontri formativi Gli adolescenti, questi sconosciuti - "Come eravamo... come sono" (14/03, Sommariva del Bosco) Adolescenti: siamo connessi? - "Come comunichiamo... come comunicano" (04/04, Sommariva del Bosco) Adolescenti: che rabbia! – Sperimentiamo (09/05, Sommariva del Bosco) Orientiamoci? In cammino verso il futuro (31/05, Sommariva del Bosco)
Marzo/ Maggio 2019	"A passo lento" – Ricerca di uno spazio per riscoprirci Laboratorio benessere 07/03, 21/03, 04/04, 18/04, 02/05, 16/05 (Bra)
Maggio 2019	Fai centro con la prevenzione Serata di informazione sulla prevenzione oncologica promossa dalla LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori 20/05 (Alba)
Maggio 2019	Vite in movimento 05/05, 13/05, 19/05, 26/05
Giugno 2019	La salute vien....camminando (nell'ambito del progetto "Argento Attivo") Organizzare e partecipare ad un gruppo di cammino 28/06/2019 (Alba)

Si è inoltre dato maggior impulso al Welfare point che è diventato completamente operativo nel secondo semestre del 2019.

TALENTI LATENTI
rete per un welfare di comunità

Non si diventa grandi da soli.

I bambini hanno bisogno di aiuto per crescere, ma anche fare il genitore è un viaggio che è bello affrontare insieme, insieme ad altri genitori, per scambiarsi idee ed esperienze, ed insieme ad esperti che aiutino a promuovere buone pratiche e illustrino le conoscenze più recenti in materia. In questo viaggio possono esserci molti percorsi da intraprendere, molti argomenti da affrontare; quest'anno abbiamo scelto questi tre, ma sarebbe bello creare un gruppo di genitori attenti e consapevoli che erascono insieme, confrontandosi passo per passo. Ecco gli argomenti di questo ciclo di workshop, tutti trattati con una metodologia attiva e con coinvolgimento diretto dei partecipanti.

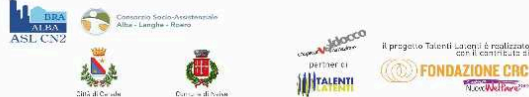
martedì 7 maggio 2019 - h 20:45 - **ALBA** - Centro Anziani, via Rio Misureto
I bisogni dei bambini e gli stili educativi: trova il tuo!!
La ricerca in ambito psicologico ha contribuito a delineare quali siano i bisogni irrinunciabili dei bambini e a collegarli ad alcuni stili educativi principali: conoscere le caratteristiche e i stile poiché quando si riesce a comprendere quale sia il proprio, se ne possono valorizzare i punti di forza e lavorare sui punti di debolezza e miglioramento. Durante il workshop attraverso giochi e test, potrai scoprire qual è il tuo stile e migliorare il tuo modo di essere genitore. Ti eserciterai con Silvia Spinetti, psicoterapeuta esperta in infanzia e sviluppo del carattere, formatrice e coordinatrice in strutture educative, divulgatrice.

lunedì 13 maggio 2019 - h 20:45 - **NEIVE**
Auditorium San Giuseppe, via Calissano

martedì 21 maggio 2019 - h 20:45 - **CANALE**
Istituto Comprensivo di Canale, via del Pesco 5
Sfruttare le scoperte delle neuroscienze per ottenere ascolto e collaborazione da figli e allievi e migliorare i rapporti tra fratelli.

Cosa imparerai in queste due ore:
 • A capire perché i bambini spesso non ascoltano;
 • A gestire capricci e aggressività;
 • A creare un clima collaborativo e non conflittuale, a casa o a scuola, tra i tuoi allievi o tra fratelli;
 • A diventare un genitore o un educatore più ascoltato;
 • A sfruttare le scoperte delle neuroscienze per imparare quali sono i motivatori più efficaci e quelli non efficaci nell'età dello sviluppo. Il workshop sarà condotto in forma attiva e ludica da Silvia Spinetti, psicoterapeuta esperta in infanzia e sviluppo del carattere, formatrice e coordinatrice in strutture educative, divulgatrice.

INFO: info@talentilateniti - www.talentilateniti.it



UNA COMUNITA' CHE EDUCA

UN VILLAGGIO NEL BOSCO... COSTRUIAMO UNA NUOVA STORIA

Incontri rivolti ad "adulti educanti" per condividere pensieri, emozioni e progetti collegati all'affascinante mondo degli adolescenti

ore 20:45 SOMMARIVA DEL BOSCO. Gli incontri si terranno presso la Sala Conferenze in Viale Scuole 119

giovedì 14 marzo
GLI ADOLESCENTI, QUESTI SCONOSCIUTI
"Come eravamo... come sono"
A cura di Dott.ssa Miriam Barbero

giovedì 9 maggio
ADOLESCENTI: CHE RABBIA! Sperimentiamo
A cura di Dott.ssa Miriam Barbero e Dott.ssa Elena Bergamini

giovedì 4 aprile
ADOLESCENTI: SIAMO CONNESSI?
"Come comunichiamo... come comunicano"
A cura di Dott.ssa Miriam Barbero e Dott.ssa Elena Bergamini

enerdì 31 maggio
ORIENTIAMOCI?
In cammino verso il futuro
A cura di Dott.ssa Chiara Viotto

Dott.ssa Miriam Barbero
Psicologa, psicoterapeuta, formatrice, consulente e facilitatrice di gruppi. Consulente e formatrice in contesti educativi e assistenziali.
Dott.ssa Elena Bergamini
Educatrice, psicologa, consulente educativa, formatrice. Psicologa, esperta in gruppi e contesti assistenziali. Qualifiche anche in ambito sanitario.
Dott.ssa Chiara Viotto
Psicologa, psicoterapeuta, consulente, formatrice. Esperta in ambito sanitario e assistenziale. Esperta in ambito sanitario e assistenziale. Esperta in ambito sanitario e assistenziale.



A conclusione del progetto si è tenuto un Seminario in data 27/09/2019 durante il quale sono stati discussi l'andamento, le modalità e le realizzazioni attuate in questi anni.

Relativamente alle realizzazioni prodotte, integrando i risultati raggiunti con quanto emerso nei momenti di confronto calendarizzati periodicamente con i partner del progetto, è possibile evidenziare i seguenti punti di forza e di debolezza:

Punti di forza	Punti di debolezza
<p>Dal punto di vista organizzativo si è prestata una costante attenzione nel proporre le medesime iniziative, contestualmente, sia nell'albese che nel braidese;</p> <p>La partecipazione alle attività e agli eventi/ momenti formativi/informativi calendarizzati è stata complessivamente buona dal punto di vista numerico e si è altresì riscontrato interesse in merito ai temi proposti;</p> <p>Attenzione dal punto di vista comunicativo alla divulgazione di messaggi e prodotti finalizzati alla "fidelizzazione" dei partecipanti;</p> <p>Riconoscimento del valore della formazione da parte del mondo profit che ne ha visto l'occasione per approfondire e consolidare alcuni temi (ad es. alimentazione, genitorialità, gioco d'azzardo).</p>	<p>Rallentamento e necessità di ripianificazione delle attività per cambiamenti organizzativi e di personale all'interno dell'Ente gestore;</p> <p>Difficoltà da parte di alcune fasce della popolazione nel riconoscersi "bisognose di aiuto".</p>

Per quanto concerne il resto, l'obiettivo del progetto "Talenti Latenti" di intercettare e agganciare nel sistema Welfare altre tipologie di target, come i dipendenti delle aziende, seppur ambizioso, si può affermare sia stato complessivamente raggiunto.

È stata intercettata, così, quella fascia di popolazione non in carico ai servizi, e, come evidenziato dai partner e dai questionari raccolti nell'ambito del percorso di monitoraggio, ne sono state potenziate le competenze personali.

Il progetto ha progressivamente ri-orientato le proprie attività individuando nella cittadinanza in generale, più che negli utenti dei servizi, il target dei propri eventi e delle proprie iniziative formative. Da un **elemento inatteso**, ovvero la difficoltà da parte di alcune fasce della popolazione nel riconoscersi "bisognose di aiuto" e nell'esplicitare i propri problemi, si è adottata una strategia di risposta che ha avuto esiti positivi.

Al fine di dare meno evidenza ai problemi dei singoli, è stata, infatti, adottata la scelta di prevedere incontri aperti alla cittadinanza attraverso la formula di una prima giornata "frontale", seguita da incontri con piccoli gruppi. Ciò si ritiene abbia consentito una **maggiore responsabilizzazione nella comunità**.

Il mettere insieme la visione di Welfare pubblico e privato attraverso l'inclusione nel partenariato del progetto delle aziende profit si è rivelata vincente e ha contribuito nel mettere in campo azioni "non tradizionali" per i servizi.

Tra i **cambiamenti significativi** generati dal progetto va evidenziato, inoltre, come l'approfondimento di alcuni temi specifici (ad es. il gioco d'azzardo) abbia rappresentato per le aziende partner uno stimolo per proporre delle azioni di sensibilizzazione indirizzate ai propri dipendenti al fine di contenere le situazioni di indebitamento in cui alcuni versano.

La partecipazione alle attività formative ha consentito di "far cultura" tra i dipendenti, sviluppando comportamenti di "buona cittadinanza" in azienda.

Dalla partecipazione al progetto sono state sviluppate alcune iniziative all'interno delle aziende i cui esiti hanno avuto delle ricadute positive tra i dipendenti. Esempio è il caso del "Coaching esperienziale" con i capi-area realizzato in Dimar da cui è emerso il tema della mutualità e dell'aiuto reciproco, avvalorando così il messaggio dell'importanza di un gruppo di lavoro coeso, messaggio che si è poi trasferito anche nel contesto lavorativo. Va sottolineato, inoltre, come siano stati molto apprezzati gli incontri sulla genitorialità con l'esito positivo di alcune mamme che hanno deciso di auto-organizzarsi per proseguire con momenti di confronto sul tema.

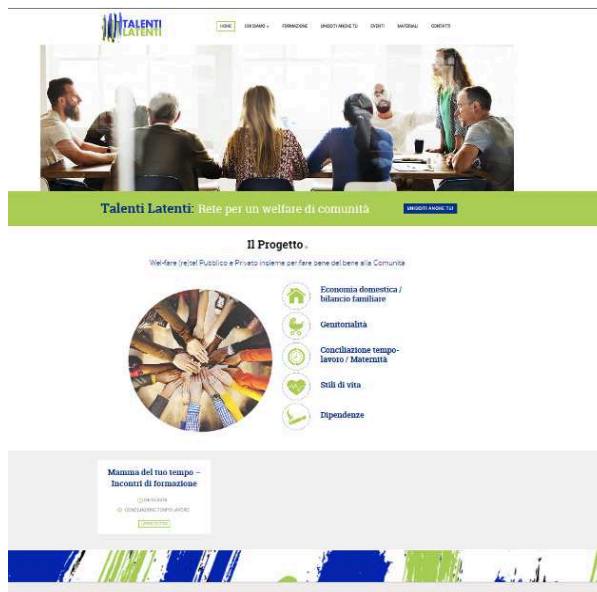
In chiusura di questa esperienza, è possibile tratteggiare le seguenti linee di sviluppo, connesse principalmente ad un potenziamento e consolidamento dei risultati raggiunti:

- ✓ il tema del "benessere" può essere ulteriormente esplorato, così come i temi afferenti alla "buona cittadinanza" (vedi ad esempio il contenimento degli sprechi);

- ✓ occorre proseguire nello sviluppo di una maggiore consapevolezza e responsabilizzazione dei dipendenti, affinché anche i luoghi di lavoro possano ricoprire il ruolo di "sentinelle" delle eventuali situazioni di disagio in cui versano i propri dipendenti;
- ✓ l'estensione dell'indagine sui dipendenti anche alla cooperazione ha confermato come il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro rappresenti una priorità su cui occorre proseguire a investire;
- ✓ al fine di promuovere una maggiore consapevolezza negli imprenditori, un obiettivo per il futuro potrebbe essere quello di sollecitare/sensibilizzare aziende più piccole a mettersi insieme con una sorta di "accordo di rete" per sviluppare azioni di sostegno condivise e facilitare anche lo scambio di esperienze tra i dipendenti e con la cittadinanza in generale.

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.talentilatentiti.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
- OSHwiki-sicurezza e salute sul lavoro
- INAIL-WHP: promozione della salute nei luoghi di lavoro
- www.whpbergamo.it
- www.promozionesalute.regione.lombardia.it

Sorveglianza attiva e passiva delle malattie infettive e zoonosiche: la rilevanza dei Controlli Ufficiali dei Veterinari ASL CN2 impegnati presso gli impianti autorizzati alla macellazione degli equini

Francesca Fioretto, Elena Bruno

Premessa

Nel corso degli ultimi decenni la costituzione di un mercato unico europeo, a seguito dell'eliminazione di confini commerciali tra gli Stati Membri, ha prodotto in Italia un aumento considerevole delle importazioni di animali vivi e di prodotti di origine animale.

Se da un punto di vista economico si tratta di un trend positivo, tuttavia potenziali sono i rischi correlati all'immissione sul nostro territorio di agenti patogeni causa di gravi malattie infettive degli animali e/o zoonosici, cioè trasmissibili all'uomo attraverso l'animale infetto o attraverso i prodotti alimentari da esso derivati.

Nel seguente articolo tratteremo le principali malattie infettive degli equini, alcune delle quali rientrano nella categoria "zoonosi". Sarà descritta l'attività di Controllo Ufficiale dei Veterinari ASL CN2 negli impianti autorizzati per la macellazione di animali da reddito della specie equina nell'ambito delle programmazioni ministeriali e regionali basate sulla normativa vigente.

Introduzione

Il DPR 320/1954 ("Regolamento di Polizia Veterinaria") è un regolamento applicativo delle norme sanitarie in materia di malattie infettive e diffuse degli animali.

Le misure di "Polizia Veterinaria" hanno l'obiettivo di garantire la conservazione del patrimonio zootecnico attraverso la prevenzione e lotta delle malattie infettive degli animali, ma anche delle ripercussioni sulla salute umana derivanti da problemi di sanità animale.

L'articolo 1 del DPR 320/1954 è costituito da un elenco di malattie degli animali a carattere infettivo e diffusivo sottoposte ad obbligo di denuncia e per le quali vengono applicate le disposizioni contenute negli articoli successivi della norma stessa.

Di seguito viene riportato l'elenco di malattie che possono colpire gli equidi incluse nel DPR: Anemia infettiva equina (AIE), Morva, Farcino Criptococcico, Morbo Coitale Maligno, Peste Equina (PE), Stomatite Vescicolare, Influenza Equina, Rinopolmonite, Arterite Virale, Parainfluenza, Rinite enzootica, Rabbia, Carbonchio Ematico, Tubercolosi, Gastro-Enteri Tossiemie, Salmonellosi, Rickettiosi, Rogna degli equini, Leptosirosi.

Allo stato attuale il Regolamento di Polizia Veterinaria risulta tuttavia incompleto ed è per questo che si è resa indispensabile la produzione di nuova materia legislativa. Chiaramente con il passare degli anni e a seguito dei cambiamenti climatici in Italia, come in altri Stati Membri dell'UE, si sono presentate malattie infettive tipiche di Paesi più caldi come ad esempio la West Nile Disease ("Encefalomyelite equina africana"- WND). Ciò è dovuto a vari fattori tra i quali: la diffusione e proliferazione dei vettori nei nostri territori favoriti dalle condizioni climatiche mutate; la movimentazione delle specie animali sensibili; i viaggi in aree tropicali di persone che contraggono l'infezione e diventano possibili serbatoi di virus o veicolo di trasmissione di batteri patogeni.

Il nuovo Regolamento (CE) 429/2016, che sarà applicabile dal 21 Aprile 2021, porterà ad una riorganizzazione della legislazione per la prevenzione e il controllo delle malattie degli animali trasmissibili agli animali o all'uomo. Nell'allegato II del Regolamento è stato definito un elenco di malattie che rappresentano un rischio per la salute degli animali o della salute umana e che possono avere un impatto sull'economia e sull'ambiente. Per le malattie appositamente elencate (vi sono comprese anche PE, AIE e WND), il Regolamento prescrive che si debbano applicare norme specifiche di prevenzione e di controllo.

Negli impianti di macellazione l'attività di controllo dei Veterinari Ufficiali è disciplinata dal Reg. CE 854/2004 che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano.

Il Reg. CE 854/2004 all'Allegato I sezione I capo II relativamente ai Compiti Ispettivi del Veterinario Ufficiale presso il macello prevede che:

"l'Ispezione ante mortem deve in particolare accertare, riguardo al singolo animale controllato, eventuali segni di condizioni che potrebbero ripercuotersi negativamente sulla salute umana o degli animali, prestando particolare attenzione all'individuazione delle zoonosi, delle malattie di cui all'elenco A o, laddove opportuno, dell'elenco B dell'Ufficio Internazionale delle epizootie (OIE)". Inoltre "...nel corso dell'Ispezione post mortem occorre prestare un'attenzione particolare all'individuazione delle zoonosi, delle malattie di cui all'elenco A e,

*laddove opportuno, all'elenco B dell'OIE." Ed anche a proposito delle prove di laboratorio "...il Veterinario Ufficiale assicura che il **campionamento** sia effettuato....ai fini del monitoraggio e del controllo delle zoonosi e degli agenti zoonotici....ai fini dell'individuazione delle malattie di cui all'elenco A e. laddove opportuno, di cui all'elenco B dell'OIE".*

A partire dal 2005 le due liste (elenchi A e B) sono state accorpate in un unico elenco OIE (Organizzazione mondiale della Sanità animale) delle malattie infettive ed infestive degli animali, elenco che ogni anno può subire modifiche ed integrazioni secondo criteri scientificamente validati. Per l'anno 2019 la lista include 117 malattie animali.

Per quanto concerne la notifica dei casi di malattia degli animali sottoposte ad obbligo di denuncia, in Italia la loro registrazione avviene su un Sistema Informativo Veterinario delle Malattie Animali Nazionale (SIMAN) che racchiude i dati delle indagini epidemiologiche dei Servizi Veterinari delle ASL italiane. Le notifiche dalle Autorità Competenti periferiche confluiscono a livello centrale (Servizi Veterinari Regionali) e da qui vengono poi inoltrate al sistema di notifica delle malattie animali comunitario ADNS ("Animal Disease Notification System").

Nel 2018 sono stati notificati in Italia 213 casi equini di WND (6 decessi e 7 capi abbattuti), 66 casi di AIE (5 decessi, 7 capi abbattuti e 34 capi macellati).

In Piemonte i casi notificati di WND nel 2018 sono stati 42 (4 decessi e 4 capi abbattuti).

I dati sono ricavati dal Report ministeriale del 2018 pubblicato sul sito WAHIS Interface.

L'intero quadro normativo relativo ai controlli ufficiali è stato di recente modificato con la messa a punto del Reg.UE 625/2017 (applicabile da Dicembre 2019) che ha di fatto abrogato e modificato una serie di norme con l'intento di fornire un testo unico in tema di controlli ufficiali. Considerata la molteplicità degli aspetti trattati nel nuovo provvedimento e considerato che per ogni settore indicato gli Stati Membri dovranno designare le Autorità Competenti a cui essi conferiscono la responsabilità di organizzare o effettuare controlli ufficiali, si è ancora in attesa della predisposizione a livello centrale di atti delegati e di esecuzione nonché delle linee guida per la completa ed omogenea applicazione dello stesso.

Di seguito riportiamo una descrizione delle principali malattie infettive ed infestive che possono colpire gli equini, verso le quali i Veterinari Ufficiali impegnati negli impianti di macellazione devono prestare particolare attenzione.

Peste Equina

La Peste Equina (PE) è una malattia infettiva setticemica dei solipedi trasmessa da vettori ematofagi appartenenti al genere Culicoides. L'agente eziologico è un Arbovirus appartenente alla famiglia Reoviridae (genere Orbivirus), all'interno del quale riconosciamo altri sierogruppi importanti dal punto di vista veterinario come quello della Blue Tongue. L'epidemiologia delle malattie causate da Arbovirus ("ARBO"= ARthropod-BORn) si basa su tre importanti fattori "virus-vettore-ospite" la cui presenza ed interazione determinano i meccanismi con cui la malattia si diffonde. Il clima e l'ambiente risultano essere elementi condizionanti il proliferare delle specie di Culicoides coinvolte nella trasmissione del virus della PE.

I cambiamenti climatici in atto in gran parte del globo terrestre, ed in particolare l'innalzamento delle temperature, hanno comportato il diffondersi di malattie infettive sostenute da Arbovirus anche in territori europei un tempo indenni (ad esempio Spagna, Italia e Portogallo).

In molti Paesi la PE è considerata uno dei maggiori problemi sanitari a causa dell'elevata mortalità che caratterizza la malattia e per il blocco della movimentazione animale nelle aree con circolazione virale. In alcune aree dell'Africa la malattia è endemica e la mortalità nei cavalli oscilla tra il 50% ed il 95%. Il virus della PE è caratterizzato da un'alta resistenza nell'ambiente. La sua propagazione al di fuori delle aree endemiche è conseguenza, oltreché della diffusione dei vettori infetti trasportati dal vento, anche della movimentazione di animali viremici senza sintomatologia (forme sub-cliniche). La malattia acuta si manifesta con edemi sottocutanei e polmonari, emorragie parenchimali, versamenti sierosi nelle cavità interne del corpo, che sono la conseguenza dell'aumentata permeabilità vasale per il danno causato alle cellule endoteliali, verso le quali il virus PE ha dimostrato avere tropismo.

Anemia Infettiva Equina

L'Anemia Infettiva Equina (AIE) è una patologia diffusa in tutto il mondo per la quale risultano sensibili tutti gli equidi ed è causata da un virus del genere Lentivirus (famiglia Retroviridae), trasmessa da insetti ematofagi, come ad esempio mosche cavalline e tafani. Altre vie di

trasmissione non poco frequenti sono quella iatrogena e post-partum, attraverso secreti ed escreti.

La sintomatologia clinica degli animali con malattia acuta varia a seconda della dose di inoculo del virus e dalla immunocompetenza del soggetto colpito. Essa può evolvere in forma grave (con ipertermia, depressione, petecchie emorragiche sulle mucose, anemia, anoressia, epistassi...) o cronicizzare e restare silente (asintomatica o inapparente). Questo rappresenta un grosso rischio di diffusione del virus perché l'animale diventa un suo serbatoio vivente.

La sorveglianza attiva da parte dei Veterinari Ufficiali attraverso lo strumento del "Campionamento" risulta di conseguenza fondamentale per identificare i portatori del virus e attivare la fase di controllo ufficiale negli allevamenti di origine dei capi equini positivi ai test.

Poiché non esistono terapie specifiche e vaccini per l'AIE, la prevenzione è l'unico mezzo di controllo. Per ridurre la presenza dell'AIE e limitare il contagio è fondamentale conoscere lo stato sanitario individuale e della popolazione equina e garantire una corretta gestione degli animali positivi e dei focolai. I controlli al macello seguono il Piano nazionale per la sorveglianza ed il controllo dell'AIE ai sensi dell'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 2 febbraio 2016. Trattandosi di attività finalizzata ad individuare possibili focolai nelle aziende di origine, in sede di macellazione sono sottoposti a controllo tutti gli equidi nati ed allevati sul territorio nazionale, che non siano mai stati controllati in precedenza (vedi Nota Reg. Piem. prot. 23256/A1409A del 15/11/2016).

Nel caso sia confermata la positività sierologica sul sangue prelevato al macello, il CRAIE (Centro di Referenza per Anemia Infettiva Equina) invia la comunicazione alla Regione ed al Servizio Veterinario territoriale in cui ha sede l'allevamento di origine per gli adempimenti di competenza e, per conoscenza, al Veterinario che opera nel mattatoio. Le azioni successive avranno come obiettivo lo screening sierologico sugli altri equini presenti in allevamento, screening che verrà esteso anche ai capi delle aziende che sono state interessate a scambi di equini nell'arco di 12 mesi da o verso l'azienda di appartenenza del capo positivo.

Un animale infetto, è portatore per tutta la vita e permane sierologicamente positivo. I test diagnostici comunemente usati sono l'immunodiffusione su gel di Agar (AGID), nota come test di Coggins, ed i test immunoenzimatici (ELISA) eseguiti secondo quanto previsto dal manuale OIE (*OIE Terrestrial Manual, Equine Infectious Anemia. Chapter 2.5.6 2008*). Il test di Coggins è il test ufficiale utilizzato nel corso della sorveglianza in Italia e rappresenta la prova raccomandata dall'OIE per il commercio internazionale degli equidi. Entrambe le metodiche (AGID e ELISA) sono accurate per la determinazione dell'infezione nei cavalli, ma possono dare esiti falsamente negativi nelle fasi iniziali dell'infezione, se si ha un basso titolo anticorpale, oppure, più raramente, nel corso di malattia in forma acuta quando il virus in circolazione è in grado di neutralizzare gli anticorpi presenti nel sangue.

Morva

La Morva è malattia batterica zoonosica causata da *Burkholderia Mallei*, che è un batterio Gram negativo. Specie animali suscettibili oltre agli equidi sono carnivori e piccoli ruminanti.

L'uomo se viene a contatto con capi infetti, attraverso ferite cutanee o attraverso le mucose oculo-nasali, può contrarre la malattia che nella forma acuta può rivelarsi fatale. Nei casi di "Morva propriamente detta" il microrganismo si localizza principalmente nelle cavità dell'apparato respiratorio, mentre le sedi cutanee con noduli tendenti ad ulcerarsi sono tipiche della Morva cutanea meglio conosciuta come "farcino".

Il Reg.CE 854/2004 all'Allegato I Capo IX tra i Rischi Specifici include la Morva. Di conseguenza al macello l'esame ispettivo post-mortem degli equini prevede quanto indicato al Capo IX lettera D: *"Se del caso i solipedi sono esaminati per accertare l'eventuale presenza della morva. La ricerca della morva nei solipedi include un esame accurato delle mucose della trachea, della laringe, delle cavità nasali, dei seni e delle loro ramificazioni, previa spaccatura mediana della testa e ablazione del setto nasale. La carne di cavallo in cui è stata diagnosticata la presenza della morva è dichiarata non idonea al consumo umano"*.

West Nile Disease

L'Encefalomyelite equina africana, conosciuta anche come West Nile Disease (WND), è una patologia infettiva trasmessa da insetti (zanzare appartenenti al genere *Culicoides*) che **colpisce principalmente il cavallo e l'uomo**, mentre gli uccelli ed alcune zecche ematofaghe fungono da vettori meccanici. Il virus responsabile appartiene alla famiglia *Flaviviridae*, genere *Flavivirus*.

L'incidenza della malattia aumenta nei mesi estivi ed è legata alla migrazione degli uccelli.

Nell'uomo può dar luogo a gravi forme di encefalite con un tasso di mortalità del 10%.

Nel biennio 2003-2004 negli Stati Uniti si verificò un'epidemia di WND con 12000 casi di infezioni umane e 362 decessi. Si stima che nel 2004 per questa infezione siano morti oltre 15000 cavalli. Analisi molecolari hanno permesso di ipotizzare che l'infezione sia giunta negli Stati Uniti attraverso una zanzara infetta a bordo di un aereo proveniente dal Medio Oriente.

Epidemie di WND equina si sono registrate anche in Francia ed in Italia. Nel 1998 in Toscana 14 cavalli risultarono infetti, 6 dei quali con sintomatologia neurologica grave seguita da morte.

Al macello un'accurata visita ante mortem degli equini è fondamentale per rilevare la presenza di capi sospetti di WND. La definizione di caso sospetto di WND è stabilita dall'Ordinanza Ministeriale del 4 agosto 2011: "*equide che, nel periodo di attività dei vettori, presenta atassia locomotoria o morte improvvisa in zona a rischio oppure almeno due dei seguenti sintomi:*

- *movimenti in circolo;*
- *incapacità a mantenere la stazione quadrupedale;*
- *paralisi/paresi agli arti;*
- *fascicolazioni muscolari;*
- *deficit propriocettivi.*

Tali sintomi possono essere accompagnati da: debolezza degli arti posteriori, cecità, ptosi del labbro inferiore o paresi dei muscoli labiali e/o facciali, digrignamento dei denti".

Nel 2018 Piemonte sono stati segnalati 66 casi umani di WND.

Trichinellosi

La Trichinellosi è una malattia parassitaria sostenuta da un nematode del genere *Trichinella* in grado di infestare mammiferi, uccelli e rettili. Il contagio per gli animali e l'uomo avviene per via orale tramite l'ingestione di carni infestate. Il ciclo vitale di *Trichinella spp.* nell'ospite parassitato è caratterizzato da due fasi: una intestinale ed una parenterale.

Le larve, tramite il circolo sanguigno, raggiungono la muscolatura striata (in particolare il muscolo diaframma ed i muscoli masseteri) dove penetrano nelle cellule muscolari formando cisti.

Esistono diverse specie di *Trichinella*. In Italia la specie maggiormente implicata nei focolai di malattia nell'uomo è *Trichinella britovi* capace di infestare anche diversi animali selvatici (cinghiale, volpe, tasso, faina, lupo e roditori).

La trasmissione all'uomo è spesso correlata al consumo di piatti a base di carne di selvaggina o equina cruda o al consumo di insaccati crudi. In Italia ed in Francia, paesi dove si consuma più del 60% di tutta la carne di cavallo consumata in UE, la Trichinellosi umana da *T. spiralis* è conseguente principalmente al consumo di carni equine crude o poco cotte. L'infestazione dell'equino, probabilmente, è dovuta all'inquinamento del foraggio con le feci degli stessi cavalli infestati nella forma enterica o con le feci di roditori.

In Italia dal 1980 al 2006 sono stati documentati oltre 1180 casi umani di Trichinellosi, dovuti in più al consumo di carne equina importata e di carne di cinghiali cacciati. Nelle forme gravi di T.umana la malattia esordisce con malessere, forte cefalea, febbre elevata, mialgia e può diventare letale. Il Reg. CE 854/2004 all'Allegato I capo IX prevede nell'ambito dei "Rischi specifici" che:

"Le carcasse di suini, di solipedi e di altre specie esposte alla trichinosi sono sottoposte a esame volto a individuare questa malattia, conformemente alla normativa comunitaria applicabile.

Le carni di animali infettati da trichine è dichiarata non idonea al consumo umano".

L'obbligo dell'esame trichinoscopico sulle carni di equini viene ribadito nel Reg.UE 1375/2015.

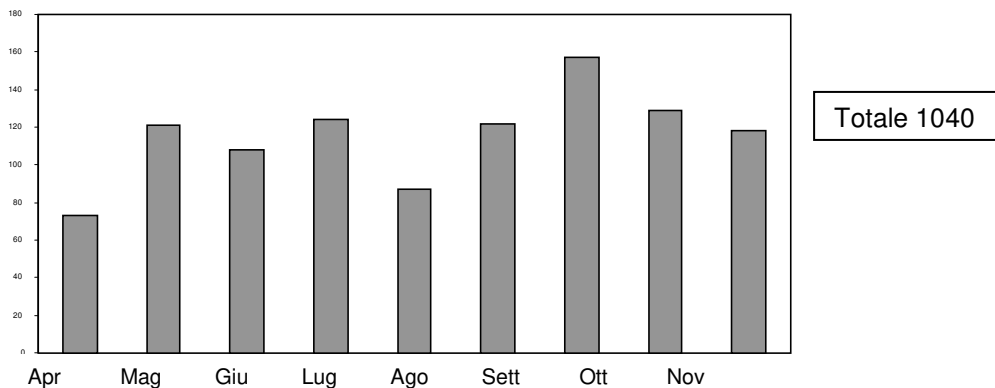
Controlli Ufficiali ai sensi della normativa vigente

Come specificato sopra i mezzi con i quali i Controlli Ufficiali permettono di rilevare al macello problemi sia di sanità animale che di sicurezza alimentare sono: l'Ispezione ante mortem, l'Ispezione post mortem e le prove di laboratorio. Nel corso dell'Ispezione ante mortem se si rilevano negli equini segni clinici di una malattia sistemica o di una patologia trasmissibile ad altri animali o agli essere umani, essi non possono essere macellati ai fini del consumo umano. Tali animali devono essere abbattuti separatamente, in condizioni tali da impedire la contaminazione di altri animali o carcasse e, dichiarati non idonei al consumo umano. Invece la macellazione dei capi che si sospettano affetti da una malattia o condizione che può incidere negativamente sulla salute umana o degli animali viene differita. Questi animali devono essere sottoposti ad un esame ante mortem dettagliato, integrato eventualmente da esami di laboratorio, al fine di stabilire una diagnosi. Per la Sorveglianza Attiva di alcune malattie infettive degli equini si procede a campionamenti che seguono la programmazione annuale del Ministero della Salute. Per la Sorveglianza Attiva della Trichinellosi si effettuano campionamenti ai sensi del Reg. UE 1375/2015.

Dati relativi alla macellazione degli equini nel territorio ASL CN2

Nel territorio dell'ASL CN2 esistono alcuni impianti di macellazione autorizzati per la macellazione di animali da reddito della specie equina. Di questi solo il *macello X* svolge attività di macellazione ordinaria degli equini iniziata a Marzo 2018 (con un capo equino macellato), oltre a quella straordinaria nel caso di Macellazioni Speciali d'Urgenza (MSU) e di Emergenza (ME). Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi all'anno 2018.

Tab. 1 - "Capi equini macellati presso il macello X". Anno 2018. Dati Infomacelli Piemonte

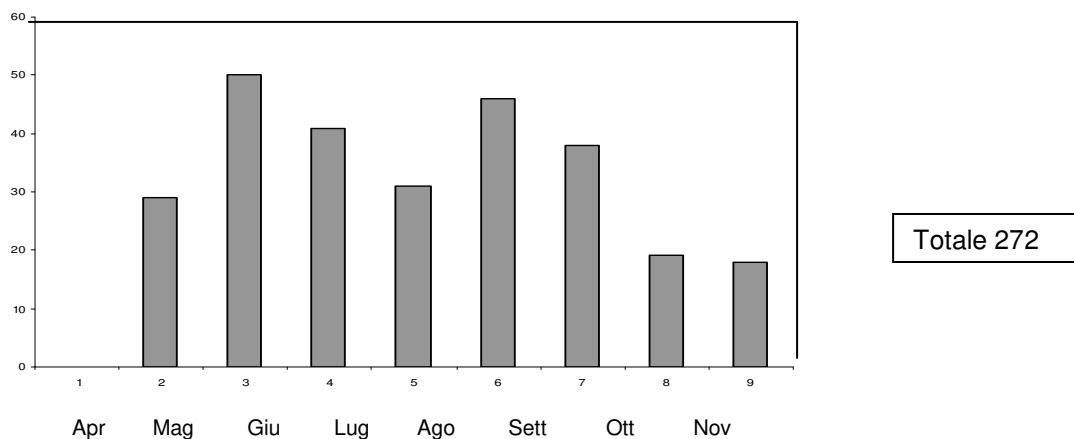


L'attività ispettiva del Veterinario Ufficiale nel corso delle macellazioni ordinarie degli equini prevede il campionamento di muscolo di ogni capo equino per la ricerca di Trichinella ai sensi del Reg. UE 1375/2015 e di siero dei capi equini nazionali (mai testati per la ricerca di Ac verso il virus responsabile dell'AIE) ai sensi del DM 2 febbraio 2016.

Nel caso delle macellazioni d'urgenza sono previsti ulteriori campionamenti secondo le disposizioni previste dalla Nota Regione Piemonte del 27/04/2015 prot. 8279/A14060: un campione di muscolo per esame microbiologico e ricerca di sostanze inibenti; un campione di fegato per la ricerca di Salmonella spp.

Nel 2018 il numero dei campioni di muscolo diaframmatico per l'esame trichinoscopico è corrisposto al totale capi equini macellati 1040 (Tab.1), mentre i campioni di sangue per la ricerca di Ac AIE sono stati 272 (Tab.2).

Tab.2 - "Campioni di sangue per la ricerca di Ac AIE prelevati al macello X. Anno 2018. Dati siglaweb2.izsto.it"



Nel mese di Agosto un capo equino è risultato positivo alla prova di screening per la ricerca di Ac AIE (dati siglaweb2.izsto.it), successivamente risultato negativo al test di conferma eseguito presso IZS Lazio e Toscana (Centro di Referenza per AIE).

Le Macellazioni Speciali d'Urgenza (MSU) nel 2018 nel macello X sono state 4, di queste solo una ha avuto esito sfavorevole per presenza di E.coli a valori superiori al limite, per cui la carcassa è stata inviata alla distruzione.

Nel corso del 2018 ci sono state 5 Macellazioni d'Emergenza per turbe metaboliche funzionali di capi equini, le cui carni sono poi risultate all'esame ispettivo idonee al consumo umano.

Conclusioni

La Sorveglianza Attiva e Passiva delle malattie infettive e zoonosiche degli equini rappresentano attività fondamentali di Controllo Ufficiale dei Veterinari incaricati negli impianti di macellazione. Comprendono azioni e misure sanitarie che possono in taluni casi prevenire il diffondersi di patologie infettive gravi tra gli animali e, nel caso delle zoonosi, evitare il contagio all'uomo. L'evidenza di casi positivi ai campionamenti ufficiali prevede per alcune malattie l'esclusione dal consumo umano delle carni, mentre per altre comporta l'attivazione di controlli negli allevamenti di provenienza degli animali e azioni successive ad essi (ad esempio il blocco delle movimentazioni animali).

Non è solo l'aspetto sanitario di tali problematiche ad avere rilevanza ma anche quello economico legato a tutte le possibili conseguenze negative a cui un'eventuale epidemia potrebbe dare seguito. Lo si è visto in passato con le crisi determinate dal morbo della "mucca pazza" e dalla "influenza aviaria" che hanno arrecato notevoli danni economici rispettivamente alla filiera delle carni bovine e a quella avicola.

Gli impianti di macellazione sono luoghi dove la sanità animale e la sicurezza alimentare vengono attentamente monitorati dai **Veterinari area B** dell'ASL CN2. Impegnati sul territorio secondo specifiche competenze con attività ordinarie nei macelli e straordinarie (per esempio macellazioni d'urgenza o d'emergenza, allerte alimentari, malattie umane a trasmissione alimentare ecc.) **garantiscono l'attuazione precipua delle normative vigenti, dei piani ministeriali e delle programmazioni regionali**. Questo ha permesso finora di mantenere alta l'attenzione su patologie animali e zoonosi piuttosto gravi che potrebbero ripresentarsi sul nostro territorio e su malattie emergenti che si sono affacciate nel nostro paese da pochi anni a seguito soprattutto dei mutamenti climatici e movimentazioni animali.

Sitografia

www.oie.int/
www.izslt.it/craie
www.ceirsa.org
www.seremi.it
<https://infomacelli.reteunitaria.piemonte.it>

Bibliografia

1. D.P.R. 320/1954: "Regolamento di Polizia Veterinaria".
2. D.M. 2 febbraio 2016: "Piano nazionale per la sorveglianza ed il controllo dell'anemia infettiva degli equidi".
3. Reg.(UE) 2015/1375 "che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di *Trichine* nelle carni".
4. Reg.CE 854/2004 "che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano".
5. Reg.UE 625/2017 "relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari.....".
6. Reg.UE 429/2016 "relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di sanità animale («normativa in materia di sanità animale»)".
7. Ordinanza Ministeriale del 4 agosto 2011 "Norme sanitarie in materia di encefalomielite equina di tipo West Nile (West Nile Disease) e attività di sorveglianza sul territorio nazionale".
8. "Zoonosi e sanità pubblica ", E.Matassa, 2007.
9. "Seasonal succession of tabanid species in equine infectious anaemia endemic areas of Italy", De Liberato et al., Med. Vet. Ent. 2019.
10. "Sanità pubblica veterinaria e malattie infettive del cavallo ai sensi del Reg. (UE) n. 2016/429", M.Beghetto et al., Rassegna di Diritto, Legislazione e Medicina Legale Veterinaria 2017.

Clostridium difficile, Aeromonas spp. e Arcobacter spp.: zoonosi emergenti?
Risultati di un progetto di ricerca dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS)
del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta al quale ha contribuito
la S.S.D. Servizio Veterinario Area B - ASL CN2
Alessia Di Blasio, Amaranta Traversa, Pierluigi Teodoro, Alessandro Dondo,
Lucia Decastelli, Silvia Gallina, Simona Zoppi, Maurizio Piumatti, Edoardo Fontanella,
Serena Durante, Francesco Simone, Mauro Noè

Le zoonosi e le patologie emergenti

Le zoonosi sono infezioni e malattie che possono essere trasmesse direttamente o indirettamente dagli animali all'uomo attraverso il consumo di alimenti contaminati o il contatto con animali infetti. Costituiscono un importante problema di Sanità Pubblica, infatti si stima che il 30-50% di tutte le infezioni umane abbia un'origine zoonotica e che siano causa del 75% delle patologie emergenti degli ultimi anni. In particolare, le zoonosi di origine alimentare (Tabella 1) sono causate dal consumo di alimenti o bevande contaminate da agenti patogeni e, a livello di Comunità Europea (1), sono oggetto annualmente di più di 350.000 episodi di tossinfezioni accertate, dato che certamente è da considerare sottostimato perché basato principalmente sui casi di ospedalizzazione.

Tabella 1 - PRINCIPALI ZONOSI DI ORIGINE ALIMENTARE	
BATTERI	<i>Campylobacter</i> - <i>Salmonella</i> - <i>Listeria</i> - <i>Escherichia coli</i> - <i>Yersinia</i>
TOSSINE BATTERICHE	<i>Staphylococcus aureus</i> - <i>Clostridium perfringens</i> - <i>Clostridium botulinum</i> - <i>Bacillus cereus</i>
VIRUS	<i>Calicivirus</i> (compreso norovirus) - <i>Rotavirus</i> - Epatite A - Epatite E
PARASSITI	<i>Trichinella</i> - <i>Toxoplasma</i> - <i>Cryptosporidium</i> - <i>Giardia</i>

A livello Comunitario sono previsti sistemi di sorveglianza dei principali agenti zoonotici per i quali gli Stati Membri sono tenuti a fornire report annuali: tali sistemi di sorveglianza hanno anche la finalità di agevolare un eventuale rilevamento di infezioni zoonotiche emergenti o mai riportate prima (1).

Tra i possibili agenti eziologici emergenti segnalati dalla letteratura scientifica ritroviamo *Clostridium difficile*, *Aeromonas spp.* e *Arcobacter spp.* Questi microrganismi non sono ad oggi compresi nei piani di monitoraggio ufficiali né sono disponibili dati sulla loro diffusione, inoltre, non sono disponibili metodi normati o kit diagnostici specifici per la loro ricerca e identificazione. Per questo motivo alcuni autori ritengono che l'incidenza di casi umani correlati alla presenza di questi tre microrganismi sia probabilmente sottostimata (2-3-4-5).

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, grazie ad un finanziamento del Ministero della Salute, ha realizzato un progetto dal titolo "**Clostridium difficile, Aeromonas spp. e Arcobacter spp. quali patogeni emergenti: ruolo zoonotico, diffusione e circolazione in ambiente animale, alimentare e umano**", a cui hanno collaborato l'IZS del Mezzogiorno e IZS della Lombardia e Emilia Romagna, Città della Salute della Scienza di Torino, Università di Bologna e bioMérieux Italia S.p.A. Il Servizio Veterinario Area B ASL CN2 è stato coinvolto in questo progetto, contribuendo al campionamento nel settore delle carni avicole. Qui si presenta una sintesi dello studio, maggiori approfondimenti sulle metodologie diagnostiche e sui risultati ottenuti sono disponibili presso gli autori.

Aeromonas spp.

Al genere *Aeromonas* appartengono batteri isolati principalmente nelle acque e negli ambienti acquatici, ma anche in animali (pesci, rettili, anfibi e mammiferi) e in diverse matrici alimentari, tra cui vegetali, prodotti a base di carne, latte crudo e prodotti della pesca (6-7-8).

I batteri appartenenti al genere *Aeromonas* sono in grado di causare nell'uomo sindromi gastroenteriche, in particolare in bambini, anziani e soggetti immunocompromessi (6).

E' stata osservata una possibile correlazione tra gli isolati clinici e i ceppi provenienti da alimenti e acqua, suggerendo il possibile ruolo di questi ultimi come veicolo di infezione (9).

Arcobacter spp.

Il genere *Arcobacter* è composto da 26 specie, si tratta di batteri ubiquitari, principalmente isolati in acque reflue, salmastre e marine. È stato riscontrato in varie matrici alimentari (in

particolare prodotti lattiero-caseari) e negli animali è riscontrabile nell'intestino di soggetti asintomatici, ma anche come agente causale di aborti, diarrea e mastiti (10). Nell'uomo *A. butzleri*, *A. cryoaerophilus* e *A. skirrowi* sono considerati enteropatogeni zoonosici emergenti in grado di causare gastroenteriti e infezioni extra-intestinali (batteriemie, endocarditi e peritoniti) (3).

Sebbene non sia ancora stata confermata una connessione certa, il consumo di acqua ed alimenti contaminati è considerato la principale via di trasmissione all'uomo.

Clostridium difficile

È un batterio che è stato isolato in feci ed intestino di numerose specie animali, sia d'allevamento che da compagnia, oltre che nell'uomo e in matrici alimentari (11).

Può essere presente in modo asintomatico nella flora intestinale di animali e uomo, ma può causare forme diarroiche e coliti in associazione alla produzione di tossine necrotizzanti (enterotossine A e B). Le infezioni umane sono storicamente considerate una patologia nosocomiale, principalmente associate a pazienti sottoposti a trattamenti antibiotici prolungati; tuttavia negli ultimi anni si è assistito ad un incremento del numero di casi anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero. Omologia genetica tra ceppi circolanti nella popolazione umana e negli animali, fa supporre una correlazione tra l'infezione umana e il veicolo animale attraverso il contatto con animali domestici eliminatori o alimenti di origine animale contaminati (11-12).

Obiettivi del progetto

Il progetto è stato orientato alla ricerca sul territorio regionale di questi tre patogeni emergenti in diversi ambiti (animali, uomo e alimenti). La metodologia applicata per la ricerca ha previsto l'utilizzo di metodi colturali e di biologia molecolare mirati alla ricerca dei fattori di virulenza e alla caratterizzazione genica dei ceppi isolati.

Ricerca di *Aeromonas spp.*, *Arcobacter spp.* e *C. difficile* negli alimenti

Per ciascun batterio è stato eseguito un piano di campionamento rappresentativo del territorio regionale, condotto sulle matrici alimentari considerate più a rischio.

Aeromonas spp.

La ricerca di *Aeromonas spp.* è stata eseguita su 146 vegetali di IV gamma prelevati in fase di commercializzazione. Il metodo colturale è stato orientato alla ricerca delle specie mesofile che risultano essere associate a forme cliniche nell'uomo.

Il 75% (IC 95%: 68%-82%) dei campioni è risultato positivo (109 campioni). L'identificazione mediante spettrometria di massa ha permesso di identificare la specie di appartenenza in 68 isolati, le principali specie isolate sono state *A. media* (30 campioni) e *A. salmonicida* (27 campioni), in 13 campioni è stata evidenziata la compresenza di due specie.

Arcobacter spp.

La ricerca di *Arcobacter spp.* è stata eseguita su 46 campioni di latte crudo destinati alla vendita diretta mediante distributori automatici associati a 26 distinte aziende zootecniche dislocate sul territorio della provincia di Torino e di Cuneo. Al protocollo colturale è stato affiancato un metodo biomolecolare per l'identificazione della specie per le quali è noto un ruolo patogeno (*A. butzleri*, *A. cryaerophilus* e *A. skirrowii*). Il 33% (IC 95%: 20%-48%) dei campioni è risultato positivo per *Arcobacter spp.* (15 campioni), tutti i ceppi isolati sono stati identificati come *Arcobacter butzleri*. Questo riscontro avvalorava l'obbligo, già in vigore, di consumare previa bollitura il latte crudo acquistato come tale. I risultati concordano con quanto riportato in bibliografia, che stimano una prevalenza di *Arcobacter spp.* nel latte crudo compresa tra il 3.2% e l'80%, riportando *A. butzleri* come la specie isolata più frequentemente da tale matrice, in quanto in grado di sopravvivere nei sistemi di mungitura e nei tank di raccolta (10).

I geni codificanti i fattori di virulenza riscontrati con maggior frequenza (*cadF*, *pldA*, *tlyA*, *ciaB* e *mviN*) sono implicati nei meccanismi di adesione e invasione, la loro presenza suggerisce come questi geni possano rappresentare un fattore competitivo per il mantenimento della circolazione nelle diverse popolazioni ospitanti e nell'ambiente.

Clostridium difficile

L'ottimizzazione dei metodi di ricerca di *C. difficile* su matrici alimentari è risultato un processo lungo e complicato, in particolare per le esigenti caratteristiche di crescita di questo microorganismo.

La presenza di *C. difficile* è stata valutata su 146 preparazioni di carne bovina e suina campionate in fase di commercializzazione, come hamburger, carne macinata e salsicce.

Nessuno dei campioni è risultato positivo all'isolamento colturale e con il kit commerciale VIDAS. Tuttavia, la ricerca in PCR e delle enterotossine è risultata positiva per un campione di salsiccia di suino, è possibile che in questo caso il microrganismo non sia stato in grado di rimanere vitale o di mantenere concentrazioni tali da essere rilevato all'isolamento colturale.

Ricerca di *C. difficile* e *Arcobacter spp.* negli animali

La ricerca di *Arcobacter spp.* e *C.difficile* è stata condotta su una selezione di animali zootecnici e da compagnia con sintomatologia gastroenterica e/o anamnesi ritenute sospette e su campioni fecali di bovini, suini e polli regolarmente macellati.

Arcobacter spp.

Arcobacter spp. è stato ricercato su 125 campioni in diverse specie animali con sintomi sospetti, tra cui feci (26 campioni), lavaggi uterini (16 campioni), latte mastitico (12 campioni) e contenuto del IV stomaco in feti abortiti di ruminante (70 campioni). La positività per *Arcobacter spp.* è stata osservata in 6 campioni (4 bovini, 1 suino e un capriolo), identificando a livello di specie, *A. skirrowii* (2 casi), *A. butzleri* (1 caso) e *A. cryaerophilus* (3 casi) (13).

Riguardo gli esami batteriologici eseguiti su campioni fecali di animali al macello (48 bovini e 60 polli), si segnala l'isolamento di *A. cryaerophilus* su 4 feci di bovino (P 8.3%, IC95%: 0.5-16.2) e di *A. butzleri* da 3 intestini di pollo (P 5%, IC95%: 0.5-10).

Clostridium difficile

Clostridium difficile è stato riscontrato in sette campioni (1 bovino, 3 cani, 1 ovino e 2 suini) su 107 campioni fecali di diverse specie animali con sintomi sospetti. Tutti gli animali presentavano all'esame anatomo-patologico gravi lesioni (1) a carico dell'apparato gastroenterico causate dalla co-presenza di altri agenti batterici o virali a tropismo enterico. In accordo con la bibliografia, l'alterazione della flora intestinale indotta dall'azione diretta di virus e batteri specifici o dall'utilizzo di antibiotici per lunghi periodi, è da considerarsi un fattore favorente per la replicazione e la manifestazione clinica dell'infezione da *C. difficile*.

Nessun isolamento è stato ottenuto dagli intestini dei 48 bovini e dei 60 polli campionati in fase di macellazione.

Correlazione tra i ceppi isolati da animale, alimento e uomo

La ricerca dei patogeni emergenti è stata condotta presso una delle maggiori aziende ospedaliere della provincia di Torino.

Per *Aeromonas spp.* e *Arcobacter spp.* sono state allestite colture seminando il campione fecale direttamente sul terreno selettivo; in caso di crescita di colonie sospette queste sono state sottoposte ad identificazione mediante spettrometria di massa.

Per la ricerca di *C. difficile* in campioni fecali umani è stato utilizzato un protocollo diagnostico mirato alla ricerca dell'enzima GDH specifico per *C. difficile* e delle enterossine A e B.

Aeromonas spp.

Il gene *ast*, codificante un fattore di virulenza (enterossina termostabile citotonica) è quello maggiormente associato a forme cliniche nell'uomo. Questo, insieme al gene *alt* è stato riscontrato in uno dei due ceppi di origine umana considerati nello studio.

La caratterizzazione molecolare dei 124 ceppi di origine alimentare (campioni di vegetali IV gamma) non ha evidenziato la presenza del gene *ast*. Il riscontro nei ceppi alimentari dei fattori di virulenza *alt* e *act* in percentuali elevate (74%) suggerisce, tuttavia, l'importanza di monitorare la presenza di ceppi tossigenici in questa matrice alimentare.

Arcobacter spp.

Non è stata evidenziata omologia tra ceppi circolanti nel settore animale ed alimentare, tuttavia i geni riscontrati in entrambe le fonti codificavano per caratteristiche di invasività e adesività confermando la patogenicità di tali ceppi.

Gli 8 ceppi di origine animale (6 *A. cryaerophilus* e 2 *A. skirrowii*), nonostante appartengano a due specie differenti, hanno presentato il medesimo profilo di geni codificanti i fattori di virulenza. I 15 ceppi di origine alimentare (latte crudo), pur appartenendo tutti alla specie *A. butzleri*, hanno mostrato pattern differenti.

Clostridium difficile

Durante il progetto di ricerca sono stati sottoposti a caratterizzazione molecolare 33 ceppi di origine umana e 6 ceppi di origine animale (2 cani, 2 suini, 1 bovino 1 ovino) da soggetti con sintomi e/o lesioni compatibili con una presunta infezione da *C. difficile*.

Le analisi hanno suddiviso i ceppi in 6 gruppi con profilo identico; uno di questi era composto da ceppi di origine umana e animale (cane) il che suggerisce una circolazione locale di *C. difficile* tra fonti differenti e la possibilità che animali a stretto contatto con l'uomo possano rappresentare un fonte di diffusione di questo microrganismo.

Conclusioni

La prevalenza di *Aeromonas spp.* nei vegetali di IV gamma in Piemonte è risultata discretamente elevata; al contrario, nel comparto umano si è riscontrato un basso numero di isolati. Il rilievo di ceppi tossigeni di *Aeromonas* in prodotti ready-to-eat deve far riflettere sulla possibilità di ampliare il territorio di ricerca pianificando uno studio di prevalenza nazionale.

Il riscontro di *Arcobacter* nel latte crudo destinato alla vendita diretta conferma la bontà della raccomandazione del consumo previa bollitura. Per quanto attiene il settore animale, il ruolo di ciascuna specie di *Arcobacter* in medicina veterinaria non è ancora chiaro, data la loro capacità di essere sia semplici colonizzatori opportunisti o commensali che patogeni specifici.

Lo studio a livello piemontese ha permesso di evidenziare la presenza di *C. difficile* in campioni biologici umani e animali, mentre le analisi condotte sulle preparazioni di carne, considerate tra le matrici più a rischio per infezione da *C. difficile*, sono risultate negative. Un solo campione di salsiccia ha fatto rilevare la presenza di DNA di *C. difficile*. Questo riscontro conferma la difficoltà di isolare tale microrganismo vivo e vitale con metodi di microbiologia tradizionale. Da notare come nell'uomo e negli animali il rilievo di questo microrganismo sia solitamente associato a terapie antibiotiche o a condizioni predisponenti in grado di facilitare la colonizzazione e la replicazione di *C. difficile*.

Bibliografia

- (1) Direttiva comunitaria 2003/99/CE.
- (2) Fallas-Padilla, K. L., Rodríguez-Rodríguez, C. E., Jaramillo, H. F., & Echandi, M. L. A. (2014). *Arcobacter*: comparison of isolation methods, diversity, and potential pathogenic factors in commercially retailed chicken breast meat from Costa Rica. *Journal of food protection*, 77(6), 880-884.
- (3) Collado, L., & Figueras, M. J. (2011). Taxonomy, epidemiology, and clinical relevance of the genus *Arcobacter*. *Clinical microbiology reviews*, 24(1), 174-192.
- (4) Hensgens, M. P., Keessen, E. C., Squire, M. M., Riley, T. V., Koene, M. G., de Boer, E., ... & Kuijper, E. J. (2012). *Clostridium difficile* infection in the community: a zoonotic disease?. *Clinical Microbiology and Infection*, 18(7), 635-645.
- (5) Janda, J. M., & Abbott, S. L. (2010). The genus *Aeromonas*: taxonomy, pathogenicity, and infection. *Clinical microbiology reviews*, 23(1), 35-73.
- (6) Janda, J. M., & Abbott, S. L. (2010). The genus *Aeromonas*: taxonomy, pathogenicity, and infection. *Clinical microbiology reviews*, 23(1), 35-73.
- (7) Knight DR, Riley TV (2013) Prevalence of gastrointestinal *Clostridium difficile* carriage in Australian sheep and lambs. *Applied and environmental microbiology*, 79 (18): 5689-5692.
- (8) Kingombe, C. I. B., D'Aoust, J. Y., Huys, G., Hofmann, L., Rao, M., & Kwan, J. (2010). Multiplex PCR method for detection of three *Aeromonas* enterotoxin genes. *Applied and environmental microbiology*, 76(2).
- (9) Ottaviani D. et al. (2011). Putative virulence properties of *Aeromonas* strains isolated from food, environmental and clinical sources in Italy: A comparative study. *International Journal of Food Microbiology* Volume 144, Issue 3, 538-545.
- (10) Giacometti F, Lucchi A, Di Francesco A, Delogu M, Grilli E, Guarniero I, Stancampiano L, Manfreda G, Meriardi G, Serraino A (2015) *Arcobacter butzleri*, *Arcobacter cryaerophilus*, and *Arcobacter skirrowii* Circulation in a Dairy Farm and Sources of Milk Contamination. *Applied and environmental microbiology*, 81 (15): 5055-5063.
- (11) Rodriguez-Palacios, A., Staempfli, H. R., Duffield, T., & Weese, J. S. (2007). *Clostridium difficile* in retail ground meat, Canada. *Emerging infectious diseases*, 13(3), 485.
- (12) Rabold et al., 2018 *C. difficile* the zoonotic potential.
- (13) Di Blasio A, Traversa A, Giacometti F, Chiesa F, Piva S, Decastelli L, Dondo A, Gallina S, Zoppi S. Isolation of *Arcobacter* species and other neglected opportunistic agents from aborted bovine and caprine fetuses. *BMC Vet Res*. 2019 Jul 24;15(1):257. doi: 10.1186/s12917-019-2009-3.

Le Macellazioni Speciali di Urgenza (MSU) Monitoraggio sull'attività di macellazione speciale d'urgenza nell'ASL CN2

Maurizio Piumatti, Edoardo Fontanella, Mariarosaria Sasso,
Adriana Giraldo, Francesco Simone, Mauro Noè

Premessa

Ai sensi del Reg. (CE) n. 853/04 la macellazione degli animali ai fini del consumo umano deve avvenire all'interno di un macello autorizzato e sotto il controllo di un Veterinario Ufficiale. Può capitare, però, che animali affetti da lesioni non possano essere condotti al macello, in quanto il trasporto sarebbe per loro causa di sofferenze addizionali. In questi casi è ammessa la procedura detta "macellazione speciale d'urgenza" (MSU): l'animale che non può essere trasportato viene stordito e dissanguato in allevamento o nel luogo in cui si trova, la carcassa viene poi portata presso un impianto di macellazione per le successive fasi di lavorazione (1). Ai fini della sicurezza alimentare il consumo delle carni così ottenute è ammesso solo nel rispetto di precisi requisiti:

- La MSU è consentita esclusivamente nell'impossibilità di trasportare gli animali per motivi di benessere a seguito di un evento traumatico.
- L'animale deve essere esaminato da un veterinario per accertarne lo stato di salute (visita ante mortem); indipendentemente dalle cause di sofferenza che ne impediscono il trasporto, l'animale deve essere giudicato sano. Nel caso in cui le condizioni cliniche dell'animale non siano compatibili con l'avvio alla macellazione, questo viene sottoposto, se possibile, alle terapie del caso o abbattuto sul posto e avviato alla distruzione.
- Devono essere prese tutte le misure sanitarie idonee a ridurre al minimo le possibili contaminazioni. L'animale una volta macellato e dissanguato deve essere trasportato al macello in condizioni igieniche soddisfacenti e senza indebito ritardo.
- Gli addetti alle MSU devono essere in possesso di un certificato d'idoneità all'abbattimento e alle operazioni correlate rilasciato dal Servizio Veterinario ASL competente (2).
- Oltre ai documenti previsti dalla normativa vigente, la carcassa è accompagnata al macello dalla dichiarazione del veterinario che ha eseguito la visita ante-mortem ("Certificato sanitario per gli animali macellati in azienda" All. I, Sez IV, Capo X, Lettera B del Reg. 854/04, che verrà sostituito dall'All. V del Reg. d'esecuzione (UE) 2019/628).
- Al macello un veterinario ufficiale controlla i documenti ed esegue un'ispezione delle carni e dei visceri ai fini di giudicarne l'idoneità al consumo (visita post mortem).

È previsto che per fornire un giudizio di idoneità al consumo sia d'obbligo anche procedere ad accertamenti analitici su tutti i capi sottoposti a MSU (3). La Regione Piemonte ha stabilito che avvenga un campionamento sistematico su una porzione di muscolo e di fegato (4) da inviare all'Istituto Zooprofilattico di competenza per la ricerca di determinati parametri (vedi Tabella 1).

Tab. 1 – Parametri e limiti previsti per i campioni prelevati in ambito di MSU

Matrice	Parametro	Limite
Muscolo	CBT aerobica Salmonella spp E.coli beta glucuronidasi positivi Anaerobi solfito-riduttori	< 100 ufc/g Assente in 25 g < 10 ufc/g < 10 ufc/g
	Sostanze inibenti	Non rilevabili
Fegato	Salmonella spp	Assente in 25 g

I parametri considerati comprendono indagini microbiologiche e la ricerca di residui di sostanze inibenti. Quest'ultimo parametro ha l'utilità di rilevare eventuali trattamenti farmacologici non dichiarati o con tempi di sospensione non rispettati. In caso di positività si procede ad ulteriori accertamenti che potranno determinare, oltre ad un giudizio non idoneo delle carni, provvedimenti amministrativi e penali.

Per quanto attiene ai parametri microbiologici, la presenza di germi patogeni nelle matrici prelevate comporta sempre un giudizio negativo per le carni ed il loro successivo invio alla distruzione. In assenza di patogeni i valori di carica batterica aerobia (CBT) sono uno dei criteri di valutazione a disposizione del Veterinario Ufficiale che determina in ultima istanza il destino finale delle carni (5).

Il sistema di sorveglianza attivo nei confronti delle encefalopatie spongiformi (BSE) prevede, inoltre, che tutti i bovini di età superiore ai 48 mesi oggetto di MSU siano sottoposti al test diagnostico (6).

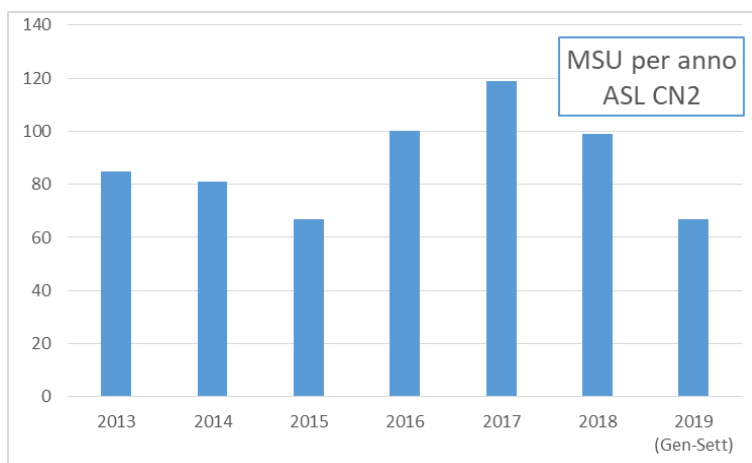
I sistemi di controllo ispettivi ed analitici in vigore garantiscono che le carni prodotte siano del tutto equiparabili a quelle provenienti dalle macellazioni ordinarie; da alcuni anni, infatti, non vige più l'obbligo di uno speciale bollo che identifichi le carni ottenute da MSU e restrizioni alla loro commercializzazione (7).

Attività in campo del Servizio Veterinario ASL CN2

La visita ante-mortem presso l'azienda può essere svolta anche dal veterinario aziendale, ma i controlli al macello ed il giudizio ispettivo finale spettano esclusivamente al Servizio Veterinario ASL. Questa attività è svolta generalmente su richiesta degli allevatori in un clima di urgenza e necessità impellenti. La disponibilità del Servizio Veterinario deve essere pronta e tempestiva, anche fuori dagli orari di macellazione.

Vista la rilevanza e l'impegno del compito svolto, è stato realizzato uno studio di monitoraggio sulle MSU, con un particolare interesse per le principali cause, gli esiti analitici e il destino finale delle carni. Studio ed analisi dei dati raccolti fanno riferimento alla specie bovina che è quella primariamente interessata a questo tipo di attività.

Graf. 1 – Numero di MSU per anno nell'ASL CN2



Nel periodo tra il gennaio 2013 e settembre 2019 sono state eseguite nei macelli dell'ASL CN2 618 MSU, mediamente 7.6 al mese e 91.6 all'anno.

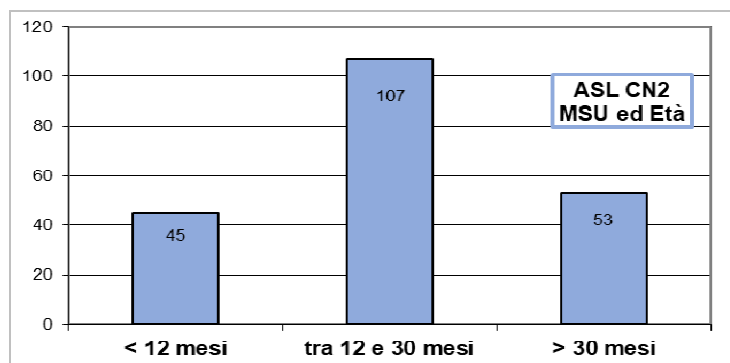
Per ridurre al minimo i tempi di trasporto i capi vengono generalmente portati in macelli appartenenti alla stessa ASL dell'allevamento di origine, nell'ASL CN2 una parte (circa 13%) di animali viene condotta per motivi logistici o necessità pratiche in macelli della vicina ASL CN1. Sul territorio dell'ASL CN2 cinque impianti di macellazione si occupano periodicamente di questo servizio, per disponibilità e posizione logistica uno di questi gestisce circa il 70% delle MSU eseguite.

Analisi dati 2017-2019

Per potere meglio analizzare la situazione è stato realizzato un database con la raccolta dei dati delle 205 MSU eseguite negli ultimi due anni (Settembre 2017-Settembre 2019).

La distribuzione rispetto alle fasce d'età (Graf. 2) sembra rappresentare la realtà zootecnica del territorio, caratterizzata principalmente da allevamenti destinati alla produzione di carne con animali relativamente giovani (< 30 mesi).

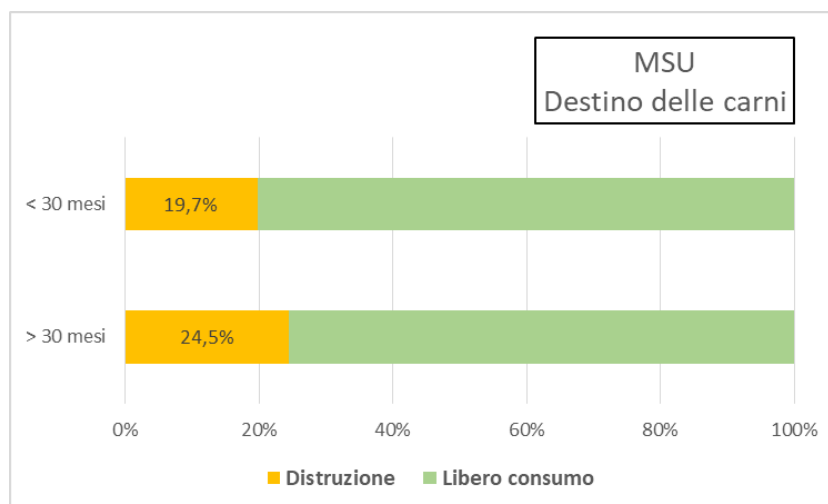
Graf. 2 – MSU suddivise per età (Settembre 2017 – Settembre 2019)



La maggior parte delle cause di MSU sono correlabili a traumatismi (88,3%), concretizzati per lo più in fratture agli arti o, con minor frequenza, in paralisi dovute a danni spinali. Tra le varie cause di MSU osservate meritano di essere segnalati i traumi associati al parto (distocie) o a patologie metaboliche.

Nel 21,5% dei casi il giudizio finale sull'idoneità delle carni al consumo è stato negativo sfavorevole, la percentuale risulta essere peggiore nei capi con più di 30 mesi (Graf. 3). È stato osservato come gli stati patologici e metabolici associati all'aumentare dell'età degli animali producano quadri anatomopatologici più complessi e problematici, soprattutto se confrontati con fratture agli arti tipiche dei capi giovani.

Graf. 3 – MSU – destino delle carni



Su 205 MSU oggetto di studio 42 capi sono stati inviati alla distruzione, in 12 casi il quadro anatomopatologico alla visita post-mortem ha fatto esprimere un immediato giudizio sfavorevole senza dover ricorrere alle analisi microbiologiche, negli altri casi l'analisi è stata determinante nel processo decisionale. In tutti i capi inviati alla distruzione in seguito agli esiti analitici (30 capi) si è riscontrata la presenza di una carica batterica nelle masse muscolari profonde (batteriemia), nella maggior parte dei casi associata alla presenza di altri microrganismi come *Salmonella spp.* (2 casi), *Escherichia coli* (16 casi) o batteri anaerobi solfito riduttori (8 casi).

L'analisi di screening per la ricerca di residui di sostanze inibenti, dovute all'utilizzo di farmaci antimicrobici non dichiarati o senza rispettare i tempi di sospensione, ha sempre dato esito negativo, così come il test per la ricerca di BSE sui capi con età superiore a 48 mesi (24 test).

Conclusioni

La gestione delle MSU mira a salvaguardare il benessere animale e la tutela del consumatore. I dati esaminati sulla tipologia degli animali macellati appaiono in linea con la realtà zootecnica dell'ASL CN2 e non si rilevano criticità nella loro gestione. La dislocazione sul territorio degli impianti di macellazione disponibili a ricevere MSU, risulta adeguata alle esigenze osservate.

Il numero di capi inviati alla distruzione a seguito di un giudizio negativo non è indifferente (circa 21,5%), da una parte questo dato rassicura sulla severità dei controlli eseguiti, ma suggerisce di considerare degli interventi per migliorare la situazione. Si segnala, ad esempio, l'importanza di ottimizzare i tempi di intervento, infatti stati di prolungata sofferenza degli animali presso gli allevamenti, oltre che per motivi di benessere possono rappresentare un rischio per la qualità e la sicurezza delle carni.

In conclusione questo primo approccio di raccolta dati consiglia di prolungare nel tempo lo studio per indagare alcuni aspetti e correlarli, se possibile, con i dati provenienti da altre ASL della Regione Piemonte.

Altri obiettivi potranno essere:

- ✓ Identificare le aziende in cui si riscontra un maggior numero di MSU, magari determinate da possibili errori di gestione o problemi strutturali.
- ✓ Indagare su possibili correlazioni tra i dati analitici e gli altri elementi ispettivi.

Gli autori ringraziano tutti colleghi del Servizio Veterinario ASL CN2 Aree A-B-C per la preziosa collaborazione avuta per la raccolta dei dati.

Riferimenti bibliografici

1. Reg. (CE) n. 853/2004
2. Reg. (CE) n. 1099/2009
3. Nota DGISAN 25822-P del 24/06/2014
4. Nota Regionale prot. n. 8279/A14060 del 27/04/2015 "Disposizioni regionali per la gestione e la macellazione degli animali non idonei al trasporto al macello"
5. Nota Regionale prot. n. 15210/A1401A del 04/08/2015 "Disposizioni regionali per la gestione e la macellazione degli animali non idonei al trasporto al macello - Precisazioni"
6. Reg. (CE) n. 999/2001
7. Reg. (UE) n. 218/2014

Stampato – dicembre 2019

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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

Responsabile Dirigente Medico Dott.ssa Laura MARINARO

Dirigente medico Dott.ssa Carla GEUNA

Ass. Sanitaria Maria Grazia DOGLIANI

Ass. Amm.vo Patrizia PELLAZZA

Inf. Professionale Nicoletta SORANO

Tec. Prev. Dott. Alfredo RUATA

Tec. Prev. Dott. Paolo VIGLINO

Collaboratore Amm.vo Prof.le Dott.ssa Giuseppina ZORGNIOTTI

Ass. Amm.vo Dott. Ruben BERTOLUSSO

Psicologa borsista Dott.ssa Giorgia MICENE

Tel. 0173/316.622-650

Fax 0173/594.512

E-mail epid.alba@aslcn2.it

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Progetto CCM "Rete senza fili"

Progetto "Argento Attivo - Un percorso di valore per invecchiare in salute"