

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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

REGIONE PIEMONTE



Bollettino Epidemiologico Anno 2020

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.ssa Alessandra D'ALFONSO

Direttore Amministrativo
Dott. Claudio MONTI

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:
S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento
attività di prevenzione

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 ASLCN2/8/2021

**A
N
Z
I
E
N
D
A

S
A
N
I
T
A
R
I
A

L
O
C
A
L
E

C
N
2**

Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell’A.S.L. CN2 Alba-Bra - Anno 2020 VOL. XXII, 2021

Autori:

Enzo	ABRIGO ⁽¹⁶⁾	Elio	LAUDANI ^(2,3)
Ileana	AGNELLI ⁽⁷⁾	Pietro	MAIMONE ⁽¹³⁾
Marcella	BERAUDI ⁽¹³⁾	Silvia	MANDRINO ⁽⁴⁾
Simona	BIESTRO ⁽¹¹⁾	Gemma	MANISSERO ⁽¹⁰⁾
Maria Luisa	BOARINO ⁽¹⁰⁾	Laura	MARINARO ⁽¹⁾
Davide	BOGETTI ⁽¹⁰⁾	Angelamaria	MENGA ⁽⁷⁾
Sara	BREZZO ⁽¹⁶⁾	Francesca	MONTRUCCHIO ⁽¹¹⁾
Paola	BUSSOLINO ⁽⁵⁾	Stefano	NAVA ⁽¹⁰⁾
Simonetta	CABUTTI ⁽⁹⁾	Mirko	PANICO ⁽²⁾
Giuseppe	CALABRETTA ⁽⁶⁾	Patrizia	PELAZZA ⁽¹⁾
Federico	CASTIGLIONE ⁽¹²⁾	Giulia	PICCIOTTO ⁽¹⁾
Luciana	CAVALLERO ⁽⁵⁾	Maurizio	PIUMATTI ⁽⁸⁾
Cinzia	CAVESTRO ⁽⁴⁾	Marzia	PORRO ⁽¹¹⁾
Giuliana	CHIESA ⁽¹⁴⁾	Manuela	RABINO ⁽⁹⁾
Maria Grazia	CIOFANI ⁽⁷⁾	Raffaella	RICCARDO ⁽⁷⁾
Elisa	COLOMBI ⁽¹¹⁾	Alessandro	RIVETTI ⁽¹⁾
Pietro	CORINO ⁽⁶⁾	Gabriella	ROSSO ⁽¹¹⁾
Monica	DEMAESTRI ⁽⁴⁾	Daniele	SAGLIETTI ⁽⁷⁾
Paola	DI PIERRO ⁽⁷⁾	Marisa	SALTETTI ⁽⁶⁾
Cesare	FERRO ⁽⁵⁾	Anna	SANTORO ⁽⁶⁾
Francesca	FIORETTO ⁽⁸⁾	Nicoletta	SORANO ⁽¹⁾
Edoardo	FONTANELLA ⁽⁸⁾	Maria Gemma	STROVEGLI ⁽⁵⁾
Corrado	GALDINI ⁽¹⁰⁾	Eleonora	TOSCO ⁽¹⁷⁾
Annamaria	GIANTI ⁽³⁾	Gianluca	TOSELLI ⁽⁵⁾
Franco	GIOVANETTI ⁽¹⁵⁾	Girolamo	TRAPANI ⁽³⁾
Bruna	GRASSO ⁽⁵⁾	Valentina	VENTURINO ⁽⁹⁾
Giuseppina	INTRAVAIA ⁽⁷⁾	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. Distretto 1
- (3) A.S.L. CN2 - S.C. Distretto 2
- (4) A.S.L. CN2 - Centro cefalee e malattie rare - S.C. Neurologia - Dipartimento di Emergenza e Urgenza
- (5) A.S.L. CN2 - S.S.D. Medicina sportiva - Dipartimento di Prevenzione
- (6) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro - Dipartimento di Prevenzione
- (7) A.S.L. CN2 - S.C. Psicologia
- (8) A.S.L. CN2 - S.S.D. Servizio Veterinario Area B, Igiene alimenti di origine animale - Dipartimento di Prevenzione
- (9) A.S.L. CN2 - S.S. Infezioni correlate all'assistenza - S.C. Direzione Sanitaria di Presidio
- (10) A.S.L. CN2 - S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione
- (11) A.S.L. CN2 - S.S.D. Neuropsichiatria Infantile - Dipartimento Materno Infantile
- (12) A.S.L. CN2 - S.S.D. Day Hospital e Day Service - Dipartimento di Area Medica
- (13) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - Dipartimento di Prevenzione
- (14) A.S.L. CN2 - S.S. Prevenzione della corruzione-trasparenza, progetti innovativi e segreteria organismi collegiali
- (15) A.S.L. CN2 - S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione
- (16) R.S.A. di Pocapaglia
- (17) DoRS, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3

PRESENTAZIONE

Continua, malgrado le difficoltà conseguenti all'emergenza da Covid-19, l'impegno dell'ASL CN2 per la redazione del Bollettino Epidemiologico, giunto alla sua XXII edizione.

Questo documento fornisce una descrizione dello stato di salute della popolazione residente nel nostro territorio e rappresenta un mezzo di diffusione di conoscenze epidemiologiche descrittive e di confronto fra varie esperienze.

Si è rivelato prezioso il contributo proveniente dai diversi servizi che, grazie alle molteplici competenze e ai differenti scenari di lavoro coinvolti, ha permesso di tracciare un profilo di salute della popolazione residente nell'ASL CN2, analizzando l'impatto del Covid-19 senza però tralasciare le altre condizioni di salute.

La Direzione ringrazia sentitamente gli autori che con diversi articoli anche quest'anno si sono adoperati per la realizzazione di questo report nonostante il gravoso impegno e il carico di lavoro a cui continuano ad essere sottoposti a causa del prolungarsi dell'emergenza.

La Direzione suggerisce inoltre, ancora di più rispetto agli anni passati, di tenere in continua considerazione la consultazione del documento nel corso dell'attività quotidiana e a supporto di elaborazioni progettuali.

Esprime infine gratitudine alla Fondazione Nuovo Ospedale Alba-Bra per il sostegno che assicura da anni alla sua pubblicazione.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo VEGLIO

INDICE

La dinamica demografica	5
Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra	19
Analisi dei Sistemi di Sorveglianza: profilo di salute dei giovani	32
Stima dell'eccesso di Mortalità nei Comuni di Alba e Bra durante l'epidemia Covid-19 del 2020	37
Indicatori dell'attività USCA-CN2 (gennaio-agosto 2021)	39
Effetto di una dose di vaccino anti SARS-cov-2 in una RSA durante un focolaio epidemico	42
Stima dell'efficacia vaccinale. Approccio caso-controllo su un piccolo campione di persone infette da SARS-CoV-2	47
Consumo di prestazioni specialistiche della popolazione residente nell'ASLCN2. Case della Salute. Primo semestre 2021	49
Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2020	53
Valutazione di coorte di pazienti affetti da cefalea a grappolo seguiti presso il Centro Cefalee tra il 2004 e il 2020	57
Esperienza di servizio di contatto telefonico a parenti di pazienti ricoverati per Covid-19	64
Attività psicologiche e psicoterapiche, ambulatoriali e ospedaliere, a favore di pazienti e familiari in emergenza Covid-19 (periodo marzo-dicembre 2020)	68
LAVORO E SALUTE. Gli infortuni sul lavoro tra gli addetti dell'ASL CN2	80
LAVORO E SALUTE. La struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2015-2019. Il paradigma pre Covid 19?	87
Protocollo di "Regolamentazione vendemmia turistica e didattica": un esempio di collaborazione tra Enti nell'alveo del PNP	93
Applicare la "One Health"	95
Attenti allo Spreco Alimentare: un progetto dell'ASL CN2 di educazione alla sostenibilità alimentare e ambientale	97
Appendice: OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019	100

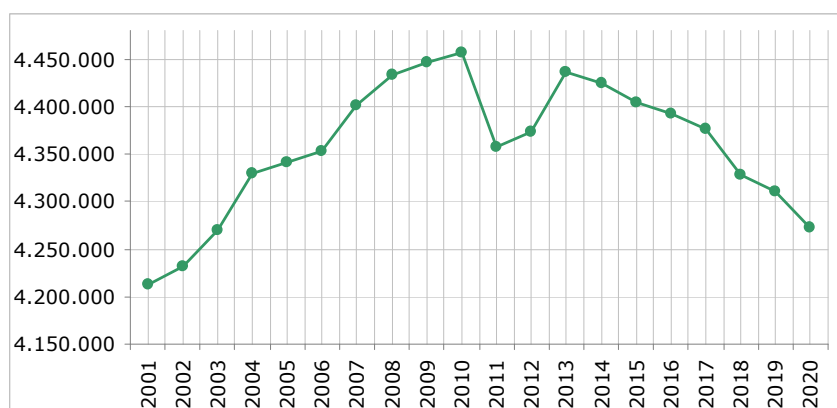
La dinamica demografica

Laura Marinaro, Patrizia Pelazza, Giulia Picciotto,
Alessandro Rivetti, Nicoletta Sorano, Giuseppina Zorogniotti

La Regione

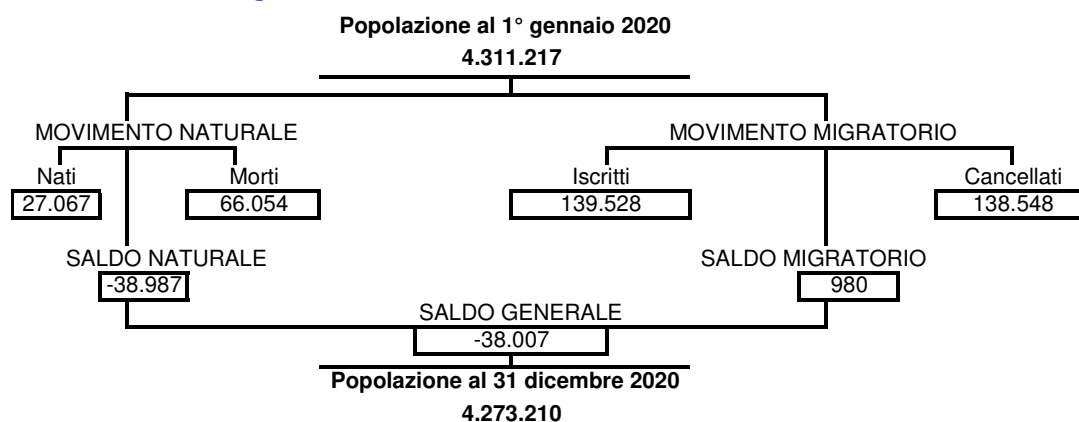
Ai fini dell'aggiornamento della dinamica demografica relativa alla Regione Piemonte e successivamente a quella dell'ASL CN2, sono stati utilizzati i dati forniti dall'Ufficio di Statistica - Settore Programmazione macroeconomica, Bilancio e Statistica - Regione Piemonte, i quali sono provvisori e aggiornati al 31.7.2021. Non sono difatti al momento disponibili i dati definitivi. Nel 2020 la popolazione residente in Piemonte risulta di 4.273.210 abitanti, in diminuzione rispetto all'anno precedente (Graf. A); a partire dal 2013 l'andamento della popolazione piemontese è in continuo declino. Il saldo demografico è negativo e pari a 38.007 (Fig. A).

Graf. A – Andamento della popolazione piemontese dal 2001 al 2020



Fonte: Istat ^(1,2)

Fig. A – Dinamica demografica in Piemonte nel 2020^(1,2)



Il saldo naturale del 2020 è risultato ancora negativo come ormai avviene da anni ed è pari a 38.987 unità (Fig. A, Tab. A).

Tab. A – Movimenti anagrafici e popolazione del Piemonte (2011-2020)

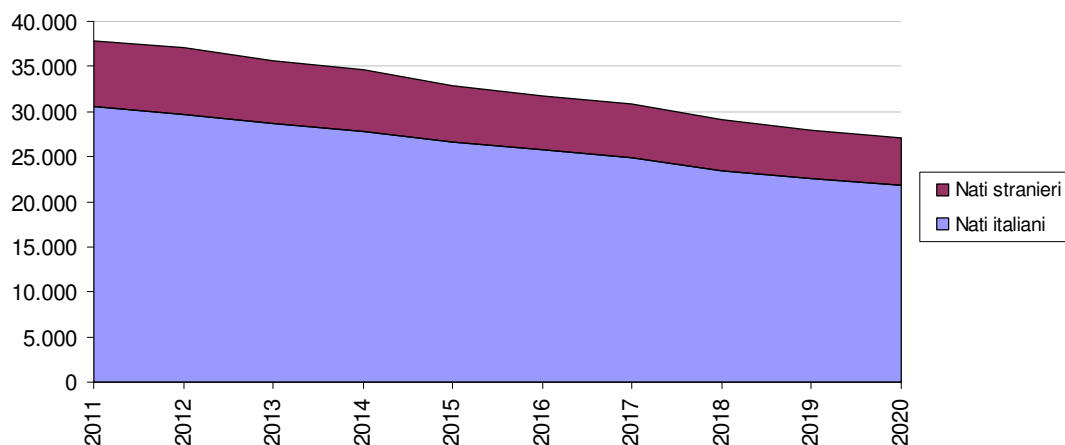
Anni	Nati	Morti	Saldo naturale	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Popolazione totale
2011	37.759	49.061	-11.302	8,7	11,3	4.357.663
2012	37.067	50.507	-13.440	8,5	11,5	4.374.052
2013	35.654	50.077	-14.423	8	11,3	4.436.798
2014	34.637	49.412	-14.775	7,8	11,2	4.424.467
2015	32.908	54.076	-21.168	7,5	12,3	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	12,2	4.375.865
2018	29.072	53.838	-24.766	6,7	12,4	4.328.565
2019	27.972	53.137	-25.165	6,5	12,3	4.311.217
2020	27.067	66.054	-38.987	6,3	15,5	4.273.210

Fonte: Istat ^(1,2)

I decessi nel 2020 risultano 66.054, dato in aumento rispetto al precedente anno e il più elevato nell'ultimo decennio (Tab. A).

Nel 2020 risultano complessivamente 27.067 nati (dato inferiore rispetto all'anno precedente e il più basso degli ultimi dieci anni) di cui 5.192 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 2011-2020^(1,2)



Tab. B – Nati con cittadinanza italiana e straniera in Piemonte – Anni 2011-2020^(1,2)

Anni	Nati italiani	Nati stranieri	Totale nati
2011	30.477	7.282	37.759
2012	29.717	7.350	37.067
2013	28.624	7.030	35.654
2014	27.817	6.820	34.637
2015	26.690	6.218	32.908
2016	25.684	6.048	31.732
2017	24.832	5.998	30.830
2018	23.425	5.647	29.072
2019	22.596	5.376	27.972
2020	21.875	5.192	27.067

Nel 2020 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 (2020)⁽¹⁾

ASL	nati	morti	Saldo naturale	iscritti totali	cancellati totali	Saldo migratorio	Saldo generale	Popolazione al 31.12.2020
AL	2.308	8.056	-5.748	13.656	13.490	166	-5.582	422.953
AT	1.185	3.468	-2.283	6.615	6.617	-2	-2.285	198.068
BI	824	2.972	-2.148	6.251	6.227	24	-2.124	164.332
CN1	2.968	6.239	-3.271	14.200	13.685	515	-2.756	412.883
CN2	1.199	2.357	-1.158	6.272	6.120	152	-1.006	169.573
NO	2.283	4.867	-2.584	11.375	11.217	158	-2.426	341.419
TO1-2	5.788	12.481	-6.693	18.618	21.639	-3.021	-9.714	848.196
TO3	3.509	8.215	-4.706	21.859	20.183	1.676	-3.030	574.281
TO4	3.117	7.608	-4.491	19.079	18.037	1.042	-3.449	507.230
TO5	1.990	4.168	-2.178	10.164	10.015	149	-2.029	304.543
VC	977	3.095	-2.118	5.382	5.402	-20	-2.138	164.374
VCO	919	2.528	-1.609	6.057	5.916	141	-1.468	165.358
Totale Piemonte	27.067	66.054	-38.987	139.528	138.548	980	-38.007	4.273.210

L'indice di invecchiamento (ossia la popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti), in Piemonte ha registrato, negli ultimi 10 anni, un aumento costante passando dal 23,5 del 2011 al 25,9 del 2020, mentre l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione anziana e i giovani 0-14enni x 100, è di 214,9 (dato più elevato degli ultimi 10 anni). La speranza di vita a 0 anni è di 80,8 per i maschi e 85,1 per le femmine (dato riferito al 2018, ultimo anno disponibile) (Tab. D).

Tab. D – Indici di invecchiamento, vecchiaia e speranza di vita a 0 anni (2011-2020)⁽²⁾

Anni	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Speranza di vita a 0 anni	
			Maschi	Femmine
2011	23,5	179,9	79,5	84,6
2012	23,8	182,5	79,8	84,5
2013	24,1	185,7	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	80,7	84,9
2018	25,6	207,0	80,8	85,1
2019	25,9	212,4	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2020	25,9	214,9	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 2020 di 169.573 abitanti, pari al 4% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell'A.S.L. CN2 comprende al 31.12.2020 75 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- Il **Distretto 1 di Alba** costituito da 64 Comuni e con una popolazione di 103.856 abitanti;
- Il **Distretto 2 di Bra**, costituito da 11 Comuni e con una popolazione di 65.717 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.215 e 29.466, cui seguono Cherasco (9.383), Sommariva del Bosco (6.251), Canale (5.575) (Tab. 1)⁽²⁾.

Tab. 1 – Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2020⁽²⁾.

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
ALBA	14.832	16.383	31.215	54,9	568,2
ALBARETTO DELLA TORRE	120	115	235	5,3	44,3
ARGUELLO	99	92	191	4,7	40,5
BALDISSERO D'ALBA	539	516	1.055	14,7	71,9
BARBARESCO	303	311	614	7,5	81,8
BAROLO	326	355	681	5,8	117,8
BENEVELLO	236	247	483	5,2	92,7
BERGOLO	30	28	58	3,3	17,6
BORGOMALE	185	199	384	8,9	43,3
BOSIA	86	88	174	5,4	32,0
BOSSOLASCO	310	325	635	14,3	44,3
BRA*	14.262	15.204	29.466	59,5	495,3
CANALE	2.754	2.821	5.575	18,3	305,3
CASTAGNITO	1.085	1.110	2.195	6,7	328,1
CASTELLETTO UZZONE	160	148	308	14,6	21,0
CASTELLINALDO D'ALBA	452	445	897	8,0	112,4
CASTIGLIONE FALLETTO	360	338	698	4,6	150,4

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
CASTIGLIONE TINELLA	404	425	829	11,9	69,8
CASTINO	245	214	459	15,8	29,0
CERESOLE ALBA*	1.030	984	2.014	36,9	54,6
CERRETO LANGHE	220	190	410	9,8	41,7
CHERASCO*	4.626	4.757	9.383	80,7	116,3
CISSONE	49	33	82	5,9	13,9
CORNELIANO D'ALBA	1.048	1.092	2.140	10,0	213,1
CORTEMILIA	1.088	1.160	2.248	24,2	92,9
COSSANO BELBO	468	457	925	21,1	43,8
CRAVANZANA	182	192	374	7,9	47,6
DIANO D'ALBA	1.811	1.803	3.614	17,7	204,2
FEISOGLIO	145	154	299	7,6	39,4
GORZEGNO	130	127	257	13,8	18,6
GOVONE	1.105	1.165	2.270	19,1	118,9
GRINZANE CAVOUR	983	1.000	1.983	4,0	497,0
GUARENE	1.751	1.773	3.524	13,1	268,4
LA MORRA*	1.367	1.352	2.719	24,0	113,2
LEQUIO BERRIA	242	210	452	11,8	38,5
LEVICE	103	95	198	16,5	12,0
MAGLIANO ALFIERI	1.071	1.129	2.200	9,3	236,6
MANGO	633	630	1.263	20,3	62,2
MONCHIERO	294	279	573	5,1	111,9
MONFORTE D'ALBA	969	985	1.954	25,5	76,7
MONTA'	2.245	2.435	4.680	26,4	177,6
MONTALDO ROERO	416	430	846	12,2	69,4
MONTELUPO ALBESE	232	249	481	6,5	73,9
MONTEU ROERO	813	784	1.597	24,1	66,2
MONTICELLO D'ALBA	1.154	1.195	2.349	10,7	220,1
NARZOLE*	1.703	1.745	3.448	26,0	132,6
NEIVE	1.628	1.688	3.316	21,2	156,3
NEVIGLIE	178	176	354	8,0	44,1
NIELLA BELBO	191	172	363	18,0	20,1
NOVELLO	483	485	968	11,5	84,4
PERLETTO	143	121	264	10,2	25,8
PEZZOLO VALLE UZZONE	154	160	314	26,9	11,7
PIOBESI D'ALBA	700	703	1.403	4,1	345,6
POCAPAGLIA*	1.647	1.685	3.332	16,7	199,2
PRIOCCA	1.011	1.012	2.023	8,8	229,9
ROCCHETTA BELBO	83	72	155	4,4	35,0
RODDI	788	791	1.579	9,6	165,3
RODDINO	227	186	413	10,5	39,3
RODELLO	470	483	953	8,7	109,3
SAN BENEDETTO BELBO	76	78	154	4,7	32,6
SAN GIORGIO SCARAMPI	55	48	103	5,6	18,5
SANFRE*	1.483	1.532	3.015	15,8	191,4
SANTA VITTORIA D'ALBA*	1.435	1.426	2.861	9,9	289,3
SANTO STEFANO BELBO	1.922	1.952	3.874	27,4	141,4
SANTO STEFANO ROERO	648	698	1.346	13,2	102,0
SERRALUNGA D'ALBA	280	258	538	8,5	63,2
SERRAVALLE LANGHE	160	141	301	8,7	34,7

Comuni	Popolazione totale			Area kmq	Densità della Popolazione
	Maschi	Femmine	Totale		
SINIO	240	233	473	8,7	54,2
SOMMARIVA DEL BOSCO*	3.092	3.159	6.251	35,0	178,4
SOMMARIVA PERNO*	1.292	1.391	2.683	17,2	156,2
TORRE BORMIDA	82	83	165	7,6	21,6
TREISO	389	381	770	9,3	82,7
TREZZO TINELLA	163	146	309	10,8	28,7
VERDUNO*	266	279	545	7,3	74,5
VEZZA D'ALBA	1.164	1.149	2.313	14,1	164,6
TOTALE ASL	83.116	86.457	169.573	1122,1	151,1

*Comuni appartenenti al Distretto 2 Bra

La densità della popolazione residente nell'A.S.L. CN2 nell'anno 2020 è di 151,1 abitanti per chilometro quadrato. Quella del 2011 era di 150,8. Quella del Piemonte nel 2020 è di 168,3 (Tab. 2)^(1,2).

Tab. 2 – Densità della popolazione – Anno 2020

	Popolazione al 31.12.2020	Area kmq	Densità della popolazione residente
A.S.L. CN2	169.573	1122,1	151,1
Distretto 1 Alba	103.856	793,1	130,9
Distretto 2 Bra	65.717	329	199,7
Provincia Cuneo	582.353	6.894	84,5
Regione Piemonte	4.273.210	25.388,40	168,3

La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51% contro il 49%); a novanta anni ed oltre, le donne rappresentano il 72,1% della popolazione (Tab. 3)⁽²⁾.

Tab. 3 - Popolazione residente A.S.L. CN2 per sesso, aggregata per classi di età, al 31.12.2020 (Stima della distribuzione per età della popolazione residente al 31/12)⁽²⁾

	Maschi	%	Femmine	%	TOTALE
Da 0 a 4	3.344	50,4	3.287	49,6	6.631
Da 5 a 9	3.958	52,5	3.576	47,5	7.534
Da 10 a 14	3.985	50,3	3.944	49,7	7.929
Da 15 a 19	3.987	51,5	3.762	48,5	7.749
Da 20 a 24	4.411	52,6	3.981	47,4	8.392
Da 25 a 29	4.443	50,5	4.349	49,5	8.792
Da 30 a 34	4.625	50,1	4.603	49,9	9.228
Da 35 a 39	4.868	50,3	4.813	49,7	9.681
Da 40 a 44	5.634	50,2	5.600	49,8	11.234
Da 45 a 49	6.640	50,2	6.596	49,8	13.236
Da 50 a 54	6.847	49,8	6.912	50,2	13.759
Da 55 a 59	6.553	49,7	6.628	50,3	13.181
Da 60 a 64	5.484	49,2	5.672	50,8	11.156
Da 65 a 69	4.900	49	5.102	51	10.002
Da 70 a 74	4.638	47,3	5.168	52,7	9.806
Da 75 a 79	3.296	45,9	3.878	54,1	7.174
Da 80 a 84	3.055	43	4.045	57	7.100
Da 85 a 89	1.746	39	2.729	61	4.475
Da 90 a 94	604	30	1.406	70	2.010
Da 95 a 99	94	20	376	80	470
Oltre 100	4	11,8	30	88,2	34
Totale	83.116	49	86.457	51	169.573

La *speranza di vita* alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, per l'ASL CN2 si attesta nel 2018 a 81, 47,4 e 19,9 anni per gli uomini e a 85,3, 50,6 e 22,4 anni per le donne (in Piemonte per i maschi 80,8, 46,6 e 19,2, mentre per le femmine 85,1, 50,6 e 22,2) (Tab. 4)⁽²⁾.

Tab. 4 – Speranza di vita a 0, 35 e 65 anni (2009-2018)⁽²⁾

	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2009	79,4	84,6	45,4	50,1	18,1	21,6
2010	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22
2011	80,1	84,7	46,1	50,5	18,3	22,2
2012	80,2	85,2	46,1	50,5	18,7	22,1
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
2017	81,7	84,9	47,1	50	19,5	21,7
2018	81	85,3	47,4	50,6	19,9	22,4

L'*età media* della popolazione nell'anno 2020 è di 45,7 anni (nel 2011 di 44,1), in Piemonte si attesta a 46,9 anni⁽²⁾.

Gli *stranieri residenti* al 31.12.2020 nell'A.S.L. CN2 sono 19.099, pari all'11,3% del totale dei residenti con un incremento del 0,9% rispetto all'anno 2011. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2020 sono 406.489, pari al 9,5% del totale dei residenti (Tab. 5)⁽²⁾.

Tab. 5 - Stranieri per 100 residenti – Anno 2020

A.S.L. CN2	11,3
Distretto 1 Alba	11,2
Distretto 2 Bra	11,4
Provincia Cuneo	10,4
Regione Piemonte	9,5

Il *numero medio di componenti della famiglia* nell'A.S.L. CN2 nel 2011, calcolato in occasione del 15° "Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011", ultimo dato ad oggi disponibile, è pari a 2,4, valore lievemente più elevato rispetto al dato regionale (2,2) (Tab. 6), mentre la *quota di famiglie unipersonali* nel 2011 è pari a 31,4% (Regione Piemonte 34,4%)⁽³⁾.

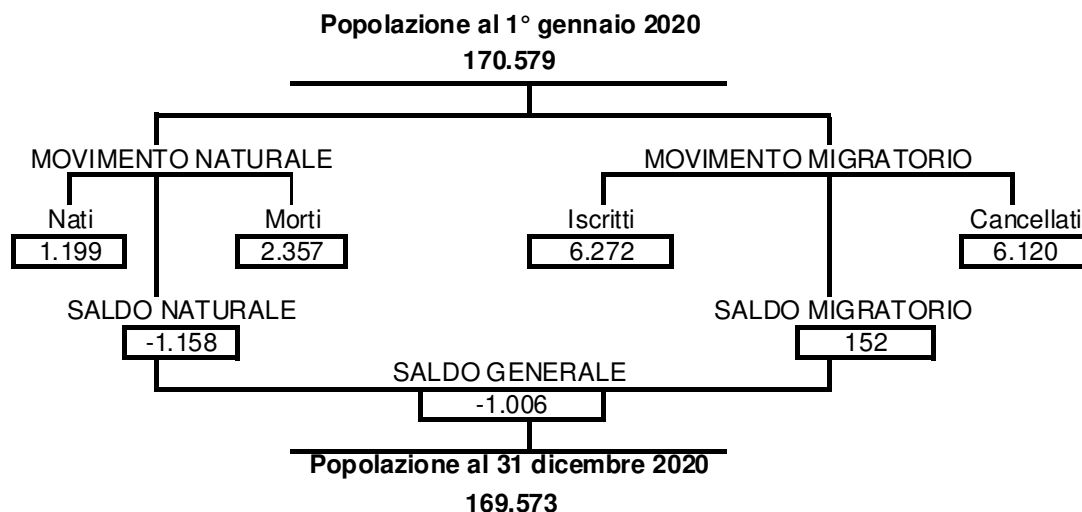
Tab. 6 - N. medio di componenti della famiglia - Anno 2011⁽³⁾

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

Andamento demografico

Anche per il 2020 nell'A.S.L. CN2, il *saldo naturale* è negativo (1.158) con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il *saldo migratorio* (iscritti – cancellati) è positivo (152) (Fig. 1, Tab. 7).

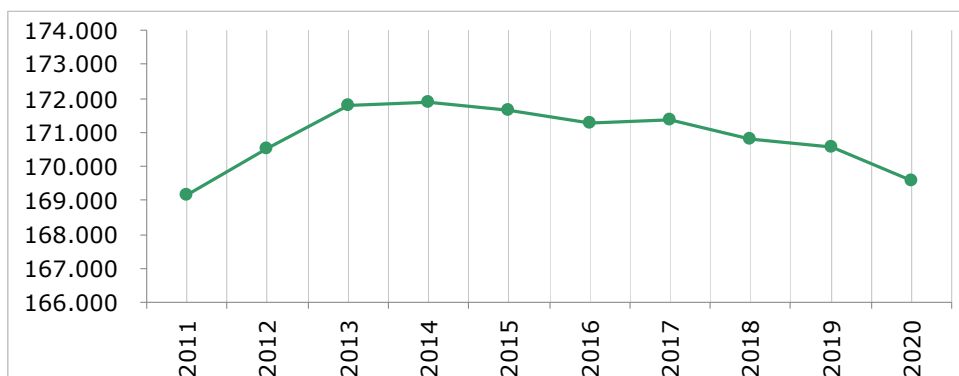
Fig.1 – Dinamica demografica nell’A.S.L. CN2 nel 2020 (Fonte ISTAT)⁽¹⁾



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, dopo aver visto un incremento nel quadriennio 2011-2014, dal 2015 ha subito una riduzione pressoché costante raggiungendo nel 2020 un valore di poco superiore al dato del 2011 (+401) (Graf. 1);

Graf. 1 – Andamento della popolazione dell’ASL CN2. Anni 2011-2020

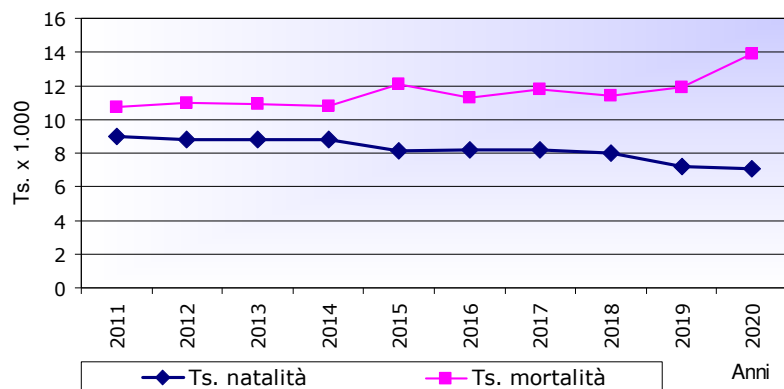


- dal 2011 al 2020 il numero assoluto dei nati si è ridotto; nel 2020 i nuovi nati sono 1.199. Il tasso di natalità, in diminuzione nel periodo 2011-2020, è di 7,1 nati x 1.000 nel 2020 (Tab. 7 e 8, Graf. 2);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2020 il numero assoluto dei decessi (2.357) è aumentato di 329 unità rispetto al 2019 (Tab. 7);

Tab. 7 - Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 - Anni 2011-2020^(1,2)

Anni	Popolazione	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancellati	Saldo migratorio
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	170.812	1.371	1.949	-578	6.661	6.271	390
2019	170.579	1.226	2.028	-802	7.122	6.572	550
2020	169.573	1.199	2.357	-1.158	6.272	6.120	152

Graf. 2 - Andamento tassi di natalità e di mortalità popolazione ASL CN2 - Anni 2011-2020

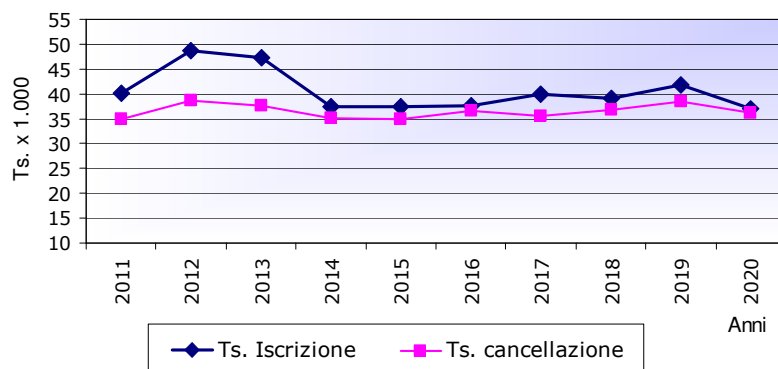


- nel 2020 il tasso di mortalità (13,9 x 1.000) ha subito un consistente incremento rispetto al 2019, il tasso di cancellazione e di iscrizione una riduzione (Tab. 8, Graf. 2 e 3).

Tab. 8 - Tassi strutturali della popolazione per 1.000 dell'A.S.L. CN2 - Anni 2011-2020^(1,2)

Anni	Ts. natalità	Ts. mortalità	Ts. iscrizione	Ts. cancellazione
2011	9	10,7	40,2	35
2012	8,8	11	48,8	38,7
2013	8,8	10,9	47,2	37,6
2014	8,8	10,8	37,4	35,1
2015	8,1	12,1	37,5	34,9
2016	8,2	11,3	37,6	36,6
2017	8,2	11,8	40	35,6
2018	8	11,4	39	36,7
2019	7,2	11,9	41,8	38,5
2020	7,1	13,9	37	36,1

Graf. 3 - Andamento tassi di iscrizione e di cancellazione popolazione ASL CN2 - Anni 2011-2020



Natalità

Nel 2020, l'indice di natalità dell'A.S.L. CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1.000, è di 7,1, superiore al dato regionale (6,3) (Tab. 9).

Tab. 9 - Indice di natalità - Anno 2020⁽²⁾

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

Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'A.S.L., per il Distretto 2 di Bra si registra una natalità più elevata rispetto al Distretto 1 di Alba.

La Tab. 10 mostra i tassi di natalità calcolati nel 2020 per i 75 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 10 – Tasso di natalità per 1.000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 – Anno 2020⁽²⁾

Comuni	Tasso di natalità
Alba	6,9
Albaretto della Torre	17
Arguello	-
Baldissero d'Alba	3,8
Barbaresco	8,1
Barolo	16,2
Benevello	6,2
Bergolo	-
Borgomale	5,2
Bosia	5,7
Bossolasco	7,9
Bra*	7,8
Canale	7,4
Castagnito	7,7
Castelletto Uzzone	-
Castellinaldo	3,3
Castiglione Falletto	10
Castiglione Tinella	2,4
Castino	2,2
Ceresole Alba*	8,4
Cerretto Langhe	7,3
Cherasco*	8,8
Cissone	12,2
Corneliano d'Alba	5,1
Cortemilia	6,7
Cossano Belbo	3,2
Cravanzana	8
Diano d'Alba	8,3
Feisoglio	6,7
Gorzegno	7,8
Govone	3,5
Grinzane Cavour	6,1
Guarene	7,9
La Morra*	5,1
Lequio Berria	6,6
Levice	-
Magliano Alfieri	7,7
Mango	3,2
Monchiero	7
Monforte d'Alba	4,6
Montà	6,8
Montaldo Roero	5,9
Montelupo Albese	10,4
Monteu Roero	7,5
Monticello d'Alba	9,8
Narzole*	8,7

Comuni	Tasso di natalità
Neive	6
Naviglie	5,6
Niella Belbo	8,3
Novello	10,3
Perletto	0,0
Pezzolo Valle Uzzone	3,2
Piobesi d'Alba	7,8
Pocapaglia*	5,4
Priocca	7,4
Rocchetta Belbo	-
Roddi	0,6
Roddino	14,5
Rodello	11,5
San Benedetto Belbo	-
San Giorgio Scarampi	-
Sanfrè*	8
Santa Vittoria d'Alba*	7,3
Santo Stefano Belbo	7,7
Santo Stefano Roero	7,4
Serralunga d'Alba	3,7
Serravalle Langhe	3,3
Sinio	2,1
Sommariva del Bosco*	6,4
Sommariva Perno*	4,5
Torre Bormida	6,1
Treiso	3,9
Trezzo Tinella	6,5
Verduno*	11
Veza d'Alba	9,9

*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 2020 è di 19,7. Quello del 2011 è di 20,7 e quello del Piemonte nel 2020 è di 18⁽²⁾.

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 2020 è di circa 13,9 ogni 1.000 abitanti residenti. Il dato è aumentato rispetto all'anno precedente (11,9) (Tab. 8 e 11).

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

Tab. 11 - Indice di mortalità - Anno 2020⁽¹⁾

	Indice di mortalità
A.S.L. CN2	13,9
Distretto 1 Alba	14,6
Distretto 2 Bra	12,8
Provincia Cuneo	14,8
Regione Piemonte	15,5

La Tab. 12 mostra i tassi di mortalità calcolati nel 2020 per i 75 Comuni del territorio A.S.L. CN2.

Tab. 12 - Tasso di mortalità per 1.000 dei Comuni dell'A.S.L. CN2 - Anno 2020⁽¹⁾

Comuni	Tasso di mortalità
Alba	14,3
Albaretto della Torre	17
Arguello	5,2
Baldissero d'Alba	20,9
Barbaresco	6,5
Barolo	14,7
Benevello	14,5
Bergolo	34,5
Borgomale	7,8
Bosia	23
Bossolasco	7,9
Bra*	12,9
Canale	13,5
Castagnito	6,8
Castelletto Uzzone	13
Castellinaldo	16,7
Castiglione Falletto	10
Castiglione Tinella	15,7
Castino	19,6
Ceresole Alba*	16,4
Cerretto Langhe	24,4
Cherasco*	11,1
Cisone	12,2
Corneliano d'Alba	17,3
Cortemilia	17,3
Cossano Belbo	13
Cravanzana	18,7
Diano d'Alba	10
Feisoglio	23,4
Gorzegno	27,2
Govone	17,2
Grinzane Cavour	9,1
Guarene	12,5
La Morra*	14
Lequio Berria	22,1
Levice	30,3
Magliano Alfieri	16,4
Mango	20,6
Monchiero	10,5
Monforte d'Alba	17,4
Montà	12
Montaldo Roero	14,2
Montelupo Albese	12,5
Monteu Roero	18,2
Monticello d'Alba	14,5
Narzole*	11,6
Neive	13
Naviglie	28,2
Niella Belbo	19,3
Novello	13,4
Perletto	15,2

Comuni	Tasso di mortalità
Pezzolo Valle Uzzone	12,7
Piobesi d'Alba	6,4
Pocapaglia*	12,3
Priocca	15,8
Rocchetta Belbo	25,8
Roddi	12
Roddino	29,1
Rodello	21
San Benedetto Belbo	26
San Giorgio Scarampi	9,7
Sanfrè*	13,6
Santa Vittoria d'Alba*	8
Santo Stefano Belbo	17,6
Santo Stefano Roero	20,8
Serralunga d'Alba	9,3
Serravalle Langhe	19,9
Sinio	16,9
Sommariva del Bosco*	13,3
Sommariva Perno*	20,5
Torre Bormida	30,3
Treiso	9,1
Trezzo Tinella	22,7
Verduno*	7,3
Veza d'Alba	17,3

*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 2018 (ultimo anno disponibile) di 518,9 per 100.000 per i maschi e di 351,9 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 2018 è di 545,6 per gli uomini e di 360,8 per le donne (Tab. 13)⁽¹⁾.

Tab. 13 - Tasso standardizzato di mortalità x 100.000 nell'A.S.L. CN2 – Anni 2009-2018⁽¹⁾

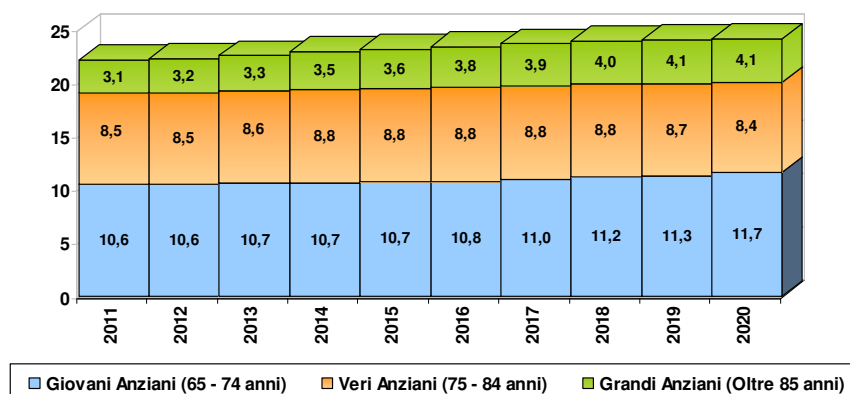
Anni	Maschi	Femmine
2009	617,4	378,4
2010	603,5	365
2011	585,6	365
2012	575	360,4
2013	553,6	359,7
2014	524,8	348,8
2015	585,2	357,5
2016	538,1	358,4
2017	512,3	380,6
2018	518,9	351,9

Gli anziani

Nell'A.S.L. CN2 al 31 dicembre 2020, si stimano 41.071 ultrasessantacinquenni ossia il 24,2% della popolazione totale (44,6% maschi; 55,4% femmine), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13%.

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

Graf. 4 – Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2011-2020 - Valori %



Nel 2020 nell’A.S.L. CN2 l’*indice di vecchiaia* risulta di 185,9, mentre quello piemontese è di 214,9. Nel 2011 l’*indice di vecchiaia* per l’A.S.L. CN2 era di 161,6 (Tab. 14)⁽²⁾.

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

L’*indice di invecchiamento* nell’A.S.L. CN2 nel 2020 è di 24,2, 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 59,4 nel 2020; nel 2011 era pari a 55,3 (Tab. 14). Quello del Piemonte nel 2020 è di 61,3. 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 2020 è di 142,7; nel 2011 125,4; quello del Piemonte nel 2020 è di 151,8.

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 2011-2020^(1,2)

Anni	Indice di vecchiaia	Indice di invecchiamento	Indice di dipendenza	Indice di struttura
2011	161,6	22,2	55,3	125,4
2012	164,6	22,4	56,1	127,4
2013	167,3	22,7	56,7	130,7
2014	169,6	23,0	57,5	134,1
2015	172,6	23,2	57,9	136,9
2016	175,0	23,4	58,2	139,3
2017	177,2	23,7	58,8	141,0
2018	180,6	23,9	59,1	142,4
2019	183,8	24,1	59,2	142,8
2020	185,9	24,2	59,4	142,7

Il cruscotto della "vivacità demografica"⁽³⁾

La Tab. 15 riassume l'andamento dei principali indicatori demografici dell'A.S.L. CN2 nel decennio 2011-2020 e il loro scostamento (in positivo o in negativo), nell'anno 2020, dai dati regionali.

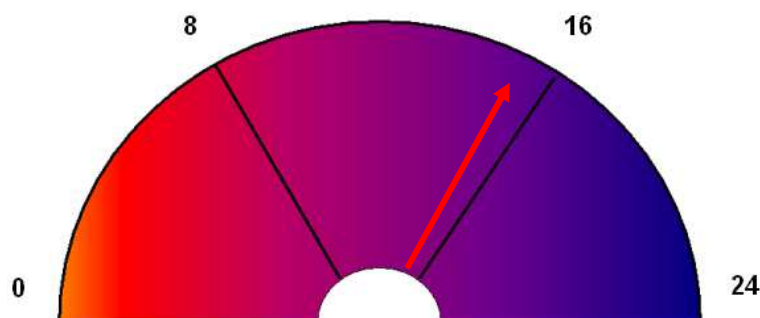
Tab. 15 – Andamento dei principali indicatori demografici dell'A.S.L. CN2

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	😊	Più basso	😊
Numero medio di componenti della famiglia [°]			Più alto	😊
Quota di famiglie uni personali [°]			Più basso	😊
Stranieri per 100 residenti	Aumenta	😊	Più alto	😊
Indice di vecchiaia	Aumenta	😞	Più basso	😊
Speranza di vita a 0 anni*	Aumenta	😊	Più alto	😊
Età media	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di carico di figli per donna in età feconda	Diminuisce	😊	Più alto	😞
Indice di dipendenza	Aumenta	😞	Più basso	😊
Indice di struttura	Aumenta	😞	Più basso	😊

*Il periodo di riferimento per il confronto temporale è: anni 2009-2018

[°]Anno 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 15, evidenziando una situazione complessiva di allineamento ai valori medi regionali.



Bibliografia

1. Elaborazioni Ufficio di Statistica - Settore Programmazione macroeconomica, Bilancio e Statistica - Regione Piemonte
2. Intranet RuparPiemonte: *PiSTA - Piemonte Statistica e B.D.D.E.*
<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>
3. Dors - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Regione Piemonte - ASL TO3: "MoDem - Modello Demografico"
4. https://www.dors.it/pagina_singola.php?idpagina=32

Profilo di salute della popolazione ASL CN2 Alba-Bra

Laura Marinaro, Patrizia Pelazza, Giulia Picciotto,
Alessandro Rivetti, Nicoletta Sorano, Giuseppina Zorogniotti

Il presente articolo descrive 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

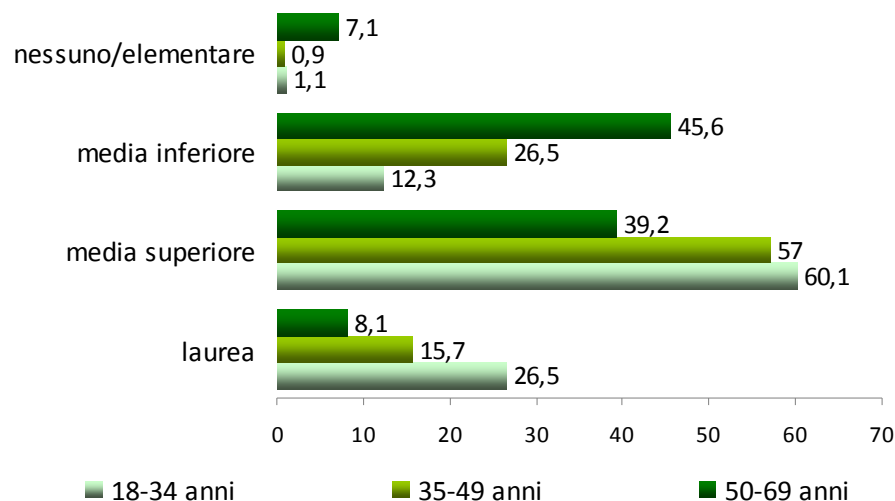
Le condizioni socio-economiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche, hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

Il **Sistema di Sorveglianza PASSI** (dati 2017-2020) 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**^(1,2).

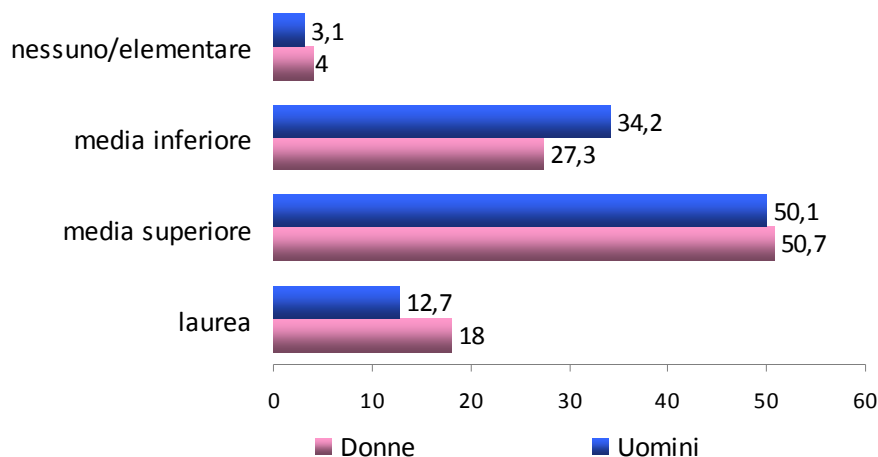
Popolazione di riferimento ASL CN2 (18-69 anni) (Dati ISTAT: popolazione al 31.12.2020 dato provvisorio)		111.763			
PASSI 2017-2020 (pop. 18-69 anni) ASL CN2 Alba-Bra					
Numero interviste effettuate		1.100			
Dati socio-anagrafici		% (IC al 95%)			
Sesso					
	uomini	49,8			
	donne	50,2			
Classi di età					
	18-34	25,1			
	35-49	31,3			
	50-69	43,6			
Stato civile					
	coniugato/convivente	57.9	55.2	-	60.5
	celibe/nubile	33.8	31.4	-	36.2
	vedovo/a	2.2	1.5	-	3.2
	separato/divorziato	6.1	4.9	-	7.7
Vive da solo					
	no	88.8	86.8	-	90.6
	si	11.2	9.4	-	13.2
Cittadinanza					
	italiana	95.3	93.7	-	96.4
	straniera	4.7	3.6	-	6.3
Livello di istruzione					
	nessuno/licenza elementare	3.5	2.6	-	4.7
	scuola media inferiore	30.7	28.2	-	33.4
	scuola media superiore	50.4	47.5	-	53.3
	laurea/diploma universitario	15.4	13.3	-	17.6
Difficoltà economiche (Campione intervistato n = 1099)					
	molte	2.5	1.7	-	3.6
	qualche	17.7	15.6	-	20.1
	nessuna	79.8	77.3	-	82.1
Stato lavorativo (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 1015					
	occupato	80.0	77.4	-	82.2
	in cerca occupazione	3.9	2.9	-	5.3
	inattivo	16.1	14.1	-	18.4
Tipo di contratto lavorativo tra gli occupati (pop. 18-65 anni) Campione intervistato n. 807					
	dipendente	67.4	64.2	-	70.6
	cassa integr./solidarietà	0.4	0.1	-	1.1
	autonomo	31.7	28.6	-	34.9
	atipico	0.5	0.2	-	1.3

La popolazione oggetto di studio è costituita al 31.12.2020 da 111.763 residenti nell'ASL CN2 (dati ISTAT – B.D.D.E.- dati provvisori al 29.09.2021) di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Negli ultimi quattro anni (2017-2020) 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 65,8% 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 (86,6%) (Graf. 1) e tra le donne (68,7%) (Graf. 2).

Graf. 1 – Livello di istruzione per età. Passi ASL CN2 2017-2020



Graf. 2 – Livello di istruzione per sesso. Passi ASL CN2 2017-2020



Dai dati PASSI 2017-2020 risulta occupato l'80% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 67,4% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 31,7% "autonomo"; lo 0,4% è in "cassa integrazione/solidarietà".

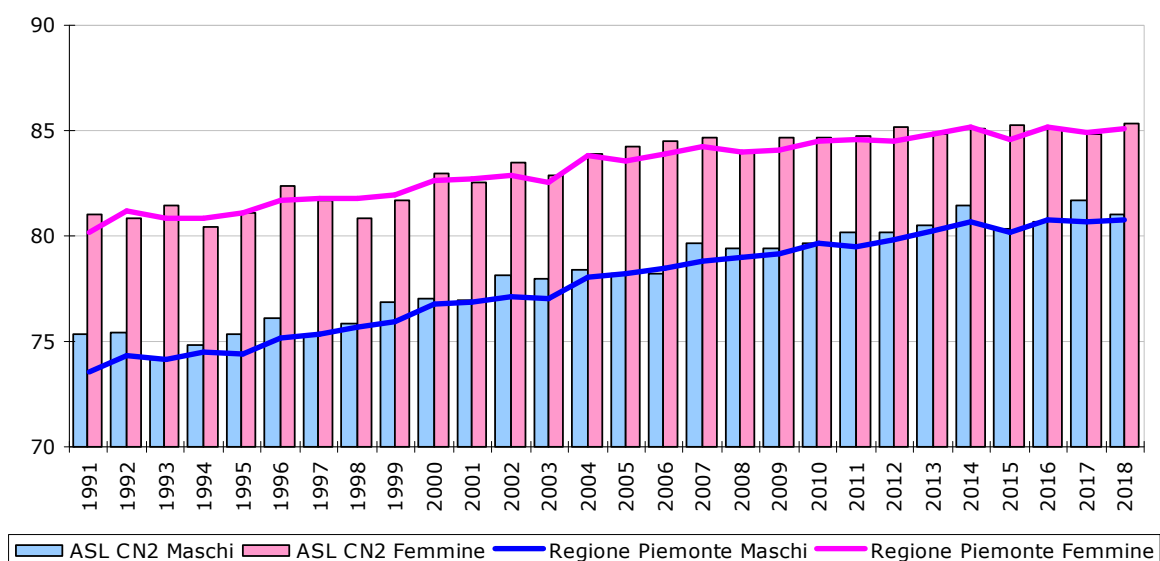
Il 2,5%, secondo i dati Passi 2017-2020, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 17,7% con "qualche" e il 79,8% con "nessuna".

Stato di salute

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 2018 (ultimo dato disponibile) si attesta rispettivamente a 81, 47,4 e 19,9 anni per gli uomini e a 85,3, 50,6 e 22,4 anni per le donne, in lieve crescita per le donne e in lieve diminuzione per gli uomini rispetto all'anno precedente (Graf. 3)⁽¹⁾.

Graf. 3 – Speranza di vita alla nascita nell'ASL CN2 e nella Regione Piemonte – stratificazione per sesso (1991-2018)



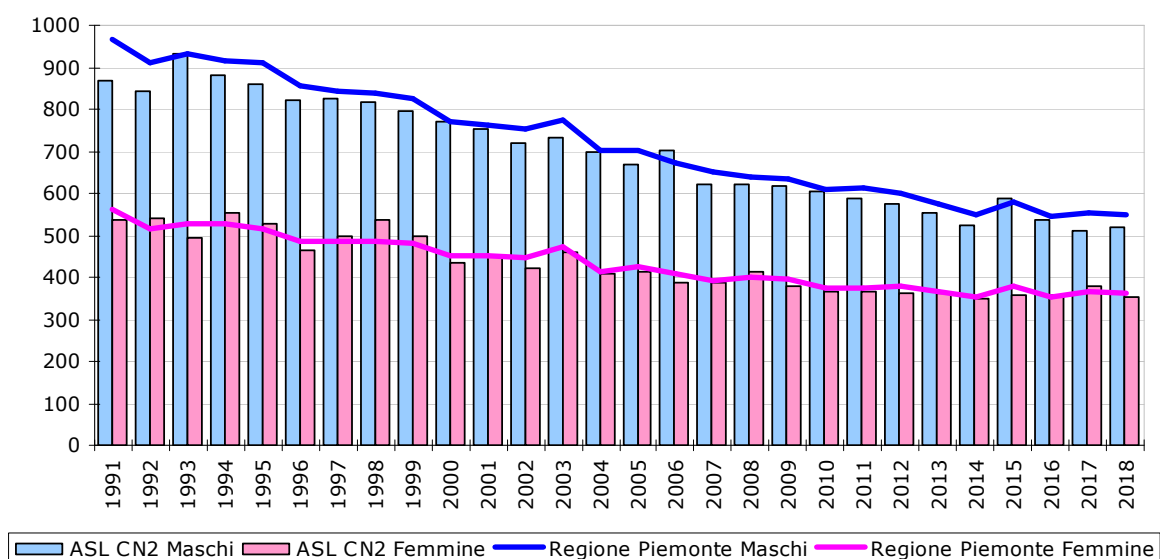
Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2018 (ultimo dato disponibile desunto dalla codifica ed elaborazione delle informazioni presenti nelle schede di morte ISTAT - PiSta - Piemonte STATistica e B.D.D.E.)⁽¹⁾, nel territorio dell'ASL CN2, il numero di decessi osservati è di 1.942, di cui 916 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 518,86 per 100.000 abitanti, e 1.026 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 351,85 per 100.000 abitanti. Il dato di mortalità generale nella ASL CN2 non differisce significativamente da quello regionale, per entrambi i sessi (Tab. 1).

Tab. 1 - Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2018

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Maschi	916	1.096,30	518,86	94,22	88,21	100,54
Femmine	1.026	1.175,82	351,85	99,81	93,79	106,13

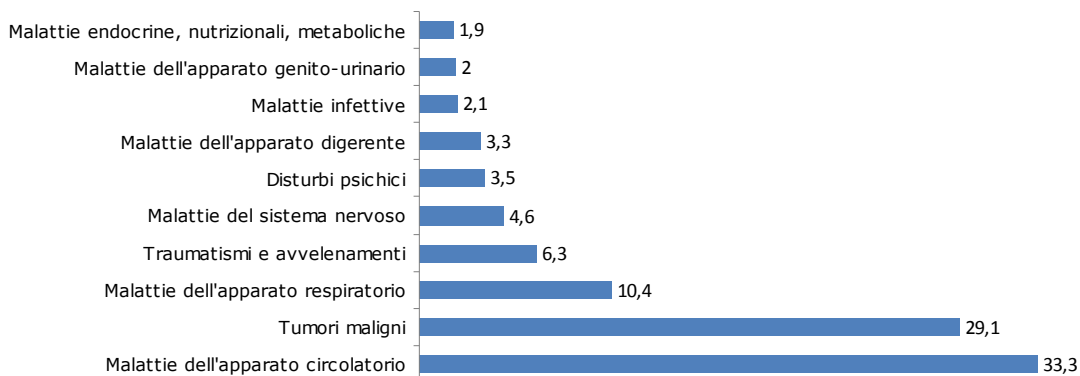
La mortalità generale, dal 1991 al 2014, si è sensibilmente ridotta per entrambi i sessi sia in Piemonte che nell'ASL CN2; a livello locale per il 2015 e il 2016 sono stati registrati tassi superiori ai valori del 2014, mentre nel 2017 soltanto per la popolazione maschile il tasso risulta inferiore al dato del 2016, l'andamento opposto è stato riscontrato nel 2018 (Graf. 4).

Graf. 4 - Mortalità generale – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2018. Maschi e Femmine

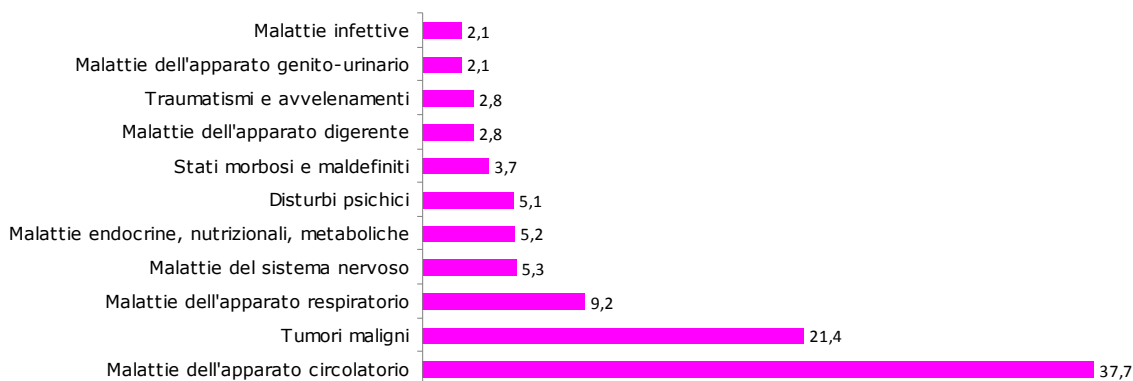


Per quanto riguarda la **mortalità per cause**⁽¹⁾, anche nel 2018 e per entrambi i sessi, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio. I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 62,4% delle morti tra i maschi ed il 59,1% tra le femmine (Graf. 5-6, Tab. 2-3).

Graf. 5 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2018



Graf. 6 - Mortalità % per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2018



Tab. 2 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2018. Maschi

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	305	365,03	156,6	99,21	88,37	111,02
Tumori maligni	267	319,55	162,61	89,62	79,17	101,07
Malattie dell'apparato respiratorio	95	113,7	45,88	97,1	78,52	118,75
Traumatismi e avvelenamenti	58	69,42	46,08	132,51	100,56	171,39
Malattie del sistema nervoso	42	50,27	22,45	100,06	72,05	135,33
Disturbi psichici	32	38,3	15,66	99,13	67,74	140,03
Malattie dell'apparato digerente	30	35,9	16,48	89,72	60,47	128,16
Malattie infettive	19	22,74	10,68	89,16	53,6	139,35
Malattie dell'apparato genito-urinario	18	21,54	7,86	111,87	66,19	176,95
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	17	20,35	9,59	48,38	28,14	77,54
Tumori benigni, in situ, incerti	12	14,36	5,83	79,6	41,02	139,18
Stati morbosi e maldefiniti	8	9,57	5,35	43,68	18,77	86,16
Malattie osteomuscolari e del connettivo	5	5,98	2,77	142,8	45,9	333,69
Malformazioni congenite e cause perinatali	5	5,98	9,6	184,64	59,35	431,44
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	3	3,59	1,42	78,41	15,7	229,47
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	-	-	-	-	-

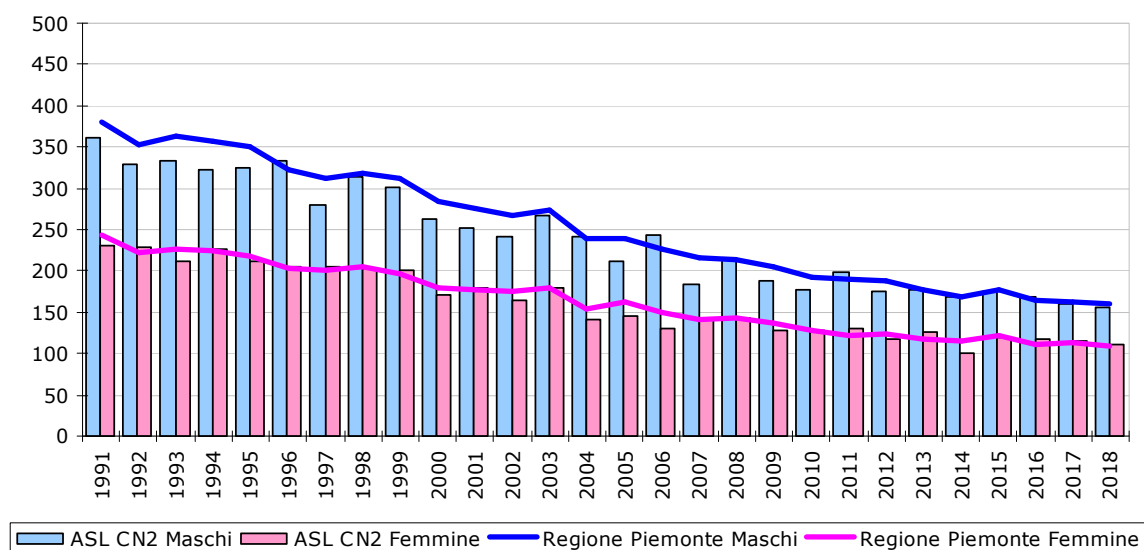
Tab. 3 - Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2018. Femmine

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	387	443,51	111,73	101,95	92,03	112,66
Tumori maligni	220	252,13	107,37	93,95	81,92	107,24
Malattie dell'apparato respiratorio	94	107,73	29,06	109,32	88,3	133,84
Malattie del sistema nervoso	54	61,89	18,59	108,32	81,32	141,41
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	53	60,74	14,96	128,87	96,47	168,66
Disturbi psichici	52	59,59	13,88	89,58	66,86	117,54
Stati morbosi e maldefiniti	38	43,55	8,82	93,45	66,07	128,34
Malattie dell'apparato digerente	29	33,23	11,35	78,84	52,74	113,31
Traumatismi e avvelenamenti	29	33,23	10,33	99,61	66,64	143,15
Malattie infettive	22	25,21	5,79	89,51	56,02	135,63
Malattie dell'apparato genito-urinario	22	25,21	8,09	128,21	80,24	194,26
Tumori benigni, in situ, incerti	11	12,61	5,03	94,92	47,25	170,01
Malattie osteomuscolari e del connettivo	6	6,88	2,03	75,05	27,34	163,57
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari	5	5,73	1,56	95,73	30,77	223,7
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2	2,29	0,48	59,26	6,62	214,32
Malformazioni congenite e cause perinatali	2	2,29	2,78	77,87	8,69	281,64

Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (37,7%) che per la popolazione maschile (33,3%) (Graf. 5-6). Nel 2018 la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio non differisce in modo statisticamente rilevante dal dato regionale (Tab. 2-3).

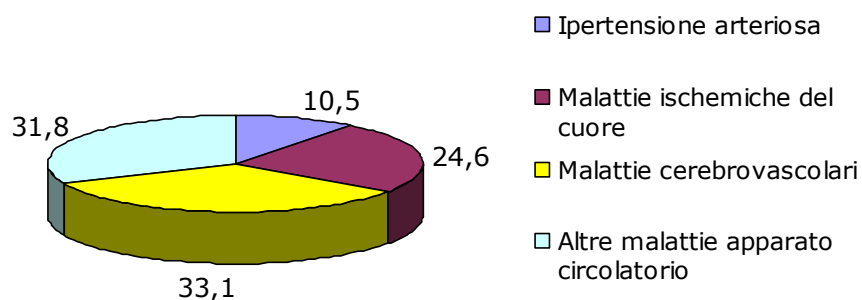
I tassi standardizzati mostrano che, annullando le differenze di età, la mortalità cardiovascolare continua a diminuire in entrambi i sessi sia a livello regionale che a livello locale dal 1991 al 2014, con un lieve incremento nell'ASL CN2 nel 2015 e 2016 rispetto al 2014, mentre nel 2018 si registrano valori in ulteriore diminuzione a livello locale rispetto al 2017 per entrambi i sessi (Graf. 7).

Graf. 7 - Mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2018. Maschi e Femmine

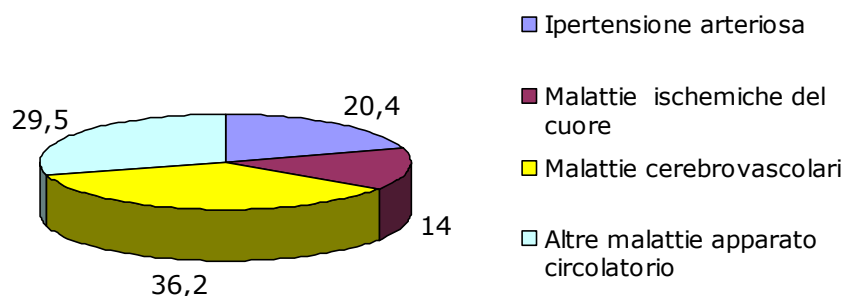


Nell'ASL CN2, nel 2018, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le "Malattie cerebrovascolari" risultano più frequenti nelle femmine (36,2% vs. 33,1%), mentre le "Malattie ischemiche del cuore" sono più frequenti nei maschi (24,6% vs. 14%). A seguire l'"Ipertensione arteriosa" che è causa dell'10,5% dei decessi nei maschi e del 20,4% nelle femmine (Graf. 8-9).

Graf. 8 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2018 – Maschi



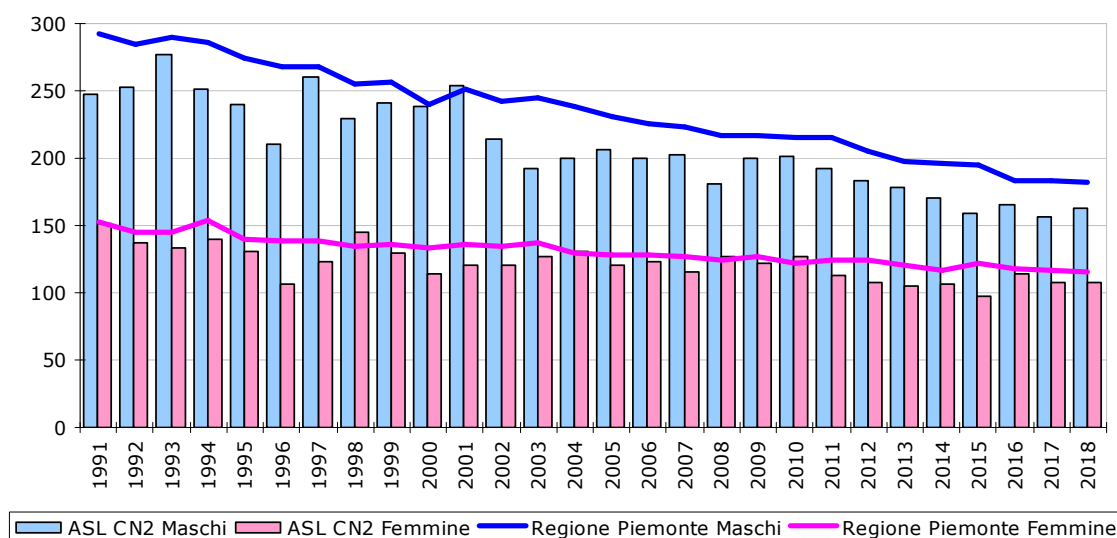
Graf. 9 - Mortalità % malattie dell'apparato cardiocircolatorio ASL CN2. Anno 2018 – Femmine



I **tumori maligni** rappresentano nell'ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (29,1%) che per la popolazione femminile (21,4%) (Graf. 5-6). Nel 2018 la mortalità per tutti i tumori maligni nella ASL CN2 risulta inferiore al dato regionale seppur non statisticamente significativa (Tab. 2-3).

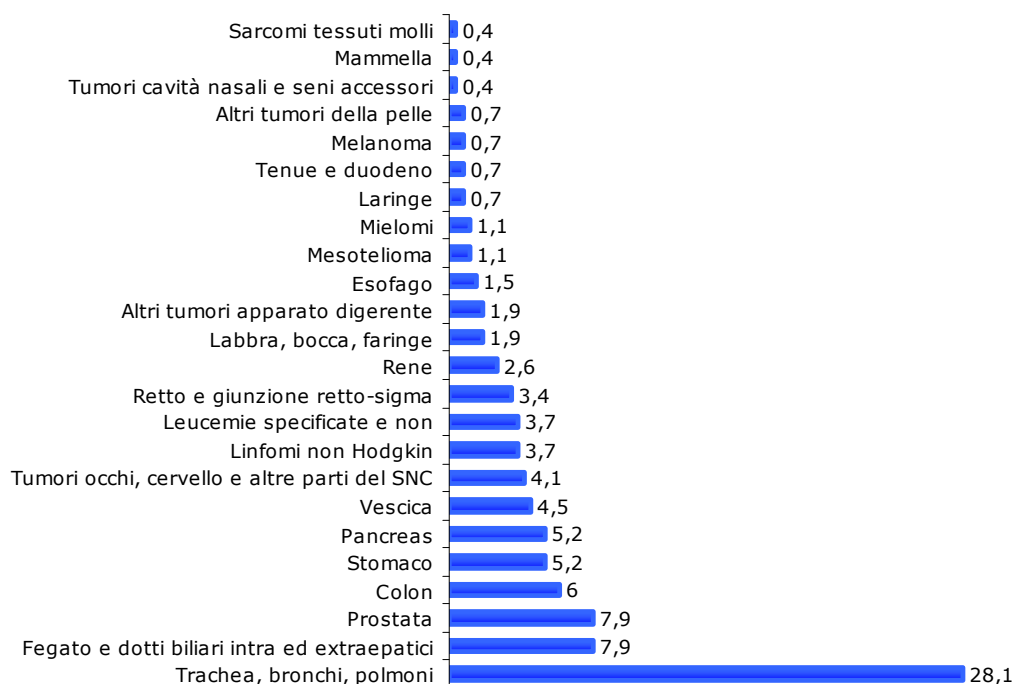
La mortalità per tumori maligni nel periodo 1991 - 2018 è in diminuzione sia per la popolazione maschile che femminile a livello regionale e locale. Relativamente al 2018 si osserva un leggero aumento nella popolazione maschile. I dati registrati risultano inferiori, per entrambi i sessi, a quanto osservato in ambito regionale (Graf 10).

Graf. 10 - Mortalità per tumori maligni - Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2018. Maschi e Femmine

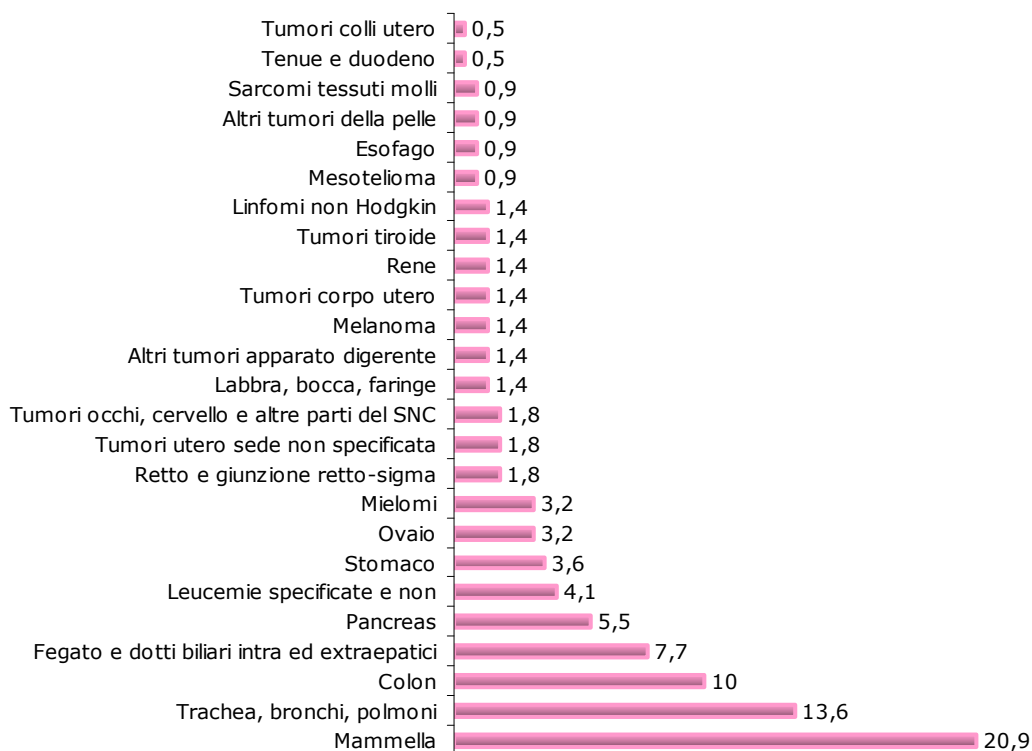


Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi "Trachea-bronchi-polmone" (28,1%), seguito da Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici (7,9%) e Prostata (7,9%) (Graf. 11). Nelle femmine le sedi maggiormente coinvolte sono la "Mammella" (20,9%), e a seguire "Trachea-bronchi-polmone" (13,6%), "Colon" (10%) (Graf. 12).

Graf. 11 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2018. Maschi



Graf. 12 - Mortalità % per tumori maligni ASL CN2 – Anno 2018. Femmine

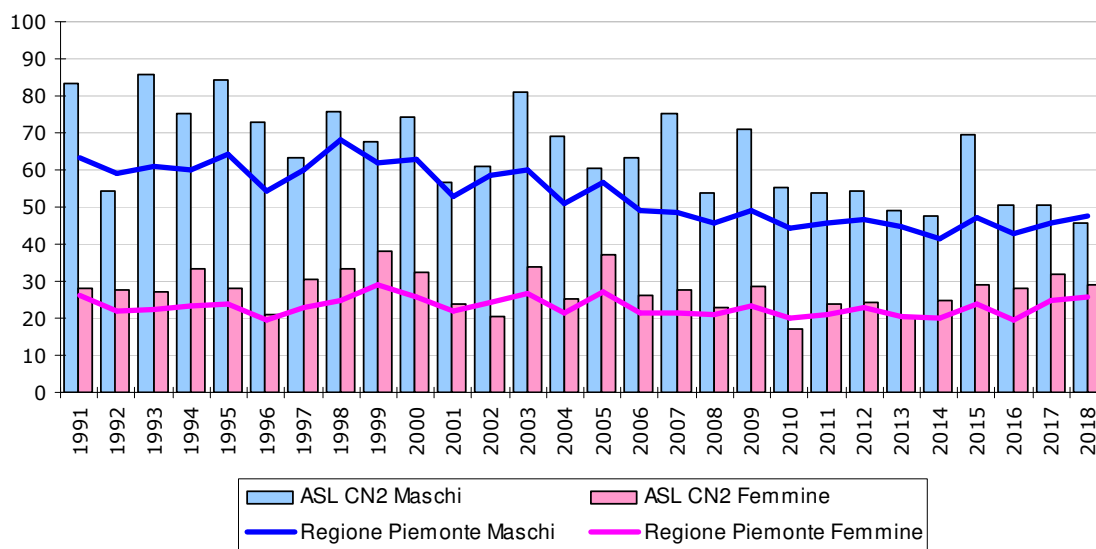


Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 10,4%; femmine 9,2%) (Graf. 5-6).

Nel 2018, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta essere più elevata, rispetto al valore regionale, solo nella popolazione femminile, tale eccesso non è tuttavia statisticamente significativo (Tab 2-3).

I tassi standardizzati mostrano che tale mortalità è in diminuzione dal 1991 al 2014 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. Fa eccezione il dato della popolazione maschile nel 2018, prossimo al valore regionale (Graf. 13).

Graf. 13 – Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2018. Maschi e Femmine



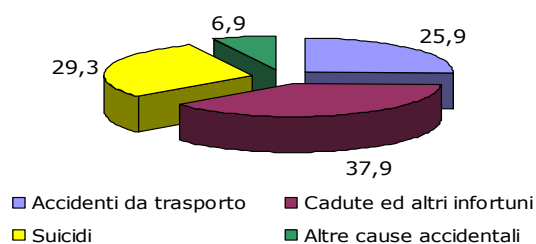
Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2018 del 4,6% dei decessi tra gli uomini e 5,3% tra le femmine (Graf. 5-6). Questi valori non si discostano in modo significativo da quelli regionali. (Tab. 2-3).

I **disturbi psichici** sono nel 2018 causa del 5,1% dei decessi tra le femmine e del 3,5% nella popolazione maschile (Graf. 5-6), senza discostarsi significativamente dal dato regionale (Tab. 2-3).

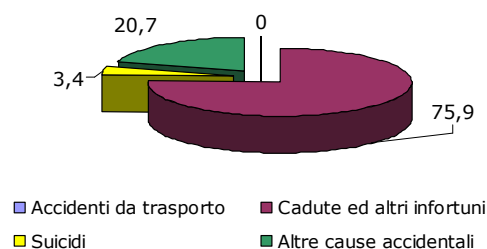
Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2018 dell' 1,9% dei decessi tra gli uomini e del 5,2% tra le femmine (Graf. 5-6). Nella sola popolazione maschile, la mortalità per questo gruppo è significativamente inferiore a quella regionale (Tab.2)

Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2018 del 6,3% tra gli uomini e del 2,8% dei decessi tra le femmine; nella popolazione maschile si osserva un eccesso di mortalità, statisticamente rilevante, rispetto al dato regionale, mentre la popolazione femminile non si discosta da quella regionale in modo significativo. La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle "Cadute ed altri infortuni" rispettivamente per il 37,9% nei maschi e per il 75,9% nelle femmine (Graf. 14- 15).

Graf. 14 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2018 Maschi



Graf. 15 - Mortalità % per le principali cause accidentali ASL CN2 – Anno 2018 Femmine



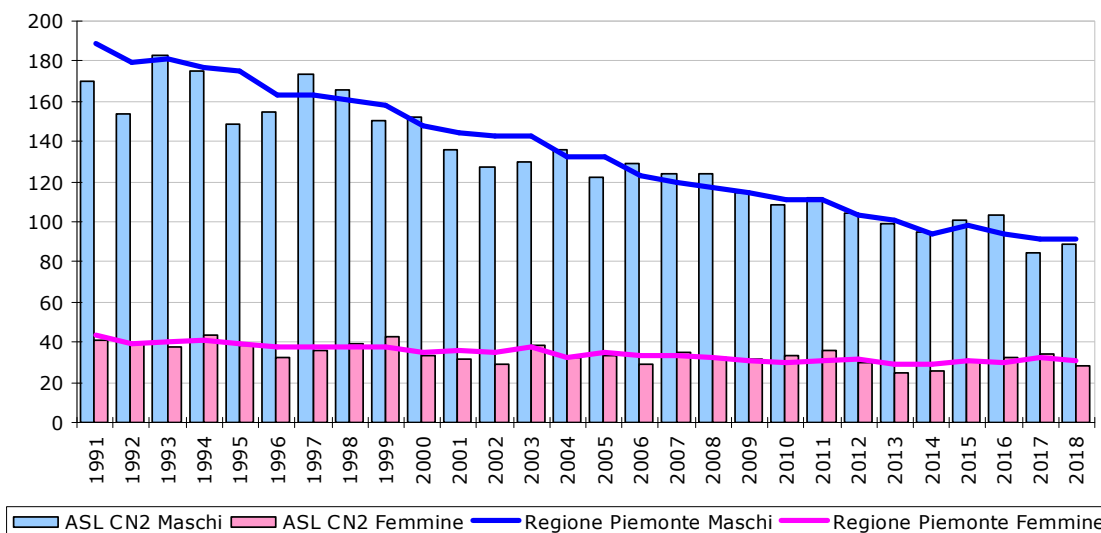
Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, i suicidi sono responsabili del 29,3% dei decessi tra gli uomini e del 3,4% tra le donne, mentre gli incidenti stradali del 25,9% dei decessi nei maschi. Durante il 2018 nessun decesso in seguito a incidente stradale è stato osservato nella popolazione femminile. (Graf. 14-15).

Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie fumo correlate** sono responsabili nel 2018 di 160 decessi tra gli uomini e 79 tra le femmine. Tale mortalità è caratterizzata da un andamento temporale in diminuzione dal 1991 al 2018 sia a livello regionale che locale per entrambi i sessi (Tab. 4, Graf. 16).

Tab. 4 - Mortalità per Malattie fumo correlate ASL CN2 - Anno 2018

Causa di morte	Sesso	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie fumo correlate	Maschi	160	191,86	88,64	100,07	85,15	116,85
	Femmine	79	90,07	28,39	99,46	78,65	124,08

Graf. 16 – Mortalità per malattie fumo correlate – Tassi standardizzati per 100.000 ab.- Anni 1991-2018. Maschi e Femmine



Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2018 di 35 decessi tra gli uomini e 14 tra le femmine; non si osservano differenze rilevanti statisticamente rispetto alla popolazione regionale (Tab. 5).

Tab. 5 - Mortalità per Malattie alcol correlate ASL CN2 - Anno 2018

Causa di morte	Sesso	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie alcol correlate	Maschi	35	42,45	25,56	100,74	70,29	139,89
	Femmine	14	15,68	6,33	89,52	48,44	151,22

La Sorveglianza PASSI consente anche di indagare su alcune condizioni patologiche croniche quali ad esempio **ipertensione, ipercolesterolemia e diabete**. Nel quadriennio 2017-2020 Passi rileva che nella popolazione 18-69 ASL CN2, il 17,5% riferisce una diagnosi di ipertensione, il 18,4% di ipercolesterolemia e il 3,7% di diabete (Tab. 6).

Tab. 6 – Rischio cardiovascolare e diabete ASL CN2, Regione Piemonte. Passi 2017-2020

	ASL CN2			Piemonte		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Ipertensione riferita	17,5	15,4	19,7	19,6	18,7	20,6
Ipercolesterolemia riferita	18,4	16	21	23,2	22,1	24,3
Diabete	3,7	2,8	5	4,3	3,8	4,8

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 2017-2020 (Sorveglianza PASSI), la prevalenza di fumatori è del 26,7%, mentre quella degli ex fumatori del 18,4% (Tab. 7).

Tab. 7 – Abitudine tabagica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2017-2020

	ASL CN2			Piemonte			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Non fumatori	54,9	52,1	57,7	52,9	51,7	54,1	57,6	57,2	58
Fumatori	26,7	24,3	29,3	24,2	23,1	25,3	24,2	23,9	24,5
in astensione	1,1	0,6	1,9	1,2	0,9	1,5	1	0,9	1,1
occasionali	0,5	0,2	1,1	0,8	0,6	1,1	0,6	0,5	0,7
quotidiani	25,1	22,7	27,7	23,3	22,3	24,4	23,5	23,1	23,8
Ex-fumatori	18,4	16,3	20,7	21,8	20,8	22,8	17,3	17	17,6
Numero medio di sigarette fumate	11,4	10,5	12,4	11,4	11	11,8	12,0	11,9	12,1

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,

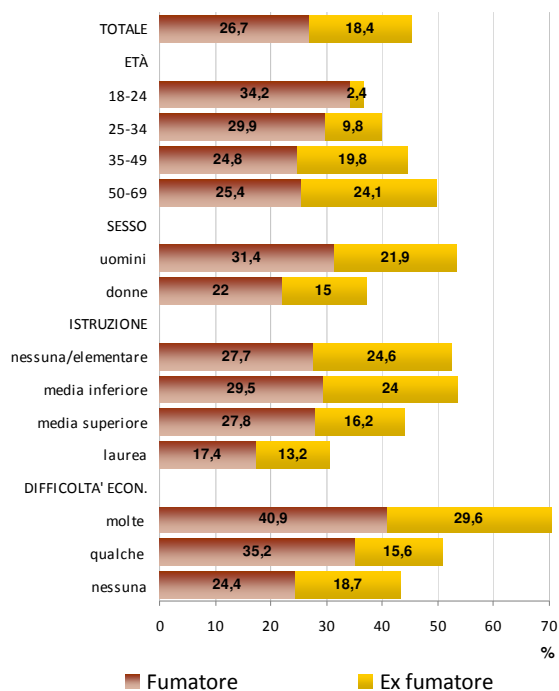
Fumatore occasionale: fumatore che non fuma tutti i giorni,

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

La maggior parte della popolazione adulta (18-49 anni) non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione è maggiore nelle generazioni più giovani (Graf. 17).

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 31,4% e 22%), nelle fasce di età 18-24 (34,2%) e 25-34 (29,9%), nelle persone con una bassa scolarità e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (40,9%). 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 11,4 (Tab. 7). Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 43,6% ha tentato di smettere. Di questi: l'83,2% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); il 9,2% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); il 7,6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno). Solo lo 0,72% di chi ha tentato di smettere di fumare, lo ha fatto partecipando a corsi organizzati dall'ASL.

Graf. 17 – Abitudine tabagica per caratteristiche socio-demografiche, ASL CN2 PASSI 2017-2020



Tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, al 48,1% è stato chiesto se fuma (fumatori 71,5%; non fumatori 37,9%); tra i fumatori il 54,6% ha ricevuto il consiglio di smettere (53% Piemonte e 51% pool ASL Passi). Il consiglio di smettere di fumare è stato dato a scopo preventivo (26,2%), per motivi di salute (12,7%), per entrambe le ragioni (15,7%).

La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: il 97,1% degli intervistati dell'ASL CN2 ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge) (94,7% Piemonte; 91,8% pool ASL Passi); tra i lavoratori intervistati il 96,9% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre (94,5% Piemonte; 94% pool ASL Passi). Il 13,8% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 10,9% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 2,9% 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 (93,1% vs. 86,2%). Nel periodo 2017-2020 (Sorveglianza PASSI), il 69,8% 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 e nazionale (Tab. 8), ma con una percentuale di consumatori a maggior rischio inferiore esclusivamente rispetto al dato regionale. Il 17,1% ha inoltre abitudini di consumo considerate a maggior rischio⁽¹⁾ (complessivamente il 6,6% beve fuori pasto, il 2,1% ha un consumo abituale elevato⁽²⁾, il 11,3% è bevitore binge⁽³⁾) (Tab. 8).

Tab. 8 – Consumo di alcol ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2017-2020.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Consumo alcol	69,8	67,2	72,3	64,7	63,6	65,8	55,4	55	55,7
Consumo fuori pasto	6,6	5,3	8,2	8,7	8	9,4	8,1	7,9	8,2
Consumo abituale elevato ²	2,1	1,4	3,1	3,3	2,9	3,8	2,5	2,4	2,6
Consumo binge ³	11,3	9,6	13,3	12	11,2	12,8	9	8,8	9,2
Consumo a maggior rischio ¹	17,1	15	19,4	20,1	19,1	21,1	16,2	16	16,5
Bevitori a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno dal medico ⁴	8,5	4,8	14,5	6,2	4,8	7,9	6,4	5,9	6,8

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).

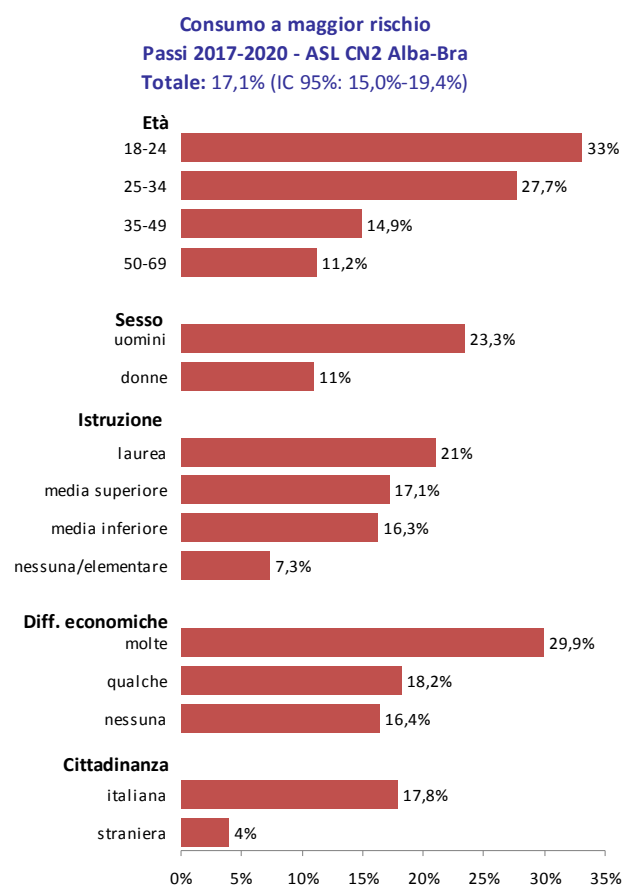
³ 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

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 (33%), tra gli uomini (23,3%) e tra chi ha molte difficoltà economiche (29,9%) (Graf. 18).

Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari dell'ASL CN2 rispetto alle persone con consumo a maggior rischio di alcol: nel periodo 2017-2020, solo l'8,5% di essi riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo; tale percentuale risulta però superiore alla media regionale (6,2%) e a quella del Pool di ASL (6,4%) (Tab. 8).

Graf. 18 - Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio-demografiche ASL CN2 - PASSI 2017-2020



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).

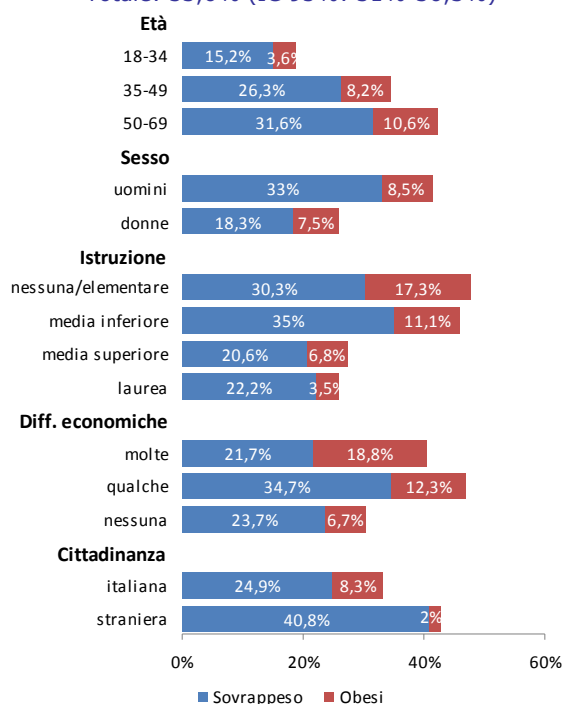
Tab. 9 – Situazione nutrizionale ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2017-2020

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	8	6,6	9,7	10	9,2	10,7	10,8	10,6	11
Sovrappeso	25,6	23,2	28,2	28,6	27,5	29,6	31,6	31,3	32
Normo/sottopeso	66,4	63,7	69	61,5	60,3	62,6	57,6	57,2	57,9

Il 25,6% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2017-2020 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono l'8% (Tab. 9). Gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (33%) e obesi (8,5%) rispetto alle donne (18,3%, 7,5%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche (Graf. 19).

Inoltre tra i soggetti in eccesso ponderale, il 45,9% ha ricevuto il consiglio da parte del proprio medico di famiglia o da altro operatore sanitario di perdere peso (54,4% Piemonte e 46,3% Pool ASL PASSI) e il 38,6% di fare attività fisica, mentre il 21,3% dichiara di seguire una dieta.

Graf. 19 – Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 – PASSI 2017-2020
Totale: 33,6% (IC 95%: 31%-36,3%)



Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** è noto rappresenti un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni, solo il 9,2 % assume le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore inferiore al dato regionale 12,3%, uguale a quello del Pool nazionale 9,2%) (Tab. 10).

Tab. 10 – Consumo di frutta e verdura ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2017-2020.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
0 porzioni	0,8	0,4	1,6	2,1	1,8	2,6	2,6	2,5	2,8
1/2 porzioni	42,6	39,8	45,6	40,9	39,7	42	49,3	48,9	49,6
3/4 porzioni	47,3	44,4	50,2	44,8	43,6	46	38,9	38,6	39,3
5+ porzioni	9,2	7,7	11,1	12,3	11,5	13,1	9,2	9	9,4

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 34,7% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 45% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 20,4% è completamente sedentario (29% Piemonte e 36,6% Pool ASL) (Tab. 11).

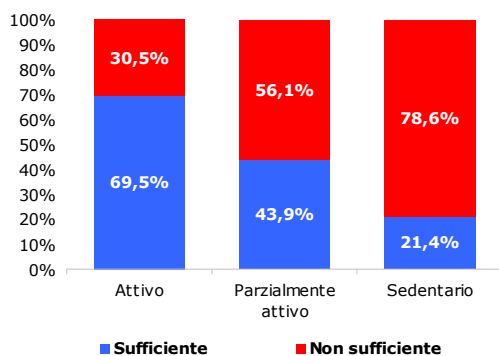
Tab. 11 – Attività fisica ASL CN2, Regione Piemonte, Italia. Passi 2017-2020.

	ASL CN2			Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Attivo	34,7	31,9	37,6	32,9	31,7	34	30,7	30,4	31
Parzialmente attivo	45	42,1	47,9	38,2	37	39,4	32,7	32,4	33
Sedentario	20,4	18,1	22,9	29	27,9	30,1	36,6	36,2	37

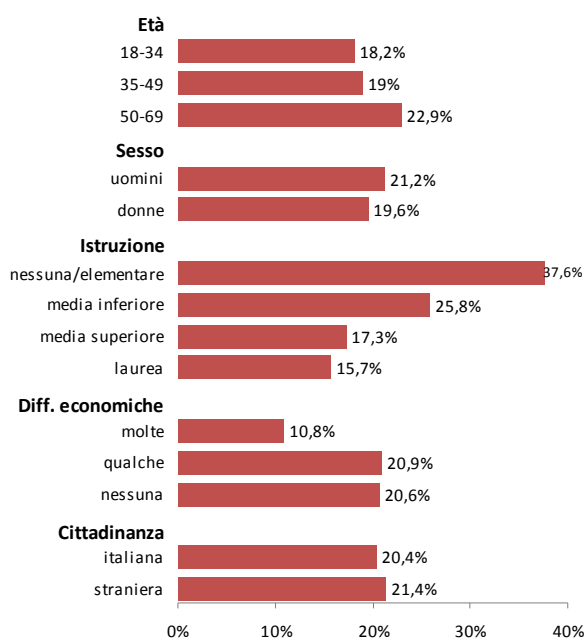
La sedentarietà è lievemente più diffusa in particolar modo, nelle persone con bassa scolarità (Graf. 20).

Il 21,4% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente (Graf. 21).

Graf. 21 – Autopercezione del livello di attività fisica. ASL CN2 – PASSI 2017-2020



Graf. 20 – Sedentari per caratteristiche socio-demografiche. ASL CN2 - PASSI 2017-2020



Il 30,4% 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 (42,4%).

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/>; <https://sorveglianzepassi.iss.it/it/>

Si ringraziano gli intervistatori PASSI 2017-2020 ASL CN2: *Allario Milena, Dogliani Maria Grazia, Fenocchio Maddalena, Ferlauto Paola, Franco Carlevero Nadia, Forte Valentina, Leone Aldo, Magliano Rosa, Marengo Elisabetta, Palma Anna Maria, Pansa Susanna, Serventi Maria Gabriella* - S.C. SISP; *Sorano Nicoletta, Viglino Paolo* - S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione; *Bussolino Paola, Cavallero Luciana, Grasso Bruna, Masenta Marina, Strovegli Maria Gemma* - S.S.D. Medicina dello Sport; *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.

Analisi dei Sistemi di Sorveglianza: profilo di salute dei giovani

Giulia Picciotto, Beraudi Marcella, Laura Marinaro, Giuseppina Zorogniotti

Introduzione

Lo stato di salute dei giovani è fortemente influenzato dal loro stile di vita. È importante quindi che la prevenzione e la promozione della salute nell'età evolutiva siano orientati a migliorare alcuni fattori di rischio modificabili. Il Ministero della Salute con la collaborazione del MIUR promuove il monitoraggio del profilo di salute dei giovani attraverso vari Sistemi di Sorveglianza tra cui **Sorveglianza 0-2** per i primi 1000 giorni di vita compresi tra il concepimento e i primi due anni di età, **OKkio alla SALUTE** per la scuola primaria, **HBSC** e **Gyts** per la scuola secondaria di primo grado e di secondo grado. Questi sistemi rappresentano dei validi strumenti per l'individuazione di azioni mirate a dare una risposta ai bisogni di salute dei giovani.

Sorveglianza 0-2 anni raccoglie informazioni su aspetti relativi alla salute del bambino, quali l'assunzione dell'acido folico prima della gravidanza, il consumo di tabacco e alcol in gravidanza e in allattamento, l'allattamento al seno, la posizione corretta in culla, la lettura ad alta voce, la sicurezza in auto e in casa.

OKkio alla SALUTE fornisce informazioni sullo stato ponderale, le abitudini alimentari, il livello di attività fisica e lo stile di vita dei bambini con età compresa tra 6 e 10 anni delle scuole primarie, monitorando nel corso degli anni l'evoluzione di questi dati.

HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è uno studio internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per l'Europa che si pone l'obiettivo di descrivere lo stato di salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni analizzando sia l'area dei comportamenti (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol, attività sessuale, incidenti e farmaci) sia l'area delle relazioni (rapporti con la scuola, con la famiglia e con i pari).

GYTS è parte di un più ampio sistema globale di sorveglianza sul tabacco (Global Tobacco Surveillance System, Gtss), supportato dall'OMS e dall'Ufficio fumo e salute del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie di Atlanta (Cdc Osh), raccoglie informazioni sulle conoscenze, i comportamenti e l'attitudine al fumo nei ragazzi di 13, 14 e 15 anni.

Determinanti dello stato di salute nei primi 1000 giorni di vita

La promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita, compresi tra il concepimento e i primi due anni di età, è raccomandata a livello internazionale anche al fine di contrastare precocemente le disuguaglianze di salute. In questa finestra temporale le azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi sono in grado non solo di prevenire problemi di salute nel bambino, ma anche di favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e influenzarne positivamente la salute in età adulta.

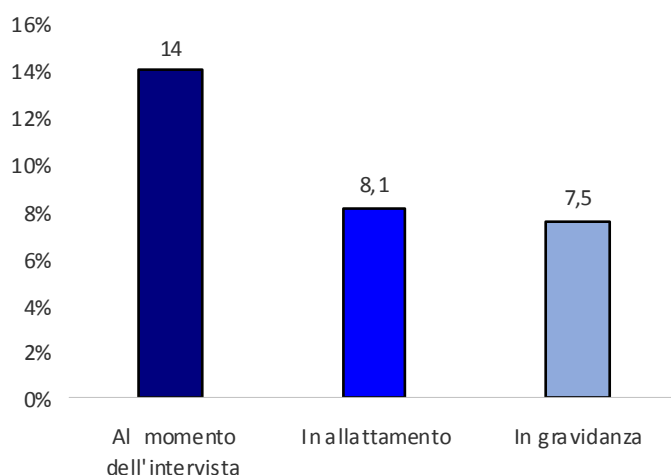
Sorveglianza 0-2 anni

In Piemonte nel periodo 2018-2019, hanno partecipato all'indagine n. 2.897 mamme di bambini fino ai 2 anni di vita condotti presso i Centri Vaccinali per effettuare le vaccinazioni.

L'assunzione di **acido folico** durante la gravidanza è stato riconosciuto come essenziale nella prevenzione di alcune malformazioni congenite. In Piemonte l'assunzione appropriata, a partire da prima del concepimento, ha interessato soltanto il 25,4% delle mamme. Se si considerano soltanto le mamme che hanno riferito di aver programmato la gravidanza o comunque di non essersi attivate per evitarla (pari all'81,0%), la quota che ha assunto acido folico in maniera appropriata aumenta di poco risultando pari al 29,5%.

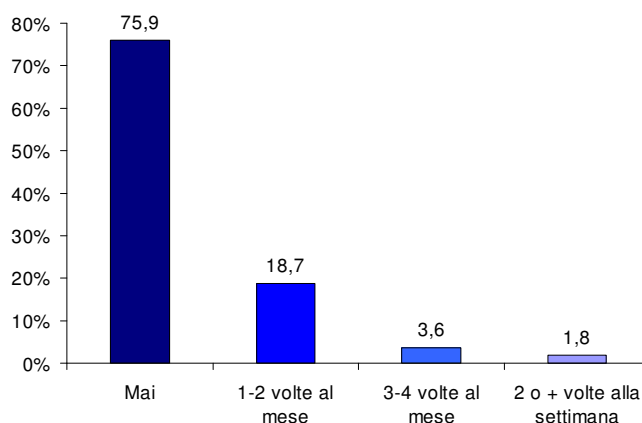
L'abitudine al **fumo** in gravidanza è associata ad aumento di complicazioni prevenibili della gravidanza stessa e della prima infanzia. In Piemonte il 7,5% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza. La quota di fumatrici alla data dell'intervista è risultata pari al 14%. Tra le mamme che alla data dell'intervista stavano allattando, le fumatrici sono risultate pari all'8,1%, valore poco distante da quello osservato in gravidanza (Graf.1). Alla data dell'intervista la percentuale di bambini della Regione con almeno un genitore e/o altro convivente fumatore è risultata pari al 37,2%.

Graf. 1 - Fumo in gravidanza, allattamento e al momento dell'intervista. PIEMONTE - Sistema di sorveglianza 0-2 2018-2019



Il consumo di **alcol** in gravidanza, anche in minime quantità, può pregiudicare la salute e lo sviluppo del feto. In Piemonte il 24,1% delle mamme ha consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza. La percentuale si riduce se si considerano soltanto le frequenze di consumo più elevate: il 3,6% ha dichiarato di aver assunto alcol 3-4 volte al mese e l'1,8% due o più volte a settimana (Graf.2). Il consumo di alcol in allattamento è risultato più diffuso che in gravidanza. Il 38,7% delle mamme che alla data dell'intervista allattavano ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte nel corso del mese precedente.

Graf. 2 - Consumo di bevande alcoliche in gravidanza. PIEMONTE - Sistema di sorveglianza 0-2 2018-2019



L'**allattamento** al seno è un atto importante per la **salute e il benessere del bambino**. In Piemonte rispetto alle raccomandazioni generali dell'OMS, solo poco più di un terzo (34,2%) dei bambini nella fascia di età 4-5 mesi è risultato allattato in maniera esclusiva e solo 4 bambini su 10 (40,8%) tra 12 e 15 mesi assumono latte materno.

Anche le abitudini adottate nei primissimi mesi di vita possono contribuire a un corretto sviluppo del bambino. Una **lettura precoce** al bambino già dai primi mesi di vita contribuisce al suo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. La pratica della lettura condivisa in età precoce aiuta inoltre a contrastare la povertà educativa e prevenire lo svantaggio socio-culturale. Nella settimana precedente l'intervista in Piemonte non è mai stato letto un libro al 30,9% dei bambini nella fascia d'età 6-12 mesi, mentre è risultata pari a 29,5% la quota di bambini a cui sono stati letti libri tutti i giorni della settimana.

L'esposizione a **schermi** (TV, computer, tablet o cellulari) è risultata ampiamente diffusa, interessando il 29,1% dei bambini già nei primi mesi di vita (sotto i 6 mesi di età) e il 67,6% di quelli sopra i 12 mesi, con frequenze di esposizione giornaliere crescenti al crescere dell'età.

Il rischio di incorrere in un **incidente domestico** risulta elevato tra i bambini, in particolare nella fascia d'età fino a 5 anni. Il ricorso a personale sanitario per incidenti occorsi al bambino è risultato non trascurabile, interessando il 6,2% delle mamme di bambini di età inferiore a 6 mesi e circa 1 mamma su 5 (18,8%) nella fascia d'età del bambino sopra i 12 mesi.

Determinanti dello stato di salute nei bambini e ragazzi di età compresa tra 6 e 15 anni

Le **abitudini alimentari** scorrette sono riconosciute tra i principali determinanti con implicazioni dirette sulla salute individuale. L'alimentazione ha un forte impatto sul benessere dell'individuo nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente, ma anche la possibilità di sviluppare, nel tempo, patologie cronico degenerative come cancro, diabete, malattie cardiovascolari ed obesità. Nei giovani, in particolare durante l'adolescenza, il processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute risulta fondamentale, essendo questa un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di trasformazioni fisiche e psichiche.

L'**attività fisica** regolare aiuta a prevenire e curare l'eccesso ponderale, le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione arteriosa. Può inoltre contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui. Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel "Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020" dell'OMS.

Tra i fattori che disincentivano lo svolgimento dell'attività fisica si descrivono le **attività sedentarie**, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, che sono negativamente associate alla salute e al benessere durante l'adolescenza. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze.

L'iniziazione dei giovani al **fumo di tabacco** e all'utilizzo di altre **sostanze** avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che acquisisce sempre maggiore importanza. Definire le modalità e la diffusione di consumo tra i giovani permette di costruire politiche efficaci di contrasto di tali comportamenti a rischio. In accordo con il "Global burden of disease, injuries and risk factors study"- 2013, l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali fattori di rischio per morti premature e morbidità, espressa in termini di anni di vita adattati alla disabilità (disability-adjusted life years, DALYs). La riduzione del consumo di sostanze è quindi, per l'OMS, fra gli obiettivi prioritari in tema di promozione della salute.

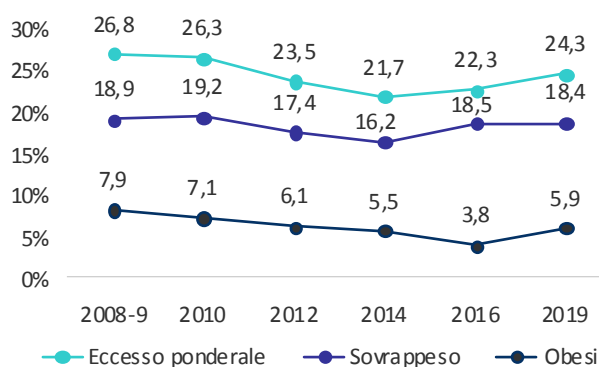
Gli adolescenti sono inoltre considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al **gioco d'azzardo** perché tendono a sottostimare i rischi e spesso falliscono nel richiedere aiuto o assistenza per problemi di gioco.

OKkio alla salute ASL CN2 2019

Nell'ASL CN2 nel 2019 il campione era costituito da un totale di 386 studenti di età compresa tra i 6 e 10 anni.

Stato ponderale e abitudini alimentari. Il 24% dei bambini (Graf.3) presenta un eccesso ponderale (18,4% sovrappeso, 5,9% obesità) (Piemonte 25,5%, Italia 29,8%). Il 56,5% dei bambini consuma la frutta almeno 1 volta al giorno, il 50,8% la verdura. La frequenza di coloro che consumano dolci, caramelle, cioccolato almeno una volta al giorno è del 20,2% contro il 5,1% delle bibite zuccherate.

Graf. 3 - Andamento ponderale. ASL CN2 - OKkio alla salute 2019



Attività fisica. Il 45% dei bambini effettua giochi di movimento almeno un'ora al giorno almeno 5 giorni a settimana. Il giorno precedente l'indagine l'8,4% dei bambini è risultato fisicamente inattivo (Piemonte 14%, Italia 20,3%). Secondo i genitori il 25,2% dei bambini si è

recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece il 74,8% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.

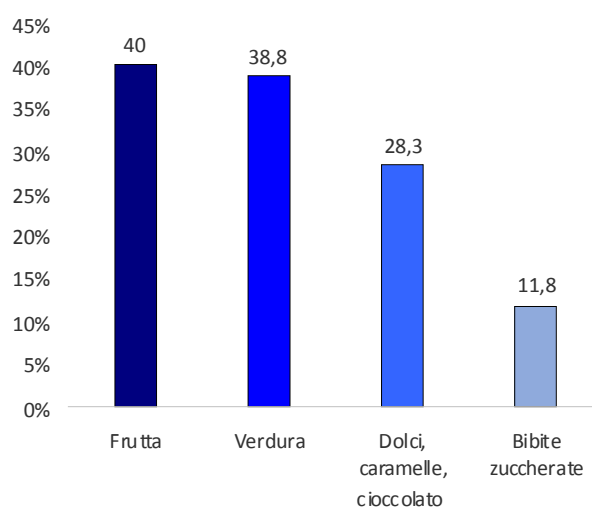
Attività sedentarie. La percentuale dei bambini che dedica da 0 a 2 ore al giorno a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare è del 64,9% durante la settimana contro il 14,6% nel fine settimana. Il 4,1% dei bambini è esposto alle medesime attività sedentarie per almeno 5 ore al giorno durante la settimana, contro il 40,8% nel fine settimana.

HBSC Piemonte 2018

In Piemonte nel 2018 il campione era costituito da un totale di 3.022 studenti di cui: il 33% di 11 anni, il 35% di 13 anni ed il 32% di 15 anni.

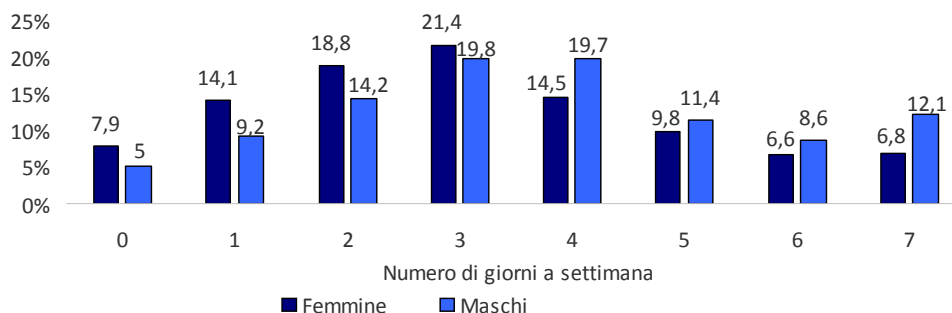
Stato ponderale e abitudini alimentari. Il 15,7% dei ragazzi presenta un eccesso ponderale (13,3% sovrappeso, 2,4% obesità). Solo il 40% dei ragazzi consuma la frutta almeno 1 volta al giorno, il 38,8% la verdura. La frequenza di coloro che consumano dolci, caramelle, cioccolato almeno una volta al giorno è del 28,3% contro l'11,8% delle bibite zuccherate (Graf.4).

Graf. 4 – Consumo quotidiano di alimenti. PIEMONTE - HBSC 2018



Attività fisica. Il 7,9% delle femmine non pratica nemmeno un'ora di attività fisica alla settimana, contro il 5% dei coetanei maschi. Solo il 6,8% delle femmine pratica attività fisica per almeno 1 ora al giorno tutti i giorni della settimana, contro il 12,1% dei coetanei maschi (Graf.5).

Graf. 5 - Giorni di attività fisica per almeno un'ora la settimana. PIEMONTE - HBSC 2018



Attività sedentarie. In settimana il 79% degli undicenni, il 74% dei tredicenni e il 71,7% dei quindicenni trascorre da 0 a 2 ore al giorno in attività sedentarie (tv, video, DVD, schermi) contro il 58,9% degli undicenni, il 49,6% dei tredicenni e il 49,1% dei quindicenni nel fine settimana. Il 4,5% degli undicenni, il 6,9% dei tredicenni e il 6,7% dei quindicenni durante la settimana trascorre almeno 5 ore al giorno nelle medesime attività sedentarie contro il 14,5% degli undicenni, il 18,3% dei tredicenni e il 17,8% dei quindicenni nel fine settimana.

Comportamenti di dipendenza

Fumo: il 27,9% dei quindicenni ha fumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni.

Alcol: il 72,4% dei quindicenni ha consumato alcol almeno una volta nella vita. L'11,5% dei maschi e il 4,8% delle femmine di 11 anni hanno consumato, almeno una volta, 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione nell'ultimo anno. Lo stesso dato arriva al 21,4% dei maschi e al 17,9% delle femmine di 13 anni, fino al 42,6% dei maschi e al 41,9% delle femmine di 15 anni.

Cannabis: il 26% dei quindicenni ha fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita.

Gioco d'azzardo: 1 su 3 dei ragazzi ha provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita, e il 15% avrebbe un comportamento a rischio o problematico.

GYTS Italia 2018

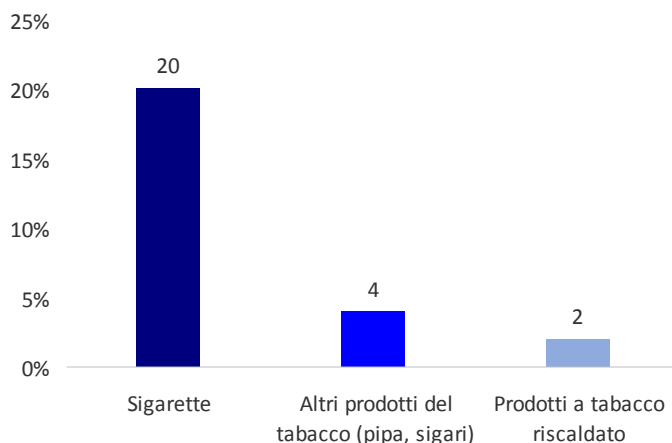
In Italia nel 2018 il campione era costituito da un totale di 1680 studenti.

Fumo: il 20% dei ragazzi di età compresa tra i 13 e i 15 anni è fumatore di sigarette, il 4% di altri prodotti del tabacco (pipa, sigari), il 2% di prodotti a tabacco riscaldato (Graf.6). La fascia di età prevalente dell'iniziazione al fumo di sigaretta è quella della scuola secondaria di primo grado (10-13 anni).

Il 40% dichiara di voler smettere di fumare, e il 59% di aver fatto almeno un tentativo di smettere di fumare nell'ultimo anno.

L'87% dei ragazzi ha una buona consapevolezza degli effetti del fumo ritenendolo dannoso per la salute.

Graf 6. - Abitudine al fumo. ITALIA - GYTS 2018



Conclusioni

Nella popolazione pediatrica persistono comportamenti che non sempre incontrano le indicazioni fornite dall'OMS. Solo una parte dei bambini raggiunge il livello di attività fisica raccomandato e ha abitudini alimentari che possano essere considerate equilibrate e corrette. È purtroppo invece cospicuo il tempo trascorso in attività sedentarie (tv, video, DVD, schermi) e sono inoltre diffusi nei ragazzi comportamenti di dipendenza.

Bibliografia

<https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
<https://www.epicentro.iss.it/hbsc/>
<https://www.epicentro.iss.it/gyts/pdf/GYTS%20Italia.pdf>
<https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/>

Stima dell'eccesso di Mortalità nei Comuni di Alba e Bra durante l'epidemia COVID-19 del 2020

Elio Laudani, Annamaria Gianti, Laura Marinaro, Giuseppina Zorogniotti

Introduzione

Sistemi di sorveglianza basati sulla registrazione della mortalità generale (morti per tutte le cause della popolazione residente) sono spesso usati per quantificare l'impatto sulla salute pubblica di molti patogeni, per esempio quelli che determinano le pandemie influenzali^(1,2). Questa indagine descrittiva vuole mettere in luce come, durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2 che ha interessato l'Italia nell'anno 2020 (cosiddette prima e seconda ondata), si è modificata la mortalità per tutte le cause nella popolazione residente nei due principali Comuni dell'ASLCN2.

Materiali e metodi

I dati di mortalità aggregati per Comune sono stati estratti dal Registro delle Cause di Morte dell'ASLCN2, gestito dalla S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione.

Il computo dei morti si estende nel periodo temporale dal 1.1.2020 al 31.12.2020, i morti attesi sono quelli dell'analogo periodo dell'anno 2019. Si suppone uno stato di equilibrio migratorio e di natalità nei due periodi confrontati.

Per il confronto tra medie si è utilizzata l'analisi della varianza (ANOVA) utilizzando il Pacchetto Statistico OPEN-EPI.

In analogia al monitoraggio europeo della mortalità generale (www.euromomo.org) si è anche utilizzato l'indice detto "zeta score" = (valore osservato-valore medio)/deviazione standard.

Risultati

La tabella seguente mostra il numero di morti nei Comuni oggetto dell'indagine.

Tabella 1 - Morti osservati (2020) e morti attesi (2019), Comuni di Alba e Bra. Frequenze assolute.

MESE	2019 ALBA	2020 ALBA	2019 BRA	2020 BRA	2019	2020	0-A	0/A
GEN	27	44	33	27	60	71	11	1,183333
FEB	33	35	40	32	73	67	-6	0,917808
MAR	28	27	29	27	57	54	-3	0,947368
APR	29	26	27	45	56	71	15	1,267857
MAG	29	28	31	18	60	46	-14	0,766667
GIU	38	25	22	19	60	44	-16	0,733333
LUG	22	37	38	25	60	62	2	1,033333
AGO	39	26	27	30	66	56	-10	0,848485
SET	16	29	15	28	31	57	26	1,83871
OTT	32	41	32	30	64	71	7	1,109375
NOV	24	67	25	51	49	118	69	2,408163
DIC	26	56	35	45	61	101	40	1,655738
TOTALE	343	441	354	377	697	818	121	1,173601

Tabella 2 - Medie, Deviazione Standard e Z Score

	ALBA 2019	ALBA 2020	BRA 2019	BRA 2020
MEDIA	28,6	36,7	29,5	31,4
DEVIAZIONE STANDARD	6,5	13,3	6,9	10,4
Z SCORE		1,24		0,27

Il confronto tra medie (2019 vs 2020) effettuato con ANOVA è statisticamente significativo in entrambi i Comuni ($p < 0,05$). Lo Z score misura la deviazione dalla media ed esprime in "unità standard" lo scostamento da un valore atteso (in questo caso il riferimento all'anno 2019).

Discussione

Il periodo epidemico COVID-19 ha modificato in maniera significativa la mortalità per tutte le cause nei due principali comuni dell'ASL CN2. L'eccesso di mortalità generale osservato non è dovuto a oscillazioni casuali e conferma il generale fenomeno demografico scatenato dall'epidemia mondiale da SARS-CoV-2.

Bibliografia

1. Faust J.S., Lin Z., Del Rio C. Comparison of Estimated Excess Deaths in New York City During the COVID-19 and 1918 Influenza Pandemics. *JAMA Netw Open*. 2020 Aug 3;3(8):e2017527. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.17527. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 1;3(9):e2021496. PMID: 32789512; PMCID: PMC7426746.
2. Charu V., Simonsen L., Lustig R., Steiner C., Viboud C. Mortality burden of the 2009-10 influenza pandemic in the United States: improving the timeliness of influenza severity estimates using inpatient mortality records. *Influenza Other Respir Viruses*. 2013 Sep;7(5):863-71. doi: 10.1111/irv.12096. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23419002; PMCID: PMC3674131.
3. New York City Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH) COVID-19 Response Team. Preliminary Estimate of Excess Mortality During the COVID-19 Outbreak - New York City, March 11-May 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 May 15;69(19):603-605. doi: 10.15585/mmwr.mm6919e5. PMID: 32407306.
4. Blangiardo G.C. "Scenari sugli effetti demografici di COVID-19 per l'anno 2020" Rapporto ISTAT 2020.
5. Rapporto ISTAT 4/6/2020 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente"
6. Davoli M., De' Donato F., De Sario M. et al. Andamento della Mortalità Giornaliera (SiSMG) nelle città italiane in relazione all'epidemia di Covid-19. Dipartimento Epidemiologia SSR Regione Lazio. https://www.comune.palermo.it/js/server/uploads/_14122020184246.pdf
7. www.euromomo.org

Indicatori dell'attività USCA – CN2 (gennaio-agosto 2021)

Elio Laudani, Mirko Panico, Federico Castiglione

Premessa

In questa indagine descrittiva sono illustrati alcuni indicatori riferiti ai pazienti dimessi nel periodo Gennaio-Agosto 2021 (1-1-21/31-08-21) dalle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

La casistica analizzata è costituita da 1.818 pazienti dimessi e registrati sul Portale utilizzato per l'attività corrente dai Servizi Distrettuali, compresi i Medici di Medicina Generale e dai medici USCA dell'ASL CN2 (Sistema Informativo ECWMED).

I dati della popolazione residente, utilizzati per calcolare i tassi, sono tratti dalla banca Demografica on-line della Regione Piemonte⁽¹⁾.

Risultati

Nel corso del periodo temporale considerato si è assistito, dopo la cosiddetta "terza ondata" dell'inverno 2021, ad un trend discendente nel tempo, passando dai 599 pazienti dimessi nel mese di marzo ai 19 dimessi in agosto (figura 1).

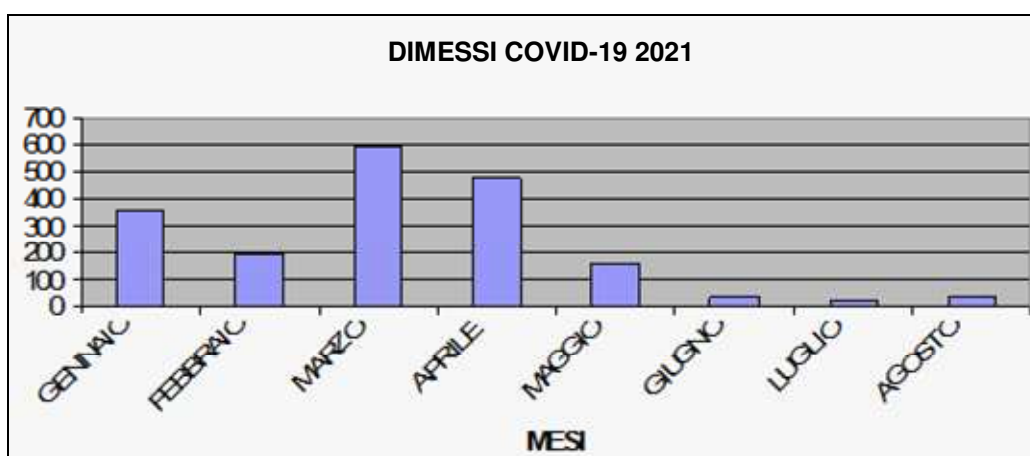


Figura 1. Andamento nel periodo del numero di dimissioni USCA

L'analisi delle caratteristiche anagrafiche dei pazienti dimessi evidenzia un'età media di 65.3 anni, con una mediana di 67.0 anni ed una netta prevalenza di pazienti over 70, come da figura 2.

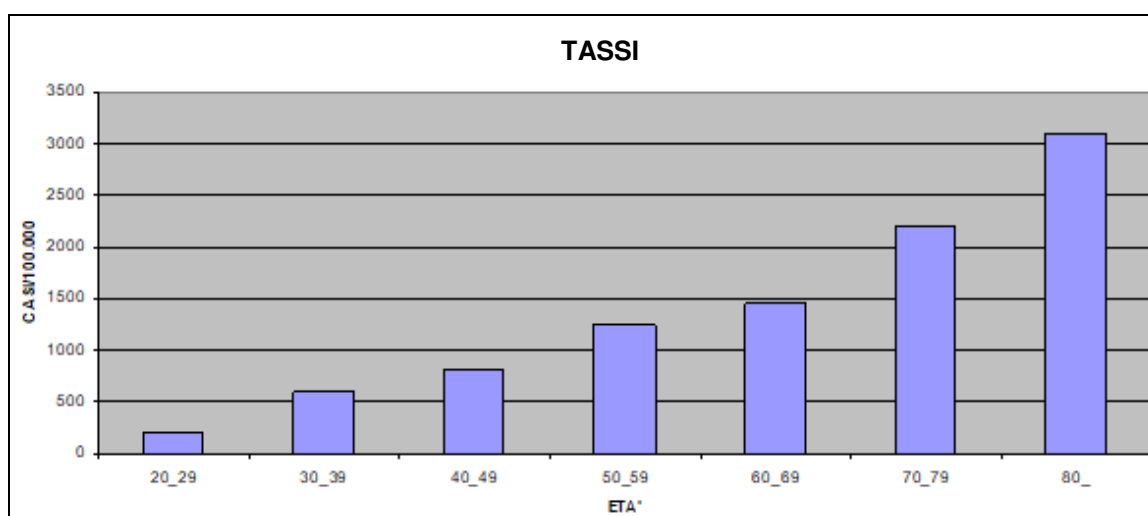


Figura 2. Casi presi in carico (casi totali 1818)

In totale si sono registrati 594 accessi domiciliari, a carico prevalentemente di pazienti clinicamente critici per la condizione COVID o fragili per età/comorbidità.

Abbiamo quindi focalizzato l'attenzione sull'esito clinico, cercando di evidenziare le caratteristiche anagrafiche dei pazienti deceduti rispetto ai sopravvissuti.

I dati raccolti mostrano che 142 pazienti sono deceduti, pari al 7.8% dei pazienti presi in carico. Va precisato che alcuni di questi pazienti sono deceduti successivamente al loro trasferimento in Ospedale per aggravamento del quadro clinico.

L'età media dei pazienti deceduti è risultata significativamente superiore all'età media dei guariti, 83.9 anni contro 63.5 (tabella 1), con un evidente peggioramento dell'outcome soprattutto nelle fasce d'età più avanzate (figura 3).

<u>ESITO=PZ DECEDUTO</u>	Obs	Mean	Std Dev
	142	83,8944	10,6423

<u>ESITO=PZ GUARITO</u>	Obs	Mean	Std Dev
	1676	63,4937	17,5256

Tabella 1. Variabile età ed outcome

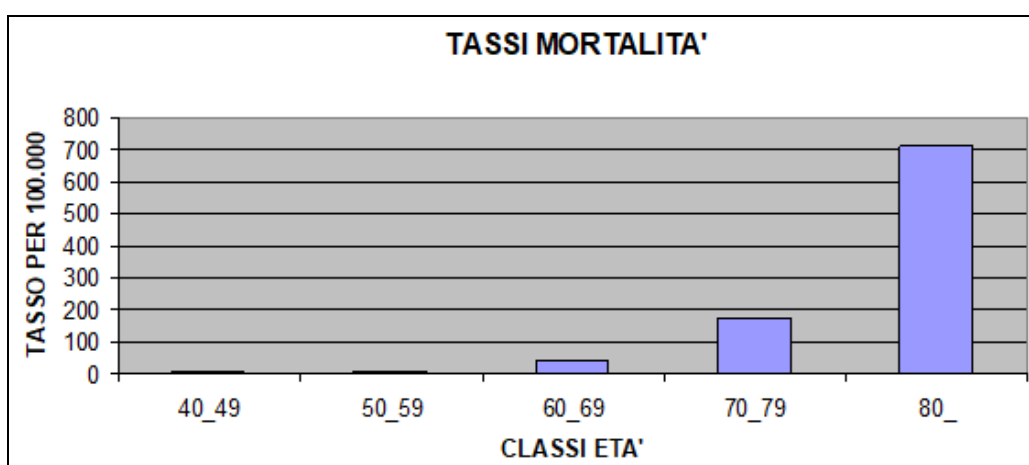


Figura 3. Mortalità (142 Casi)

La relazione tra peggioramento dell'outcome e l'avanzamento dell'età è ben espresso dal dato che il 71.1% dei decessi si è verificato nella fascia d'età sopra gli 80 anni (tabella 2).

CLASSE DI ETA'	DECESSI	%
<70ys	12	8,5
70-79ys	29	20,4
≥80ys	101	71,1

Tabella 2. Distribuzione dei decessi in base alla fascia d'età

Su 142 decessi riportati, il rapporto di letalità (case fatality ratio), rapporto tra deceduti e casi, raggiunge il 36% nel gruppo dei pazienti over 80 (tabella 3).

CLASSE DI ETÀ	CFR %	LIM INF IC 95%	LIM SUP IC 95%
0-39	0		
40-49	1	0,12	3,50
50-59	0,6	0,07	2,10
60-69	3	1,14	5,12
70-79	7	4,70	10,26
80-89	17	13,15	21,77
90 e oltre	36	27,69	44,72

Tabella 3. Case Fatality Ratio (Morti/Casi)

Conclusioni

La presente osservazione costituisce una disamina dell'attività delle USCA CN2 in questo secondo anno di emergenza COVID, nel quale l'organizzazione sanitaria già rodada ed un andamento talvolta meno "tumultuoso" della malattia hanno consentito di raccogliere dati suscettibili di esame.

Pur con i limiti connessi ad un'analisi descrittiva della casistica in base ai dati registrati, senza i caratteri di uno studio clinico programmato, nella nostra esperienza si conferma il trend osservato nelle esperienze cliniche occidentali.

In particolare si osserva il netto prevalere, in una popolazione COVID non ospedalizzata, dei pazienti più anziani. Analogamente in questa tipologia di pazienti si conferma il peggioramento progressivo dell'outcome con l'avanzare dell'età.

Bibliografia

1. Intranet RuparPiemonte: *PiSTA - Piemonte Statistica e B.D.D.E.*
<http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp>

Effetto di una dose di vaccino anti SARS-CoV-2 in una RSA durante un focolaio epidemico

Elio Laudani, Annamaria Gianti, Enzo Abrigo, Sara Brezzo

Introduzione

Un focolaio epidemico da virus SARS-CoV-2 si è sviluppato, a partire da fine anno 2020, in una piccola RSA (Comune di Pocapaglia ASLCN2 Piemonte). Questa RSA ha 50 posti letto per anziani. È possibile che il focolaio epidemico sia originato da un caso indice (operatore sanitario) che ha iniziato a manifestare sintomi di COVID-19 il 29.12.2020.

Questa indagine illustra, oltre alla curva epidemica, effetti e problemi di un intervento di prevenzione (vaccinazione) messo in atto in tempi brevi e compatibili con vincoli organizzativi. L'epidemia si è esaurita il 25.01.2021, data a partire dalla quale non si sono trovati nuovi casi.

Materiali e metodi

Le definizioni degli eventi oggetto di osservazione sono di seguito descritte.

Definizioni

OUTCOME:

- 1) CASO = POSITIVITÀ a TEST RT-PCR durante il periodo di sorveglianza di 20 giorni post vaccino
- 2) CASO SINTOMATICO = PRESENZA di SINTOMI RESPIRATORI o FEBBRE e POSITIVITÀ al TEST RT-PCR durante il periodo di sorveglianza di 20 giorni post vaccino

GRUPPO TRATTATO E CONTROLLO:

- 1) VACCINAZIONE ESEGUITA IL 9-01-2021 o il 15-01-2021
- 2) GRUPPO CONTROLLO = NON VACCINATI

L'andamento dell'epidemia è rappresentato con un grafico a istogrammi, sulla base dei casi giornalieri. Per smussare i picchi dovuti alla variabilità giornaliera, l'epidemia è stata anche illustrata con un grafico a media mobile su 7 giorni. La serie dei casi (immaginata come modello di progressione geometrica) è stata studiata, a partire dai dati di media mobile, con l'Indice di Replicazione Diagnostica (Rdt) con intervallo seriale di 5 giorni.

L'analisi dei dati per la valutazione dell'efficacia vaccinale ha escluso i casi positivi prima del 9.1.2021, data di somministrazione della prima dose di vaccino.

Il parametro di occorrenza utilizzato è stato l'Hazard Ratio (HR) calcolato con il metodo di Kaplan-Maier (pacchetto statistico Epi-info versione 7).

Il periodo di osservazione (follow-up) si è esteso dal 9.1.2021, data del primo accesso in struttura dell'équipe vaccinale, o dal 15.1.2021, data dell'accesso successivo, fino al giorno antecedente l'esecuzione delle seconde dosi di vaccino (20 giorni dalla prima somministrazione). Durante il follow-up si è eseguita una sorveglianza sanitaria con ricerca attiva dei casi su tutto il personale della RSA, sia ospiti che operatori. Tale sorveglianza sanitaria è avvenuta con l'utilizzo di tampone naso-faringeo (test RT-PCR per SARS-CoV-2 eseguito ogni 6 giorni durante il follow-up) sia nel gruppo trattato che nel gruppo di controllo. La sorveglianza si è estesa per l'intervallo di tempo che va dalla somministrazione della prima dose (tempo t_0), il 9.1.2021 o il 15.1.2021, per 20 giorni, nel gruppo trattato (arruolamento diacronico) e, ugualmente, dal 9.1.2021, per 20 giorni, nel gruppo di controllo.

Nel modello statistico sono stati calcolati i giorni-persona nel gruppo trattato e nel gruppo controllo a partire da t_0 .

L'efficacia vaccinale è stata calcolata dalla formula: $EV = 1 - HR$.

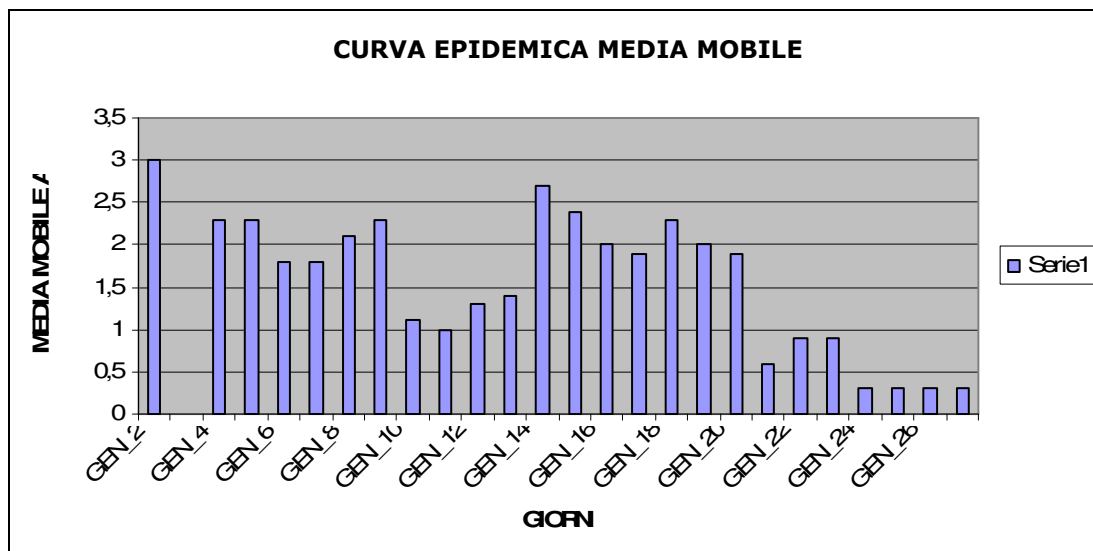
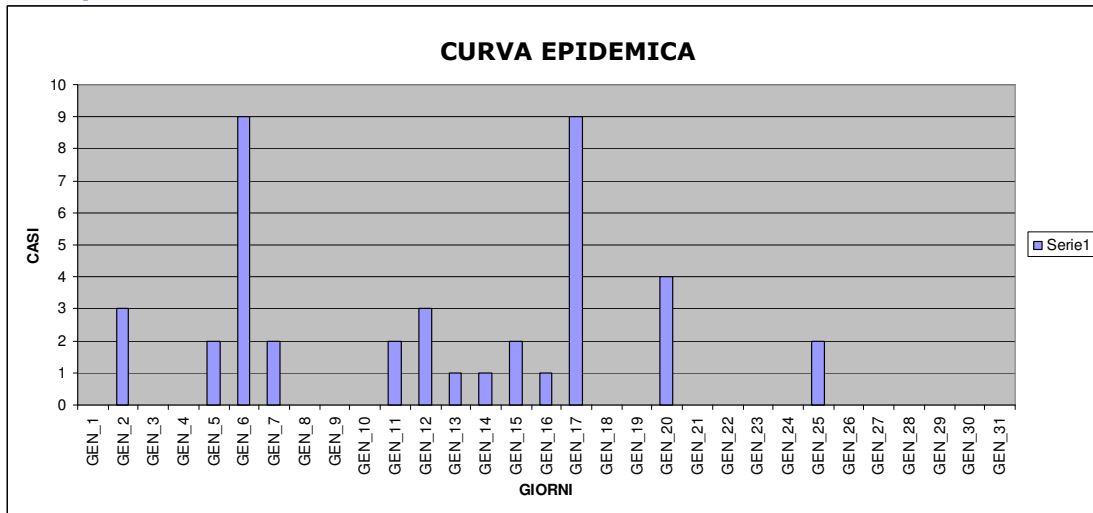
I dati analizzati, forniti dalla Direzione della RSA, sono rigorosamente in forma anonima.

Il gruppo di controllo (non vaccinati) è costituito da persone che non hanno rilasciato il consenso alla vaccinazione.

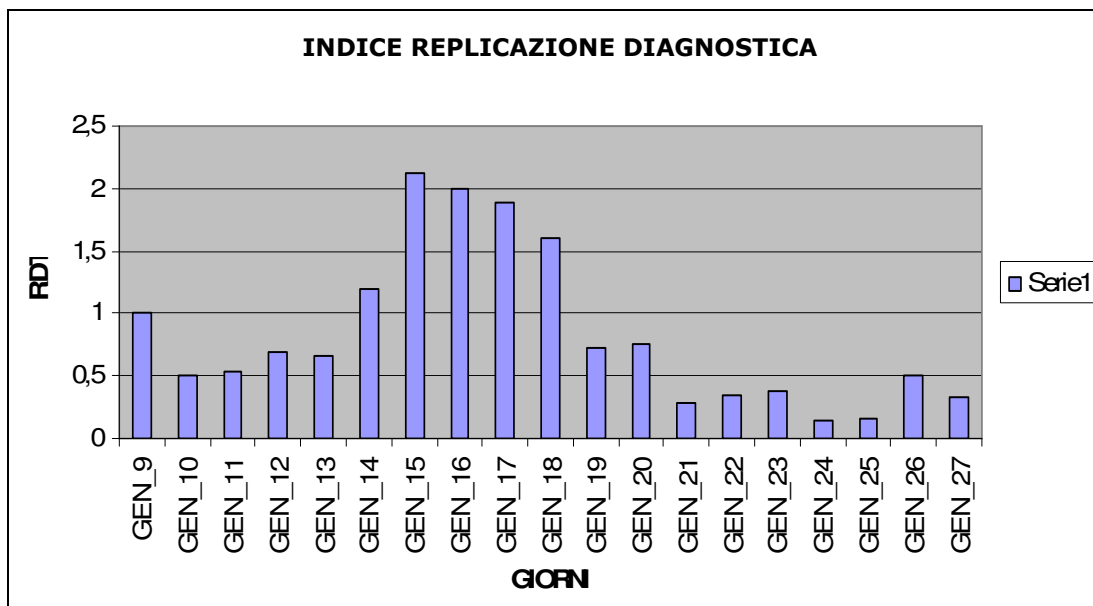
Si è valutato solo l'effetto della prima dose di vaccino sulla diffusione del focolaio epidemico.

Risultati

Curve epidemiche



Indice replicazione diagnostica (Rdt)



Vaccinazione

VACCINATI

DATA ESECUZIONE PRIMA DOSE:

9-1-2021: 34 VACCINATI (83,3%)

15-1-2021: 7 VACCINATI (16,7%)

ETA' VACCINATI

	MEDIA	SD	MEDIANA
ETA'	65,6	18,5	65

CASI NEI VACCINATI

	POSITIVI	% POSITIVI	NEGATIVI
TEST RT-PCR	20	45,2%	23

CASI SINTOMATICI NEI VACCINATI

	SINTOMATICI	% SINTOMATICI	ASINTOMATICI	% ASINTOMATICI
TEST RT-PCR POSITIVO	3	15%	17	85%

GRUPPO CONTROLLO: NON VACCINATI

ETA' NON VACCINATI

	MEDIA	SD	MEDIANA
ETA'	59	24,1	53

CASI NEI NON VACCINATI

	POSITIVI	% POSITIVI	NEGATIVI
TEST RT-PCR	4	50%	4

CASI SINTOMATICI NEI NON VACCINATI

	SINTOMATICI	% SINTOMATICI	ASINTOMATICI	% ASINTOMATICI
TEST RT-PCR POSITIVO	2	50%	2	50%

Stime efficacia vaccino

a) Efficacia su infezione

Term	Hazard Ratio	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
GRUPPO(Yes/No)	0,7169	0,2437	2,1089	-0,3329	0,5505	-0,6046	0,5454

Convergence:	Converged
Iterations:	3
-2 * Log-Likelihood:	169,8019

Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	0,3675	1	0,5444
Likelihood Ratio	0,3385	1	0,5607

E.V. = $1 - 0,72 = 28\%$

b) Efficacia su malattia Covid-19

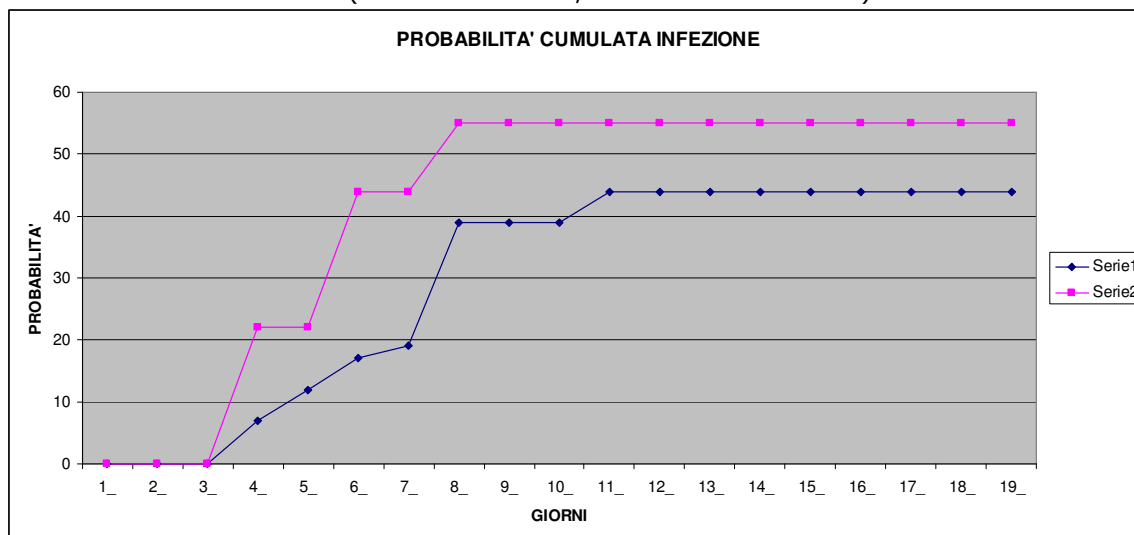
Term	Hazard Ratio	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
GRUPPO (Yes/No)	0,2232	0,0371	1,3422	-1,4995	0,9152	-1,6384	0,1013

Convergence:	Converged
Iterations:	4
-2 * Log-Likelihood:	35,5948

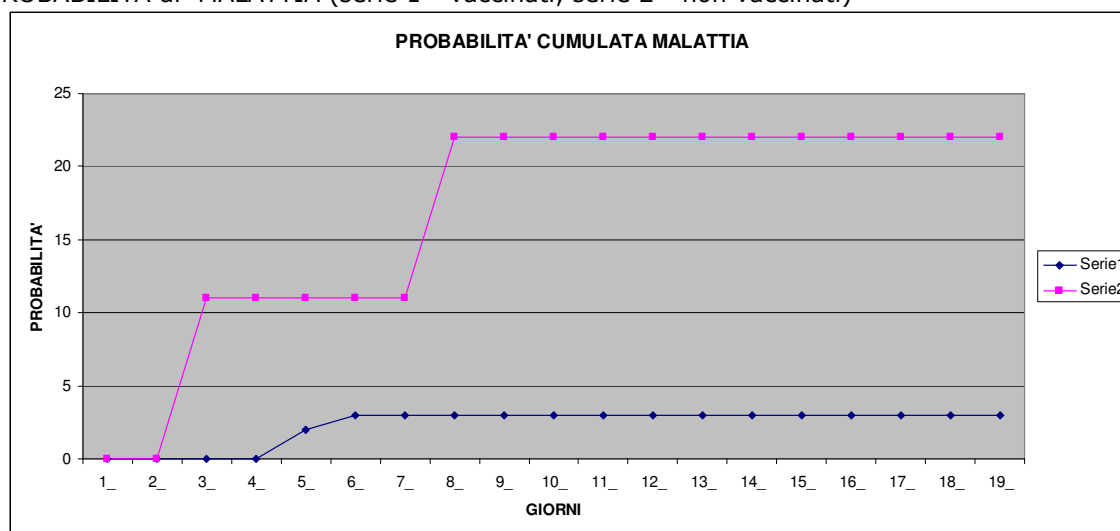
Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	3,2201	1	0,0727
Likelihood Ratio	2,2687	1	0,1320

E.V. = $1 - 0,22 = 78\%$

PROBABILITÀ di INFEZIONE (serie 1= vaccinati, serie 2= non vaccinati)



PROBABILITÀ di MALATTIA (serie 1= vaccinati, serie 2= non vaccinati)



Discussione

Da quando è disponibile un vaccino efficace contro la malattia COVID-19 (Vaccino Pfizer-BioNTech) è ragionevole ritenere che il suo utilizzo possa avvenire anche nel contesto di un focolaio epidemico, per contrastarne l'espansione^(1,2,3).

Questa ipotesi di intervento di prevenzione è stata rapidamente messa in atto, nella popolazione di ospiti e operatori della RSA oggetto di questa indagine. Si tratta di un esempio di operazione preventiva in una comunità chiusa, con alto rischio di propagazione tra le persone presenti, molte delle quali, gli ospiti anziani, in condizione di fragilità biologica.

Sebbene l'azione preventiva del vaccino non possa essere distinta dall'effetto delle misure di distanziamento sociale e dai gesti barriera, prontamente adottati nella RSA, dal confronto tra il gruppo vaccinato e quello non vaccinato, emerge un possibile effetto positivo, già di una prima dose di vaccino, per arginare la malattia COVID-19. E' evidente però che l'esigua numerosità del campione non permette robuste conclusioni.

Si può ragionevolmente supporre, nonostante i suddetti limiti, che la prima dose di vaccinazione, in questo specifico focolaio, in una comunità chiusa e nei tempi specifici di esecuzione dell'intervento, abbia mostrato una sufficiente efficacia sul contrasto della malattia e una trascurabilità di effetti sul diffondersi dell'infezione.

Queste due questioni, circa la farmacodinamica dei vaccini anti SARS-CoV-2, sono ancora da indagare a fondo, anche nel campo della ricerca medica^(2,4,7).

È logico comunque pensare che risultati migliori si sarebbero potuti ottenere concentrando la somministrazione di vaccino in un solo accesso o agendo ancor più precocemente.

Un altro aspetto di rilievo, in un intervento di prevenzione, attiene alla categoria dell'efficienza, cioè alla capacità di determinare incrementi di salute abbinati ad adeguati impieghi di energie, risorse e tempi.

A tal proposito, l'esperienza, che si è sviluppata in questa piccola realtà di provincia, mette in luce una questione di vitale importanza che potrebbe avere ripercussioni pratiche proprio sull'efficienza di una campagna vaccinale di massa che la nostra Nazione ha avviato.

Il riferimento riguarda la procedura per eseguire la vaccinazione Anti - COVID alla quale i servizi di sanità pubblica italiani sono obbligati, oggi, ad attenersi.

Occorre sottolineare che, nello specifico contesto qui descritto, la tempestività dell'intervento non ha potuto essere massima a causa delle inderogabili necessità burocratico - giuridiche alle quali si è tenuti nel contesto sanitario italiano.

L'intervento vaccinale si è espletato in due tempi: il 9.1.2021 e il 15.1.2021, non poteva farsi altrimenti.

Si è dovuto procedere in questo modo, per l'obbligatoria raccolta di documenti che attestino la sottoscrizione formale di un consenso, sia tra le persone capaci di intendere sia tra quelle incapaci.

La redazione di questi atti ha determinato l'impossibilità di vaccinare in un solo giorno e di conseguenza alcune persone hanno ricevuto la prima dose di vaccino a sei giorni dal primo accesso nella struttura dell'équipe vaccinale.

Queste procedure hanno preso tempo e hanno evidentemente amplificato l'intervallo temporale tra le prime diagnosi di infezione nella popolazione della RSA e la somministrazione della prima dose di vaccino alle persone non ancora infettate.

Occorrerebbe, al contrario di ciò che avviene in Italia, procedere come si sta facendo in altre parti del mondo, dove sono utilizzate procedure razionalmente più adeguate, senza ledere il diritto alla libertà individuale^(5,6).

La ragionevole e doverosa critica, brevemente accennata, implica la speranza che, anche nella nostra Nazione, le attività di prevenzione siano meno gravate da formalismi.

Bibliografia

1. Britton A, Jacobs Slifka KM, Edens C, et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine Among Residents of Two Skilled Nursing Facilities Experiencing COVID-19 Outbreaks - Connecticut, December 2020-February 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021 Mar 19;70(11):396-401. doi: 10.15585/mmwr.mm7011e3. PMID: 33735160; PMCID: PMC7976620
2. Dagan N, Barda N, Kepten E et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med.* 2021 Apr 15;384(15):1412-1423. doi: 10.1056/NEJMoa2101765. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33626250; PMCID: PMC7944975.
3. "Interim Clinical Considerations for Use of mRNA COVID-19 Vaccines" CDC February 10, 2021. https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2Fcovid-19%2Finfo-by-product%2Fclinical-considerations.html
4. <https://www.bbc.com/future/article/20210203-why-vaccinated-people-may-still-be-able-to-spread-covid-19>
5. Portfolio de vaccination ANTI-COVID à destination des vaccinés. Ministère des Solidarités et de la Santé France. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portfolio_vaccination_anticovid_professionnels_de_sante.pdf
6. "UK COVID-19 vaccines delivery plan" 11-January 2021 Department of health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/publications/uk-covid-19-vaccines-delivery-plan>
7. Zhou D, Chan JF, Zhou B, et al. Robust SARS-CoV-2 infection in nasal turbinates after treatment with systemic neutralizing antibodies. *Cell Host Microbe.* 2021 Apr 14;29(4):551-563.e5. doi: 10.1016/j.chom.2021.02.019. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33657424; PMCID: PMC7904446.

Stima dell'efficacia vaccinale. Approccio caso-controllo su un piccolo campione di persone infette da SARS-CoV-2

Elio Laudani, Franco Giovanetti, Mirko Panico

Introduzione e metodi

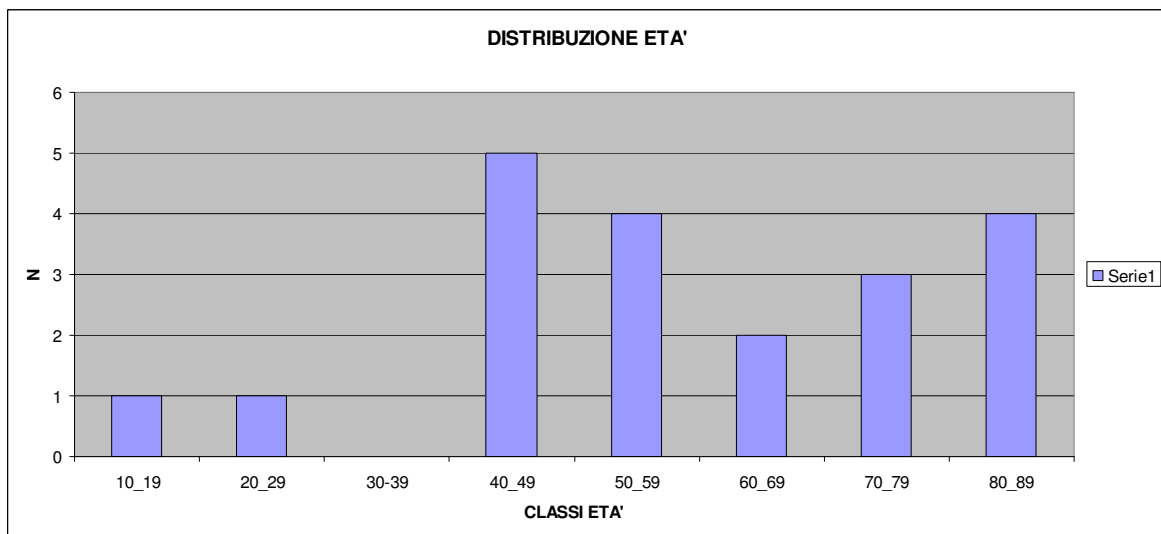
Un piccolo campione estratto dal Registro dei casi utilizzati dalle USCA ha permesso di stimare l'efficacia di 2 dosi di vaccino anti-SARS-CoV-2 sul campo.

Il metodo utilizzato è quello caso-controllo con il calcolo dell'Odds Ratio quale misura di associazione tra malattia ed esposizione.

La numerosità del campione è di 20 osservazioni (casi registrati il 4-11-2021) tratte dal portale USCA (ECW-MED). Quale controllo è stata utilizzata la popolazione generale ASL di cui è nota, alla stessa data, la copertura vaccinale con due dosi.

Risultati

La tabella seguente illustra la distribuzione per età dei casi.



CL_ETAS'	N
10_19	1
20_29	1
30-39	0
40_49	5
50_59	4
60_69	2
70_79	3
80_89	4

ETA'	VACCINO
15	NO
29	SI
40	NO
42	SI
45	SI
47	NO
49	NO
52	NO
52	NO
52	NO
55	SI
64	NO
69	NO
70	NO
70	NO
76	SI
81	NO
87	SI
88	SI
89	SI

La tabella 2x2 seguente illustra le frequenze assolute osservate

	CASI	CONTROLLI
VACCINATI	8	108.161
NON VACCINATI	12	44.809

OR = 0,27 (IC 95%= 0,0097-0,73)

EV = (1-OR)* 100 = 73% (27%-90%)

Conclusioni

L'associazione tra stato di vaccinazione e malattia depone per un ottimo impatto della vaccinazione sulla probabilità di infezione. Gli intervalli di confidenza sono ampi a causa della bassa numerosità campionaria.

A livello locale si conferma ciò che ormai è ben noto sulla base di ampi studi osservazionali internazionali.

Consumo di prestazioni specialistiche della popolazione residente nell'ASLCN2. Case della Salute. Primo semestre 2021

Elio Laudani, Girolamo Trapani, Annamaria Gianti

L'ASL CN2 dispone di un sistema di archiviazione di dati sui consumi sanitari della popolazione residente. Tale sistema, definibile nella categoria dei moderni "Datawarehouse", è comunemente chiamato "Cruscotti".

Il sistema "Cruscotti" rappresenta una sorta di quadro di bordo che, in tempi brevi, descrive l'andamento di una serie di fenomeni sanitari, sottoposti a periodica registrazione per rispondere ai consueti debiti informativi (flussi correnti), nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

A partire da questi dati, qui di seguito si analizzano i consumi sanitari, per le principali attività ambulatoriali, relativi alla popolazione residente nell'ASL CN2 durante il I semestre 2021.

I consumi di prestazioni sanitarie sono riferiti alle 4 Case della Salute operative sul territorio dell'ASLCN2. Le Case della Salute di Alba e Bra, ad oggi, mantengono ancora alcune sedi distaccate (Poliambulatori di Via Diaz, Via Toti e Via Como ad Alba; Poliambulatorio di Via Goito a Bra), che in un futuro prossimo verranno accorpate nelle sedi centrali, corrispondenti ai due ex ospedali.

Le tabelle seguenti illustrano le prestazioni erogate nelle Case della Salute di cui sopra.

Quale indicatore della complessità della singola categoria di prestazione si è utilizzato il valore economico, definito nel nomenclatore tariffario in uso. Nelle tabelle sono indicati sia i valori cumulati sia il valore unitario della prestazione.

Il calcolo delle medie, mediane e deviazioni standard dei valori permette di confrontare tra loro le quattro Case della Salute, in relazione, non solo alla quantità di prestazioni erogate, ma anche alla quantità associata alla complessità delle prestazioni stesse.

Informazioni di questo tipo possono essere utili, nell'ambito dell'analisi dei bisogni sanitari di una popolazione, per programmare l'offerta di servizi sanitari.

Si precisa, in ultimo, che, siccome i dati analizzati si riferiscono ai primi sei mesi dell'anno 2021, è evidente che proiezioni future, sulla base di queste osservazioni, dovranno tenere conto degli effetti che la pandemia da Nuovo Coronavirus ha avuto sulla riduzione di tutte le attività sanitarie non collegate alla malattia COVID-19.

Tabella 1. CASA SALUTE ALBA. Consumo prestazioni specialistiche in ordine decrescente valore. Primo Semestre 2021. Popolazione Residente ASL CN2.

SEDI: 1=Casa Salute; 2=V. Diaz; 3=V. Vida; 4=V. Toti; 5=V. Como; 6=V. Coppino

Specialità	Prestazioni	Valore	Valore unitario
69 - Diagnostica per Immagini (1)	11.319	€ 296.320,10	€ 26,18
NPI (5)	3.121	€ 92.665,40	€ 29,69
SERD (6)	4.400	€ 91.972,70	€ 20,90
09 - Chirurgia Generale (2)	3.942	€ 86.283,10	€ 21,89
DIABETOLOGIA (3)	4.958	€ 74.297,20	€ 14,99
36 - Ortopedia (1)	3.803	€ 56.245,50	€ 14,79
56 - Medicina Fisica e Riabilitazione (4)	2.198	€ 53.691,70	€ 24,43
37 - Ostetricia e Ginecologia (1)	1.108	€ 31.985,80	€ 28,87
91 - Psicologia (3)	1.765	€ 31.755,30	€ 17,99
43 - Urologia (2)	2.231	€ 30.650,20	€ 13,74
34 - Oculistica (2)	1.520	€ 28.518,30	€ 18,76
64 - Oncologia (1)	654	€ 28.006,80	€ 42,82
34 - Oculistica (1)	1.143	€ 27.396,10	€ 23,97
32 - Neurologia (1)	1.530	€ 23.768,80	€ 15,54
CONSULTORIO (2)	1.059	€ 16.432,90	€ 15,52
19 - Endocrinologia (3)	862	€ 14.661,00	€ 17,01
08 - Cardiologia (1)	911	€ 12.715,70	€ 13,96
DSM (2)	851	€ 12.389,00	€ 14,58
35 - Odontostomatologia (3)	503	€ 11.866,00	€ 23,59
38 - Otorinolaringoiatria (2)	664	€ 11.600,40	€ 17,47
91 - Psicologia (3)	519	€ 9.651,70	€ 18,60
52 - Dermosifilopatia (2)	429	€ 8.224,80	€ 19,17
43 - Urologia (1)	50	€ 7.664,00	€ 153,28

Specialità	Prestazioni	Valore	Valore unitario
68 - Pneumologia (1)	385	€ 6.971,10	€ 18,11
19 - Endocrinologia (1)	512	€ 6.402,10	€ 12,50
71 - Reumatologia (2)	391	€ 6.353,50	€ 16,25
91 - Psicologia (2)	298	€ 5.766,70	€ 19,35
43 - Urologia (2)	352	€ 5.361,50	€ 15,23
08 - Cardiologia (2)	254	€ 4.920,60	€ 19,37
26 - Medicina Generale (1)	111	€ 4.872,90	€ 43,90
34 - Oculistica (2)	241	€ 4.488,30	€ 18,62
08 - Cardiologia (2)	294	€ 4.234,40	€ 14,40
39 - Pediatria (1)	212	€ 3.782,00	€ 17,84
09 - Chirurgia Generale (3)	138	€ 1.291,80	€ 9,36
58 - Gastroenterologia (1)	6	€ 487,80	€ 81,30
01 - Allergologia (1)	10	€ 116,00	€ 11,60
09 - Chirurgia Generale (1)	1	€ 12,90	€ 12,90
TOTALE	52.745	€ 1.113.843,50	€ 21,12

Tabella 2. CASA SALUTE BRA. Consumo prestazioni specialistiche in ordine decrescente valore. Primo Semestre 2021. Popolazione Residente ASL CN2.

SEDI: 1=Casa Salute; 2=V. Goito; 3=V. De Gasperi; 4=V. M. Pietà

Specialità	Prestazioni	Valore	Valore unitario
69 - Diagnostica Per Immagini (1)	7.228	€ 246.196,30	€ 34,06
09 - Chirurgia Generale (1)	4.957	€ 74.638,40	€ 15,06
SERD (3)	2.997	€ 60.915,50	€ 20,33
NPI (1)	1.976	€ 60.096,10	€ 30,41
DIABETOLOGIA (1)	3.525	€ 55.182,20	€ 15,65
08 - Cardiologia (1)	1.669	€ 47.910,90	€ 28,71
26 - Medicina Generale (1)	2.834	€ 40.392,20	€ 14,25
91 - Psicologia (1)	2.090	€ 37.512,90	€ 17,95
01 - Allergologia (1)	1.965	€ 28.155,30	€ 14,33
52 - Dermosifilopatia (2)	1.311	€ 25.178,60	€ 19,21
38 - Otorinolaringoiatria (2)	1.276	€ 20.964,00	€ 16,43
56 - Medicina Fisica e Riabilitazione (1)	1.027	€ 20.183,10	€ 19,65
DSM (4)	1.286	€ 18.836,70	€ 14,65
32 - Neurologia (1)	1.010	€ 16.627,50	€ 16,46
35 - Odontostomatologia (2)	349	€ 14.842,00	€ 42,53
34 - Oculistica (2)	485	€ 8.973,30	€ 18,50
19 - Endocrinologia (1)	504	€ 8.966,40	€ 17,79
37 - Ostetricia e Ginecologia (1)	619	€ 8.416,80	€ 13,60
43 - Urologia (2)	395	€ 7.093,50	€ 17,96
CONSULTORIO (2)	413	€ 6.666,40	€ 16,14
08 - Cardiologia (2)	345	€ 6.229,60	€ 18,06
71 - Reumatologia (1)	351	€ 5.413,70	€ 15,42
38 - Otorinolaringoiatria (2)	203	€ 3.996,90	€ 19,69
39 - Pediatria (1)	177	€ 2.863,40	€ 16,18
HOSPICE (1)	136	€ 2.503,20	€ 18,41
19 - Endocrinologia (1)	151	€ 2.454,90	€ 16,26
32 - Neurologia (2)	120	€ 2.172,00	€ 18,10
19 - Endocrinologia (2)	74	€ 1.070,50	€ 14,47
38 - Otorinolaringoiatria (1)	84	€ 804,50	€ 9,58
14 - Chirurgia Vascolare - Angiologia (2)	7	€ 129,30	€ 18,47
29 - Nefrologia (1)	1	€ 12,90	€ 12,90
98 - Laboratorio Analisi (1)	3	€ 8,70	€ 2,90
TOTALE	39.568	€ 835.407,70	€ 21,11

Tabella 3. CASA SALUTE CANALE-MONTÀ. Consumo prestazioni specialistiche in ordine decrescente valore. Primo semestre 2021. Popolazione residente ASL CN2.

SEDI: 1=Casa Salute Canale; 2=Casa Salute Montà

Specialità	Prestazioni	Valore	Valore unitario
19 - Endocrinologia (1)	1.636	€ 31.233,60	€ 19,09
08 - Cardiologia(1)	534	€ 9.242,80	€ 17,31
56 - Medicina Fisica e Riabilitazione(1)	456	€ 9.162,60	€ 20,09
38 - Otorinolaringoiatria(1)	377	€ 6.270,90	€ 16,63
34 - Oculistica(1)	298	€ 5.595,60	€ 18,78
37 - Ostetricia e Ginecologia(1)	237	€ 4.475,10	€ 18,88
43 - Urologia(1)	228	€ 3.808,00	€ 16,70
52 - Dermosifilopatia(1)	168	€ 3.315,70	€ 19,74
32 - Neurologia(1)	147	€ 2.637,30	€ 17,94
09 - Chirurgia Generale(1)	190	€ 1.613,40	€ 8,49
35 - Odontostomatologia (1)	56	€ 1.017,00	€ 18,16
DSM(1)	45	€ 580,50	€ 12,90
GCP (2)	14	€ 161,90	€ 11,56
TOTALE	4.386	€ 79.114,40	€ 18,04

Tabella 4. CASA SALUTE CORTEMILIA-SANTO STEFANO BELBO. Consumo prestazioni specialistiche in ordine decrescente valore. Primo Semestre 2021. Popolazione Residente ASL CN2

SEDI: 1=Casa Salute Cortemilia; 2=Casa Salute Santo Stefano Belbo.

Specialità	Prestazioni	Valore	Valore unitario
43 - Urologia (2)	218	€ 4.984,80	€ 22,87
08 - Cardiologia(2)	259	€ 4.421,60	€ 17,07
19 - Endocrinologia(2)	164	€ 3.216,80	€ 19,61
19 - Endocrinologia(2)	136	€ 2.813,40	€ 20,69
34 - Oculistica(2)	150	€ 2.581,80	€ 17,21
43 - Urologia (1)	157	€ 2.354,70	€ 15,00
09 - Chirurgia Generale (2)	220	€ 2.094,30	€ 9,52
38 - Otorinolaringoiatria (2)	74	€ 1.245,00	€ 16,82
38 - Otorinolaringoiatria (1)	82	€ 1.213,70	€ 14,80
08 - Cardiologia (1)	72	€ 1.041,80	€ 14,47
DSM (1)	72	€ 1.004,20	€ 13,95
37 - Ostetricia e Ginecologia (2)	40	€ 742,20	€ 18,56
37 - Ostetricia e Ginecologia (1)	38	€ 646,20	€ 17,01
32 - Neurologia (1)	26	€ 444,60	€ 17,10
32 - Neurologia (2)	25	€ 431,70	€ 17,27
32 - Neurologia (2)	20	€ 375,00	€ 18,75
DSM (2)	9	€ 116,10	€ 12,90
TOTALE	1.762	€ 29.727,90	€ 16,87

CONFRONTO VALORI

CASA SALUTE ALBA

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev
38,0000	1.113.843,5	29311,6711	2667227693,3610	51645,2098
Minimum	25%	Median	75%	Maximum
12,9000	4920,6000	11.733,2000	30650,2000	296320,1000
				Mode
				12,9000

CASA SALUTE BRA

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
32,0000	835.407,7	26106,4906	2052845155,8377	45308,3343	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
8,7000	2683,3000	8.969,8500	32834,1000	246196,3000	8,7000

CASA SALUTE CANALE-MONTÀ

Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
13,0000	79.114,4	6085,7231	65880341,5119	8116,6706	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
161,9000	1613,4000	3.808,0000	6270,9000	31233,6000	161,9000

CASA SALUTE CORTEMILIA- SANTO STEFANO BELBO

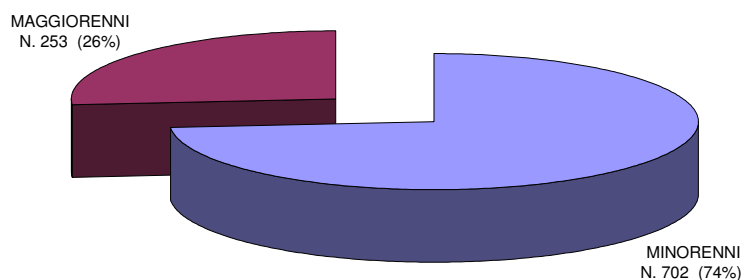
Obs	Total	Mean	Variance	Std Dev	
17,0000	29.727,9	1748,7000	2118527,9750	1455,5164	
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
116,1000	646,2000	1.213,7000	2581,8000	4984,8000	116,1000

Analisi della popolazione in età sportiva dell'ASLCN2 Alba-Bra nell'anno 2020

Gianluca Toselli, Cesare Ferro, Maria Gemma Strovegli,
Paola Bussolino, Luciana Cavallero, Bruna Grasso

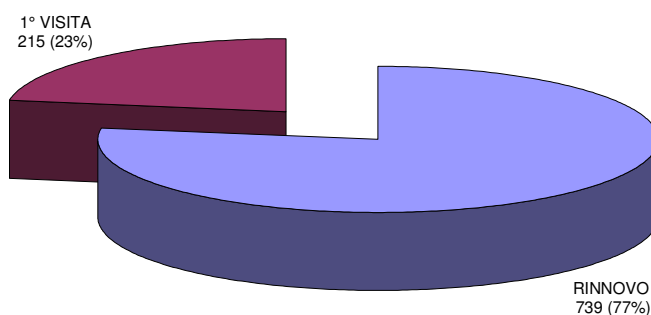
La S.S.D. di Medicina Sportiva dell'ASL CN2 Alba-Bra ha effettuato nel periodo 1/1 – 31/7 dell'anno solare 2020 un numero totale di 955 visite medico sportive di tipo agonistico suddivise tra soggetti minorenni e maggiorenni come indicato nel Grafico 1.

Graf. 1 – Visite agonistiche Anno 2020



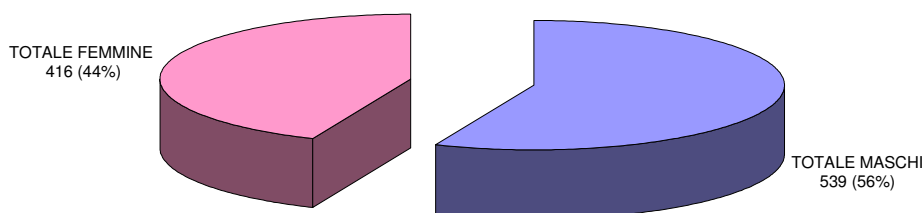
Le visite totali sono costituite da prime visite agonistiche e da rinnovi annuali (Grafico 2).

Graf. 2 – Prime visite e rinnovi annuali – Anno 2020

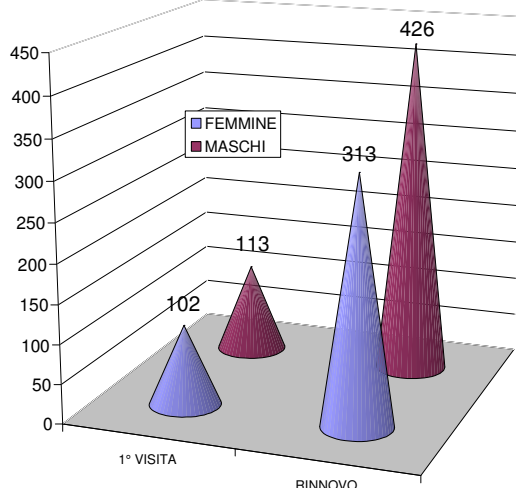


La suddivisione in base al sesso di appartenenza del numero totale delle visite, dei rinnovi e delle prime visite è illustrato nei Grafici 3 e 4.

Graf. 3 – Atleti suddivisi per sesso – Anno 2020

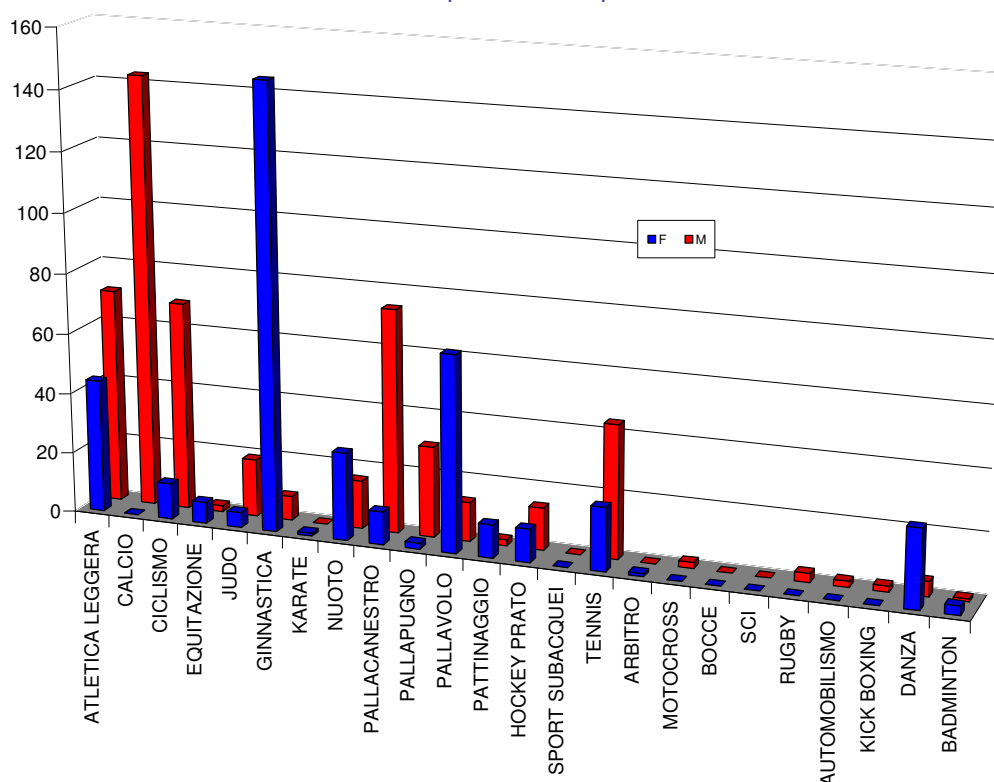


Graf. 4 – Prime visite e rinnovi – Anno 2020



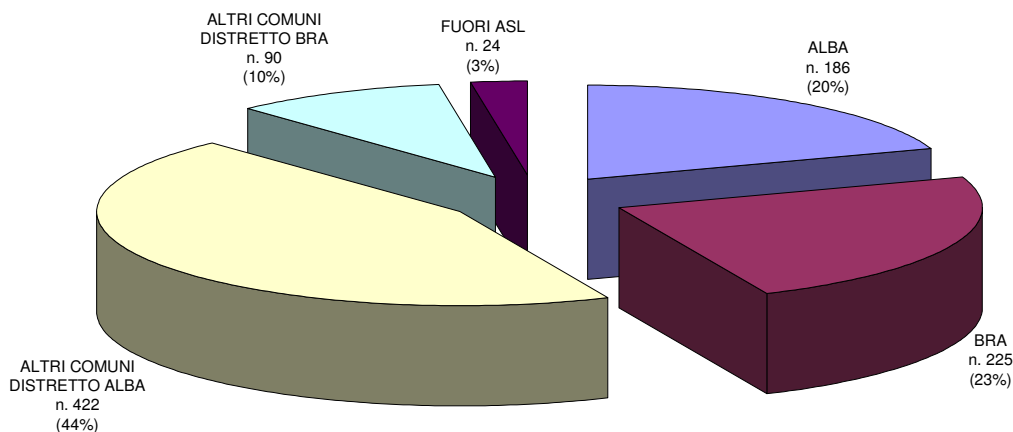
Nel grafico 5 è rappresentata la suddivisione tra maschi e femmine in base allo sport praticato.

Graf. 5 – Atleti maschi e femmine suddivisi per attività sportive - Anno 2020



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

Graf. 6 – Luogo residenza atleti – Anno 2020



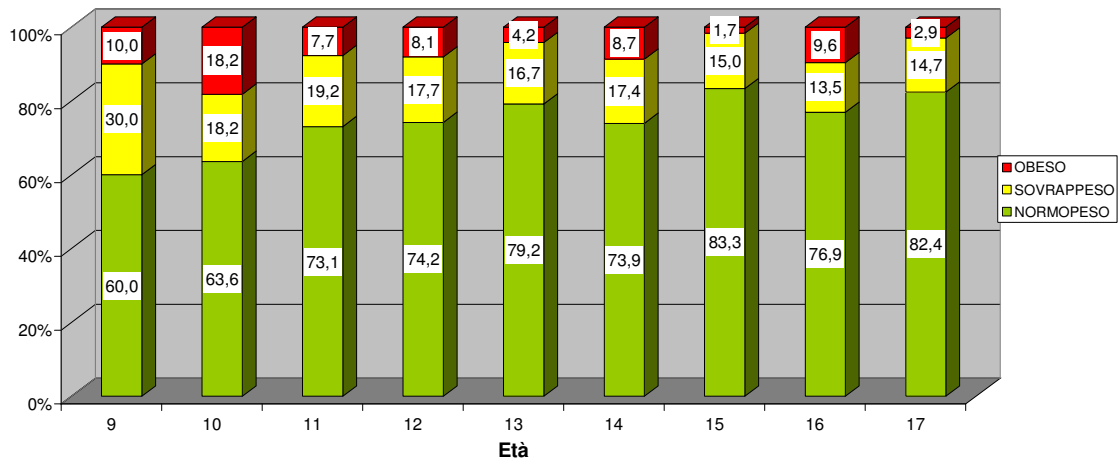
La raccolta dei dati antropometrici principali (peso ed altezza) rilevati nel corso della visita medico-sportiva ha permesso di ricavare il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che viene comunemente utilizzato come valutazione di screening dello stato di nutrizione della popolazione.

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.

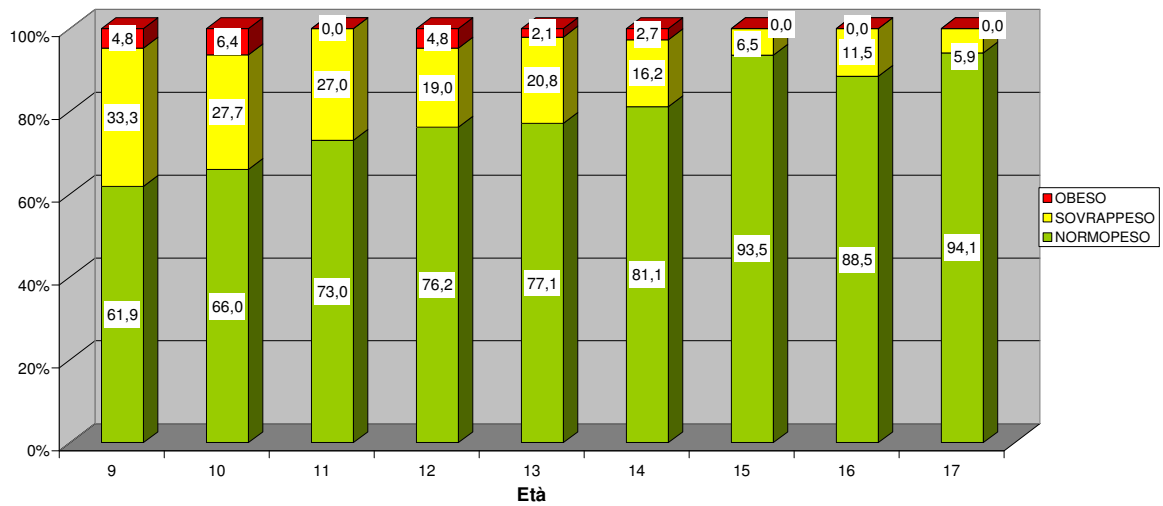
Nei grafici 7 e 8 sono riportate le percentuali di soggetti minorenni normopeso, sovrappeso ed obesi suddivisi per età e sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina dello Sport nell'anno 2020.

Nel grafico 9 sono invece riportate le percentuali di soggetti maggiorenni normopeso, sovrappeso ed obesi suddivisi per sesso che si sono rivolti al Servizio di Medicina Sportiva nell'anno 2020.

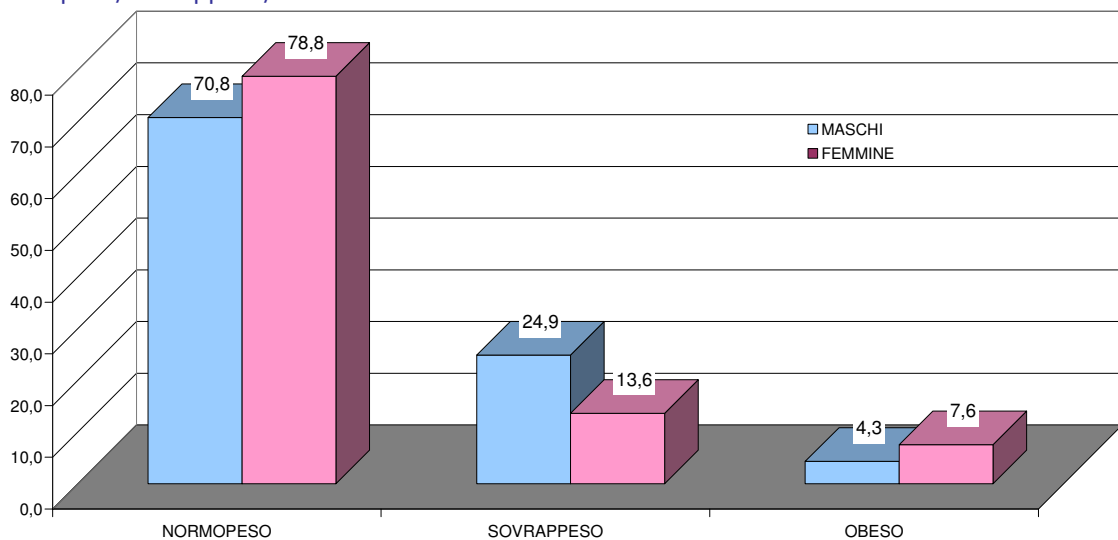
Graf. 7 – Percentuale di soggetti maschi normopeso/sovrappeso/obeso nella popolazione di 9-17 anni



Graf. 8 – Percentuale di soggetti femmine normopeso/sovrappeso/obeso tra la popolazione di 9-17 anni



Graf. 9 – Percentuale di soggetti maggiorenni (maschi e femmine) normopeso/sovrappeso/obeso



Conclusioni

Nel 2020 la raccolta dei dati ha risentito della situazione pandemica legata al COVID che ha comportato una chiusura prolungata dell'attività ambulatoriale permettendo una raccolta dati limitata al periodo dal 1/1 al 31/7/2020. In base ai dati disponibili è possibile effettuare le seguenti considerazioni:

- tra i praticanti l'attività sportiva è presente una lieve prevalenza del sesso maschile rispetto a quello femminile (56% vs 44% del totale);
- il calcio e la pallacanestro risultano gli sport più praticati dai soggetti di sesso maschile mentre nei soggetti di sesso femminile sono rappresentati dalla ginnastica (artistica e ritmica) e dalla pallavolo;
- il riscontro di anomalie quali deficit dell'acuità visiva o lievi dismorfismi 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 sia per il sesso maschile che femminile.

Valutazione di coorte di pazienti affetti da cefalea a grappolo seguiti presso il Centro Cefalee tra il 2004 e il 2020

Monica Demaestri, Silvia Mandrino, Cinzia Cavestro

La cefalea a grappolo (CG) è un'entità nosologica facente parte delle cefalalgie autonomico-trigeminali (TACs), un gruppo di patologie primitive, altamente disabilitanti, caratterizzate da episodi di cefalea associata a sintomi che derivano dall'interessamento del sistema parasimpatico cranico, verosimilmente per l'attivazione di un riflesso trigemino-parasimpatico (tabella 1) ⁽¹⁾.

Tabella 1. Classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-3)

CEFALEE PRIMARIE
1. Eemicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalalgie autonomico-trigeminali (TACs)
4. Altre Cefalee Primarie
CEFALEE SECONDARIE
5. Cefalee da trauma cranico e/o cervicale
6. Cefalee da patologia vascolare cranica o cervicale
7. Cefalee da patologia intracranica non vascolare
8. Cefalee da assunzione o sospensione di sostanze
9. Cefalee da infezioni
10. Cefalee da alterazione dell'omeostasi
11. Cefalee o dolore facciale da patologie del cranio, collo, occhi, orecchie, naso, seni paranasali, denti, bocca o altre strutture facciali o craniche
12. Cefalee da patologie psichiatriche
13. Nevralgie Craniche e cause centrali di dolori facciali
14. Altre Cefalee, nevralgie craniche o dolori facciali centrali o primari

Come per le altre cefalee primitive, la CG è caratterizzata da un profilo clinico tipico, per cui la diagnosi, seguendo i criteri ICHD-3, può essere posta in base all'anamnesi e all'esame obiettivo del paziente⁽¹⁾. Ne esiste una forma episodica ed una cronica. Nella forma cronica i periodi di remissione sono inferiori ai 30 giorni (tabella 2). La forma cronica (10-15% dei casi) spesso evolve da una forma episodica⁽²⁾.

La sua prevalenza è stimata essere tra 0 e 1% della popolazione generale, e prevalentemente i maschi (M:F=3:1), differenza che sale a 9:1 nelle forme croniche. Insorge a varie età, con una media intorno ai 30 anni ^(3,4).

L'85% dei pazienti affetti da CG sono fumatori⁽²⁾. Tuttavia la correlazione tra consumo di nicotina e la patologia è incerta e la sospensione del fumo di sigaretta non modifica l'andamento della cefalea⁽⁵⁾. Viceversa il consumo di alcool è un fattore scatenante e pertanto ne va sconsigliata l'assunzione. Altri fattori scatenanti riconosciuti sono l'utilizzo di farmaci vasodilatatori e la presenza di Sindrome delle Apnee Notturne (OSAS).

Tabella 2 - Criteri diagnostici della cefalea a grappolo (ICHD-3)

A. Almeno 5 attacchi che soddisfino i criteri B-D.
B. Dolore d'intensità forte o molto forte, unilaterale, in sede orbitaria, sovraorbitaria e/o temporale, della durata di 15-180 min (senza trattamento)
C. Uno o entrambi i seguenti:
1. Almeno uno dei seguenti sintomi o segni, omolaterali al dolore:
- Iniezione congiuntivale e/o lacrimazione
- Ostruzione nasale e/o rinite
- Edema palpebrale
- Sudorazione frontale e facciale
- Arrossamento frontale e facciale
- Sensazione di orecchio pieno
- Miosi e/o ptosi
2. Irrequietezza o agitazione
D. Frequenza degli attacchi: da 1 ogni due giorni a 8 al giorno per oltre la metà del tempo durante la fase attiva
E. Non attribuita ad altra condizione o patologia.
Cefalea a grappolo episodica Attacchi che si manifestano in periodi attivi della durata da 7 giorni a 1 anno, intervallati da periodi di remissione di almeno 1 mese.
Cefalea a grappolo cronica Attacchi di cefalea a grappolo presenti > di 1 anno, senza remissioni o con remissioni che durano meno di 1 mese.

Il dolore è tipicamente trafittivo-bruciante (spada rovente), di intensità severa (forse il peggiore che si possa provare), a sede monolaterale con localizzazione orbitaria, peri-orbitaria o temporale. L'intensità del dolore si accresce rapidamente raggiungendo il picco in meno di 10'; al dolore si associa almeno un segno tra: arrossamento congiuntivale e/o lacrimazione, ostruzione nasale e/o rinorrea, edema palpebrale, sudorazione facciale e frontale, arrossamento frontale e facciale, sensazione di orecchio pieno, miosi e/o ptosi (omolaterali al dolore), agitazione (tabella 2)⁽¹⁾.

L'andamento degli attacchi è caratteristicamente raggruppato: ciascun "grappolo" dura settimane o mesi (generalmente 6-12 settimane), con o senza remissioni; ciascun episodio di dolore (non trattato) ha durata variabile da 15 a 180 minuti e nei periodi attivi di malattia le crisi si possono manifestare con frequenza variabile da 1 a 8 attacchi al giorno. Durante la fase attiva gli attacchi si manifestano spesso alla stessa ora (preferibilmente dopo i pasti principali o dopo poche ore dall'inizio del sonno notturno) e la maggior parte dei pazienti ha uno o due grappoli all'anno. Nelle fasi di remissione il paziente è completamente libero dal dolore.

In merito alla patogenesi della CG, i dati disponibili portano ad ipotizzare una disfunzione a livello centrale che coinvolge sia la regolazione autonoma, sia i meccanismi di modulazione nocicettiva, con il coinvolgimento di: sistema trigemino-vascolare; fibre nervose parasimpatiche (riflesso autonomo-trigeminale); ipotalamo^(3,4). La terapia della cefalea a grappolo parte da norme comportamentali, per passare a terapie dell'attacco e terapie preventive (tabella 3). Le regole di carattere igienico, che si possono suggerire ai pazienti per tentare di prevenire gli attacchi o ridurre il numero, comprendono: l'abolizione degli alcoolici, evitare di portarsi ad altitudini anche moderatamente elevate (1000-1500 m), evitare l'esposizione a solventi, evitare il digiuno, evitare gli stress prolungati, evitare i viaggi aerei intercontinentali e i cambiamenti del ritmo sonno-veglia.

Tabella 3. Terapie della cefalea a grappolo

	Trattamenti utilizzati	Trattamenti emergenti
TERAPIA MEDICA		
Attacco acuto	Triptani ossigeno	
prevenzione	Verapamil Carbolitio Topiramato Gabapentin Melatonina Valproato	Anticorpi monoclonali antiCGRP
Terapia transizionale	Blocco del nervo grande occipitale Corticosteroidi Diidroergotamina ev	Blocco multiplo dei nn cranici
NEUROMODULAZIONE		
Non invasiva		Stimolazione nervo Vago
Invasiva	Stimolazione nervo occipitale Deep brain stimulation	Stimolazione ganglio sfenopalatino

Scopo del lavoro

Data la segnalazione in letteratura di casi di CG apparentemente primaria, in cui erano state riscontrate patologie sottostanti, che trattate avevano comportato un miglioramento o la risoluzione della cefalea, si solleva il dubbio in tali casi che si possa trattare di cefalea a grappolo aggravata o cefalea a grappolo secondaria.

Abbiamo pertanto rivalutato l'archivio informatico del Centro Cefalee e Malattie Rare di Alba (ASLCN2) dall'1/1/2004 al 31/12/2020 allo scopo di:

1. Valutare la prevalenza di patologie associate nei pazienti con cefalea a grappolo;
2. Valutare se il trattamento di eventuali patologie associate avesse comportato una modifica della cefalea a grappolo.

L'obiettivo è informare sui riscontri avuti in oltre 15 anni di esperienza sulla ricerca delle patologie coesistenti alla cefalea a grappolo, onde fornire strumenti più efficaci e mirati nella gestione di questa patologia primaria.

Materiali pazienti e metodi

Si tratta di uno studio retrospettivo - di coorte riguardante dati relativi alle patologie coesistenti a cefalea a grappolo applicando un protocollo di accertamenti specifici e analizzando la casistica afferita al Centro Cefalee dell'ASLCN2 negli anni 2014-2020.

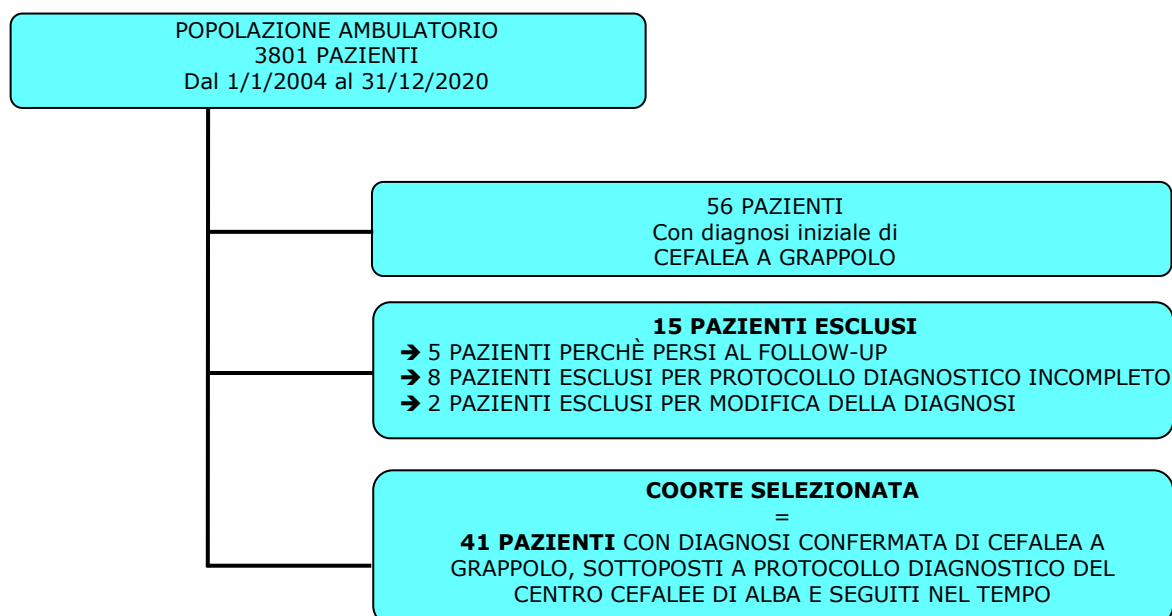
La ricerca dei casi reclutati è stata effettuata tramite file Excel derivato dall'applicativo MedOffice di archivio dei referti, relativo agli anni 2004-2020.

Per la ricerca dei casi sono state utilizzate le seguenti parole chiave: "cefalea a grappolo", "cluster" e "TACs".

La ricerca per parole chiave è stata effettuata per tutti i campi di registrazione della scheda computerizzata delle visite effettuate.

La scheda computerizzata è costituita dai seguenti campi: Anamnesi Cefalea, Anamnesi patologica generale, Sonno, Anamnesi gastroenterologica, Anamnesi ostetrico-ginecologica, Anamnesi pediatrica, BMI e abitudini voluttuarie, Familiarità, Terapia in corso, Esami eseguiti, Esame obiettivo neurologico, Esame obiettivo generale, Diario clinico, Conclusioni, Indicazioni, Terapia (Appendice 1. Scheda di raccolta dati predefinite e strutturata del Centro Cefalee di Alba). Il disegno dello studio è descritto nella figura 1.

Figura 1. Disegno dello studio



Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad approfondimento diagnostico con un protocollo comprendente:

- Esami ematici specifici (tabella 4);
- Studio di neuroimaging con RMN encefalo + angioRMN dei vasi cranici e lo studio RMN dell'ipofisi;
- Screening dell'ipertensione arteriosa mediante monitoraggio pressorio delle 24 ore.

I risultati sono stati a loro volta registrati su foglio Excel, utilizzato anche come foglio di calcolo per le valutazioni generali della popolazione studiata.

Sui dati è stata effettuata una valutazione descrittiva. Il calcolo dell'età media dei pazienti, dell'età media di insorgenza di Cefalea a grappolo e del BMI medio è stato effettuato tramite lo stesso foglio di calcolo.

Tabella 4. Elenco esami ematici

GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 6 DETERMINAZIONI) (90.26.5), specificando nelle note "4 prelievi, basale e dopo 30', 60' e 120' da carico dio 75 gr di glucosio)
INSULINA (CURVA DA CARICO O DOPO TEST FARMACOLOGICI, MAX. 5) (90.28.5), specificando nelle note "4 prelievi, basale e dopo 30', 60' e 120' da carico dio 75 gr di glucosio)
TIREOTROPINA (TSH) (90.42.1)
ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG) (90.54.4)
ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO) (90514.1)
PROLATTINA (PRL) [S] (90.38.2)
FERRITINA [siero] (90223.2)
EMOCROMO (90.62.2)
ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC) (90.46.5)
ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG) [S] (90475.0)
ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgM) [S] (90475.1)
ANTICORPI ANTI BETA2 GP (9049B.1), sia IgM che IgG
PROTEINA S LIBERA [P] (90.72.4)
TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA (90.77.2)
OMOCISTEINA (HPLC-CROMATOGRAFIA LIQUIDA) (90.07.7)

Ulteriori riferimenti al link <https://www.aslcn2.it/media/2018/11/profilo-cefalee-20181411.pdf>

Risultati

Dal 2004 al 2020 c/o il Centro Cefalee di Alba sono stati visitati 3801 pazienti, 2855 donne e 946 uomini, per lo più affetti da cefalee primarie.

I pazienti che avevano una diagnosi iniziale di cefalea a grappolo o di probabile cefalea a grappolo erano 56. Di questi, 15 sono stati esclusi dallo studio per vari motivi, elencati nella Flow-Chart (figura 1): 5 pazienti perché persi al follow-up, 8 pazienti per diagnostica incompleta, 2 pazienti con diagnosi modificata.

Caratteristiche della coorte

La coorte di 41 pazienti risultante dalla selezione, è composta da 31 maschi e 10 femmine con un rapporto M:F di 3:1.

Si tratta di pazienti di età media 51 anni (range 32-84 anni). L'età media di esordio della cefalea a grappolo in questi pazienti è stata di 30 anni (range 10-50 anni).

Dei 41 pazienti selezionati 25 risultavano fumatori (di cui 10 pazienti con consumo maggiore-uguale a 20 sigarette al dì) e 20 assumevano alcoolici (la maggior parte solo occasionalmente, 5 pazienti assumevano vino a pasto regolarmente, due pazienti avevano problematiche di abuso alcoolico).

Il BMI medio della coorte è 23.85.

Dei 41 pazienti selezionati, 37 presentavano la forma episodica di cefalea a grappolo, mentre 4 cefalea a grappolo cronica.

La tabella 5 riepiloga le caratteristiche.

Tabella 5. Caratteristiche della coorte

Pazienti: 41 → Maschi: 31, Femmine: 10,
Rapporto M:F = 3:1
Età media: 51 anni
Età media di insorgenza della cefalea a grappolo: 30 anni
Diagnosi: - cefalea a grappolo episodica: 37 pazienti
- cefalea a grappolo cronica: 4 pazienti
BMI medio: 23.85
Fumatori: 25 pazienti
Consumo di alcoolici: 20 pazienti

Dati emersi dalle indagini effettuate

Più di un quarto dei pazienti (13) riferiva in anamnesi turbe dell'umore o del sonno (2 pazienti ansia con attacchi di panico, 6 pazienti sindrome ansioso-depressiva, 7 pazienti insonnia). La tabella 6 indica i dettagli delle alterazioni rilevate. Valutando i test diagnostici effettuati è emerso che 28 pazienti su 41 (68%) presentavano alterazioni del metabolismo glicidico: 25 pazienti iperinsulinemia, 1 paziente insulino-resistenza, 1 paziente intolleranza glicidica e 1 paziente diabete mellito tipo 2; 5 pazienti avevano elevati livelli di ferritina (di questi uno presentava eterozigosi H63D e uno era affetto da emocromatosi con doppia eterozigosi HFE H63D e C282Y). I pazienti con livelli aumentati di prolattina sono risultati 16 (39%) e 6 pazienti erano affetti da ipotiroidismo.

Gli esami relativi allo screening trombofilico sono risultati alterati in 23 pazienti su 41 (56%). Le alterazioni riscontrate sono state: iperomocisteinemia in 20 pazienti, 2 pazienti avevano un deficit di proteina S coagulante libera e un paziente con alterazione della resistenza alla proteina C attivata è risultato positivo a mutazione eterozigote per Fattore V Leiden. Dei pazienti con iperomocisteinemia, 5 avevano valori altamente alterati (> 30); di questi un paziente è risultato affetto da sindrome tireogastrica APCA-positiva con conseguente ipovitaminosi B12 severa e 4 pazienti avevano una variante per MTHFR C677T in omozigosi, 1 con associata anche eterozigosi A1298C.

In merito alle alterazioni neuroradiologiche è emerso che 14 pazienti su 41 (34%) avevano un microadenoma ipofisario, due pazienti una sinusite fronto-mascellare, 5 pazienti una encefalopatia lacunare e un paziente lesioni demielinizzanti (senza segni di attività in atto). Inoltre 9 pazienti presentavano alterazioni gliotiche sottocorticali aspecifiche del parenchima cerebrale e 20 pazienti variante anatomica arteriosa del circolo del Willis (4 pazienti l'emergenza fetale a sx o a dx, 4 pazienti dolico vertebro-basilare, 2 pazienti ipoplasia basilare, 3 pazienti una marcata ipoplasia del tratto A1 dx o sx, 2 pazienti tortuosità-dolico-ectasia dei sifoni carotidei, un paziente stenosi del tratto A1, un paziente la fusione del tratto medio delle arterie cerebrali anteriori e un paziente l'emergenza di entrambe le comunicanti anteriori dalla carotide di sx).

In 14 pazienti su 41 (34%) è stata diagnosticata ipertensione arteriosa e 2 pazienti avevano la sindrome delle apnee notturne (OSAS).

Tabella 6. Riepilogo alterazioni rilevate

Altre patologie
14 casi con ipertensione
2 casi di potus
2 casi con OSAS
13 casi con turbe del sonno e/o dell'umore
Anomalie al Profilo Cefalee
28 casi dismetabolismo glicidico
16 casi iperprolattinemia
6 casi con ipotiroidismo
20 casi iperomocisteinemia
2 deficit di proteina S coagulante
1 caso Fattore V Leiden
5 casi con emosiderosi
Anomalie all'RMN
14 casi, microadenoma ipofisario
2 casi, sinusite
5 casi, lesioni lacunari
1 caso, lesioni demielinizzanti
9 casi, alterazioni gliotiche sottocorticali
8 casi variante anatomica anteriore del circolo di Willis

Follow-up e trattamenti effettuati

I pazienti sono stati seguiti con un follow-up minimo di 2 visite. In media il numero di visite a paziente è stato di 6. I mesi di follow-up medi a paziente sono risultati essere 23.

Se c'era un grappolo in fase attiva veniva trattato con triptano sottocute o spray nasale e nei casi moderati o se triptano controindicato, con ossigeno ad alto flusso in maschera con reservoir.

In 11 pazienti è stata effettuata terapia di transizione con prednisone 75 mg a scalare in circa 3 settimane.

Per cefalea a grappolo cronica o per grappolo plurirecidivante annuale, 12 pazienti hanno effettuato terapia di profilassi (verapamil, carbo-litio e se inefficaci valproato, gabapentin o lamotrigina).

Sulla base delle procedure in uso nell'ambulatorio tutti i pazienti sono stati trattati per le patologie riscontrate con dieta o farmaci come appropriato.

Terapie usate:

- ✓ dismetabolismo glicidico: solo dieta frazionata per 24 pazienti, 4 pazienti con dieta frazionata associata a metformina;
- ✓ iperomocisteina: supporto vitaminico (acido folico, vitamina B12, betaina) per 20 pazienti;
- ✓ adenoma ipofisario associato a iperprolattinemia: cabergolina per 14 pazienti;
- ✓ fattori di rischio cardiovascolare diversamente associati (difetti trombofilici, encefalopatia lacunare, sindrome metabolica, fumo): profilassi con ASA 100 mg/die in 19 pazienti;
- ✓ ipertensione arteriosa: antiipertensivi (sartani, amlodipina, doxazosina, enalapril) in 14 pazienti
- ✓ emosiderosi: dieta congrua per 5 pazienti e dieta associata a salassi per 2 pazienti;
- ✓ ipotiroidismo: terapia sostitutiva con levotiroxina in 6 pazienti;
- ✓ turbe dell'umore e/o del sonno: melatonina a cicli, amitriptilina, mirtazapina, SSRI, benzodiazepine in 13 pazienti;
- ✓ potus: bupropione (wellbutrin) 1 paziente.

Tutti i pazienti sono migliorati con tali presidi terapeutici e un paziente in anamnesi risulta passato da grappolo cronico a grappolo episodico.

Discussione

La descrizione sia pure rara di forme secondarie indistinguibili dalla cefalea a grappolo, ma risultate di origine secondaria, consiglia sempre l'esecuzione di una RMN encefalo in questi pazienti se l'esordio è recente^(5,6). Le patologie che possono mimare una cefalea a grappolo comprendono infezioni, tumori, anomalie vascolari e traumi cranici⁽⁷⁻¹¹⁾. Varie segnalazioni collegano cefalee con le caratteristiche della cefalea a grappolo ad adenomi ipofisari, generalmente microadenomi, che regrediscono con terapia specifica⁽¹²⁻¹⁴⁾. Per escludere questi casi è importante effettuare la risonanza con mdc per studiare l'ipofisi⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Anche nella nostra casistica, i pazienti affetti da microadenoma ipofisario, trattati per la patologia, sono migliorati anche dal punto di vista della cefalea a grappolo.

La correlazione tra iperinsulinemia ed emicrania è ben nota, così pure la correlazione tra emicrania e insulino-resistenza; circa il 75% degli emicranici ha un'alterazione metabolica glicemico-insulinemica: nei 2/3 dei casi si può riscontrare insulino-resistenza e in 1/3 le altre

alterazioni. Meno studiata è quella tra dismetabolismo glicidico, sindrome metabolica e cefalea a grappolo^(19,20). Nei nostri pazienti, il riscontro di alterazioni delle curve glicemico-insulinemica sono molto frequenti, anche se meno evidenti che negli emicranici e l'applicazione della dieta a basso titolo di carboidrati è stata benefica. In letteratura sono riportati casi di coesistenza di cefalea a grappolo ed iperferritinemia⁽²¹⁻²⁶⁾. Un caso eclatante tra i nostri pazienti è quello di un uomo con emocromatosi affetto da CG severa; la cefalea è del tutto scomparsa da quando è stata intrapresa la salassoterapia.

Capitolo ancora da approfondire e puntualizzare è l'associazione cefalee primitive e rischio cardiovascolare⁽²⁷⁻³¹⁾.

Nei nostri casi, i rialzi pressori, prima misconosciuti, sono emersi grazie al monitoraggio continuo della pressione arteriosa, con in particolare, alterazioni notturne. In questi casi, l'instaurazione di terapia antiipertensiva ha permesso di controllare la CG. Diverse segnalazioni evidenziano la possibile relazione tra cefalea a grappolo e disturbi del sonno⁽³²⁻³⁵⁾. Nella nostra casistica risulta rilevante la presenza di iperomocisteinemia, la cui correzione ha risolto la CG. Un paziente era affetto da gastrite atrofica autoimmune, con malassorbimento di Vit B12 e spiccata iperomocisteinemia. In questo caso la terapia è stata allargata, alla cura della patologia autoimmune, l'abbassamento dell'iperomocisteinemia. Poco si trova in letteratura relativamente a questo argomento⁽³⁶⁾.

Conclusioni

Oltre a diagnosticare eventuali patologie severe o croniche impattanti in maniera negativa sulla salute e sulla prognosi dei pazienti, con il nostro studio abbiamo rilevato che tutti i pazienti con cefalea a grappolo hanno patologie o difetti ematologici rilevanti coesistenti.

Il senso del ricercare le patologie associate coesistenti secondo un protocollo, ha lo scopo di ridurre l'impatto-invalidità connessa alla malattia e il carico della terapia specifica.

La conoscenza di tali alterazioni e la diagnosi di tali patologie infatti permette di curare meglio e in modo più specifico il paziente e di ottenere un miglioramento del suo stato di salute in generale e della cefalea in particolare, riducendo la necessità di instaurare terapie sia sintomatiche che di profilassi.

Lo screening proposto è replicabile perché si tratta di accertamenti diagnostici facilmente effettuabili ovunque.

Data la gravità della cefalea a grappolo e la sua rarità, si tratta peraltro di un basso costo diagnostico relativo, che a nostro parere vale la pena effettuare in modo routinario per la ricaduta in termini di beneficio per il paziente.

Bibliografia

1. Headache Classification Subcommittee of The International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38, 1-211.
2. May A. Diagnosis and clinical features of trigemino-autonomic headaches. *Headache* 2013; 53: 1470-1478.
3. Hoffmann J., May A. Diagnosis, pathophysiology and management of cluster headache. *Lancet Neurol.* 2018; 17: 75-83.
4. May A., Schwedt TJ., Magis D., Pozo-Rosich P., Evers S., Wang SJ. Cluster headache. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Mar 1;4:18006.
5. Ekblom K., Bahra A. Diagnosis, differential diagnosis and prognosis of cluster headache. In Olsen J., Goadsby PJ., Ramadan NM., Tfelt-Hansen P., Welch KA (eds). *The Headaches* 3th ed. Lippincott: Philadelphia 2005, pp797-800.
6. Guégan-Massardier E., Laubier C. Cluster headache differential diagnosis. *Presse Med.* 2015 Nov; 44(11):1180-4.
7. Carter DM. Cluster mimics. *Curr Pain Headache rep.* 2004 Apr; 8 (2):1333-9.
8. Cremer PD(1), Halmagyi GM., Goadsby PJ. Secondary cluster headache responsive to sumatriptan. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995 Dec;59(6):633-4.
9. Straube A(1), Freilinger T., Rütger T., Padovan C. Two cases of symptomatic cluster-like headache suggest the importance of sympathetic/parasympathetic balance. *Cephalalgia.* 2007 Sep;27(9):1069-73.
10. Edvardsson B. Symptomatic cluster headache: a review of 63 cases. *Springerplus.* 2014 Feb 3;3:64.
11. Kitamura E., Imai N., Konisi T., Suzuki Y., Serizawa M., Okabe T. Cluster like headache in a patient with the Maffucci's syndrome. *No To Shinkei.* 2006 Jun;58(6):514-7.
12. Kawazoe Y., Kumon M., Tateyama S., Miriya S. Efficacy of cabergoline and triptans for cluster-like headache caused by prolactin-secreting pituitary adenoma: a literature review and case report. *Elsevier Clin Neurol and Neurosurg,* 2020 Sep; 196: 106005.

13. Andereggen L., Mono ML., Kellner-Weldon F., Christ E. Cluster headache and macroprolactinoma: Case report of a rare, but potential important causality. *J Clin Neurosci*. 2017 Feb 10. pii: S0967-5868(16)31185-7.
14. Bengt Edvardsson. Cluster headache associated with a clinically non-functioning pituitary adenoma: a case report. *J Med Case Rep*. 2014 Dec 20;8:451.
15. De Pue A., Lutin B., Paemeleire K. Chronic cluster headache and the pituitary gland. *J Headache Pain*. 2016;17:23.
16. Strittmatter M., Hamann GF., Grauer M., Fischer C., Blaes F., Hoffmann KH., Schimirigk K. Altered activity of the sympathetic nervous system and changes in the balance of hypophyseal, pituitary and adrenal hormones in patients with cluster headache. *Neuroreport*. 1996 May 17;7(7):1229-34.
17. Stillman M. Steroid hormones in cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep*. 2006 Apr;10(2):147-52.
18. Stillman M, Spears R. Endocrinology of cluster headache: potential for therapeutic manipulation. *Curr Pain Headache Rep*. 2008 Apr;12(2):138-44.
19. Leone M., Maltempo C., Gritti A., Bussone G. The insulin tolerance test and ovine corticotrophin-releasing-hormone test in episodic cluster headache. II: Comparison with low back pain patients. *Cephalalgia*. 1994 Oct;14(5):357-64; discussion 318-9.
20. Demiryurek BE., Emre U., Korucu O., Barut BO., Tascilar FN., Atasoy HT., Demiryurek E., Yaylaci S., Genc AB. Frequency and types of headaches in patients with metabolic Syndrome. *Ideggygy Sz*, 2016 sep: 30, 69 (9-10): 319-325.
21. Gaul C., Krummernerl P., Tamke B., Kornhuber M. Chronic daily headache in hereditary hemochromatosis treated by venesection. *Headache*. 2007 Jun;47(6):926-8.
22. Popescu C. Cluster-Like Headache Revealing Polycythemia Vera: A Case Report. *Case Rep Neurol*. 2020 Jun 10; 12(2): 184-188.
23. Stovner LJ, Hagen K, Waage A, Bjerve KS. Hereditary Hemochromatosis in two cousins with cluster headache. *Cephalalgia* 2002. May; 22 (4): 317-319.
24. Modar K., Bindu Y., Fayyaz A. Cluster-like headache responsive to phlebotomy. *BMJ Case Rep* 2014 Jun 4.
25. Rainero I., Rivoiro C., Rubino E., Milli V., Valfrè W., De Martino P., Lo Giudice R., Angiulella G, Savi L., Gallone S., Pinessi L. Prevalence of HFE (hemochromatosis) gene mutations in patients with cluster headache. *Headache*, 2005 Oct; 45 (9): 1219-1223.
26. Waung MW., Taylor A., Qualmann KJ., Burish MJ. Family History of Cluster Headache: A Systematic Review. *JAMA Neurol*, 2020 Jul 1; 77 (7): 887-896.
27. Lasaosa SS., Navarro Calzada J., Velazquez Benito A., Perez Lazaro C. Nighttime blood pressure in cluster headache. *Headache*, 2011 Oct; 51 (9): 1445-1449.
28. Lasaosa SS., Diago EB., Calzada JN., Benito AV. Cardiovascular risk factors in Cluster Headache. *Pain Med* 2017 Jun 1; 18 (6):1161-67.
29. Barloese MC. A review of cardiovascular Autonomic control in Cluster Headache. *Headache* 2016 Feb; 56 (2):225-39
30. Cirillo M., Stellato D., Lombardi C., De Santo NG., Covelli V. Headache and cardiovascular risk factors: positive association with hypertension. *Headache* 1999 Jun; 39 (6): 409-16.
31. Pietrini U., De Luca M., De Sanctis G. Hypertension in headache patients? A clinical study. *Acta Neurol Scand* 2005 Oct; 112 (4): 259-64.
32. Weintraub JR. Cluster headaches and sleep disorders. *Curr Pain Headache Rep*. 2003 Apr;7(2):150-6.
33. Bender SD. Topical review: cluster headache and sleep-related breathing disorders. *J Orofac Pain* 2011; 25 (4): 291-7.
34. Graff-Radford SB, Teruel A. Cluster headache and obstructive sleep apnea: are they related disorders? *Curr Pain Headache Rep*. 2009 Apr; 13 (2): 160-3.
35. Robbins MS., Bronheim R., Lipton RB., Grosberg BM., Volbracht S., Sheftell FD., Buse CD. Depression and anxiety in episodic and chronic cluster headache: a pilot study. *Headache* 2012 Apr; 52 (4): 600-11.
36. Schurks M., Neumann FA., Kessler C., Diener HC., Kroemer HK., Kurth T., Volzke H., Roskopf D. MTHFR 667C>T polymorphism and cluster headache. *Headache* 2011 Feb; 51 (2): 201-7.

Esperienza di servizio di contatto telefonico a parenti di pazienti ricoverati per Covid-19

Cinzia Cavestro, Simona Biestro, Monica Demaestri,
Francesca Montrucchio, Marzia Porro, Gabriella Rosso, Elisa Colombi

Come vissuto da tutti, il 2020 è stato un anno stravolto dalla pandemia da COVID-19. Uno degli aspetti più tristi è stato l'isolamento dei pazienti ricoverati e la separazione del malato dai suoi familiari. Nella nostra ASL, come nelle altre, la maggior parte dei letti ospedalieri è stata rapidamente convertita a ospitare pazienti affetti da COVID-19. Così anche il personale sanitario è stato impiegato ad assistere tali pazienti, sacrificando i servizi specialistici, sia di ricovero che ambulatoriali⁽²⁾.

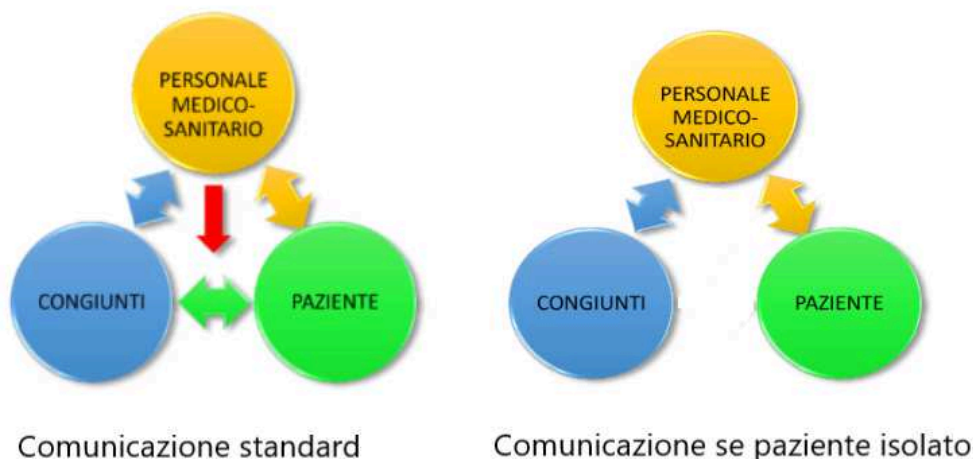
La quantità di lavoro assistenziale sanitario era così elevata, che la comunicazione con i familiari è stata inizialmente limitata ai brevi tempi liberi dei medici dei vari reparti, le cui risorse erano, e dovevano, essere impiegate nella cura dei pazienti stessi.

Nella primavera 2020, per la prima volta, per i primi mesi del boom pandemico, un ristretto gruppo di medici della nostra Neuropsichiatria Infantile (SB, EC, FM, GR) è stato impiegato a tenere i contatti tra i reparti ed i parenti dei pazienti ricoverati per il COVID-19.

Una postazione all'interno dell'ospedale era stata strutturata per svolgere tale compito. I medici del turno di comunicazione partecipavano alle riunioni tra i medici dei reparti per le consegne mediche. Sulla base di tali notizie, nel pomeriggio venivano contattati i parenti per gli aggiornamenti.

In autunno 2020 si è presentata la seconda ondata di ricoveri per COVID-19, che di nuovo ha bloccato le varie attività specialistiche e nuovamente impegnato il personale a svolgere compiti dedicati al COVID-19. Si è ripresentata la necessità di avere dei medici che facessero da canale comunicativo con i parenti dei pazienti ricoverati per COVID e quindi isolati dalla famiglia. L'esperienza di primavera aveva dato la possibilità di ottimizzare l'organizzazione del servizio e il gruppo si è arricchito di altri operatori (gli autori di questo articolo).

Coordinatore del gruppo è stata la Dr.ssa E. Colombi, responsabile della S.S.D. di Neuropsichiatria Infantile della nostra ASL. Essa teneva i contatti con i vari coordinatori dei reparti e con il Direttore della Medicina, Dr. F. Pomerio. Inoltre, gestiva i rapporti con gli assistenti sociali che mediavano le attività di gestione socio assistenziale reparto-paziente-territorio, che aveva come referente la Dr.ssa L. Arpino. Descriviamo in questa sede l'attività svolta nel periodo autunnale 2020. Nella tabella 1 sono illustrati i principi basilari della comunicazione clinica con i familiari⁽²⁾.



Il personale

La scelta del personale medico addetto alle comunicazioni con i parenti è caduta sui medici della neuropsichiatria infantile e del centro cefalee e malattie rare.

Possiamo presumere che tale scelta sia stata guidata dal fatto che tale personale svolge nella nostra ASL attività prevalentemente ambulatoriale. In tal senso, si trattava di medici più "liberi", dato che tale attività è stata sospesa (ad eccezione delle urgenze) nei periodi con maggior prevalenza di malattia.

Ci piace pensare che la scelta sia caduta su persone che per il tipo di lavoro svolto hanno probabilmente maggior esperienza di comunicazione, vuoi per i contatti con le famiglie che i neuropsichiatri infantili hanno correntemente con i familiari dei loro pazienti, sia per l'esperienza dei medici del centro cefalee e malattie rare (un neurologo CC e un internista MD) nella gestione di pazienti affetti, e loro familiari, da dolore cronico e malattie rare.

Perché personale medico e non psicologi? Semplicemente per meglio comunicare le notizie mediche, gli esiti degli esami ematochimici e strumentali di controllo, dare notizie sulle terapie con eventuali motivazioni per i cambi dei farmaci. E a volte, anche rispondere a richieste relative alla prognosi, alle cadenze di ricontrollo dei tamponi molecolari per il COVID-19, e così via.

In caso di rilevazione o segnalazione di problematiche sociali o psicologiche, avveniva l'invio al servizio di competenza.

Tabella 1. Scopi della comunicazione clinica con i familiari

1. Fornire in modo comprensibile le notizie circa la malattia e le possibili opzioni di cura
2. Ottenere informazioni sulle aspettative dei familiari riguardo alla malattia e sui valori e le scelte della persona ricoverata
3. Manifestare empatia, dimostrare partecipazione (con atteggiamento non asettico e distaccato, ma neanche troppo condizionato dall'emotività) e modularla caso per caso, per creare la migliore relazione di cura possibile con i familiari
4. Rendere possibile l'espressione delle emozioni
5. Prevenire incomprensioni e conflitti con l'équipe di cura

Organizzazione del lavoro

Come sopra premesso, ci riferiamo all'autunno 2020. In tale periodo il numero di ricoverati per COVID-19, ad esclusione dei pazienti ricoverati in rianimazione, era di una media di circa 150 persone nel mese di novembre, con una riduzione graduale e progressiva da Dicembre 2020.

I ricoverati avevano occupato il reparto di Medicina COVID, di Medicina Generale, di Neurologia e per un periodo anche i locali palestra.

Il nostro operato iniziava verso mezzogiorno, con la lettura degli aggiornamenti clinici riportati dai colleghi dei reparti che avevano svolto il giro visite al mattino.

In linea di massima contattavamo i parenti dei ricoverati tutti i giorni feriali. Nel fine settimana provvedevano i medici dei reparti, esclusivamente per i casi più gravi.

Data la mole di telefonate previste, avevamo organizzato i turni del pomeriggio con due medici ad ogni turno, a rotazione.

La durata della telefonata dipendeva molto da vari fattori:

1. dal fatto che il parente potesse autonomamente contattare il paziente;
2. dalla gravità del caso;
3. dal livello di apprensione del parente;
4. dall'insorgenza di problematiche varie (dimissione, necessità di cambio vestiario, ed altro).

Per l'approccio e la comunicazione delle notizie, ci siamo basati sul documento intersocietario "COME COMUNICARE CON I FAMILIARI IN CONDIZIONI DI COMPLETO ISOLAMENTO"^(2,3). La Tabella 2 elenca le indicazioni in sintesi.

Tabella 2. Il decalogo della comunicazione medica ai familiari di pazienti in completo isolamento

1. Comunicare al familiare di riferimento le notizie cliniche almeno una volta al giorno e nel caso di ogni aggravamento sostanziale ed imprevisto
2. La comunicazione di notizie cliniche va effettuata dal medico che ha in cura il paziente
3. Esentare da questo compito un operatore che lo percepisca come troppo gravoso
4. Considerare e tutelare l'equilibrio emotivo degli operatori sanitari
5. Utilizzare una comunicazione telefonica, di videochiamata o, in casi particolari, scritta
6. Comunicare tramite email/sms può essere una utile strategia complementare
7. Comunicare con modalità adeguate all'interlocutore, inequivocabili, veritiere, argomentate
8. Ricostruire insieme ai familiari le volontà del malato
9. Informare esaurientemente sul controllo della sofferenza
10. Lasciar spazio ed accogliere le emozioni del familiare

Contenuti delle telefonate

L'approccio telefonico era concordato: tranquillizzare, sul fatto che si trattasse di una telefonata informativa, presentarsi, dare le notizie.

Il nostro compito principale era dare informazioni sulle condizioni di salute del paziente ricoverato. Condizioni di vigilanza, polmonari, eventuali controlli strumentali, andamento degli esami ematici, ed altro, andamento clinico complessivo, se stabile, in peggioramento o in miglioramento.

In realtà, oltre a questo, altre funzioni sono state svolte per avvenuta necessità durante le conversazioni.

La telefonata è stata spesso occasione per trasmettere informazioni relative ad aspetti più pratici, come ad esempio dove e quando portare o ritirare i vestiti puliti o da lavare, gli oggetti personali, come ad es. il cellulare. E ancora, per mettere in contatto il parente con l'assistente sociale per organizzazione e gestione del post-dimissione.

A volte si trattava di una "telefonata di cortesia", a parente di paziente moribondo, a prognosi infausta. Costituiva un mezzo di rassicurazione e sfogo per il parente, che ci raccontava del proprio caro, com'era prima e cosa faceva, insomma una commemorazione anticipata.

La reazione del parente è stata molto varia. Si andava da parenti che prendevano atto delle notizie, a parenti che chiedevano i maggiori dettagli medici, su esami, variazioni dei valori, variazione dei farmaci, eccetera. Nella maggior parte dei casi il colloquio conteneva in qualche modo uno "sfogo" del parente, il ricordo del passato, esprimeva il senso di solitudine dei parenti stessi.

Diversi sono stati i casi di figli i cui genitori erano entrambi malati e ricoverati per COVID, e spesso uno dei due (raramente entrambi) deceduti.

Un caso particolarmente toccante riguardava una persona da poco vedova, che aveva nella madre l'unico sostegno per la gestione del lutto e dei figli; madre ricoverata per COVID. Ciò aveva originato una grande instabilità ed incertezza, per il timore di un secondo lutto.

A volte, siamo servite come cuscinetto ammortizzatore per familiari iracundi per vari motivi; principalmente si trattava di parenti disperati di pazienti molto gravi a prognosi infausta. Qualche volta la telefonata è stata utile e costruttiva, a volte purtroppo no.

Rilevazione parere parenti

Nel mese di dicembre, abbiamo pensato di chiedere, previo consenso verbale, il parere di alcuni parenti sul servizio telefonico che effettuavamo.

Abbiamo raccolto il parere dei familiari di 21 pazienti.

Le domande erano state concordate anticipatamente, riportate nella Tabella 3.

A tutti gli intervistati era chiaro quale fosse il nostro compito. Durante i mesi di attività, raramente alcune persone pensavano che li contattassimo per comunicare semplicemente un aggravamento, o peggio, ovvero pensavano le contattassimo per notizie pratiche o sociali.

Tutti tranne uno, hanno dichiarato che pensavano che sì, il medico fosse il professionista più adatto a questo compito, che il fatto di parlare con un medico era rassicurante per la competenza relativa alla patologia del parente ricoverato. L'unica eccezione riguardava una parente psicologa, che percepiva le lacune sugli aspetti psicologici del medico e riteneva meglio che il comunicatore fosse uno psicologo, magari affiancato ad un medico per le notizie più cliniche.

Tabella 3. Domande proposte ai familiari intervistati

1. Le è chiaro il lavoro che facciamo?	SI, NO, NON SO
2. Secondo lei, quali sarebbero le competenze necessarie:	medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, altro
3. Le informazioni mediche che le forniamo sono comprensibili (o è troppo "medichese")?	SI, NO, NON SO
4. Secondo lei, il servizio che erogiamo è utile?	SI, NO, NON SO
5. Come vive queste telefonate psicologicamente?	
6. Secondo lei, questo è un servizio che dovrebbe essere fatto anche una volta cessata l'emergenza COVID?	SI, NO, NON SO
Informazione da dedurre:	
Il parente si rende conto della situazione generale dovuta al COVID e sue implicazioni, personali e generali della popolazione?	SI, NO, NON SO

Tutti hanno concordato sul fatto che eravamo riuscite ad utilizzare un linguaggio sufficientemente semplice, seppur tecnico, da rendere comprensibili le notizie che comunicavamo. Raramente, durante l'intera esperienza, ci sono state chieste maggiori delucidazioni più semplificate.

Il servizio reso è stato definito utile da tutti gli intervistati e tutti si auspicavano che qualcosa di analogo venisse attivato anche dopo il termine dello stato emergenziale, anche solo limitatamente ai parenti che non potessero recarsi in ospedale ai colloqui con i medici, ovvero quando il parente ne avesse avuto necessità o lo avesse richiesto.

Alla richiesta del vissuto personale prima, durante e dopo le nostre telefonate, le riposte sono state varie. Per alcuni parenti, si è passati dall'ansia dei primi contatti per il timore di ricevere una notizia infausta, alla tranquillità dopo alcune chiamate e rasserenamento per gli aggiornamenti e l'aver notizie del congiunto. In tutti i casi, il fatto di avere notizie era fonte di conforto. Circa la metà degli intervistati aveva regolari contatti con il proprio parente, grazie alla possibilità del paziente di utilizzare un cellulare.

Nella Tabella 4 riportiamo i risultati sintetici del sondaggio.

Nella pressoché totalità dei contatti, abbiamo avuto la percezione, e poi la consapevolezza durante e dopo il colloquio, che il congiunto avesse chiara la gravità o meno della condizione clinica del proprio caro.

Tabella 4. Risultati del sondaggio

Numero intervistati	21
Pazienti relativi	
Sesso	11 donne e 10 uomini
Età media	80 aa (range 52-90)
Grado di parentela	
Figlio/a	17
Coniuge	3
Nipote	1
Parenti che avevano contatti via telefono col paziente	9
Comprensione dello scopo della telefonata	SI 21 (100%)
Operatore più utile	
Medico	20
Psicologo & medico	1
Comprensibilità delle comunicazioni	SI 21 (100%)
Utilità del servizio	SI 21 (100%)
Utilità anche in prospettiva	SI 21 (100%)
Stato d'animo per la telefonata	
Rassicurazione	4
Attesa con ansia per avere notizie	6
Con ansia (genitore grave)	1
Contento	3
Contento con un po' di apprensione	1
Ansia se non avviene la telefonata	1
Contenta o in ansia a seconda della notizia, se buona o no	1
I primi giorni con ansia per paura di brutte notizie, poi rassicurata	1
Manca il vedersi, la telefonata è conforto relativo	1
Servizio gradito, diverso da in presenza, ma utile; sollievo	1
Chiamare anche durante festivi; se precaria con ansia	1

Problemi riscontrati

Durante il lavoro dell'autunno 2020, è stato inevitabile, e comprensibile, avere qualche difficoltà organizzativa. Non sempre quando iniziavamo il lavoro del pomeriggio la cartella era stata aggiornata, quindi abbiamo dovuto attendere prima di chiamare il familiare. E' capitato a volte di contattare per due volte lo stesso parente nella stessa giornata, per disguidi sulla distribuzione delle persone da contattare. Comunque nel complesso il servizio è andato speditamente e in modo ben organizzato.

La grande carenza ravvisata dai parenti è stata la mancanza di possibilità di vedersi, e veniva auspicato l'utilizzo, ad es, di un tablet di reparto.

Bibliografia

1. Cavestro C., Degan D., Demaestri M., et al. Valutazione delle prestazioni erogate dalla S.C. di Neurologia in epoca COVID-19: comparazione dell'attività del semestre marzo-agosto 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. Bollettino Epidemiologico Anno 2019 RELAZIONE SU ALCUNI ASPETTI DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DELL'A.S.L. CN2 ALBA-BRA. Pagine 60-70. [Bollettino Epidemiologico 2019 - Relazione su alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione dell'ASL CN2 - ASL CN2](#)
2. COMUNICoViD. COME COMUNICARE CON I FAMILIARI IN CONDIZIONI DI COMPLETO ISOLAMENTO. DOCUMENTO INTERSOCIETARIO: **SIAARTI - Aniarti - SICP - SIMEU**. Pubblicata 18 Aprile 2020.
3. Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-1. Rapporto ISS COVID-19 • n. 40/2020. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+40_2020.pdf/

Attività psicologiche e psicoterapiche, ambulatoriali e ospedaliere, a favore di pazienti e familiari in emergenza Covid-19 (periodo marzo-dicembre 2020)

**Daniele Saglietti, Giuseppina Intravaia, Ileana Agnelli, Maria Grazia Ciofani,
Paola Di Pierro, Angelamaria Menga, Raffaella Riccardo**

Premessa

Nell'arco dell'anno 2020 l'emergenza pandemica ha notevolmente influenzato le attività sanitarie e, pertanto anche la S.C. Psicologia ha dovuto riorganizzarsi sia in base alle disposizioni ministeriali e regionali, sia per rispondere in modo idoneo ai nuovi bisogni psico-emotivi della popolazione indotti dalla pandemia, utilizzando, talvolta, nuove modalità di erogazione delle prestazioni.

Si evidenzia che nei mesi di marzo, aprile e maggio (prima ondata) e da ottobre 2020 (seconda ondata), l'Amministrazione regionale, per contrastare l'emergenza, ha disposto la limitazione degli interventi ambulatoriali alle sole richieste caratterizzate da priorità Urgente e/o Breve.

Questo ha comportato l'ingente aumento, rispetto agli anni precedenti, di prescrizioni con questo tipo di priorità da parte dei Medici di Medicina Generale, con il risultato che, soprattutto durante la seconda ondata, il numero di nuovi accessi e delle attività erogate, nonostante le limitazioni, è rimasto elevato.

La deriva psicosociale della pandemia

La prima e la seconda ondata della pandemia hanno presentato caratteristiche diverse. Durante la prima ondata, che ha richiesto cambiamenti importanti e improvvisi alla popolazione, è stata maggiore la sensazione di urgenza, ciascuno ha fatto leva sul proprio spirito di adattamento, fondamentale per affrontare una situazione inedita; il lockdown è stato più stringente e severo, imponendo un isolamento totale a casa alla maggior parte delle persone.

Durante la seconda ondata è cambiata la percezione del rischio e del pericolo; inoltre il secondo lockdown ha previsto regole meno restrittive ed è conseguito un contagio maggiormente diffuso fra tutta la popolazione.

Con la seconda ondata la Struttura di Psicologia ha riscontrato quella che la letteratura scientifica ha identificato come "pandemic fatigue", una demotivazione nei confronti di tutto ciò che può essere utile per proteggersi e prevenire la diffusione del virus.

E' risultata prevalente l'incapacità di lettura di questo difficile momento che avrebbe potuto e dovuto trasformarsi dal sentirsi costretti a "non fare" e "non poter più fare", ad un possibile "fare in modo diverso"; che rappresenta tuttora l'unica strada percorribile.

Durante il primo lockdown l'isolamento delle persone è risultato generalmente più rigoroso, mentre nel periodo autunnale i contesti lavorativi e scolastici sono rimasti, in gran parte, aperti, con la conseguente possibilità di uscire di casa, ma anche la necessità di convivere con altre persone, secondo le regole del distanziamento e rispetto di regole igieniche; questo ha incrementato, in alcune parti della popolazione, atteggiamenti fobici, paure indefinite di essere contagiati, negazionismo, mancanza di fiducia, aumento di conflittualità...

Queste difficoltà sono diventate parallelamente visibili nei malesseri manifestati dagli utenti, anche pazienti non coinvolti direttamente dalla positività al virus Covid-19, che hanno riportato un significativo aumento del senso di impotenza, rabbia, ansia diffusa e alterazioni dei ritmi circadiani.

Una parte degli accessi agli ambulatori è stata direttamente conseguente a una problematica legata in qualche modo alla pandemia, come lo sviluppo di sintomatologie ansiose e difficoltà di adattamento conseguenti ai periodi di isolamento o alla generale paura del contagio e di non essere al sicuro, difficoltà economiche legate alla perdita del lavoro, difficoltà emerse in seguito alla positività al virus.

Si evidenzia che la maggior parte delle richieste, anche se avviate per motivazioni non direttamente correlate alla patologia Covid-19, hanno mostrato l'ingravescenza e, in alcuni casi, lo sviluppo di disagi emotivi, talvolta piuttosto gravi, di difficoltà a far fronte alla situazione e sintomatologie correlabili, in particolare, a disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi del sonno e dell'adattamento o correlabili a eventi stressanti.

Il Report

Il **report** che segue descrive il campione dei pazienti che, trasversalmente alle diverse Aree organizzative della Struttura, hanno maggiormente mostrato difficoltà e sintomatologie direttamente correlabili all'emergenza sanitaria. Viene proposto come **Allegato 1** la descrizione sintetica degli interventi messi in atto a favore del **personale dell'ASL CN2** durante la pandemia COVID-19.

Di seguito il Report viene suddiviso in cinque paragrafi ed un allegato che rappresentano caratteristiche specifiche dell'utenza e della tipologia di intervento adottato:

- 1) **Pazienti e familiari, target adulti - Attività svolte in presenza**, si evidenziano le caratteristiche dell'utenza che ha usufruito del servizio direttamente in presenza presso gli ambulatori territoriali e ospedalieri, e in minima parte a domicilio;
- 2) **Pazienti e familiari, target adulti - Attività svolte in remoto** riguarda coloro che, per motivi sanitari (positività al Covid-19, paucisintomatici, quarantena...), non potevano recarsi presso la Struttura e sono stati seguiti, almeno per un periodo di tempo, attraverso colloqui telefonici o per via telematica;
- 3) **Trattamento delle situazioni di LUTTO**, relativo a pazienti per i quali è risultato necessario il supporto psicologico a seguito della difficoltà di elaborazione del lutto, difficoltà legata e potenziata dalla situazione di pandemia Covid-19;
- 4) **Minori e famiglie**, riguarda l'evidenza del disagio minorile e delle problematiche psicoemotive e relazionali correlabili all'emergenza sanitaria; rilevando, come sempre, che le modalità con cui gli adulti di riferimento hanno affrontato l'emergenza in atto hanno condizionato i vissuti dei minori; con la conseguente necessità di interventi sulla genitorialità;
- 5) **NeuroPsicologia**, relativi agli interventi di diagnosi e riabilitazione di pazienti adulti con patologie neurodegenerative e con problematiche inerenti il decadimento cognitivo e le attività di valutazione clinica a supporto della Medicina Legale.
- 6) **Allegato n.1** - Supporto Psicologico Individuale e di Gruppo rivolto al personale dell'ASL CN2 durante l'emergenza Covid-19.

Si evidenzia che, quando le condizioni sanitarie lo permettevano, si è scelto di preferire gli interventi in presenza a quelli da remoto, in quanto si è ritenuto e si ritiene che siano maggiormente efficaci nella valutazione e trattamento di problematiche emotive e relazionali.

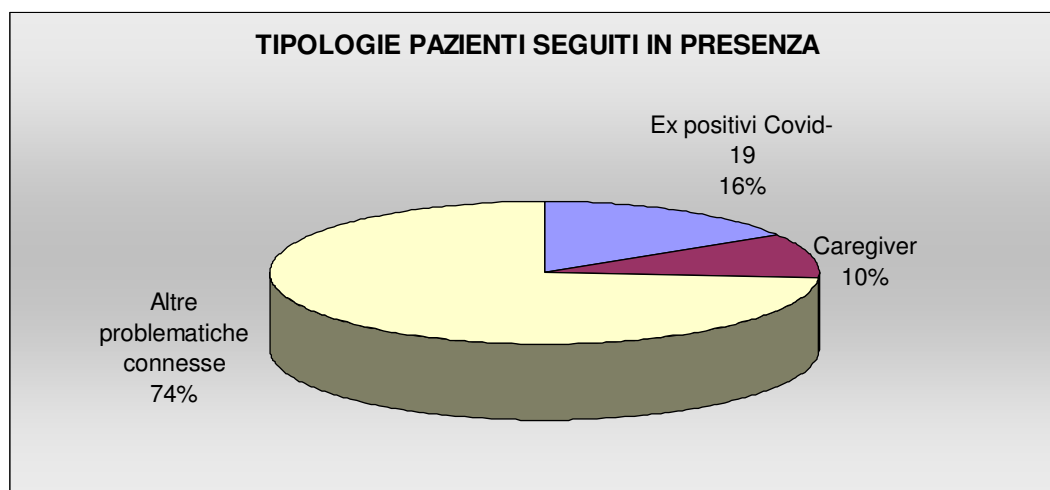
1. Pazienti e familiari, target adulti - Attività svolte in presenza

In totale, il campione è composto da n. 124 pazienti. Una parte di loro (Ex positivi Covid-19) ha riscontrato difficoltà a causa e in seguito alla positività, sviluppando sintomi ricordati all'isolamento relazionale e alle caratteristiche della malattia. Questa ha richiesto loro di seguire regole igieniche specifiche e severe anche all'interno della propria casa, con l'esigenza di allontanare le persone care e di "medicalizzare" azioni e routine quotidiane; talvolta ha comportato lo sviluppo di una sintomatologia grave, e spesso il ricovero ospedaliero.

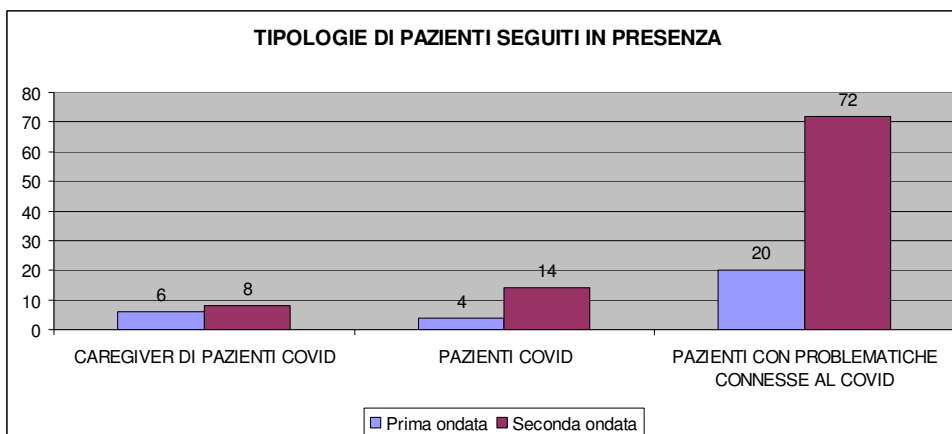
Il secondo gruppo di pazienti è composto dai caregiver, coloro che si sono occupati, con diverse modalità, delle persone che hanno riscontrato la positività.

Il terzo gruppo riguarda i pazienti che, pur non avendo rilevato direttamente la positività al Covid, hanno sviluppato difficoltà psico emotive associate direttamente alla pandemia.

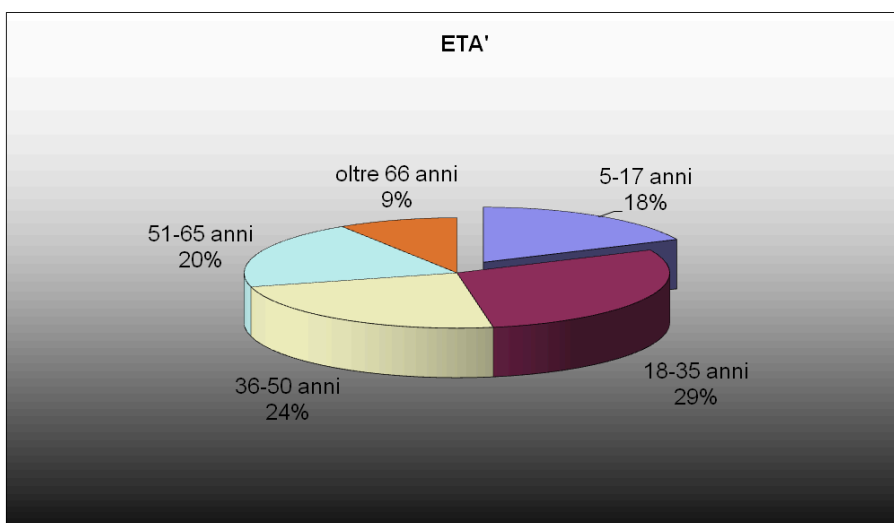
Il grafico sotto riportato evidenzia la distribuzione percentuale dei gruppi di pazienti e familiari/caregiver:



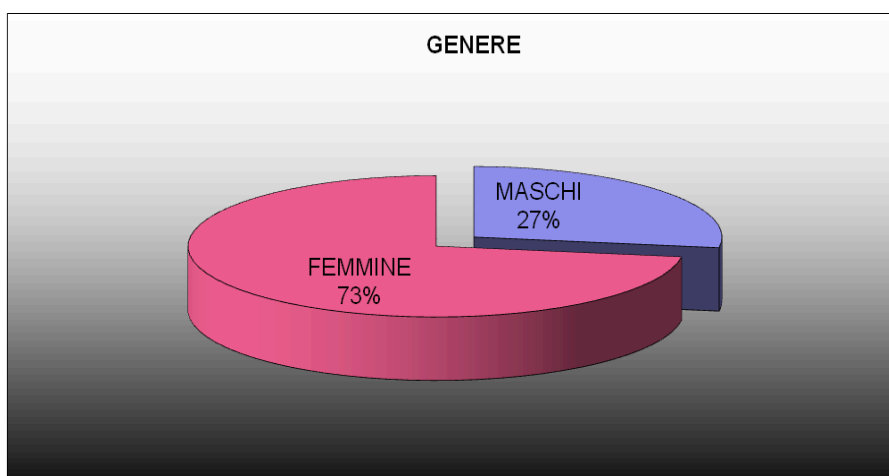
Di seguito la rappresentazione numerica di familiari/caregiver, di pazienti Covid-19 e utenti con problematiche direttamente connesse, distribuiti tra la prima e seconda ondata:



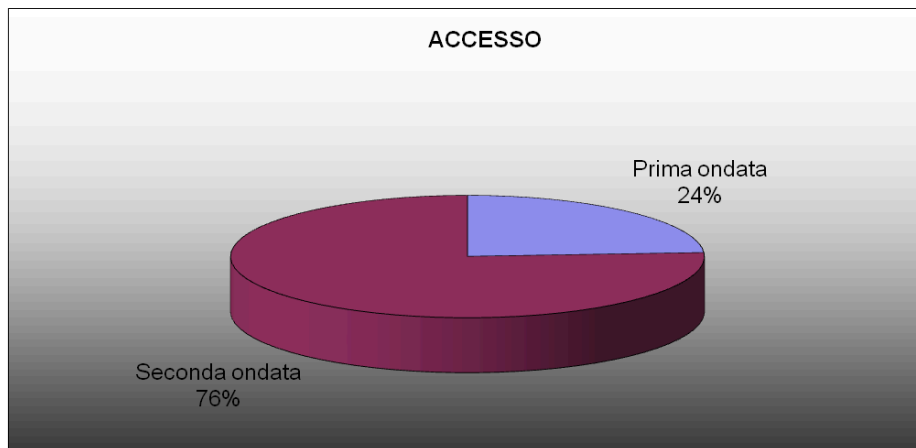
Il grafico seguente descrive le caratteristiche demografiche, relative all'età dei pazienti:



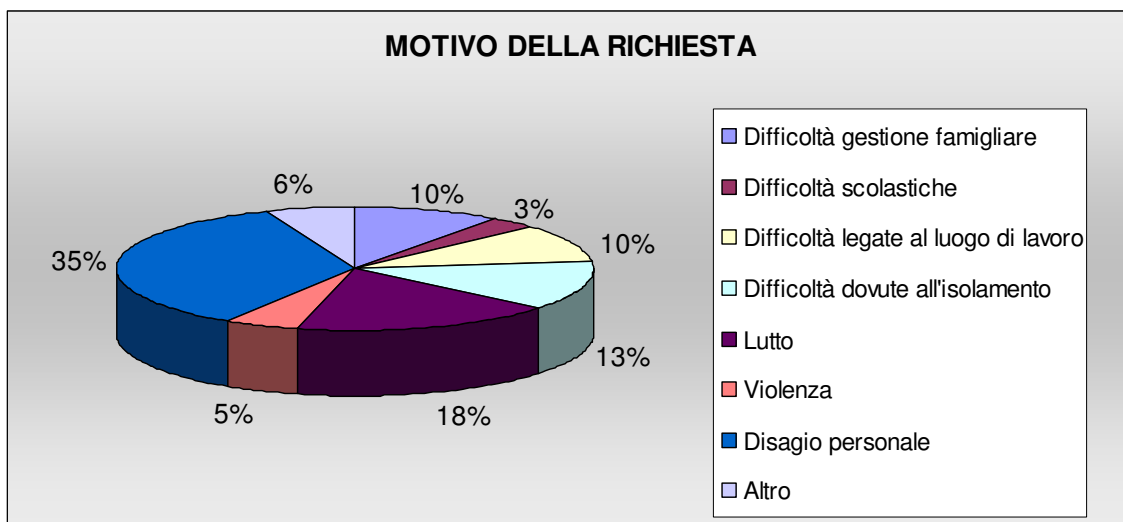
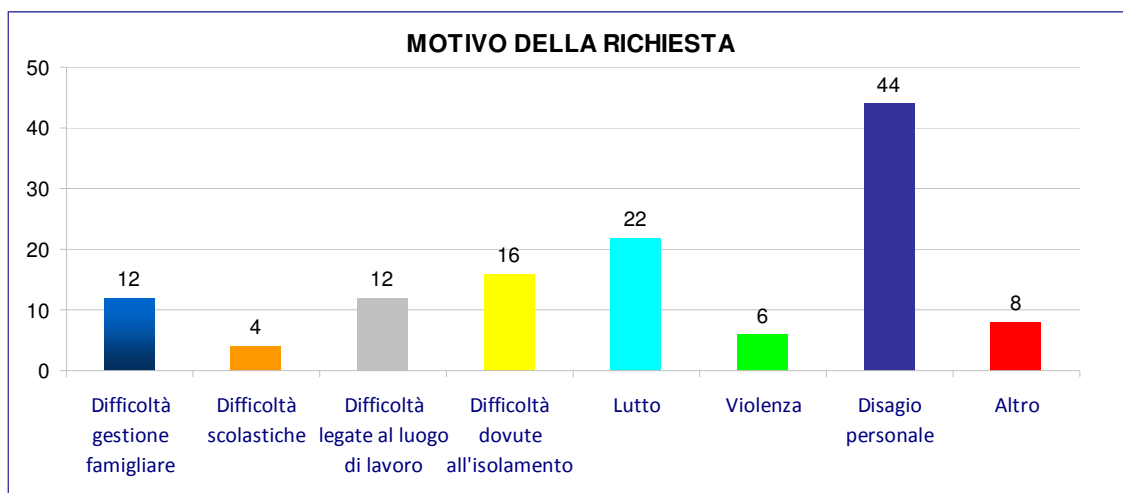
Il grafico seguente descrive le caratteristiche demografiche, relative al genere dei pazienti:



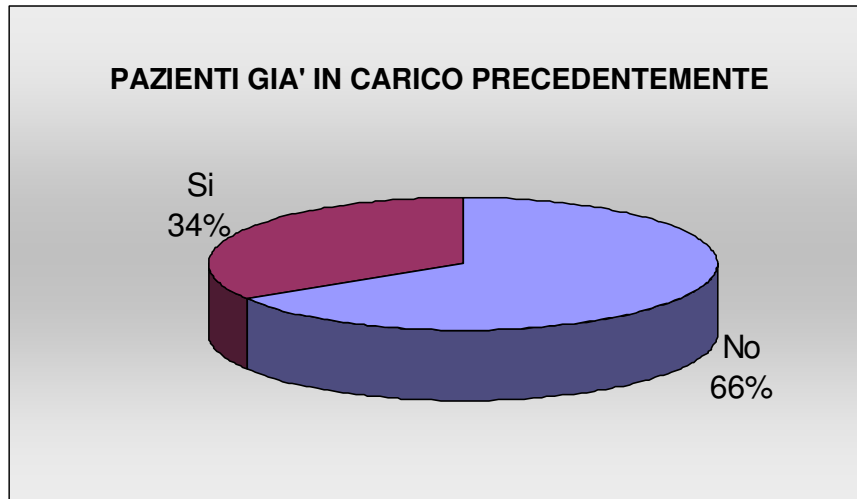
Come è visibile dal grafico successivo, la maggior parte dei pazienti ha fatto richiesta del servizio durante la seconda ondata della pandemia.



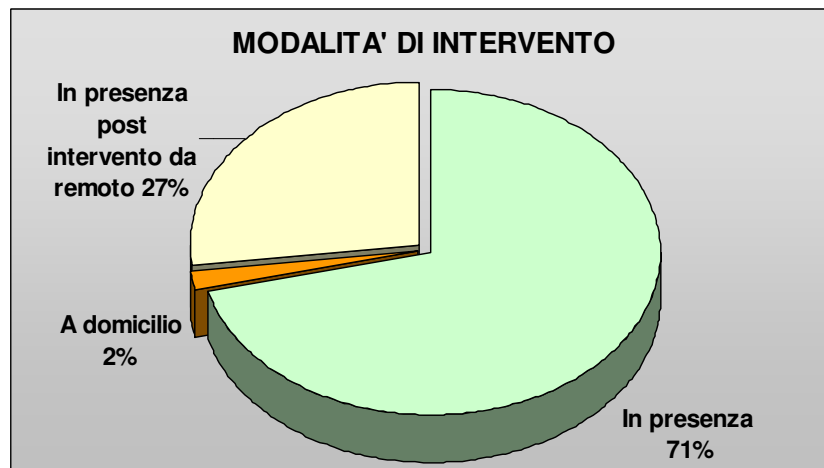
Nei successivi grafici la rappresentazione numerica e percentuale del motivo segnalato all'atto della richiesta:



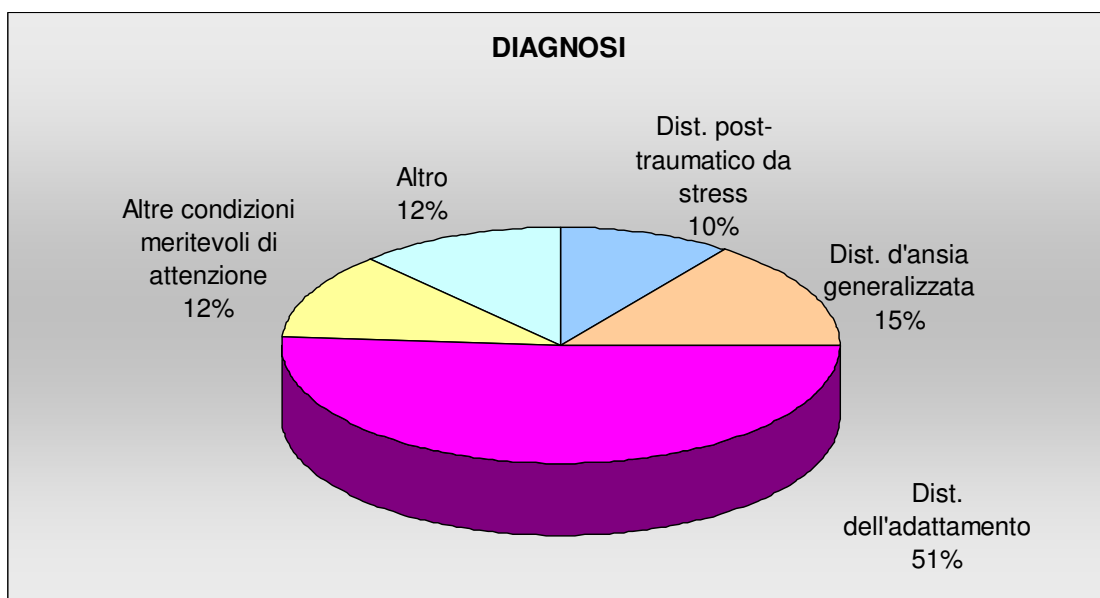
Per alcuni pazienti è stato richiesto l'intervento psicologico a seguito di problematiche emerse durante l'emergenza Covid; una minoranza, invece, era già in carico precedentemente e la pandemia ha peggiorato la sintomatologia precedentemente in atto.



Di seguito è evidenziata la modalità di intervento:

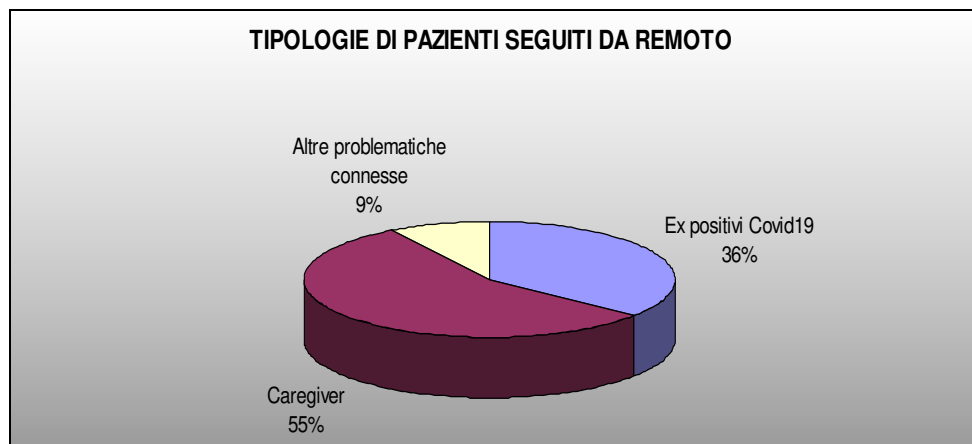


La maggior parte dei pazienti ha dimostrato sintomi relativi a disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti conseguenti alla situazione della pandemia Covid-19, con una netta prevalenza di disturbi dell'adattamento, come evidenziato dal grafico a seguire.

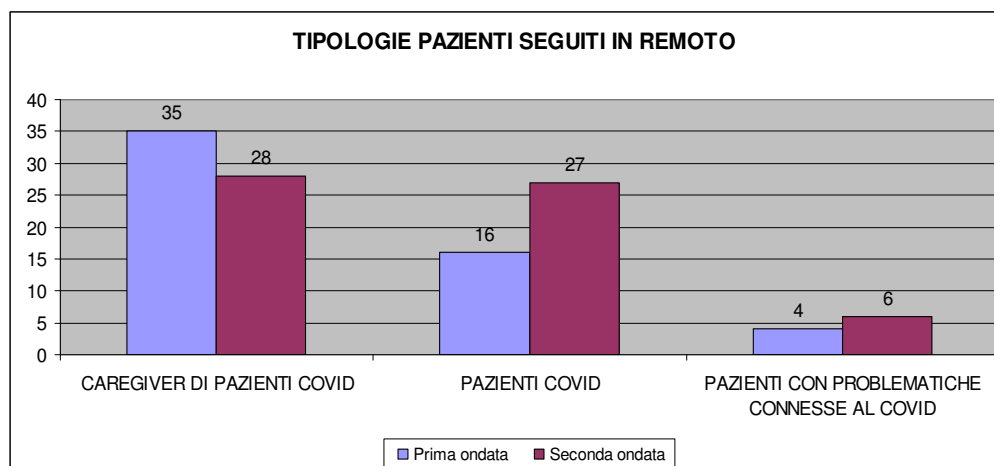


2. Pazienti e familiari, target adulti - Attività svolte in remoto

I pazienti, in stato di isolamento, che non potevano raggiungere la struttura sanitaria, sono stati seguiti attraverso colloqui telefonici o in via telematica, nel grafico sottostante viene evidenziata la distribuzione percentuale dei gruppi di pazienti e familiari/caregiver:



Di seguito la rappresentazione numerica di: familiari/caregiver, di pazienti Covid-19 e utenti con problematiche direttamente connesse, distribuiti tra la prima e seconda ondata.

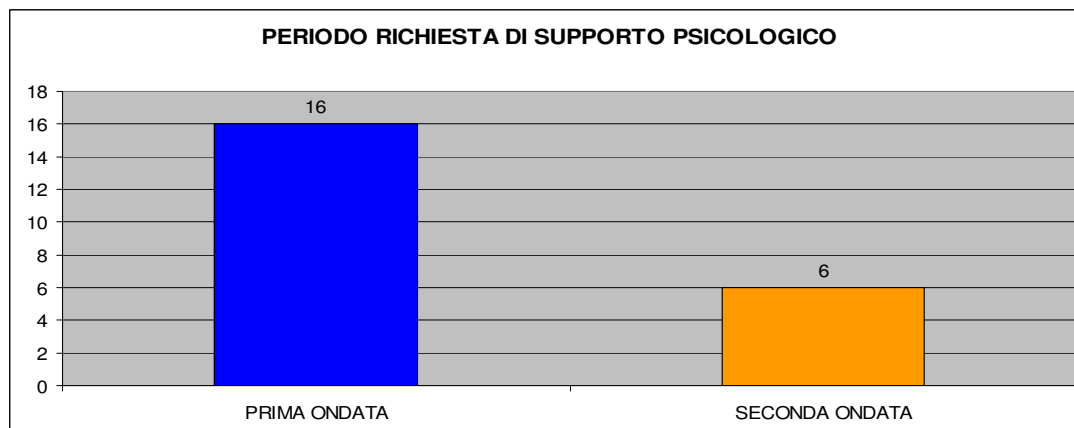


3. Trattamento delle situazioni di LUTTO

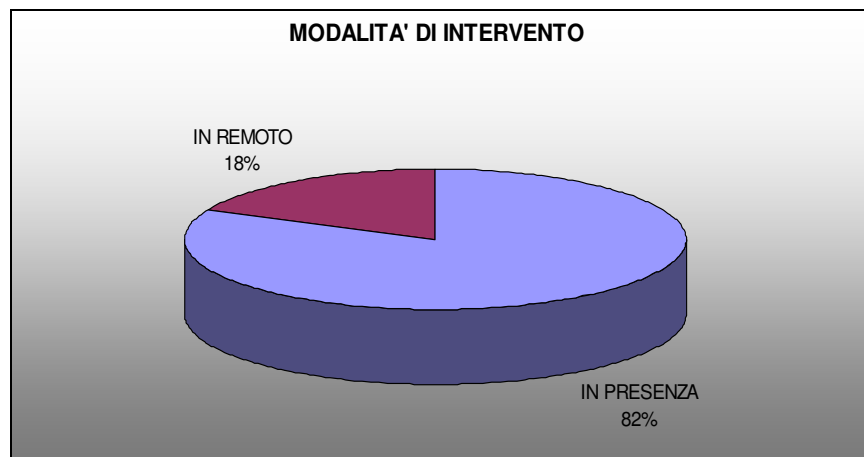
Si rileva che **il 15% del campione totale (ossia n. 22 pazienti) ha richiesto il supporto psicologico a seguito della difficoltà di elaborazione del lutto, difficoltà legata e potenziata dalla situazione di pandemia Covid-19.**

Tutti i pazienti sono donne, fra i 27 e i 60 anni di età.

Nel grafico di seguito vengono evidenziati i dati numerici di interventi nella prima e seconda ondata.



Nel grafico successivo vengono evidenziate le modalità di intervento:



I pazienti sono giunti, nella maggior parte dei casi, su invio del Reparto in cui il congiunto era ricoverato (Struttura ospedaliera o Hospice) o, su invio dei MM.MM.GG. o tramite gli Ambulatori di Psicologia clinica adulti.

Emerge che il numero di richieste per difficoltà di elaborazione del lutto si è dimostrato più alto rispetto agli anni scorsi.

E' possibile spiegare questa maggiore richiesta di aiuto con l'impossibilità, nel caso di congiunto deceduto presso l'Ospedale, vista la chiusura dei reparti a esterni, di vedere, prendersi cura e, in qualche modo, "salutare" la persona cara negli ultimi momenti della sua vita, azioni che normalmente precedono e aiutano l'elaborazione del lutto. Anche i rituali normalmente previsti dopo il decesso, come il funerale e la sepoltura, sono stati a lungo vietati o modificati, dovendo rinunciare, così, alla loro funzione di saluto verso il defunto.

Inoltre, l'isolamento e il distanziamento sociale necessari durante la pandemia hanno diminuito o addirittura eliminato la rete sociale che avvolge le persone; questa rete, in periodi di normalità relazionale, permette di elaborare e superare più facilmente e in modo fisiologico le difficoltà emotive attraverso il confronto, l'interazione e la consolazione reciproca.

Gli interventi attivati a supporto di questo target di pazienti svolgono anche la funzione preventiva all'instaurarsi del Disturbo da lutto complicato.

4. Minori e famiglie – Psicologia dello Sviluppo

L'Area della Psicologia dello Sviluppo comprende diverse tipologie di attività: preparazione e supporto alla nascita e alla genitorialità; diagnosi psicologica e valutazione del livello di sviluppo dei minori; psicologia clinica, psicoterapie e riabilitazione cognitiva.

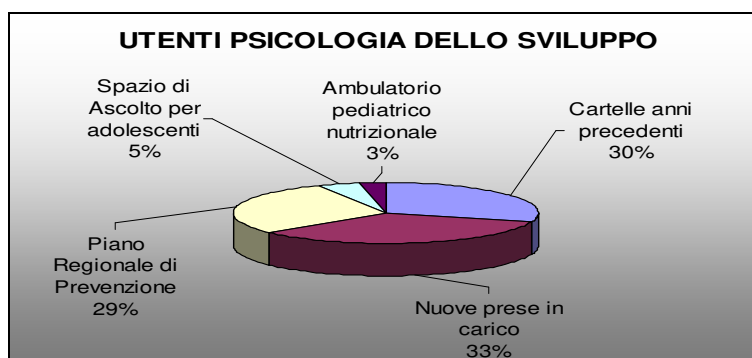
Vengono, inoltre, svolte le attività di tutela Minorile: adozioni, affidamenti, tutela, maltrattamento e abuso e collaborazioni ai servizi sanitari e socio-assistenziali, agli organismi scolastici e ai tribunali, Ordinario e per i Minorenni.

Gli ambulatori di Psicologia dello Sviluppo sono presenti all'interno delle Case della Salute con sedi ad Alba e Bra, e presso il Presidio ospedaliero " M. e P. Ferrero" di Verduno.

Nell'anno 2020, oltre a dare continuità agli interventi già avviati negli anni precedenti, **sono stati presi in carico n. 265 nuovi minori**, con diversi tipi di problematiche.

Sono state inoltre effettuate attività psicologiche nell'ambito del PLP, inserite nel Piano Regionale di Prevenzione, volte a favorire la promozione del benessere in epoca neonatale e il supporto ai neogenitori in integrazione con le SS.CC. Ostetricia e Pediatria n. 226 neonati visti nei punti di sostegno all'allattamento. Lo spazio di ascolto per Adolescenti, in collaborazione con i Consultori, ha accolto **n. 36 adolescenti** ed è stata mantenuta l'attività dell'Ambulatorio Pediatrico Nutrizionale sulle **difficoltà alimentari in età evolutiva n. 21 minori**.

Nel grafico sottostante vengono evidenziati i dati percentuali della distribuzione dell'utenza:



Nonostante la limitazione delle prestazioni ambulatoriali disposta, il numero di accessi si è dimostrato, comunque, piuttosto elevato, con il ricorso molto frequente di PP.LL.SS. e MM.MM.GG. alla priorità B.

Si evidenzia che nel periodo estivo, durante il quale solitamente è più difficile mantenere l'attività clinica non urgente a causa dei periodi di vacanza e delle attività extrascolastiche frequentate da molti minori, sono state smaltite molte richieste, che non erano pervenute nei mesi precedenti a causa del lockdown.

Dal punto di vista dell'analisi della domanda, le tipologie di richieste non si discostano significativamente dallo standard degli anni precedenti.

Non ci sono stati accessi conseguenti direttamente alla patologia Covid-19, ma in molti casi è emerso un disagio dei minori correlabile all'emergenza sanitaria; come sempre, le modalità con cui gli adulti di riferimento hanno affrontato l'emergenza in atto hanno condizionato i vissuti dei minori.

In particolare, è possibile sintetizzare che **le situazioni che sono state maggiormente influenzate dall'emergenza sanitaria sono state complessivamente n. 131.**

E' possibile far confluire le motivazioni di questi disagi in 3 ambiti principali:

Un primo ambito è quello legato alla Tutela, soprattutto nei bambini fra i 3 e i 10 anni.

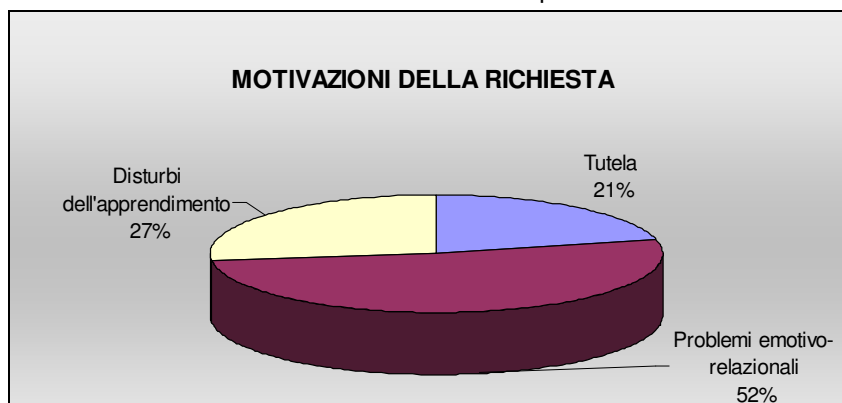
Infatti, le problematiche connesse all'emergenza sanitaria hanno acuito le difficoltà presenti nei nuclei deboli della popolazione; in particolare le situazioni di disagio socio-ambientale e quelle seguite dall'Autorità giudiziaria hanno risentito sia delle limitazioni dell'accesso ai servizi sia della impossibilità dei minori di incontrare in presenza i genitori sottoposti a limitazione della responsabilità genitoriale, vista la sospensione degli incontri nelle strutture di accoglienza e negli spazi neutri dedicati.

Fra queste, è possibile evidenziare l'aumento degli stati di ansia negli adolescenti, sentimenti di isolamento, fobie legate alle nuove regole igieniche e di isolamento, disturbi sul versante bio-istintuale, come difficoltà alimentari ecc. I minori che afferiscono a quest'area hanno **prevalentemente fra gli 8 e i 17 anni di età.**

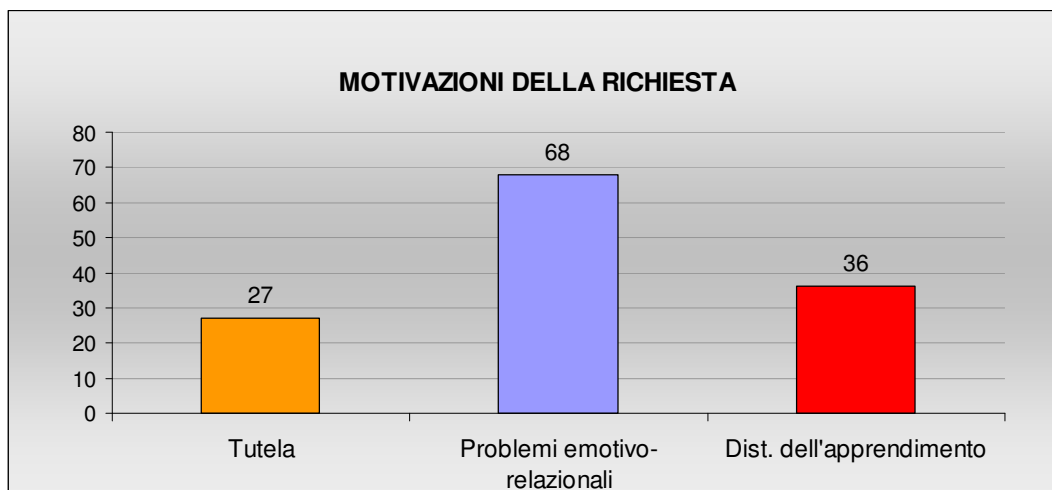
Il terzo ambito più colpito riguarda i bambini con disturbi dell'apprendimento, prevalentemente fra i 7 e gli 11 anni di età.

La sospensione delle attività didattiche in presenza, infatti, ha amplificato alcune difficoltà di apprendimento già presenti e nelle fasce di età corrispondenti alle scuole superiori ha accentuato difficoltà di natura emotivo-relazionale. Peraltro, in alcune situazioni in cui il disagio dei minori era strettamente legato alla frequenza scolastica e al rapporto con il gruppo dei pari o con i docenti, si è osservata una riduzione della sintomatologia ansiosa.

Nel grafico sottostante viene evidenziata la distribuzione percentuale delle richieste:



Nel grafico seguente è riportato il dato numerico:



Sta emergendo soprattutto nell'ultimissimo periodo l'evidenza del disagio minorile e delle problematiche psicoemotive e relazionali correlabili all'emergenza sanitaria e alle modificate condizioni dei contesti sociali e scolastico. Si rileva un aumento: sia delle segnalazioni di tutela minorile e della domanda di sostegno per conflittualità familiare, direttamente connesse alle condizioni emergenziali; sia della domanda per problematiche connesse al target adolescenziale, sia dirette di utenti adolescenti (anche di adolescenti socialmente evitanti), sia di genitori in forte difficoltà nella gestione delle naturali dinamiche familiari alterate profondamente dalla pandemia in corso.

5. NeuroPsicologia e riabilitazione neuro cognitiva

Gli ambulatori di Neuropsicologia (NPs) sono presenti all'interno delle Case della Salute con sedi ad Alba e Bra, e presso il Presidio ospedaliero "M. e P. Ferrero" di Verduno.

Essi si occupano di interventi di diagnosi e riabilitazione di pazienti con patologie neurodegenerative e con problematiche inerenti il decadimento cognitivo.

Nel periodo della pandemia l'accesso al servizio è stato contingentato dalle disposizioni sanitarie ministeriali e regionali che hanno limitato gli interventi ambulatoriali nei periodi di lockdown alle richieste definite come urgenti e di emergenza.

Le attività degli ambulatori si sono focalizzate, da un lato sul tentativo di garantire ai pazienti già in carico di mantenere una continuità di trattamento nel rispetto delle norme sanitarie in atto (quindi, talvolta, con modalità indirette e a distanza) e dall'altro di permettere ai pazienti nuovi un accesso graduale in presenza, quando possibile.

Durante la pandemia sono state garantite le attività di valutazione clinica finalizzate ad ottenere il rinnovo di patenti e il percorso per richiedere l'invalidità civile, a supporto della Medicina Legale.

Pazienti con esiti cerebrovascolari dopo le dimissioni ospedaliere, non potendo accedere alle usuali strutture riabilitative territoriali in fasi emergenziali, perché costrette a limitare o addirittura chiudere i ricoveri, hanno scelto e richiesto la possibilità di ricevere un intervento riabilitativo neuro cognitivo a livello ambulatoriale, ottenendo interventi di valutazione e riabilitazione cognitiva senza dilazionare i tempi utili.

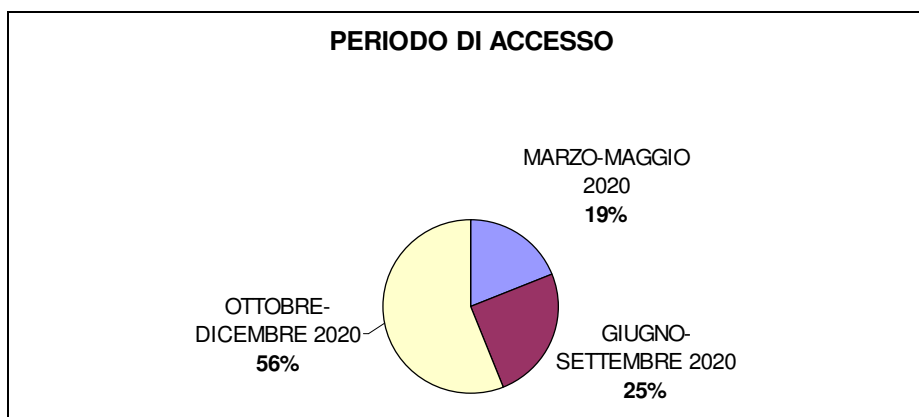
Nel corso del 2020 sono state aperte in totale 203 nuove cartelle (n. 82 tra Gennaio e Febbraio, n. 121 tra Maggio e Dicembre).

Come per molte attività di prevenzione, in periodo di pandemia, purtroppo, anche alcuni accertamenti in pazienti con difficoltà cognitive hanno risentito del generale clima di timore verso gli ambienti sanitari, per cui spesso la sintomatologia, quando giunta in secondo momento all'attenzione clinica, era già aggravata.

Spesso, si sono riscontrati associati alla patologia, condizioni di sofferenza, depressione, ansia e paura laddove l'isolamento del paziente e la lontananza dai familiari per scopi cautelativi, è stata necessaria.

In alcuni casi, pazienti con patologie neurodegenerative, giovani e attivi, presentando già in anamnesi una sintomatologia ansiosa, hanno visto peggiorare, durante la pandemia, i loro sintomi (es. DOC in paziente con Sclerosi Multipla immunodepressa).

In particolare, nell'ambito dei n. 203 nuovi pazienti che hanno usufruito di interventi neuropsicologici, risulta un numero limitato e pari a n. 48 persone che hanno necessitato di specifiche prestazioni per problematiche strettamente legate all'emergenza Covid-19, come evidenziato nel grafico seguente con riferimento al periodo di accesso.



La principale motivazione che ha determinato queste richieste di intervento ha riguardato la percezione soggettiva di peggioramento del quadro clinico cognitivo, che veniva descritto come conseguente allo stress dovuto all'isolamento durante i lockdown, alle restrizioni richieste dai DPCM e al temporaneo allontanamento dai famigliari.

Inoltre per il 25% di questi pazienti la valutazione neuropsicologica è conseguita all'insorgere di alcuni sintomi di iniziale deficit cognitivo seguente alla positività al Covid 19, come difficoltà prevalente di memoria e attenzione.

Si evidenzia che alcuni pazienti adulti seguiti presso gli Ambulatori di Psicologia clinica e dell'Area critica hanno riscontrato alcune difficoltà di memoria e concentrazione a seguito della positività al Covid 19. Poiché questa sintomatologia potrebbe essere conseguente allo stato di stress psico-emotivo della quarantena e, pertanto, temporanea, i deficit verranno monitorati ed, eventualmente, valutati in modo specifico in caso di loro permanenza nel tempo.

Con il presupposto di modalità di lavoro multiprofessionali e condivise con MMG, neurologi e geriatri, riteniamo opportuno e necessario prevedere un'attività di screening sia per i pazienti positivi Covid-19 che hanno affrontato aspetti rilevanti della patologia e del ricovero, sia per pazienti positivi e paucisintomatici che evidenziano il persistere di difficoltà cognitive.

Allegato n. 1

SUPPORTO PSICOLOGICO INDIVIDUALE E DI GRUPPO RIVOLTO AI DIPENDENTI DELL'ASL CN2 IN EMERGENZA COVID-19

Sportello per i dipendenti

Da diversi anni, presso questa Azienda, è attivo uno Sportello finalizzato al Sostegno psicologico dei dipendenti, rivolto al singolo lavoratore e finalizzato a migliorare le competenze psicosociali e gli strumenti per affrontare una situazione momentanea di disagio o di malessere connessa al contesto lavorativo e/o alla vita privata.

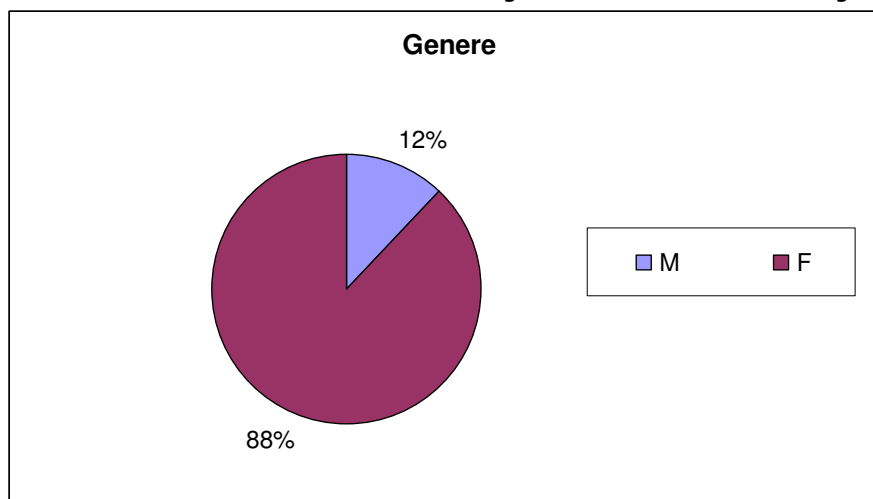
Nel periodo della pandemia questo servizio è stato particolarmente utilizzato dagli Operatori sanitari in particolare, come spazio di ascolto e di elaborazione a seguito del sovraccarico emotivo che si sono ritrovati a gestire.

Il Covid-19 ha prodotto ciò che nella letteratura di change management viene denominato "un-freezing", vale a dire un processo di temporaneo allentamento delle prassi e dei vincoli organizzativi consolidati dovuto - come in questo caso - a uno shock esogeno. In questa fase: le barriere professionali e disciplinari si sono temporaneamente allentate, con la conseguenza che gli assunti di infungibilità sono stati messi in discussione e i processi produttivi, così come gli assetti organizzativi esistenti, si sono dimostrati plasmabili; con ricadute prevalenti positive, ma con aumento di condizioni stress lavoro correlato.

In sintesi, molti dei processi di cambiamento che in precedenza venivano considerati irrealizzabili sono diventati all'improvviso praticabili nell'ambito di un contesto di straordinaria emergenza.

Questo dato ha prodotto anche, in una percentuale minore dei professionisti sanitari, una situazione in cui le mutate condizioni professionali e competenze necessarie si sono associate a forme di disagio individuale, esasperato da risposte soggettive a stress lavoro correlato.

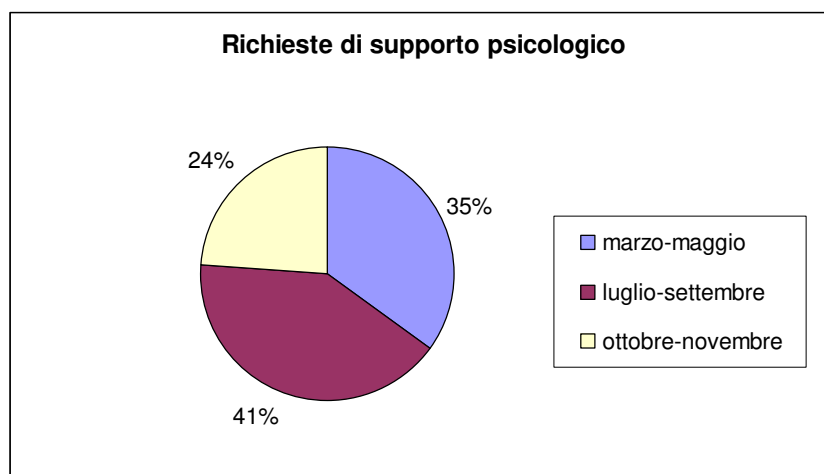
I n. 38 lavoratori che ne hanno usufruito hanno le seguenti caratteristiche demografiche:



I dipendenti che hanno richiesto l'accesso all'ambulatorio hanno fra i 38 e i 60 anni di età, oltre il 50% ha più di 50 anni.

Sono tutti appartenenti al personale del Comparto sanitario (soltanto una è amministrativa), con professionalità diverse; provengono da differenti Strutture aziendali (RRF, Sale Operatorie, Laboratorio analisi, Medicina, Anestesia e Rianimazione, Reparto Covid, Ostetricia, CSM, Oncologia). E' possibile notare che la maggior parte delle Strutture elencate è afferente all'ospedale. La maggioranza degli Operatori si occupava della cura e assistenza di pazienti Covid-19 positivi.

Come evidenziato nel grafico sottostante, le richieste di supporto psicologico sono risultate n. 38 pervenute a partire dal periodo del lockdown di marzo 2020.



Le motivazioni per cui i dipendenti hanno richiesto il supporto sono state principalmente legate a malesseri e difficoltà emotive derivate dall'emergenza sanitaria e dalle ricadute che essa ha avuto sulla vita lavorativa e privata delle persone.

Ha pesato sulla difficoltà psicologica anche il trasferimento degli Ospedali di Alba e Bra nell'Ospedale unico di Verduno e la riorganizzazione avvenuta.

In alcuni casi, sono state riscontrate sintomatologie conseguenti allo stress sostenuto, come ansia, disturbi del sonno, fobie.

Ai dipendenti è stato proposto un percorso individuale in cui venivano analizzate le principali difficoltà riscontrate e individuate le risorse a disposizione da utilizzare per ritrovare un soddisfacente equilibrio psico-emotivo e prevenire situazioni di stress post traumatico e altra psicopatologia.

I percorsi sono avvenuti in presenza, con uno psicologo psicoterapeuta. In alcune situazioni, in caso di positività al Covid-19 o quarantena, il servizio era comunque assicurato con modalità telefonica, al fine di dare continuità al supporto anche nel momento, spesso emotivamente difficile, dell'isolamento.

Supporto ai Gruppi di Lavoro

In continuità con gli interventi di supporto e supervisione emotiva e/o organizzativa a sostegno dei Gruppi di lavoro aziendali, è stata rivolta un'attività di supporto psicologico a piccoli gruppi di lavoro, sino ad un massimo di otto persone, che sono esposti a situazioni particolarmente gravose di stress e/o di rischio.

L'attività si è configurata come una sorta di debriefing psicologico finalizzato ad alleggerire il carico emotivo connesso all'esperienza e a prevenire l'insorgere di forme post traumatiche, elaborando i vissuti e identificando strategie di fronteggiamento efficaci.

Durante l'emergenza Covid-19, la natura "monotematica" della patologia ha richiesto uno stravolgimento della composizione delle equipe con la necessità di distribuire i professionisti sanitari in aree a diversa intensità di cura attraverso la creazione di gruppi clinici misti e multidisciplinari.

Durante l'emergenza, pertanto, il personale sanitario si è trovato di fronte alla necessità di trasferirsi in reparti i cui i fabbisogni sono divenuti improvvisamente prevalenti (Pronto Soccorso, pneumologia), con la conseguente sospensione di una parte dei servizi (es. prestazioni elettive). Durante il periodo emergenziale i professionisti si sono resi disponibili ad esercitare ruoli e ricoprire funzioni anche al di là del perimetro delle proprie competenze.

Il supporto ai Gruppi di Lavoro si è pertanto rapportato alle nuove condizioni organizzative, rispondendo a nuovi raggruppamenti professionali e incidendo prevalentemente su piccoli gruppi di lavoro in risposta a situazioni emergenziali e di improvvisa difficoltà.

L'unica realtà su cui si è strutturato un intervento "classico" di supporto al Gruppo di Lavoro esteso a tutti i professionisti, per un totale di 25 unità, è il CAVs di Canale che ha mantenuto le modalità organizzative consolidate e che ha sollecitato un intervento di supporto psicologico all'Equipè in contrasto alla rilevazione di aumentato stress lavoro correlato.

Come ulteriore riferimento sul sito aziendale, al link:

<https://www.aslcn2.it/specialita-mediche/psicologia/emergenza-covid-19>

sono evidenziate ed allegate le diverse comunicazioni trasmesse dalla Direzione, ed i riferimenti ai due webinar nazionali condotti per FIASO (Federazione It. Aziende Sanitarie e Ospedaliere), attivati su richiesta delle Aziende sanitarie e ospedaliere, e relativi:

- a) al supporto psicologico agli utenti,
- b) al supporto psicologico ai dipendenti.

Il presente Report è redatto con la collaborazione di tutte le risorse assegnate a questa Struttura, la rilevazione dei dati è stata curata dalla dr.ssa Agnelli e le rappresentazioni grafiche dalla Dr.ssa Borrello.

LAVORO E SALUTE

Gli infortuni sul lavoro tra gli addetti dell'ASL CN2

Stefano Nava, Maria Luisa Boarino, Davide Bogetti, Corrado Galdini, Gemma Manissero
Valentina Venturino, Simonetta Cabutti, Manuela Rabino

Premessa: l'andamento degli infortuni in Sanità a livello nazionale

Il comparto Sanità è stato sicuramente quello più colpito dalla recente crisi pandemica, con lavoratori sottoposti ad un elevato rischio di contagio da esposizione al nuovo coronavirus SARS-CoV-2.

Le statistiche infortuni elaborate dall'**INAIL** raggruppano i comparti produttivi secondo la codifica in gruppi ATECO, dove il comparto Sanità viene definito "Gruppo Q Sanità e assistenza sociale". Tale gruppo, comprende più tipologie di servizi e attività (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili, assistenza sociale, ecc.), non tutte riconducibili alle prestazioni fornite da una Azienda Sanitaria Locale; inoltre non viene fatta distinzione tra servizi pubblici e privati. Pur considerando quindi la difficoltà di poter comparare indici di frequenza e gravità infortunistica di una singola Azienda Sanitaria Locale con l'andamento nazionale, i dati registrati dall'**INAIL** sono comunque di grande utilità nel valutare il fenomeno infortunistico durante il periodo di pandemia.

Se fino all'anno 2019 la tendenza del fenomeno infortunistico del comparto, a livello nazionale, era in progressiva discesa (-13,5% nel quinquennio 2015-2019), nel 2020 si è verificata una notevole impennata causata dai contagi da coronavirus di operatori del settore. Secondo l'indirizzo vigente in materia, l'**INAIL** considera tali contagi **infortuni sul lavoro**, poiché la causa virulenta è equiparata a quella violenta; inoltre per gli operatori sanitari vige la presunzione semplice di origine professionale, considerata la elevatissima probabilità di venire a contatto con il nuovo coronavirus. Tali infortuni da COVID-19, vengono rubricati tra quelli di natura *biologica*.

I dati sulle denunce infortuni da COVID-19 pervenute all'**INAIL** nell'anno **2020** da tutto il territorio **nazionale** ci dicono che, su un totale di 131.090 infortuni, ben il 68,8% hanno riguardato il comparto Sanità. Ripartendo l'intero periodo di osservazione in tre intervalli - fase di "lockdown" (fino a maggio compreso), fase "post lockdown" (da giugno a settembre) e fase di seconda ondata di contagi (ottobre-dicembre) - si osserva una progressiva riduzione dell'incidenza delle denunce nelle prime due fasi e una risalita nella terza (si è passati dall'80,4% dei casi codificati nel primo periodo fino a maggio compreso, al 54,9% del periodo giugno-settembre, per poi risalire al 77,4% nel trimestre ottobre-dicembre).

L'analisi per professione dell'infortunato tra **tutti** i comparti produttivi evidenzia la categoria dei tecnici della salute (infermieri e professioni tecnico-sanitarie) come quella più coinvolta da contagi, con il 38,7% del totale delle denunce (in tre casi su quattro donne), seguono gli operatori socio sanitari con il 19,2%, i medici con il 9,2%, e infine altri operatori del comparto Sanità e assistenza sociale.

Per quanto concerne le denunce di infortunio con esito mortale, su un totale di 423 denunce il 25,2% dei decessi codificati si registra nel comparto Sanità e assistenza sociale. L'analisi per professione, così come codificato da **INAIL**, porta questo valore a circa un terzo del totale.

L'andamento degli infortuni nella ASL CN2

Da diverso tempo il Servizio Prevenzione e Protezione rileva i dati infortunistici che hanno interessato i dipendenti dell'A.S.L. 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'A.S.L. 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 individuare meglio 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 una mucosa dell'operatore). Come anticipato in premessa, negli infortuni di natura biologica, sono compresi quelli dovuti a contagio da SARS-CoV-2.

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 (il picco registrato nel 2020 è chiaramente legato alla pandemia da COVID-19), mentre gli infortuni di natura non biologica sono pressoché costanti negli anni.

INFORTUNI	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
non biologici	40	35	43	35	48	45	60	31	34	50	32	47	41	57	41	56	27	45	40	41	44	44	37
biologici	86	108	88	70	96	81	71	59	82	76	66	28	55	43	37	57	38	57	38	34	36	39	167
totali	126	143	131	105	144	126	131	90	116	126	98	75	96	100	78	113	65	102	78	75	80	83	204
dipendenti	1544	1604	1628	1607	1613	1657	1648	1659	1655	1649	1675	1734	1752	1726	1709	1670	1658	1621	1597	1631	1638	1600	1640

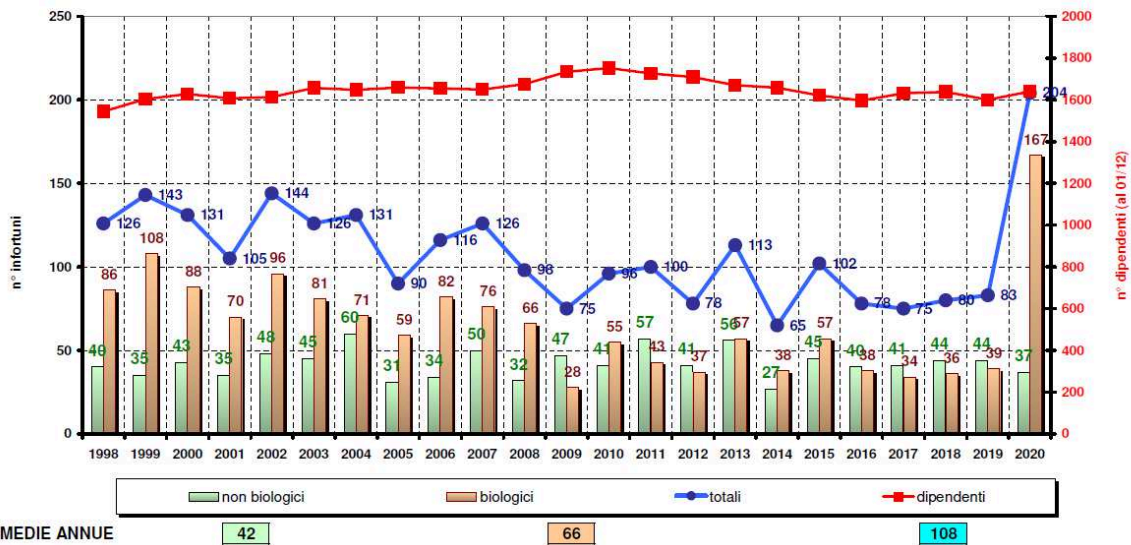


Grafico 1: Andamento del numero dei dipendenti e degli infortuni dal 1998 al 2020, ripartiti tra numero totale, numero di infortuni biologici e numero di infortuni non biologici

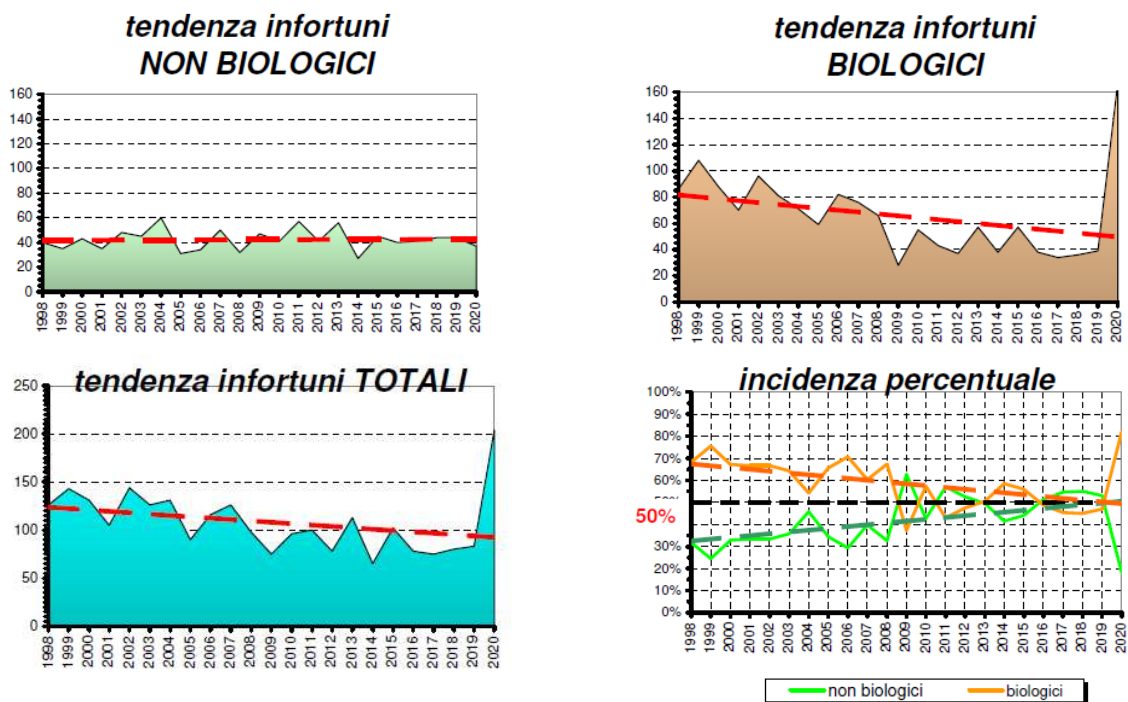


Grafico 2: Tendenze della tipologia di infortuni nel periodo 1998-2020

Andamento degli infortuni ASL CN2 nel periodo 2015-2020

Di seguito viene riportato in Tabella 1 il numero di infortuni rilevati dal 2015 al 2020, che conferma sostanzialmente la tendenza in diminuzione degli ultimi venti anni con particolare riferimento agli infortuni di tipo biologico, al netto degli infortuni da COVID-19.

ANNI	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	102	78	75	80	83	204
INFORTUNI BIOLOGICI	57	38	34	36	39	167
INFORTUNI NON BIOLOGICI	36	30	31	28	30	25
INFORTUNI IN ITINERE	9	10	10	16	14	12

Tabella 1: Dati relativi agli infortuni sul lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel periodo 2015-2020. 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 (in arancione gli infortuni di tipo biologico e in verde gli infortuni non biologici e in itinere):

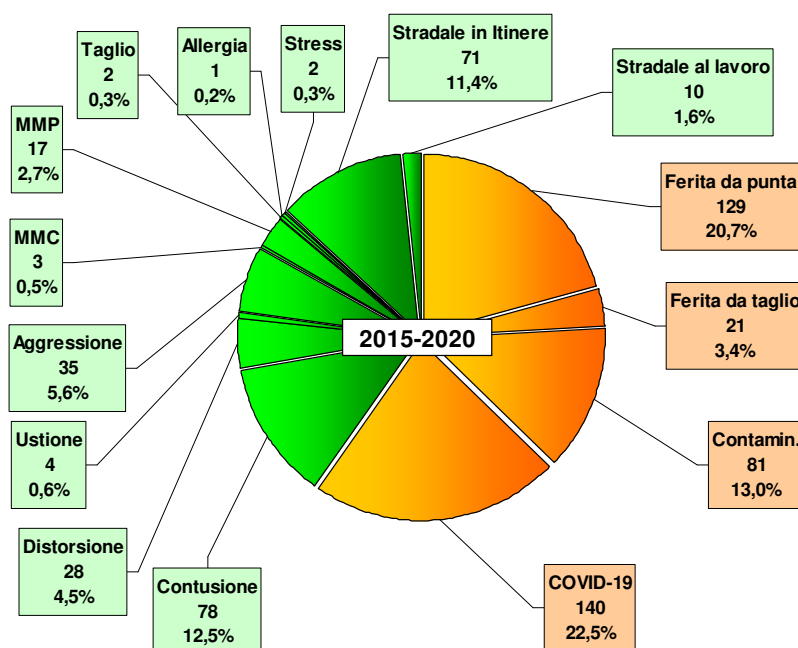


Grafico 3: Tendenza della tipologia di infortuni nel periodo 2015-2020

La suddivisione mette innanzitutto in evidenza che gli infortuni di tipo biologico (371, pari al 59,6% del totale) sono in numero superiore agli infortuni di tipo non biologico (251, pari al 40,4% del totale). C'è però da evidenziare come tale dato sia condizionato dal numero degli infortuni da COVID-19 (140 casi, tutti nel 2020).

Per quanto concerne gli infortuni di tipo biologico - esclusi quelli da COVID-19 - quelli dovuti a contaminazione percutanea (150) superano abbondantemente quelli per contaminazione mucocutanea (81), 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*) supera di poco il numero di infortuni per contusione ovvero circa il 13% 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 quelle riconducibili alla movimentazione dei carichi (MMC) e la movimentazione dei pazienti (MMP), non presentano grande rilevanza.

In linea con il dato nazionale, tra le mansioni più esposte si confermano quelle sanitarie (infermieri, medici, O.S.S.), evidentemente più numerose sul totale dei dipendenti (Grafico 6) e soprattutto più esposte al contagio da COVID-19.

Per quanto riguarda il genere coinvolto negli infortuni da contagio da COVID-19, su 140 infortuni 110 hanno riguardato operatori di sesso femminile e 30 di sesso maschile: anche questo dato è in coerenza con quello nazionale.

numero di infortuni per mansione

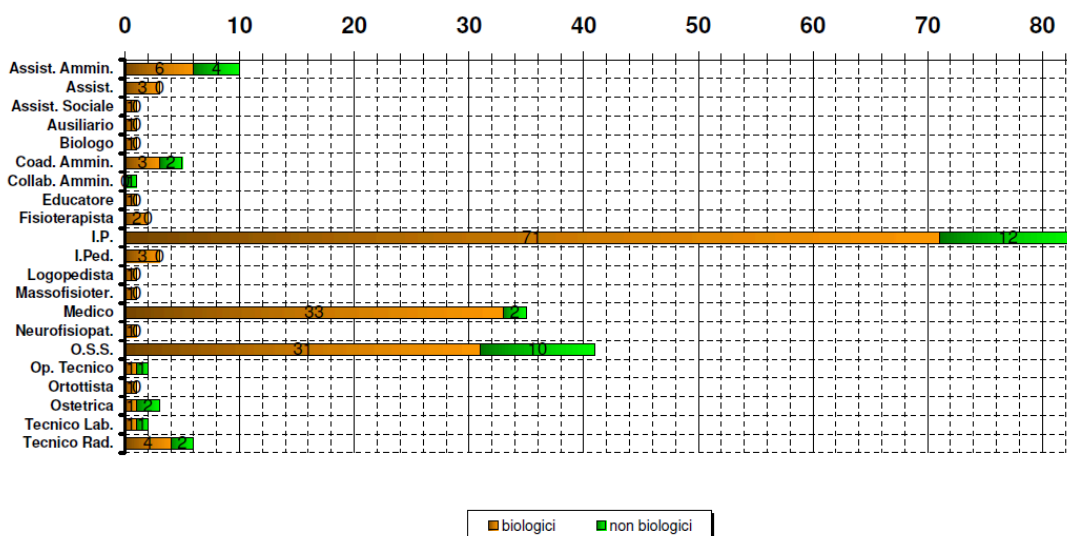


Grafico 6: Numero di infortuni per mansione nell'anno 2020

I giorni totali di assenza dal lavoro per infortunio nel periodo esaminato sono stati ben **5164** (con una media di giorni di assenza pari a 25,3) (Grafico 7), di cui n. 3617 giorni (70%) causati da COVID-19, n. 858 giorni (16,6%) da traumi contusivi, n. 574 giorni (11,1%) da incidenti in itinere, n. 94 giorni (1,8%) da movimentazione manuale dei pazienti, n. 9 giorni (0,2%) per aggressione, n. 6 giorni (0,1%) da movimentazione manuale dei carichi e n. 6 giorni (0,1%) per traumi distorsivi.

Ventotto infortuni (di cui 27 di tipo biologico e 1 da aggressione) sono stati invece a "zero giorni", ossia il lavoratore infortunato non ha sospeso la propria attività lavorativa (Grafico 8).

numero di giorni persi per tipologia d'infortunio

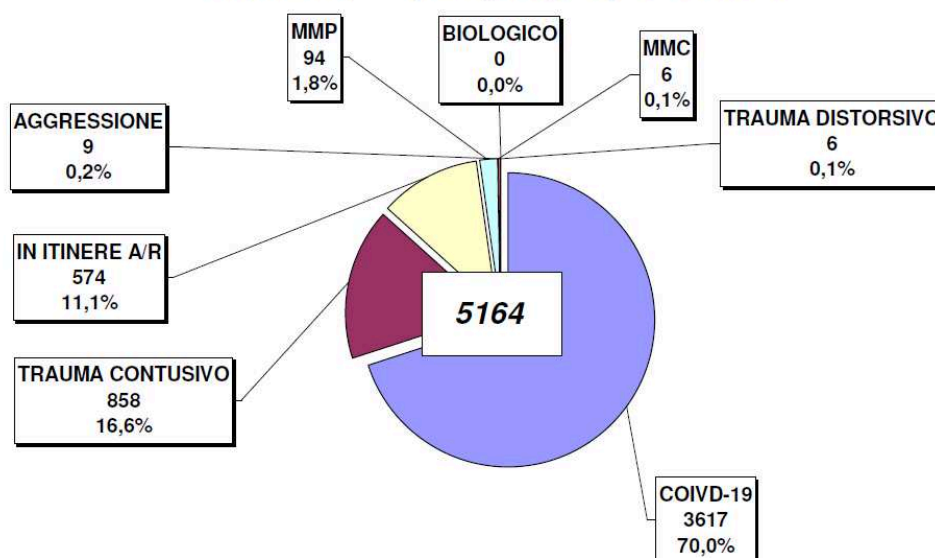


Grafico 7: Numero di giorni persi per tipologia nell'anno 2020

numero di infortuni per giorni d'infortunio

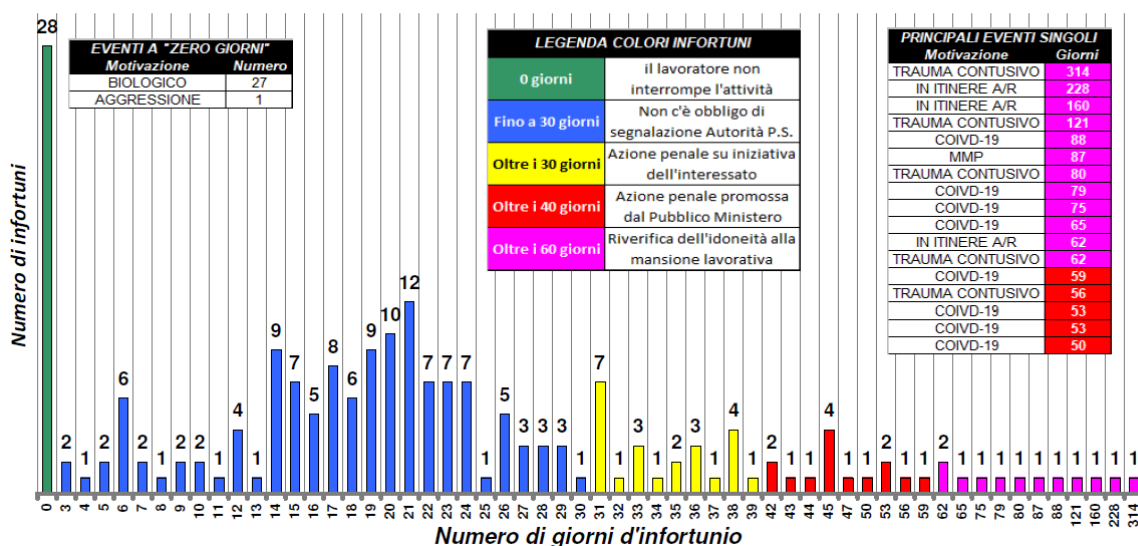


Grafico 8: Numero di eventi in funzione dei giorni d'infortunio relativi all'anno 2020, e dettaglio degli infortuni a "zero giorni" e degli infortuni con durata superiore a 49 giorni

L'andamento del fenomeno infortunistico nell'anno 2020 - rappresentato nel Grafico 9 sotto forma di somma cumulativa - descrive come, a fronte di un andamento sostanzialmente costante degli infortuni di tipo non biologico vi sia stata una rapida impennata degli infortuni di tipo biologico, dovuta agli infortuni da contagio da COVID-19.

Il Grafico 10 descrive come l'andamento di questa tipologia di infortuni sia stato anche nella ASL CN2 rappresentato da una curva sostanzialmente sovrapponibile a quella dell'andamento nazionale, ovvero una forte risalita nella fase delle seconda ondata di contagi, dal mese di ottobre in poi.

Andamento infortuni A.S.L. CN2 - Anno 2020

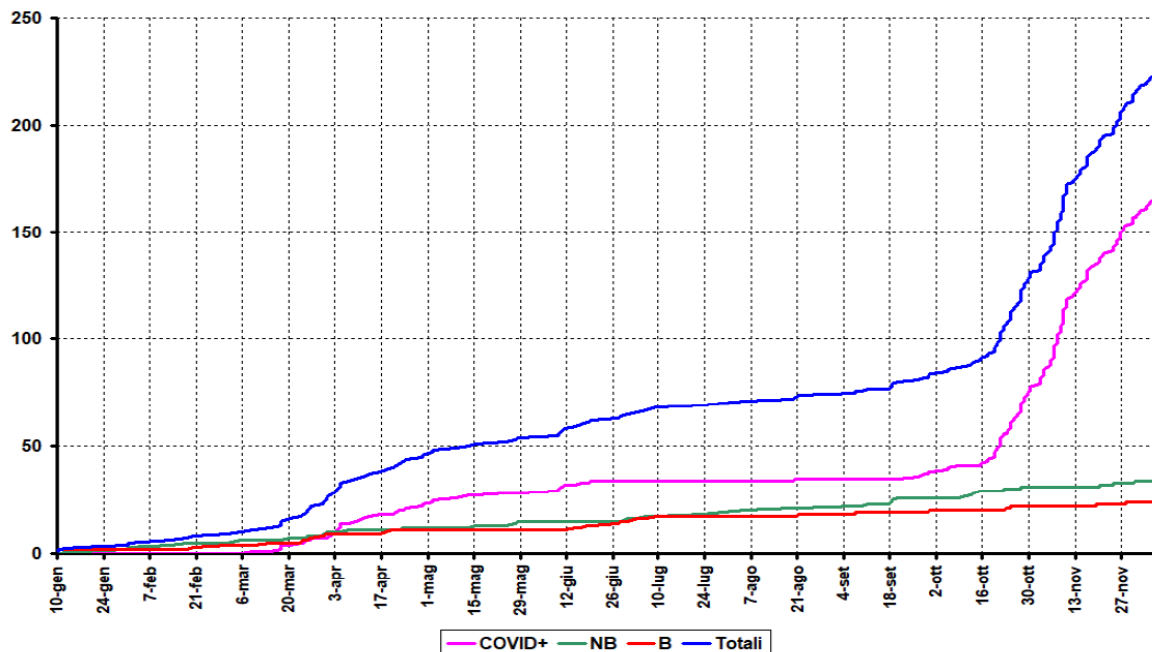


Grafico 9: Andamento cumulativo degli infortuni nell'anno 2020

Raffronto andamenti (periodo 1/1/2020 - 7/12/2020)

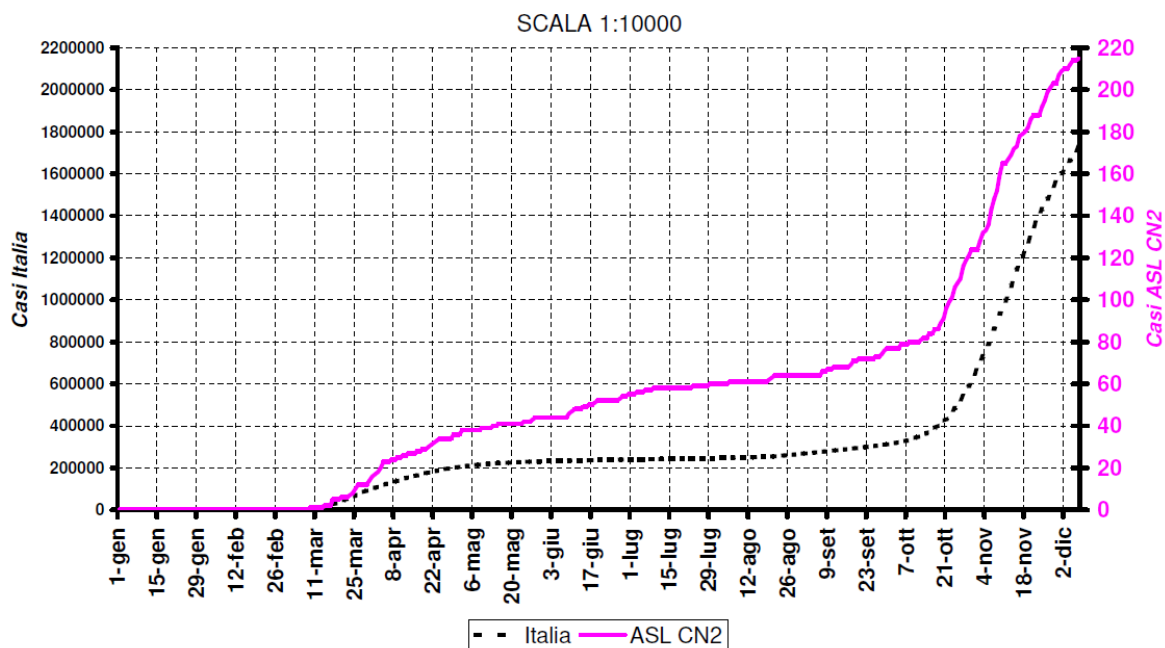


Grafico 10: Raffronto dell'andamento degli infortuni nell'ASL CN2 con l'andamento nazionale relativo all'anno 2020

LAVORO E SALUTE
La struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali
nel territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2015-2019.
Il paradigma pre Covid19?
 Giuseppe Calabretta, Pietro Corino, Anna Santoro

La struttura produttiva

L'ultima revisione INAIL, relativa ai dati del progetto "Flussi Informativi INAIL - REGIONI", presenta i dati del territorio di competenza che riguardano, nel dettaglio, sia i cosiddetti "danni alla salute" di origine professionale (Infortuni e Malattie Professionali) sia la struttura produttiva (Aziende ed Addetti occupati) aggiornati al 31 dicembre 2019.

E' interessante evidenziare che mentre il numero di aziende risulta sostanzialmente stabile nel quinquennio, il numero degli addetti cresce di oltre il 16%, valore assolutamente significativo se confrontato con il dato medio Nazionale.

Da segnalare inoltre l'incremento dell'ultimo anno 2018-2019 vicino al 10% e sintomatico, se ce ne fosse bisogno, di una dinamica economica del territorio molto positiva.

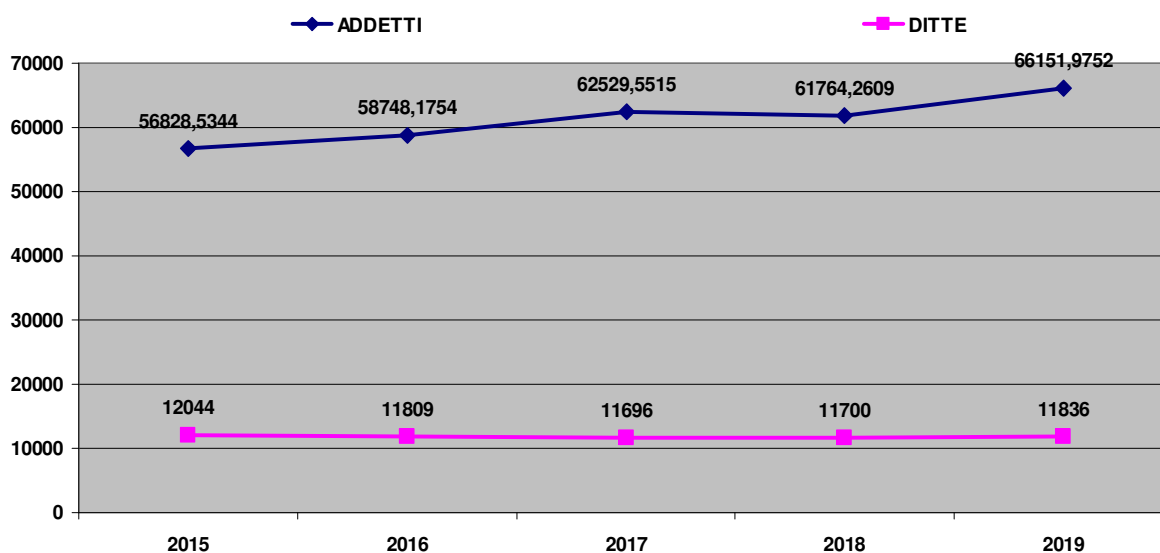


Grafico 1: Andamento del numero delle Aziende e degli Addetti del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2015-2019

Relativamente alla numerosità degli addetti, l'analisi per comparto non è più disponibile nei dati INAIL ma è stata implementata l'analisi partendo dal dato ISTAT di Classificazione delle attività economiche Ateco 2007.

Il settore più rappresentativo è costituito dalle attività manifatturiere (...trasformazione fisica o chimica di materiali, sostanze o componenti in nuovi prodotti... l'alterazione, la rigenerazione o la ricostruzione sostanziale dei prodotti) con oltre il 30% degli addetti a cui seguono commercio, costruzioni, amministrazione pubblica e noleggio (NB: questo settore contiene le agenzie di fornitura lavoro temporaneo).

I primi 5 settori rappresentano complessivamente oltre il 70% del totale addetti del territorio (in esclusione al settore agricolo sostanzialmente non presente nei dati dei flussi).

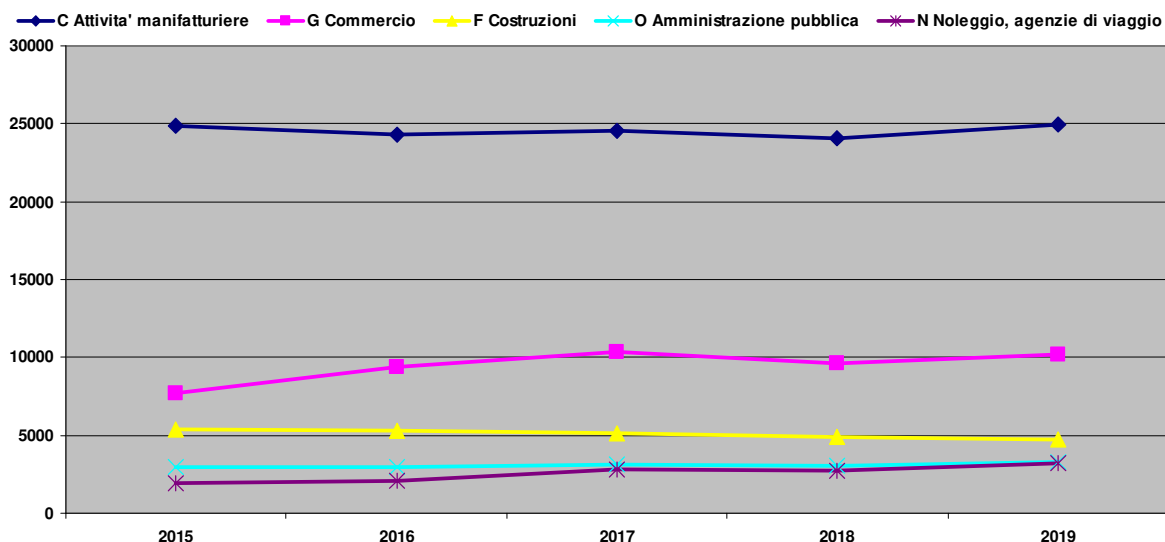


Grafico 2: Andamento del numero degli Addetti nei 5 comparti più rappresentativi del territorio dell'ASL CN2 nel quinquennio 2015-2019

I dati dell'ASL CN2 di Alba e Bra continuano a illustrare un territorio esteso per circa 1.118 Km² di superficie che comprende 75 comuni e continua a caratterizzarsi per un'economia dinamica, la cui 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.

Oltre alla produzione primaria, negli ultimi anni, anche a seguito dell'inserimento di Langhe e Roero nel Patrimonio UNESCO, il settore turistico - ricettivo sta diventando un forte viatico economico con ricadute evidentemente positive anche nell'occupazione.

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.

Nonostante ad oggi (ottobre 2021) gli infortuni siano tornati ciclicamente di interesse mediatico non si può non notare, dai dati proposti, come gli eventi infortunistici, almeno di questa Asl, siano ormai sostanzialmente stabilizzati: verosimilmente solo con nuove modalità di approccio (formazione sui comportamenti, implementazione delle collaborazioni tra Produzione ed Enti di controllo, linee guida efficaci e buone prassi, ecc) si potrà incidere nella riduzione di quello che oggi sembra essere un valore minimo difficile da abbassare ulteriormente.

ANNI	2015		2016		2017		2018		2019	
TOTALE INFORTUNI DENUNCIATI	2358		2292		2256		2291		2304	
DIVISI PER GENERE	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	1554	804	1525	767	1477	779	1481	810	1481	823
EVENTI A STUDENTI	336		342		301		298		314	
EVENTI IN ITINERE	300		295		308		323		332	

Tabella 1: Dati relativi agli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2015-2019. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

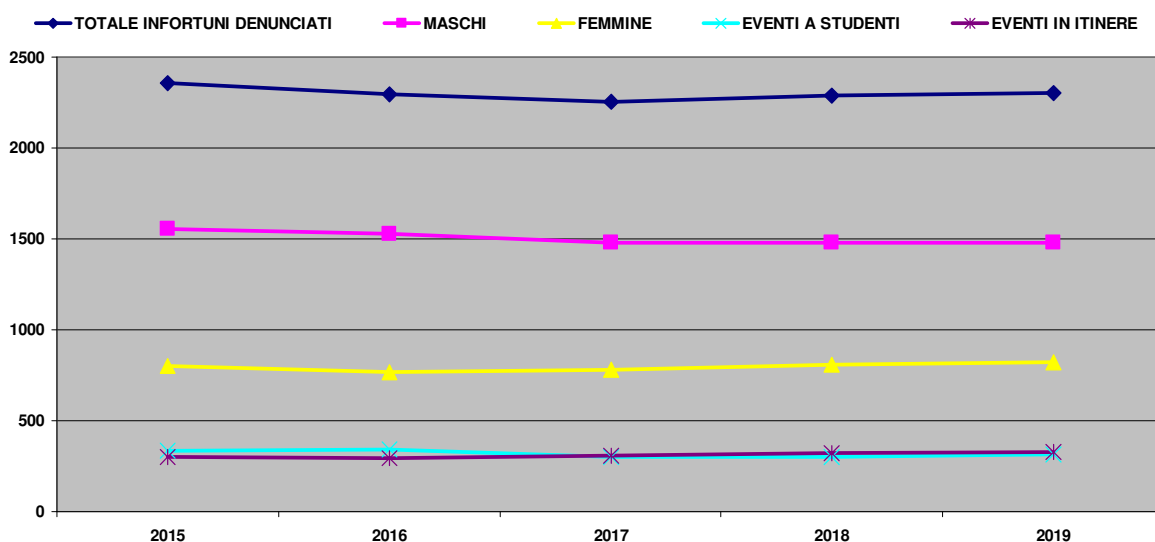


Grafico 3: Andamento degli Infortuni sul Lavoro denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2015-2019. Totale degli Eventi, anche divisi per Genere, Eventi a Studenti ed Itinere (infortuni occorsi durante lo spostamento casa-lavoro)

Per quanto attiene agli eventi il Grafico 3 mostra che si mantiene costante il gap di genere per cui i maschi si infortunano di più delle donne (ma il dato andrebbe calcolato per tassi tenendo conto della popolazione lavorativa), mentre riguardo agli eventi "non sul posto di lavoro" si segnala che gli infortuni occorsi agli studenti, costituiti soprattutto da incidenti durante le lezioni di Scienze Motorie e Sportive, sono in lieve crescita così come gli incidenti in itinere (spostamento casa-lavoro, pari a circa il 14% del totale); l'analisi del quinquennio mostra i primi stabili ed i secondi in lieve crescita.

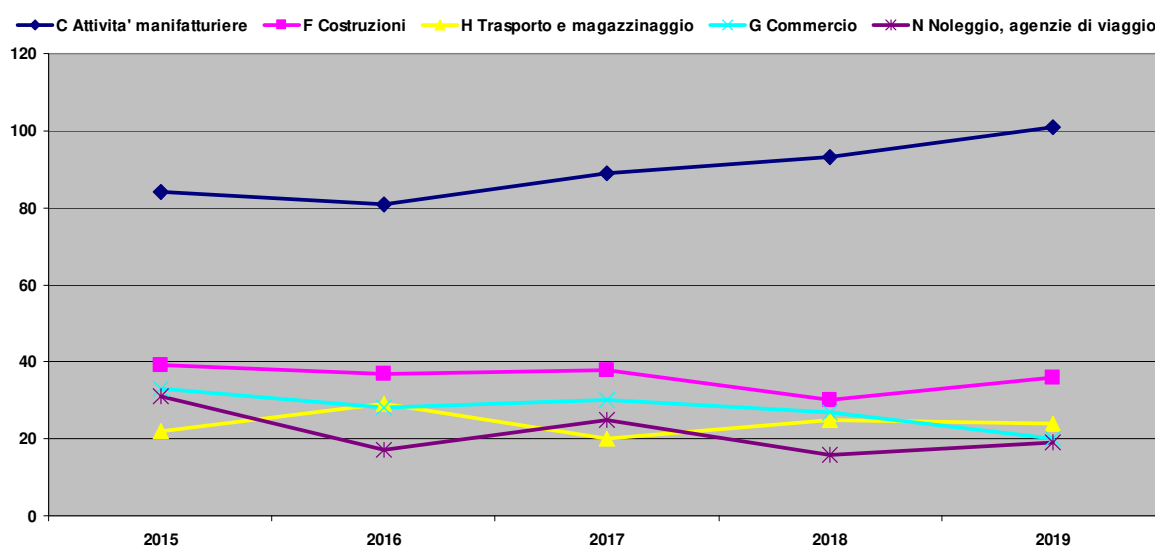


Grafico 4: Andamento degli Infortuni Gravi, nei 5 comparti con maggiore numerosità degli eventi, denunciati e accaduti sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2015-2019.

La sostanziale stabilità degli eventi complessivi non si può applicare purtroppo anche agli eventi cosiddetti "gravi" (eventi Mortali, eventi con Inabilità Permanente e eventi con Inabilità Temporanea di durata superiore a 40 gg.).

Ad esclusione del commercio, tutti i comparti numericamente più rappresentativi e cioè Manifattura, costruzioni, trasporto e noleggio hanno indici in crescita: è da evidenziare che, confrontando il dato con la numerosità del comparto, costruzioni e trasporti rappresentano i settori più a rischio di infortuni gravi.

Significativo al riguardo è anche il comparto noleggio dove la fornitura di lavoro temporaneo porta con se rischi aggiuntivi legati all'inesperienza, all'instabilità lavorativa, ecc.. ed in generale, sovente, a peggiori condizioni di lavoro e sicurezza.

Le malattie professionali

Le denunce di malattia professionale hanno presentato fino all'anno 2015 un andamento in crescita per poi iniziare una fase altalenante che al 2019, con un centinaio di denunce, mostra una riduzione tendenziale del quinquennio del 35% ca.

Da segnalare è il gap tra i casi denunciati e quelli riconosciuti da INAIL che, nel quinquennio in questione (2015 – 2019), ha visto mediamente il riconoscimento di meno della metà dei casi denunciati. Tale percentuale di riconoscimenti è ulteriormente calata negli ultimi due anni analizzati (2018 e 2019) con un valore intorno al 30%.

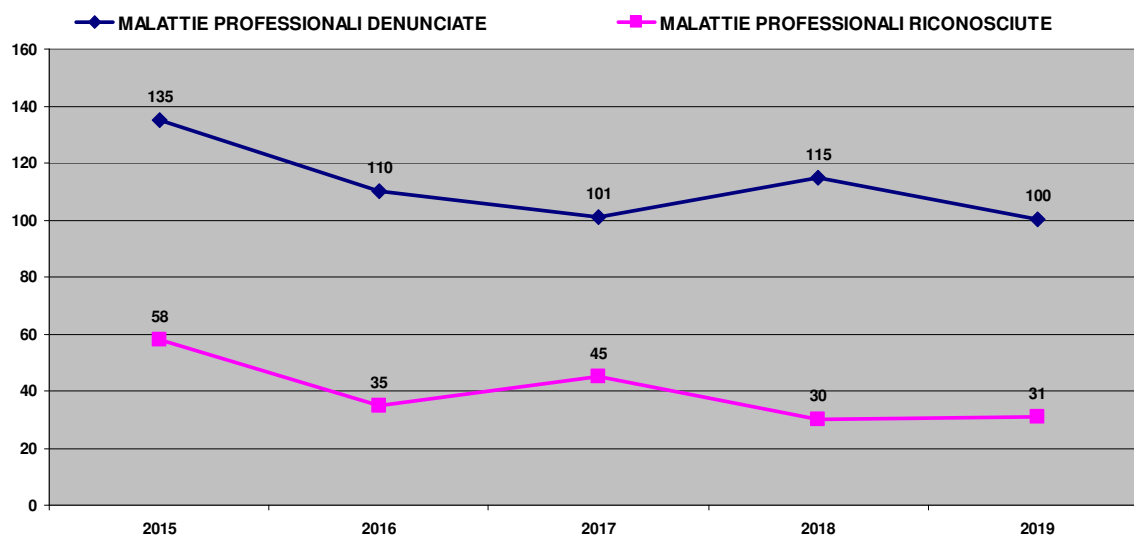


Grafico 5: Andamento Numerico delle Malattie Professionali Denunciate e delle Malattie Professionali riconosciute da Inail relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2015-2019.

MALATTIA RICONOSCIUTA PER TIPOLOGIA ACCERTATA	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE (5 ANNI)
Malattie dei tendini ed affezioni delle sinoviali, tendini e borse	24	9	21	12	11	77
Affezione dei dischi intervertebrali	15	11	7	7	8	48
Affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti molli	12	8	8	7	6	41
Altri tumori maligni della pelle	0	0	0	0	3	3
Tumore maligno delle cavità nasali, orecchio medio e seni annessi	1	0	0	0	1	2
Altre neuropatie periferiche	0	0	0	0	1	1
Dermatite da contatto ed altri eczemi	0	2	0	1	1	4
Tumore maligno della pleura	0	1	1	1	0	3
Tumore maligno della vescica	1	0	0	0	0	1
Disturbi immunitari	1	0	0	0	0	1
Disturbo post traumatico da stress cronico	0	0	1	0	0	1
Ipoacusia	0	0	3	1	0	4
Asma	0	1	0	0	0	1
Pneumoconiosi da silice e silicati	0	1	0	1	0	2
Placche pleuriche, ispessimenti pleurici	0	1	0	0	0	1
Dermatosi eritemato-squamose, eczemi infantili	0	1	0	0	0	1
Artrosi ed affezioni correlate	3	0	3	0	0	6
Lesioni articolari del ginocchio	1	0	1	0	0	2
Malattie totali riconosciute nell'anno	58	35	45	30	31	199

Tabella 2: Malattie Professionali Riconosciute da INAIL divise per Patologia Accertata relative ad Aziende ubicate sul territorio dell'ASL CN2, nel quinquennio 2015 – 2019

Relativamente alla tipologia delle patologie correlate al lavoro, la Tabella n. 2 evidenzia quali siano le principali tecnopatie riconosciute da INAIL: i numeri più significativi sono relativi a patologie del distretto neuro muscolare.

Si evidenzia comunque che nel quinquennio il numero dei riconoscimenti delle patologie da sovraccarico biomeccanico risulta dimezzato; non significativi, in relazione al numero di segnalazioni, risultano i riconoscimenti delle restanti patologie (pneumoconiosi, ipoacusie, dermatiti, tumori, ecc...).

Conclusioni

L'aggiornamento dei dati del Sistema "Flussi Informativi INAIL – REGIONI", offre la possibilità di analizzare e/o definire sia l'andamento degli infortuni sul lavoro sia delle malattie professionali che vengono annualmente denunciati dalle aziende del territorio dell'ASL CN2 di Alba e Bra.

Relativamente agli infortuni i dati mostrano che un lavoro importante può essere ancora fatto sulla prevenzione degli esiti, mirando sostanzialmente alla riduzione degli infortuni gravi che, soprattutto nei comparti "a rischio" (es. agricoltura ed edilizia), presentano, nonostante le strategie messe in campo a livello Nazionale e Regionale (Progetto Agricoltura ed il Progetto Edilizia), un'incidenza ancora elevata.

Come segnalato, la stabilità dei dati infortunistici sta portando ad un ripensamento delle logiche prevenzionistiche ed al riguardo lo Spresal ASLCN2, in collaborazione con i colleghi della ASL CN1 e con Confindustria Cuneo, ha completato un percorso di confronto e formazione con le aziende del territorio basato sul progetto DORS "Storie d'Infortunio" e sulla logica dello "Storytelling".

Per quanto attiene alle Malattie Professionali il discorso cambia in quanto, come mostrano tutti gli indicatori di salute, la sottonotifica rappresenta ancora un problema ben lungi dall'essere risolto; altra questione riguarda il riconoscimento INAIL ma al riguardo è opportuno segnalare come l'attività dei Servizi, esercitata attraverso la valutazione delle singole tecnopatie, si pone un obiettivo di prevenzione non necessariamente coerente con le finalità dell'Ente Assicurativo. A tale riguardo è importante il lavoro che si sta facendo a livello territoriale nel rispetto degli obiettivi dei Piani Locali della Prevenzione, strumento strategico di programmazione e pianificazione delle attività di prevenzione nel setting luoghi di lavoro.

Riferimenti a tipologia e origine dati

- **LA STRUTTURA PRODUTTIVA**
 - **FONTE DATI:** FLUSSI INAIL – REGIONI
 - **PERIODO DI ANALISI:** DAL 2015 AL 2019 (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 2015 AL 2019 (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 2015 AL 2019 (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.

**Protocollo di "Regolamentazione vendemmia turistica e didattica":
un esempio di collaborazione tra Enti nell'alveo del PNP
Marisa Saltetti, Anna Santoro**

Il PNP 2020-2025, strumento di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio, alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID 19, dà nuovo impulso ad una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata ed integrata tra le diverse rappresentanze presenti sul territorio (intersettorialità) secondo il principio "Salute in tutte le politiche".

Gli infortuni sul lavoro, continuando a rappresentare un grave onere per i costi sia economici sia sociali, riconoscono come determinanti anche la precarietà del lavoro, l'invecchiamento della popolazione esposta al rischio, lo scarso benessere organizzativo, la mancanza di adeguata formazione/informazione per i lavoratori socialmente deboli (giovani e stranieri).

Da un'analisi delle dinamiche e valutazione delle cause che hanno portato al verificarsi di eventi infortunistici emerge spesso una carenza di informazione e formazione in merito alle procedure di lavoro, utilizzo delle attrezzature, macchine ed impianti, adozione di comportamenti corretti.

Si sottolinea inoltre la ricorrenza di infortuni gravi e mortali derivanti da macchine ed attrezzature di lavoro non conformi ai requisiti essenziali di sicurezza: tali fattori di rischio si riscontrano con particolare rilevanza a livello agricolo.

Anche il sovraccarico biomeccanico derivante dai movimenti ripetuti o movimentazione manuale dei carichi, all'origine di patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, risulta un rischio trasversale a moltissime attività produttive.

Il PNP inoltre richiama la necessità strategica di agire su tutto il complesso sistema dei diversi attori coinvolti nelle politiche di prevenzione della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Il territorio su cui insiste l'ASL CN2 Alba-Bra (Langhe e Roero) ha una spiccata vocazione agricola, come dimostrato dalla forte espansione, negli ultimi anni, delle attività economiche legate all'agricoltura, che ha anche accelerato l'espansione del settore turistico-recettivo.

Lo Spresal dell'ASL Cn2 è da sempre sensibile alle problematiche legate alla sicurezza sul lavoro in agricoltura partecipando attivamente dal 2009 ai Tavoli Tecnici Regionali (in applicazione del Piano Nazionale) ed effettuando incontri con gli stakeholder, pubblicazioni, articoli, formazione/informazione agli addetti.

Dai dati pubblicati sul sito della Regione Piemonte "Report delle Attività svolte anni 2010-2018" e di seguito riportati (tabella 1 e 2), emerge una importante riduzione degli infortuni nel settore Agricoltura e Agroindustria nell'ASL CN2, che può essere messo probabilmente in relazione con gli interventi sia di prevenzione sia di vigilanza effettuati.

Tabella 1: Numero di INFORTUNI riconosciuti* per ASL CN2, esito evento ed anno evento (Piemonte 2010-2018 - AGRICOLTURA e AGRINDUSTRIA Gruppo di Tariffa 11)

	lievi	gravi	mortali	totali
2010	252	151	3	406
2011	248	147	0	395
2012	217	111	2	330
2013	163	102	2	267
2014	152	103	2	257
2015	179	112	2	293
2016	189	117	4	310
2017	160	105	2	267
2018	164	86	2	252

* esclusi studenti, itinere e stradali
gravi > 40 giorni di prognosi + grado di inabilità > 0
lievi <= 40 giorni di prognosi

Tabella 2: Variazioni % di infortuni rispetto all'anno di avvio del Piano regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura.

	2010-2012	2010-2014	2010-2016	2010-2018
% totale	Δ -21.6	Δ -34.4	Δ -44.3	Δ -52.2
% lievi	Δ -22.6	Δ -40	Δ -46.7	Δ -53.3
% gravi	Δ -19.6	Δ -33	Δ -40.2	Δ -50.3

Sia a livello regionale sia nazionale si sta investendo da anni attraverso la realizzazione di specifici programmi di prevenzione (Progetto Agricoltura) in quanto tale comparto è risultato uno dei più a rischio di infortunio e di insorgenza di malattia professionale (basti pensare ad alcune tipologie di macchine quali il trattore e alle attrezzature impiegate che sono particolarmente pericolose e molto spesso desuete).

In Regione Piemonte è presente un gruppo di lavoro sulla "Sicurezza e Salute in Agricoltura e Selvicoltura" di cui fanno parte rappresentanti di tutti gli S.Pre.S.A.L. delle ASL piemontesi che cooperano, si confrontano sulle politiche che vengono definite a livello nazionale, recepite a livello regionale attuate dalle ASL stesse a livello territoriale attraverso la messa in campo di interventi di formazione, informazione, assistenza e controllo.

La strategia dello S.Pre.S.A.L. dell'Asl Cn2 è sempre stata quella di trasmettere le informazioni utili al fine di contrastare gli infortuni nei diversi settori e soprattutto nel comparto agricolo, dove le aziende sono nella maggior parte dei casi a conduzione familiare, di ridotte dimensioni e con una cultura diversa da quella delle aziende non agricole. Inoltre la sede aziendale coincide quasi sempre con l'abitazione, portando inevitabilmente ad un approccio diverso al rischio che comporta tale attività.

La vocazione agricola ed il contesto turistico delle nostre colline hanno portato il Comune di Alba a contattare il nostro Servizio per capire se aveva senso regolamentare la vendemmia turistica: per noi è stata una ulteriore occasione per effettuare un intervento di prevenzione, visti anche i numerosi infortuni che minano il comparto agricolo, aumentando la platea della popolazione target.

Nel luglio dello scorso anno il nostro Servizio ha ricevuto la richiesta di aprire un confronto che potesse portare alla realizzazione di un protocollo grazie al quale poter coniugare la promozione del turismo e la valorizzazione del nostro territorio, ma con un occhio attento a garantire che le attività ricreative si svolgessero in totale sicurezza sia per i turisti sia per le aziende ospitanti.

Mai come in questo periodo storico ci siamo resi conto di quanto risulti importante poter rilanciare dei settori economici duramente colpiti dalla pandemia mettendo però in campo tutte le precauzioni necessarie a tutela dei rischi e dell'incolumità delle persone. Anche se le attività enoturistiche, rivestendo carattere culturale e ricreativo, non rientrano negli obblighi previsti dalla normativa a tutela dei lavoratori, è bene ricordare che le operazioni di raccolta delle uve e di gestione di pratiche agricole, in generale, sottopongono a dei rischi per la salute che vanno in qualche modo gestiti.

Le competenze acquisite dallo S.Pre.S.A.L. dell'ASL CN2 hanno permesso di collaborare fattivamente alla elaborazione e stesura del "Protocollo della regolamentazione vendemmia turistica e didattica"¹ cui ha partecipato anche la Direzione Territoriale del Lavoro di Cuneo.

Tale protocollo è stato poi condiviso ed approvato dalle organizzazioni sindacali e pubblicato sul sito del Comune di Alba nell'agosto 2020.

A seguito della sua pubblicazione è stato adottato anche dalle Provincie di Asti ed Alessandria.

Nel 2021 è approdato al Tavolo dell'Associazione Nazionale "Città del Vino" alla quale aderiscono 460 comuni in tutt'Italia per essere valutato, commentato e calato nelle singole realtà locali.

Bibliografia

1. https://www.comune.alba.cn.it/images/Protocollo_vendemmia_turistica_08_2020.pdf

Applicare la "One Health"

Maurizio Piumatti, Edoardo Fontanella

Il 2020 verrà ricordato e commentato negli anni a venire come *"l'annus horribilis"* del coronavirus, un virus che in breve tempo abbiamo imparato a chiamare Covid-19. Un anno nel quale il genere umano abituato a ritenersi abile manovratore e governatore di ogni evento ha vissuto qualcosa che era solo nei lontani ricordi e nelle peggiori previsioni. Il Covid-19 ci ha aggrediti in maniera inaspettata, come un veleno invisibile del quale ancora oggi cerchiamo i migliori antidoti. Sì, perché "virus" significa veleno.

Pur rimanendo aperte altre ipotesi, si ritiene che il Covid-19 sia il risultato del "salto di specie" del coronavirus SARS Cov-2 dal pipistrello ad un ospite intermedio e da questo alla specie umana, nella quale si sono determinate le condizioni per una veloce trasmissione e una diffusione pandemica. Del resto nella storia umana le cause di molte malattie sono da ricercarsi nella complessità dei rapporti e delle relazioni tra uomo, animali ed ambiente. Aspetti la cui comprensione non coinvolge esclusivamente figure professionali afferenti al settore biologico e medico-veterinario, ma ha bisogno del contributo di molte altre professionalità. La salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente sono così strettamente ed indissolubilmente connesse che oggi questa relazione viene definita in modo chiaro: *"One Health"*. Un modello sanitario con una visione olistica basato sull'integrazione di discipline diverse.

One Health: "Un approccio per affrontare una minaccia per la salute uomo-animale-ambiente basato sulla collaborazione, comunicazione e coordinamento tra tutti i settori e le discipline pertinenti, con l'obiettivo finale di ottenere risultati sanitari ottimali sia per le persone che per gli animali; un approccio One Health è applicabile a livello subnazionale, nazionale, regionale e globale" ⁽¹⁾.

La Storia recente ci riporta la comparsa di epidemie con frequenza crescente (Influenza aviaria, Sars, Mers, H1N1, Covid...) e tutte caratterizzate dal fatto di aver fatto il cosiddetto "salto di specie" dagli animali verso l'uomo. Si ricorda come il 60% dei patogeni che colpiscono l'uomo sono di origine animale, così come il 75% dei patogeni emergenti⁽²⁾. L'aumento della popolazione mondiale, la facilità e la velocità delle interconnessioni, le diverse relazioni con il mondo animale nelle varie parti del mondo rappresentano solo alcuni dei fattori nello sviluppo e nella diffusione di queste infezioni.

Si ripete spesso che "la salute viene prima di tutto" tanto che nella Costituzione la tutela della salute è un diritto, un valore fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività. Si può vivere in salute in ambienti inquinati ed insalubri? Si può restare sani stando a contatto con animali ammalati e magari consumandone i loro prodotti? Si possono prendere delle scelte politiche ed economiche senza conoscere tutte le relazioni e le connessioni che ci legano al nostro ambiente di vita? Il caso della cosiddetta "mucca pazza" degli anni 90, un'emergenza di salute pubblica che ha coinvolto uomo, animali, economia ed ambiente, ci ha insegnato quanto può costare un errore di valutazione. Il fattore scatenante è stato un modello mal gestito di "economia circolare": utilizzare animali morti e i loro scarti come fonte proteica per animali da reddito, dopo trattamenti termici che si sono rilevati insufficienti ad eliminare tutti i pericoli possibili.

Sono temi di grande attualità e dai confini molto ampi, riguardano i nostri stili di vita, la sostenibilità dei nostri sistemi economici ed industriali, la globalizzazione, la scoperta di nuovi pericoli emergenti (microplastiche, interferenti endocrini, polveri sottili, cambio climatico, antibioticoresistenza...) tutti argomenti in stretto e delicato equilibrio con l'ambiente e la natura. Temi che riguardano tutta la popolazione, in particolare chi risiede o lavora in ambienti contaminati dall'azione dell'uomo. Molti sono gli eventi in cui la specie umana è stata la causa della rottura di un equilibrio che vedeva convivere uomo-animale-ambiente, con conseguenze nefaste ed ingenti danni economici.

Oggi si parla di "One Health", letteralmente una salute, frutto di un equilibrio tra uomo-animale-ambiente, un concetto antico, ma al contempo attuale. One Health è un approccio ideale per affrontare i bisogni delle popolazioni sulla base della relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono.



Un esempio. Negli ultimi anni l'OMS ed il centro Europeo per il controllo sulle malattie infettive hanno sollecitato l'attenzione sul tema dell'antibioticoresistenza, ritenuta una delle più gravi minacce alla salute globale⁽³⁾. Negli ultimi 20-30 anni l'uso improprio di antibiotici ha favorito lo sviluppo di batteri resistenti a molti farmaci. I batteri definiti multiresistenti si diffondono negli ambienti, divenendo un pericolo per la salute di uomini ed animali. Si tratta chiaramente di un tema "One Health", poiché coinvolge le modalità di prescrizione ed utilizzo del farmaco in zootecnia, in clinica umana e veterinaria, coinvolge le aziende farmaceutiche, la ricerca scientifica e quindi la salute pubblica e gli ospedali che si trovano in prima linea a combattere infezioni batteriche con armi insufficienti. Le soluzioni che si stanno cercando abbracciano tutti questi comparti in modo sinergico, con strategie congiunte e coordinate di sorveglianza ed utilizzo del farmaco nei vari ambiti.

Vi sono altri esempi possibili: l'effetto del cambio climatico sulla diffusione di malattie e vettori, le conseguenze della diffusione delle microplastiche negli ambienti naturali, la riduzione dell'aspettativa di vita dovuta all'inquinamento atmosferico, e, ovviamente, l'attenzione per la nascita e la diffusione di nuovi agenti patogeni.

Alla base del principio "One health" vi è la collaborazione interdisciplinare per capire, prevenire e sconfiggere vecchi e nuovi pericoli. Una collaborazione che non è solo tra le classi mediche e veterinarie, ma che deve essere estesa anche a chi si occupa di scienze ambientali, economia e sociologia. Quello che stiamo vivendo in questo periodo di Covid-19 ci insegna ancora una volta l'importanza dell'investimento nella ricerca. Errori di valutazione, gestione e comunicazione del rischio che si sono presentati possono essere fatti risalire ad una scarsa conoscenza del fenomeno COVID che ci ha colti per molti versi impreparati.

In un contesto così complesso ed intrecciato è impensabile una strategia di prevenzione dei rischi e di tutela della salute per "comparti professionali" o per "organizzazioni settoriali, pena una comprensione parziale del problema e il conseguente avvio di misure non sempre corrette ed efficaci. Le conoscenze necessarie sono distribuite tra più professionalità e in più organizzazioni (Asl ed Ospedali, Università, Agenzie per l'ambiente, Amministrazioni locali, Associazioni...) ed occorre una forte integrazione delle specifiche funzioni e competenze professionali.

I virus non conoscono più confini, la ricerca scientifica e le tecniche biotecnologiche rappresentano le armi da utilizzare in questa battaglia, ma in tempo di pace l'istruzione e la formazione con un approccio One-Health rappresentano i migliori sistemi per conoscere e capire meglio il mondo che ci circonda e svolgere il nostro lavoro di prevenzione.

Bibliografia

1. FAO, OIE, WHO (2019). *Taking a Multisectoral One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries* - <http://www.fao.org/3/ca2942en/CA2942EN.pdf>
2. <https://www.oie.int/en/what-we-do/global-initiatives/one-health/>
3. OMS (2019). *Rapporto 'No Time To Wait'* https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG_final_report_EN.pdf?ua=1

Attenti allo Spreco Alimentare: un progetto dell'ASL CN2 di educazione alla sostenibilità alimentare e ambientale

Francesca Fioretto, Giulia Picciotto, Marcella Beraudi,
Eleonora Tosco, Giuliana Chiesa, Laura Marinaro

Premessa

Uno stile alimentare, che coniughi la scelta di alimenti sani e nutritivi con la ricerca di risorse ecosostenibili e comprenda la virtuosa gestione delle eccedenze alimentari, risulta fondamentale per favorire al meglio sia il benessere dell'individuo che dell'ambiente in cui vive.

Con il progetto "Attenti allo spreco" sin dal 2018, anno del suo esordio, l'ASL CN2 porta avanti l'obiettivo di educare la popolazione alla sostenibilità alimentare attraverso pratiche virtuose negli acquisti, nella conservazione degli alimenti, nella gestione e nel consumo in ambito domestico.



Introduzione

Recenti studi hanno stimato che entro il 2050 la popolazione mondiale raggiungerà un numero di circa 9,7 miliardi di persone. La diretta conseguenza di tale fenomeno sarà un incremento della domanda alimentare del 70%.

Per soddisfare tali fabbisogni occorrerà, quindi, individuare risorse nutritive meno impattanti gli ecosistemi e sarà necessario non disperdere quelle prodotte al fine di prevenire sia le perdite che gli sprechi alimentari.

Al giorno d'oggi esiste ancora una forte sproporzione tra Paesi poveri e Paesi ricchi per quanto riguarda il diritto primario di accesso al cibo e continuano a registrarsi casi di decessi per fame e denutrizione.

Circa 1/3 del cibo prodotto nel mondo viene sprecato (1,3 miliardi di tonnellate edibili) e nonostante sia ancora idoneo al consumo viene eliminato come rifiuto. Esso è pari a 4 volte la quantità utile a sfamare 868 milioni di persone indigenti. Da un punto di vista etico il fenomeno degli sprechi alimentari è inaccettabile e occorre prenderne coscienza e cercare soluzioni per porvi rimedio. Lo spreco ("food waste") rappresenta una parte delle perdite alimentari ("food losses") ed include cibo ancora idoneo al consumo ma che per effetto di azioni scorrette viene eliminato come rifiuto.

Le perdite alimentari si realizzano prevalentemente "a monte" della filiera produttiva, mentre gli sprechi avvengono "a valle" e riguardano non solo le fasi di trasformazione e distribuzione degli alimenti ma anche i consumi domestici e la ristorazione. Le perdite derivano fondamentalmente da limitazioni logistiche e infrastrutturali, al contrario lo spreco è da attribuire soprattutto a fattori comportamentali. Il termine "food loss" indica, quindi, uno spreco inevitabile legato a meccanismi difficili da modificare, al contrario l'accezione "food waste" ha una forte connotazione negativa. Si tratta di uno spreco "evitabile" e dunque deplorabile perché legato alla mancata volontà di non sprecare.

Di seguito si riportano dati recenti relativi al fenomeno dello spreco alimentare nel nostro Paese. In Italia nel 2020 sono stati sprecati 27 kg di cibo/procapite/anno (529 g di cibo/procapite/settimana), che corrispondono ad un totale di 1.661.107 tonnellate di cibo buttati nelle pattumiere delle case degli italiani. Rispetto all'anno precedente c'è stato un lieve calo ma i quantitativi sprecati restano comunque alti ed eticamente inaccettabili.

Gli sprechi alimentari sono anche un problema di tipo economico ed ambientale. La produzione di cibo comporta l'impiego di risorse materiali, energetiche e umane che hanno il loro costo, così come pure ha un costo lo smaltimento dei rifiuti. L'estensione di suolo agricolo necessario per produrre il cibo sprecato ogni anno nel mondo è pari a circa 1,4 miliardi di ettari, circa il 28% della superficie agricola disponibile a livello globale.

Il quantitativo di acqua richiesto per produrre il cibo che viene sprecato ogni anno nel mondo è pari a circa 250.000 miliardi di litri. Esso risulta il quantitativo sufficiente per soddisfare i consumi domestici di acqua di una città come New York per i prossimi 120 anni. I costi di spreco e perdite alimentari a livello globale ammontano a circa 2300 miliardi di euro all'anno. Non meno importante l'impatto ambientale dello spreco alimentare, che è diretta conseguenza delle emissioni di gas ad effetto serra nell'aria, del degrado del suolo, dello spreco delle risorse idriche e del consumo di energia. Lo spreco di cibo è responsabile del 7% delle emissioni di gas serra globali pari a circa 3 miliardi di tonnellate di anidride carbonica equivalente l'anno. Tale stima comprende tutti i processi della filiera agroalimentare che comportano emissioni inquinanti quali: la produzione agricola, il settore industriale della produzione di fertilizzanti, il trasporto, lo stoccaggio.

Definizioni

Perdita di alimenti ("food loss") = la diminuzione nella quantità o nella qualità degli alimenti che si realizza nella filiera agroalimentare.

Spreco di alimenti ("food waste") = una parte della perdita di alimenti e si riferisce al mancato uso ai fini del consumo umano, oppure ad un uso alternativo (non alimentare), di cibo sicuro e nutriente lungo tutta la filiera alimentare, dalla produzione primaria fino al livello del consumatore finale all'interno del nucleo familiare.

Eccedenza alimentare = la componente commestibile della disponibilità che viene prodotta, trasformata, distribuita o servita, ma che per varie ragioni non viene venduta o consumata. Comprende tutto il cibo prodotto ma non venduto e quello comprato ma non utilizzato.

Scarto alimentare = la componente non commestibile della disponibilità, non destinata al consumo umano. Include gli avanzi del processo di trasformazione, i prodotti danneggiati che non rispettano gli standard qualitativi e le componenti non commestibili di alimenti commestibili.

Impronta ecologica = una stima quantitativa del territorio (terrestre o acquatico) che viene utilizzato da un individuo, una famiglia, una città, un Paese o l'intera umanità per produrre le risorse che consuma (materia e energia) e per assorbire gli scarti (rifiuti ed emissioni) che genera.

Il Progetto dell'ASL CN2

Educare la popolazione all'adozione di stili alimentari sani e sostenibili è un obiettivo che l'ASL CN2 si è posta da anni con un percorso che prosegue ancora oggi con "Attenti allo Spreco". Il progetto ha avuto inizio nel 2018 ed è stato caratterizzato da numerose e varie iniziative, tra queste: cena del recupero, concorso fotografico, eventi, percorsi formativi e informativi. Nel corso degli ultimi due anni il progetto ha previsto alcuni cicli di seminari, rivolti ai dipendenti ASL CN2, che hanno riscontrato un buon successo da parte dei partecipanti.

Analogamente dicasi per le lezioni svolte presso le sedi dell'Uni-tre, che hanno aderito al progetto, con buona affluenza di studenti e partecipazione attiva che ha contribuito alla stesura di soluzioni anti spreco a livello domestico come, ad esempio, le ricette della cucina del recupero elaborate dagli stessi discenti.

L'interruzione dei corsi in presenza avutasi nel 2020 a causa dell'emergenza pandemica da SarsCov2 non ci ha impedito di svolgere comunque delle lezioni online, successivamente pubblicate sul sito dell'Arci Bra Uni-tre, accessibili a chiunque si colleghi sul portale dell'associazione. La programmazione UNITRE 2021-2022 farà ripartire gli incontri informativi in presenza, con date e sedi già concordate con la referente del progetto.

Nel corso dell'Anno scolastico 2021-2022 saranno previste anche incontri presso le scuole aderenti ad Attenti allo spreco attraverso il Catalogo "Progetti di promozione ed educazione alla salute per le scuole del territorio dell'ASL CN2 a.s. 2021/2022". Saranno coinvolti studenti di vario grado d'istruzione ed insegnanti con lezioni frontali ed attività di laboratorio finalizzate alla sensibilizzazione ed educazione all'alimentazione sostenibile di fondamentale importanza per la crescita nelle nuove generazioni di una maggiore sensibilità ecologica.

Sul sito dell'ASL CN2 nella sezione dedicata ad "Attenti allo Spreco" è stato messo a disposizione degli utenti materiale informativo (articoli, notizie, pdf delle lezioni).

Ecosostenibilità a tavola

La sostenibilità della dieta è influenzata da numerosi fattori ambientali, nutrizionali, sociali, culturali ed economici. L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura - FAO fornisce una definizione di diete sostenibili descritte come "*Diete a basso impatto ambientale che contribuiscono alla sicurezza alimentare e nutrizionale, nonché a una vita sana per le generazioni presenti e future. Le diete sostenibili concorrono alla protezione e al rispetto della biodiversità e degli ecosistemi, sono culturalmente accettabili, economicamente eque e accessibili, adeguate, sicure e sane sotto il profilo nutrizionale e, contemporaneamente, ottimizzano le risorse naturali e umane*".

Non tutti gli alimenti per essere prodotti impattano sull'ambiente in egual misura. L'impatto ambientale deve tenere in considerazione tutto il ciclo di vita del prodotto alimentare: dalla coltivazione fino allo smaltimento del prodotto. Tra i principali responsabili delle emissioni di gas ad effetto serra legati all'attività agricola si trovano gli allevamenti e l'utilizzo dei fertilizzanti di azoto. Variare la propria alimentazione, prestando attenzione all'impatto ambientale dei prodotti che si sceglie di consumare, privilegiando alimenti di origine vegetale, meglio se locali e stagionali, è una strategia utile per la propria salute e per il pianeta.

Anche la scelta dei packaging degli alimenti e la capacità di riciclare imballaggi ancora in buono stato e puliti influiscono sulla sostenibilità ambientale. Occorrerebbe prestare più attenzione al momento degli acquisti, privilegiando i prodotti alimentari sfusi (frutta, verdura, legumi etc...) rispetto alle confezioni di singoli frutti o vegetali ed alle monoporzioni.

Come prevenire gli sprechi domestici

Lo spreco domestico è influenzato da diverse variabili quali la composizione della famiglia, l'età, il numero di componenti, la cultura di origine, il reddito, il periodo dell'anno, e non ultima l'influenza della pandemia da Covid-19. A livello domestico i comportamenti che aiutano a prevenire o ridurre gli sprechi sono molteplici.

Una strategia utile è quella di pianificare i menu settimanali e in seguito compilare una lista della spesa, alla quale attenersi, in modo da acquistare solo la quantità necessaria dei prodotti dei quali abbiamo effettivo bisogno. Prima di redigere la lista può essere opportuno un controllo delle merci presenti in dispensa, dei vegetali dell'orto e del contenuto del frigo e del freezer.

Buona norma è scegliere alimenti con il minor numero di imballaggi, prediligere i prodotti di stagione e del territorio, evitando il giudizio del cibo basato sull'aspetto estetico: frutta e verdura di forma strana vengono spesso gettate perché non soddisfano gli standard ma possono essere consumate tranquillamente.

Occorre sempre controllare la durabilità del prodotto, imparare la differenza tra TMC (termine minimo di conservazione) e data di scadenza e leggere in etichetta in quale modo il prodotto va conservato.

La borsa della spesa che si utilizza può essere portata da casa e riutilizzata. Si consiglia l'utilizzo di borse termiche per il mantenimento degli alimenti alla corretta temperatura qualora sia necessario. È importante assicurarsi che il frigorifero raggiunga le temperature idonee di refrigerazione, che non sia sovraccarico e che gli alimenti siano correttamente disposti al suo interno, tenendo in considerazione i diversi gradi di temperatura di ripiani, cassetto e sportello. Un buon consiglio è quello di posizionare i cibi prossimi alla scadenza nella parte anteriore del frigo e della dispensa, mentre quelli a più lunga scadenza dietro di essi.

Altre strategie includono il recupero degli avanzi per altre preparazioni, le ricette antispreco, congelare gli alimenti o dividerli.

Conclusioni

Nel 2015 con la sottoscrizione dell'Agenda 2030 l'Assemblea delle Nazioni Unite si è finalmente posta tra gli obiettivi dello sviluppo sostenibile a livello globale quello del dimezzamento degli sprechi alimentari per persona a livello della vendita al dettaglio e del consumo oltre alla riduzione delle perdite alimentari nella fase di produzione e distribuzione del cibo. I Paesi Membri dell'Unione Europea hanno recepito quest'importante obiettivo come impegno politico da realizzare. Nel caso dell'Italia ciò ha fatto sì che venisse introdotta una norma innovativa, la Legge 166/2016 ("Legge Gadda"), che promuove la donazione e distribuzione di prodotti alimentari da recuperare a fini di solidarietà sociale come nel caso di alimenti con TMC superato (ancora edibili) ed eccedenze alimentari. Buoni risultati si sono avuti già a distanza di un anno dall'approvazione della "Legge Gadda" con l'aumento del 20% del recupero delle eccedenze da parte delle catene di GDO ("Grande Distribuzione Organizzata").

A partire dal 2014 in Italia è stata inoltre introdotta, per iniziativa dell'agroeconomista Andrea Segrè, fondatore del progetto "Spreco Zero", la "Giornata nazionale di Prevenzione dello spreco alimentare", fissata per il 5 febbraio, nel corso della quale si organizzano eventi che hanno il principale obiettivo di divulgare i dati di questo fenomeno e creare consapevolezza al fine della prevenzione e gestione del problema. Dal 2020 la Giornata nazionale di Prevenzione dello spreco alimentare si svolge con il patrocinio dei Ministeri dell'Ambiente e della Salute e si focalizza sullo stretto rapporto fra gli sprechi alimentari, l'impatto ambientale e l'impatto sulla salute dell'uomo. L'edizione 2021 è stata dedicata all'evoluzione dei comportamenti e degli stili di vita in rapporto allo spreco alimentare dopo l'irrompere della pandemia Covid-19.

È stata inoltre proclamata il 29 settembre 2020 dalle Nazioni Unite la prima Giornata mondiale per la Consapevolezza sullo spreco e le perdite alimentari; per la seconda edizione del 2021 si è svolto un evento virtuale e planetario organizzato dalla FAO, incentrato sui temi delle perdite agroalimentari e sulla auspicata riduzione e prevenzione degli sprechi.

In ambito locale l'ASL CN2 si è impegnata con il progetto "Attenti allo spreco" a realizzare l'obiettivo di educare la popolazione alla sostenibilità alimentare attraverso una sensibilizzazione sulle pratiche virtuose negli acquisti, nella conservazione degli alimenti, nella gestione e nel consumo in ambito domestico.

Bibliografia

1. Il libro nero dello spreco: il cibo - Segrè, Falasconi
2. <https://www.sprecozero.it/>
3. <https://www.fao.org/platform-food-loss-waste/>

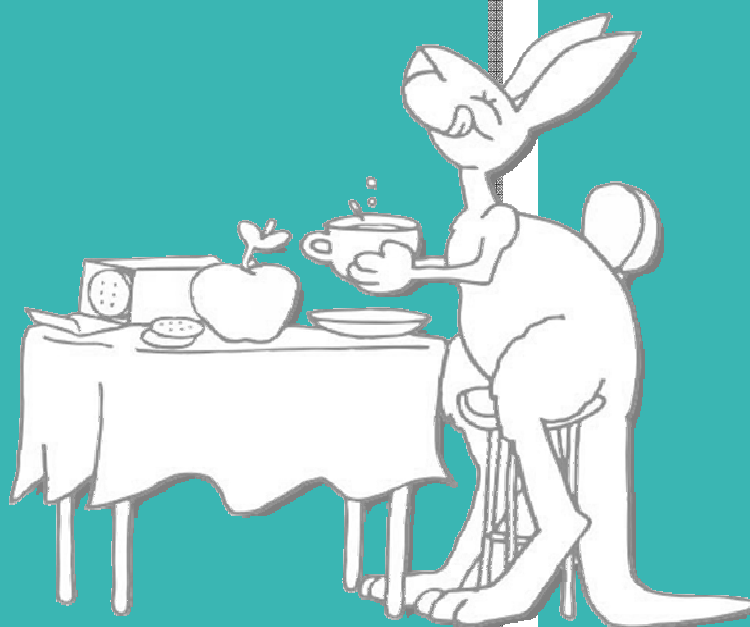
APPENDICE:

“OKkio alla SALUTE. Risultati dell’indagine 2019”

OKkio alla SALUTE

Risultati dell'indagine 2019

ASL CN2



OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza nazionale istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità
(DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017)

A cura di:

Giulia Picciotto, Pietro Maimone, Marcella Beraudi.

Hanno contribuito alla realizzazione della raccolta dati 2019

- il gruppo di coordinamento nazionale:

Angela Spinelli, Paola Nardone, Marta Buoncristiano, Michele Antonio Salvatore, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Ferdinando Timperi, Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Alessandro Vienna.

- il comitato tecnico della sorveglianza:

Marta Buoncristiano, Giulia Cairella, Marcello Caputo, Margherita Caroli, Chiara Cattaneo, Laura Censi, Liliana Coppola, Simona De Introna, Barbara De Mei, Maria Paola Ferro, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Giordano Giostra, Marina La Rocca, Laura Lauria, Gianfranco Mazzarella, Maria Teresa, Menzano, Paola Nardone, Federica Pascali, Anna Rita Silvestri, Daniela Pierannunzio, Michele Antonio Salvatore, Angela Spinelli, Alessandro Vienna.

-a livello regionale:

Marcello Caputo (referente regionale); Giafranco Corgiat Loia (Dirigente settore regionale); Monica Bonifetto, Paolo Ferrari, Leonardo Filippone (Dirigente Ufficio IV USR per il Piemonte e referente regionale), Paola Damiani / Daniela Pinna (referenti USR).

- a livello provinciale:

Bruna Balossino (referente alla salute dell'ufficio scolastico di Alessandria), Martina Gado (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Asti), Monica Pisu (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Biella), Marcello Strizzi (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Cuneo), Gabriella Colla (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Novara), Anna Maria Capra, Sara Coccolo (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Torino), Laura Musazzo (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Verbano-Cusio-Ossola), Angela Fossati (referente alla salute dell'ufficio scolastico provinciale di Vercelli)

- a livello aziendale:

Referenti e operatori

ASL CN2:

Raccolta e inserimento dati: Mauro Zarri, Milvana Conterno.

Stesura report: Giulia Picciotto, Marcella Beraudi.

Un ringraziamento particolare ai dirigenti scolastici e agli insegnanti: il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati qui presentati.

Un ringraziamento alle famiglie e agli alunni che hanno preso parte all'iniziativa, permettendo così di comprendere meglio la situazione dei bambini della nostra Regione.

Copia del volume può essere richiesta a:

ASL CN2 – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Via Vida, 10 – 12051 Alba (CN) e-mail: sian.alba@aslcn2.it

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute

Indice

Indice	4
Prefazione	5
Introduzione	6
Metodologia	8
Descrizione della popolazione	10
Lo stato ponderale	13
Le abitudini alimentari	20
L'attività fisica	27
Le attività sedentarie	34
La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini	37
L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica	41
Conclusioni generali	53
Bibliografia essenziale	56

Prefazione

L'eccesso ponderale rappresenta uno dei principali problemi di salute a livello mondiale. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolineano l'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità anche in età evolutiva con implicazioni dirette sulla salute del bambino e sul suo rischio di contrarre in età adulta patologie gravate da un alto tasso di mortalità e invalidità.

Nell'anno 2019, prima che anche in Italia prendesse campo l'emergenza sanitaria determinata da Covid-19, la nostra ASL ha preso parte alla sesta edizione del progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale OKkio alla SALUTE, che si basa su indagini epidemiologiche, ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio, che è rappresentata da alunni frequentanti la terza classe della scuola primaria. Lo studio è diretto al monitoraggio dello stato nutrizionale, delle abitudini alimentari, del livello di attività fisica e dello stile di vita dei bambini. Lo scopo della sorveglianza è quello di strutturare in modo mirato ed efficiente le azioni di prevenzione e di promozione della salute, volte a favorire stili di vita più corretti già a partire dall'età evolutiva.

Uno degli obiettivi di questo progetto è quello di rafforzare la collaborazione tra sistema sanitario, sistema educativo e famiglie; da quanto osservato in fase di realizzazione dello studio si è registrata un'ampia partecipazione della popolazione scolastica, segno di sensibilità sociale al problema e di una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.

Si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari fortemente predisponenti all'aumento di peso che non favoriscono una crescita armonica. Solo 1 bambino su 10 assume le porzioni di frutta e/o verdura giornaliere raccomandate e meno di 1 bambino su 3 consuma una merenda adeguata a metà mattina. Errate abitudini alimentari ereditate dalle famiglie che, amplificate da scorretti messaggi consumistici e dalla sedentarietà, abitano i "futuri adulti" a stili di vita difficili d'abbandonare e quindi da correggere.

Questi dati possono essere migliorati tramite il costante e ancora più vigoroso impegno dei nostri Servizi, deputati alla promozione della salute, ed al sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

OKkio alla SALUTE è indubbiamente un valido strumento per gli operatori sanitari per identificare i comportamenti a rischio maggiormente diffusi e individuare gli aspetti della prevenzione che necessitano di essere potenziati.

Il Direttore Generale
Dott. Massimo Veglio

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità sono fattori di rischio per l'insorgenza di patologie cronicodegenerative e una sfida prioritaria per la sanità pubblica. In particolare, l'eccesso ponderale in giovane età ha implicazioni a breve e a lungo termine sulla salute e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta.

Per comprendere la dimensione del fenomeno nei bambini e i comportamenti associati, a partire dal 2007, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato lo sviluppo del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

La sorveglianza è alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute quali il Programma Governativo "Guadagnare salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione e, in ambito internazionale, aderisce alla "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>).

Da Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM del 3 marzo 2017, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 12 maggio 2017), OKkio alla SALUTE è ufficialmente inserito tra i sistemi e i registri di rilevanza nazionale ed è istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE descrive la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della III classe primaria e delle attività scolastiche che possono favorire la sana nutrizione e il movimento.

Ad oggi, a livello nazionale, sono state effettuate sei raccolte dati (2008-9, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019) ognuna delle quali ha coinvolto oltre 40.000 bambini e genitori e 2.000 scuole.

In particolare, nel 2019 hanno partecipato 2.735 classi, 47.543 bambini e 50.502 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane.

I bambini in sovrappeso sono il 20,4% [IC95% 19,9-20,9] e i bambini obesi sono il 9,4% [IC95% 9,0-9,7], compresi i bambini gravemente obesi che da soli sono il 2,4% [IC95% 2,3-2,6]. Persistono tra i bambini le abitudini alimentari scorrette, infatti, l'8,7% dei bambini salta la prima colazione e il 35,6% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 55,3% fa una merenda di metà mattina abbondante. Il 24,4% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 25,4% dichiara che i propri figli consumano quotidianamente bevande zuccherate e/o gassate. I valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati: il 20,3% dei bambini non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 43,5% ha la TV in camera, il 44,5% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi/tablet/cellulare per più di 2 ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Dati simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni confermano l'errata percezione dei genitori dello stato ponderale e dell'attività motoria dei propri figli: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 40,3% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso.

Inoltre, grazie alla partecipazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, è stato possibile raccogliere informazioni sulla struttura degli impianti, sui programmi didattici e sulle iniziative di promozione della sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni in 2.477 plessi di scuole

primarie italiane. I principali risultati evidenziano che il 75% delle scuole possiede una mensa; il 43% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt, ecc.). Inoltre, 1 scuola su 3 ha coinvolto i genitori in iniziative favorevoli a una sana alimentazione e in quelle riguardanti l'attività motoria.

Nel report vengono presentati i risultati della raccolta dati effettuata nel 2019 e riportati gli indicatori presenti nel Piano Nazionale della Prevenzione.

Metodologia

OKkio alla SALUTE è una sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

Pertanto è orientata alla raccolta di poche informazioni principalmente su fattori di rischio modificabili, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili dai sistemi di salute.

Popolazione in studio

È stata scelta la classe terza della scuola primaria, con bambini intorno agli 8 anni, perché l'accrescimento a quest'età è ancora poco influenzato dalla pubertà, i bambini sono già in grado di rispondere con attendibilità ad alcune semplici domande e i dati sono comparabili con quelli raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vari altri Paesi europei.

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

Modalità di campionamento

Il metodo di campionamento è "a grappolo", cioè le classi ("grappoli" o "cluster") sono estratte casualmente dalle liste di campionamento predisposte dagli Uffici Scolastici su base regionale o di ASL e tutti i bambini della classe sono inclusi. Per ciascuna scuola la probabilità di veder estratte le proprie classi è proporzionale al numero degli alunni iscritti (metodo della *probability proportional to size*).

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

Strumenti e procedure di raccolta dati

Nel 2008 è stata sviluppata la prima versione dei 4 questionari di OKkio alla SALUTE. Negli anni successivi alcune domande del questionario sono state cambiate e sono stati aggiunti ulteriori quesiti a seguito di richieste del Ministero della Salute, del Comitato Tecnico della Sorveglianza e della Childhood Obesity Surveillance Initiative dell'OMS Europa (COSI). Nel 2019 sono state introdotte alcune domande riguardanti la percezione dell'ambiente (in particolare l'inquinamento dell'aria) e l'inclusione dell'educazione ambientale tra le attività scolastiche; sono stati inoltre modificati alcuni quesiti sulla base delle indicazioni del COSI. I quattro questionari sono: uno da somministrare ai bambini in aula, uno per i genitori da compilare a casa e due destinati rispettivamente agli insegnanti e ai dirigenti scolastici.

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

Inoltre i bambini sono stati misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati e di elevata precisione. In caso di esplicito rifiuto dei genitori, il questionario non è stato somministrato e i bambini non sono stati misurati. Non è stata prevista alcuna forma di recupero dei dati riguardanti i bambini assenti, né di sostituzione dei bambini con rifiuto.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI in inglese), ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso si sono utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF); nel report nazionale sarà possibile visionare le prevalenze dello stato ponderale utilizzando anche le curve OMS. Nell'analisi dei dati sono stati considerati sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole et al., 2012).

Le domande rivolte ai genitori hanno indagato alcune abitudini dei propri figli quali: l'attività fisica, i comportamenti sedentari, gli alimenti consumati, la percezione dello stato nutrizionale e del livello di attività motoria.

Alcuni dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico, in grado di influire favorevolmente sulla salute dei bambini, sono stati raccolti attraverso i due questionari destinati ai dirigenti scolastici e agli insegnanti. La collaborazione intensa e positiva tra operatori sanitari e istituzioni scolastiche ha permesso un ampio coinvolgimento dei bambini e dei loro genitori contribuendo alla buona riuscita dell'iniziativa.

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

La raccolta dei dati è avvenuta in tutte le regioni tra marzo e giugno 2019.

L'inserimento dei dati è stato effettuato dagli stessi operatori sanitari che hanno realizzato la raccolta delle informazioni, mediante una piattaforma web sviluppata ad hoc.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata finalizzata, principalmente, alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate. Per alcune di queste, in particolare per quelle che sono soggette a confronti temporali successivi o con altre realtà territoriali (Regioni o ASL), sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza al 95%. In qualche caso, al fine di identificare differenze sono stati calcolati dei rapporti di prevalenza e realizzati dei test statistici. Nel presente rapporto, dove opportuno, viene indicato se le differenze osservate tra le 6 rilevazioni sono o non sono statisticamente significative. Data la ridotta numerosità del campione aziendale, rispetto a quello nazionale o regionale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti negli anni dei dati al fine di evitare conclusioni errate. Questa annotazione vale in particolar modo per i risultati relativi all'ambiente scolastico, in cui il campione è di circa 20-30 scuole per ASL.

Le analisi sono state effettuate usando il software Stata vers.14.2.

Descrizione della popolazione

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

Nel 2019 nella ASL CN2 hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sui 22 plessi scolastici e sulle 24 classi rispettivamente campionate.

Distribuzione delle classi per tipologia di comune di appartenenza ASL CN2 – OKkio 2019 (N= 24 classi)

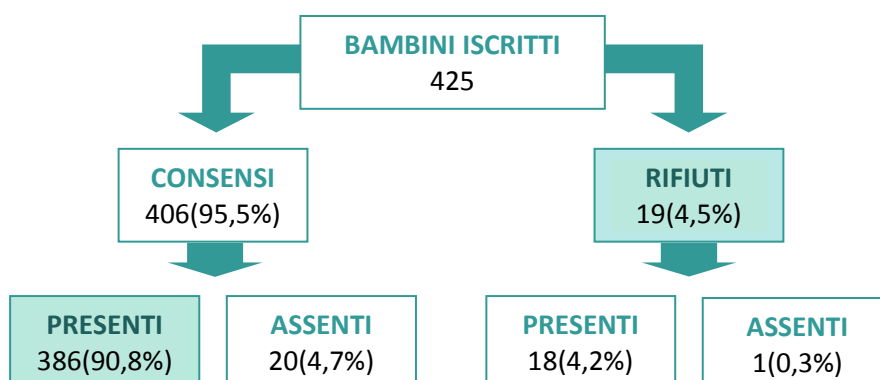
ZONA ABITATIVA	N	%
≤ 10.000 abitanti	15	62,5
Da 10.000 a più di 50.000 abitanti	9	37,5
> 50.000 abitanti (non metropolitana)	0	0
Comuni di area metropolitana (centro e periferia)	0	0

- Le scuole e le classi partecipanti si trovano in comuni con diversa densità di popolazione.
- Per la classificazione della tipologia dei comuni si è seguito il sistema adottato dall'Istat.

Partecipazione dei bambini e delle famiglie allo studio

La percentuale di bambini/famiglie che ha partecipato all'indagine è un importante indicatore di processo. Una percentuale alta, oltre a garantire la rappresentatività del campione, sottolinea l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine. Una risposta bassa a causa non solo di un alto numero di rifiuti ma anche di assenti, superiore al 5-10% (percentuale di assenti attesa in una normale giornata di scuola), potrebbe far sospettare una scelta delle famiglie dettata per esempio dalla necessità di "proteggere" i bambini in eccesso ponderale. In questo caso, il campione di bambini delle classi selezionate potrebbe non essere sufficientemente rappresentativo dell'insieme di tutte le classi della Regione, in quanto la prevalenza di obesità riscontrata nei bambini misurati potrebbe essere significativamente diversa da quella degli assenti.

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



- Solo il 4,5% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Questo valore è risultato lievemente inferiore a quello nazionale (circa il 5%). Questo dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori.
- Nella giornata della misurazione erano assenti 21 bambini pari al 5% del totale di quelli iscritti. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva partecipazione dei bambini e dei genitori.
- I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e statura sono stati quindi 386 ovvero il 90,8% degli iscritti negli elenchi delle classi. L'alta percentuale di partecipazione assicura una rappresentatività del campione soddisfacente.
- Hanno risposto al questionario dei genitori il 97,6% delle famiglie dei 425 bambini iscritti (415 famiglie).

Bambini partecipanti: quali le loro caratteristiche? _____

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

Età e sesso dei bambini – ASL CN2 – OKkio 2019

ETÀ	N	%
<7 anni	0	0
8 anni	193	50,8
9 anni	183	48,2
≥ 10	4	1

SESSO	N*	%
Maschi	200	52,8
Femmine	179	47,2

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

Genitori partecipanti: chi sono e cosa fanno? _____

La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è associata in molti studi allo stato di salute del bambino. Il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (86,6%), meno frequentemente dal padre (12,7%) o da altra persona (0,7%). Di seguito vengono riportate le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti; i capitoli successivi nella maggior parte dei casi presenteranno analisi che tengono conto del livello di istruzione solo della madre che di fatto è la persona che ha risposto più frequentemente al questionario rivolto ai genitori.

- La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (52%) o laurea (20,8%).
- I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 45% e la laurea il 14,6%.
- Il 19,4% delle madri e il 24,5% dei padri sono di nazionalità straniera.
- Il 47,7% delle madri lavora a tempo pieno.

Con il reddito a disposizione della famiglia, il 31,8% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 6,4% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Livello di istruzione, occupazione e nazionalità della madre e del padre ASL CN2 – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
Grado di istruzione				
Nessuna, elementare, media	109	27,2	153	40,5
Diploma superiore	208	52	170	45
Laurea	83	20,8	55	14,5
Nazionalità				
Italiana	315	80,6	302	75,5
Straniera	76	19,4	98	24,5
Lavoro*				
Tempo pieno	166	47,7	-	-
Part time	104	29,9	-	-
Nessuno	78	22,4	-	-

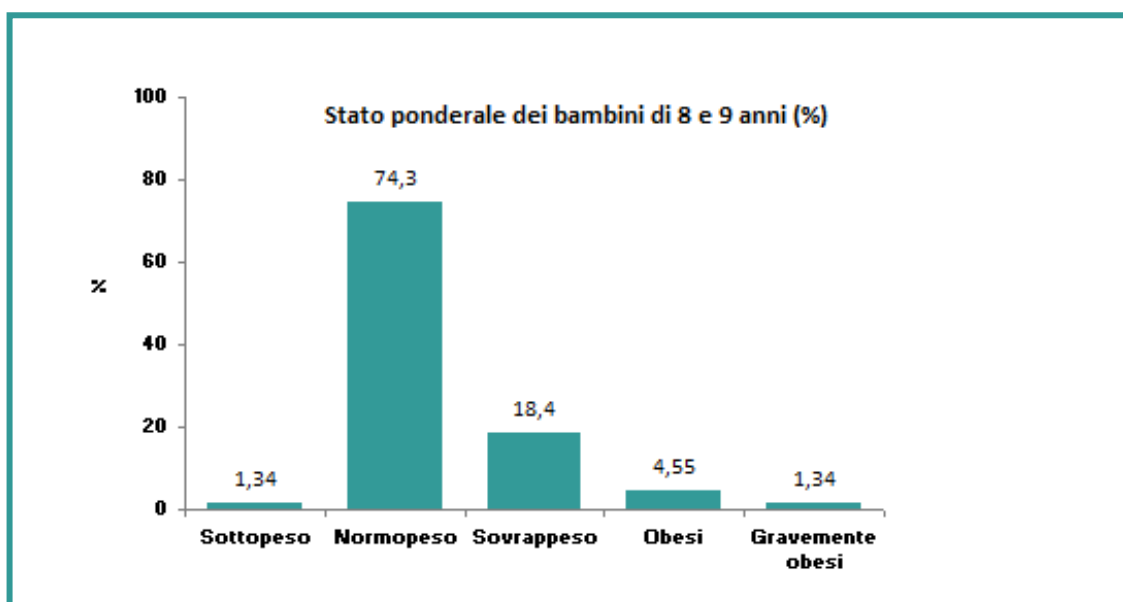
* Informazione raccolta solo sulla persona che compila il questionario; essendo la madre colei che lo compila nella grande maggioranza dei casi, il dato non è calcolabile per il padre.

Lo stato ponderale

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva possono favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 30 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è drasticamente aumentata e, sebbene da qualche anno in alcuni Paesi si assiste ad una fase di plateau, i valori sono ancora molto elevati.

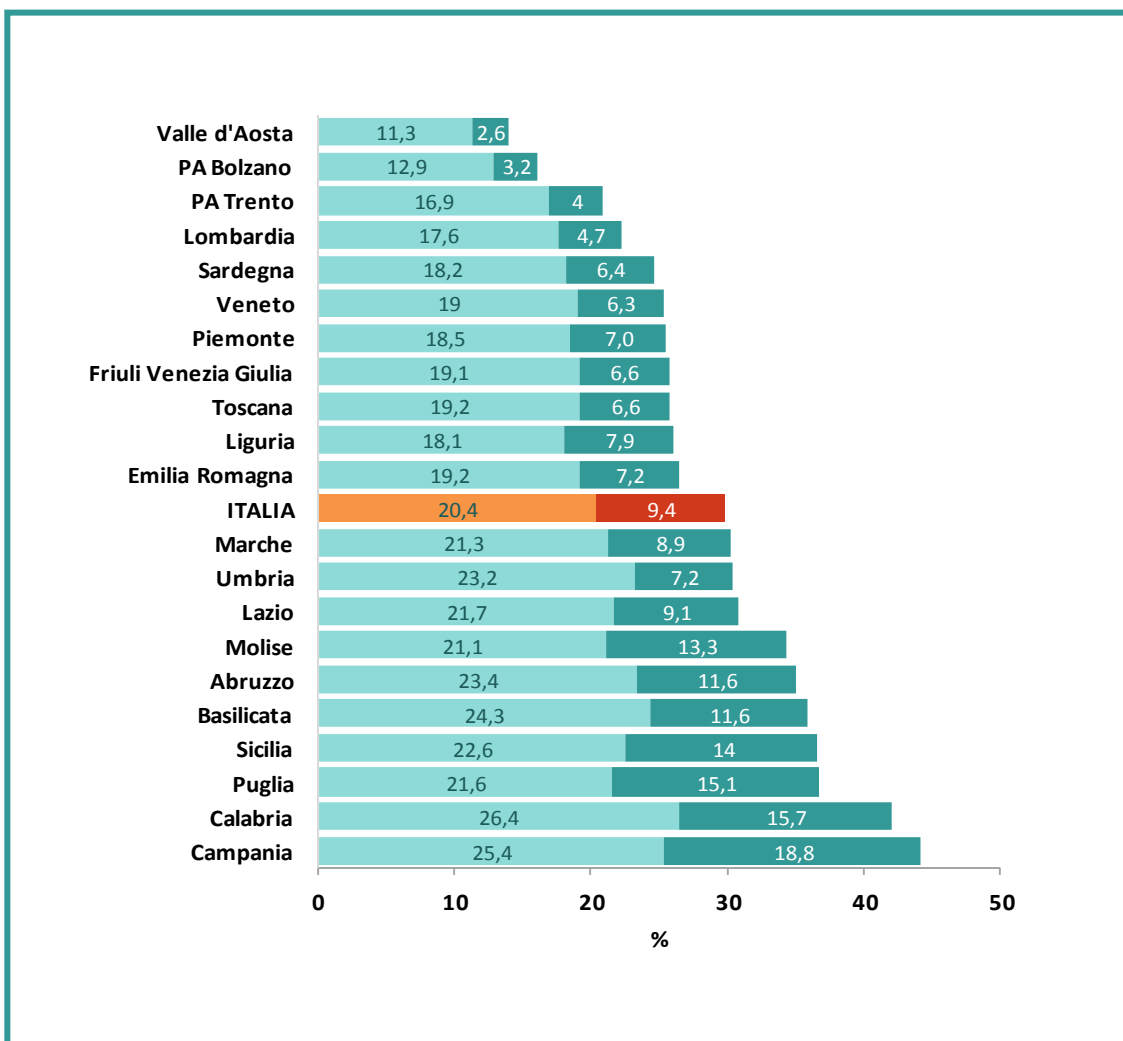
Quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi?

L'indice di massa corporea (IMC) è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da misurare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale (il rischio di sovrappeso e obesità) di popolazioni o gruppi di individui. Per la determinazione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso, sono stati utilizzati i valori soglia proposti da Cole et al. e raccomandati dall'IOTF.



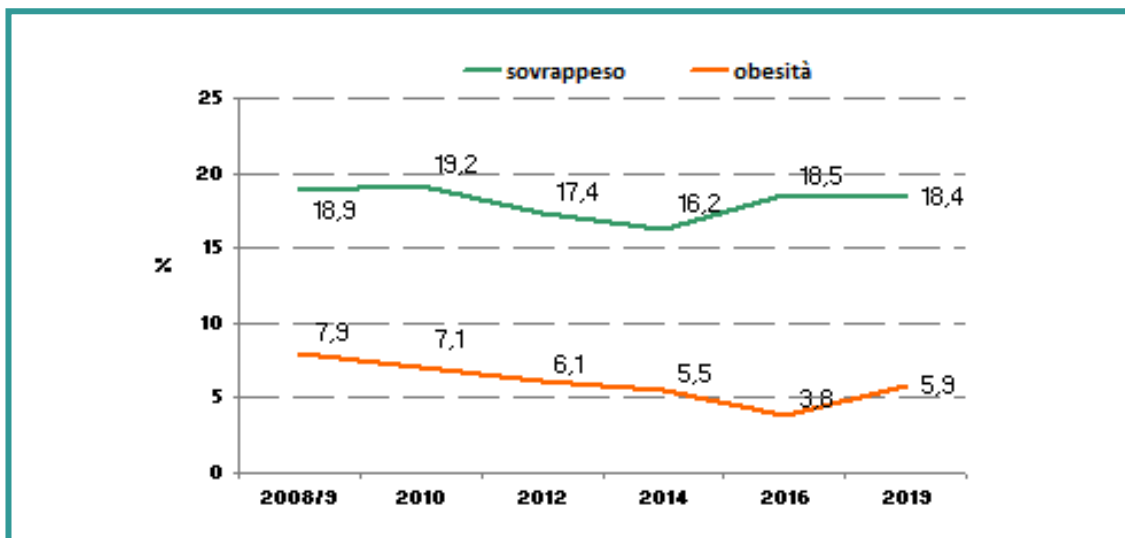
- Tra i bambini della nostra ASL l'1,34% (IC95% 0,67-2,65) risulta in condizioni di obesità grave, il 4,55% (IC95% 2,88-7,11) risulta obeso, il 18,4% (IC95% 15,3-22,1) sovrappeso, il 74,3% (IC95% 70-78,3) normopeso e l'1,34% (IC95% 0,58-3,06) sottopeso.
- Complessivamente più del 24% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

**Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni che frequentano la 3^a primaria.
OKkio alla SALUTE 2019**



Qual è l'andamento del sovrappeso e obesità negli anni? _____

Rispetto alla precedente rilevazione nella nostra ASL si assiste a un aumento della prevalenza di bambini obesi, mentre rimane pressoché invariata la prevalenza di bambini sovrappeso.



Trend sovrappeso e obesità, ASL CN2, OKkio alla SALUTE

Qual è il rapporto tra stato ponderale e caratteristiche del bambino e dei genitori? _____

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

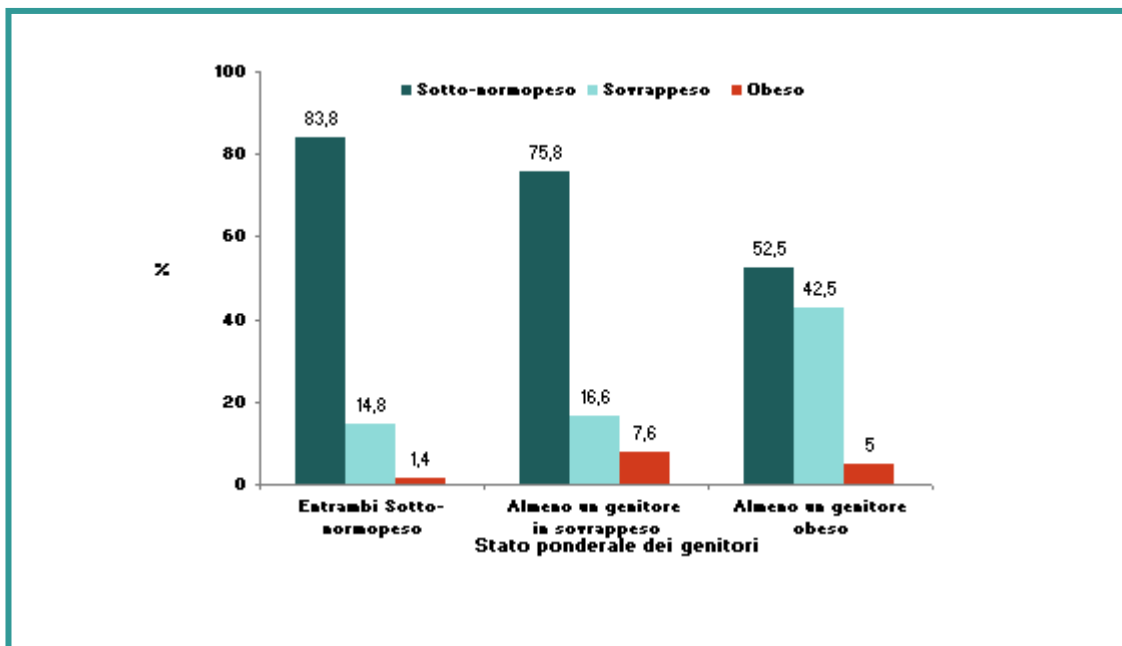
Stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – ASL CN2 – OKkio 2019

CARATTERISTICHE	NORMO/SOTTOPESO	SOVRAPPESO/OBES.
Età		
8 anni	79,2	20,8
9 anni	72	28
Sesso		
Maschi	77	23
Femmine	74,2	25,8
Zona abitativa*		
<10.000 abitanti	70,4	29,6
10.000-50.000	84,4	15,6
>50.000	0	0
metropolitana/perimetropolitana	0	0
Istruzione della madre*		
Nessuna, elementare, media	65,7	34,3
Superiore	77,4	22,6
Laurea	83,1	16,9

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

- Nella nostra ASL la prevalenza di obesità è leggermente superiore nei maschi (7,1%) rispetto alle femmine (4,5%), la prevalenza di sovrappeso è invece lievemente maggiore nelle femmine (21,3%) rispetto ai maschi (15,8%). Considerando nel complesso la prevalenza di eccesso ponderale tra i due sessi essa risulta leggermente superiore nelle femmine (25,8%) rispetto ai maschi (23%).
- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

Stato ponderale dei bambini rispetto a quello dei genitori.



- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella nostra ASL, il 18,9% delle madri è in sovrappeso e il 3,8% è obeso; il 37,9% dei padri è in sovrappeso e oltre l'8,5% è obeso.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 16,6% dei bambini risulta in sovrappeso e il 7,6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 42,5% dei bambini è in sovrappeso e il 5% obeso.

Nei giorni di scuola quante ore dormono i bambini? _____

In alcuni studi si è osservato che le ore di sonno del bambino sono associate al suo stato ponderale. Diverse fonti e istituzioni internazionali raccomandano che i bambini in età scolare dormano almeno 9-10 ore al giorno. Per tale motivo, nel questionario rivolto al genitore viene posta la domanda per stimare le ore di sonno dei bambini nei giorni di scuola, ovvero non considerando i giorni festivi che possono rappresentare un'eccezione alle normali abitudini.

Ore di sonno dei bambini, ASL CN2, OKkio alla SALUTE

ORE E MINUTI	Sotto-normopeso	Sovrappeso-obeso
	%	%
< 9 ore	67,7	32,3
9 ore – 9 ore e 29 minuti	68,4	31,6
9 ore e 30 minuti – 9 ore e 59 minuti	80,5	19,5
≥10 ore	79,7	20,3

Più dell'8% dei bambini dorme meno di 9 ore. A livello nazionale questo dato è stato pari al 13%.

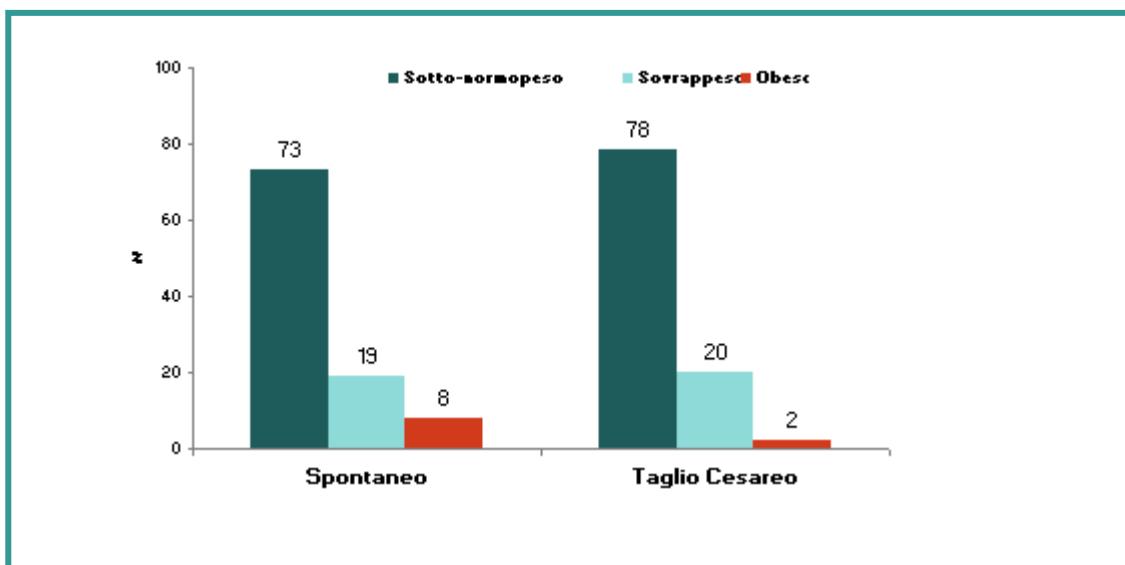
Le caratteristiche del parto e nei primi mesi di vita possono influenzare lo stato ponderale?

Tra i fattori che vengono indicati in letteratura come potenzialmente associati allo stato ponderale del bambino ve ne sono alcuni che riguardano il parto e i primi mesi di vita. Per tale motivo dal 2016, nel questionario rivolto ai genitori, sono state inserite alcune domande per rilevare, con riferimento al proprio bambino, il tipo di parto, la settimana gestazionale, il peso alla nascita e il tipo di allattamento. Nella tabella seguente sono riportati i risultati della nostra ASL per le caratteristiche sopra indicate in confronto con quelli rilevati a livello nazionale.

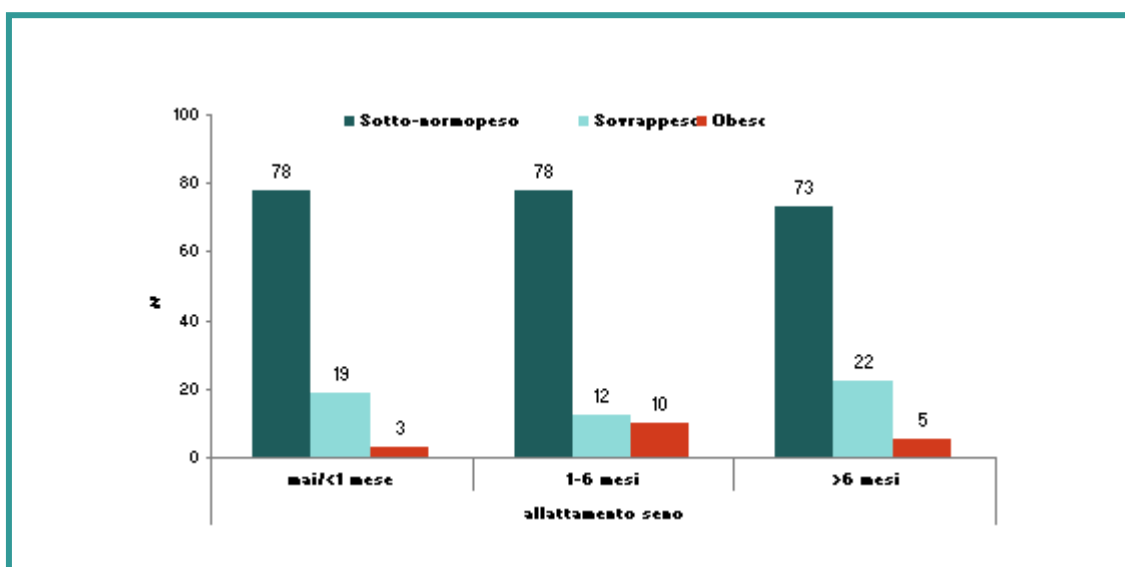
CARATTERISTICA ALLA NASCITA	MODALITÀ	VALORE AZIENDALE 2019	VALORE NAZIONALE 2019
Tipo di parto	Taglio Cesareo	28,8%	40,1%
Settimana gestazionale	<37	5,9%	14,5%
Peso alla nascita (in grammi)	< 2500	6,5%	7,6%
	2500-3300	46,1%	48,1%
	3300-4000	44,2%	37,4%
	≥4000	3,2%	6,9%
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	19,8%	24,1%
	1-6 mesi	22,6%	33,8%
	>6 mesi	57,7%	42,2%

Nei grafici seguenti si riporta lo stato ponderale dei bambini per tipo di parto e per durata dell'allattamento al seno.

Stato ponderale dei bambini per tipologia del parto



Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Tra i bambini con peso alla nascita inferiore ai 2500 gr più dell'8% è risultato sovrappeso e nessuno obeso mentre tra i bambini con peso alla nascita ≥ 4000 gr, i valori sono risultati rispettivamente di quasi 17% per i sovrappeso e nuovamente nessuno obeso. Tra i bambini nati a ≤ 37 settimane, le percentuali di sovrappeso sono del 9% e non ci sono obesi. Tra i nati a termine la percentuale dei sovrappeso è di quasi il 20% e degli obesi di più del 6%.

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	73,2	73,7	76,5	78,3	77,7	75,6	74,5	70,2
Prevalenza di bambini sovrappeso	18,9	19,2	17,4	16,2	18,5	18,4	18,5	20,4
Prevalenza di bambini obesi	7,9	7,1	6,1	5,5	3,8	5,9	7,00	9,4
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	26,8	26,3	23,5	21,7	22,3	24,3	25,5	29,8

Conclusioni

In questa sesta rilevazione si osserva un lieve incremento della prevalenza dei bambini obesi, mentre il dato dei bambini in sovrappeso risulta sovrapponibile rispetto all'ultima raccolta dati. Permane quindi il problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile.

I risultati del presente rapporto accrescono ulteriormente la reale e giustificata preoccupazione sul futuro stato di salute della nostra popolazione. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso, e in misura sensibilmente maggiore l'obesità, già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta. Inoltre, i primi mesi di vita del bambino e il tipo/modalità di allattamento al seno possono risultare fattori predittivi del futuro stato di salute del bambino, soprattutto per quanto riguarda lo stato ponderale.

Per cogliere segni di cambiamento del fenomeno e per misurare gli effetti legati agli interventi di popolazione è necessario mantenere una sorveglianza continua del fenomeno nella nostra popolazione infantile.

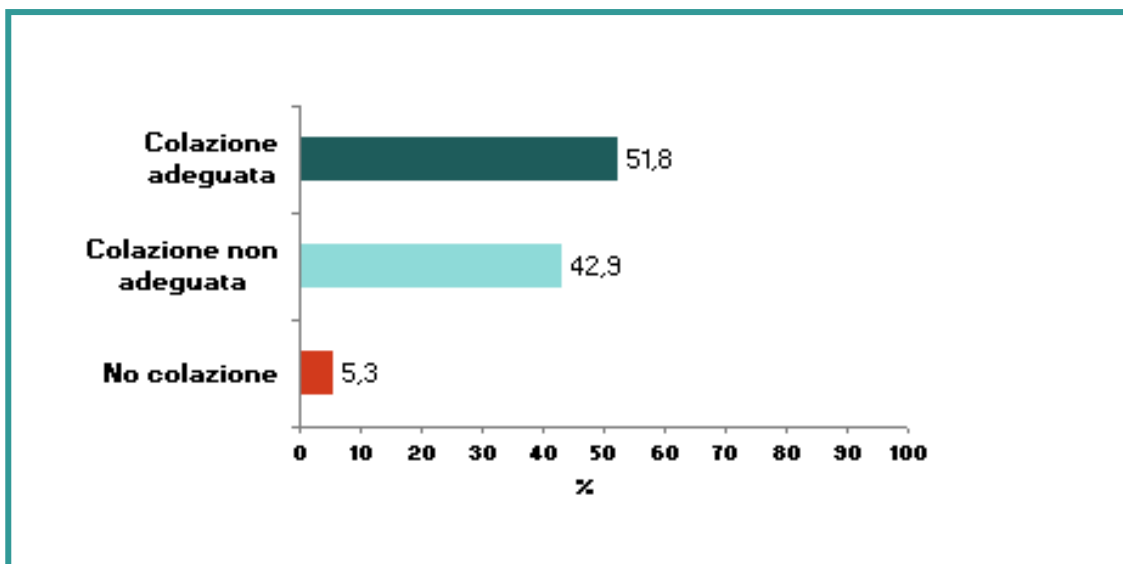
Le abitudini alimentari

Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glucidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale. Alcuni indicatori alimentari presenti in questo capitolo hanno subito nel 2019 modifiche parziali nelle modalità di risposta al fine di renderli confrontabili con quelli degli altri Paesi che aderiscono al COSI.

I bambini consumano la prima colazione? (le risposte dei bambini)

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

Adeguatezza della colazione consumata dai bambini (%)



- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra ASL quasi il 52% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 5,3% non fa colazione (più i bambini delle bambine, 6,5% versus 3,9%)* e il 42,9% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media).

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

Il COSI, rispetto al nostro Paese, monitora l'abitudine dei bambini di consumare la prima colazione attraverso le sole risposte fornite dai genitori. Nel 2019, il Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE ha deciso di aggiungere all'informazione del bambino anche quella del genitore ma riferita ad un arco temporale più ampio, ovvero "una settimana tipica".

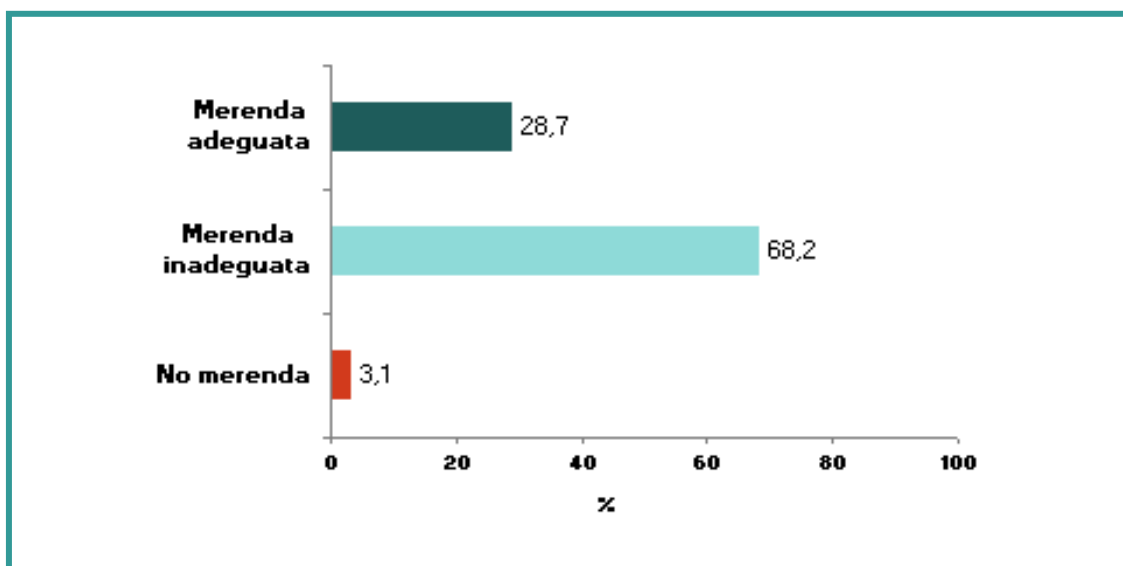
Frequenza della colazione in una settimana tipica (%)

FREQUENZA	%
Ogni giorno	70,7
Quasi tutti i giorni della settimana (4-6 giorni)	13,7
Qualche giorno a settimana (1-3 giorni)	12,2
Mai	3,4

Le differenze che si osservano tra quanto riferito dai bambini e dai genitori possono essere dovute al differente riferimento temporale (la mattina dell'indagine per i bambini e la settimana tipica per i genitori).

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

Oggi giorno si raccomanda che venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. La merenda fornita dalla scuola agli alunni è stata considerata adeguata.



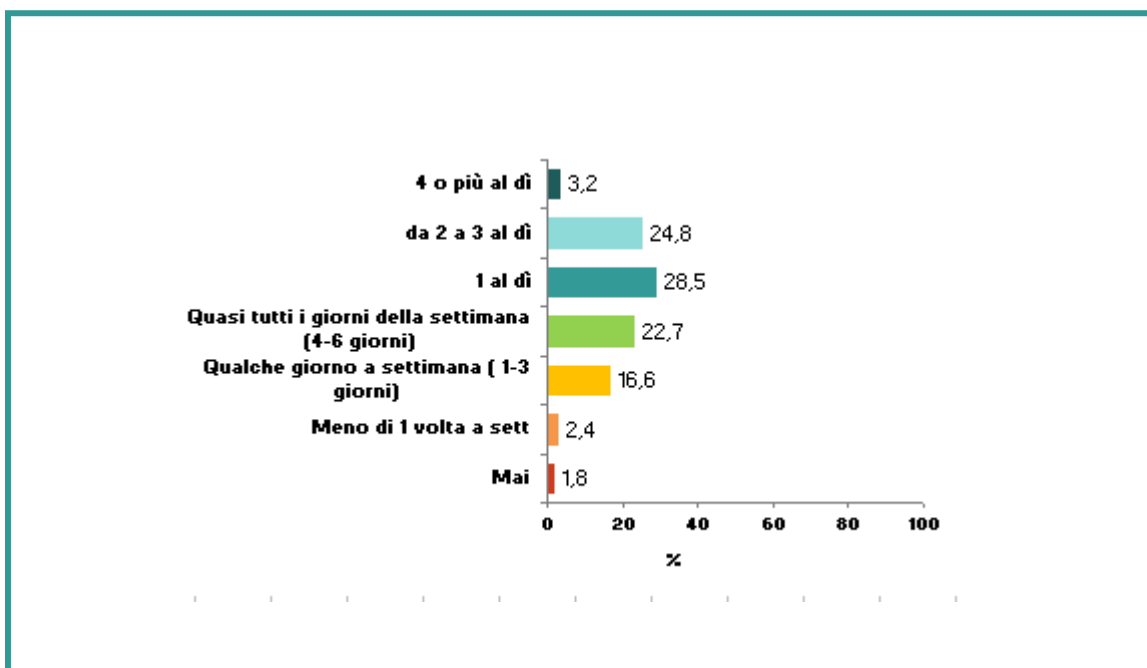
Adeguatezza della merenda di metà mattina consumata dai bambini (%)

- Il 28,7% dei bambini consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (68,2%) la fa inadeguata e il 3,1% non la fa per niente.

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

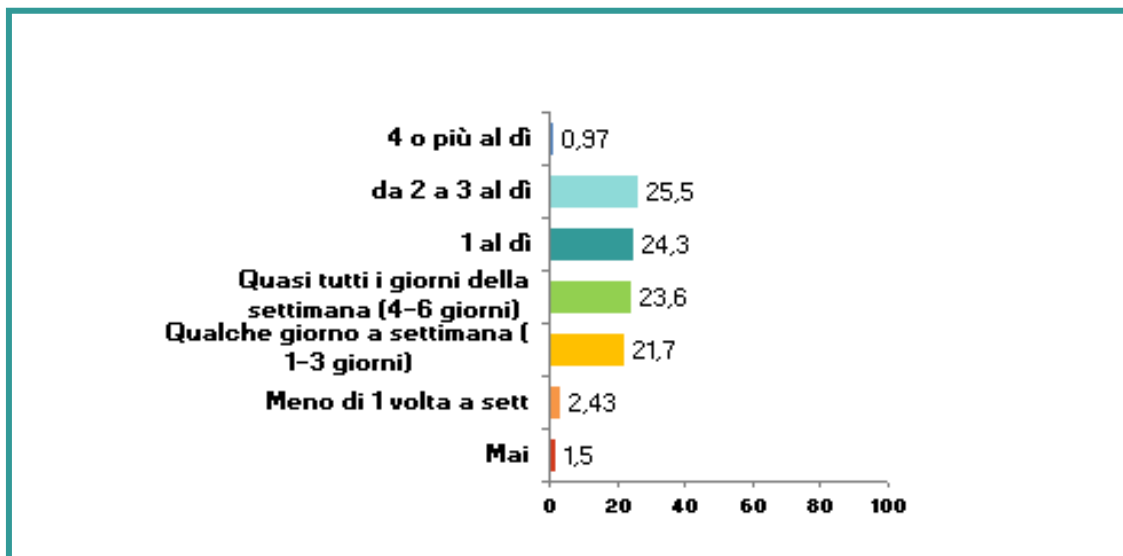
Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta o verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 24,8% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno e il 28,5% una sola volta al giorno.
- Il 4,2% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.
- I bambini di madri che hanno un maggior livello di istruzione consumano frutta 2 - 3 volte al giorno in proporzione maggiore rispetto agli altri.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)



- Nella nostra ASL, i genitori riferiscono che il 25,5% dei bambini consuma **verdura** 2-3 al giorno; il 24,3% una sola volta al giorno.
- Il 3,9% dei bambini consuma verdura meno di una volta a settimana o mai.
- Non sono emerse differenze per sesso del bambino.
- I bambini di madri che hanno un livello di istruzione maggiore consumano verdura 2-3 volte al giorno in proporzione maggiore rispetto agli altri.
- Il 58,8% dei bambini consuma almeno due volte al giorno frutta e/o verdura.

In una settimana tipica, quante volte i bambini bevono e mangiano i seguenti cibi e bevande?

L'alimentazione può influenzare lo stato ponderale. Il consumo di bibite zuccherate e/o gassate nel 2019 è stato indagato con modalità diverse rispetto al passato e con l'aggiunta della categoria dei succhi di frutta 100% e delle bibite a ridotto contenuto di zucchero. Inoltre, nell'ultima rilevazione di OKkio alla SALUTE sono state aggiunte altre categorie di alimenti che non erano stati mai indagati prima, ovvero i legumi, gli snack salati e dolci.

ASL CN2, OKkio alla SALUTE 2019

FREQUENZA DI CONSUMO	SUCCHI DI FRUTTA 100% FRUTTA	BIBITE CONF. CONTENENTI ZUCCHERO (tè, aranciata, cola, succhi di frutta, ecc.)	BIBITE CONF. A RIDOTTO CONTENUTO DI ZUCCHERO (cola light/zero, ecc.)	LEGUMI	SNACK SALATI (patatine, pop corn, noccioline, ecc.)	SNACK DOLCI (merendine, biscotti, caramelle, torte, ecc.)
Mai	16,3%	17,8%	65,8%	17,8%	10,3%	2,9%
meno di una volta a settimana	25%	43,7%	22,2%	31%	52,3%	13,9%
qualche giorno (1-3 giorni)	32,9%	28,3%	9,8%	42,7%	29,3%	37,2%
quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	17,1%	5,1%	1,5%	5,9%	6,4%	25,8%
una volta al giorno tutti i giorni	6,2%	3,9%	0,5%	2,3%	1,2%	15,8%
più volte al giorno tutti i giorni	2,5%	1,2%	0,2%	0,3%	0,5%	4,4%

- Nella nostra ASL più del 5% dei bambini assume bevande zuccherate confezionate quasi tutti i giorni.
- Più del 48% bambini non consuma mai legumi o meno di una volta a settimana
- Il consumo di snack salati e dolci “più volte al giorno, tutti i giorni” è rispettivamente dello 0,5% e del 4,4%
- Mentre non vi è differenza fra maschi e femmine per le diverse categorie di alimenti, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero una volta al giorno tutti i giorni diminuisce con il crescere della scolarità della madre.

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

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale e dell'igiene del cavo orale. Il 91% dei bambini della nostra ASL ha dichiarato di essersi lavato i denti la sera precedente l'indagine. A livello nazionale questo dato è risultato pari all'83%. Nella nostra ASL i genitori hanno riportato che il 27,8% dei bambini lava i denti non più di una volta al giorno; dato nazionale 31%.

I cambiamenti salutarî adottati in famiglia

Nel questionario rivolto ai genitori, al fine di approfondire la propensione alla prevenzione, nel 2016 sono state introdotte domande relative all'uso abituale di comportamenti salutarî adottati in famiglia legati all'alimentazione e all'igiene orale.

Nella nostra Asl i comportamenti salutarî piú frequentemente adottati sono risultati: aumentare il consumo di verdura e ortaggi (72%), ridurre il consumo di alimenti già pronti o in scatola (60,3%), inserire la frutta come spuntino (53,8%), limitare il consumo di snack salati (52,4%), ridurre il sale nella preparazione dei pasti (51,1%).

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
[§] hanno assunto la colazione al mattino dell'indagine**	93,4	87,9	91,4	90,1	94,4	94,7	93	91,3
hanno assunto una colazione adeguata il mattino dell'indagine	55,4	55,6	58,7	58,0	55,3	51,8	58	55,7
hanno assunto una merenda adeguata a metà mattina	4,8	11,4	52,7	64,8	33,2	28,7	52	41,2
assumono 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliera	2,6	11,7	10,9	11,6	13,6	10,4	9	5,7
assumono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno	41,6	46,3	36,0	37,5	28,9	24,4	24	25,4

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

Conclusioni

Nella nostra ASL con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Solo 1 bambino su 10 assume le 5 porzioni di frutta e/o verdura giornaliere raccomandate, meno di 1 bambino su 3 ha assunto una merenda adeguata a metà mattina, nel contempo si osserva una diminuzione dell'assunzione di bibite zuccherate e/o gassate. Queste abitudini possono essere migliorate grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

L'attività fisica

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo poiché è in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

Quanti bambini sono fisicamente non attivi?

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

Bambini fisicamente non attivi[#] (%) – ASL CN2 - OKkio 2019

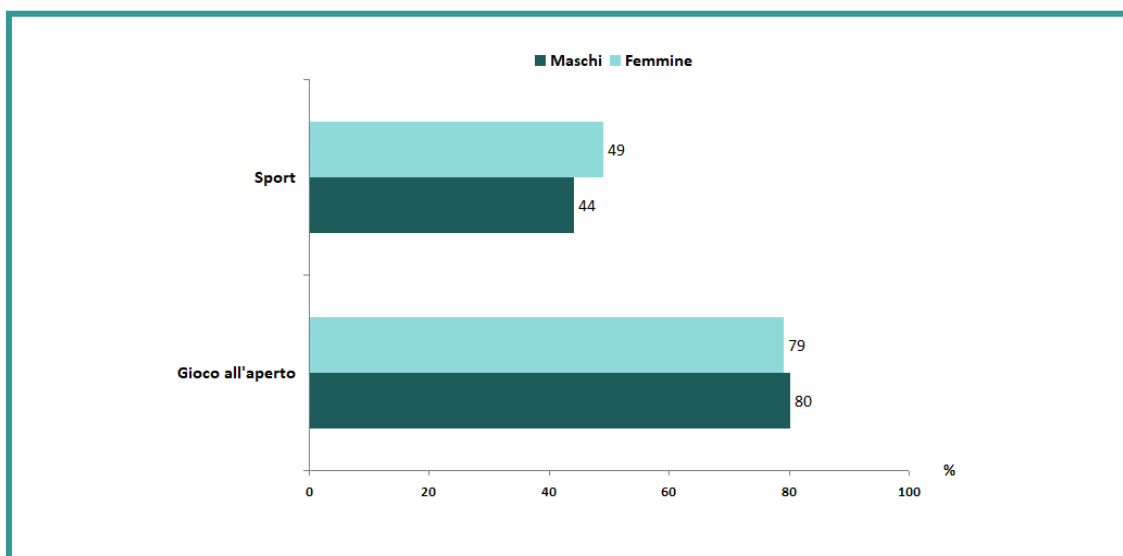
CARATTERISTICHE	NON ATTIVI
Sesso	
Maschi	10%
Femmine	6,7%
Zona abitativa	
<10.000 abitanti	6,8%
10.000-50.000	11%
>50.000	-
metropolitana/perimetropolitana	-

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

- Nel nostro studio l'8% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.
- Il 21% ha partecipato ad un'attività motoria curriculare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curriculare).
- Nel nostro studio il 10% dei bambini e il 6,7% delle bambine risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine.

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

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

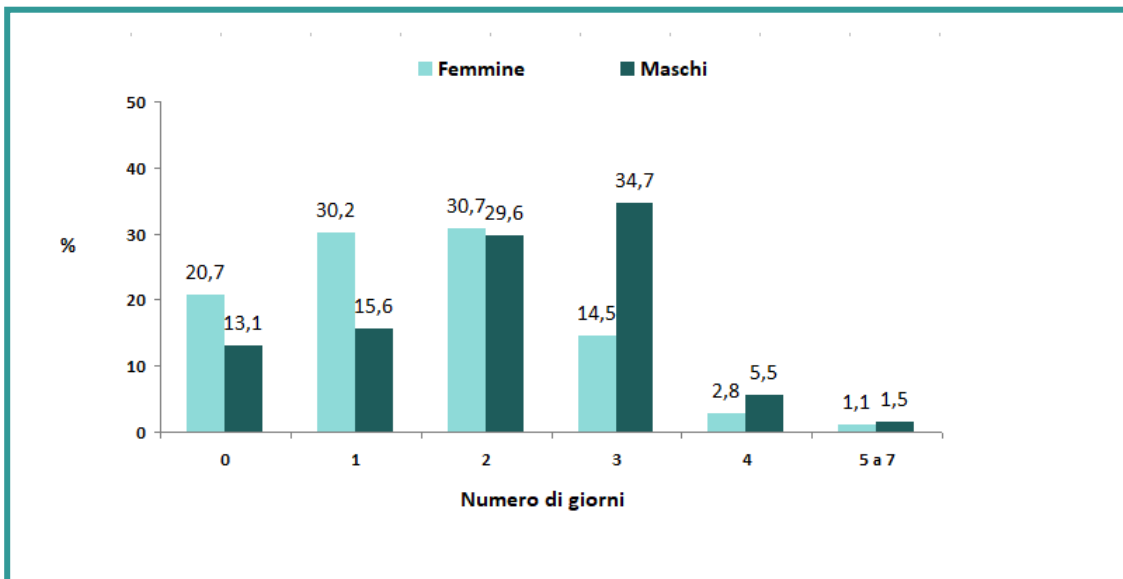


Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni (%)

- Più del 79% del totale dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine.
- I maschi giocano all'aperto leggermente più delle femmine.
- Più del 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Il giorno precedente all'indagine i maschi hanno svolto meno attività sportiva delle femmine.

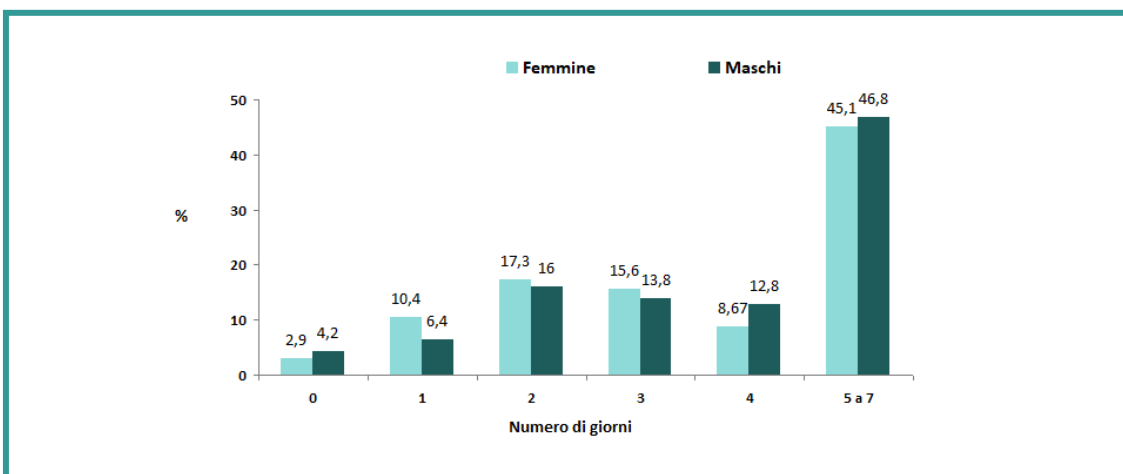
Secondo i genitori, durante la settimana quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora?

Per stimare l'attività fisica dei bambini si utilizza l'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico. Nel questionario 2019 è stato inoltre richiesto ai genitori di riportare, secondo le indicazioni dell'OMS, il totale delle ore a settimana che i bambini dedicano a queste attività.



Giorni di attività sportiva strutturata per almeno un'ora durante la settimana (%)

- Secondo i genitori, nella nostra ASL, il 30% dei bambini fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, circa il 17% neanche un giorno e solo l'1% da 5 a 7 giorni.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività sportiva strutturata da parte dei bambini.



Giorni di giochi di movimento per almeno un'ora durante la settimana (%)

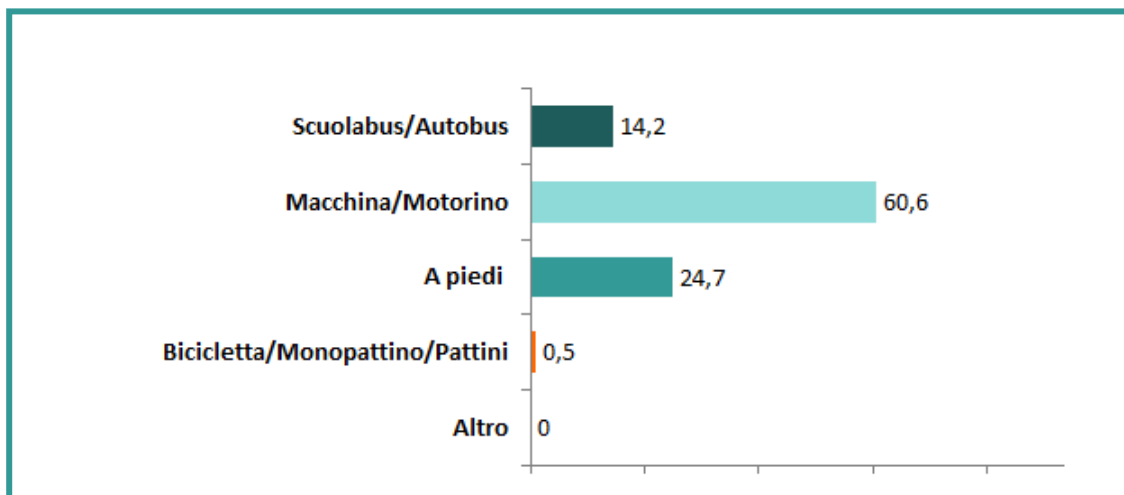
- Per quanto riguarda il tempo dedicato ai giochi di movimento, nella nostra ASL, più del 16% dei bambini fa almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 3% neanche un giorno e il 45% da 5 a 7 giorni.

- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di giochi di movimento da parte dei bambini.
- Più dell'8% dei bambini non ha svolto attività motoria a scuola, attività sportiva strutturata o giochi di movimento il giorno precedente l'indagine.

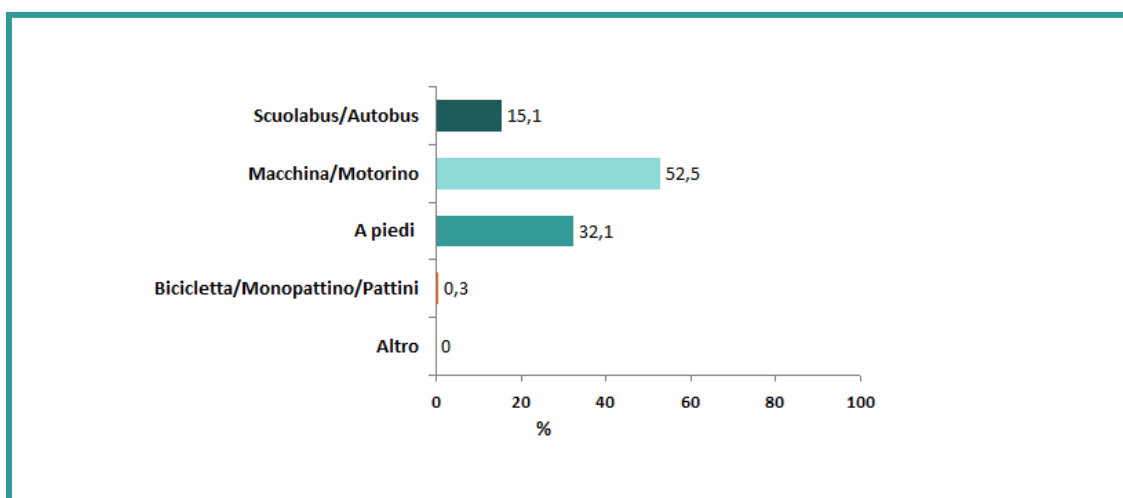
Come si recano a scuola i bambini (percorso casa scuola e viceversa)?

Un altro modo per rendere fisicamente attivi i bambini è far loro percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza del loro domicilio dalla scuola. Nel 2019 i bambini hanno risposto a questa domanda riferendosi al giorno in cui si è svolta la rilevazione; a completamento di questa informazione, come accade nel COSI, ai genitori è stato chiesto come solitamente i bambini si recano/tornano da scuola.

- Il 27,5% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del PNP); invece, il 71,3% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non si rilevano differenze degne di nota per sesso e fra le diverse tipologie di zona abitativa.



Percorso casa-scuola (%) riferito dai genitori



Percorso scuola-casa (%) riferito dai genitori

Secondo i genitori, nel tragitto casa-scuola il 25 % dei bambini si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini; invece il 75% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. Per il ritorno il 68% dei bambini ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato e il 32% è tornato a piedi/bicicletta/monopattino.

Quali sono i motivi per i quali i bambini non si recano a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini?

Capire quali possono essere i motivi che impediscono alle loro famiglie di portare i bambini a scuola (e viceversa) a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini è fondamentale per poter intervenire con politiche/azioni ad hoc così come la realizzazione di infrastrutture (piste ciclabili, pedonali, percorsi liberi dal traffico, ecc.).

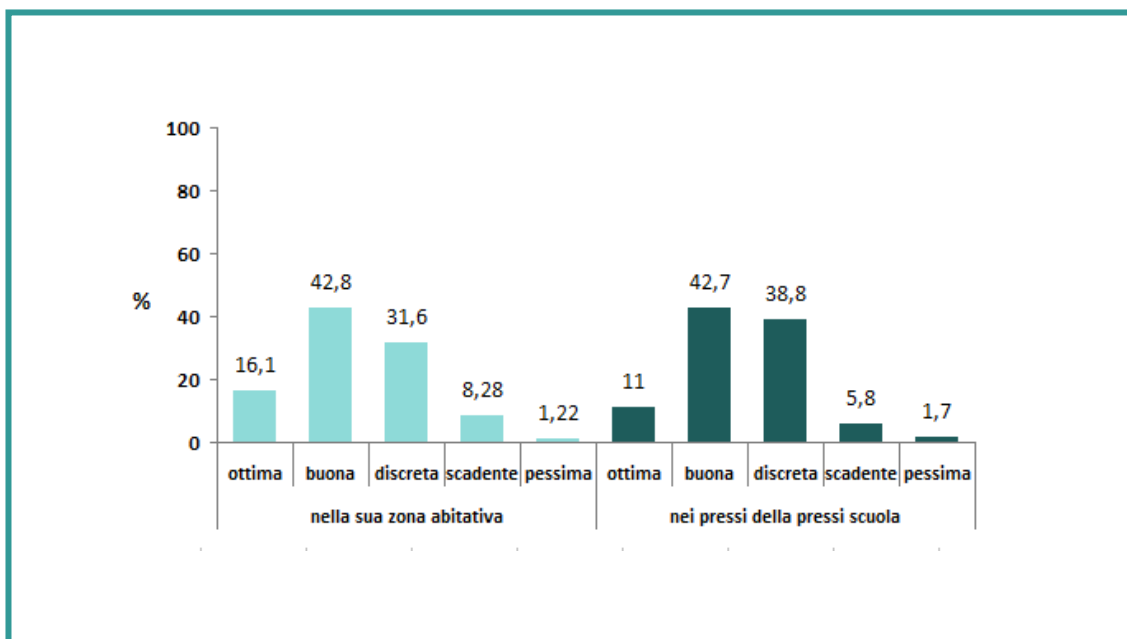
Motivi che impediscono di recarsi a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (%)ASL CN2- OKkio 2019

MOTIVI	%
Strada non sicura	17,9
Distanza eccessiva	56,1
Il bambino si muove già abbastanza durante la giornata	1,5
Mancanza di tempo	32,1

Nella nostra ASL, la maggior parte dei genitori (56,1%) indica come motivo principale la distanza eccessiva tra l'abitazione e la scuola.

Come viene percepita la qualità dell'aria dai genitori?

Nel questionario rivolto al genitore adottato nel 2019, su richiesta del Comitato Tecnico di OKkio alla SALUTE e di un gruppo di ricerca dell'ISS che da anni si occupa di temi di salute connessi all'ambiente, sono state inserite due domande sulla percezione della qualità dell'aria nei pressi dell'abitazione e della scuola frequentata dai propri figli.



Percezione della qualità dell'aria (%)

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
[§] Bambini definiti fisicamente non attivi** (indicatore del PNP)	25,4	13	9,6	9,8	6,7	8,4	14	20,3
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	61,2	73,5	75,2	77,4	84,9	79,5	71	61,4
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	35	43,3	52,7	54,3	52,6	46,7	46	43,7
Bambini che si recano a scuola a piedi e/o bicicletta	20	20	31	29	14,3	27,5	31	26,4

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

Conclusioni

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della nostra ASL fanno poca attività fisica. Si stima che l'8% risulta fisicamente inattivo, maggiormente i maschi rispetto alle femmine. Il livello raccomandato di attività fisica moderata o intensa in questa fascia d'età è di almeno 1 ora al giorno, purtroppo nella nostra ASL solo il 45% dei bambini svolge giochi di movimento per almeno un'ora oltre 5 giorni a settimana.

Rispetto alla precedente rilevazione il dato dei bambini con un adeguato livello di attività fisica è sovrapponibile, si osserva invece un lieve incremento dei fisicamente inattivi.

Sarebbe opportuno che le scuole e le famiglie collaborassero alla realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

Le attività sedentarie

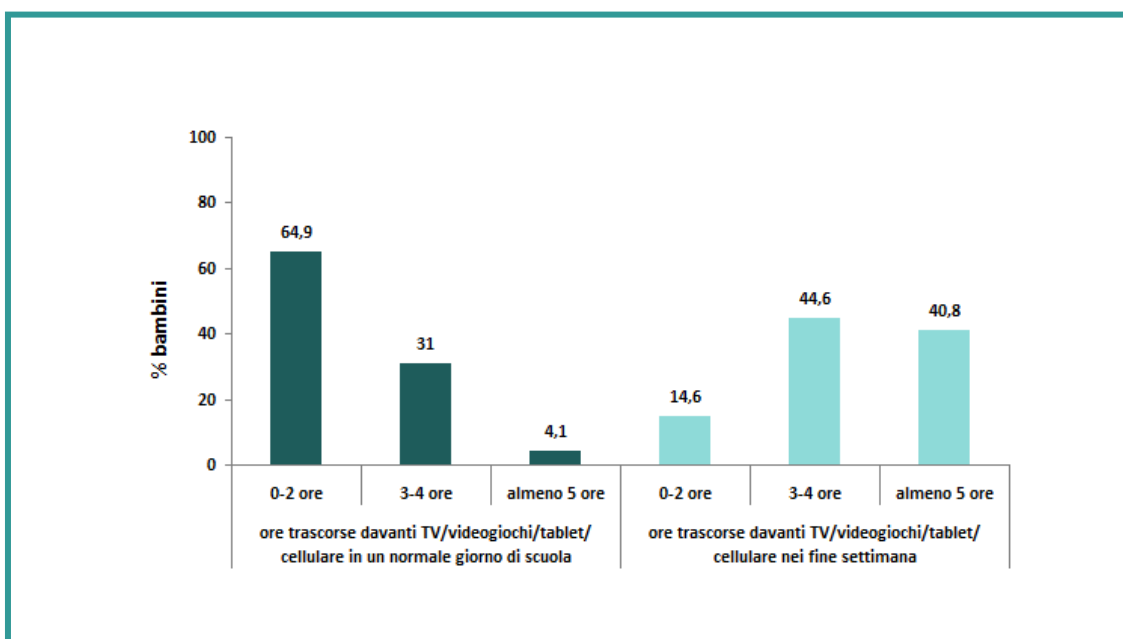
La crescente disponibilità di televisori, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse in attività sedentarie. Pur costituendo un'opportunità di divertimento e talvolta di sviluppo del bambino, il tempo trascorso davanti alla televisione e/o altri dispositivi elettronici si associa all'assunzione di cibi fuori pasto che può contribuire al sovrappeso/obesità. Inoltre, il tempo trascorso in queste attività statiche sottrae spazio al movimento e al gioco libero e può essere uno dei fattori che contribuisce all'aumento del peso.

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

Si raccomanda un limite di esposizione complessivo alla televisione/videogiochi/tablet/cellulare per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane; mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

Nei questionari 2019 rivolti ai genitori è stata modificata la modalità con cui viene rilevato il tempo speso guardando la TV o davanti ad un dispositivo elettronico; al genitore è stato infatti richiesto di indicare il numero preciso di ore e minuti che il proprio figlio trascorre in attività davanti a uno schermo durante un normale giorno di scuola e nel fine settimana.

I seguenti dati mostrano la somma del numero di ore che i bambini trascorrono a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare in un normale giorno di scuola e nel fine settimana, secondo quanto dichiarato dai genitori.



Ore trascorse a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare (%)

- Nella nostra ASL, in particolare nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 65% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 31% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 4 % per almeno 5 ore. Valori più alti si riscontrano nel fine settimana con una percentuale di bambini esposti per almeno 5 ore superiore al 40%.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV o videogiochi/tablet/cellulare nei giorni di scuola è simile tra i due sessi, e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.
- Complessivamente il 26,4% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione a più di 2 ore di TV al giorno è leggermente più alta tra i bambini che hanno una TV in camera (13% versus 10%).
- Considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che la percentuale di bambini che trascorre più di 2 ore davanti alla TV è pari al 11%, mentre quella relativa l'utilizzo di videogiochi/tablet/cellulare è 4%.

*p < 0,05

Complessivamente, quanto spesso i bambini guardano la televisione o giocano con i videogiochi/tablet/cellulare durante il giorno? _____

Nella nostra ASL il 36% dei bambini ha guardato la TV o ha utilizzato videogiochi/tablet/cellulare la mattina prima di andare a scuola, il 63,4% il pomeriggio del giorno precedente e il 76,8% la sera.

Solo il 11% dei bambini non ha guardato la TV o utilizzato i videogiochi/tablet/cellulare nelle 24 ore antecedenti l'indagine, mentre il 25,1% lo ha fatto in un periodo della giornata, il 40,4% in due periodi e il 23,5% ne ha fatto uso durante la mattina, il pomeriggio e la sera.

L'utilizzo di TV e/o videogiochi/tablet/cellulare in almeno 3 momenti della giornata è più frequente tra i maschi (29,5% versus 16,9 %)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre.

*p < 0,05

Per un confronto

	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
Bambini che trascorrono al televisore o ai videogiochi/tablet/ cellulare più di 2 ore al giorno (durante un normale giorno di scuola)	36	27	27	30	29	34	36	44,5
Bambini con televisore in camera	33	32	28	33	31	26	38	43,5

Conclusioni

Nella nostra ASL i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi.

Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che il 26% dei bambini dispone di un televisore in camera propria. Si osserva che circa il 65% dei bambini di fatto ottemperano alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi/tablet/cellulare (fino a 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare) nei giorni di scuola, mentre soltanto il 15% lo fa nella fine settimana.

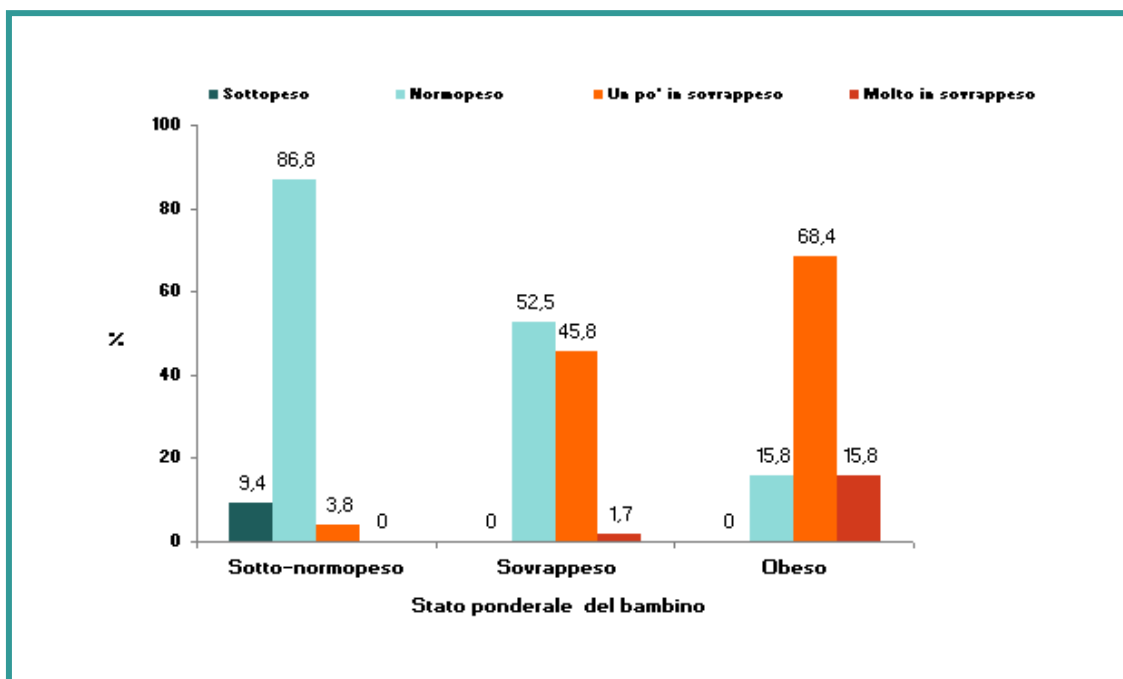
Rispetto alle precedenti rilevazioni non emergono differenze salienti.

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

La cognizione che comportamenti alimentari inadeguati e stili di vita sedentari siano causa del sovrappeso/obesità tarda a diffondersi nella collettività. A questo fenomeno si aggiunge la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso/obesità del proprio figlio e del fatto che il bambino mangi troppo o si muova poco.

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

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



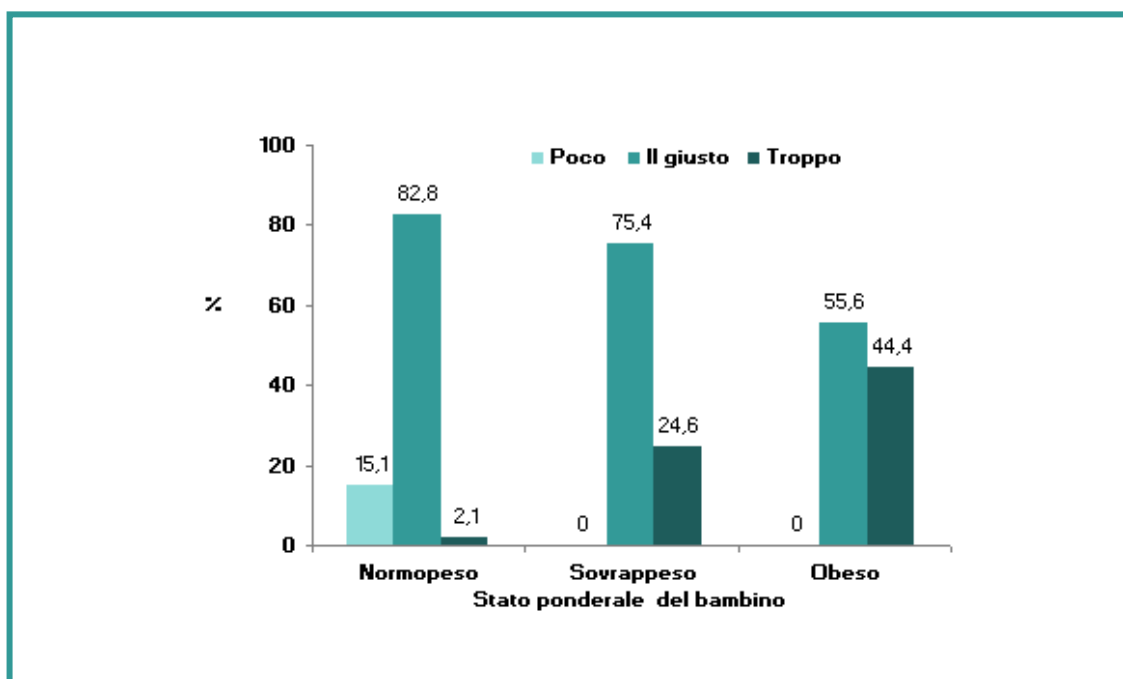
La percezione materna dello stato ponderale dei figli (%)

- Nella nostra ASL ben il 52,5% delle madri di bambini sovrappeso e il 16% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso.
- Nelle famiglie con bambini obesi la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.
- Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto meno accurata quanto minore è la scolarità della madre*.
- Per i bambini obesi, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre.

* $p < 0,05$

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

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

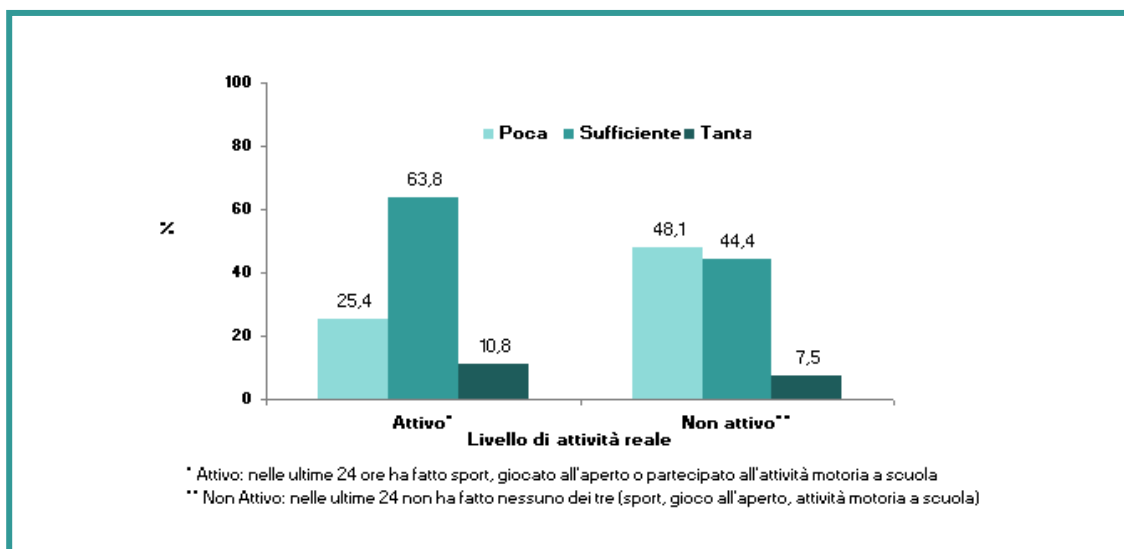


La percezione materna della quantità di cibo assunta dai figli (%)

- Solo il 24,6% delle madri di bambini sovrappeso e il 44,4% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo.
- Considerando i bambini in sovrappeso e obesi insieme, la percezione è tanto più accurata maggiore è il livello scolastico della madre. Non è stata constatata una sostanziale differenza per sesso dei bambini.

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

Anche se l'attività fisica è difficile da misurare, un genitore che ritenga che il proprio bambino sia attivo, mentre in realtà non si impegna in nessuno sport o gioco all'aperto e non ha partecipato a un'attività motoria scolastica nel giorno precedente, ha quasi certamente una percezione sbagliata del livello di attività fisica del proprio figlio. A livello nazionale e internazionale viene raccomandato che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora.



La percezione materna dell'attività fisica praticata dai figli (%)

- All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 44,4% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e il 7,5% molta attività fisica.
- Limitatamente ai non attivi si osserva una maggior percezione sullo scarso livello di attività fisica da parte delle madri delle femmine rispetto alle madri dei maschi.

Per un confronto

MADRI CHE PERCEPISCONO	Valori aziendali (%)						VALORE REGIONALE	VALORE NAZIONALE
	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2019 (%)	2019 (%)
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è sovrappeso	61,2	50,9	64,3	55,4	55,6	47,5	52	46,9
in modo adeguato* lo stato ponderale del proprio figlio, quando questo è obeso	97,4	89,4	100	100	76,9	84,2	92	86,0
l'assunzione di cibo del proprio figlio come "poco o giusto", quando questo è sovrappeso o obeso	66,7	71,7	63,3	73	68,3	70,9	66	69,9
l'attività fisica del proprio figlio come scarsa, quando questo risulta inattivo	43,3	31,4	36,4	37,1	38,1	48,1	36	46,9

* Adeguato = un po' in sovrappeso/molto in sovrappeso

Gli incidenti domestici

OKkio alla SALUTE permette di indagare anche il fenomeno degli incidenti domestici e l'attenzione che viene data da parte degli operatori sanitari.

È stato chiesto ai genitori se avessero mai ricevuto informazioni da parte delle istituzioni sanitarie sulla prevenzione degli incidenti domestici. A livello nazionale, il 85% dei rispondenti ha dichiarato di non aver mai ricevuto alcuna informazione; nella nostra ASL tale valore è risultato pari al 78,5%.

Alla domanda se si fossero mai rivolti al personale sanitario a causa di incidenti domestici di cui è stato vittima il bambino, a livello nazionale si sono registrate le seguenti risposte: 9% sì, al pediatra/altro medico; 20% sì, al pronto soccorso; 8% sì, ad entrambi. Nella nostra ASL le percentuali di risposta sono state rispettivamente: 4,6%, 20,2%, 11,6%.

Conclusioni

Nella nostra ASL è molto diffusa nelle madri di bambini con sovrappeso/obesità una sottostima dello stato ponderale del proprio figlio. Più del 43% delle madri di bambini con eccesso ponderale li ritiene normopeso. Inoltre molti genitori, in particolare di bambini sovrappeso/obesi, non valutano correttamente la quantità di cibo assunta dai propri figli (il 75% delle madri di bambini sovrappeso e quasi il 55% delle madri di bambini obesi ritiene che mangino il giusto). La situazione è simile per la percezione delle madri del livello di attività fisica dei propri figli, il 44% delle madri di bambini inattivi ritiene che l'attività fisica svolta dai figli sia sufficiente.

Rispetto all'indagine precedente si rileva un miglioramento del dato relativo alla percezione delle madri dello stato ponderale del figlio quando questo è obeso. Si rileva, inoltre, un aumento della dispercezione relativa all'assunzione di cibo, indicata come "poco o giusto", quando il figlio presenta un eccesso ponderale. Migliora del 10%, invece, la percezione del livello di scarsa attività fisica quando i figli sono inattivi (38,1% nel 2016 contro 48,1% attuali) .

L'ambiente scolastico e il suo ruolo nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica

La scuola gioca un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato ponderale dei bambini, sia creando condizioni favorevoli per una corretta alimentazione e per lo svolgimento dell'attività motoria strutturata, che promuovendo abitudini alimentari adeguate.

La scuola rappresenta, inoltre, l'ambiente ideale per creare occasioni di comunicazione con le famiglie con un loro maggior coinvolgimento nelle iniziative di promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica dei bambini.

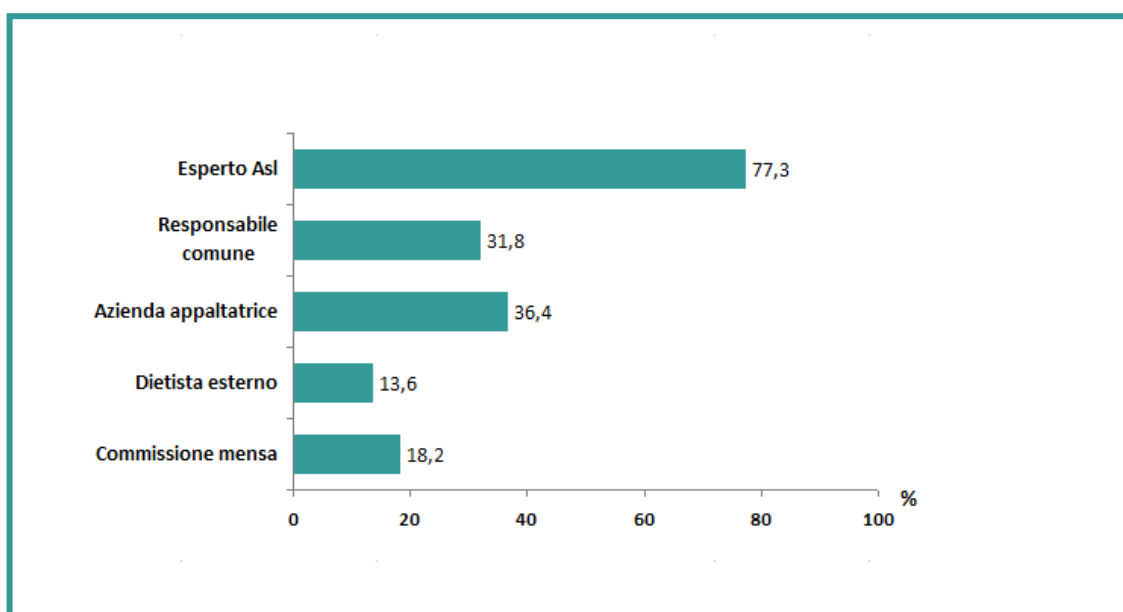
La partecipazione della scuola all'alimentazione dei bambini

Quante scuole sono dotate di mensa e quali sono le loro modalità di funzionamento?

Le mense possono avere una ricaduta diretta nell'offrire ai bambini dei pasti qualitativamente e quantitativamente equilibrati che favoriscono un'alimentazione adeguata e contribuiscono alla prevenzione del sovrappeso/obesità.

Nella nostra ASL il 100% delle scuole campionate ha una mensa scolastica funzionante.

Nelle scuole dotate di una mensa, il 45,5% di esse sono aperte almeno 5 giorni la settimana.



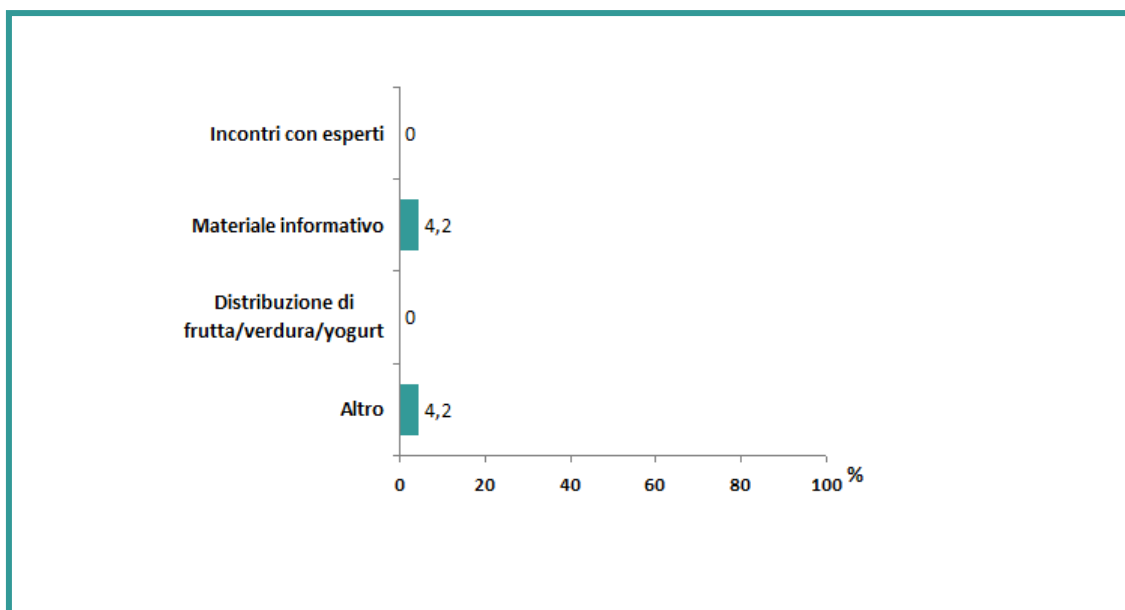
Predisposizione del menù scolastico (%)

- La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito da un'azienda appaltatrice e dal responsabile comunale.
- Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici più del 95% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini.

È prevista la distribuzione di alimenti all'interno della scuola? _____

Negli ultimi anni sempre più scuole hanno avviato distribuzioni di alimenti allo scopo di integrare e migliorare l'alimentazione degli alunni.

- Nella nostra ASL, le **scuole** che distribuiscono ai bambini frutta o latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 19%.
- In tali **scuole**, la distribuzione si effettua in tutti i casi a metà mattina (100%).
- Durante l'anno scolastico il 62,5% delle **classi** ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.



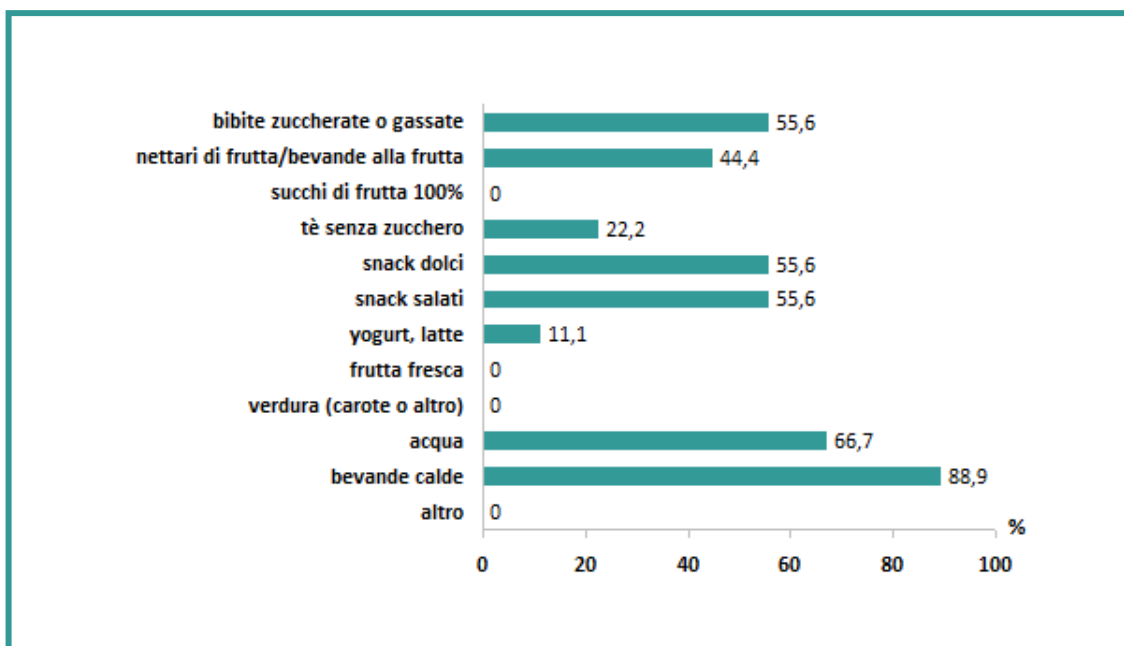
Promozione del consumo di alimenti sani con Enti e associazioni (%)

- Il 4% delle **classi** ha ricevuto materiale informativo.
- Nessuna delle **classi** ha organizzato incontri con esperti esterni.

Sono segnalati dei distributori automatici?

Lo sviluppo di comportamenti non salutari nei bambini può essere favorito dalla presenza nelle scuole di distributori automatici di merendine o bevande zuccherate di libero accesso agli alunni.

- I distributori automatici di alimenti per adulti sono presenti nel 41% delle scuole.
- All'interno del gruppo di scuole con distributori automatici, il 44,4% mette a disposizione nettari/bevande alla frutta, l'11,1% yogurt o latte, nessuna succhi di frutta 100% o frutta fresca.



Alimenti presenti nei distributori automatici (%)

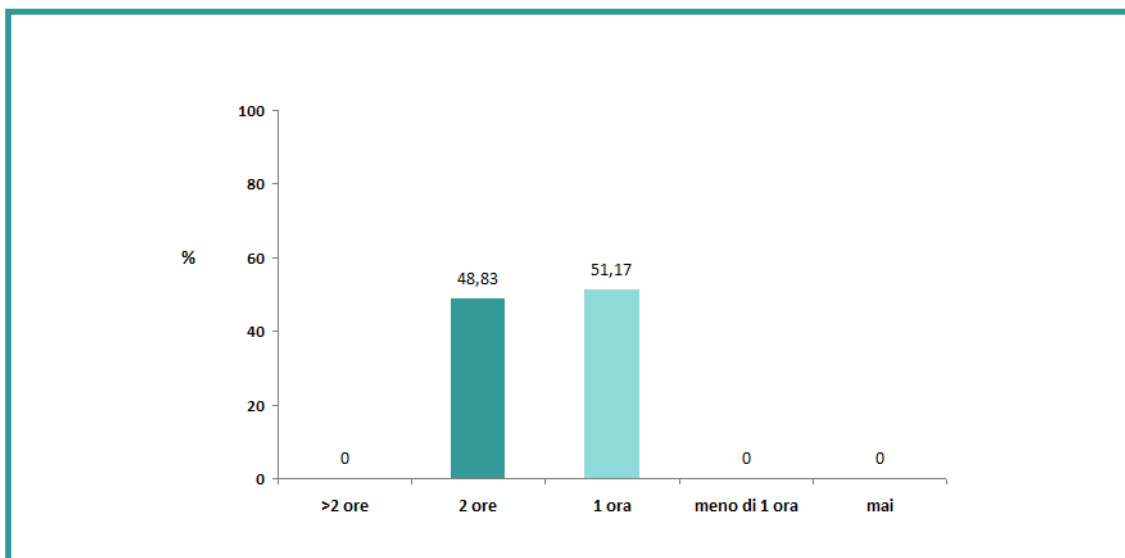
Nella nostra ASL gli alimenti maggiormente frequenti nei distributori automatici sono le bevande calde (88,9%), l'acqua (66,7%), gli snack dolci e salati (55,6%) e le bevande zuccherate o gasate (55,6%).

La partecipazione della scuola all'educazione fisica dei bambini

Quante classi riescono a far fare ai propri alunni 2 ore di educazione fisica a settimana?

Nelle "Indicazioni per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione" del MIUR, pubblicate nel Settembre 2012, si sottolinea l'importanza dell'attività motoria e sportiva per il benessere fisico e psichico del bambino.

Nel questionario destinato alla scuola viene chiesto quante classi, e con quale frequenza, svolgono educazione fisica all'interno dell'orario scolastico.



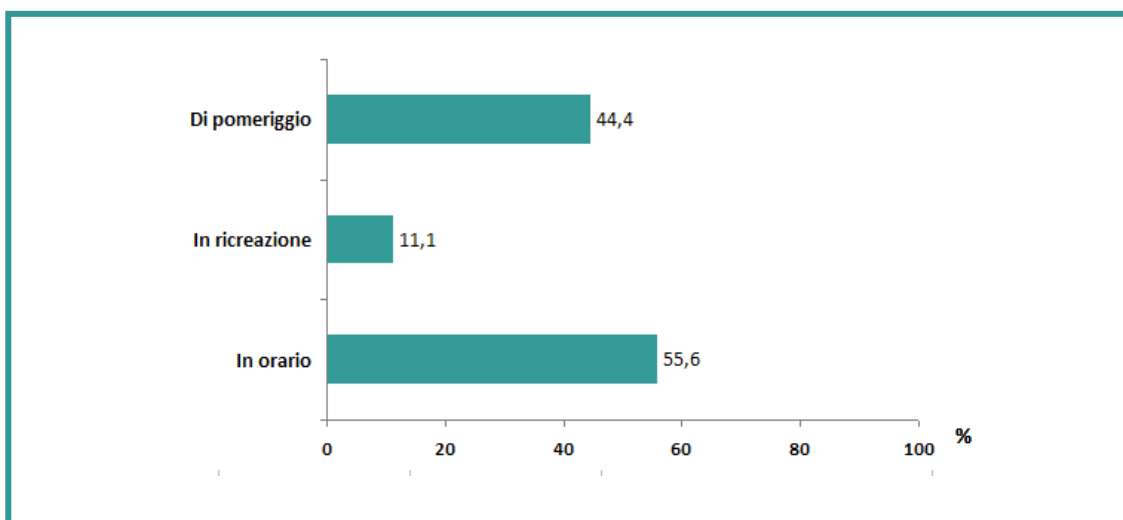
Distribuzione percentuale delle classi per numero di ore a settimana di attività motoria (%)

- Complessivamente, nel 48,8% delle classi delle nostre scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre non si osservano classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

Le scuole offrono l'opportunità di praticare attività fisica oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica? _____

L'opportunità offerta dalla scuola di fare attività fisica extra-curricolare potrebbe avere un effetto benefico, oltre che sulla salute dei bambini, anche sulla loro abitudine a privilegiare l'attività motoria.

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno dell'edificio scolastico occasioni di attività fisica sono il 41%.



Momento dell'offerta di attività motoria extracurricolare (%)

- Laddove offerta, l'attività fisica viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico (55,6%), nel pomeriggio (44,4%) e in ricreazione (11,1%).
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (66,7%), nel giardino (22,2%), in piscina (44,4%), in altra struttura sportiva (22,2%).

Il miglioramento delle attività curricolari a favore dell'alimentazione e dell'attività motoria dei bambini

Quante scuole prevedono nel loro curriculum l'educazione alimentare? _____

In molte scuole del Paese sono in atto iniziative di miglioramento del curriculum formativo scolastico a favore della sana alimentazione dei bambini

- L'educazione alimentare è prevista nell'attività curricolare del 72,7% delle scuole campionate nella nostra ASL.

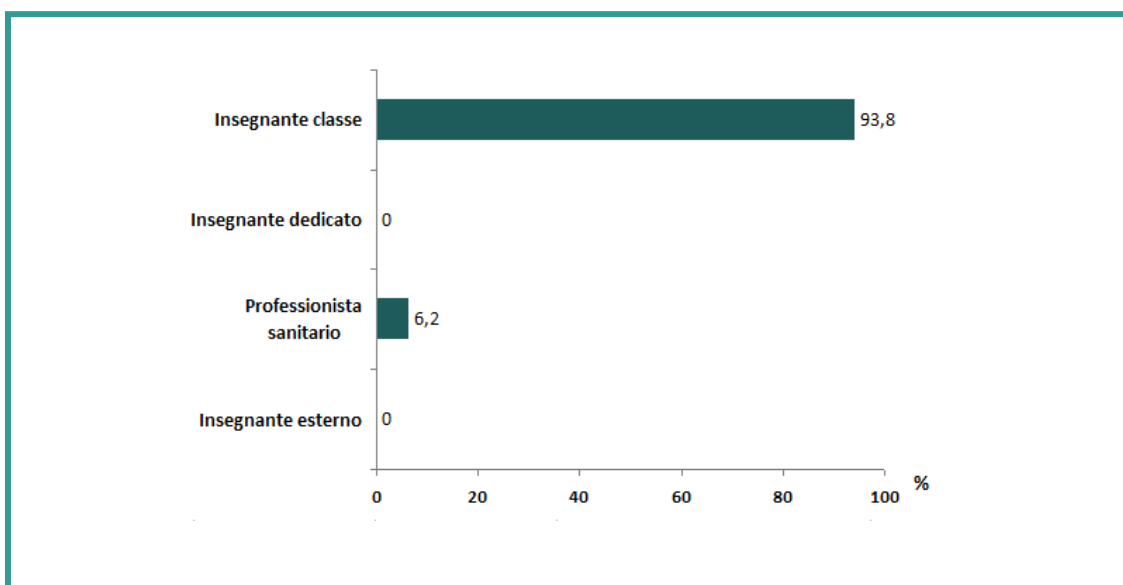


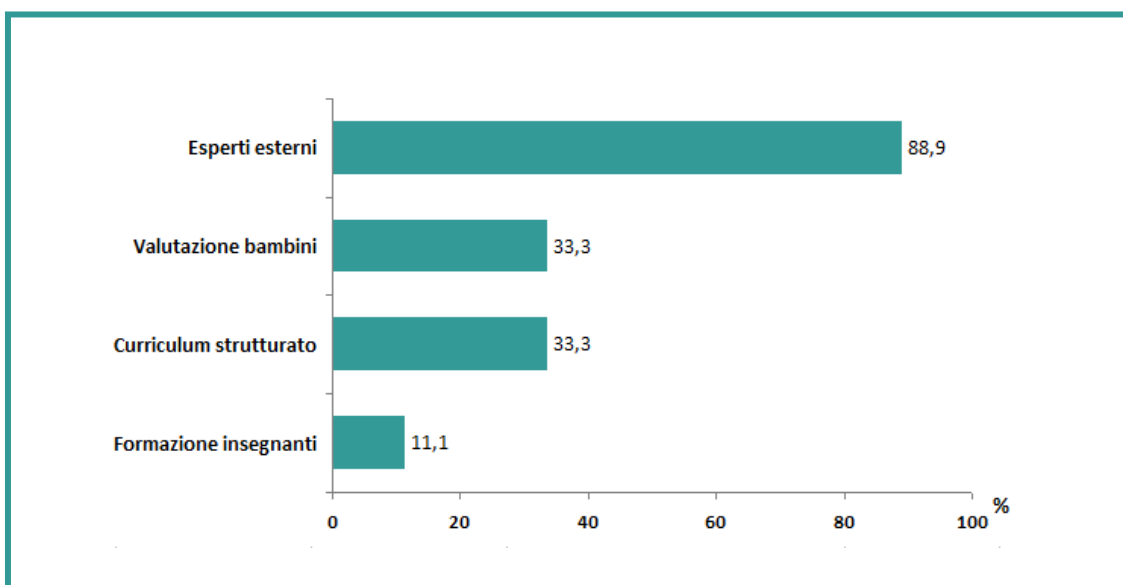
Figure professionali coinvolte nell'attività curriculare nutrizionale (%)

- In tali scuole, la figura più frequentemente coinvolta è l'insegnante di classe (93,8%). Molto meno comune è il coinvolgimento di altri insegnanti o della ASL.

Quante scuole prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria?

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha avviato iniziative per il miglioramento della qualità dell'attività motoria svolta nelle scuole primarie; è interessante capire in che misura la scuola è riuscita a recepire tale iniziativa.

- Nel nostro campione, l'81,8% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività.



Iniziative delle scuole a favore dell'attività fisica (%)

- In tali attività, viene frequentemente coinvolto un esperto esterno (88,9%); nel 33,3% dei casi è stata effettuata la valutazione delle abilità motorie dei bambini, nel 33,3% lo sviluppo di un curriculum strutturato e nel 11,1% la formazione degli insegnanti.

Quante scuole hanno aderito o realizzato iniziative sul consumo di sale?

A livello nazionale, il 5,3% delle scuole ha aderito ad iniziative di comunicazione per la riduzione del consumo di sale e/o per la promozione del sale iodato. Nella nostra ASL tale valore è pari allo 0%.

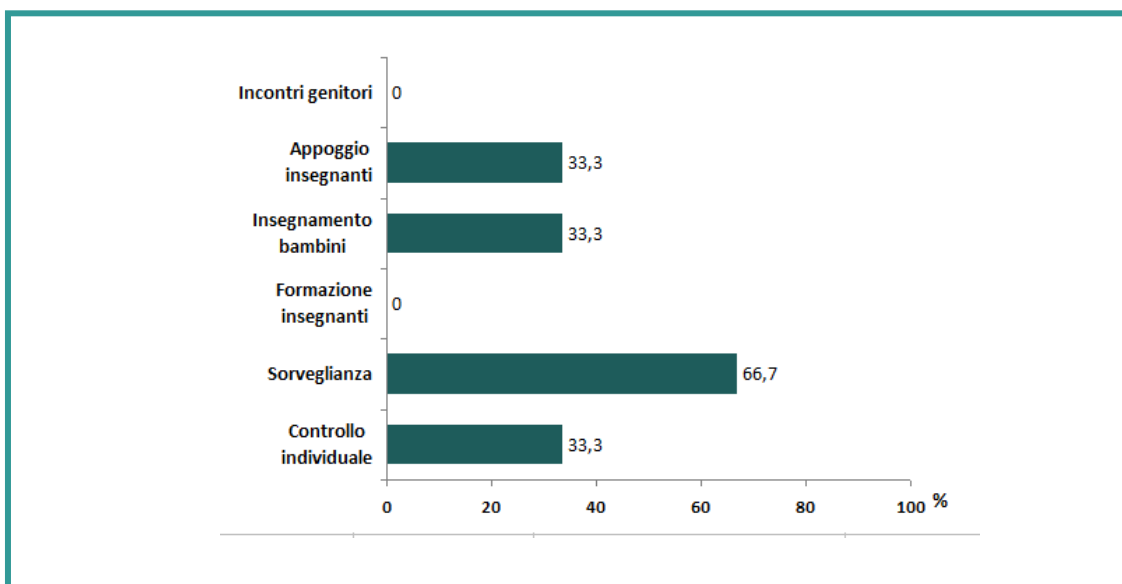
Le attività di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica dei bambini

Nella scuola sono attive iniziative finalizzate alla promozione di stili di vita salutari realizzate in collaborazione con Enti o Associazioni? _____

Nella scuola sono in atto numerose iniziative finalizzate a promuovere sane abitudini alimentari e attività motoria in collaborazione con enti, istituzioni e ASL.

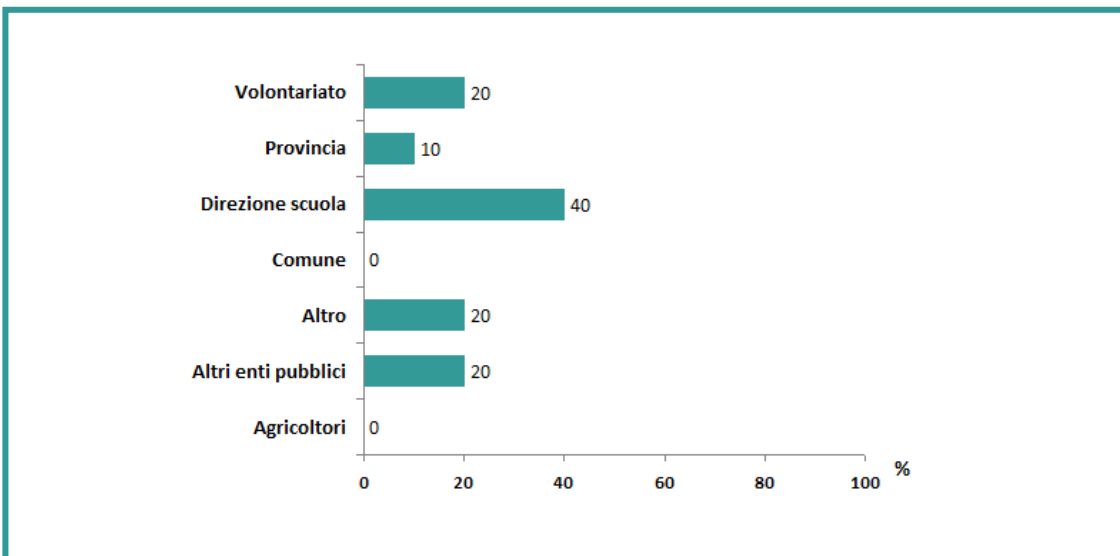
- I Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato e sono coinvolti nella realizzazione di programmi di educazione alimentare nel 13,6% delle scuole e nella promozione dell'attività fisica in nessuna delle scuole.

Iniziative con le ASL (%)



- Tale collaborazione si realizza più frequentemente attraverso la sorveglianza, l'appoggio tecnico agli insegnanti, l'insegnamento diretto agli alunni e il controllo individuale.

Iniziative promozione alimentare (%)



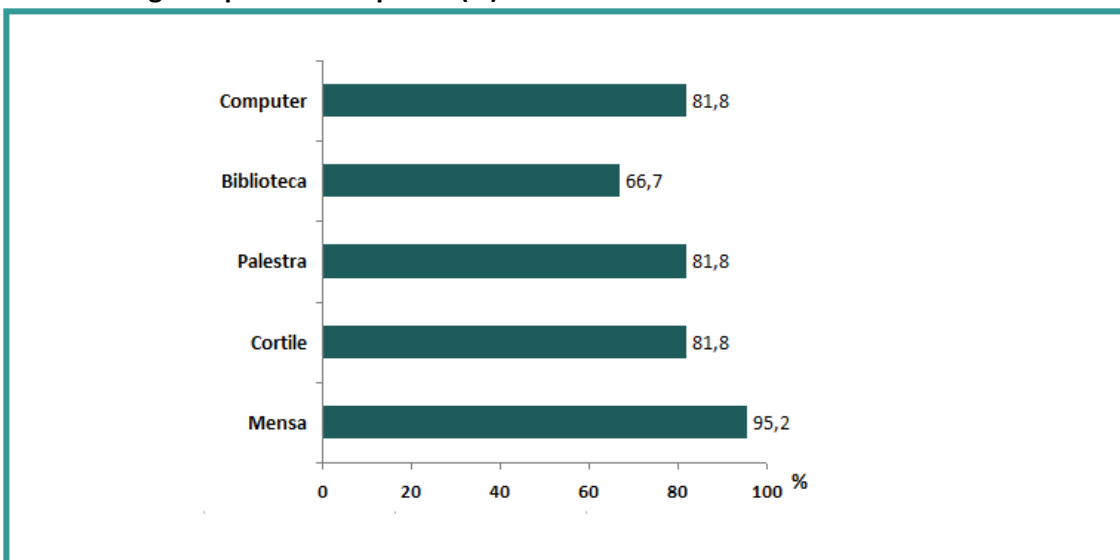
- Oltre l'ASL, gli enti e le associazioni che hanno prevalentemente organizzato iniziative di promozione alimentare nelle scuole sono la direzione scolastica/insegnanti, le associazioni di volontariato, altri enti pubblici e la Provincia.

Risorse a disposizione della scuola

Nella scuola o nelle sue vicinanze sono presenti strutture utilizzabili dagli alunni?

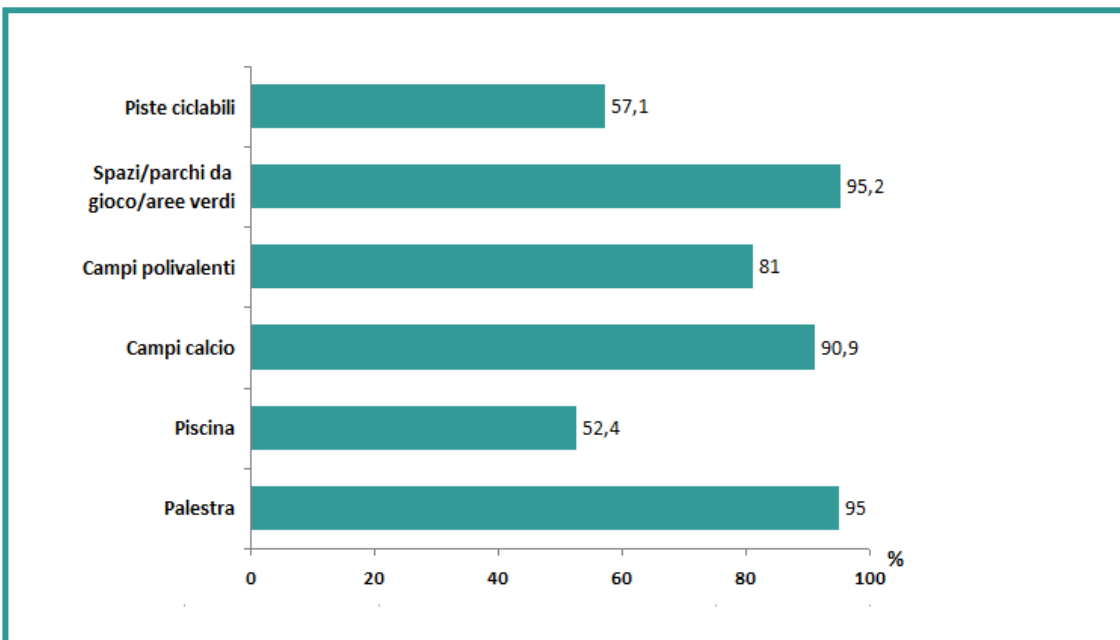
Per poter svolgere un ruolo nella promozione della salute dei bambini, la scuola necessita di risorse adeguate nel proprio plesso e nel territorio.

Risorse adeguate presenti nel plesso (%)



- Secondo i dirigenti scolastici, il 95% delle scuole possiede una mensa adeguata, l'82% una palestra, un cortile e dei computer adeguati, il 67% una biblioteca adeguata.

Risorse presenti nel plesso o nelle vicinanze (%)



- Il 95% delle scuole ha la palestra nelle vicinanze o all'interno della propria struttura.
- Sono presenti nelle vicinanze dell'edificio scolastico spazi aperti/parchi da gioco/aree verdi (95%), i campi da calcio (91%) le piste ciclabili (57%) e le piscine (52%).

La scuola e il divieto di fumo negli spazi aperti

La legge n°128 del Dicembre 2013, che disciplina la *“Tutela della salute nelle scuole”*, estende il divieto di fumo nelle scuole anche nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni.

- Nella nostra ASL, il 90,9% dei dirigenti scolastici dichiara di non aver avuto *“mai”* difficoltà nell'applicare la legge sul divieto di fumo negli spazi aperti della scuola (rispetto al 76,1% a livello nazionale).

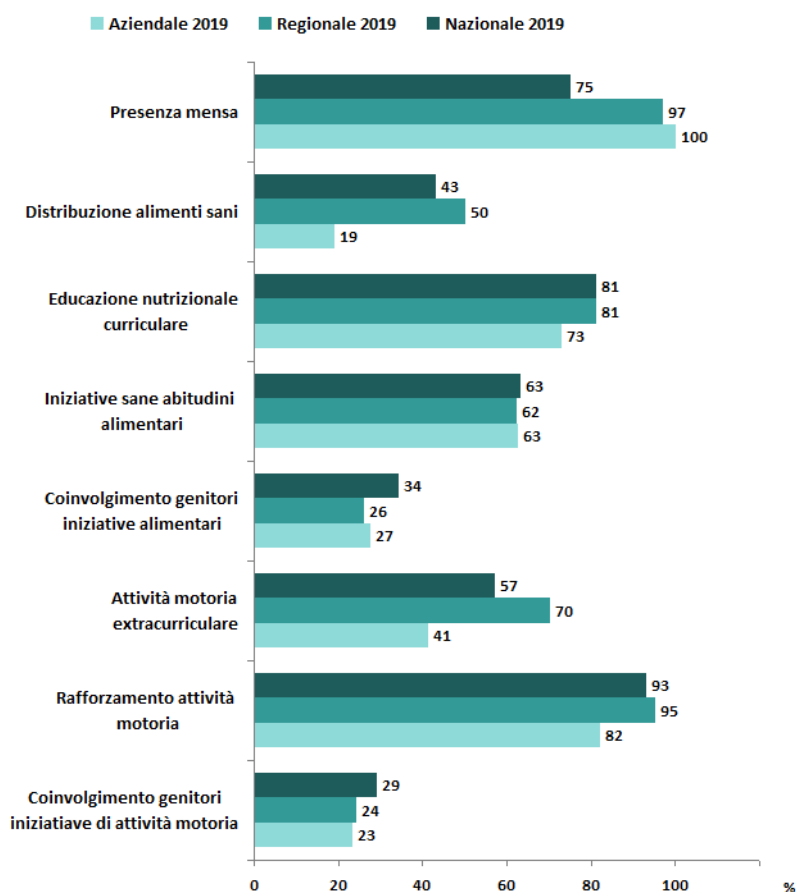
Coinvolgimento delle famiglie

In quante scuole si constata un coinvolgimento attivo dei genitori nelle iniziative di promozione di stili di vita sani? _____

Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia rispettivamente nel 27,3% e nel 22,7% delle scuole campionate.

Per un confronto

Nel grafico di seguito sono riportati i confronti con i dati regionali e nazionali del 2019. Dato il numero esiguo delle scuole campionate a livello aziendale, e di conseguenza intervalli di confidenza generalmente più ampi, è necessaria la massima cautela nell'interpretare e commentare i confronti.



Conclusioni

Gli interventi di prevenzione, per essere efficaci, devono prevedere il coinvolgimento della scuola e della famiglia attraverso programmi integrati, che coinvolgano diversi settori e ambiti sociali, e multi-componenti, che mirino ad aspetti diversi della salute del bambino, quali alimentazione, attività fisica, prevenzione di fattori di rischio legati all'età, con l'obiettivo generale di promuovere l'adozione di stili di vita più sani. I dati raccolti con OKkio alla SALUTE hanno permesso di conoscere meglio l'ambiente scolastico e di gettare le basi per un monitoraggio nel tempo del miglioramento di quelle condizioni che devono permettere alla scuola di svolgere il ruolo di promozione della salute dei bambini e delle loro famiglie.

Rispetto ai valori nazionali si evidenzia una minor percentuale di scuole che prevedono la distribuzione di alimenti sani (19% contro il 43%), la mensa è presente nel 100% delle scuole contro il 75%; l'educazione nutrizionale curriculare viene effettuata in misura minore (73% contro l'81%); è minore il coinvolgimento dei genitori nelle iniziative di promozione alimentare e di attività motoria (rispettivamente il 27% contro il 34% e il 23% contro il 29%); il rafforzamento dell'attività motoria è prevista nel 82% contro il 93% e anche per l'attività motoria extra curriculare il dato è inferiore alla media nazionale (41% contro il 57%).

La maggior parte di questi valori sono in riduzione anche rispetto ai dati dell'indagine precedente condotta nella nostra ASL. Queste evidenze sottolineano l'importanza di proseguire in modo continuativo le attività di prevenzione e promozione della salute in ambito scolastico.

Conclusioni generali

OKkio alla SALUTE ha permesso di raccogliere informazioni creando un'efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute.

La letteratura scientifica, infatti, mostra sempre più chiaramente che gli interventi coronati da successo sono quelli integrati (con la partecipazione di famiglie, scuole, operatori della salute e comunità) e multicomponenti (che promuovono per esempio non solo la sana alimentazione ma anche l'attività fisica e la diminuzione della sedentarietà, la formazione dei genitori, il *counselling* comportamentale e l'educazione nutrizionale) e che hanno durata pluriennale.

A questo proposito, la scuola potrebbe contribuire in modo determinante distribuendo una merenda bilanciata a metà mattina e facendo svolgere almeno due ore di attività motoria settimanale a tutti gli alunni. Ugualmente importante è rendere l'ambiente urbano "a misura di bambino" aumentando i parchi pubblici, le aree pedonali e le piste ciclabili così da incentivare il movimento all'aria aperta.

Un primo passo per la promozione di sani stili di vita è stato avviato a partire dal 2009- 2010. Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni hanno infatti elaborato e distribuito in ogni Regione alcuni materiali di comunicazione e informazione rivolti a specifici target: bambini, genitori, insegnanti e scuole che hanno partecipato a OKkio alla SALUTE.

Sono stati elaborati e distribuiti anche dei poster per gli ambulatori pediatrici realizzati in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria e con la Federazione Italiana dei Medici Pediatri. Tutti i materiali sono stati elaborati nell'ambito di OKkio alla SALUTE in collaborazione con il progetto "PinC - Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute", coordinato sempre dal CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinC.asp).

I risultati della sesta raccolta dati di OKkio alla SALUTE, presentati in questo rapporto, mostrano nella nostra ASL la persistenza di prevalenze di sovrappeso/obesità elevate. I dati raccolti confermano che le abitudini alimentari e gli stili di vita adottati continuano ad essere associati all'incremento di peso dei bambini: scarso consumo di frutta e verdura, insufficiente livello di attività fisica, elevato tempo dedicato ad attività sedentarie, colazione e spuntino inadeguati, importante assunzione di bevande zuccherate e gasate. I genitori non sono sempre consapevoli dello stato ponderale dei propri figli, quando questo è obeso, la percezione risulta lievemente migliorata rispetto alle indagini precedenti.

Per cercare di migliorare la situazione si suggeriscono alcune raccomandazioni dirette ai diversi gruppi di interesse:

Operatori sanitari

Le dimensioni dell'eccesso ponderale nei bambini giustificano da parte degli operatori sanitari un'attenzione costante e regolare che dovrà esprimersi nella raccolta dei dati, nell'interpretazione delle tendenze, nella comunicazione ampia ed efficace dei risultati a tutti i gruppi di interesse e nella proposta/attivazione di interventi integrati tra le figure professionali appartenenti a istituzioni diverse allo scopo di stimolare o rafforzare la propria azione di prevenzione e di promozione della salute.

Inoltre, considerata la scarsa percezione dei genitori dello stato ponderale dei propri figli, gli interventi sanitari proposti dovranno includere anche interventi che prevedano una componente diretta al *counselling* e all'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome) dei genitori stessi.

Operatori scolastici

La scuola ha un ruolo chiave nel promuovere la salute nelle nuove generazioni.

Seguendo la sua missione, la scuola dovrebbe estendere e migliorare le attività di educazione nutrizionale dei bambini.

Per essere efficace tale educazione deve focalizzarsi da una parte sulla valorizzazione del ruolo attivo del bambino, della sua responsabilità personale e sul potenziamento delle *life skills*, dall'altra, sull'acquisizione di conoscenze e del rapporto fra nutrizione e salute individuale, sulla preparazione, conservazione e stoccaggio degli alimenti.

In maniera più diretta gli insegnanti possono incoraggiare i bambini ad assumere abitudini alimentari più adeguate, promuovendo la colazione del mattino che migliora la performance e diminuisce il rischio di fare merende eccessive a metà mattina. A tal proposito i materiali di comunicazione, realizzati attraverso la collaborazione tra mondo della scuola e della salute, possono offrire agli insegnanti spunti e indicazioni per coinvolgere attivamente i bambini.

Sul fronte dell'attività fisica, è necessario che le scuole assicurino almeno 2 ore di attività motoria a settimana e che cerchino di favorire le raccomandazioni internazionali di un'ora al giorno di attività fisica per i bambini.

Genitori

I genitori dovrebbero essere coinvolti attivamente nelle attività di promozione di sani stili di vita.

L'obiettivo è sia favorire l'acquisizione di conoscenze sui fattori di rischio che possono ostacolare la crescita armonica del proprio figlio, come un'eccessiva sedentarietà, la troppa televisione, la poca attività fisica o alcune abitudini alimentari scorrette (non fare la colazione, mangiare poca frutta e verdura, eccedere con le calorie durante la merenda di metà mattina), sia favorire lo sviluppo di processi motivazionali e di consapevolezza che, modificando la percezione, possano facilitare l'identificazione del reale stato ponderale del proprio figlio.

I genitori dovrebbero, inoltre, riconoscere e sostenere la scuola, in quanto "luogo" privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare, per tutte le iniziative miranti a promuovere la migliore alimentazione dei propri figli, quale la distribuzione di alimenti sani e l'educazione alimentare. La condivisione, tra insegnanti e genitori, delle attività realizzate in classe può contribuire a sostenere "in famiglia" le iniziative avviate a scuola, aiutando i bambini a mantenere uno stile di vita equilibrato nell'arco dell'intera giornata.

Infine, laddove possibile, i genitori dovrebbero incoraggiare il proprio bambino a raggiungere la scuola a piedi o in bicicletta, per tutto o una parte del tragitto.

Leaders, decisori locali e collettività

Le iniziative promosse dagli operatori sanitari, dalla scuola e dalle famiglie possono essere realizzate con successo solo se la comunità supporta e promuove migliori condizioni di alimentazione e di attività fisica nella popolazione. Per questo la partecipazione e la collaborazione dei diversi Ministeri, di Istituzioni e organizzazioni pubbliche e private, nonché dell'intera società, rappresenta una condizione fondamentale affinché la possibilità di scelte di vita salutari non sia confinata alla responsabilità della singola persona o della singola famiglia, ma piuttosto sia sostenuta da una responsabilità collettiva.

Bibliografia essenziale

Politica e strategia di salute

- Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. 2019; disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf
- World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. 2016; disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>
- Knai C, Petticrew M, Mays N. The childhood obesity strategy. *BMJ*. 2016;354:i4613.
- Brennan LK, Brownson RC, Orleans CT. Childhood obesity policy research and practice: evidence for policy and environmental strategies. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):e1-16.
- EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020; disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf (ultima consultazione maggio 2017). Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Linee guida per l'educazione alimentare, 2015; disponibile all'indirizzo: http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta. Compendio. Geneva: WHO; 2007. Traduzione italiana curata dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana di Nutrizione Umana, stampata nel 2008. <http://www.sinu.it/documenti/OMS%20La%20Sfida%20dell%20Obesit%C3%A0%20e%20le%20Strategie%20di%20Risposta%20CCM%20SINU.pdf>.
- Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute": Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 2007. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.

Epidemiologia della situazione nutrizionale e progressione sovrappeso/ obesità

- WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children - Report of the third round of data collection 2012–2013. WHO 2018. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative HIGHLIGHTS 2015-17. Disponibile al seguente indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642.

- Lauria L, Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P. Decline of childhood overweight and obesity in Italy from 2008 to 2016: results from 5 rounds of the population-based surveillance system. *BMC Public Health*. 2019 May 21;19(1):618
- Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, et al.; Prevalence of Severe Obesity among Primary School Children in 21 European Countries. *Obes Facts*. 2019;12(2):244-258
- Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, Lauria L, Pierannunzio D, e Galeone D. Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Supplemento 1, al vol. 31 n. 7-8 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità).

IMC: curve di riferimento e studi progressi

- Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr). *J. Endocrinol. Invest*. 2014;29(7):581-593.
- Gonzalez-Casanova I, Sarmiento OL, Gazmararian JA, Cunningham SA, Martorell R, Pratt M, Stein AD. Comparing three body mass index classification systems to assess overweight and obesity in children and adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(5):349-55.
- de Onis M, Martínez-Costa C, Núñez F, Nguefack-Tsague G, Montal A, Brines J. Association between WHO cut-offs for childhood overweight and obesity and cardiometabolic risk. *Public Health Nutr*. 2013;16(4):625-30.
- Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity* 2012; 7:284–294.
- Rolland-Cachera MF. Towards a simplified definition of childhood obesity? A focus on the extended IOTF references. *Pediatr. Obes*. 2012;7(4):259-60.
- de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012;15(9):1603-10.
- Katzmarzyk PT, Shen W, Baxter-Jones A, Bell JD, Butte NF, Demerath EW, Gilsanz V, Goran MI, Hirschler V, Hu HH, Maffei C, Malina RM, Müller MJ, Pietrobelli A, Wells JC. Adiposity in children and adolescents: correlates and clinical consequences of fat stored in specific body depots. *Pediatric obesity* 2012;7(5):e42-61.
- Monasta L, Lobstein T, Cole TJ, Vignierová J, Cattaneo A. Defining overweight and obesity in pre-school children: IOTF reference or WHO standard? *Obes Rev*. 2011;12(4):295-300.
- Rolland-Cachera MF and The European Childhood Obesity Group. Childhood obesity: current definitions and recommendations for their use. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011; 6: 325–331.
- de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int. J. Pediatr. Obes*. 2010;5(6):458-60.
- WHO AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007; 28 (335):194.

- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:660–667.
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, et al. 2000 CDC growth charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat* 11 2002;246:1–190.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000; 320:1240-1243.



Stampato – dicembre 2021

ASL CN2 ALBA-BRA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.S.D. Epidemiologia, Promozione Salute e Coordinamento attività di Prevenzione
Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel. 0173/316.622-650 – 594.507
E-mail epid.alba@aslcn2.it

Responsabile:

Dott.ssa Laura MARINARO - Dirigente Medico

Maria Grazia DOGLIANI - Assistente Sanitaria

Dott.ssa Giorgia MICENE - Psicologa borsista Progetto CCM 2019 "Muovinsieme: scuola ed enti territoriali per la promozione di uno stile di vita sano e attivo"

Dott.ssa Patrizia PELAZZA - Assistente Amm.vo

Dott.ssa Giulia PICCIOTTO - RePES Dirigente Medico

Dott. Alessandro RIVETTI - Assistente Amm.vo

Dott. Alfredo RUATA - Tecnico della Prevenzione

Nicoletta SORANO - Infermiera Prof.le

Dott. Paolo VIGLINO - Tecnico della Prevenzione

Dott.ssa Giuseppina ZORNIOTTI - Collaboratore Amm.vo Prof.le